

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

Activités 2019



décembre 2020





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

Il a été rédigé par :

- l'OR2S : Anne Lefèvre
- l'ARS Hauts-de-France : Brigitte Caron, Marie-Alexandra Divandary, Liana Iacob et D<sup>r</sup> Marguerite-Marie Defebvre.



## Sommaire

<b>Sommaire</b> .....	<b>3</b>
<b>Avant-propos</b> .....	<b>9</b>
<b>Périmètre géographique</b> .....	<b>10</b>
<b>Données démographiques</b> .....	<b>11</b>
<b>Partie I : Le bilan gériatrique</b> .....	<b>13</b>
<b>Les filières gériatriques de la région en 2019</b> .....	<b>14</b>
Filières gériatriques en 2019 - Déclarations des établissements de l’Aisne.....	15
Filières gériatriques en 2019 - Déclarations des établissements du Nord .....	16
Filières gériatriques en 2019 - Déclarations des établissements de l’Oise .....	17
Filières gériatriques en 2019 - Déclarations des établissements du Pas-de-Calais.....	18
Filières gériatriques en 2019 - Déclarations des établissements de la Somme .....	19
<b>Les courts séjours gériatriques déclarés</b> .....	<b>20</b>
Implantation des CSG .....	20
Capacité des CSG .....	22
Activité des CSG .....	24
Les séjours générés.....	24
La durée moyenne de séjour .....	25
Modes d’entrée et de sortie en CSG .....	26
Les entrées.....	26
Les sorties .....	27
Personnel des CSG .....	28
Plan de formation dans les CSG.....	30
<b>Les équipes mobiles gériatriques</b> .....	<b>31</b>
Implantation des EMG .....	32
Activité des EMG intrahospitalières .....	33
La file active .....	33
Les interventions .....	34
Les motifs d’appels .....	34
Les orientations .....	36
Informations sur les patients suivis par les EMG intrahospitalières .....	37
Les lieux de vie.....	37



Maladies chroniques et principaux syndromes gériatriques .....	38
Personnel dédié à l'activité intrahospitalière.....	39
<b>Équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières.....</b>	<b>40</b>
Les équipes mobiles extrahospitalières.....	41
Les patients vus .....	41
Les interventions .....	41
Les sollicitations.....	42
Les orientations .....	43
Informations sur les patients suivis par les EMG extrahospitalières.....	44
Les lieux de vie.....	44
Maladies chroniques et principaux syndromes gériatriques .....	45
Personnel dédié à l'activité extrahospitalière .....	46
<b>Les hôpitaux de jour gériatriques .....</b>	<b>47</b>
Implantation des hôpitaux de jour gériatriques déclarés .....	47
Activité des HJ gériatriques déclarés.....	49
Personnel des HJ gériatriques .....	50
<b>Les soins de suite et réadaptation gériatriques .....</b>	<b>52</b>
Implantation des SSRG autorisés.....	52
Capacité des SSRG autorisés.....	55
Activité des SSRG .....	56
Durée moyenne de séjour en SSRG .....	57
Modes d'entrée et de sortie en SSRG.....	57
Personnel des SSRG autorisés .....	59
<b>Les unités de soins longue durée .....</b>	<b>61</b>
Implantation des USLD autorisées.....	61
Capacité des USLD .....	63
Activités des USLD autorisées.....	64
Personnel des USLD autorisées .....	64
<b>Partie II : Bilan du Plan maladies neuro-dégénératives .....</b>	<b>65</b>
Préambule .....	66
<b>Les unités cognitivo-comportementales .....</b>	<b>67</b>
Implantation des UCC labellisées .....	67
Les entrées et les sorties .....	69

Personnel des UCC.....	71
<b>Les unités d'hébergement renforcées.....</b>	<b>72</b>
Implantation des UHR labellisées.....	72
La file active.....	74
Caractéristiques démographiques.....	74
Durée moyenne de séjour.....	74
État cognitif des personnes accueillies en UHR labellisées.....	75
Les entrées.....	76
Les sorties.....	77
Les activités proposées dans les UHR labellisées.....	78
Personnel des UHR labellisées.....	78
Les partenariats des UHR labellisées.....	80
<b>Mesure n°28 : Développement et diversification des structures de répit - les plateformes d'accompagnement et de répit.....</b>	<b>81</b>
Présentation générale.....	81
Implantation des PFR.....	82
Analyse des données d'activité.....	83
Méthodologie.....	83
Ouverture des PFR.....	83
File active.....	84
Prestations réalisées par les PFR.....	91
Prestations réalisées par d'autres associations.....	98
Lien avec l'accueil de jour.....	98
Personnel.....	99
Partenariat.....	100
Insuffisance concernant l'offre sur le territoire.....	100
Financement.....	102
Zoom sur le <i>counseling</i> .....	103
Présentation générale.....	103
Méthodologie.....	103
Analyse des données des bilans d'activité 2019.....	104
Actions de sensibilisation des services intervenant au domicile (SIAD) pour le repérage et l'alerte des risques d'épuisement des aidants.....	110
Présentation générale.....	110
Méthodologie.....	110

Actions financées et actions réalisées par l'ARS en 2019.....	111
Analyse des données des bilans d'activité 2019 .....	112
Accompagnements individuels spécifiques à domicile .....	118
Présentation générale .....	118
Méthodologie .....	118
Analyse des données des bilans d'activité 2019 .....	118
Zoom sur les groupes de parole .....	124
Présentation générale .....	124
Méthodologie .....	124
Analyse des données des bilans d'activité 2019 .....	124
<b>Mesure n°50 : Actions de formation des aidants .....</b>	<b>131</b>
Présentation générale .....	131
Méthodologie .....	131
État des lieux dans la région .....	132
Actions financées par l'ARS et actions réalisées entre 2012 et 2019.....	132
Actions de formations programmées en 2020-2021.....	135
Aspects financiers.....	136
Analyse des données des bilans d'activité 2019 .....	137
Les types de porteur .....	137
Données sur les formations.....	137
Mobilisation des aidants.....	138
Les intervenants .....	140
Mobilisation des partenaires.....	140
Données concernant les aidants .....	141
Données concernant la personne aidée.....	144
<b>Mesure n°34 : Poursuivre l'effort et consolider la dynamique d'intégration des services d'aide et de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie grâce au déploiement des MAIA .....</b>	<b>146</b>
Présentation générale .....	146
Implantation des MAIA.....	147
Type de porteurs .....	147
Analyse des données d'activité .....	148
Méthodologie .....	148
Tables de concertation stratégique et tactique .....	148

Guichet intégré .....	153
Gestion de cas.....	157
MAIA 25 .....	160
Difficultés rencontrées par les MAIA.....	160
<b>Mesure 22 : Renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention des professionnels spécialisés : les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (Esa) ....</b>	<b>162</b>
Présentation générale .....	162
Méthodologie .....	162
État des lieux dans la région .....	163
Ouverture effective des Esa.....	164
Porteurs des Esa .....	164
File active .....	165
File active par département .....	165
File active par Esa .....	165
File active par place autorisée.....	166
File active par semaine .....	166
Prescripteurs des séances .....	167
Diagnostics des patients .....	169
Sexe et âge moyen des patients.....	170
MMSE ( <i>Mini-mental state evaluation</i> ) .....	170
Niveau de dépendance (Gir) des patients .....	171
Séances réalisées.....	172
Durée moyenne de prise en charge (en semaines) .....	173
Objectif des séances réalisées.....	173
Personnel.....	174
Frais de déplacement .....	175
Synthèse des commentaires.....	176
Conclusion .....	177
Synthèse des indicateurs par département .....	178
<b>Mesure n°16 : Création ou identification, au sein des Ehpad, d'unités adaptées : les Pasa.....</b>	<b>180</b>
Présentation générale .....	180
Analyse des données d'activité .....	181
Méthodologie .....	181
Ouverture des Pasa.....	181

Capacités des Pasa.....	182
File active.....	183
Profil des résidents.....	183
Surfaces des Pasa.....	186
Activités des Pasa.....	187
Personnel.....	189
Commentaires des Pasa.....	191
<b>Annexes.....</b>	<b>192</b>
Sigles.....	192
Tableaux de résultats.....	194
EMG.....	194
SSRG.....	196
USLD.....	198
UHR.....	200
UCC.....	202

## 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.

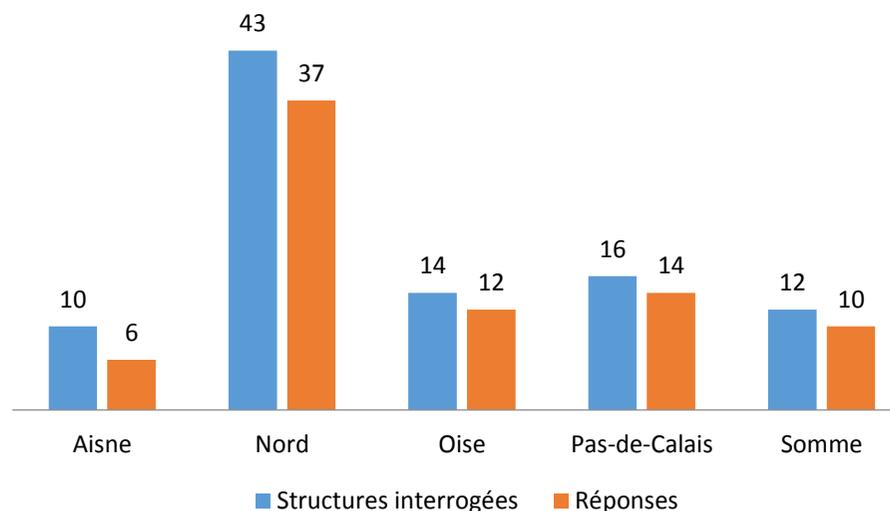
Ce tome du bilan gériatrique a pour ambition de fournir au lecteur une vision d'ensemble des indicateurs concernant la gériatrie de la nouvelle région des Hauts-de-France, les grandes caractéristiques, ainsi qu'une première lecture des données des différents établissements de santé concernés.

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 83 %. Il est homogène entre les départements, sauf dans l'Aisne où la participation est à 60 %. Le remplissage des bilans gériatriques a été fortement perturbé par la crise sanitaire liée à la Covid.

Pour la partie médico-sociale, le remplissage a été mieux suivi : de 81 % pour les Pasa à 100 % pour les PFR, Counseling, formation des aidants, AISAD, groupes de parole et MAIA. Ssiad et Esad sont proches de l'exhaustivité (94 % et 95 %).

**La participation à l'enquête sanitaire**



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

## Périmètre géographique

### Les territoires



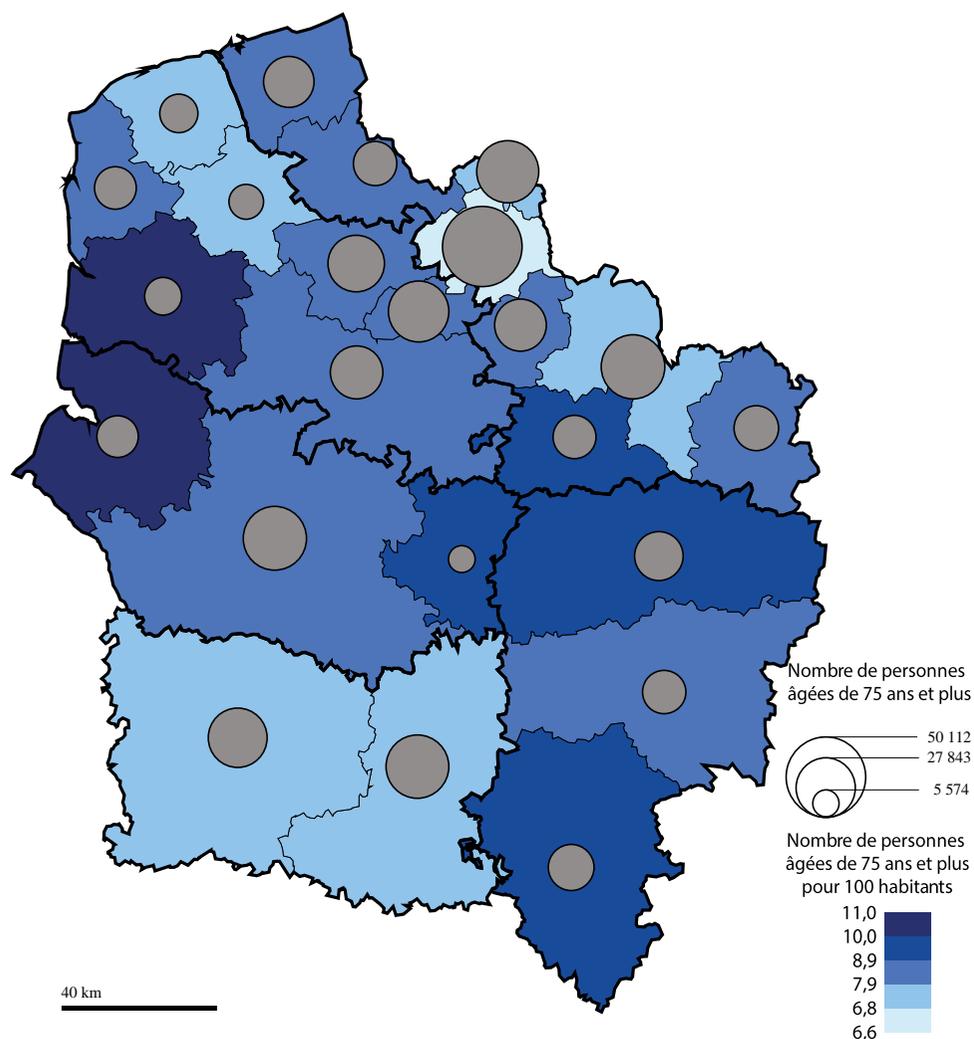
Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

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

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

## Données démographiques

Population âgée de 75 ans et plus par territoire



Source : RP2017 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
<b>Aisne</b>	534 490	49 393	9,2
<b>Nord</b>	2 604 361	197 083	7,6
<b>Oise</b>	824 503	59 425	7,2
<b>Pas-de-Calais</b>	1 468 018	121 524	8,3
<b>Somme</b>	572 443	50 918	8,9
<b>Hauts-de-France</b>	6 003 815	478 345	8,0

Source : RP2017 Insee - Traitement OR2S

Au RP 2017, les Hauts-de-France comptent 478 000 habitants âgés de 75 ans et plus, soit 8,0 % de la population totale. L'Oise et le Nord affichent une part de population âgée de 75 ans et plus inférieure à celles des autres départements. À l'inverse, l'Aisne et la Somme se caractérisent par une plus grande proportion de personnes âgées de 75 ans et plus, proportion qui se rapproche du niveau hexagonal (9,4 %).

Les zones les plus « âgées » sont : Somme-Ouest (11,0% de la population sont âgés d'au moins 75 ans), le Montreuillois (10,2 %) et Somme-Est (9,9 %). Les territoires pour lesquels les pourcentages de 75 ans et plus sont les plus faibles sont : Lille (6,6 %), Roubaix - Tourcoing (7,0 %), le Calaisis (7,0 %) et Oise-Ouest (7,1 %).



---

## Partie I : Le bilan gériatrique

## Les filières gériatriques de la région en 2019

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 2019 - 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

## Filières gériatriques en 2019 - 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 Ehpad – Pasa - HT
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 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
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 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 CSG- HJ - SSRG- Ehpad - USLD - EMG – Paerpa CSG - HJ - SSRG – USLD - UHR - Ehpad – AJ - EMG - consultation mémoire CSG - Ehpad – Pasa SSRG

## Filières gériatriques en 2019 - 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
	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
	Château du Tillet de Cires-lès-Mello	SSRG
	CH de Chaumont-en-Vexin	SSRG - USLD
	CH de Grandvilliers	USLD - Ehpad - Pasa

## Filières gériatriques en 2019 - 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
Calais	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 de Seclin-Carvin CH Hénin-Beaumont Polyclinique Riaumont à Liévin CH de Lens	CSG - HJ - UHR EMG - SSRG - UCC - USLD- HT - Ehpad - Pasa - AJ - PFR - consultation mémoire CSG - SSRG - USLD - Ehpad - HT CSG - SSRG - HJ - UCC - USLD - Ehpad - EMG - consultation gériatrique CSG - HJ - UHR - EMG- AJ - Ehpad - HT - consultation mémoire

## Filières gériatriques en 2019 - 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 CSG - HJ - EMG - SSRG- USLD – UCC – Ehpad - Pasa - AJ - CM2R – consultation mémoire 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

## 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 2019, selon la définition capacitaire retenue dans le PRS, la région compte 34 unités de courts séjours gériatriques déclarés par les établissements de santé. Selon cette définition, les autres sites déclarés sont des services de médecine polyvalente à orientation gériatrique. **L'étude ci-après est réalisée à partir des services déclarés répondant aux critères du PRS.**

#### Aisne

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

#### Oise

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

#### Somme

CH Abbeville  
CHU Amiens

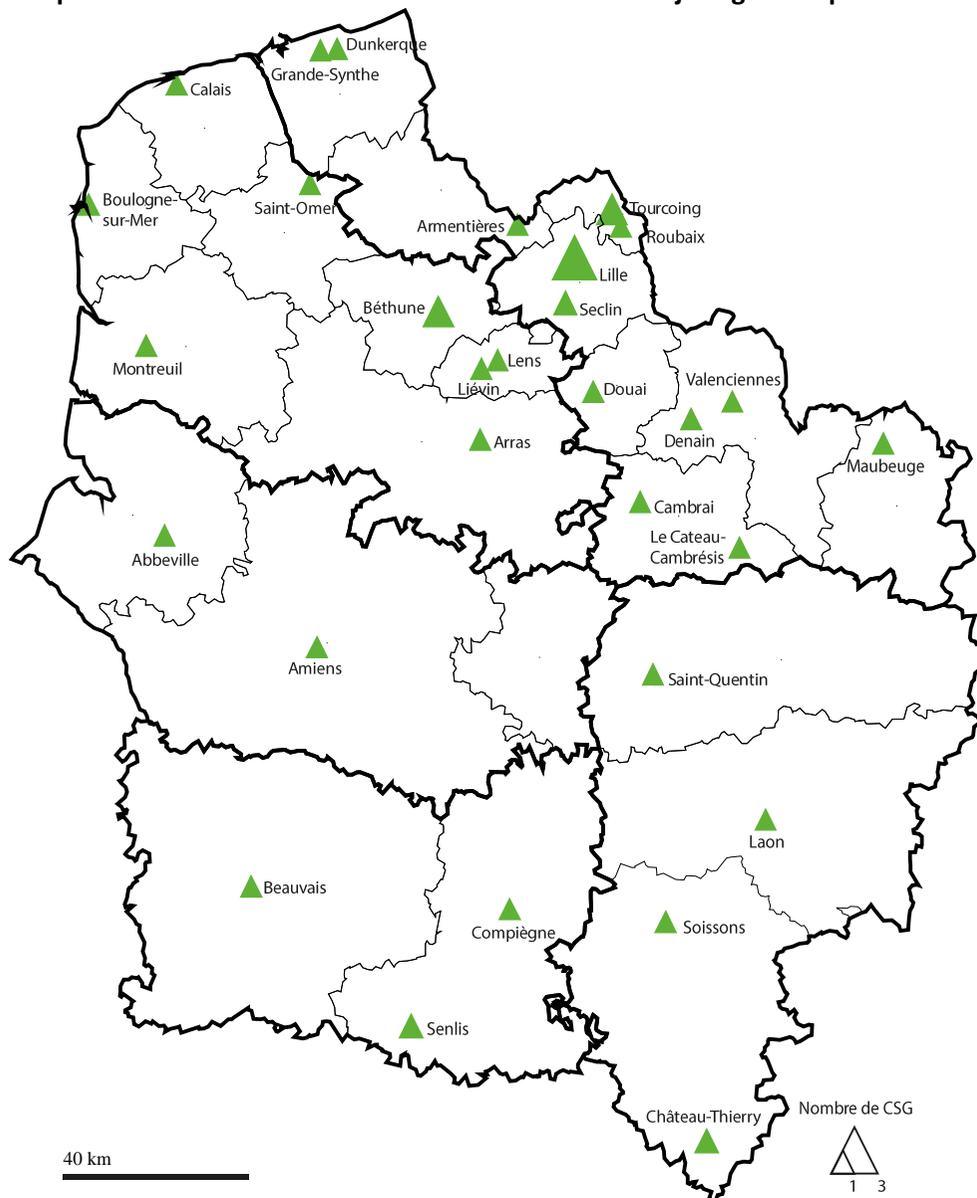
#### Nord

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

### Implantation des établissements déclarant le court séjour gériatrique en 2019



En 2019, les Hauts-de-France comptaient 34 établissements de court séjour gériatriques (CSG) déclarés :

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

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

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

## Capacité des CSG

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

En 2019, la région possède une capacité totale de 1 219 lits CSG déclarés répartis dans 44 structures, dont :

- 1 060 lits dans les 34 structures reconnues par l'ARS et qui ont complété le questionnaire d'activité 2019 ;
- 159 lits dans 7 des 10 autres structures<sup>1</sup> disposant de lits en CSG ne correspondant pas aux critères du PRS, et répondant à la définition de la médecine polyvalente.

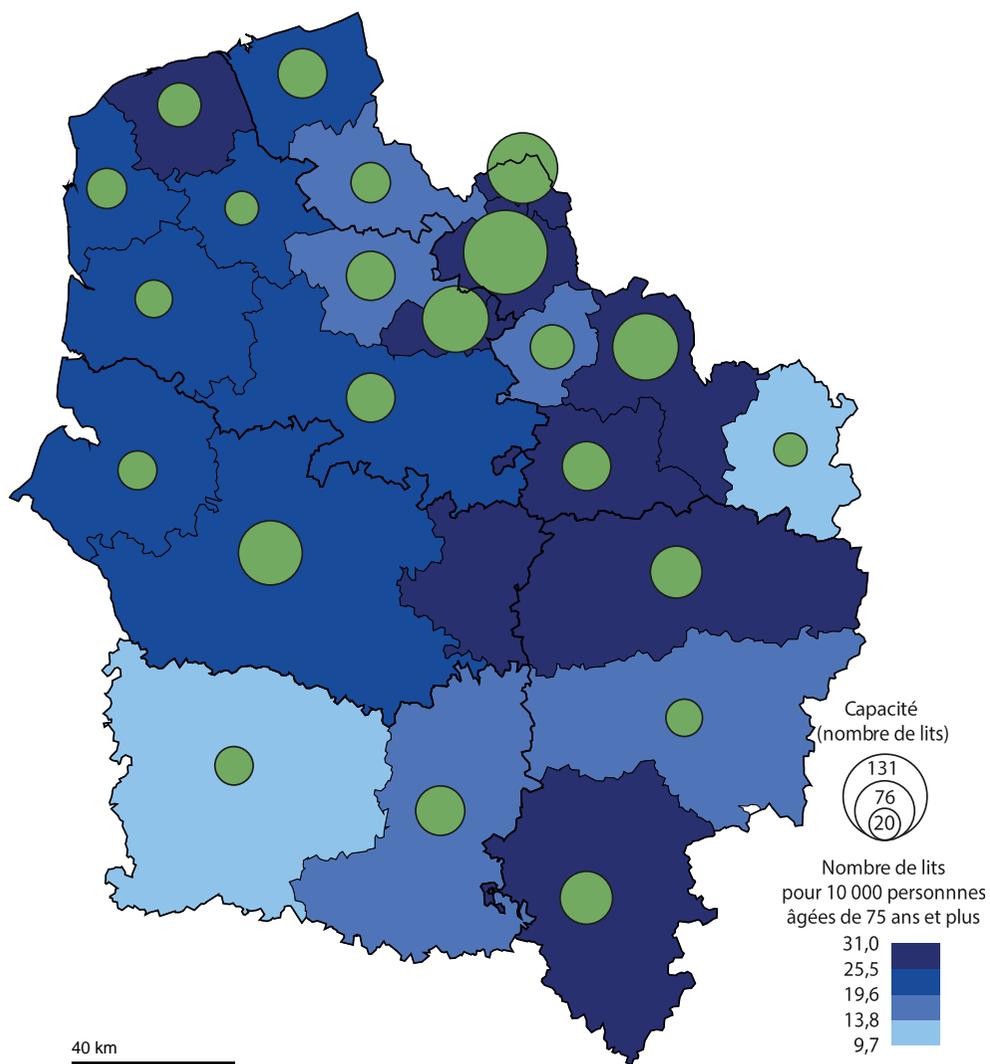
La capacité la plus petite est de 15 lits pour un CSG déclaré (CH Compiègne - Noyon), alors que la plus élevée est de 76 lits (CHU Amiens).

Au regard de la population âgée et selon le zonage retenu (*cf.* page 10), la capacité est au niveau régional de 22 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus. La capacité varie entre 10 (Oise-Ouest) et 30 lits (Calaisis, Cambrésis et Roubaix-Tourcoing) et même 31 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus pour Aisne-Sud.

À l'échelle des départements, l'Aisne, le Nord et le Pas-de-Calais présentent des capacités supérieures aux autres départements (respectivement 26, 24 et 23 pour 10 000 habitants de 75 ans et plus). La Somme (20) et surtout 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).

<sup>1</sup> Ces 10 établissements sont : le centre hospitalier de Somain, le centre hospitalier du Pays d'Avesnes, le centre hospitalier du Quesnoy, le centre hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux, le centre hospitalier Hénin-Beaumont, l'hôpital Paul Doumer – Liancourt, la clinique Victor Pauchet Amiens, le centre hospitalier Le Nouvion-en-Thiérache, le centre hospitalier gérontologique de La Fère et le centre hospitalier de Fourmies. Les trois dernières structures n'ont pas répondu au questionnaire cette année.

### Nombre de lits CSG déclarés en 2019 et taux d'équipement par territoire



Sources : ARS - DST 2020, RP2017 Insee - Traitement OR2S

### Nombre de lits CSG installés en 2019 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	49 393	126	26
Nord	197 870	477	24
Oise	59 426	72	12
Pas-de-Calais	120 736	281	23
Somme	50 919	104	20
<b>Hauts-de-France</b>	<b>478 344</b>	<b>1 060</b>	<b>22</b>

Sources : ARS - DST 2020, RP2017 Insee - Traitement OR2S

Champ : 34 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.

### **37 800 séjours pour 362 000 journées.**

En 2019, les établissements proposant un court séjour gériatrique ont comptabilisé 37 801 séjours pour 362 309 journées ce qui représente pour les Hauts-de-France 79 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

À l'échelle des départements, l'Oise se situe en dessous de la moyenne régionale avec 46 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Les quatre autres départements sont en revanche au-dessus de la moyenne régionale : 80 dans le Nord, 81 dans le Pas-de-Calais, 87 dans la Somme et 99 dans l'Aisne.

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 : Somme-Centre (115), Calaisis (109), Lens-Hénin (99), Lille (97), Valenciennes (96), Aisne-Nord (92) et Aisne-Sud (119). Les zones se caractérisant par les plus faibles nombres de séjours en CSG sont : Béthune - Bruay (49), Oise-Ouest (48), Oise-Est (45) et Sambre Avesnois (41)

### 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
<b>Aisne</b>	49 393	4 882	99
<b>Nord</b>	197 870	15 886	80
<b>Oise</b>	59 426	2 760	46
<b>Pas-de-Calais</b>	120 736	9 832	81
<b>Somme</b>	50 919	4 441	87
<b>Hauts-de-France</b>	478 344	<b>37 801</b>	<b>79</b>

Sources : ARS - DST 2020, RP2017 Insee - Traitement OR2S

Champ : 34 établissements CSG

## La durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 9,6 jours au niveau régional (contre 10,8 jours en 2016 et 10,0 jours en 2017, 9,6 en 2018), avec un minimum de 6,5 au CH de Château-Thierry et un maximum de 15,8 à l'HPM Nord.

Les départements de la Somme et de l'Aisne présentent la DMS la moins élevée (8,1 et 8,3). À l'inverse, l'Oise et le Pas-de-Calais se caractérisent par une DMS supérieure à celle observée pour le niveau régional (respectivement 10,1 et 10,4 jours). Le Nord (9,8) affiche une DMS voisine de la moyenne régionale.

Au niveau des zones retenues, de fortes disparités existent. En effet, la DMS la plus forte (Somme-Ouest ; 13,6) est plus de deux fois supérieure à la DMS la plus faible (6,8 pour Aisne-Sud).

## DMS en CSG déclarés en 2019 par département

	Nombre de séjours en CSG	Nombre de journées en CSG	DMS (en jours)
Aisne	4 882	40 558	8,3
Nord	15 886	155 142	9,8
Oise	2 760	27 919	10,1
Pas-de-Calais	9 832	102 532	10,4
Somme	4 441	36 158	8,1
<b>Hauts-de-France</b>	<b>37 801</b>	<b>362 309</b>	<b>9,6</b>

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

Champ : 34 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 :

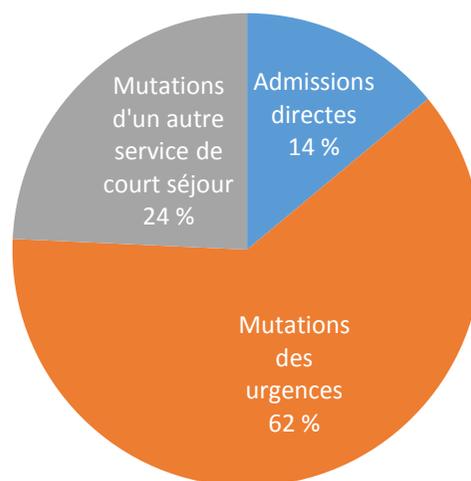
L'unité de court séjour gériatrique répond aux fonctions suivantes :

- 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 2019, les 32 structures (parmi les 34 interrogées) qui ont renseigné les éléments relatifs aux entrées et sorties en court séjour gériatrique, ont déclaré un peu plus de 36 400 entrées. L'entrée par « Mutations des urgences » représente le premier mode d'entrée en CSG avec 22 500 entrées (62 % des modes d'entrée déclarés). Les mutations des urgences constituent le premier motif d'entrée pour presque l'ensemble des départements (dans l'Oise, 47 % des entrées viennent d'un autre service de court séjour contre 43 % d'une mutation des urgences) et pour 78 % des établissements CSG de la région. Dans sept établissements, le motif d'entrée « mutations par urgences » n'est pas majoritaire. Cette même année, les structures CSG ont déclaré 5 100 admissions directes et 8 800 mutations d'un autre service de court séjour.

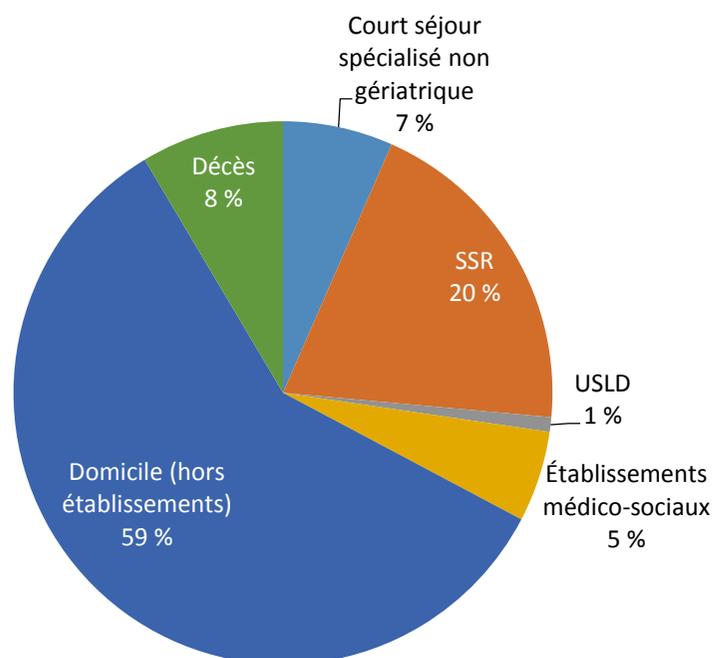
## Répartition des modes entrée en CSG en 2019



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

## Les sorties

En 2019, les 32 structures (parmi les 34 interrogées) qui ont renseigné les éléments relatifs aux entrées et sorties en court séjour gériatrique, ont déclaré environ 36 500 sorties. Le retour à domicile est le mode de sortie le plus fréquent (21 400 retours, soit 59 % des modes de sortie déclarés). Les sorties vers des établissements sanitaires représentent 27 % de l'ensemble des sorties d'établissements de courts séjours gériatriques (20 % vers des SSR, 7 % vers des établissements de courts séjours non gériatrique et 1 % vers des USLD). Les établissements médico-sociaux constituent 5 % des sorties. Enfin, 8 % des sorties (3 130) se soldent par un décès.

**Répartition des modes de sortie de CSG en 2019**

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

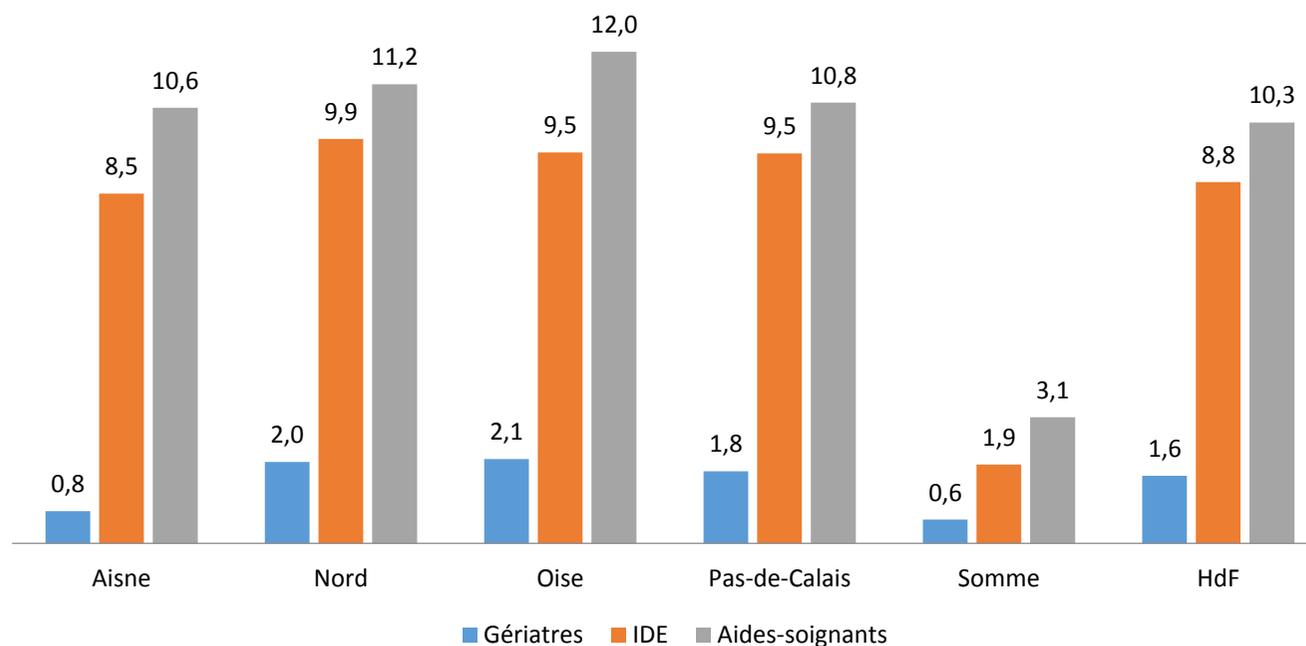
## Personnel des CSG

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

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

En 2019, les 33 établissements de court séjour gériatrique (sur 34) implantés dans les Hauts-de-France ayant répondu à cette question comptent 86 ETP de gériatres, 545 ETP d'aides-soignants et 467 ETP d'IDE. En moyenne, chaque établissement CSG de la région dispose, pour 20 lits de 1,6 ETP de gériatre, 8,8 ETP d'IDE, et 10,3 ETP d'aide-soignant.

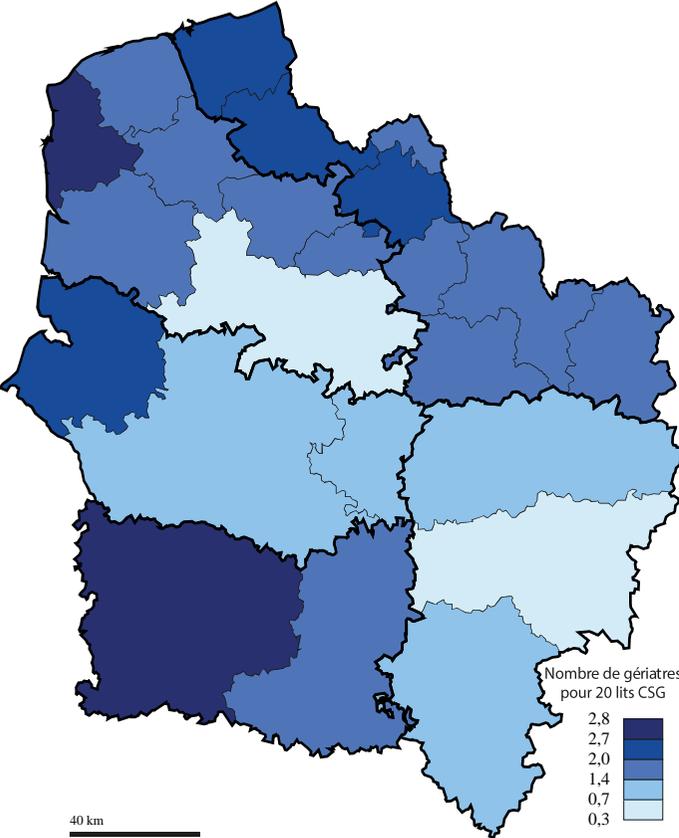
**Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignants exerçant dans les établissements de court séjour gériatrique en 2019 (en ETP pour 20 lits)**



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

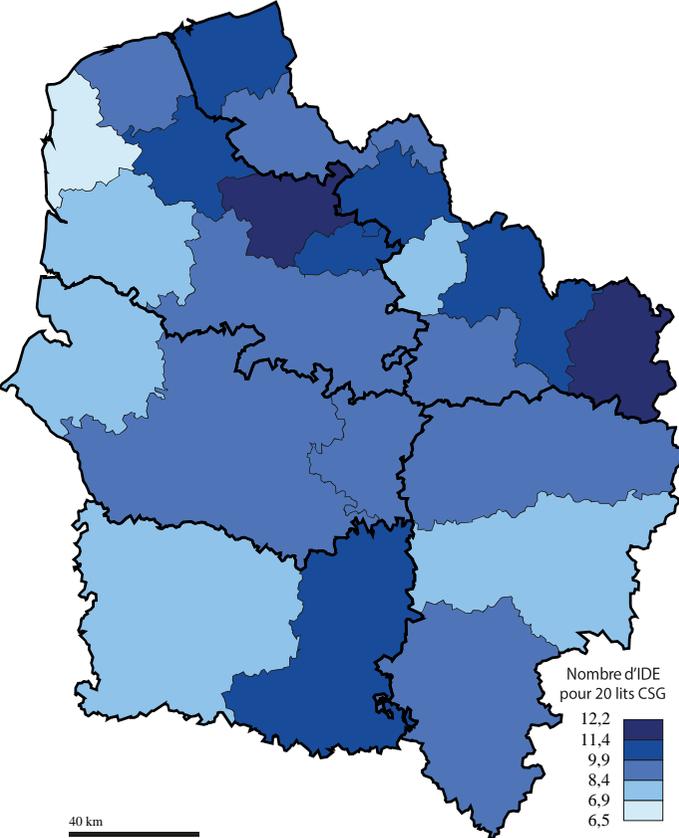
Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignants exerçant dans les établissements de court séjour gériatrique (en ETP pour 20 lits)

Gériatres pour 20 lits en CSG en 2019



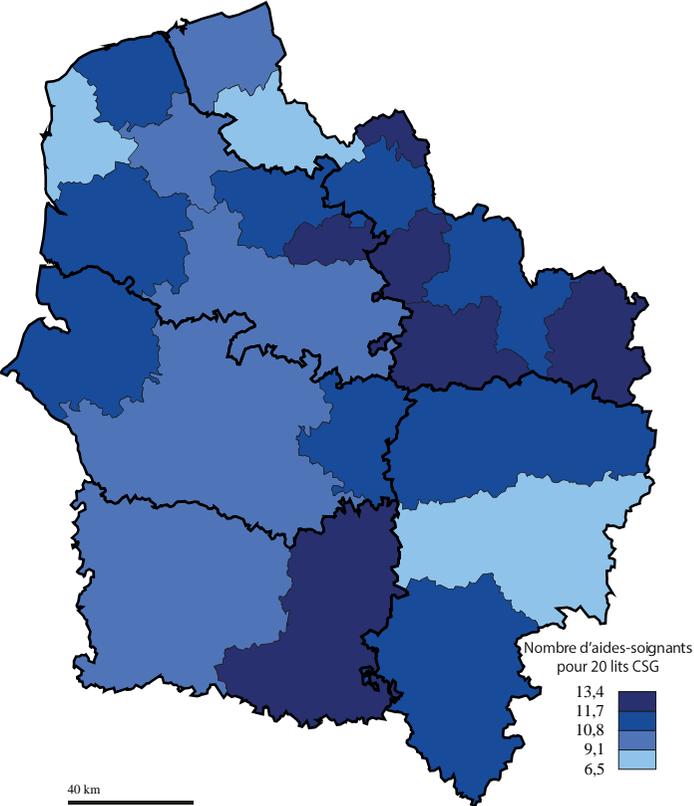
Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

IDE pour 20 lits en CSG en 2019



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

Aides-soignants pour 20 lits en CSG en 2019



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

NB : l'établissement de Somme-Centre n'ayant pas répondu à ces questions, les effectifs utilisés pour les cartes sont ceux de 2018

## 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 2019, 31 établissements de CSG déclarent un plan de formation. En 2015, seuls deux tiers des établissements déclaraient leur plan de formation ; en 2016, ils étaient 90 %, en 2017, 98% et en 2018, 94 %.

Sur les 31 établissements déclarant avoir un plan de formation, 14 ont précisé le nombre de personnels formés. Ainsi, au moins 430 professionnels l'ont été durant l'année 2019 (auquel il faut ajouter le personnel des établissements qui n'ont pas précisé le nombre de personnels formés).

Les formations portent sur la bientraitance, les soins palliatifs, la douleur, la manutention des patients, la prévention des escarres, la cicatrisation, la gestion du stress, faire face à l'agressivité et adapter son comportement, la dépression et conduite suicidaire chez la personne âgée, la dénutrition, les troubles de la déglutition, le traitement du cancer chez la personne âgée...

Les différences entre établissements sont importantes :

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

## Les équipes mobiles gériatriques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Implantation des EMG

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

### Aisne

CH de Soissons  
 CH de Saint-Quentin (activité intra)  
 CH de Chauny  
 CH de Laon (activité intra)  
 CH de Château-Thierry (activité intra)

### Nord

CH de Dunkerque (activité intra + domicile)  
 Polyclinique de Grande-Synthe (activité exclusive en EHPAD)  
 CH d'Armentières (activité intra)  
 CH de Tourcoing (activité intra + extra)  
 CH de Roubaix (activité intra + domicile)  
 CH Saint-Philibert - Lomme (GHICL) (activité intra)  
 CHRU Lille (activité intra)  
 GSCH - CH de Seclin (activité intra)  
 CH de Douai (activité intra, domicile et EHPAD)  
 CH Denain (activité intra + EHPAD)  
 CH de Valenciennes (activité intra)  
 CH de Cambrai  
 CH Hautmont (activité exclusive EHPAD)  
 CH de Sambre Avesnois (activité intra)  
 CHI de Wasquehal (activité intra + EHPAD)  
 CH le Quesnoy (activité intra)

### Oise

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

### Pas-de-Calais

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

### Somme

CH d'Abbeville (activité intra)  
 CHU Amiens (activité intra)

En 2019, les Hauts-de-France comptent 34 établissements de santé qui portent des équipes mobiles gériatriques et/ou psycho-gériatriques. Elles se répartissent ainsi :

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

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

### Activité des EMG intrahospitalières

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

### La file active

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

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

- 580 patients dans l'Aisne ;
- 9 500 patients dans le Nord ;
- 1 900 patients dans l'Oise ;
- 6 050 patients dans le Pas-de-Calais ;
- 1 410 patients dans la Somme.

En tout, ce sont 17 331 patients différents rencontrés par les EMG intrahospitalières, dont 61 % de femmes.

Au niveau régional, les EMG prennent en charge 40 personnes pour 1 000 habitants âgés d'au moins 75 ans en 2019 (44 en 2018, 41 en 2017). Ces valeurs sont moindres dans la Somme (28), l'Oise (32) et l'Aisne (12). Les EMG du Nord et du Pas-de-Calais affichent des valeurs supérieures à celle observée en région (respectivement 48 et 50).

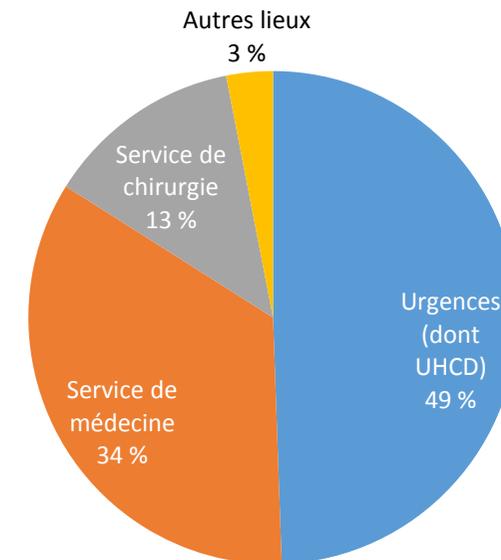
## Les interventions

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

- 9 400 en service d'urgences (dont 4 800 en UHCD),
- 6 600 en service de médecine,
- 2 500 en service de chirurgie,
- 590 dans d'autres lieux intrahospitaliers (260 réanimation et soins continus, 60 en psychiatrie, 100 en SSR non gériatrique et 160 dans d'autres établissements).

Les EMG du Nord et du Pas-de-Calais enregistrent une proportion plus importante d'interventions aux urgences (respectivement 45 % et 63 %, dont 21 % et 32 % en UHCD) que leurs homologues de l'Oise (36 % dont 32 % en UHCD), la Somme (33 %, dont 11 % en UHCD) et l'Aisne (29 %, dont 13 % en UHCD). Les EMG de l'Aisne, la Somme et l'Oise pratiquent plus d'interventions en service de médecine (respectivement 57 %, 54 % et 42 %).

## Interventions intrahospitalières des EMG en 2019



Source : ARS - DST 2020- Traitement OR2S

## Les motifs d'appels

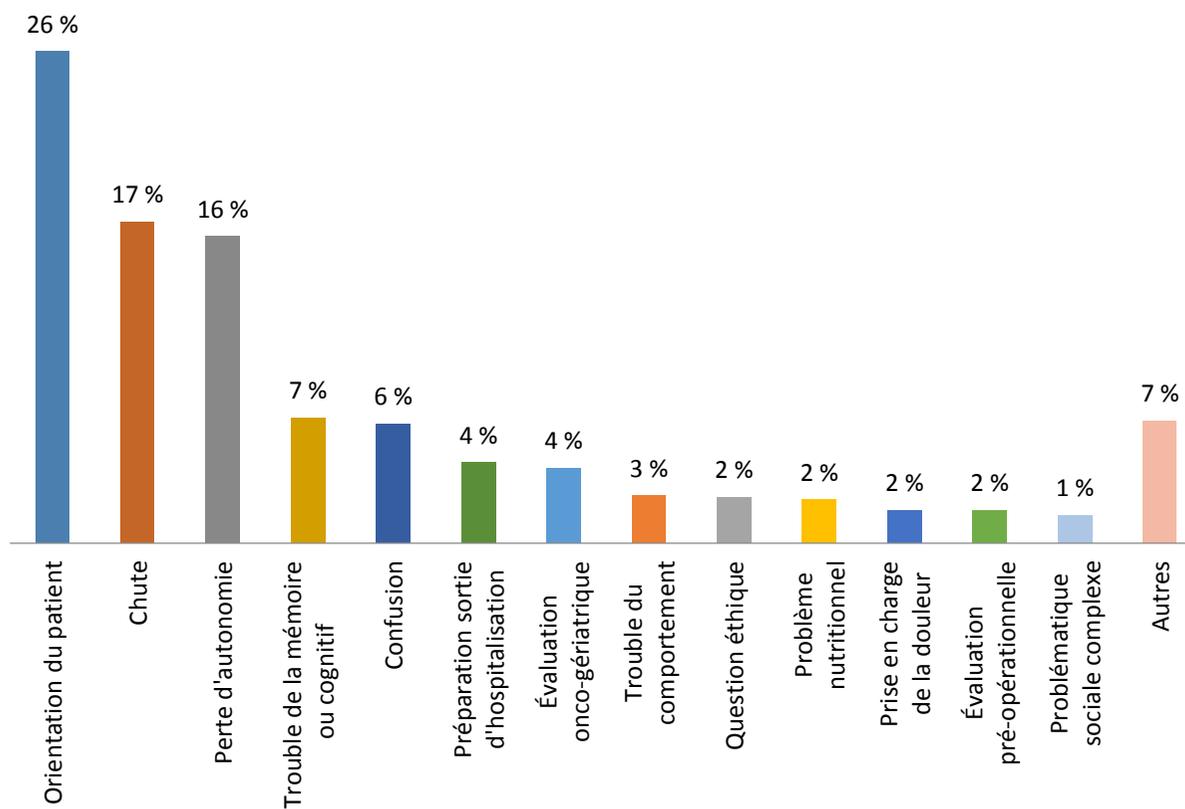
Les motifs **principaux** d'appels aux EMG sont l'orientation du patient (26 % des cas), une chute (17 %) ou une perte d'autonomie (16 %), ce qui regroupe six appels sur dix. Cette répartition se retrouve dans les cinq départements des Hauts-de-France.

Au niveau départemental, l'Aisne a les plus forts pourcentages départementaux pour l'orientation du patient (34,5 %), la iatrogénie (4,4 % - les autres départements sont sous la barre des 2 %), l'agitation / agressivité (3 %) et l'apathie (1,5 % - les autres départements sont sous les 0,8 %).

Le Nord devance les autres départements pour les appels liés à la confusion (8 % ; 6 % en moyenne dans la région). L'Oise se démarque avec les appels liés aux évaluations onco-gériatriques (12 % ; moins de 9 % ailleurs) et par les troubles du comportement (7 % ; 2 % en moyenne en région). Le Pas-de-Calais compte le plus d'appels liés à des chutes (20 % ; 17 % en région). Enfin, la Somme compte davantage d'appels liés à la perte d'autonomie (24 %, avec l'Oise à 23 % contre 16 % en région), aux troubles de la mémoire ou cognitifs (15 % contre 7 % en région) et à la préparation à la sortie d'hospitalisation (8 % contre 4 % en région).

Huit motifs **secondaires** d'appels sur dix portent sur les orientations du patient (23 % des appels), la perte d'autonomie (17 %), les troubles de la mémoire ou cognitifs (13 %), les préparations de sorties d'hospitalisations (11 %), les problèmes nutritionnels (9%) et les problématiques sociales complexes (4 %).

## Répartition des motifs principaux d'appels identifiés par les EMG en 2019

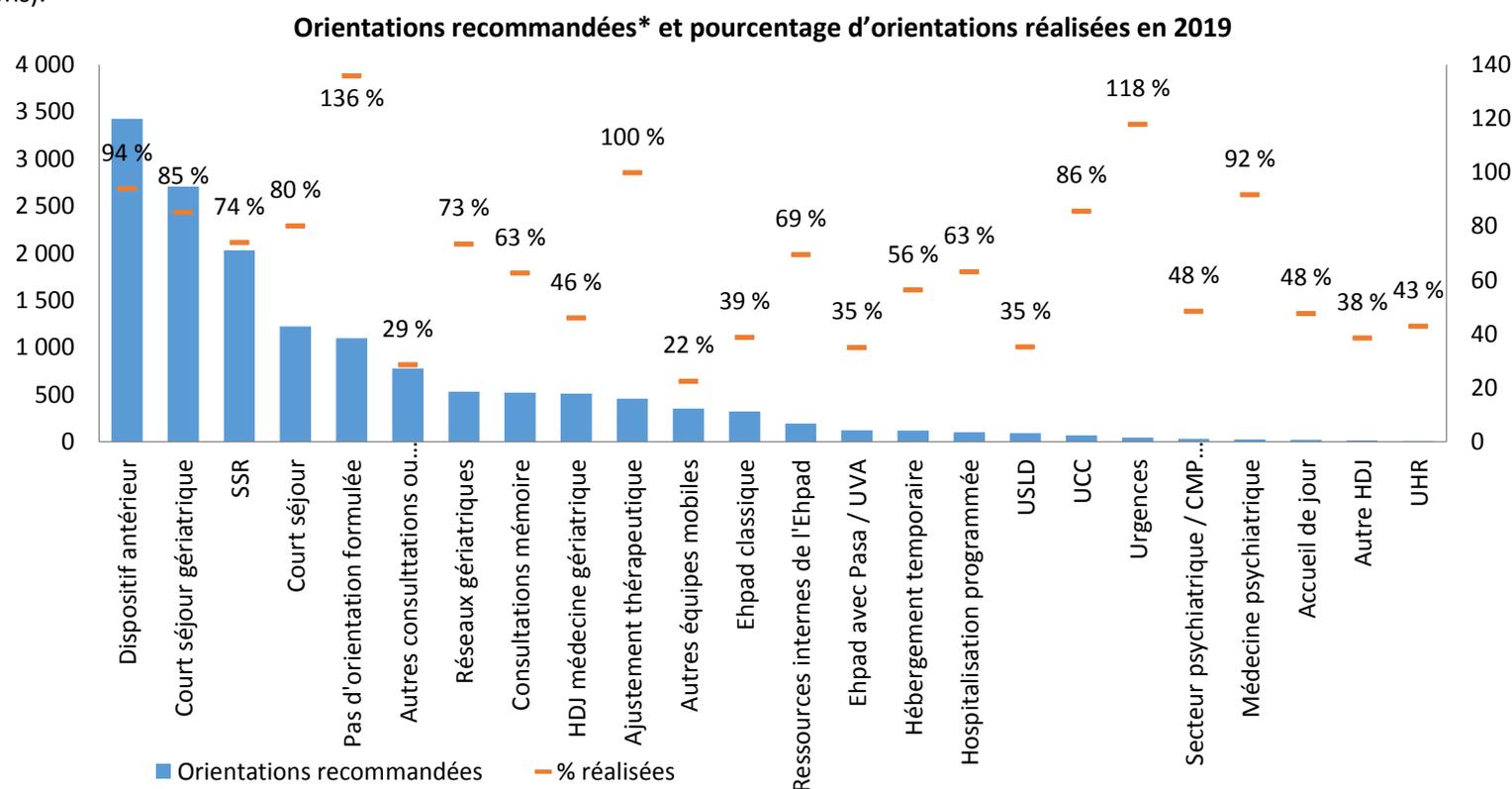


Source : ARS - DST 2020- Traitement OR2S

## Les orientations

Les orientations recommandées par les EMG intrahospitalières portent avant tout sur le maintien du dispositif antérieur (22 % des recommandations), le court séjour gériatrique (18 %) et les soins de suite et de réadaptation (14 %). Ces recommandations sont d'ailleurs largement suivies : 94 % des dispositifs antérieurs ont été réalisés<sup>2</sup> et 85 % des CSG. Les orientations vers les urgences ont été plus nombreuses que prévu (53 orientations réalisées pour 45 demandées).

Moins de 50 % des recommandations ont été réalisées pour les orientations suivantes : secteur psychiatrique / CMP (48 % de réalisation parmi les 31 orientations recommandées), accueil de jour (48 % des 21 recommandations), hôpital de jour médecine gériatrique (46 % des 512 recommandations), UHR (43 % des 7 recommandations), Ehpad classique (39 % des 320 recommandations), autre hôpital de jour (38 % des 13 recommandations), USLD (35 % des 91 recommandations), Ehpad avec Pasa ou UVA (35 % des 123 recommandations), autres consultations ou explorations (29 % des 778 recommandations) et autres équipes mobiles (22 % des 353 recommandations).



Source : ARS - DST 2020- Traitement OR2S \* Données présentées uniquement pour les 15 équipes ayant répondu aux deux orientations recommandées et réalisées.

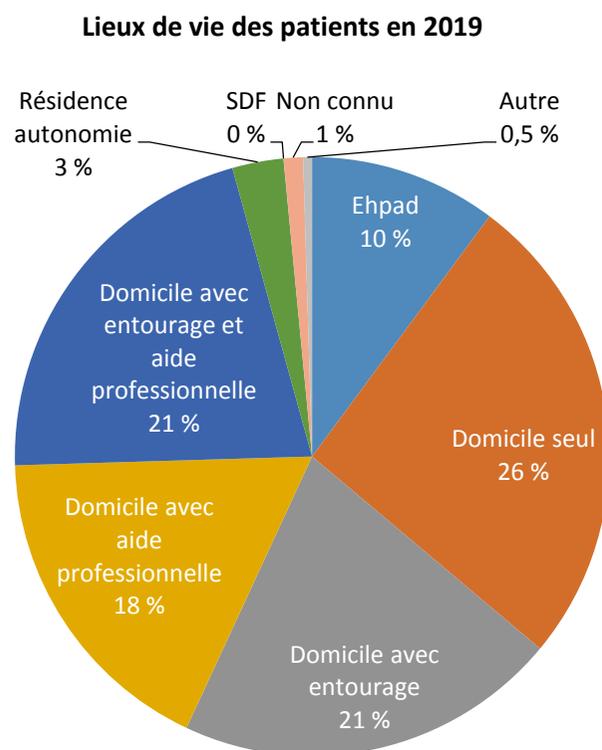
<sup>2</sup> Parmi les structures ayant rempli à la fois les items orientations recommandées et orientations réalisées.

## 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 : 86 % des patients en 2019, dont 26 % seuls à domicile. Les patients en Ehpad représentent 10 % des patients suivis.

Parallèlement, un peu plus de la moitié des patients bénéficient d'un aidant professionnel (55 %). Ils sont plus nombreux dans le Nord (54 %) et le Pas-de-Calais (69 %) que dans la Somme (41 %), l'Aisne (35 %) et l'Oise (34 %).

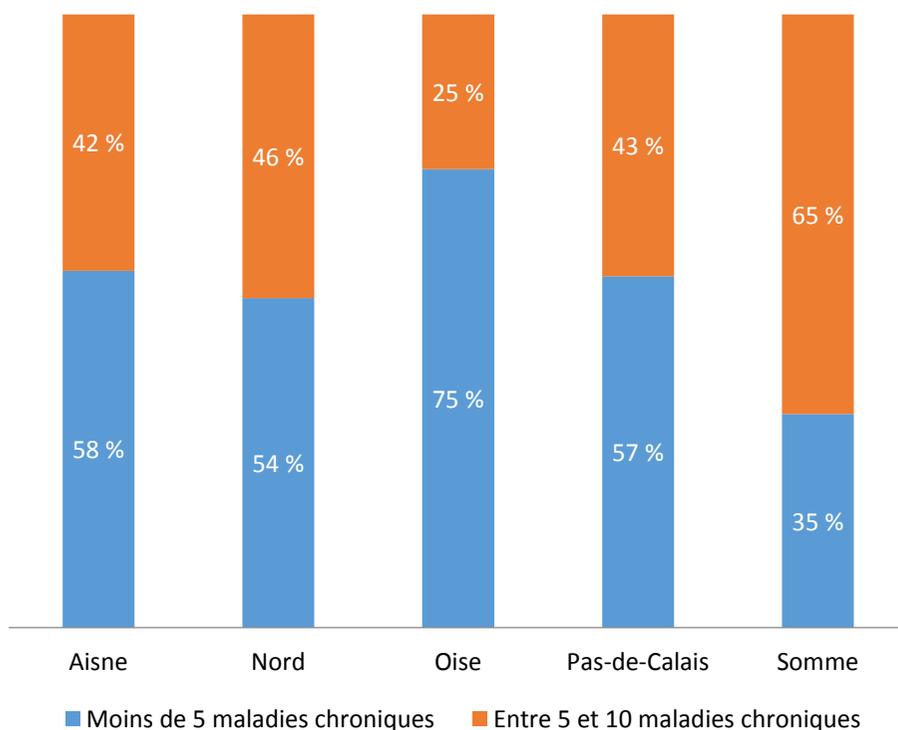


Source : ARS - DST 2020- Traitement OR2S

## Maladies chroniques et principaux syndromes gériatriques

Les patients ayant entre 5 et 10 maladies chroniques représentent 45 % des patients pour lesquels l'information est connue (18 des 29 EMG ont renseigné cet item). Ils sont particulièrement nombreux dans l'EMG de la Somme ayant répondu (65 % des 703 patients) et peu nombreux dans l'EMG de l'Oise ayant répondu (25 % des 773 patients). Dans le Nord et le Pas-de-Calais, ils représentent respectivement 46 % et 43 %.

## Proportions des maladies chroniques chez les patients en 2019



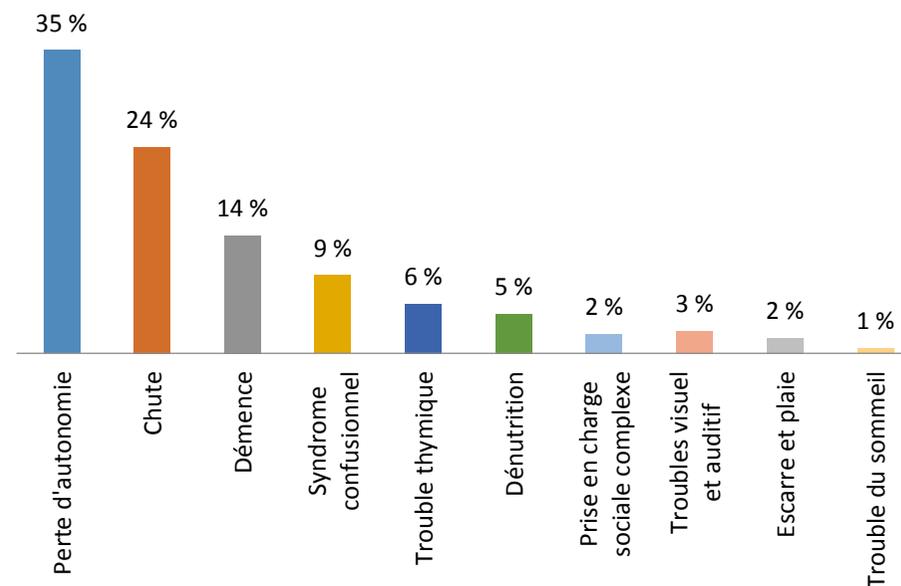
Source : ARS - DST 2020- Traitement OR2S

Un peu plus d'un tiers des patients est pris en charge par une EMG intrahospitalière suite à une perte d'autonomie (35 % des patients des 23 EMG ayant répondu à cet item) et près d'un quart (24 %) suite à une chute. La démence (14 %) et les syndromes confusionnels (9 %) arrivent ensuite.

La perte d'autonomie est particulièrement présente chez les patients de l'Oise (46 %) tandis que la proportion de démence est plus importante chez les patients de la Somme (35 %) que dans les autres départements (entre 12 % et 15 %).

À noter que 13 % des patients vus par l'EMG de l'Oise ayant répondu à cet item présentent une dénutrition (contre 5 % au niveau régional).

## Répartition des principaux syndromes gériatriques des patients en 2019



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

- 20,1 ETP de gériatre (auxquels s'ajoutent 1,7 ETP d'autres médecins) ;
- 30,9 ETP d'IDE ;
- 7,8 ETP d'assistant de service social ;
- 8,0 ETP de secrétaire ;
- 3,1 ETP de psychologue ;
- 2,6 ETP d'ergothérapeute ;
- 0,5 ETP de diététicien ;
- 2,0 ETP d'autres professions (ASG, cadres de santé...).

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

- 0,8 ETP de gériatre (ou médecin) ;
- 1,1 ETP d'IDE ;
- 0,3 ETP d'assistante sociale ;
- 0,3 ETP de secrétaire ;
- 0,1 ETP de psychologue ;
- 0,1 ETP d'ergothérapeute ;
- 0,1 ETP d'autres professions (ASG, cadres de santé...).

Parmi les 28 EMG étudiées, 27 déclarent disposer d'un temps de gériatre et 26 de temps d'IDE. Les autres professionnels sont au choix des établissements : 19 disposent de temps d'AS. Du temps de psychologue est mobilisé pour 14 EMG, du temps d'ergothérapeute pour 12 EMG et du temps de diététicien pour 10 EMG. Ces temps sont plus souvent mobilisés à la demande.

## Équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières

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

Les équipes mobiles gériatriques extrahospitalières en région peuvent mener différents types d'activité. Parmi les 12 équipes mobiles de psychogériatrie ayant répondu à la question, 11 équipes interviennent en Ehpad, 5 équipes mobiles gériatriques interviennent à domicile, 3 en résidence autonomie et 1 dans un structure d'exercice regroupé de soins primaires.

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 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).

À noter que le CH d'Arras est dans une situation exceptionnelle car dans le cadre du parcours du patient âgé dénutri, des diététiciennes interviennent auprès de personnes âgées repérées : soit en se rendant à leur domicile, soit en les contactant par téléphone. Cette activité spécifique est en qualité d'activité extrahospitalière mais ne peut remplir les éléments demandés aux EMG extrahospitalières. Les données ne sont donc pas disponibles pour cette équipe.

## Les équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières en 2019

		Intervention à domicile	Intervention en Ehpad
<b>Nord</b>	CH de Roubaix	gériatrie	
	CH de Douai	gériatrie	psychogériatrie
	CH de Dunkerque	gériatrie	
	Polyclinique Grande Synthe		psychogériatrie
	CH Hautmont		psychogériatrie
	CH Denain		psychogériatrie
	CH de Wasquehal		psychogériatrie
<b>Pas-de-Calais</b>	CH d'Arras	gériatrie	
	CH de Boulogne	gériatrie	psychogériatrie
	CH de Béthune		psychogériatrie
	CH Saint-Omer		
<b>Oise</b>	CH Beauvais		

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

## Les équipes mobiles extrahospitalières

## Les patients vus

En 2019, les équipes EMG en extrahospitalier de la région ont rencontré 1 167 patients différents, soit une activité moyenne de 97 patients différents par EMG (12 des 13 équipes ont répondu à cet item).

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

- 749 patients dans le Nord ;
- 25 patients dans l'Oise ;
- 393 patients dans le Pas-de-Calais.

Parmi ces patients, 69 % sont des femmes.

## Les interventions

Les 13 EMG extra interrogées ont répondu au détail des interventions. Elles font remonter 1 540 interventions en 2019 :

- 1 278 en Ehpad,
- 256 à domicile,
- 5 en résidence autonomie,
- 1 en structure d'exercice regroupée de soins primaires.

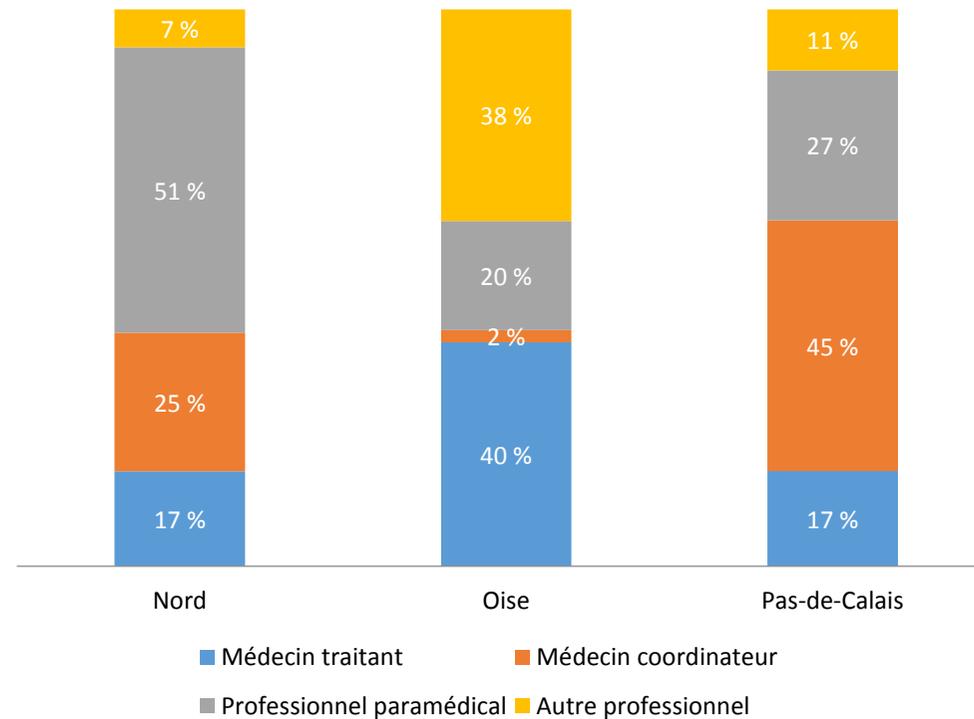
Les interventions en Ehpad représentent 83 % des interventions des équipes EMG extra.

## Les sollicitations

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

En termes de structures, le champ médico-social représente 76 % des sollicitations des équipes EMG extra, devant le champ sanitaire (14 %) et de soins primaires (4 %). Le champ social (1 %) et les structures de coordination (1 %) font peu appel aux EMG extra. Enfin 4 % concernent d'autres voies (famille et domicile).

## Répartition des sollicitations selon la profession du demandeur en 2019

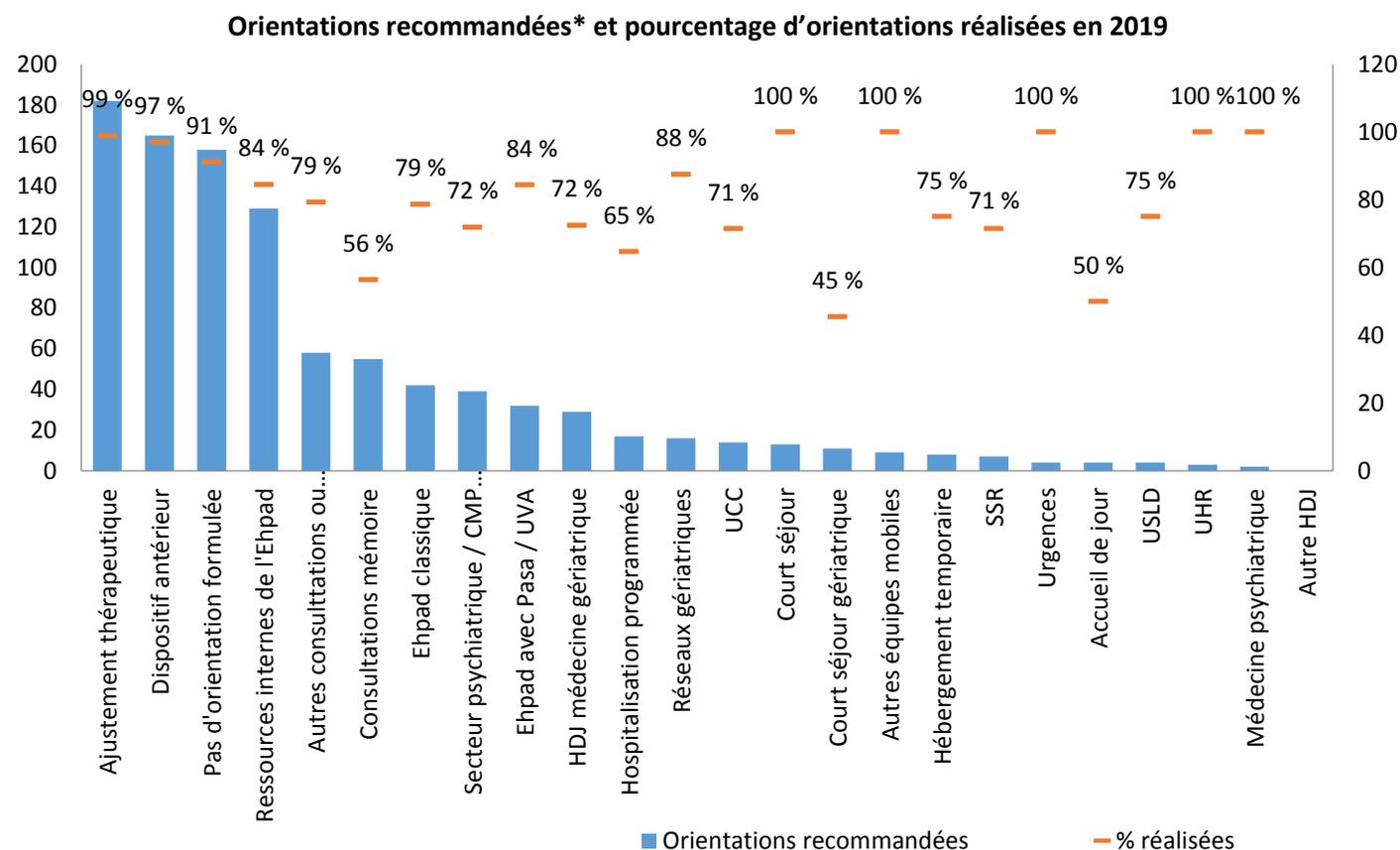


Source : ARS - DST 2020- Traitement OR2S

## Les orientations

Les orientations recommandées par les EMG extrahospitalières portent avant tout sur des ajustements thérapeutiques (28 % des recommandations), le maintien du dispositif antérieur (14 %) et les ressources internes de l'Ehpad (11 %). Ces recommandations sont d'ailleurs largement suivies : 99 % des ajustements thérapeutiques ont été réalisés, 97 % des dispositifs antérieurs et 84 % des ressources internes à l'Ehpad (parmi les structures ayant rempli les items orientations recommandées et orientations réalisées).

Moins de 50 % des recommandations ont été réalisées pour les orientations en court séjour gériatrique (45 % de réalisation parmi les 11 orientations recommandées).



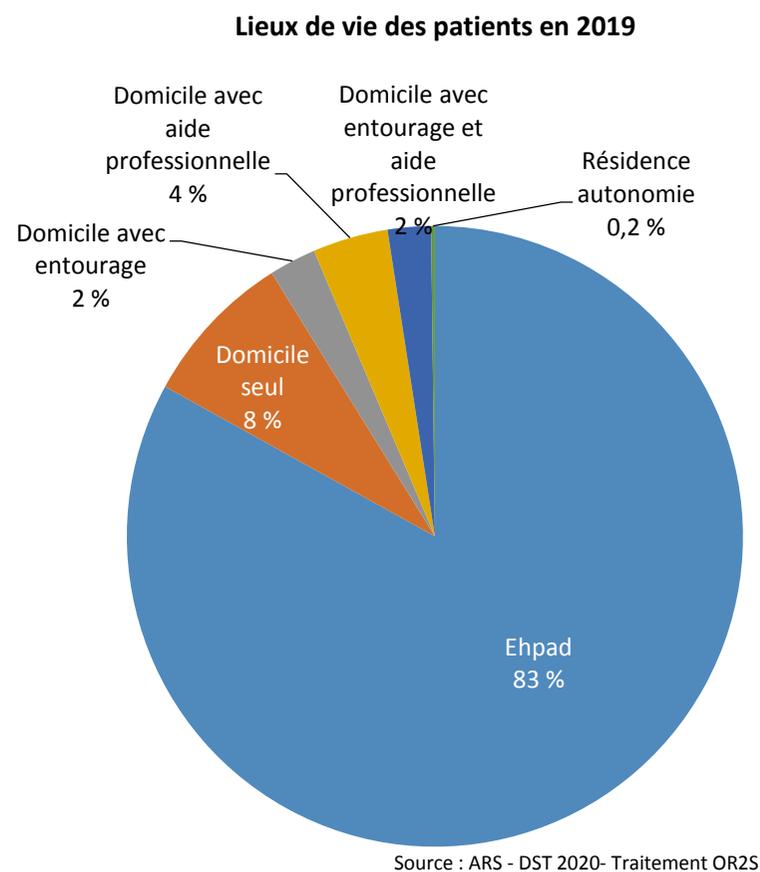
Source : ARS - DST 2020- Traitement OR2S

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

## Informations sur les patients suivis par les EMG extrahospitalières

## Les lieux de vie

Sur 13 EMG extra interrogées, 12 ont documenté les lieux de vie des patients pris en charge. Une très grande majorité des patients vit en Ehpad (83 % des patients suivis) et moins de 20 % sont à domicile (17 % dont 8 % seul à domicile et 4 % avec une aide professionnelle).



## Maladies chroniques et principaux syndromes gériatriques

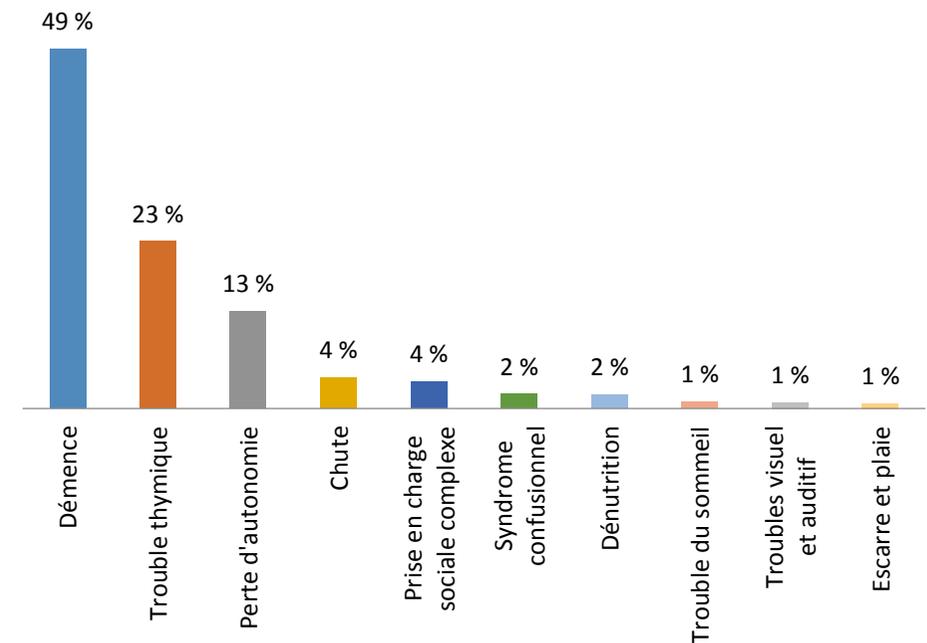
Les patients ayant entre 5 et 10 maladies chroniques représentent 43 % des patients pour lesquels l'information est connue (9 des 13 EMG ont renseigné cet item). L'ensemble des patients de l'EMG de l'Oise ont moins de 5 maladies chroniques (26 patients) et 63 % des patients du Nord. Dans le Pas-de-Calais, ils sont plus nombreux à avoir entre 5 et 10 maladies chroniques (57 %).

Près de la moitié des patients pris en charge par une EMG extrahospitalière souffre de démence (49 %) et un peu moins d'un quart, d'un trouble thymique (23 %). La perte d'autonomie vient ensuite (13 %).

La démence représente 55 % des syndromes principaux des patients du Nord, 40 % de ceux du Pas-de-Calais et 38 % de ceux de l'Oise.

Le syndrome confusionnel est particulièrement présent chez les patients de l'Oise (42 % des 26 patients de l'EMG)

## Répartition des principaux syndromes gériatriques des patients en 2019



Source : ARS - DST 2020- Traitement OR2S

## 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 2019, 11 EMG ont répondu à ce volet de l'enquête (sur les 13 interrogées). Elles ont déclaré disposer au total de 12,1 ETP :

- 2,0 ETP de gériatre (auxquels s'ajoute 0,7 ETP d'autres médecins) ;
- 7,3 ETP d'IDE ;
- 0,3 ETP d'assistant de service social ;
- 0,7 ETP de secrétaire ;
- 1,0 ETP de psychologue ;
- 0,1 ETP d'autres professions (cadre de santé).

En moyenne, chaque EMG dispose de 1,1 ETP :

- 0,2 ETP de gériatre (ou médecin) ;
- 0,7 ETP d'IDE ;
- 0,03 ETP d'assistante sociale ;
- 0,1 ETP de secrétaire ;
- 0,1 ETP de psychologue ;
- 0,1 ETP d'ergothérapeute ;
- 0,01 ETP d'autres professions (ASG, cadres de santé...).

Parmi les 11 EMG ayant répondu, 11 déclarent disposer d'un temps de gériatre et 10 de temps d'IDE (la onzième équipe recourt à un IDE à la demande). Les assistants de services sociaux sont présents dans 3 équipes (dont 2 sur demande), les secrétaires dans 5 équipes (dont 2 sur demande), les psychologues dans 4 équipes (uniquement en ETP) et les ergothérapeutes dans 3 équipes (uniquement sur demande).

## Les hôpitaux de jour gériatriques

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

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

### Implantation des hôpitaux de jour gériatriques déclarés

Dans l'étude ci-après seuls les HDJ de médecine gériatrique adossés à un court séjour d'au moins 20 lits sont retenus. En 2019, 26 établissements des Hauts-de-France proposent une activité d'hôpital de jour gériatrique (HJG)<sup>3</sup> :

#### Aisne

CH de Laon

CH de Saint-Quentin

#### Nord

CHRU Lille \*

Groupe Ramsay - HPM (métropole lilloise) \*

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 \*

CH Le Cateau-Cambrésis

#### 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

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.

<sup>3</sup> 7 établissements (le CH de Bailleul, le CH d'Hautmont, le CH Le Quesnoy, le CH de Pays d'Avesnes, le CH de Liancourt, l'institut médical de Breteuil et la Clinique Victor Pauchet) ont déclaré une activité d'HDJ gériatrique mais n'ont pas été retenues dans l'analyse (pas de CSG adossé ou moins de 20 lits dans le CSG adossé).

### Implantation des établissements gériatriques assurant une hospitalisation de jour gériatrique déclarée en 2019



En 2019, sur les 24 établissements pour lesquels l'info est disponible, 7 unités d'hospitalisation de jour gériatrique sont individualisées, 17 autres unités sont situées dans un hôpital de jour de médecine.

Le nombre de places dédiées à l'hospitalisation de jour gériatrique est de 56 au niveau des Hauts-de-France pour 2019 pour 24 établissements.

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

- Lille : 9 places,
- Roubaix – Tourcoing : 7 places,
- Valenciennois : 6 places,
- Béthune - Bruay : 6 places,
- Lens – Hénin : 5 places.

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

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

## Activité des HJ gériatriques déclarés

Parmi les 22 HJ gériatriques pour lesquels l'information est disponible, 9 sont ouverts 5 jours par semaine. Pour les autres HJ gériatriques, le nombre de jours d'ouverture se répartit ainsi :

- 3 sont ouverts 4 jours par semaine,
- 5 sont ouverts 2 jours par semaine,
- 1 est ouvert 1,25 jour par semaine,
- 3 sont ouverts 1 jour par semaine,
- 1 est ouvert une demi-journée par semaine.

En 2019, la file active de la région est d'environ 3 900 patients (2 établissements n'ont pas répondu à la question).

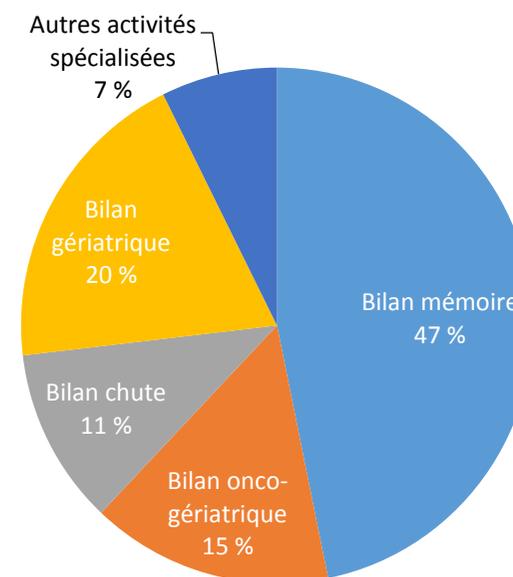
Les Hauts-de-France comptent en moyenne 70 patients pris en charge pour une place (l'indicateur n'a pu être calculé pour 2 établissements). Le nombre de patients par place en HJ varie selon le département. Si l'Oise et la Somme comptent respectivement 158 et 113 patients par place en HJG, le Pas-de-Calais (53) et le Nord (68) sont plus proches de la moyenne régionale. Le département de l'Aisne affiche 39 patients par place, soit la plus faible valeur départementale.

En 2019, le HJ totalisent environ 4 206 journées (2 établissements n'ont pas répondu à la question) pour 56 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 75 journées en hôpital de jour par place. Cet indicateur varie d'un département à l'autre, de 41 journées par place d'HJ dans l'Aisne à 121 dans la Somme et 166 dans l'Oise. Le Pas-de-Calais (55) présente une valeur inférieure au niveau régional tandis que celle du Nord est équivalente à la région (76).

En 2019, 47 % des journées réalisées en HJ a été consacrée aux bilans mémoires et 20 % aux bilans gériatriques.

### Types de journées réalisées en 2019 dans les HJ gériatriques déclarés



Source : ARS - DST 2020 - 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 2019

		Gériatre	Médecin non gériatre	IDE	Aide-soignant	Secrétaire	Ergothérapeute	Orthophoniste	Neuropsychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autres
CH Laon	Aisne - Centre			À la demande	À la demande	À la demande						
CH de Saint-Quentin	Aisne - Nord	0,4				À la demande						HJ dans Unité de Médecine Ambulatoire
<b>Aisne</b>		<b>0,4</b>										
CHU de Lille	Lille	0,675		2	1	0,6	1				3	1 assistante sociale 1 diététicienne 1 cadre de santé
HPM Nord (Groupe Ramsay)	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
GHICL	Lille	0,8	0,1	0,64	0,6	0,37	0,56			0,4	0,24	0,4 ETP diététicienne 0,3 ETP assistante sociale
CH de Tourcoing	Roubaix - Tourcoing	1		0,5	0,5					0,1 et à la demande		0,2 diététicienne
CH de Douai	Douaisis	0,3		6,98	2,15		0,2					
CH de Dunkerque	Dunkerquois	0,4		1	À la demande	À la demande						Autres professionnels mutualisés avec le CSG
CH de Denain	Valenciennois	0,4		1 et à la demande	1 et à la demande	1 et à la demande						
CH de Valenciennes	Valenciennois	1		1,5		1						
CH Le Cateau-Cambrésis	Cambrésis			0,5	À la demande	À la demande	Oui			Oui	Oui	assistante sociale, professeur d'APA
<b>Nord</b>		<b>4,775</b>	<b>0,1</b>	<b>14,32</b>	<b>5,25</b>	<b>3,17</b>	<b>1,76</b>			<b>0,5</b>	<b>3,24</b>	

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

## Personnel exerçant dans les HJ gériatriques déclarés en 2019 (suite)

		Gériatre	Médecin non gériatre	IDE	Aide-soignant	Secrétaire	Ergothérapeute	Orthophoniste	Neuropsychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autres
CH de Beauvais	Oise - Ouest	0,4	0,05	1		0,4			1	À la demande		Diététicienne, assistante sociale, pharmacien à la demande
GHP SO Creil-Senlis	Oise - Est	1		1,3	2							
<b>Oise</b>		<b>1,4</b>	<b>0,05</b>	<b>2,3</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>			<b>1</b>			
Clinique Anne d'Artois	Béthune - Bruay	0,3		0,5	0,5	0,25	0,2					0,3 neurologue 0,3 assistante sociale
CH de Béthune-Beuvry	Béthune - Bruay	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	
CH d'Arras	Arrageois		0,3	0,2 et à la demande	0,8	0,3	0,4		0,4			
CH de Saint-Omer	Audomarois	0,1		0,1	0,1	0,1					0,1	0,1 cadre 0,1 diététicienne
CH de Boulogne-sur-Mer	Boulonnais	0,2		0,2	0,1	0,1		À la demande	0,1			0,1 diététicien
CH de Calais	Calaisis	0,1		2,7	0,9	1					À la demande	0,3 cadre de santé Diététicien à la demande
CHAM	Montreuillois	0,2		0,2			À la demande			À la demande	À la demande	
Polyclinique de Riaumont	Lens - Hénin	0,2		0,25	0,25	0,1	0,2	0,2	0,2			0,2 assistante sociale 0,2 diététicienne
CH de Lens	Lens - Hénin	0,9		1	0,6	À la demande	0,32				0,21	
<b>Pas-de-Calais</b>		<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>5,15</b>	<b>3,25</b>	<b>1,85</b>	<b>1,12</b>	<b>0,2</b>	<b>0,7</b>		<b>0,31</b>	
CH d'Abbeville	Somme - Ouest	0,2		5,5		1			À la demande			Diététicienne et assistante sociale à la demande
CHU d'Amiens	Somme - Centre	0,1	0,3	0,21	0,55							
<b>Somme</b>		<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,71</b>	<b>0,55</b>	<b>1</b>						
<b>Hauts-de-France</b>		<b>8,875</b>	<b>0,75</b>	<b>22,48</b>	<b>11,05</b>	<b>6,69</b>	<b>2,92</b>	<b>0,2</b>	<b>2</b>	<b>0,54</b>	<b>3,55</b>	

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

## Les soins de suite et réadaptation gériatriques

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

### Implantation des SSRG autorisés

Les 70 établissements de soins de suite et de réadaptation gériatriques autorisés se répartissent ainsi par département :

#### Aisne

CH de Guise  
 CH de Soissons  
 CHG La Fère  
 Hôpital Villiers-Saint-Denis  
 CH de Saint-Quentin  
 CH de Laon  
 CH Chauny

#### Nord

CH d'Armentières  
 CH de Bailleul  
 CHRU Lille  
 Clinique Saint-Jean– Ramsay - HPM – Roubaix  
 GHSC - CH de Seclin  
 CH Saint-Philibert Lomme (GHICL)  
 CH Saint-Vincent-de-Paul Lille (GHICL)  
 Groupe Hospitalier Loos Haubourdin  
 Clinique La Mitterie - Lomme  
 CH de Tourcoing  
 CH de Roubaix  
 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

CH Le Quesnoy  
 CH de Denain  
 Clinique Saint Roch Villars - Denain  
 CH de Valenciennes  
 Unité locale de soins Escaudain  
 CH de Cambrai  
 Clinique Saint Roch - Cambrai  
 CH d'Avesnes  
 CH d'Hautmont  
 CH de Jeumont  
 CH Felleries-Liessies

**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 2019



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

En 2019, 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.

Cependant, seuls 56 établissements ont répondu au questionnaire de bilan gériatrique. L'analyse qui suit porte donc sur ces 56 structures.

## Capacité des SSRG autorisés

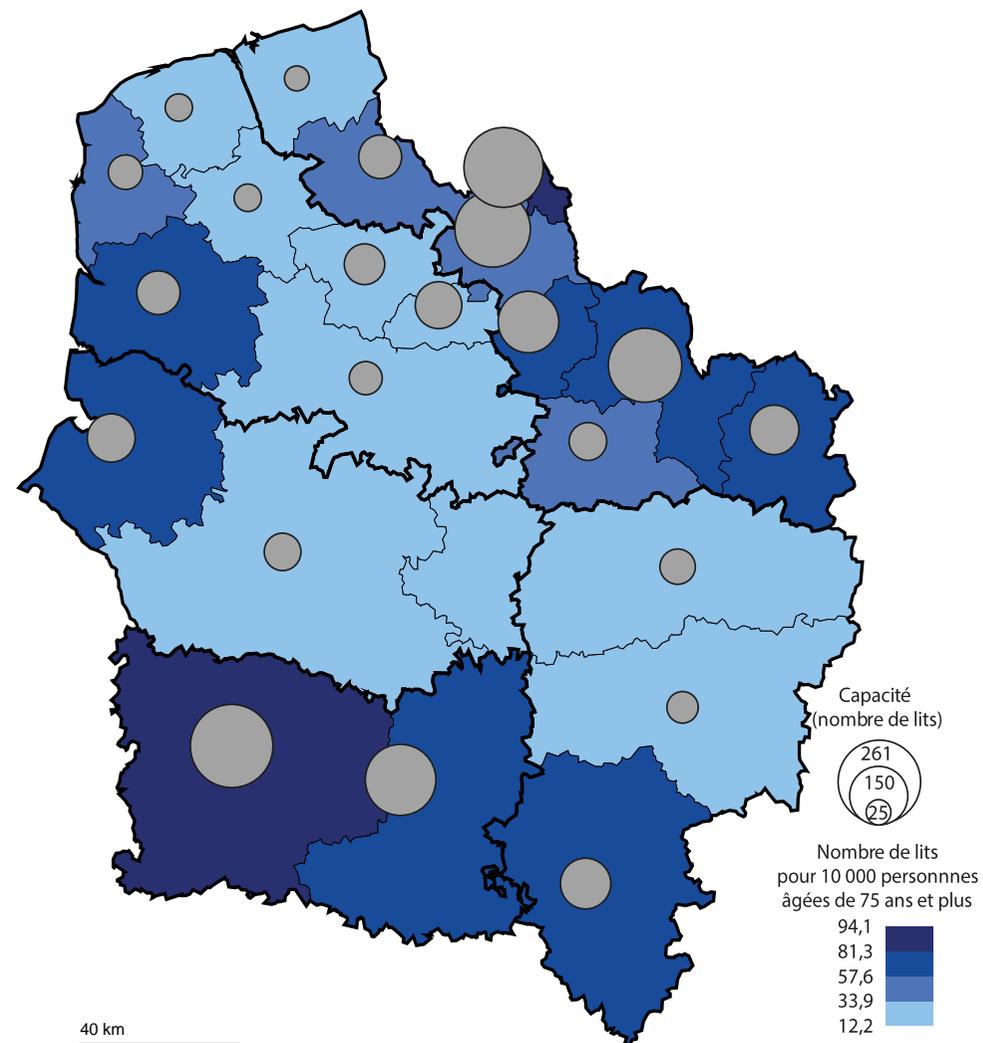
En 2019, dans les Hauts-de-France, les 56 établissements SSRG autorisés ayant répondu au questionnaire totalisent une capacité de **2 289 lits**, soit **48 lits SSRG pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus**. La taille des unités de SSRG varie de 10 à 120 lits, 3 unités disposent de moins de 20 lits, 33 unités entre 20 et 40 lits et 20 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 (78 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus) trois fois supérieure à celles de la Somme (29) et du Pas-de-Calais (32). L'Aisne et le Nord se situent dans une situation intermédiaire (respectivement 39 et 56 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus).

Au niveau infra-départemental, cet écart entre les zones les mieux pourvues et les moins bien dotées s'inscrit dans un rapport de 1 à 8. Le nombre de lits pour 10 000 habitants de plus de 75 ans varie ainsi de 12 pour le Dunkerquois à 99 pour Oise-Ouest. Les zones les mieux dotées sont celles qui sont limitrophes de l'Île-de-France (Oise-Ouest, Oise-Est et Aisne-Sud) et celles situées dans le département du Nord autour de la métropole lilloise (Roubaix – Tourcoing) et sur l'axe Douaisis – Sambre-Avesnois, ainsi qu'en Somme-Ouest et dans le Montreuillois.

Outre Aisne-Nord / Haute-Somme, les zones les moins bien pourvues sont situées dans la partie Est du Pas-de-Calais. Les territoires de la Somme-Centre, le Dunkerquois, l'Arrageois, le Calaisis, Béthune-Bruay, et l'Aisne-Centre compte un nombre de lits SSRG pour 10 000 personnes de 75 ans et plus inférieure à 30 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus.

**Nombre de lits en SSRG autorisés et installés en 2019 et taux d'équipement par territoire**



Source : ARS - DST 2020 - Traitement : OR2S

## Activité des SSRG

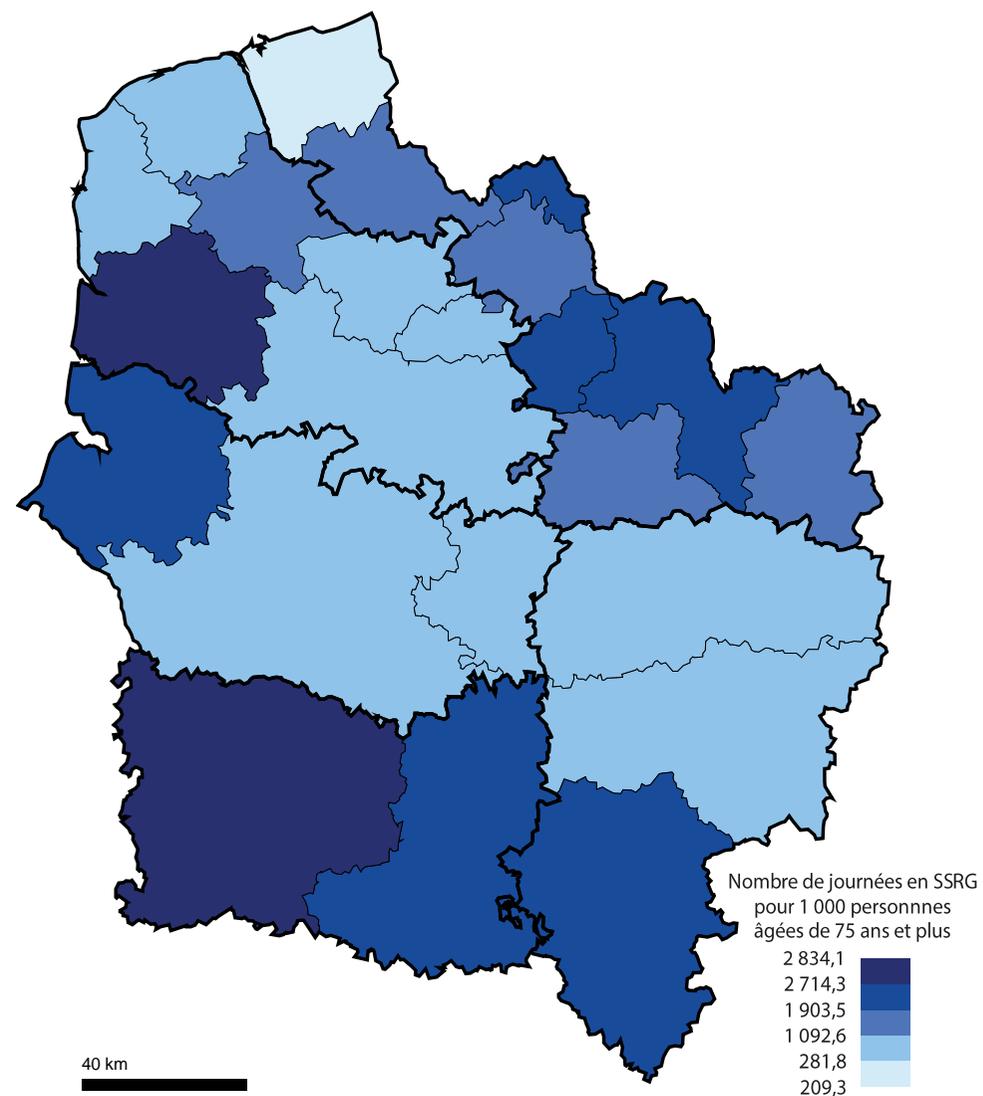
La circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise une activité de 1 000 à 2 600 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en SSR gériatrique. Une unité de soins de suite gériatriques doit disposer au minimum de 20 lits.

En 2019, les SSRG ont généré 741 837 journées, soit 1 551 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 (993 dans le Pas-de-Calais) à plus du double (2 305 dans l'Oise). La Somme et l'Aisne présentent des valeurs en deçà de la valeur régionale (respectivement 1 018 et 1 306) alors que le Nord affiche un résultat supérieur à cette dernière (1 863).

La zone du Montreuillois est celle qui affiche le nombre de journées en SSRG pour 1 000 habitants de 75 ans et plus le plus élevé (2 834), devant Oise-Ouest (2 746) et Roubaix-Tourcoing (2 686). Le Douaisis, Somme-Ouest et Valenciennois se caractérisent par un nombre de journée en SSRG pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus d'un peu plus de 2 300. Huit 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) : Dunkerquois, Arrageois, Boulonnais, Somme-Centre, Lens – Hénin, Aisne-Nord, Calaisis et Aisne-Centre.

### Activité des SSRG autorisés en 2019



Source : ARS - DST 2020 - Traitement : OR2S

## Durée moyenne de séjour en SSRG

Pour 2019, la durée moyenne de séjour a été renseignée par les 56 établissements SSRG qui ont répondu au bilan gériatrique. Au niveau régional, la DMS est de l'ordre 34 journées (comme en 2018, 2017 et en 2016) ; elle est plutôt homogène au niveau des départements variant de 29 journées dans l'Aisne à 38 journées dans l'Oise.

La DMS varie cependant d'un territoire à l'autre : de 20 journées dans l'Arrageois à 39 journées dans les territoires de Roubaix – Tourcoing et Oise-Ouest. Trois-quarts des territoires présentent une DMS comprise en 29 et 39 journées. L'Arrageois, la Flandre Intérieure, l'Aisne-Sud, le Calais et l'Aisne-Centre 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 55 établissements.

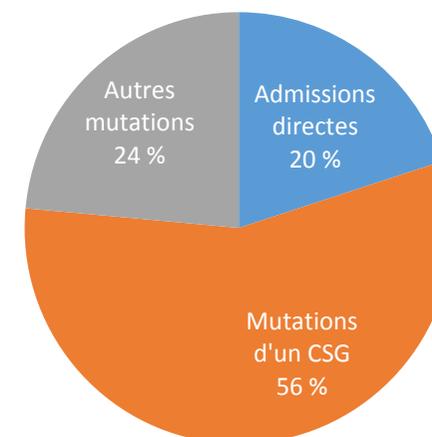
Au niveau régional, les admissions directes représentent 20 % des entrées (23 % en 2018, 19 % en 2017, 23 % en 2016), les mutations en provenance d'un court séjour gériatrique 56 % (49 % en 2018, 48 % en 2017, 43 % en 2016) et les autres mutations 24 % (28 % en 2018, 32 % en 2017, 34 % en 2016).

La répartition des modes d'entrée en SSRG n'est pas homogène selon les départements. Les admissions directes sont plus fréquentes dans l'Aisne où elles représentent 37 % des entrées, contre 27 % dans la Somme, 21 % dans l'Oise et 20 % dans le Nord. Seulement 7 % des entrées se font par ce biais dans le Pas-de-Calais.

Les mutations d'un CSG n'ont pas le même poids dans les modes d'entrée en SSRG : 46 % pour le Nord contre 60 % et plus dans les autres départements.

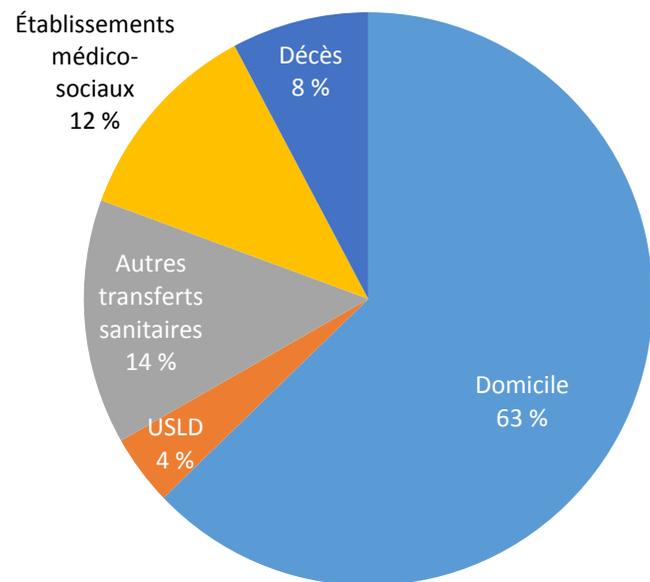
Les « autres » mutations varient entre 4 % (dans l'Aisne) et 34 % (dans le Nord) des modes d'entrée.

### Les modes d'entrée en SSRG autorisés en 2019



Champ : modes d'entrée rapportés par 56 SSRG

Source : ARS - DST 2020 - Traitement : OR2S

**Les modes de sortie en SSRG autorisés en 2019**

Champ : modes de sortie rapportés par 56 SSRG  
Source : ARS - DST 2020 - Traitement : OR2S

Au niveau régional, le retour à domicile (hors établissements médico-sociaux) représente 63 % des entrées. Les établissements médico-sociaux sont la destination de 12 % des sorties de SSRG. Les décès sont la cause de 8 % des sorties. Enfin, les transferts et mutations vers d'autres structures sanitaires ou les orientations en USLD constituent respectivement 14 % et 4 % des sorties de SSRG. Cette répartition est identique à celle observée en 2016, 2017 et 2018.

La répartition des modes de sortie de SSRG observée par département est moins hétérogène que celle du mode d'entrée. Les SSRG de la Somme présentent davantage de sorties vers des établissements médico-sociaux que les autres départements : respectivement 23 % contre 10 % à 15 %.

## 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 2019, les établissements de SSRG implantés dans les Hauts-de-France comptent en moyenne pour 20 lits :

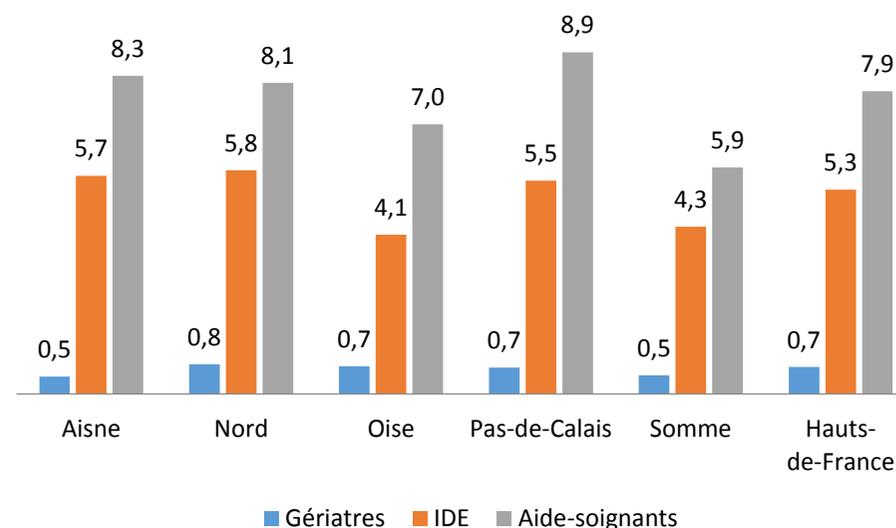
- 0,7 ETP de gériatre,
- 5,3 ETP d'IDE,
- 7,9 ETP d'aide-soignant.

Concernant les autres professionnels, sur les 55 SSRG ayant répondu à ce volet de l'enquête :

- 50 mobilisent du temps de psychologue ;
- 47 mobilisent du temps d'assistant social ;
- 46 mobilisent du temps de kinésithérapeute (ETP et à la demande) ;
- 46 mobilisent du temps de diététicien ;
- 43 mobilisent du temps d'ergothérapeute ;
- 30 mobilisent du temps d'orthophoniste ;
- 24 mobilisent du temps de Staps ;
- 18 mobilisent du temps de psychomotricien ;
- 6 mobilisent du temps d'animateur social.

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

**Effectifs de gériatres, IDE et aide-soignants exerçant dans les établissements SSRG autorisés en 2019 (en ETP pour 20 lits)**

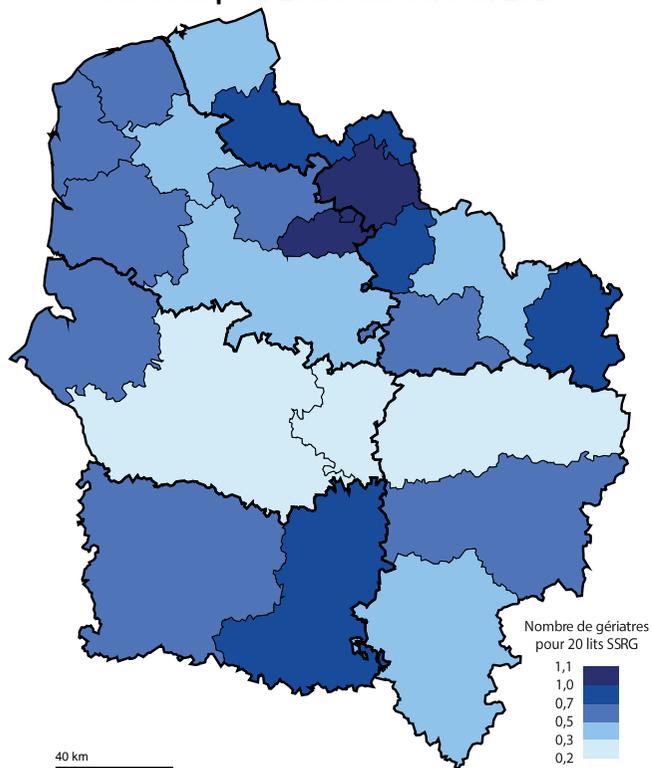


Champ : données issues des 55 SSR pour lesquels l'information est disponible  
Source : ARS - DST 2020 - Traitement : OR2S

Gérialres pour 20 lits en SSRG en 2019

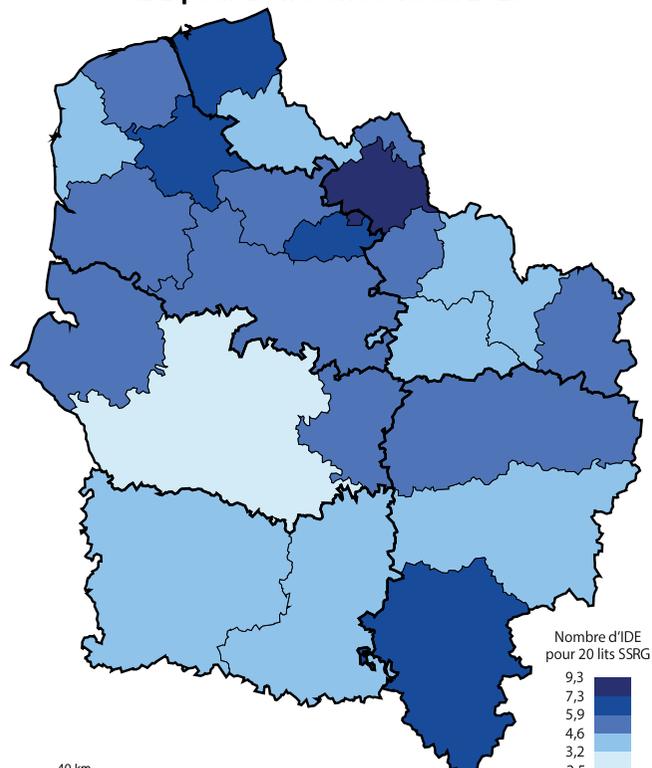
IDE pour 20 lits en SSRG en 2019

Aide-soignants pour 20 lits en SSRG en 2019



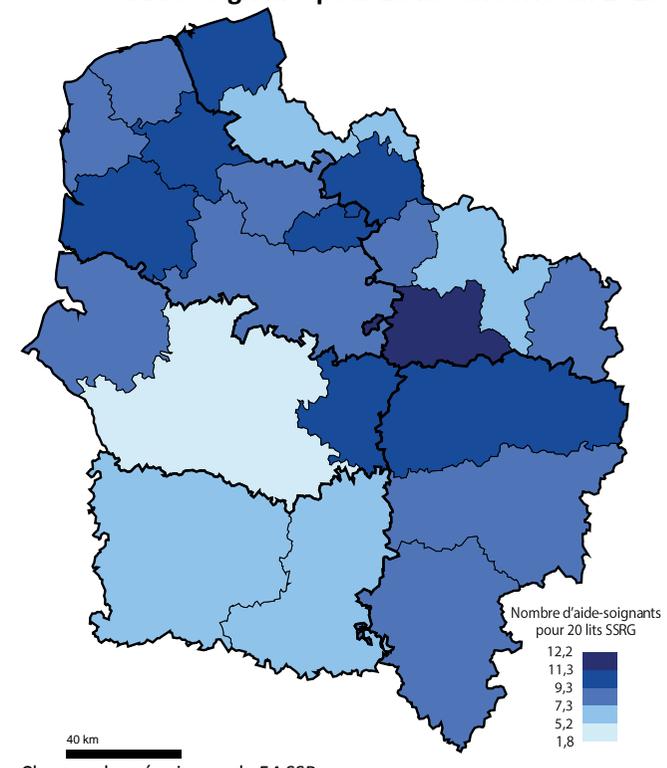
Champ : données issues de 54 SSR

Source : ARS - DST 2020 - Traitement : OR2S



Champ : données issues de 54 SSR

Source : ARS - DST 2020 - Traitement : OR2S



Champ : données issues de 54 SSR

Source : ARS - DST 2020 - Traitement : OR2S

## Les unités de soins longue durée

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

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

### Implantation des USLD autorisées

#### Aisne

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

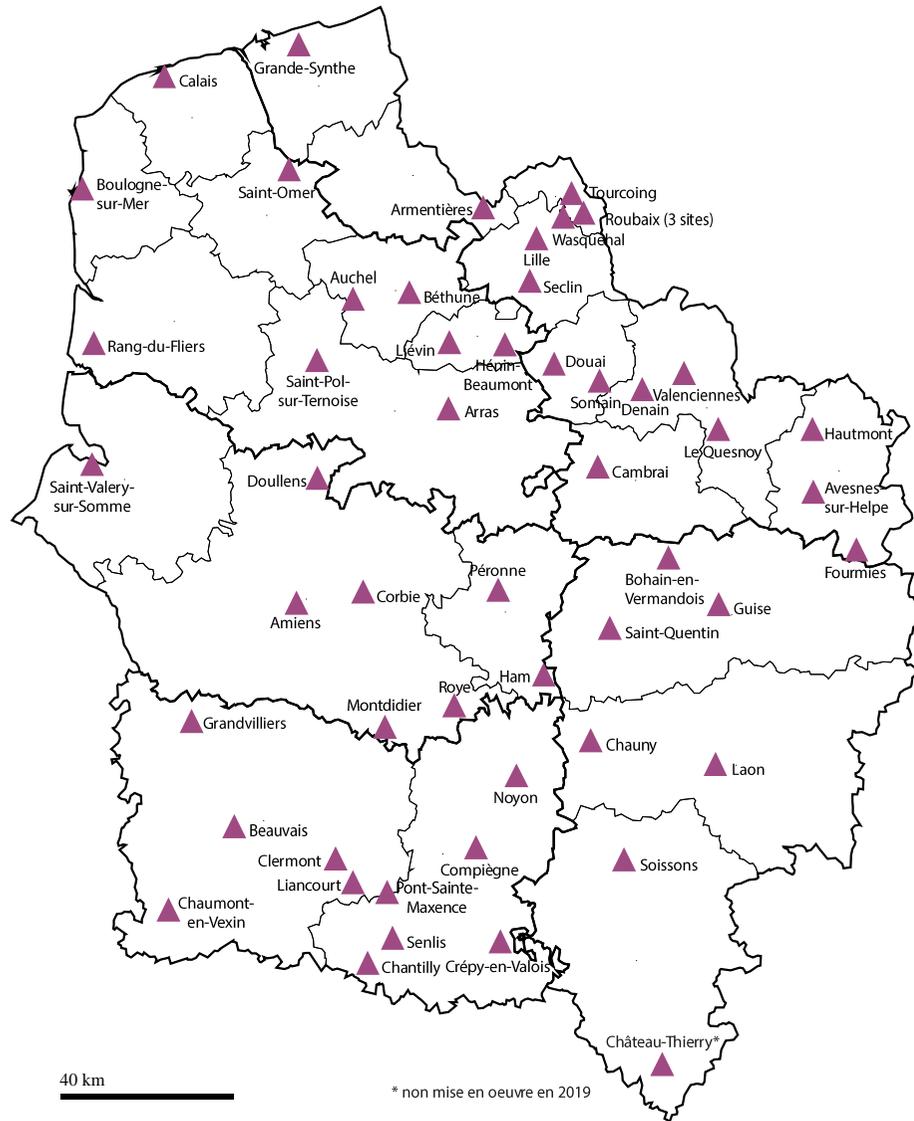
#### Pas-de-Calais

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 2019



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

En 2019, les Hauts-de-France comptent 53 unités de soins de longue durée (USLD) autorisées ayant eu une activité :

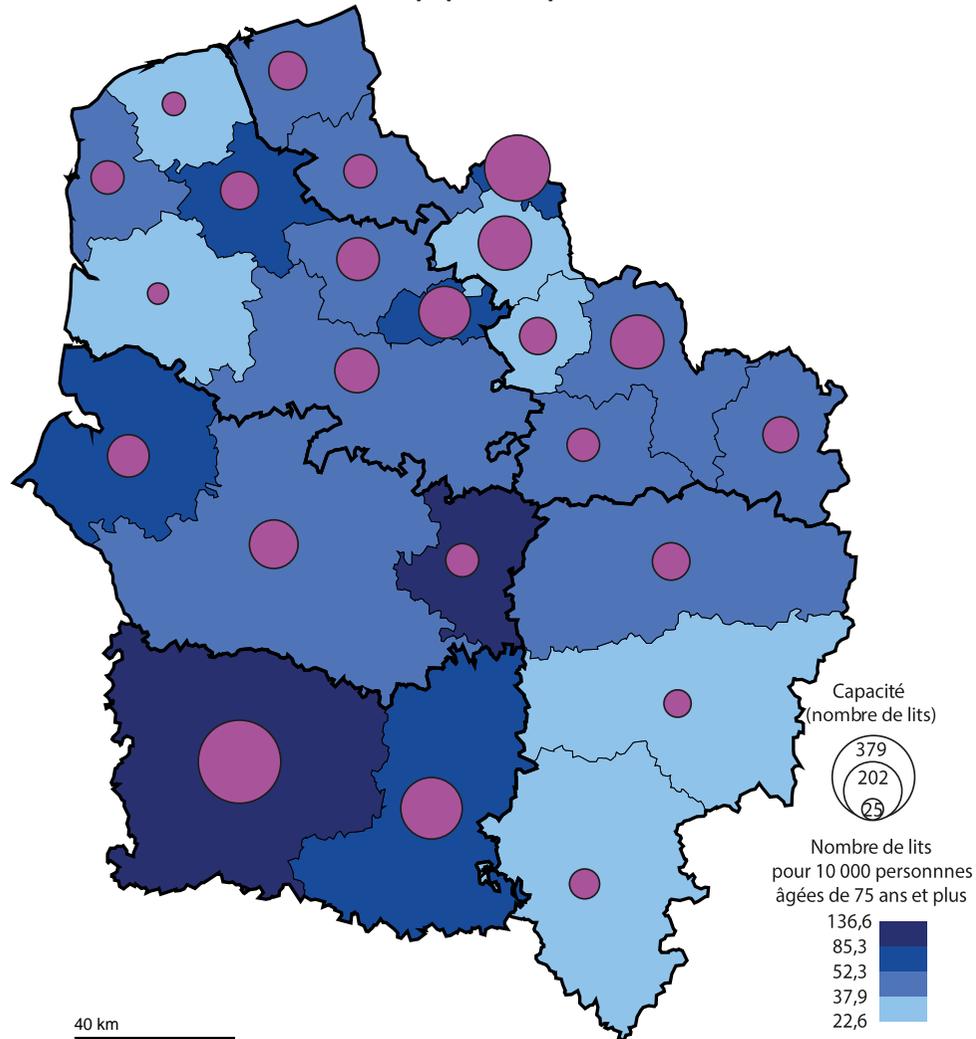
- 6 dans l'Aisne,
- 18 dans le Nord,
- 11 dans l'Oise,
- 10 dans le Pas-de-Calais,
- 8 dans la Somme.

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

Cependant, seuls 44 établissements ont répondu au questionnaire de bilan gériatrique. L'analyse qui suit porte donc sur ces 44 structures.

## Capacité des USLD

**Nombre de lits en USLD autorisées et installées en 2019  
et taux d'équipement par territoire**



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

En 2019, dans les Hauts-de-France, les 44 USLD ayant répondu totalisent une capacité de **2 495 lits**, soit **52 lits SSRG pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus** (60 en 2018, 61 en 2017, 57 en 2016). La taille des USLD varie de 25 à 120 lits : 2 unités disposent de moins de 30 lits, 9 unités de 30 lits, 12 unités entre 31 et 59 lits, 16 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. La Somme présente une densité de lits USLD (99 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus) deux à trois fois supérieure à celles des autres départements : Aisne (34), Nord (45), Pas-de-Calais (46) et Somme (57).

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 137 pour Oise-Ouest. Outre ce dernier, les zones les mieux dotées sont Somme-Est (108), Audomarois (84), Roubaix – Tourcoing (79) et Somme-Ouest (72).

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

## Activités des USLD autorisées

En 2019, les USLD ont accueilli 2 977 personnes dans 44 structures (3 500 en 2018 dans 51 structures, 4 200 en 2017, 4 000 en 2016). Parmi elles, 40 personnes étaient âgées de moins de 60 ans (une quarantaine en 2018, une cinquantaine en 2017 comme en 2016). Ces dernières étaient prises en charge en USLD du fait de complications de certaines pathologies (démence, Syndrome de Korsakoff, SEP, AVC, Parkinson évolué, déficience intellectuelle, perte majeure d'autonomie, traumatisme infection pulmonaire, locked-in syndrome - LIS...) associées parfois à certaines situations sociales difficiles (impossibilité de rester à domicile...) ou à une situation de polyhandicap.

Sur les 45 USLD interrogées, 41 ont fait remonter 1 433 sorties parmi lesquelles 1 123 décès ont été recensés. Autrement dit, près de 8 sorties d'USLD sur 10 ont pour cause le décès de la personne prise en charge (contre 8 sur 10 en 2018, un peu plus de 8 sur 10 en 2017 et 9 sur 10 en 2016), comme en Ehpad.

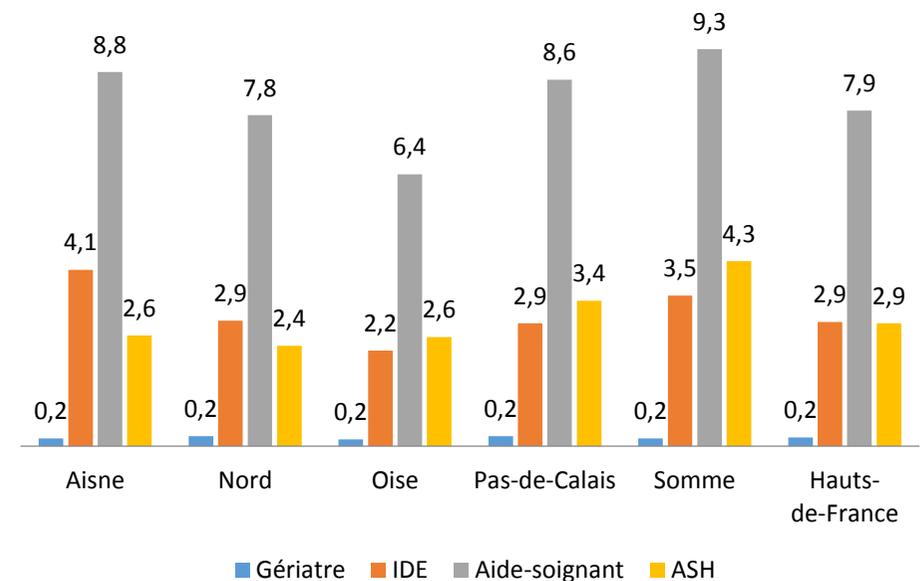
## Personnel des USLD autorisées

Au niveau régional, les 41 USLD autorisées ayant répondu à cet item emploient 1 863 ETP 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 (53 %), 20 % par les IDE et 19 % par les ASH.

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

- 0,3 ETP de temps médical (dont 0,2 ETP de gériatres),
- 2,9 ETP d'IDE,
- 7,9 ETP d'aide-soignante,
- 2,9 ETP d'ASH,
- 0,1 ETP d'ergothérapeute/psychomotricien,
- 0,8 ETP d'autres professions (secrétaire, animateur, éducateur, kinésithérapeute, psychologue, assistant social, cadre de santé, diététicien...).

**Effectifs de gériatres, AS, IDE et ASH exerçant dans les USLD autorisées (en ETP pour 20 lits) en 2019**



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

---

## Partie II : Bilan du Plan maladies neuro-dégénératives

---

## Préambule

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

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

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

## Les unités cognitivo-comportementales

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

### Implantation des UCC labellisées

#### Nord

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

#### Pas-de-Calais

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

#### Aisne

Hôpital la Renaissance sanitaire Villiers-Saint-Denis

#### Oise

Institut médical de Breteuil

#### Somme

CHU Amiens

Les unités cognitivo-comportementales labellisées sont au nombre de 15 dans les Hauts-de-France en 2018 (14 en 2017, 13 en 2016). Les 13 UCC ayant répondu au questionnaire totalisent 169 lits (188 lits en 2018, 173 lits en 2017, 163 en 2016).

Par ailleurs, une UCC est en cours de mise en œuvre à la clinique Anne d'Artois à Béthune.

### Implantation des UCC labellisées en 2019



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

En 2019, 15 UCC ouvertes et labellisées dénombrées :

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

Parmi elles, 13 ont répondu au questionnaire de bilan gériatrique. Les données qui suivent portent sur ces 13 unités.

Les 169 lits d'UCC labellisées se répartissent ainsi :

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

En 2019, les 11 UCC labellisées ayant répondu à la question ont déclaré 1 215 séjours, pour un total de 35 681 journées de plus de 24 heures.

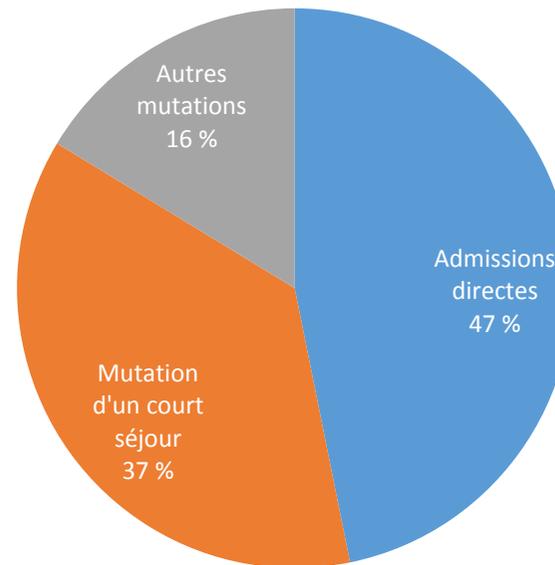
La durée moyenne de séjours de 32 jours en 2019 (37 jours en 2018, 39 jours en 2017 et 33 jours en 2016) masque de fortes disparités selon les établissements allant de 20 jours au CH d'Arras à 55 jours pour l'institut médical de Breteuil.

## 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 2019, les UCC de la région ont déclaré 1 566 entrées (contre 1 560 en 2018). L'entrée par admissions directes constitue le premier mode d'entrée en UCC avec 733 entrées, soit 47 % des modes d'entrée déclarés (44 % en 2018). Les mutations d'un court séjour représentent quant à elles 37 % des entrées (38 % en 2018). L'admission directe n'est cependant pas le mode d'entrée majoritaire pour toutes les UCC. Les entrées par mutations d'un court séjour sont majoritaires dans 4 UCC : CH d'Arras (60 %), l'institut médical de Breteuil (62 %), le CH de Boulogne-sur-Mer (70 %) et le CH de l'arrondissement de Montreuil (84 %).

**Répartition des modes d'entrée en UCC labellisées en 2019**

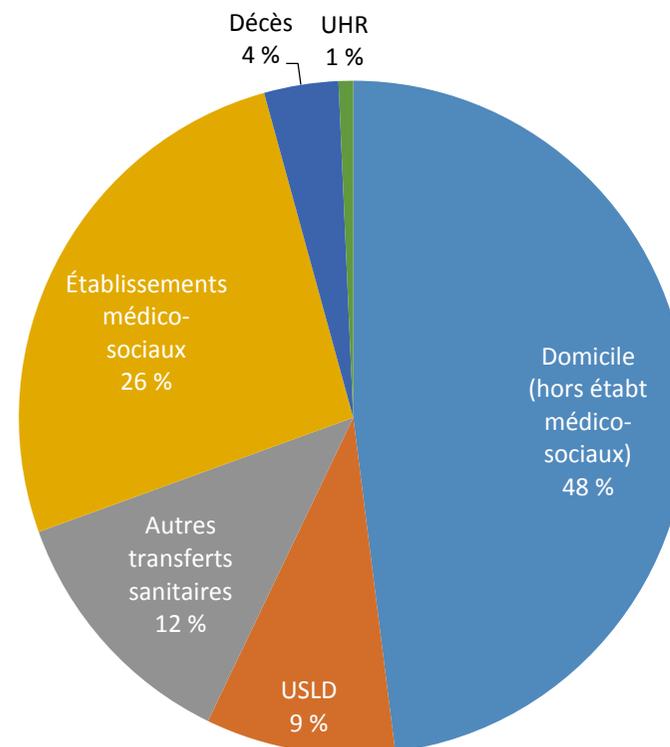
Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

En 2019, les UCC labellisées recensées dans la région ont déclaré 1 419 sorties (1 500 en 2018), près de la moitié d'entre elles (48 %) se faisant vers le domicile hors établissements médico-sociaux (51 % en 2018). Le deuxième mode de sortie le plus fréquent est le transfert vers un établissement médico-social (26 % des sorties ; 27 % en 2018). Les sorties vers les USLD ou UHR sont en marge avec des proportions très faibles (respectivement 9 % et 1 %). Les autres transferts sanitaires constituent 12 % des sorties. Enfin, 4 % des sorties (51) se terminent par un décès.

La répartition des modes de sortie varie d'un établissement à l'autre. Le retour à domicile est majoritaire dans certaines UCC (CHU Amiens, Polyclinique de Grande-Synthe, Villiers-Saint-Denis, Centre médical des Monts de Flandres, CHU de Lille, CH d'Hautmont, CH d'Arras, CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer), voire même quasi-exclusif au CH de Boulogne-sur-Mer (72 % des sorties). Par contre, le retour à domicile représente moins de 40 % des sorties dans d'autres UCC (Clinique Saint Roch de Marchiennes, CH du Quesnoy, Polyclinique de Riaumont) pour lesquelles les proportions de sorties vers des établissements médico-sociaux sont plus élevées (entre 42 % et 53 %). Enfin, les USLD sont la première destination de sorties à l'Institut médical de Breteuil (68 %) et sont plus répandues à la Polyclinique de Grande-Synthe (29 %) et au CHU d'Amiens (25 %) que dans les autres UCC de la région (9 % dans l'ensemble des Hauts-de-France).

La répartition des modes de sortie en 2019 correspond à celle de 2018.

Répartition des modes de sortie d'UCC labellisées en 2019



Source : ARS - DST 2020 - 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 2019, les 169 lits répartis dans les 13 UCC de la région ont mobilisé 188 ETP (11 UCC ont complété les données relatives aux ETP) dont 5 % de personnel médical (7,4 gériatres et 1,65 ETP non gériatre réparti entre 0,65 ETP de psychiatre, 0,05 ETP de médecin généraliste, 0,8 ETP de neurologue et 0,15 ETP d'autres spécialités). Les 95 % restants de personnels non-médicaux se répartissent ainsi :

- Aide-soignant : 81 ETP (soit 43 % du personnel œuvrant dans les UCC) ;
- IDE : 57 ETP (30 %) ;
- Autres personnels non-médicaux (assistant de service social, kinésithérapeute, diététicien, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, STAPS, socio-esthéticienne, cadre de santé, neuropsychologue...) : 42 ETP (22 %).

Parmi les 11 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 ;
- 10 ont déclaré disposer d'assistants de services sociaux ;
- 10 ont déclaré disposer de diététiciens ;
- 10 ont déclaré disposer de kinésithérapeutes ;
- 9 ont déclaré disposer de psychomotriciens ;
- 7 ont déclaré disposer d'orthophonistes ;
- 6 ont déclaré disposer de personnel STAPS.

## Les unités d'hébergement renforcées

Les unités d'hébergement renforcées (UHR) sont des structures sécurisées permettant de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles moyens et sévères du comportement, situées en Ehpad ou en USLD. En 2019, il existe 31 UHR en région pour 433 lits (29 UHR pour 405 lits en 2018, 22 UHR pour 320 lits en 2017 et 21 UHR pour 302 lits en 2016) : 21 UHR sont implantées dans un Ehpad et 10 sont autorisées dans une USLD.

### Implantation des UHR labellisées

#### Aisne (2 UHR)

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

#### Nord (16 UHR)

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

#### Pas de Calais (9 UHR)

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

#### Oise (2 UHR)

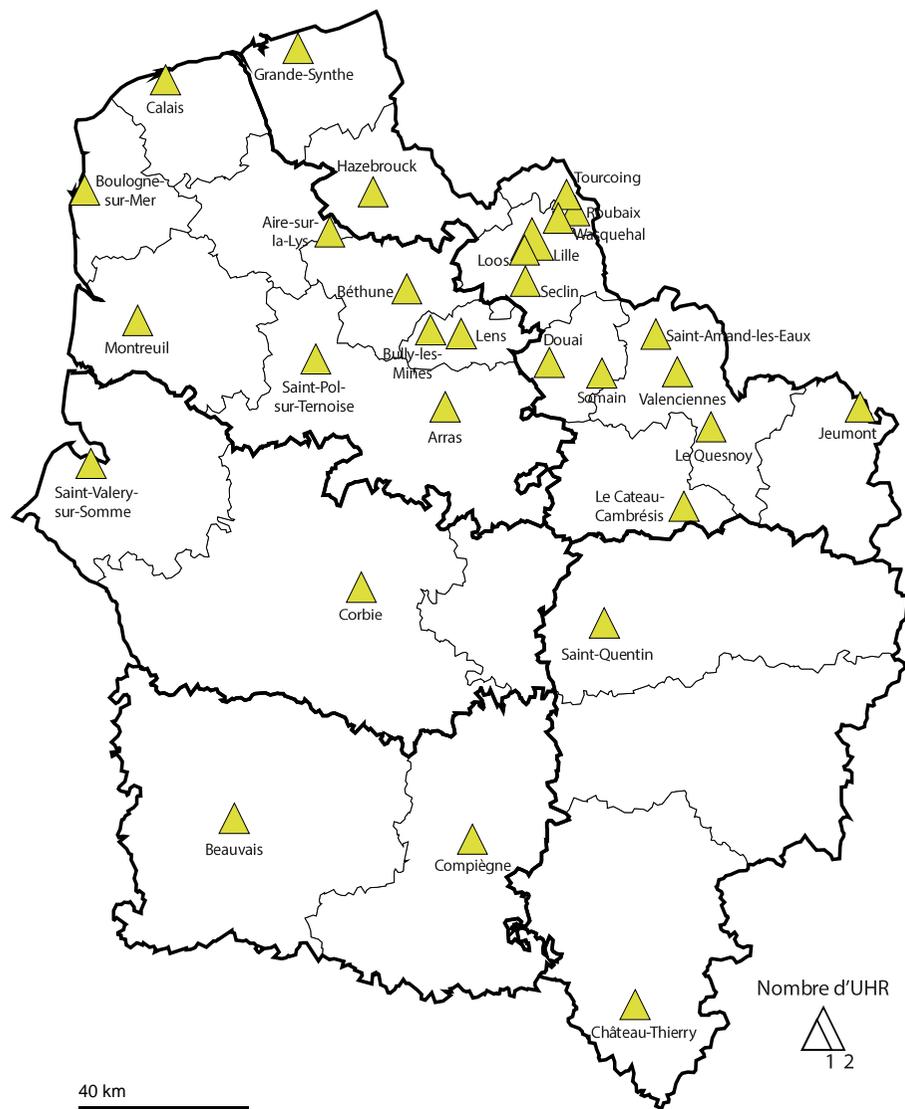
CH de Beauvais  
CHI Compiègne - Noyon

#### Somme (2 UHR)

CHI de la Baie de Somme  
CH de Corbie

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

### Implantation des UHR labellisées en 2019



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

Les 31 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,
- 2 UHR dans l’Oise,
- 9 UHR dans le Pas-de-Calais,
- 2 UHR dans la Somme.

## Capacité et file actives des UHR labellisées en 2019

## La file active

## Caractéristiques démographiques

Parmi les 31 UHR implantées dans les Hauts-de-France, 26 ont répondu au questionnaire d'activité de 2019. Ces dernières ont accueilli 511 personnes en 2019 (465 en 2018, 409 en 2017, 404 en 2016). La population accueillie en UHR présente un *sex-ratio* à parité (54 % de femmes).

L'âge moyen des personnes accueillies en UHR est de 75 ans (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 62 ans à 84 ans.

## Durée moyenne de séjour

En 2019, la durée moyenne de séjour dans les UHR est de l'ordre de 17 mois (18 en 2018, comme en 2017 alors que la DMS était de l'ordre de 14 mois en 2016) et varie considérablement : de 1 mois pour l'UHR du CH d'Arras à 5 ans pour le CHU de Lille.

	Nombre de places	File active	Age moyen (en années)	DMS (en j)
CH de Château-Thierry	16	24	NR	NR
CH de Saint-Quentin	14	21	79	554
CH d'Hazebrouck	12	16	82	558
CHU de Lille	13	20	82	1 940
GH Seclin Carvin	14	21	84	740
GH Loos Haubourdin*	12	NR	NR	NR
CH de Tourcoing	14	23	84	210
CHI Wasquehal	14	22	79	233
CH Le Cateau-Cambrésis	14	12	75	270
CH de Douai	15	19	79	214
CH de Somain	14	17	75	NR
Polyclinique de Grande-Synthe	14	2	62	365
CH Le Quesnoy	12	25	82	296
CH de Valenciennes	20	31	77	834
CH de Saint-Amand-les-Eaux*	14	NR	NR	NR
Ehpad Saint-Antoine-de-Padoue	12	17	78	534
CH de Jeumont	14	14	77	NR
CH de Roubaix	14	15	72	NR
CH de Beauvais	22	33	80	493
CHI Compiègne-Noyon	15	20	75	632
CH de Béthune-Beuvry	14	18	74	1 130
CH d'Arras	15	30	79	45
CH d'Aire-sur-la-Lys	15	14	80	NR
CH de Boulogne-sur-Mer	14	26	73	489
CH de Calais	14	12	80	NR
CH de Lens	10	12	73	448
Ehpad Bully-les-Mines*	10	NR	NR	NR
CH du Ternois*	20	NR	NR	NR
CHAM*	NR	NR	NR	NR
CHI de la Baie de Somme	18	28	78	154
CH de Corbie	14	19	81	413
<b>Hauts-de-France</b>	<b>377</b>	<b>511</b>	<b>75</b>	<b>528</b>

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

\* Données 2018 car non remplissage des questionnaires en 2019

## 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)*.

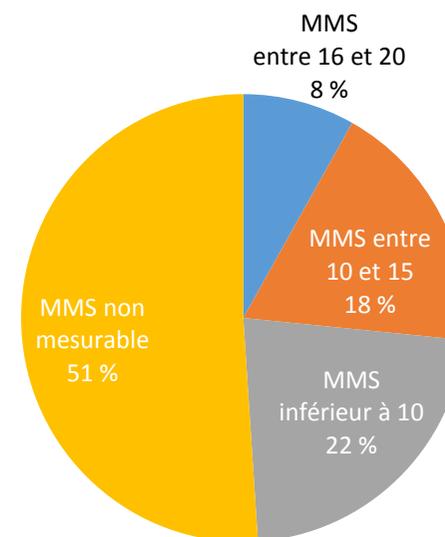
En 2019, pour une personne sur deux prise en charge en UHR, le MMS n'a pu être mesuré (comme en 2018).

Par conséquent, le test MMS a été réalisé pour 49 % des patients. Cette part se distribue ainsi :

- 27 % présente un MMS entre 10 et 20 (démence modérée ; part équivalente à celles observées en 2016, 2017 et 2018),
- 22 % un MMS inférieur à 10 (démence sévère ; 19 % en 2016 et 23 % en 2017, 19 % en 2018).

Les UHR ont précisé le diagnostic principal des résidents admis. Comme les années antérieures, le diagnostic le plus fréquent (78 % ; 72 % en 2016, 78 % en 2017 et 79 % en 2018) est de loin celui de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (démence vasculaire, démence mixte, corps de Lewy, dégénérescence frontotemporale). Pour 4 % des patients pris en charge en UHR, le diagnostic n'est pas précisé (15 % en 2017 et 12 % en 2018).

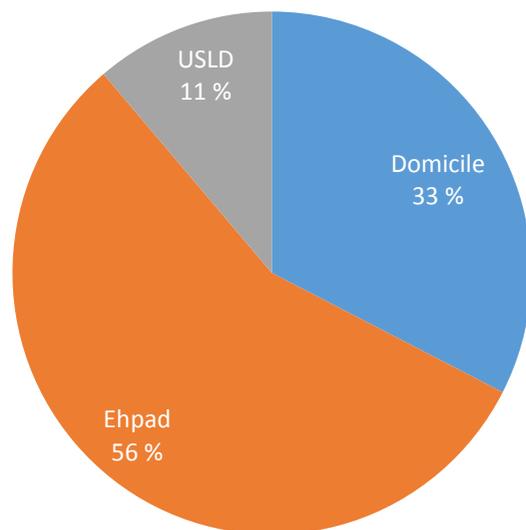
### Diagnostic de la démence *via* le *Mini Mental State* à l'entrée des UHR labellisées en 2019



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

## Les entrées

## Provenance des personnes prises en charge en UHR labellisées en 2019



Sur les 31 UHR, 24 ont renseigné le lieu de vie qu'occupaient les patients avant leur prise en charge dans leurs murs :

- 56 % résidaient en Ehpad (53 % en 2018),
- 33 % habitaient leur domicile (36 % en 2018),
- 11 % étaient pris en charge en USLD (11 % en 2018).

Champ : 338 entrées rapportées par 24 UHR répondantes

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

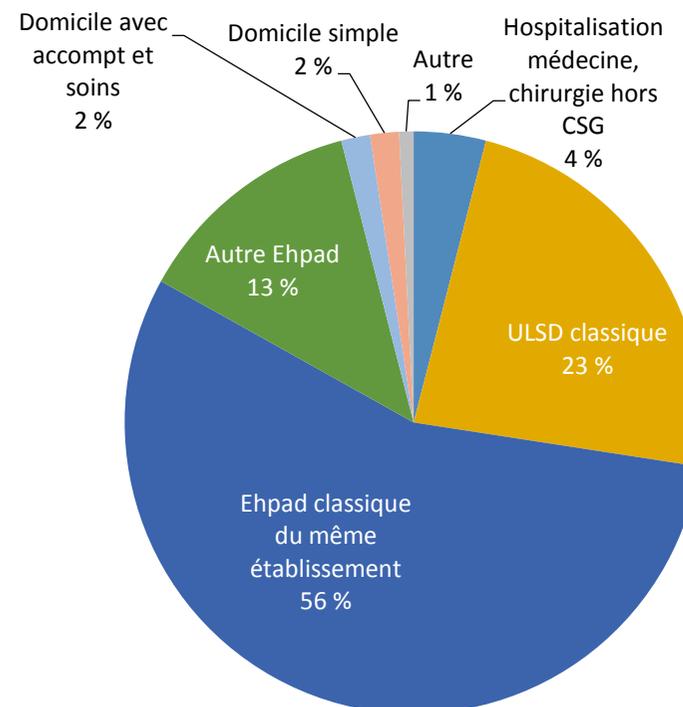
## Les sorties

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 (36 %). La réduction des troubles du comportement pendant une période continue d'au moins 1 mois compte pour 22 % des sorties. Enfin, 56 décès sont recensés, soit 42 % des sorties enregistrées.

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

- dans un peu moins de six cas sur dix (56 %), le patient part dans un Ehpad classique du même établissement et dans 13 % des cas, dans un autre Ehpad ;
- dans 23 % des cas, la personne prise en charge est transférée vers une USLD classique ;
- parmi les autres destinations, les retours à domicile sont rares (2 % avec accompagnement de soins, 2 % en domicile simple).

### Destination des personnes prises en charge en UHR labellisées en 2019



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

## Les activités proposées dans les UHR labellisées

Sur les 26 UHR interrogées, 23 ont répondu au module de questions portant sur les activités proposées au sein de ce type de structure. Toutes ont répondu avoir proposé les activités suivantes :

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

Pour la mobilisation des fonctions sensorielles des résidents, seul le CHU de Lille n'a pas indiqué proposer cette activité. Par ailleurs, le CHU de Lille et le CH de Béthune Beuvry ne proposent pas de maintien du lien social des résidents, contrairement aux 21 autres structures.

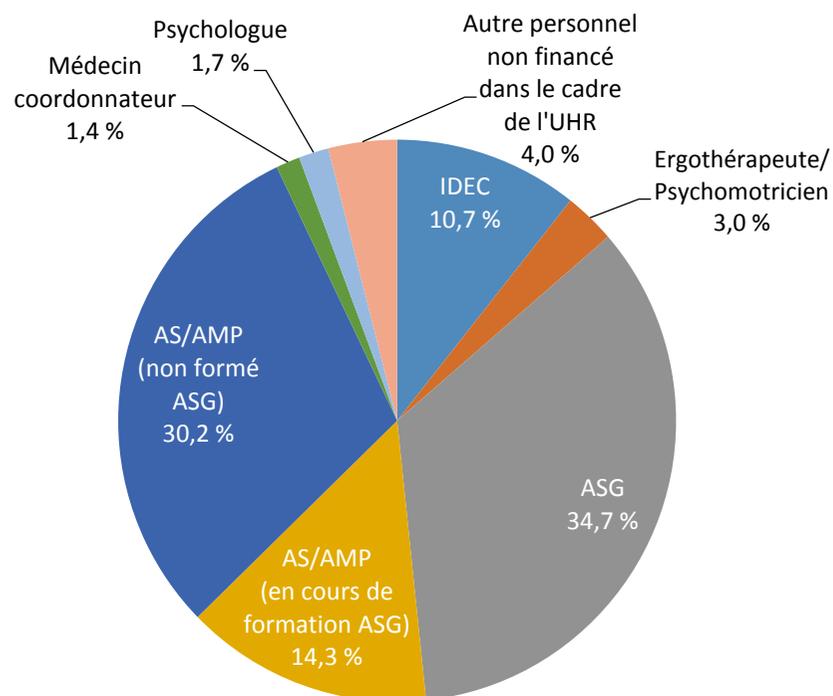
Outre les équipes des UHR (décrites ci-après), divers acteurs interviennent pour assurer les activités proposées. Il s'agit notamment d'animateurs, de kinésithérapeutes ou de professeurs d'APA. De manière plus ponctuelle, les UHR font appel également à des orthophonistes, des art-thérapeutes, des sophrologues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

## Personnel des UHR labellisées

L'enquête permet de disposer de quelques éléments sur le personnel mobilisé dans les UHR, en distinguant le personnel dédié aux soins et le personnel consacré à la dépendance. À ce titre, 19 UHR ont répondu au module de questions portant sur le personnel (19 sur le personnel dédié aux soins et 13 sur le personnel consacré à la dépendance).

Globalement, les 19 UHR ont fait remonter un total de 172,6 ETP dédiés aux soins, soit 9,2 ETP pour 20 lits UHR (193 ETP soit 13,7 ETP pour 20 lits en 2018). Pour le personnel dédié à la dépendance, les UHR recensent 42,5 ETP soit 2,3 ETP pour 20 lits UHR (29 ETP pour 9 UHR, soit 4,1 ETP pour 20 lits en 2018). Ces chiffres correspondent au personnel étant intervenu réellement dans les UHR en 2019.

## Personnel réservé aux soins en UHR labellisées en 2019 (en ETP)



Champ : 19 UHR répondantes

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

Les UHR mobilisent plusieurs types de professionnels dédiés aux soins. Les 19 UHR labellisées ayant renseigné la partie relative aux ressources humaines de l'enquête déclarent un total de 172,6 ETP dédiés aux soins :

- 59,9 ETP d'ASG (68,2 en 2018),
- 52,1 ETP d'AS / AMP (non formés ASG ; 60,5 en 2018),
- 24,8 ETP d'AS / AMP (en cours de formation ASG ; 24,1 en 2018),
- 18,4 ETP d'IDEIC (20,9 en 2018),
- 5,1 ETP d'ergothérapeute / psychomotricien (5,6 en 2018),
- 3,0 ETP de psychologue (2,7 en 2018),
- 2,4 ETP de médecin coordonnateur (2,4 en 2018),
- 6,9 ETP d'autres personnels non financés dans le cadre de l'UHR (ASH, cadre de santé, pharmacien, socio-esthéticienne, Staps, ASH, éducateur, diététicien ; 8,3 en 2018).

Le personnel consacré à la dépendance est presque exclusivement composé d'ASG et d'AS/AMP (91,8 % des ETP). Des psychologues (3,8 %), médecins coordonnateurs (0,5 %), IDEIC (1,2 %) et autre personnel (cadre de santé et ASH ; 2,8 %) peuvent également intervenir sur ce champ.

## Les partenariats des UHR labellisées

Sur les UHR interrogées, 22 ont répondu aux questions portant sur les partenariats :

- 17 déclarent travailler avec une UCC,
- 11 déclarent travailler avec d'autres Ehpad,
- 17 déclarent travailler avec une consultation mémoire,
- 15 déclarent travailler avec un CMP,
- 19 déclarent travailler avec un service de psychiatrie,
- 19 déclarent travailler avec un CSG,
- 6 déclarent travailler avec d'autres partenaires (MAIA, Clic, réseau, associations).

## Les partenariats des UHR labellisées en 2019

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

Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

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

### Présentation générale

De nombreuses études ont mis en évidence l'épuisement que peut entraîner pour les aidants l'accompagnement au quotidien d'un proche atteint 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 d'épuisement des aidants que la mesure n°1 du Plan Alzheimer 2008-2012 a prévu une diversification des dispositifs de répit ainsi qu'une amélioration de l'accessibilité à ce type de dispositifs. Les plateformes d'accompagnement et de répit sont des formules innovantes car elles proposent, en complément de répit, des prestations de soutien, de conseil, d'éducation et d'information des aidants.

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

La mesure 28 du Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 vise à conforter et poursuivre le déploiement des PFR. 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.

## 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 2019 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 portée par l'accueil de jour de l'Ehpad de la Roselière), une en 2018 à Poix-de-Picardie, dans la Somme (Ehpad) et une à Saint-Quentin en 2019 (accueil de jour – ouverture en avril 2020), dans l'Aisne.

Au niveau géographique, les PFR ouvertes fin 2019 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.

Fin 2018, les départements du Nord, du Pas-de-Calais, de la Somme et de l'Oise sont couverts par une PFR. En 2019, une 24<sup>e</sup> 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.

À noter que la PFR de Saint-Quentin n'a pas fonctionné durant l'année 2019, son activité ayant débuté en avril 2020.



Source : ARS – DST, DOMS 2020 - 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.

### Ouverture des PFR

Sur les 24 PFR autorisées, 23 ont déclaré une activité en 2019, celle de Saint-Quentin n'ayant ouvert qu'en avril 2020. L'analyse porte donc sur 23 PFR.

Ainsi, sur les 23 PFR ayant déclaré une activité en 2019, 16 ont assuré 52 semaines d'ouverture sur l'année 2019 (7 dans le département du Nord, 5 dans le Pas-de-Calais, 2 dans l'Aisne, 1 dans l'Oise et 1 dans la Somme), 2 ont été ouvertes 51 semaines (1 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais), 2 ont été ouvertes 48 semaines (1 dans le Pas-de-Calais et 1 dans la Somme), 2 du Pas-de-Calais ont été ouvertes 47 semaines et 1 de l'Oise a été ouverte 46 semaines.

Ainsi, au total, les PFR ont assuré 1 170 semaines d'ouverture aux usagers en 2019. En comparaison, en 2018, les 23 PFR avaient assuré 1 087 semaines d'ouverture (1 116 en 2017). À périmètre constant avec les PFR de 2018, une augmentation des semaines d'ouverture est observée grâce à la montée en charge de la PFR ouverte fin 2018.

Sur les 23 PFR ayant déclaré une activité en 2019, 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 (10 en 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

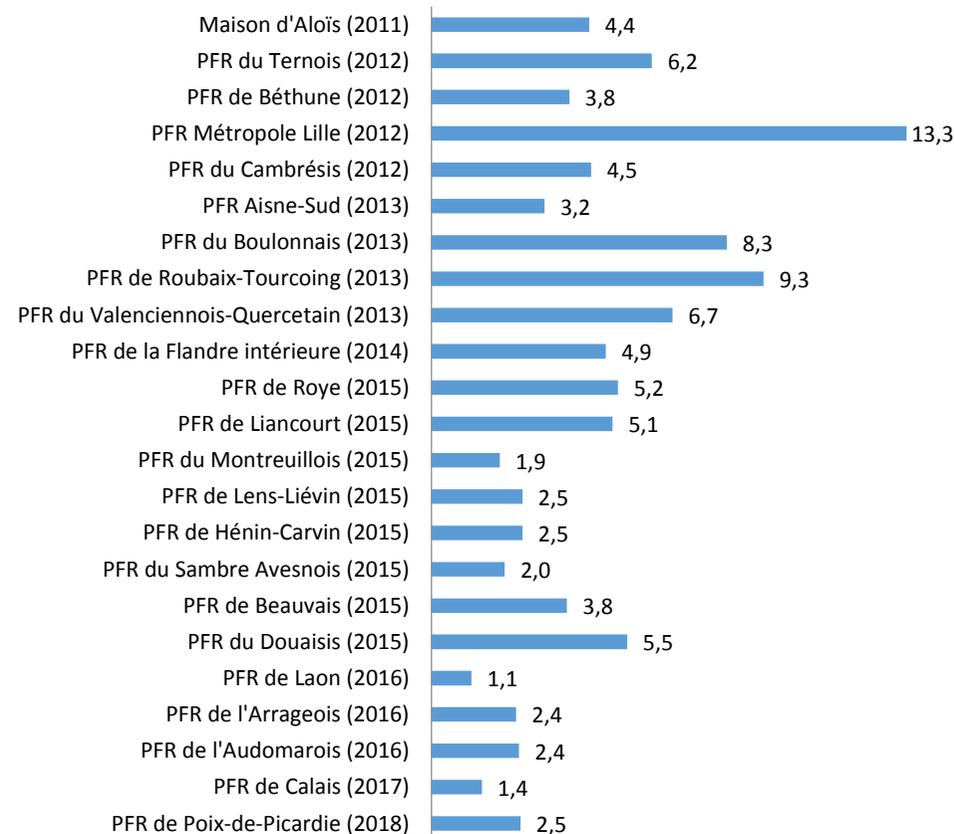
En 2019, **5 236 aidants ont contacté l'une des 23 PFR**, soit 2 % de plus qu'en 2018. Le nombre d'aidants est plus important dans le Nord (50 % des aidants ayant contacté les PFR des Hauts-de-France) et le Pas-de-Calais (30 %). L'Oise regroupe 8 % des aidants, la Somme 7 % et l'Aisne 4 %.

Les moyens de contact les plus utilisés<sup>4</sup> sont l'accueil téléphonique (39 % des contacts) et physique (37 % des contacts). Les visites à domicile représentent 16 % des contacts, les lieux neutres 3 % et les autres moyens (contacts par mail, locaux prêtés par un partenaire, autres activités de la PFR...), 6 %. Par département, l'accueil téléphonique est privilégié dans le Pas-de-Calais (41 % des contacts) et la Somme (59 %). Les aidants du Nord et de l'Aisne se tournent davantage vers le contact physique (48 % et 44 %) tandis que dans l'Oise, une plateforme privilégie les autres moyens (44 % des contacts isariens : les partenaires leur signalent des aidants que la PFR appelle par téléphone) et la seconde, les visites à domicile (29 % des contacts isariens).

Le nombre moyen d'aidants contactant une PFR chaque semaine est de 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 (6,3 aidants par semaine) et l'Oise (4,5). La Somme (3,8), le Pas-de-Calais (3,5) et l'Aisne (2,1) viennent ensuite.

Il existe une très grande disparité du nombre d'aidants ayant pris contact avec l'une des PFR, allant de 1,1 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.

### Nombre moyen d'aidants ayant pris contact avec une PFR par semaine d'ouverture en 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

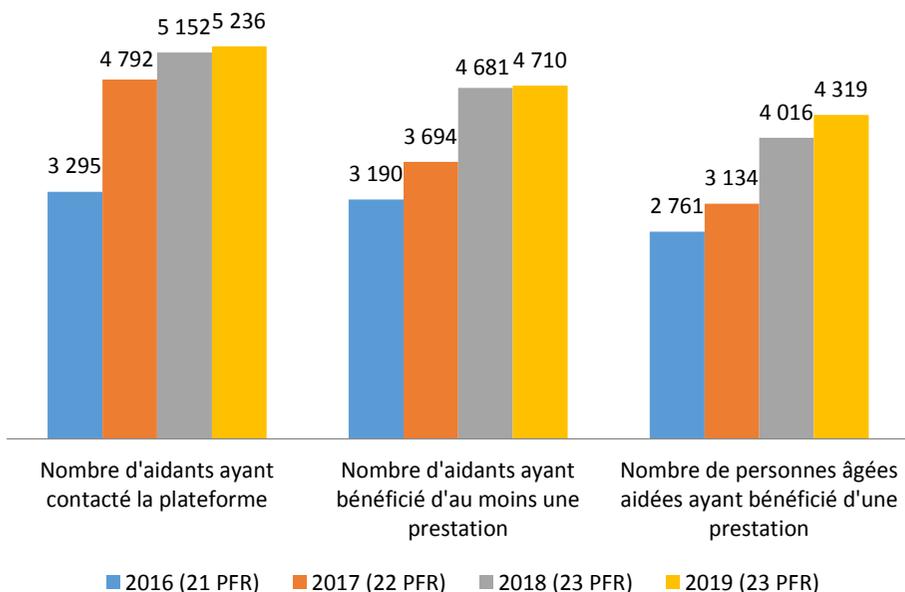
Champ : 5 236 aidants

<sup>4</sup> Deux PFR n'ont pas pu renseigner les moyens de contact.

Sur les **5 236 aidants ayant pris contact** avec une des 23 PFR (+2 % par rapport à 2018), **4 710 aidants ont bénéficié d'au moins une prestation** (soit 90 % ; 91 % en 2018 ; +1 % par rapport à 2018) et **4 319 personnes aidées** ont au moins un aidant ayant bénéficié d'une prestation.

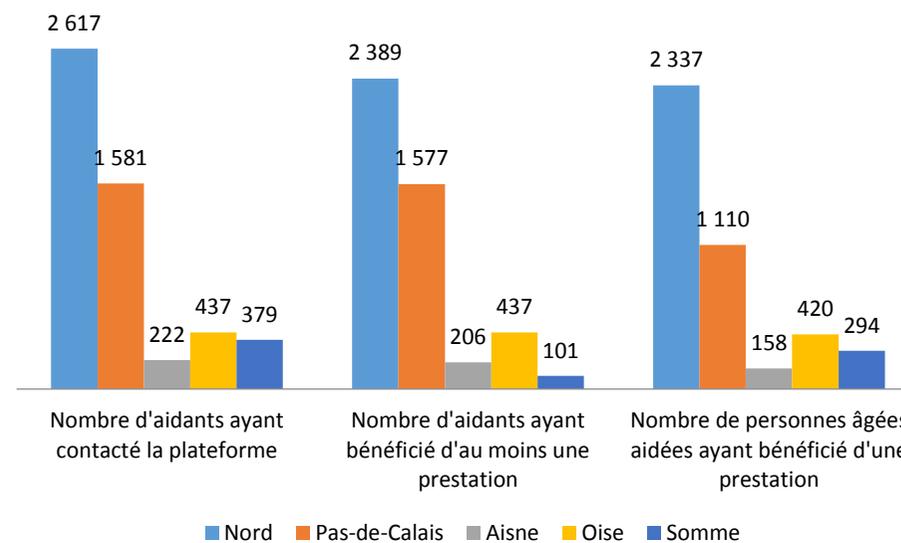
En 2018, 5 152 aidants avaient contacté une PFR et 4 681 avaient bénéficié d'au moins une prestation (respectivement 4 792 et 3 694 en 2017).

**Nombre d'aidants et d'aidés ayant bénéficié d'une prestation d'une PFR**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

**Nombre d'aidants et d'aidés ayant bénéficié d'une prestation d'une PFR en 2019, par département**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

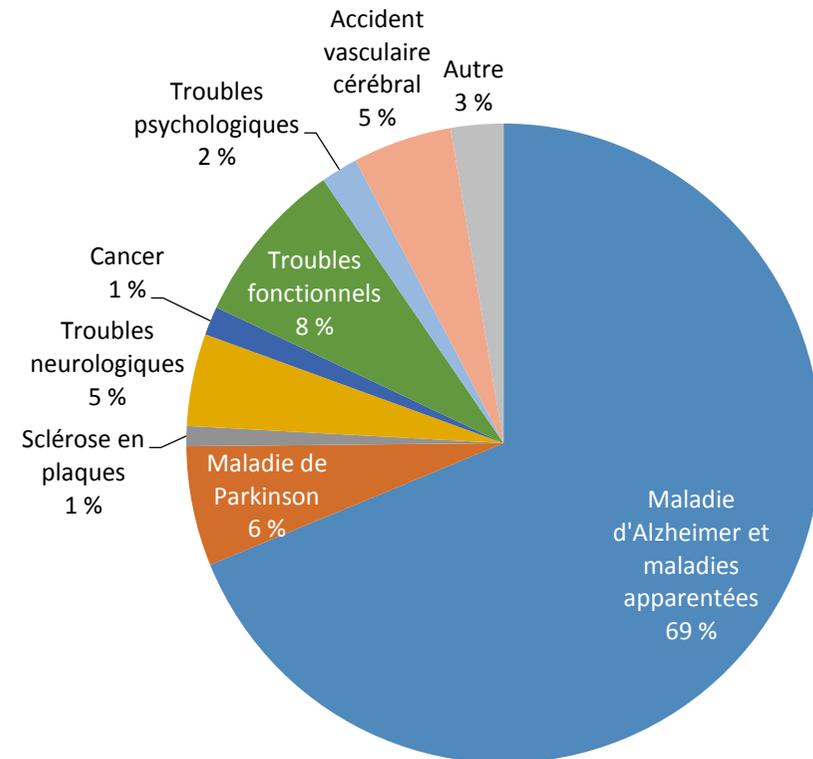
Champ : 23 PFR

En 2019, est compté 1,2 aidant pour une personne aidée. Ce chiffre est fluctuant, proche de celui de 2018 (1,3) et moindre qu'en 2017 (1,5) (1,1 aidant par personne aidée en 2016, 1,3 en 2014, 1,2 en 2013). Les départements du Pas-de-Calais (1,4 aidant pour une personne aidée) et de l'Aisne (1,4) devancent ceux de la Somme (1,3), du Nord (1,1) et de l'Oise (1,0).

*Profil des aidés*

En 2019, parmi les 4 319 personnes aidées, 4 818 pathologies sont comptabilisées<sup>5</sup> : 69 % sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ou de troubles cognitifs (75 % en 2018 et 2017, 80 % en 2016). La perte d'autonomie fonctionnelle concerne 8 % des personnes aidées (9 % en 2018, 12 % en 2017, 9 % en 2016 et 2015, 10 % en 2014 et 9 % en 2013).

Enfin, les autres situations (Parkinson, sclérose en plaques, troubles neurologiques et psychologiques, cancer, AVC et autres pathologies) concernent 27 % des personnes aidées (16 % en 2018, 11 % en 2017, 9 % en 2016, 8 % en 2015, 7 % en 2013 et 2014).

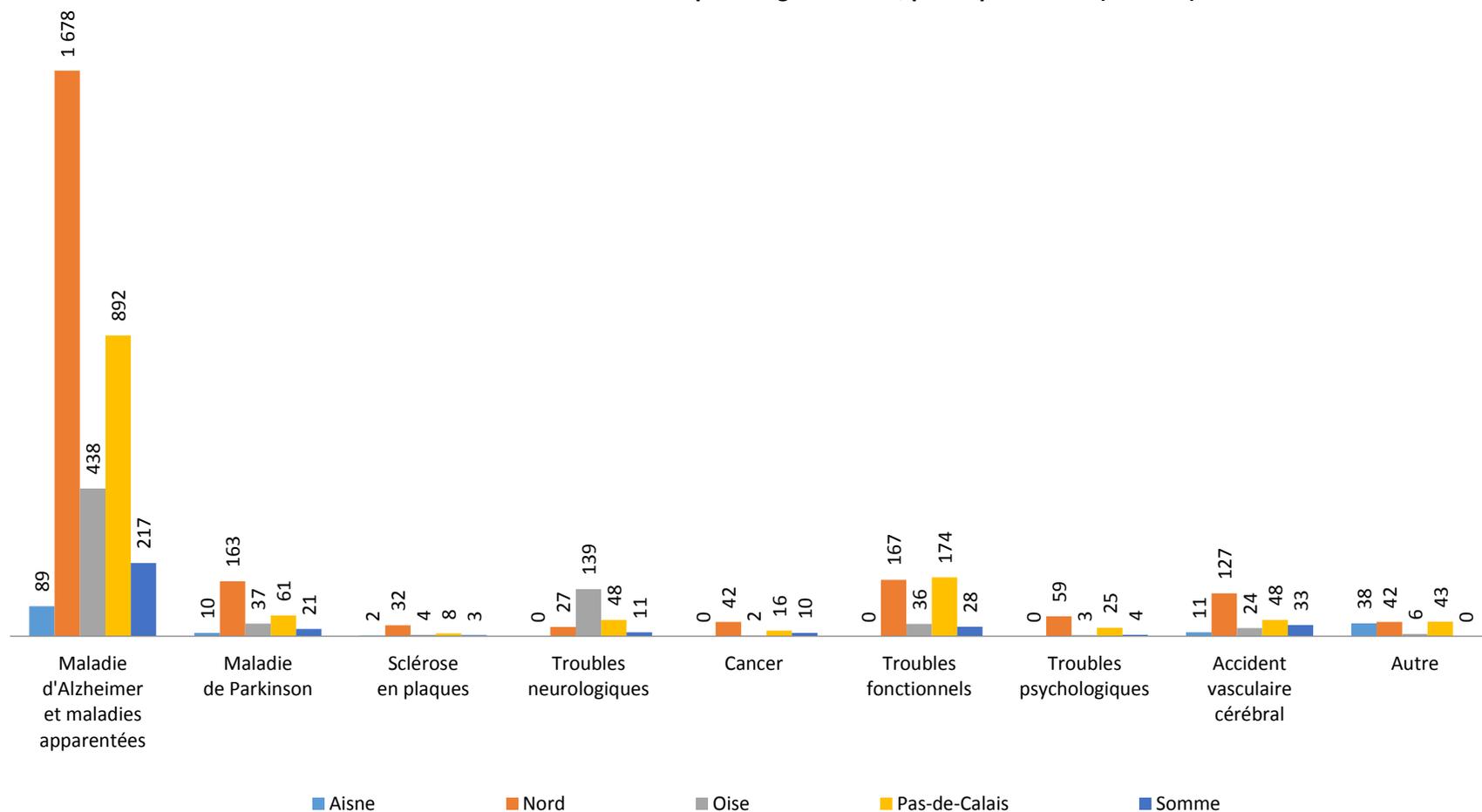
**Profils des aidés en fonction de leur pathologie en 2019**

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 4 818 aidés

<sup>5</sup> Un aidé peut avoir plusieurs diagnostics.

## Profils des aidés en fonction de leur pathologie en 2019, par département (nombre)



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 4 818 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 59 % des personnes dans l'Aisne à 72 % dans le Nord). Les troubles neurologiques sont particulièrement présents dans l'Oise (20 % des aidés). Le Pas-de-Calais compte davantage de troubles fonctionnels (13 %) et la Somme, d'accidents vasculaires cérébraux (10 %) que les autres départements.

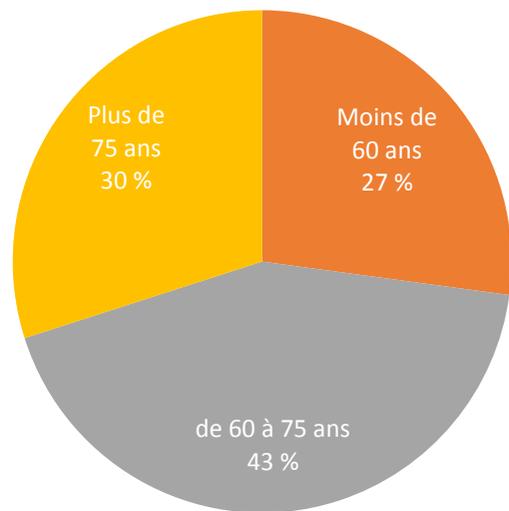
*Profil des aidants*

La répartition par classe d'âges des aidants est proche en 2019 des années précédentes : 27 % des aidants ont moins de 60 ans (30 % en 2018, 29 % en 2017, 31 % en 2016), 43 % des aidants ont entre 60 et 75 ans (44 % en 2018 et 2017, 42 % en 2016), 30 % ont plus de 75 ans (27 % en 2018, 2017 et 2016). Les aidants de l'Oise et de la Somme sont proportionnellement plus nombreux à avoir plus de 75 ans (respectivement 39 % et 40 % des aidants), tandis que ceux de l'Aisne sont 56 % à avoir entre 60 et 75 ans.

L'aidant est à quelques exceptions près (amis, voisins) presque toujours un membre de la famille de la personne aidée. Dans la moitié des cas, l'aidant est le conjoint de la personne aidée (54 % ; 53 % en 2018). Les enfants représentent 40 % des aidants (comme en 2018), les petits-enfants jouent un rôle anecdotique (1 % des aidants, comme en 2018). Les autres membres de la famille (frères et sœurs, beaux-enfants, neveux et nièces), voisins et amis représentent 5 % des aidants (6 % en 2018). Ces chiffres restent stables par rapport aux observations de 2018.

Dans le Pas-de-Calais, les conjoints et enfants de la personne aidée sont dans des proportions similaires (46 % chacun). Les conjoints sont majoritaires dans l'Aisne (60 %), le Nord (57 %), l'Oise (66 %) et la Somme (57 %).

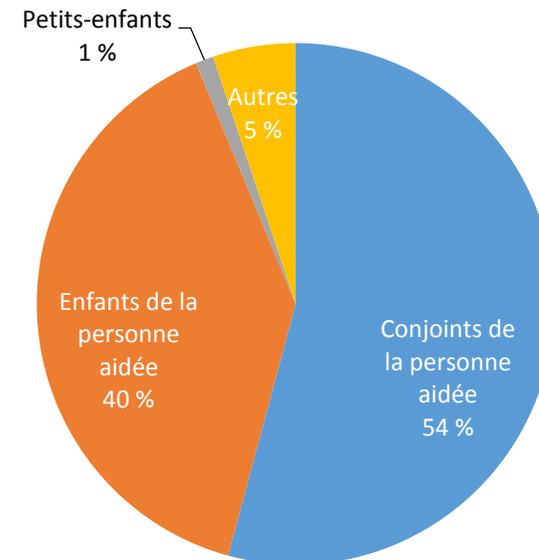
**Répartition des aidants par groupe d'âges en 2019**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 4 777 aidants

**Lien familial entre l'aidant et l'aidé en 2019**



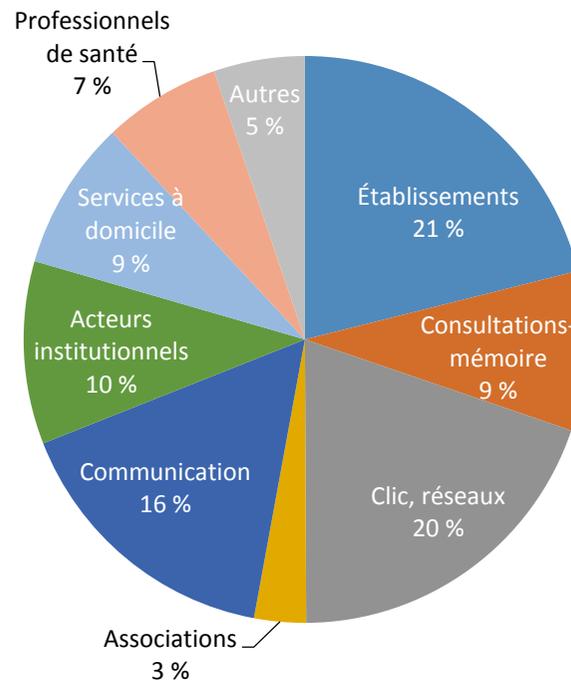
Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 4 913 aidants

*Orientation des aidants*

Les aidants sont orientés vers les PFR par différents acteurs. Les établissements (Ehpad, centres hospitaliers, ...) sont à l'origine de 21 % des orientations vers les PFR. Les Clic et réseaux gérontologiques orientent 20 % des aidants. De plus, 10 % des orientations sont issues des acteurs institutionnels (conseils départementaux, CCAS, caisses de retraite...), 9% pour les consultations-mémoire et pour les services à domicile. Le bouche-à-oreilles et les actions menées auprès du grand public (rassemblé sous le terme « Communication » dans le graphique ci-dessous) constituent 16 % des orientations vers les PFR. Enfin, les professionnels de santé (libéraux) sont à l'origine de 7 % des orientations des aidants vers les PFR et les associations d'usagers et de familles, 3 %.

En 2018, les établissements comptaient pour 17 % des orientations et la communication, pour 10 %. Les acteurs institutionnels (12 %) étaient plus présents dans les orientations qu'en 2019.

**Répartition des orientations vers une PFR en 2019**

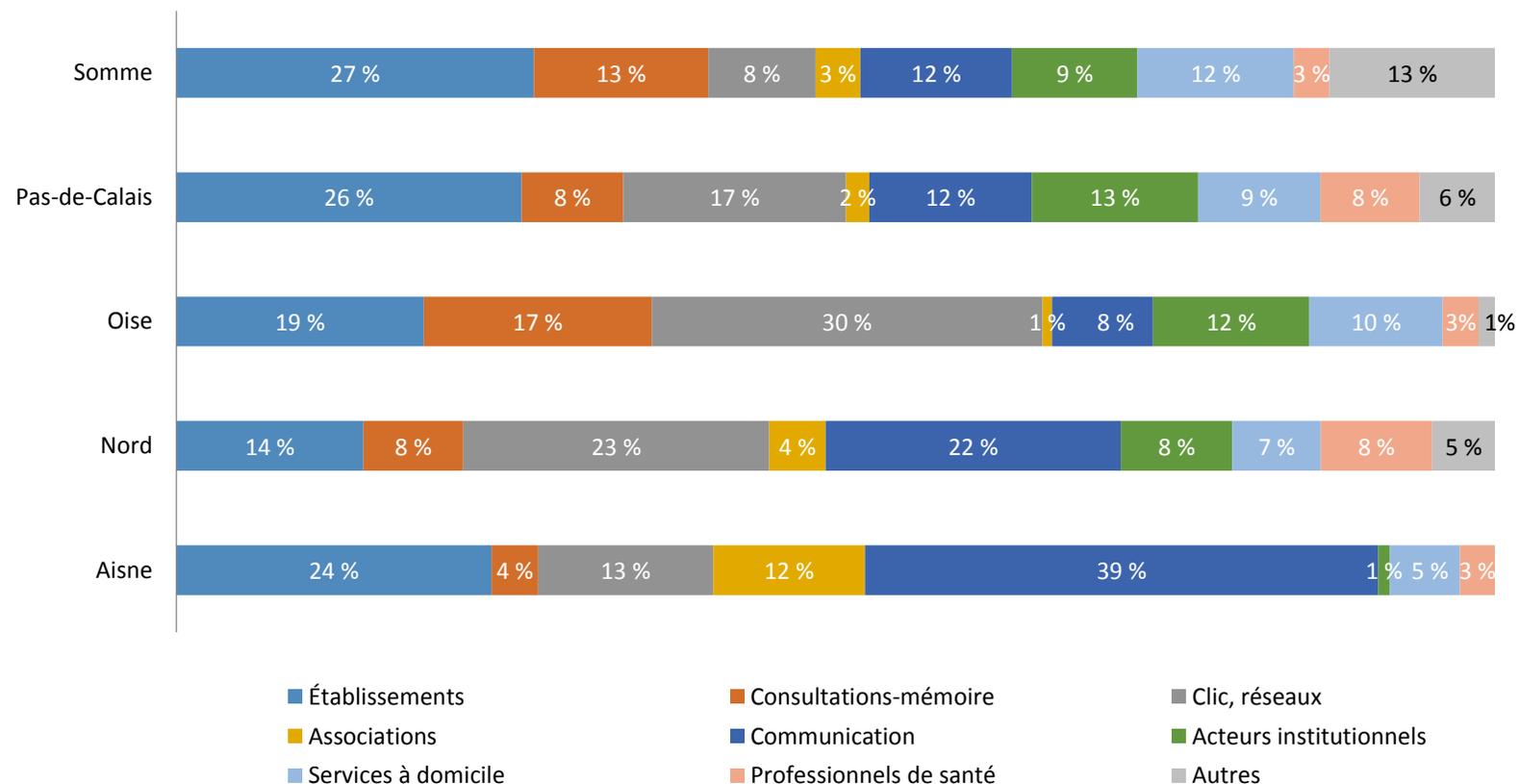
Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 3 529 aidants

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

Dans l'Aisne, les orientations les plus élevées que dans les autres départements proviennent de la communication (39 %) et des associations (12 %). Dans le Nord, ce sont surtout les Clic et réseaux gérontologiques (23 %) et la communication (22 %) qui amènent des aidants tandis que dans le Pas-de-Calais et la Somme, ce sont les établissements (respectivement 26 % et 27 %). Dans l'Oise, les consultations mémoire orientent davantage que dans les autres départements (17 %).

Répartition des orientations vers une PFR en 2019  
par département



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 3 529 aidants

## Prestations réalisées par les PFR

### *Actions d'écoute et de soutien*

#### *Accueil téléphonique*

Sur les 23 PFR ayant déclaré une activité en 2019, 22 ont mis en place une permanence téléphonique. Pour 12 plateformes, l'amplitude horaire est plus large que celle de l'accueil de jour (6 PFR du Nord, 4 du Pas-de-Calais, 1 de l'Oise et 1 de la Somme) tandis que pour 7 plateformes, les horaires de permanence téléphoniques sont les mêmes que l'accueil de jour (4 dans le Pas-de-Calais, 2 dans l'Aisne et 1 dans le Nord). Trois PFR ont spécifié un horaire moins large que celui de l'accueil de jour (1 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais et 1 dans la Somme).

En 2019, 4 321 aidants ont ainsi bénéficié de cet accueil téléphonique par 22 des 23 PFR dans la région (à noter que, parmi les 22 PFR mentionnées, 2 n'ont pas précisé le nombre d'aidants bénéficiaires). L'enquête portant sur l'activité 2018 mentionnait près de 3 600 aidants ayant bénéficié d'un accueil téléphonique (2 600 en 2017).

#### *Rencontres individualisées*

Une seule PFR (Béthune) n'a pas réalisé de rencontres individualisées avec des aidants. Pour les 22 autres, ces rencontres ont eu lieu soit à la plateforme soit au domicile de l'aidant. En 2019, **5 794 rencontres individualisées** ont été réalisées par les PFR, concernant **3 112 aidants**. En 2018, les PFR de la région avaient enregistré 5 393 rencontres individualisées menées auprès de 2 879 aidants (respectivement 5 043 et 2 422 en 2017). Autrement dit, le nombre de rencontres individualisées a augmenté de +7 % entre 2018 et 2019 (mais trois structures n'ont pas renseigné l'indicateur en 2019 ; +7 % entre 2017 et 2018) et le nombre d'aidants ayant bénéficié de ce type de prestation a augmenté de 8 % (+19 % entre 2017 et 2018).

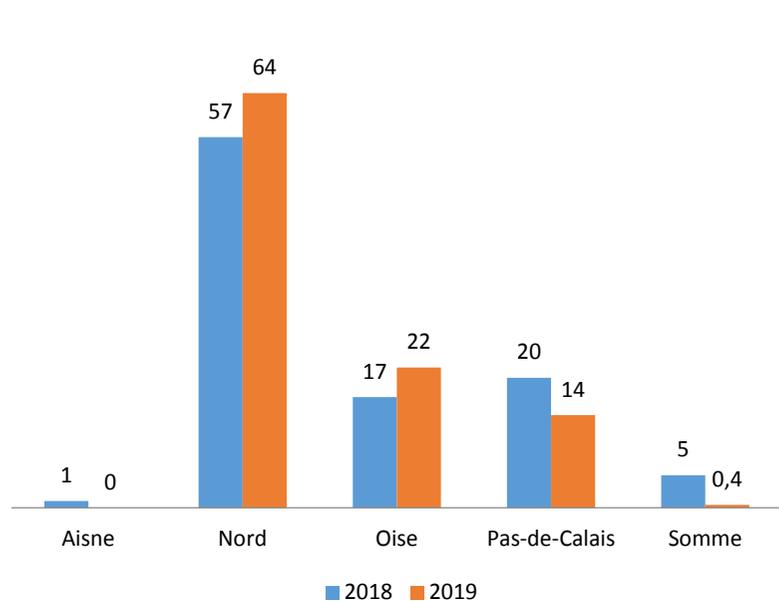
En 2019, le nombre moyen de rencontres individualisées par aidant, pour les structures ayant renseigné les deux items (20 PFR), est de 2,4 (2,2 en 2018, 2,1 en 2017). La Somme compte 4 rencontres par aidant (4,1), mais cet indicateur ne concerne qu'une PFR (la seconde n'a pas indiqué le nombre de rencontres), l'Aisne 3,5 et l'Oise, 3,3. Le Nord et le Pas-de-Calais (deux PFR n'ont pas indiqué le nombre de rencontres), sont plus proches de 2 rencontres par aidant en moyenne (respectivement 2,1 et 1,9).

En 2019, chaque semaine d'activité a généré 5,7 rencontres individualisées pour les 19 PFR ayant rempli l'ensemble des données (5,1 en 2018 et 4,5 en 2017) : de 0,9 dans une PFR de la Somme à 12,6 dans l'Oise. L'Aisne (6,9 rencontres individualisées par semaine), le Nord (6,5) et le Pas-de-Calais (3,1) sont dans des positions intermédiaires.

## Actions collectives

En 2019, 16 des 23 PFR ayant déclaré une activité ont organisé **232 groupes de parole** ayant mobilisé **339 aidants**<sup>6</sup> (contre 206 groupes pour 590 aidants en 2017 et 194 groupes pour 385 aidants en 2017). Un peu plus de six groupes de parole sur dix de la région se tiennent dans le Nord (64 % des groupes de parole, représentant 75 % des aidants ayant bénéficié de ces groupes). L'Oise (22 % des groupes de parole) et le Pas-de-Calais (14 %) viennent ensuite. L'Aisne ne compte aucun groupe de parole et la PFR de la Somme qui souhaitait mettre en place un groupe n'a eu aucun participant.

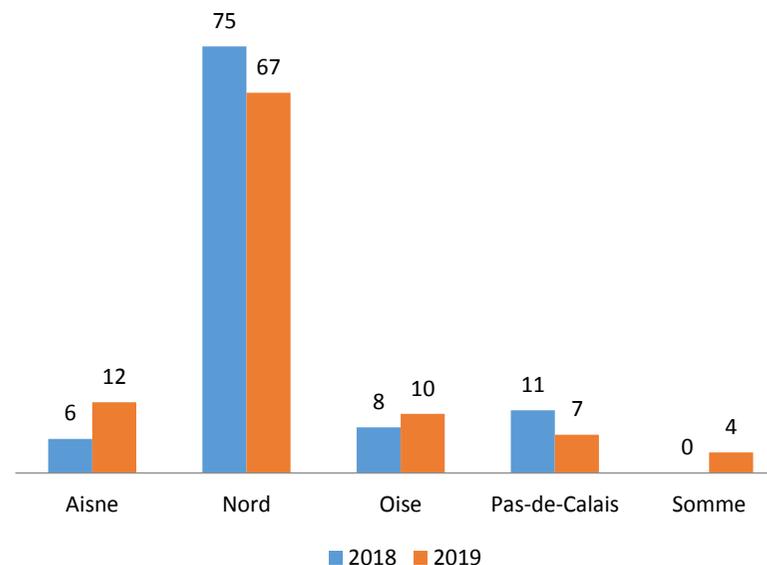
Répartition des groupes de parole par département en 2018 et 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S  
Champ : 206 groupes de parole en 2018, 232 en 2019

En 2019, 13 des 23 PFR ont organisé des réunions de groupe de type « **café des aidants** ». Au total, **193 réunions** ont ainsi été organisées et **399 aidants**<sup>7</sup> y ont participé (189 réunions pour 440 aidants en 2018 et 219 réunions pour 295 aidants en 2017). Près de sept réunions sur dix se situent dans le Nord (67 % des réunions, soit 75 % des aidants des Hauts-de-France ayant bénéficié de ces réunions). L'Aisne (12 %), l'Oise (10 %), le Pas-de-Calais (7 %) et la Somme (4 %) viennent ensuite.

Répartition des réunions de type café des aidants par département en 2018 et 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S  
Champ : 189 réunions en 2018, 193 en 2019

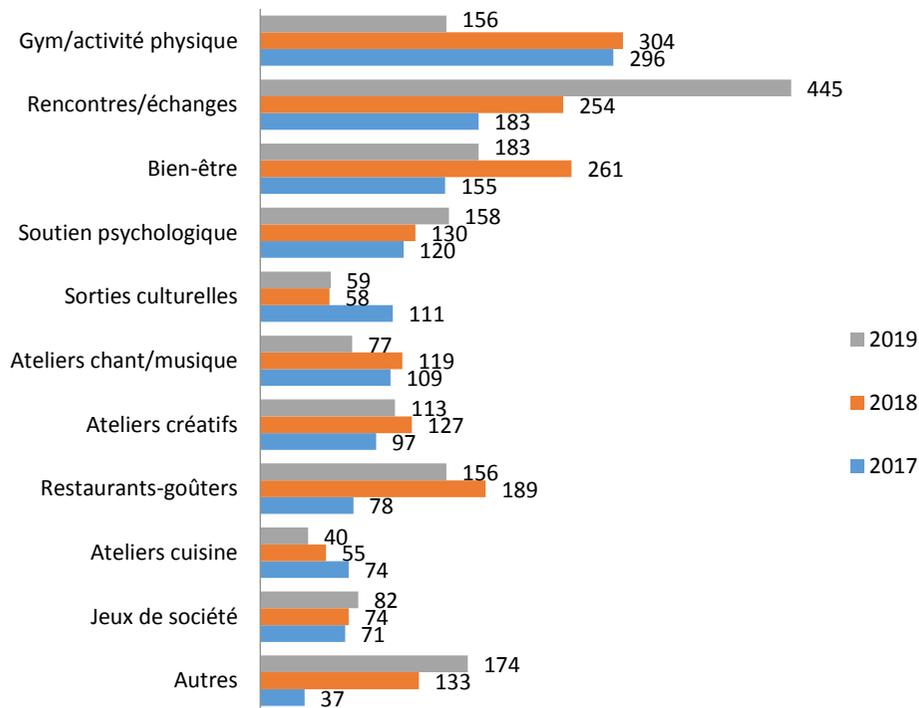
<sup>6</sup> Une PFR du Pas-de-Calais n'a pas indiqué le nombre de groupes de parole réalisés et deux PFR du Pas-de-Calais n'ont pas indiqué le nombre d'aidants. Un aidant peut participer à plusieurs groupes.

<sup>7</sup> Une PFR du Pas-de-Calais n'a pas indiqué le nombre de café des aidants 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

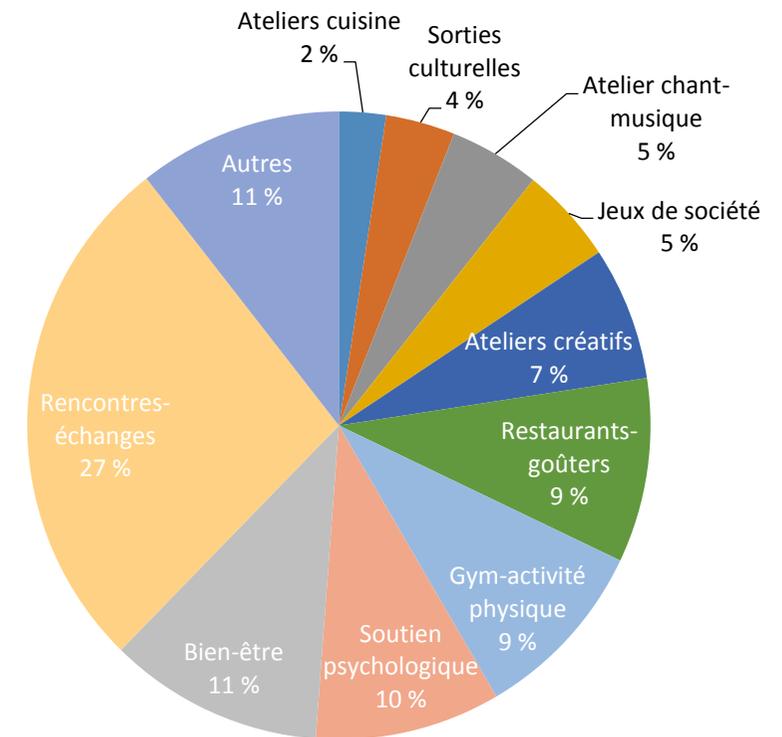
En 2019, 21 des 23 PFR en activité de la région ont proposé des actions pour le couple aidant-aidé : **1 643 actions** ont ainsi été organisées et **2 727 aidants** y ont participé (1 704 actions pour 2 628 aidants en 2018 et 1 331 actions pour 2 539 aidants en 2017). Les actions portant sur les rencontres et les échanges représentent à elles seules près de trois actions sur dix auprès du couple aidant-aidé (27 %). Le bien-être (relaxation, sophrologie...) et le soutien psychologique comptent pour 21 % des actions (respectivement 11 % et 10 %). D'autres actions prennent la forme d'ateliers : chant/musique (5 % des actions), ateliers créatifs (7 %), jeux de société (5 %), cuisine (2 %) ou peuvent se formaliser par des sorties au restaurant / goûters (9 %), des activités physiques (9 %) ou des sorties culturelles (4 %).

Les différents types d'action par thématique auprès du couple aidant-aidé en 2017, 2018 et 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S  
 Champ : 1 331 actions en 2017, 1 704 en 2018 et 1 643 en 2019

Répartition des actions par thématique en 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 1 643 actions

Dans le Nord, les 8 PFR ont proposé 912 actions pour le couple aidant-aidé en 2019 : principalement des activités physiques (16 %), des restaurants (13 %), des rencontres – échanges (13 %), des activités bien-être (10 %) et du soutien psychologique (10 %). Les neuf PFR du Pas-de-Calais ont proposé ces prestations (593 actions), dont 50 % de rencontres – échanges, 15 % d'activités bien-être, 10 % de soutien psychologique.

Dans l'Aisne, une PFR a proposé 42 actions en 2019 dont 36 % d'échanges – rencontres. Dans l'Oise, une PFR a mis en place 71 actions aidant – aidé dont 30 % d'ateliers créatifs, 24 % de jeux de société, 14 % de sorties culturelles, 11 % de soutien psychologique, 6 % d'échanges – rencontres. Enfin, 2 PFR de la Somme ont organisé 25 actions, dont 48 % de rencontres – échanges, 16 % de restaurants – goûters, 8 % d'activités bien-être, 4 % d'activités physiques.

### Répartition des actions par thématique et par département en 2019 (en%)

	Nord (912 actions)	Pas-de-Calais (593 actions)	Aisne (42 actions)	Oise (71 actions)	Somme (25 actions)
Ateliers créatifs	9	2	0	30	0
Jeux de société	6	1	0	24	0
Restaurants/goûters	13	6	0	0	16
Ateliers cuisine	4	1	0	0	0
Bien-être	10	15	0	0	8
Sorties culturelles	3	3	0	14	0
Atelier chant/musique	7	2	0	0	0
Soutien psychologique	10	10	0	11	0
Rencontres/échanges	13	50	36	6	48
Gym/activité physique	16	2	0	0	4
Autres	9	9	64	15	24
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 1 643 actions

### Actions de répit à domicile

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

En 2019, 17 plateformes ont mis en œuvre des actions de répit à domicile (15 en 2018, 16 en 2017, 12 en 2016). Ce type d'action a bénéficié à **551 aidants** (495 en 2018, 360 aidants en 2017, 463 en 2016, 282 en 2015, 141 en 2014) pour une **durée totale de 1 883 jours** (1 757 jours en 2018, 1 650 en 2017, un peu plus de 1 300 en 2016, 218 jours en 2015). Le nombre de jours de répit moyen accordé par aidant est de 3,4 (3,5 en 2018, 4,6 en 2017, 2,8 en 2016, 0,8 jour en 2015 et 1,4 jour en 2014).

Cependant, tous les aidants ayant sollicité cette prestation n'ont pas pu en bénéficier. En 2019, sur les 17 PFR ayant assuré des actions de répit à domicile, 8 ont pu honorer l'ensemble des demandes qui leur a été adressé : 3 des 7 PFR du Nord ayant mis en place des actions de répit, 2 des 5 PFR du Pas-de-Calais, la PFR de l'Aisne, les 2 PFR de l'Oise mais aucune des 2 PFR de la Somme.

De plus, 2 PFR du Pas-de-Calais et 1 de l'Aisne n'ayant pas mis en œuvre ce type d'action en 2019 ont recensé **132 aidants en demande**, demandes que ces plateformes n'ont pas pu prendre en charge du fait qu'elles ne proposaient pas encore cette prestation (parfois par manque de moyens humains et matériels).

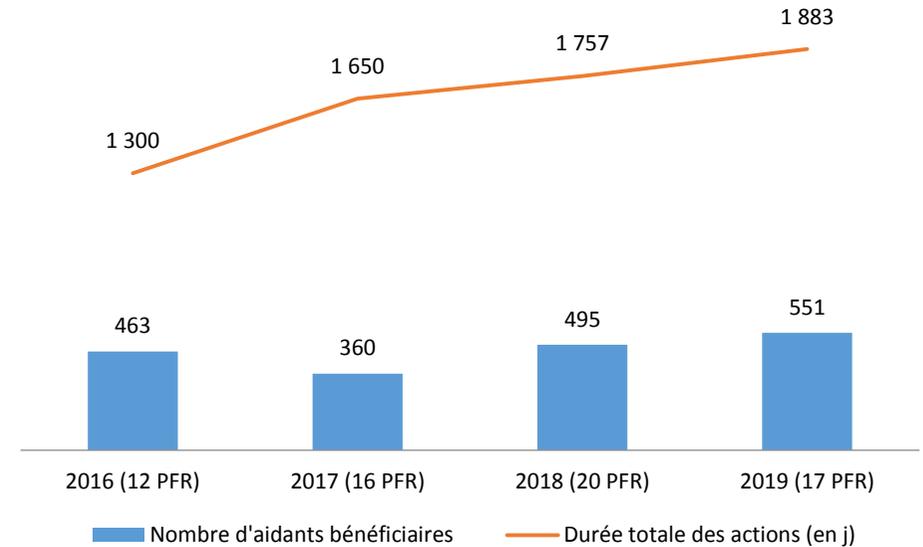
### Autres actions

**En 2019, 19 des 23 PFR de la région ont organisé 1 611 « autres actions » auxquelles ont participé 3 393 aidants** (1 827 actions pour 2 351 aidants en 2018, 1 869 actions pour 2 627 aidants en 2017, 712 actions pour 1 674 aidants en 2016, 248 actions pour 519 aidants en 2015, 60 actions pour 259 aidants en 2014). Ces « autres actions » ont porté notamment sur le suivi et l'accompagnement des aidants (25 %, dont le soutien psychologique), le bien-être (23 % des actions), les ateliers loisirs cuisine, jeux, musique, sorties (6 %), l'activité physique (3 %). Les actions de formation/information représentent 9 %

de ces autres actions, celles portant sur de la communication grand public (forums, journées thématiques) 5 %.

Des activités liées à l'organisation interne des PFR (traitements des dossiers, envoi de courriers personnalisés, tenue des dossiers, mise à jour du logiciel) sont comptabilisées par certaines PFR et comptent pour 28 % des activités totales.

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



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Parmi les 401 autres actions portant sur le suivi et l'accompagnement des aidants, 299 concernent le soutien psychologique (*counseling*, groupes de paroles, accompagnement de soutien psychosocial individualisé...). Cela représente 125 aidants. Le Nord totalise 48 % de ces soutiens psychologiques, devant l'Oise (26 %), le Pas-de-Calais (23 %) et la Somme (3 %). L'Aisne ne compte pas d'actions de soutien psychologique en 2019.

Sept des 8 PFR du Nord proposent d'autres actions aux aidants, dont 23 % d'activités bien-être et 27 % de suivi et d'accompagnement des aidants. Les activités liées à l'organisation interne de la PFR représentent 24 % des activités totales.

Parmi les 6 PFR sur les 9 du Pas-de-Calais proposant d'autres actions, celles relatives à l'organisation interne (permanence, administratif) sont prépondérantes (49 % de l'activité). Le suivi et l'accompagnement des aidants (21 %) et les activités bien-être (18 %) viennent ensuite.

#### *Évaluation des prestations réalisées*

En 2019, 17 des 23 PFR déclarent avoir mis en place un dispositif d'évaluation de leurs actions auprès des aidants : 8 dans le Nord, 6 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Aisne, 1 dans l'Oise et 1 dans la Somme. Elles étaient 16 à le déclarer en 2018, 15 en 2017 et 2016.

Dans l'Aisne et l'Oise, 2 PFR proposent d'autres actions : pour 71 % des activités de bien-être dans l'Aisne (15 % d'ateliers de loisirs et 13 % d'activités physiques), pour 47 % du suivi et de l'accompagnement dans l'Oise (23 % de communication grand public et 14 % d'activités bien-être).

Dans la Somme, cela concerne également les 2 PFR, dont 51 % des actions portent sur de la formation/information, 21 % sur de la communication grand public et 19% sur le suivi et l'accompagnement des aidants.

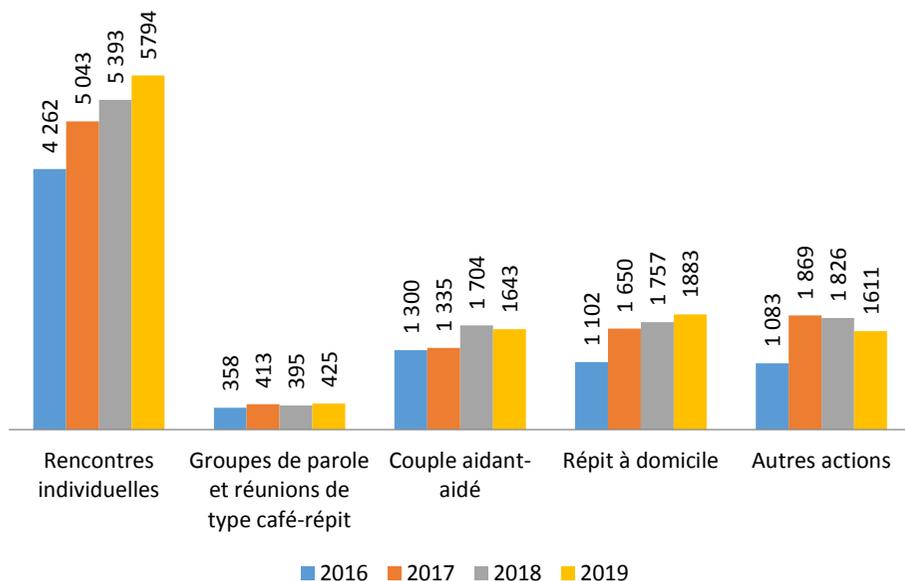
#### *Listes d'attente*

En 2019, en dehors des prestations de répit à domicile, 5 PFR déclarent avoir des listes d'attente pour les autres prestations proposées (elles étaient 4 en 2018 et 8 en 2017) : 1 dans le Nord (Armentières), 3 dans le Pas-de-Calais (Carvin, Marquise et Méricourt) et 1 dans l'Aisne (Laon).

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

En 2019, 22 des 23 PFR de la région ont mis en place des modalités de prise en charge des personnes aidées pour permettre aux aidants de participer aux actions proposées (21 en 2018, 20 en 2017), 18 en leur permettant de fréquenter occasionnellement un accueil de jour (17 en 2018 et 15 en 2017), 15 en proposant une prestation de répit à domicile (comme en 2017 et 2018).

**Nombre de prestations dans les PFR**

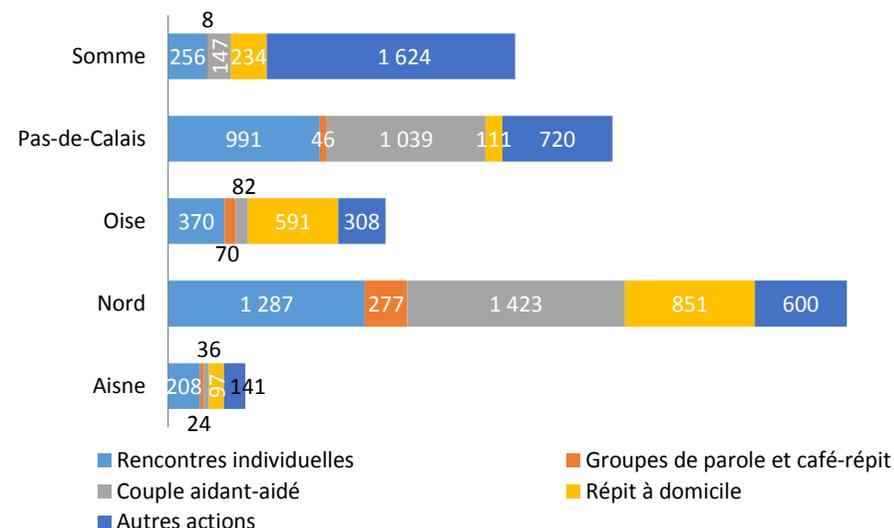


Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

En résumé, les 23 PFR des Hauts-de-France ont proposé en 2019 :

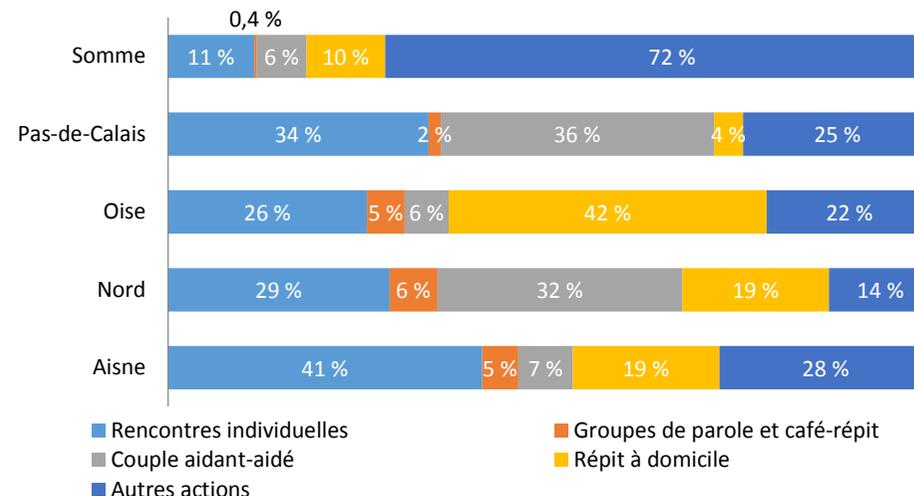
- 5 794 actions individuelles pour 3 112 aidants ;
- 425 groupes de parole et réunions de type café-répit pour 738 aidants ;
- 1 643 actions auprès du couple aidant-aidé pour 2 727 aidants ;
- 1 883 jours de répit à domicile pour 551 aidants ;
- 1 611 « autres actions » pour 3 393 aidants.

**Nombre d'aidants concernés par type de prestations dans les PFR en 2019 par département**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

**Répartition des aidants par type de prestations dans les PFR en 2019 par département**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

## Prestations réalisées par d'autres associations

Afin de proposer aux aidants le plus grand nombre d'activités, les PFR recensent les actions mises en place par d'autres acteurs du territoire. L'ensemble des 23 PFR ayant déclaré une activité en 2019 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, « café des aidants », « bistrot mémoire » ou d'ateliers artistiques) ;
- Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (demandes d'aides financières, ateliers prévention, voyages, activités culturelles et sorties) ;
- 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) ;
- Associations assurant les haltes-répits ou le répit à domicile (Alzheimer à domicile, Interv'Alzheimer, Interm'Aide, Croix-Rouge, Village répit famille) ;
- Associations d'aides aux handicapés ;
- Association pour le maintien à domicile (aménagement de l'habitat) ;
- Professionnels de santé et assistants sociaux ;
- Institutionnels (CCAS, Conseil départemental, Udaf, caisses de retraite, MSA, communautés de communes, services civiques...) ;
- D'autres associations (France Parkinson, France AVC, SRISTF...) 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 2019, 421 personnes aidées ont fréquenté l'accueil de jour suite au contact de l'aidant avec une plateforme, soit 10 % des personnes aidées (en 2018, 335 personnes aidées, soit 8 % de l'ensemble des personnes aidées ; respectivement 300 personnes et 11 % en 2017) : 8 % dans le Nord, 13 % dans le Pas-de-Calais, 25 % dans l'Aisne, 10 % dans l'Oise et 4 % dans la Somme.

Les personnes ayant fréquenté l'accueil de jour suite à un contact de l'aidant avec la PFR représentent un peu plus de la moitié des personnes prises en charge en accueil de jour (779 personnes aidées ont fréquenté un accueil de jour en 2019, 705 en 2018, 633 en 2017).

## Personnel

En 2019, les 23 PFR ayant déclaré une activité ont disposé de 57,1 ETP (56,2 ETP en 2018, 48,2 ETP en 2017, 45,2 en 2016) :

- 12,2 ETP d'IDE (12,9 en 2018, 13,9 en 2017, 13,1 en 2016) ;
- 23,0 d'AMP/AS ou ASG (22,8 en 2018, 18,8 en 2017, 19,3 en 2016) ;
- 16,0 ETP de psychologue (14,8 en 2018, 11,4 en 2017, 10,0 en 2016) ;
- 5,9 ETP Autres<sup>8</sup> (5,8 en 2018, 4,0 en 2017, 2,8 en 2016).

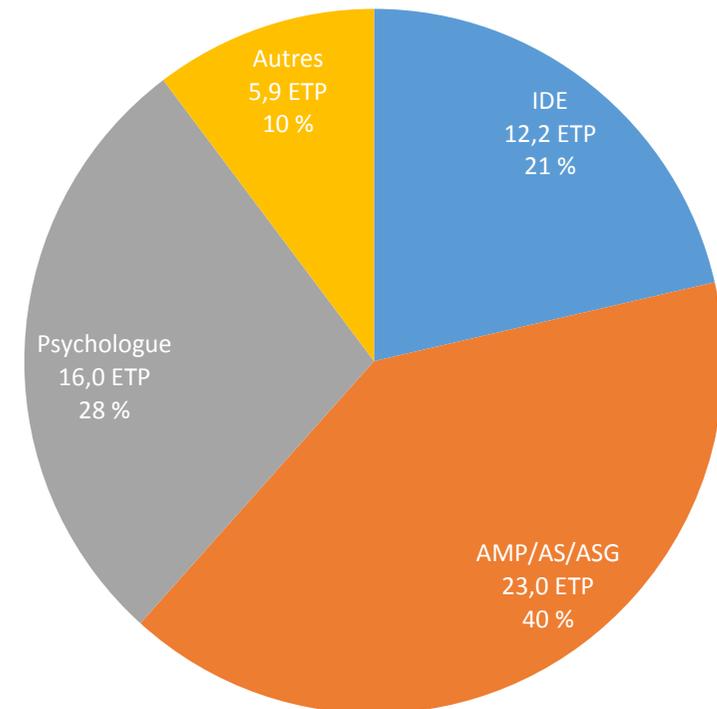
En moyenne, chaque PFR dispose de 2,5 ETP (2,4 en 2018, 2,2 en 2017 et 2016) :

- 0,5 ETP d'IDE (0,6 en 2017 et 2018) ;
- 1,0 ETP d'AMP/AS ou ASG (1,0 en 2018, 0,9 en 2017) ;
- 0,7 ETP de psychologue (0,6 en 2018, 0,5 en 2017) ;
- 0,3 ETP Autres (0,3 en 2018, 0,2 en 2017).

Parmi les 23 PFR étudiées :

- 1 PFR de l'Aisne ne dispose ni d'AMP/AS, ni d'ASG (3 en 2017 et en 2018) ;
- 6 ne disposent pas d'un infirmier dans leur équipe (6 en 2018, 4 en 2017) : 2 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Aisne, les 2 PFR de l'Oise et 1 dans la Somme ;
- 2 PFR du Pas-de-Calais ne disposent pas d'un psychologue dans leur équipe (3 en 2017 et 2018).

## Personnel des PFR



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 57,1 ETP

<sup>8</sup> Administratif, cadres, assistant social, ergothérapeute, coordinateur, gériatre, diététicien.

## Partenariat

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

- les associations d'usagers et de famille pour les 23 PFR ayant déclaré une activité en 2019 ;
- les établissements (21 PFR) ;
- les Clic et réseaux gérontologiques (21 PFR) ;
- les services à domicile (19 PFR).

De plus, d'autres partenariats avec des acteurs de leur territoire ont été mis en place par 18 PFR, comme par exemple des partenariats avec les MAIA, les consultations mémoire, les Esa, les professionnels de santé (infirmiers, médecins traitants, neurologues), les CCAS, les caisses de retraite, l'ANCV, les pôles autonomie, les mairies, les centres sociaux, les lieux culturels (théâtre...), 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 2019, 22 PFR ont repéré des manques dans l'offre dédiée aux aidants proposée sur le territoire. Les manques suivants ont été soulevés :

- manque de place et de places adaptées en accueil de jour (11 PFR) ;
- transport et moyens de locomotion (9 PFR) ;
- développer des solutions d'halte-répit de courte durée (6 PFR), de solution de répit à domicile supérieure à 1 journée ou 24h/24 de type baluchonnage et de séjours de répit (8 PFR) ;
- offre de répit à domicile, offre de répit de longue durée (7 PFR) ;
- hébergement temporaire (6 PFR) ;
- offre en accueil de jour pour les malades jeunes (6 PFR) et pour les personnes âgées en perte d'autonomie mais sans troubles cognitifs (5 PFR) ;
- offre en accueil ou relais la nuit (5 PFR) ;
- lisibilité de l'offre de services pour l'aidant et les partenaires (2 PFR).

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

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

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

Des démarches administratives simplifiées et une mise en place plus rapide pour les accueils de jour et hébergements temporaires seraient bénéfiques aux usagers selon 2 PFR.

Une PFR ajoute 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.

Le relais par un autre dispositif quand l'accueil de jour est fermé pendant les vacances devrait être envisagé.

Une PFR déplore que les places d'hébergement temporaires soient souvent transformées en hébergements définitifs dès que cela est possible dans certains Ehpad, ne permettant pas de programmation.

Par ailleurs, un manque de coordination et de communication entre les structures est soulevé par une PFR.

La création de la fédération des plateformes va permettre, selon une PFR, de mieux communiquer sur leurs dispositifs, d'avoir des outils et action communs.

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

- la saturation du personnel dont la charge de travail augmente fortement (besoin de recrutement) et le manque de psychologues dans certaines PFR ;
- des territoires parfois vastes (beaucoup de trajets et difficultés à faire des actions sur l'ensemble du territoire, manque de véhicule dédié à la PFR) ;
- le temps administratif trop important et non valorisé et le suivi de qualité des éléments papiers et informatiques de plus en plus difficile à réaliser ;
- le poste de coordonnateur peu reconnu ;
- le manque d'équipe formée aux MAMA au niveau des SAAD pour proposer de la garde active ;
- la nécessité d'élargissement des critères d'inclusion au champ du handicap (AVC, séquelles de traumatismes crâniens...) ;
- le déficit d'image et de lisibilité de leur structure (multiplication des acteurs sur le terrain) ;
- un logiciel commun afin d'harmoniser les rendus statistiques, ainsi que du matériel informatique plus performant.

Deux PFR de Lille et Roubaix proposent que l'aide aux aidants soit centralisée au sein des plateformes de répit, permettant à ces dernières d'être repérées comme centre ressource sur chaque territoire, aussi bien pour les aidants que les professionnels. En ayant une connaissance fine de l'offre, elles pourraient orienter vers l'offre adaptée de proximité et proposer un parcours d'accompagnement facilement accessible et coordonné.

## Financement

En 2019, sur les 23 PFR, 19 déclarent avoir bénéficié de financements en dehors de la dotation de fonctionnement de l'ARS (17 en 2018, 12 en 2017, 7 sur 21 en 2016). Le conseil départemental du Nord est intervenu financièrement à hauteur de 40 000 € pour 7 PFR de son département et le conseil départemental du Pas-de-Calais, à hauteur de 10 000 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 (81 900 €).

L'ARS a également alloué des financements dans 15 PFR de la région allant de 600 € à 28 200 € dans le cadre de programme Interreg, de financements de formation, de counseling, de portes ouvertes...

Les autres financements relevés par les PFR sont d'un montant moindre : le conseil départemental du Pas-de-Calais pour des prestations de yoga du rire (1 600 €), IRP Auto (2 000 € pour une PFR de l'Oise) et AFA (2 220 € dans cette même PFR).

En 2019, 18 des 23 PFR ont mis en place une participation financière modérée des usagers pour certaines prestations proposées (sorties, séjours de répit, activités sportives ou culturelles...).

## Zoom sur le *counseling*

### Présentation générale

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

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

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

### Méthodologie

Ce bilan a été réalisé à partir de l'étude des bilans d'activité des 14 structures ayant effectué du *counseling* au cours de l'année 2019 (7 en 2017 et 17 en 2018). Les porteurs sont situés pour 6 d'entre eux dans le Nord (5 en 2017 et 8 en 2018), pour 5 dans le Pas-de-Calais (2 en 2017 et 5 en 2018), 2 dans l'Oise et 1 dans la Somme (1 dans l'Aisne, 2 dans l'Oise et 1 dans la Somme en 2018). L'ARS a financé entre 2 et 10 *counselings* par structure au titre de l'appel à projet 2019.

Les structures ont mis en place **94 actions de *counseling*** entre **janvier 2019 et mars 2020** (99 dans le cadre de l'appel à projet 2018). Sur cette même période : 6 porteurs ont réalisé 10 suivis d'aidants, 1 en a réalisé 9, 1 en a réalisés 8, 1 en a réalisé 4, 3 en ont réalisés 3 et 2 en ont réalisés 2. Globalement, 94 aidants ont été accompagnés sur cette période : 52 dans le Nord, 20 dans le Pas-de-Calais, 12 dans l'Oise et 10 dans la Somme.

### Les types de porteur

Sur les 14 structures ayant réalisé du *counseling*, la répartition est la suivante :

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

## Analyse des données des bilans d'activité 2019

### Données sur les séances de counseling

Au total, **94 aidants** ont participé aux **471 séances** (427 en 2018) de *counseling* déclarées dans les bilans 2019 (258 dans le Nord, 90 dans le Pas-de-Calais, 78 dans l'Oise et 45 dans la Somme). Parmi eux, 77 sont des nouveaux aidants suivis.

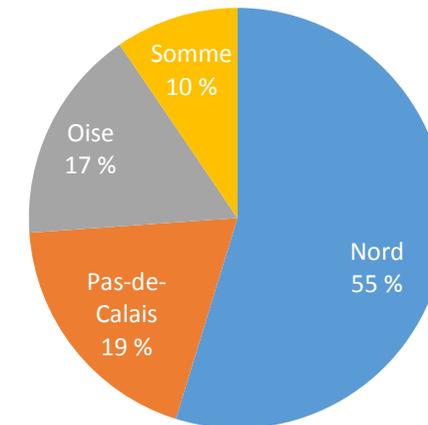
Les structures ont accueilli entre 3 et 10 aidants.

Les aidants ne participent pas aux mêmes nombres de séances. Ainsi, le nombre de séances de *counseling* par participant varie entre 2 et 8, avec une majorité de 5 et 6 séances par participant (10 PFR sur 14).

Le Nord organise en moyenne 5,0 séances de *counseling* par aidant, le Pas-de-Calais 4,5, l'Oise 6,5 et la Somme 4,5.

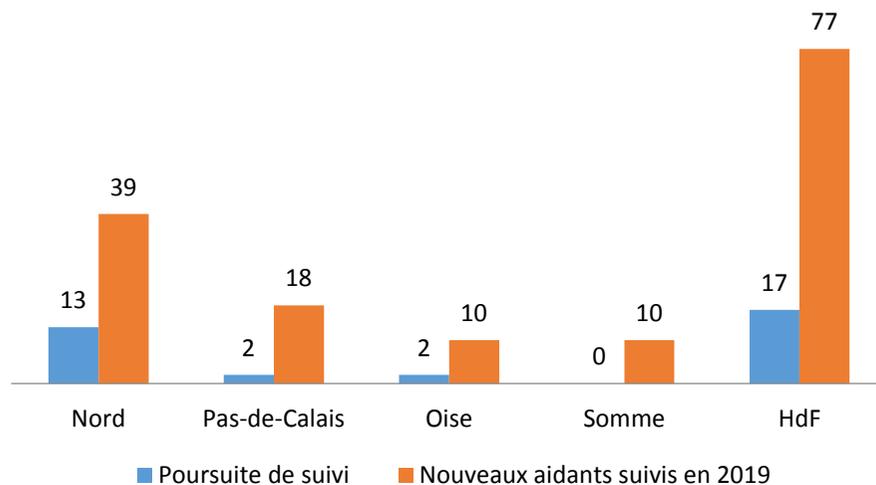
En 2019, les structures ont accueilli trois fois plus d'aidants et ont réalisé huit fois plus de séances qu'en 2017, année de démarrage de l'action.

### Répartition des séances par département en 2019



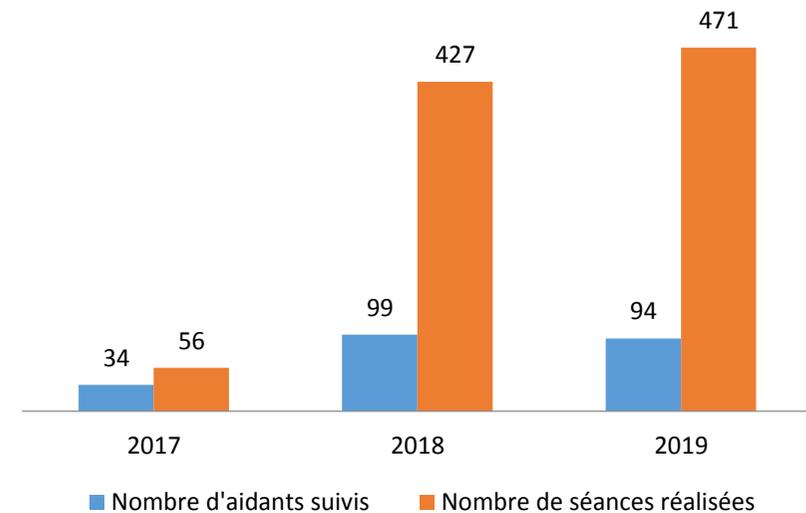
Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

### Nombre d'aidants suivis en *counseling* en 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S Champ : 17 structures en 2018, 14 en 2019

### Évolution du nombre de séances et d'aidants suivis depuis 2017



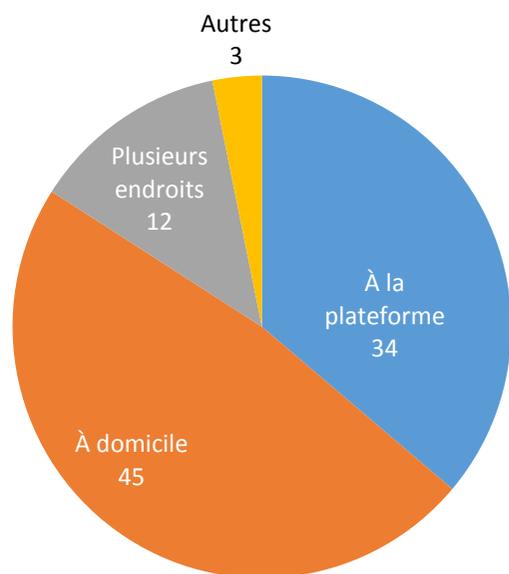
Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

*Lieux de déroulement des séances*

Les séances de *counseling* se sont déroulées à la plateforme pour 34 des 94 aidants. Pour 45 aidants (issus de 12 plateformes), les séances ont eu lieu à domicile. Les 15 autres aidants (9 localisés dans 3 plateformes du département du Nord, 2 dans l'Oise et 1 dans la Somme) ont bénéficié de séances à plusieurs endroits (12 aidants ; plateforme et domicile notamment) ou dans d'autres lieux (3 aidants ; Clic, téléphone, résidence services...).

Deux structures du Pas-de-Calais ne réalisent des séances de *counseling* que dans leurs locaux. À l'inverse, trois PFR ne réalisent que des séances à domicile (une dans le Nord, une dans le Pas-de-Calais et une dans l'Oise).

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



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S    Champ : 94 aidants

*Données concernant les aidants*

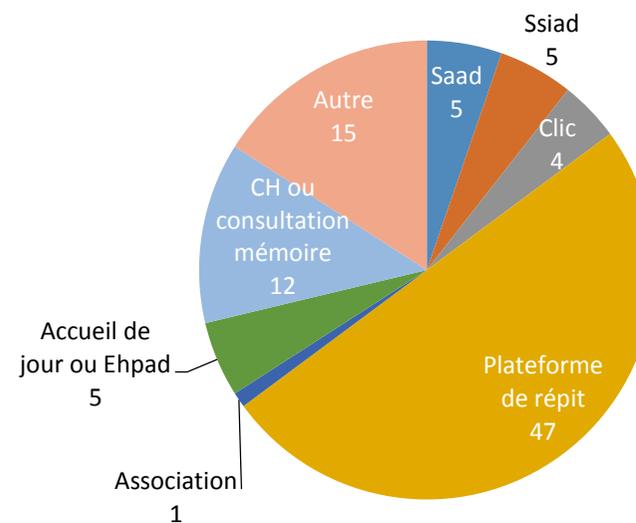
En 2019, 75 femmes (soit 80 % des aidants, comme en 2018) et 19 hommes ont bénéficié des actions de *counseling* des structures des Hauts-de-France. Cette prédominance des femmes se retrouve à l'échelle départementale.

Les aidants ayant participé aux séances ont été orientés principalement par les plateformes de répit (47 aidants), les centres hospitaliers ou consultations mémoire (12), les Ssiad (5), les Saad (5) et les accueils de jour ou Ehpad (5).

Quatre aidants ont été orientés par des Clic et 1 par une association.

La catégorie « Autre » (15 aidants) correspond aux orientations liées à des réseaux principalement (4), mais aussi à du bouche à oreille, à une mairie, au conseil départemental, à un autre aidant et à une communication d'une maison des aidants ou d'Esad.

**Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés en 2019**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

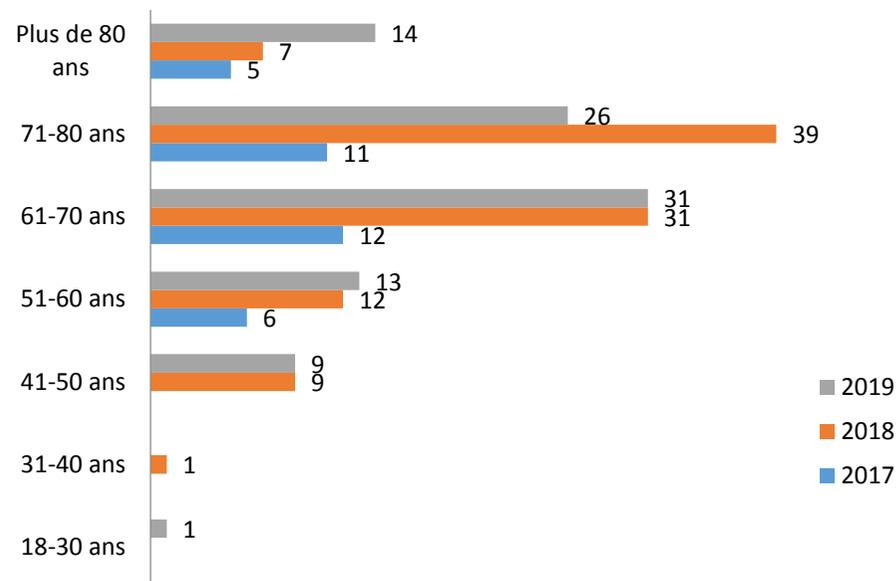
Champ : 94 aidants

En 2018, les plateformes de répit étaient également les principales orientations (57 des 99 aidants), puis CH et consultations mémoire (11), les Clic (6), les associations (6), les accueils de jour ou Ehpad (4), les Ssad (4) et Ssiad (4). Les « Autres » regroupaient 11 aidants et étaient liées aux réseaux, bouche à oreille, recherches personnelles et service de l'Apa du conseil départemental.

En 2019, les aidants sont sept fois sur dix les conjoints des aidés (soit 67 personnes) et trois fois sur dix les enfants de l'aidé (25 personnes). Une belle-fille et un membre de la fratrie sont également recensés.

Trois aidants sur quatre ont plus de 60 ans en 2019 (82 % en 2017 et 78 % en 2018), soit 71 personnes. En 2019, 14 aidants ayant bénéficié d'une action de *counseling* ont plus de 80 ans (12 en 2017, 7 en 2018). Un aidant du Nord a entre 18 et 30 ans.

### Répartition des aidants selon leur âge en 2017, 2018 et 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S Champ : 7 structures en 2017, 17 en 2018, 14 en 2019

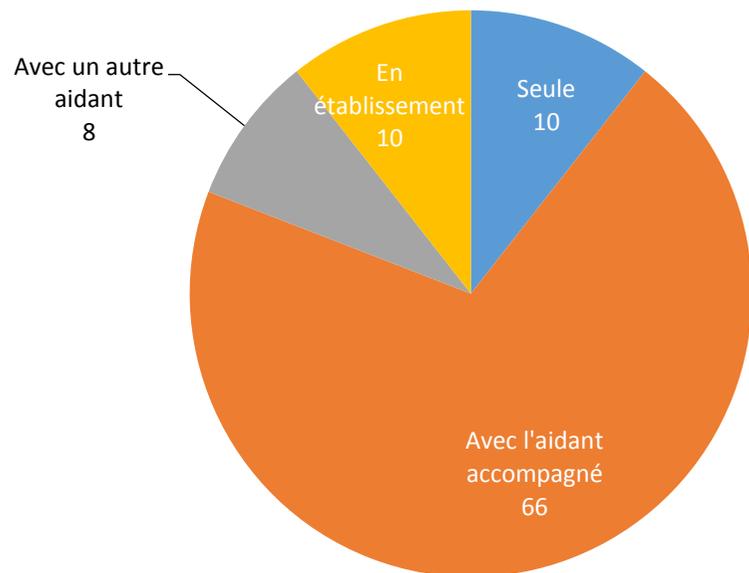
### Données concernant la personne aidée

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

Sept aidants sur dix ayant participé aux actions de *counseling* vivent avec la personne aidée (soit 66 aidants, 70 %). Dix aidants déclarent que la personne aidée vit seule, 10 aidants indiquent que l'aidé est en établissement (Ehpad, UHR, UCC, hôpital) et 8 qu'il vit avec un autre aidant (5 du Nord et 3 de l'Oise).

Cinquante aidants ont déclaré des proches aidés malades d'Alzheimer et 26 des personnes atteintes de maladies apparentées ou de démence vasculaire. Treize aidants déclarent que le diagnostic du proche est en cours et deux ont des proches touchés par la maladie de Parkinson. Enfin pour trois aidants, le diagnostic est autre : 2 suites d'accident vasculaire cérébral et 1 maladie de Charcot (sclérose en plaques).

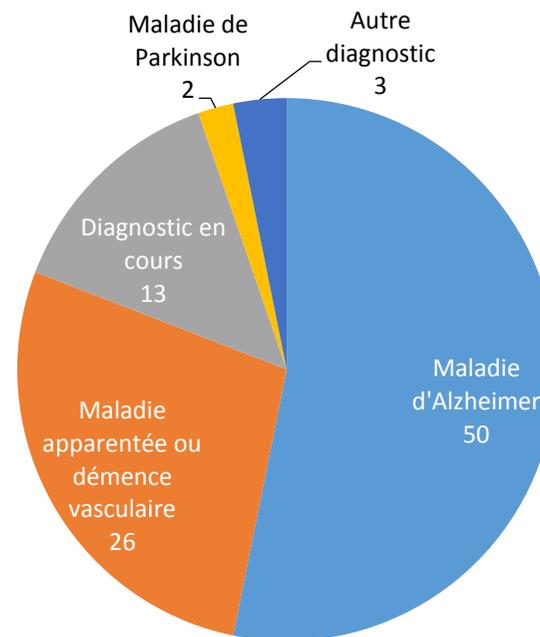
Répartition des aidants selon le mode de vie de la personne aidée



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 94 aidants

Répartition des aidants selon le diagnostic principal de la personne aidée



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 94 aidants

Près de six aidants sur dix ayant bénéficié d'une action de *counseling* déclarent que le diagnostic de la personne aidée a été posé avant 2018 (48 aidants, 56 %). Pour 35 aidants, le diagnostic a été posé les dernières années (24 en 2018 et 11 en 2019). Un aidant déclare que le diagnostic n'a pas été posé pour l'aidé et un aidant indique que le diagnostic a été posé en 2020. L'année n'a pas été précisée pour neuf autres personnes.

### *Mobilisation des aidants*

Globalement, 13 des 14 structures ayant proposé des actions de *counseling* en 2019 ont manifesté une mobilisation positive des aidants. Elles les ont trouvés réceptifs, curieux, intéressés et investis durant les séances. Les aidants sont en demande d'information et de conseils pour mieux accompagner leurs proches (comprendre la maladie, adapter leurs comportements...). Ils ont besoin d'écoute, d'évacuer leurs émotions et difficultés.

Ils mettent en application les conseils dispensés. Les structures observent des orientations de plus en plus variées et un besoin de soutien psychologique plus facilement formulé et accepté. Il semble que ce type de prise en charge se normalise. L'adhésion est facilitée lorsque les aidants sont déjà pris en charge par la PFR et lorsque les modalités sont adaptées (temps accueil de jour ou répit ou moment de sieste de l'aidé).

Pour cinq structures, il a été plus difficile de faire adhérer les aidants.

Le *counseling* à domicile pose problème selon une plateforme du fait de la difficulté de proposer à l'aidé un accompagnement en parallèle : lorsque l'aidé ne peut rester seul, une visite à domicile est alors proposée mais ne permet pas à l'aidant de parler librement.

Des aidants sont encore hostiles à recevoir ce type d'accompagnement, malgré une situation qui le nécessiterait. Le terme « *counseling* » est par ailleurs mal compris par les aidants et reste un concept plutôt abstrait. Le fait que certains aidants soient encore en activité professionnelle freine leur accompagnement car ils sont moins disponibles.

### *Satisfaction des aidants*

L'ensemble des plateformes relate que les aidants semblent satisfaits des actions de *counseling*. Ils en ressortent avec une meilleure compréhension de la maladie et des troubles. Ils apprécient la prise en charge individuelle et personnalisée, ainsi que les conseils donnés au regard des situations concrètes du quotidien.

Certains aidants ont indiqué qu'ils envisageaient plus sereinement le quotidien et qu'ils ont pu adapter leurs réactions face aux troubles de leur proche grâce à la meilleure compréhension des symptômes. Ils se dotent en effet de ressources face aux situations qu'ils peuvent vivre et les relations avec l'aidé en sont apaisées.

Un aidant d'une plateforme pense que l'orientation des familles vers les plateformes devrait être systématique à l'annonce du diagnostic.

Les professionnels d'une plateforme manifestent également leur satisfaction devant leur sentiment d'utilité et de compétence. Parallèlement, des aidants d'une autre PFR indiquent être satisfaits du professionnalisme des échanges et de la qualité des informations reçues.

Trois plateformes précisent que le nombre de séances peut être variable, s'adaptant aux besoins des aidants. Si certains expriment un mieux-être au bout d'une à trois séances, d'autres ont besoin de plus de rencontres. L'une de ces structures précise que tous les aidants ont la possibilité de solliciter une nouvelle rencontre s'ils en ressentent le besoin ou si la situation évolue. La psychologue garde également un lien avec l'aidant grâce à des contacts réguliers.

Une plateforme soulève cependant la problématique de mettre des rendez-vous aussi rapprochés que ce que les aidants auraient souhaité.

### *Retentissement sur l'aidant et sur la personne aidée*

D'après les structures, le *counseling* a permis aux aidants de mieux accepter les attitudes et comportements de leur proche. Ils ont également un meilleur moral, se sentent soutenus et écoutés. Ils sont moins stressés, ressentent un bien-être et parlent d'amélioration de leurs conditions de vie.

Les structures notent une amélioration de l'estime de soi et une réduction du sentiment de culpabilité et de la souffrance psychique de l'aidant. Les aidants acceptent plus facilement les aides extérieures et accèdent davantage aux activités de répit de la plateforme. Ils osent poser des questions et revenir vers la plateforme lorsqu'ils en ressentent le besoin.

Ils apprennent également à repérer les signes d'épuisement et à organiser des temps de répit pour se préserver.

Les aidants ont appris à relativiser les comportements de leurs proches, en comprenant que ces derniers n'agissent pas ainsi intentionnellement. Les tensions aidants – aidés s'en trouvent apaisées. L'adaptation apportée par les aidants semble permettre de limiter les mouvements de crises préalablement rencontrés.

Les relations aidants / aidés sont ainsi améliorées et l'aidant apprend à se focaliser sur les capacités préservées de l'aidé plutôt que celles perdues. Ceci permettant de préserver le plus possible l'autonomie de l'aidé et de retarder l'entrée en institution : « faire faire plutôt que faire à la place ».

### *Partenariats créés*

Une structure (Nord) a développé des partenariats avec un CMP, des psychologues libéraux et un hypnothérapeute. Une autre (Pas-de-Calais) évoque des partenariats avec des prestataires d'aide à domicile et les équipes d'Esad du territoire.

Pour cinq plateformes (2 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Oise et 1 dans la Somme), il s'agit de renforcement de partenariats déjà existants (dont un programme éducation thérapeutique du patient avec les ESA et MAIA dans une structure).

Une structure (Nord) bénéficie du tissu médicosocial de la PFR, cette dernière faisant connaître le *counseling* comme une plus-value de la plateforme, par l'utilisation d'un outil structuré et structurant et par les formations des psychologues à cet outil.

Une autre structure (Oise) parle de partenariats efficaces grâce au partage de locaux communs avec une MAIA, un réseau gérontologique et un Ssiad.

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

Trois plateformes n'ont pas répondu à cette question.

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

### Présentation générale

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

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

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

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

### Méthodologie

Ce bilan a été réalisé à partir de l'étude des bilans d'activité des 16 PFR ayant effectué 31 sessions de sensibilisation des services à domicile aux signes d'épuisement des aidants au cours de l'année 2018 (20 PFR en 2018 pour 42 sessions ; 13 PFR en 2017 pour 16 sessions).

La plateforme de répit (PFR) de Roubaix Tourcoing n'a pas pu initier cette action en 2019 et a demandé un report. De même la PFR de Lille a demandé un report pour la deuxième formation qu'elle devait tenir en 2019.

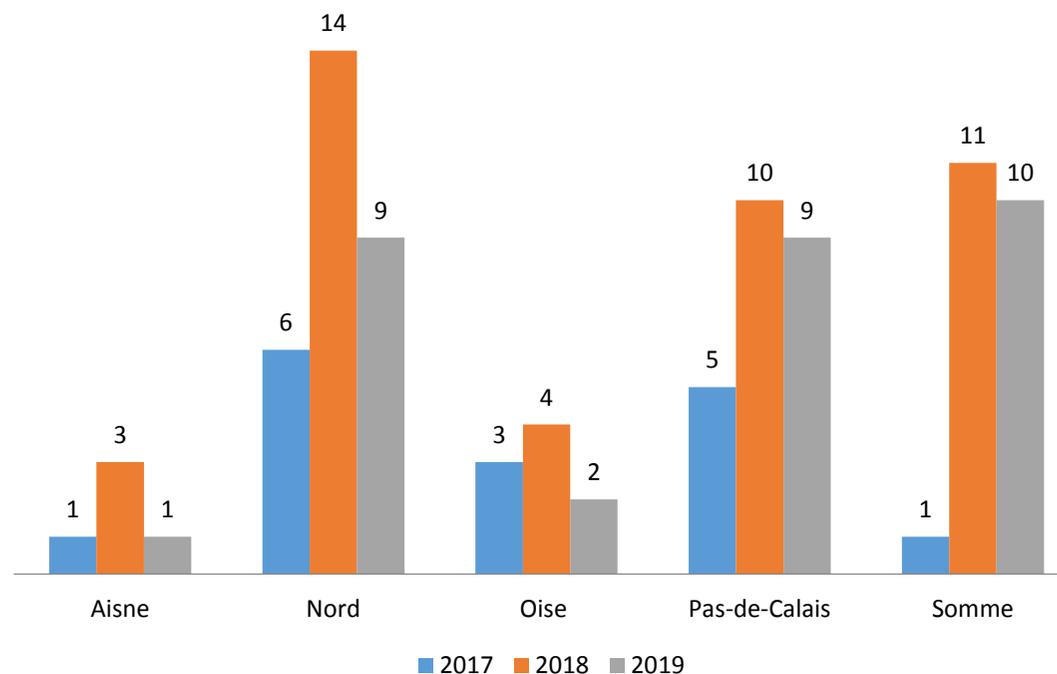
L'ARS a soutenu financièrement 15 PFR à hauteur de 1 400 € par sensibilisation PFR. La PFR de Maubeuge n'a pas demandé de financement pour la sensibilisation qu'elle a menée.

## Actions financées et actions réalisées par l'ARS en 2019

En 2019, 31 sessions de sensibilisation SIAD ont été réalisées (42 en 2018, 16 en 2017), portées par 16 structures différentes (20 en 2018, 13 en 2017) : 6 PFR du Nord (9 sessions), 7 dans le Pas-de-Calais (9 sessions), 1 dans l'Aisne (1 session), 1 dans l'Oise (2 sessions) et 1 dans la Somme (10 sessions).

Les sensibilisations SIAD sont généralement organisées sur une période brève<sup>9</sup>. L'intervalle de temps au cours duquel elles se sont étalées est court, une journée (13 sensibilisations) ou deux (60 sensibilisations), voire entre 3 et 8 jours (9 sensibilisations). Cet intervalle de temps dépasse rarement les huit jours (3 sensibilisations).

## Sensibilisations financées dans le cadre du SIAD par département en 2017, 2018 et 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

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

## Analyse des données des bilans d'activité 2019

## Données sur les sensibilisations

Au total, **337 aidants professionnels (367 en 2018, soit une diminution de 8 %)** ont participé aux **31 actions** de sensibilisation SIAD retenues pour cette étude, soit en moyenne 10,9 professionnels par action (8,7 en 2018, 10,3 en 2017).

Les PFR ont sensibilisé :

- 111 professionnels du Nord (129 en 2018, 70 en 2017), soit 12,3 professionnels par action,
- 91 du Pas-de-Calais (83 en 2018, 56 en 2017), soit 10,1 professionnels par action,
- 9 de l'Aisne (23 en 2018, 9 en 2017) pour une action,
- 15 de l'Oise (26 en 2018, 23 en 2017), soit 7,5 professionnels par action,
- 111 de la Somme (106 en 2018, 6 en 2017), soit 11,1 professionnels par action.

Les données concernant l'assiduité des participants sont renseignées pour 29 des 31 actions de sensibilisation.

Globalement 95 % des participants ont suivi l'ensemble des séances<sup>10</sup> mises en place (94 % en 2018, 96 % en 2017) : seuls 15 professionnels sur 309 n'ont pas suivi l'intégralité de la sensibilisation (et 1 PFR n'a pas renseigné l'item pour 28 autres professionnels répartis en 2 sessions).

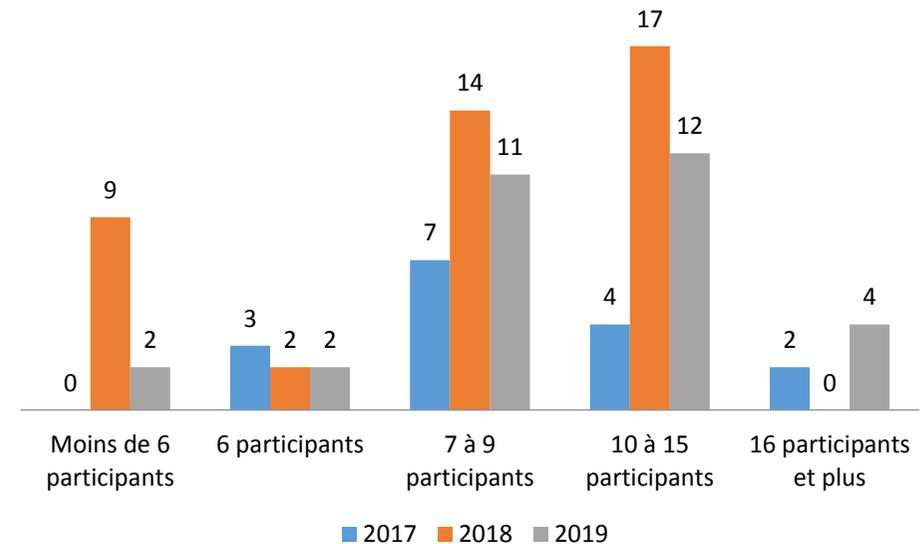
Pour 23 des 29 sensibilisations ayant répondu à cet item, les participants ont suivi toutes les séances prévues. Une sensibilisation a un pourcentage de 91 %, et 4 ont des pourcentages compris entre 70 % et 89 %. Une sensibilisation présente un pourcentage de 60 % des participants présents à toutes les séances.

Six sensibilisations sur dix se sont déroulées sur 7 à 8 heures (19 des 30 sensibilisations – 1 non réponse), réparties le plus souvent en deux demi-journées (1 seule sensibilisation s'est étalée sur trois demi-journées). Trois

<sup>10</sup> Deux sessions du Nord n'ont pas renseigné cet item et n'ont pas été intégrées dans ces calculs.

sensibilisations ont choisi le format intermédiaire de 6 heures en deux demi-journées. Enfin, 8 sensibilisations se sont faites sur 3,5 à 4 heures, toujours réparties sur une demi-journée

Répartition des actions de sensibilisation selon le nombre d'aidants participants en 2017, 2018 et 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Les sensibilisations ont été principalement organisées dans les locaux de structures de soins à domicile (9 sensibilisations), au sein des PFR (7 sensibilisations) et dans des Ehpad (6). Les autres sensibilisations se répartissent entre les CCAS<sup>11</sup> (5), les MAIA<sup>12</sup> et/ou Clic<sup>13</sup> (2) et l'Association de coordination sanitaire et sociale de l'Oise (2).

<sup>11</sup> Centre communal d'action sociale

<sup>12</sup> Méthode pour l'intégration des services d'aide et de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie

<sup>13</sup> Centre local d'information et de coordination

*Les intervenants*

Au total, 30 professionnels sont intervenus dans les 31 actions de sensibilisation.

Les professionnels cités sont :

- 14 psychologues (dont 3 neuropsychologues et 2 coordonnateurs),
- 4 coordonnateurs,
- 3 assistants de soins en gérontologie,
- 7 infirmiers (dont 2 coordonnateurs),
- 1 assistante de service social,
- 1 chargée de projet.

Onze professionnels interviennent dans plusieurs sensibilisations (5 psychologues, 2 coordonnateurs, 3 infirmières et 1 chargée de projet).

*Données concernant les participants*

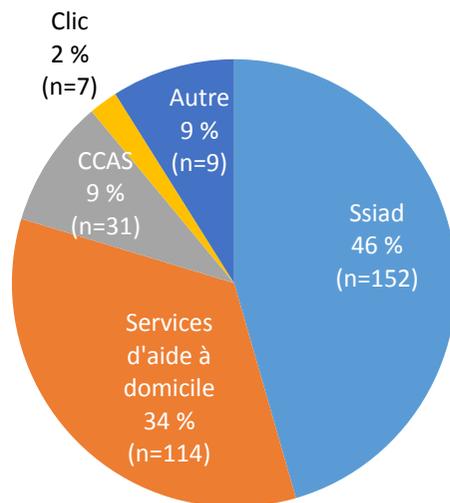
Les professionnels ayant participé aux sensibilisations sont majoritairement des femmes (92 %, 97 % en 2018) et proviennent dans 46 % des cas de Ssiad (42 % en 2018), soit 152 personnes (dont 9 d'équipes spécialisées Alzheimer à domicile - Esad).

Un peu plus d'un professionnel sur 3 fait partie de services d'aide à domicile (34 %, soit 114 personnes). Les centres communaux d'action sociale (CCAS) et centres locaux d'insensibilisation et de coordination (Clic) viennent ensuite, représentant respectivement 9 % (31 personnes) et 2 % (7 personnes) des effectifs.

Les autres participants (30 personnes), se retrouvent dans différentes structures :

- association de transport ALPHA (8 personnes),
- MAIA (Méthode pour l'intégration des services d'aide et de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie – 3 personnes),
- Ehpad (2 personnes),
- Conseil départemental (2 personnes),
- réseau gérontologique (1 professionnel),
- pôle médico-social (1 professionnel),
- pôle d'autonomie (1 professionnel),
- équipe mobile de gériatrie (1 professionnel),
- structure de répit (1 professionnel),
- dispositif « Merci Julie » (1 professionnel),
- des professionnels libéraux, indépendants ou stagiaires (1 formatrice, 1 réflexologue libérale, 1 sophrologue, 4 stagiaires dont 2 assistants de service social et 1 PFR),
- 2 bénévoles.

Répartition des participants selon leur structure d'appartenance en 2019 (en % et nombre)

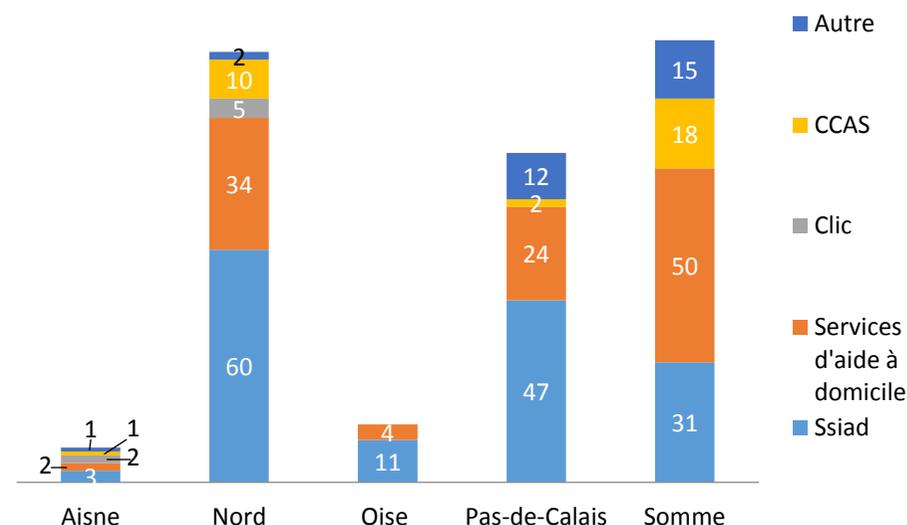


Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 334 professionnels

Les profils des participants de Ssiad sont majoritaires surtout dans l'Oise (73 % des participants), le Pas-de-Calais (55 %) et le Nord (54 %). Dans l'Aisne ce sont également les profils majoritaires, mais dans une moindre mesure (33 %, contre 22 % des services d'aide à domicile et 22 % des Clic). Dans la Somme, ce sont les professionnels de services d'aide à domicile qui prédominent (44 % des participants).

Répartition des participants selon leur structure d'appartenance en 2019 par département



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 334 professionnels

Quatre professionnels sur dix des Hauts-de-France ayant suivi la sensibilisation SIAD en 2019 ou début 2020 sont aides-soignants ou AMP (37 %), soit 124 personnes (dont 2 assistants de soins en gérontologie - ASG). Ils étaient 38 % en 2018 et près de 50 % en 2017.

Les auxiliaires de vie et agents de services hospitaliers (ASH) sont 98 à avoir suivi une sensibilisation SIAD dans les Hauts-de-France (29 % des participants ; 28 % en 2018, 11 % en 2017).

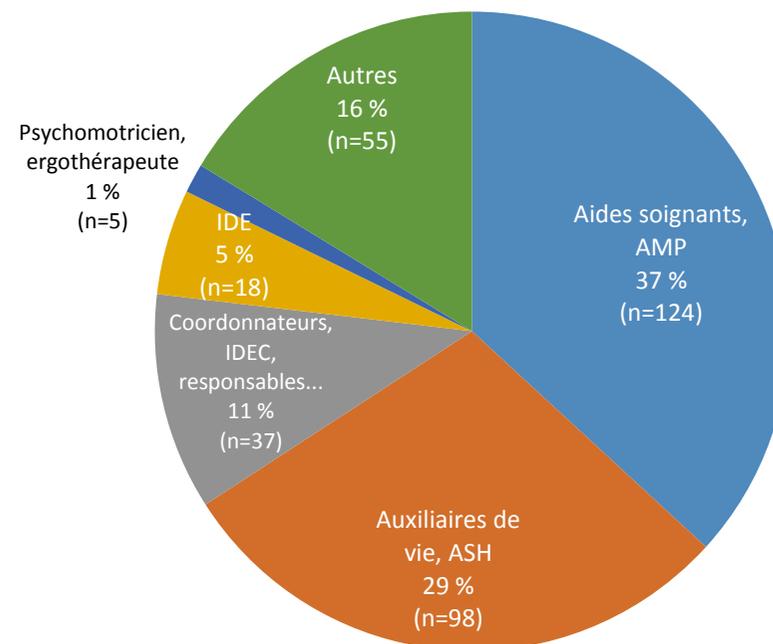
Les coordonnateurs et responsables de structures comptent pour près d'un dixième des participants (11 %) : 37 personnes. Ils étaient proportionnellement plus nombreux en 2018 et 2017 : respectivement 16 % et 24 %. Viennent ensuite les infirmiers diplômés d'État - IDE (5 %) et psychomotriciens – ergothérapeutes (1 %).

Les autres participants regroupent :

- 23 assistants de services sociaux (dont travailleurs sociaux, référents aide sociale CCAS et conseillers sociaux),
- 8 chauffeurs accompagnateurs,
- 5 agents administratifs (agent d'accueil, secrétaire, agent administratif),
- 5 étudiants et stagiaires,
- 3 animateurs,
- 2 bénévoles de l'association « Blouses roses »,
- 1 conseiller en économie sociale et familiale (CESF),
- 1 chargée de projet,
- 1 chargée de réseau,
- 1 formatrice,
- 1 IDE évaluatrice APA,
- 1 pilote MAIA,
- 1 réflexologue,
- 1 sophrologue.

La fonction n'est pas connue pour deux participants.

**Fonction des participants aux sensibilisations SIAD en 2019 (en % et nombre)**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 337 professionnels

*Mobilisation des professionnels*

Globalement, les PFR recensent des participants motivés, curieux, qui ont apprécié la sensibilisation proposée. Les interactions et questions ont été nombreuses et intéressantes. Les participants se sentent concernés par la thématique.

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

Cinq PFR (8 sensibilisations) font part de quelques difficultés pour mobiliser les professionnels.

Quatre PFR parlent de l'organisation du temps de travail qui ne facilite pas la mobilisation des professionnels. Dans certaines sensibilisations, les professionnels avaient travaillé le matin et avaient ainsi des difficultés à rester concentrés pendant la sensibilisation. Trouver des dates et des heures convenant au planning des professionnels (travail du matin et du soir) étaient également difficile et quelques inscriptions ont été annulées du fait d'un fonctionnement des services à flux tendu.

Pour une sensibilisation, les responsables ont eu des difficultés pour mobiliser leur personnel.

Une PFR parle d'une sensibilisation similaire proposée aux SAD en parallèle par le conseil départemental du Pas-de-Calais entraînant des difficultés de recrutement.

Une PFR a peiné à programmer les dates et à coordonner les agendas des deux formatrices, l'une d'elle ayant une activité partielle sur la structure

*Satisfaction des participants*

Les participants aux sensibilisations SIAD sont très majoritairement satisfaits des contenus et formats proposés. Ils apprécient l'apport, voire le renfort ou le rappel, de connaissances sur les maladies d'Alzheimer et troubles apparentés. La formation permet aux professionnels de se remettre en question et de prendre du recul sur leurs pratiques.

Cela leur permet de mieux aborder les situations et de mieux prendre en charge les patients et leurs proches. La sensibilisation est jugée complète et enrichissante. Les cas concrets sont appréciés.

Plusieurs professionnels souhaitent une reconduction de la sensibilisation pour les personnels n'ayant pas pu la suivre, voire une pérennisation au vu des besoins importants exprimés (trois groupes différents).

Les supports vidéo sont appréciés, pertinents, ludiques et intéressants. Ils suscitent les débats et permettent de mieux comprendre.

L'alternance théorie / pratique et l'équilibre des séquences (formations, temps de réflexion, de parole, et d'échanges interactifs) sont positifs.

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

La documentation fournie aux professionnels, ainsi qu'un supplément de documents concernant les propositions de répit ont été soulignées dans un groupe.

Le fait de former les professionnels sur leur lieu de travail est apprécié. Les horaires sont adaptés au temps de travail et ne désorganisent pas les structures.

Les formateurs ont été jugés dynamiques et permettant les échanges. Certains se sont d'ailleurs exprimés et déclarent être également satisfaits. Ils ont le sentiment d'apporter des informations nécessaires aux pratiques des professionnels et au bien-être des aidants-aidés.

Parmi les participants, 92 % jugent qu'ils sont désormais aptes à repérer les aidants en difficulté grâce à cette sensibilisation (300 des 325 participants ayant répondu à la question). Ils mettent l'accent sur la sensibilisation enrichissante et sur l'outil concret (questionnaire de repérage des signaux d'alerte d'épuisement des aidants), pertinent et facile à mettre en application. Ils pressentent pouvoir plus facilement aider les aidants et les orienter vers les partenaires pour des solutions concrètes.

Dans 25 sensibilisations, l'ensemble des participants s'est jugé apte à détecter les aidants en difficulté. Des non-réponses (partielles ou totales) ont été enregistrées dans 3 sensibilisations, totalisant 12 réponses manquantes (les 9 participants de la sensibilisation dans l'Aisne et 3 dans le Nord).

À l'inverse, dans trois sensibilisations (2 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais), 25 professionnels (24 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais) n'ont pas jugé cette sensibilisation utile car certains ne rencontrent pas ce type de public dans leur pratique professionnelle ou sont en remplacement (9 personnes). Une majorité (15 personnes) n'a pas pu terminer la formation à cause de l'épidémie de Covid-19. Et une personne déclare mettre à profit cette formation plutôt dans un cadre personnel, n'étant pas soignante et n'étant pas au contact des usagers.

Peu d'éléments négatifs ont été relevés par les PFR. Ils portent principalement sur les capsules vidéo. Jugées un peu longues, elles doivent être coupées régulièrement pour pouvoir échanger. La forme est sinon soporifique car les interactions difficiles. Plusieurs participants trouvent que les vidéos sont trop présentes.

Un groupe a émis le souhait que la formation soit un peu plus longue pour pouvoir davantage échanger entre les participants.

À l'inverse, dans un groupe, certains participants ont jugé la formation trop longue (deux fois 3h30). Par ailleurs, les documents remis en support de

formation ont été jugés peu nombreux (voire des manques), et le nombre de participants insuffisant par rapport aux échanges d'expérience entre les différents professionnels.

#### *Développement des partenariats*

La majorité des PFR parle de renforcement de partenariats déjà existants (13 des 16 PFR). Les partenaires sollicitent les PFR pour des accompagnements.

Certains participants ne connaissaient pas encore les PFR et la sensibilisation a permis de rappeler les missions générales des plateformes, de renforcer la crédibilité et la visibilité des PFR.

Une PFR (Somme) parle de créations de partenariats (grâce à plusieurs sensibilisations) avec Amiens métropole (*via* Logement HAPI), Soins services et l'Association Saint-Jean.

Deux PFR (Calais et Littoral Boulonnais) animent en binôme les sensibilisations et ont un partenariat jugé « riche » : activités communes pour les aidants/aidés, projets communs, mutualisation de moyens.

La PFR de l'Oise regrette de ne pas avoir de partenariats supplémentaires, malgré la qualité des échanges. Elle indique par ailleurs qu'elle ne reçoit pas davantage d'adressage vers la plateforme de répit.

Deux PFR n'ont pas répondu à cette question.

## Accompagnements individuels spécifiques à domicile

### Présentation générale

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

### Méthodologie

Ce bilan a été réalisé à partir de l'étude des bilans d'activité des 11 structures ayant effectué de l'accompagnement individuel au cours de l'année 2019. Les porteurs sont situés pour 6 d'entre eux dans le Nord, pour 4 dans le Pas-de-Calais et pour 1 dans l'Oise. Les structures ont mis en place des accompagnements individuels entre **janvier 2019 et mars 2020**.

Suite à appel à candidatures, l'ARS a financé 10 accompagnements individuels pour 4 PFR, 8 pour une PFR, 6 pour une PFR, 5 pour une PFR, 4 pour une PFR et 2 pour une PFR. Globalement, 76 aidants ont été accompagnés sur cette période sur les 65 prévus : 39 sur 27 prévus dans le Nord, 27 sur 28 prévus dans le Pas-de-Calais et les 10 prévus dans l'Oise.

### Analyse des données des bilans d'activité 2019

#### *Les types de porteur*

Sur les 11 structures ayant réalisé de l'accompagnement individuel, la répartition est la suivante :

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

#### *Données sur les séances d'accompagnement individuel*

Au total, **76 aidants** (39 dans le département du Nord, 27 dans le Pas-de-Calais et 10 dans l'Oise) ont participé aux **330 séances** d'accompagnements individuels déclarés dans les bilans 2019 (175 dans le Nord, 98 dans le Pas-de-Calais et 57 dans l'Oise). Les structures ont accompagné entre 1 et 10 aidants.

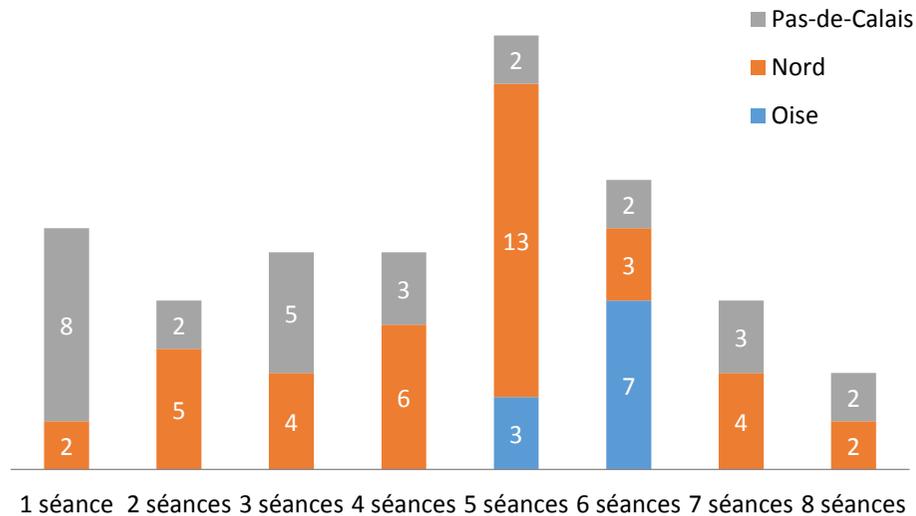
Les aidants ne participent pas aux mêmes nombres de séances. Ainsi, le nombre de séances d'accompagnements individuels par participant varie de 1 à 8, avec une majorité de 4 à 6 séances par participant.

Le Nord et le Pas-de-Calais organisent en moyenne 4 séances d'accompagnements individuels par aidant et l'Oise, 6.

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

Les séances d'accompagnement individuel se sont déroulées presque exclusivement au domicile des aidants pour 74 des 76 aidants. Pour les 2 autres aidants (issus d'une plateforme du Nord), les séances ont eu lieu par téléphone ou à la PFR.

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



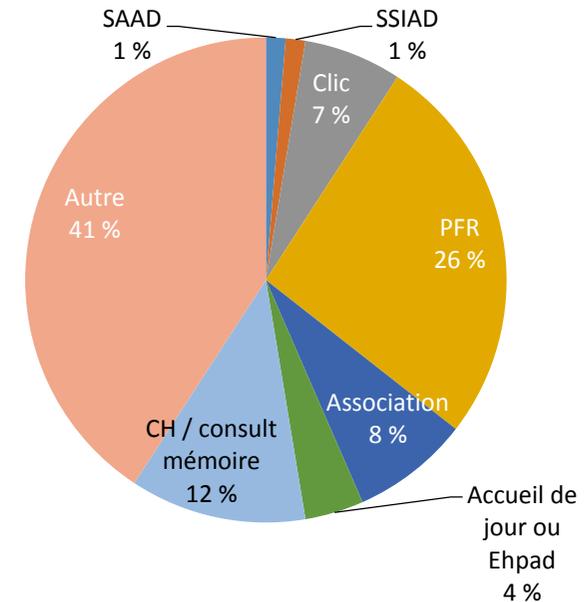
Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S Champ : 76 aidants

*Données concernant les aidants*

En 2019, 55 femmes (soit 72 % des aidants) et 21 hommes ont bénéficié des actions d'accompagnement individuel des 11 structures des Hauts-de-France. Cette prédominance des femmes se retrouve à l'échelle départementale (90 % dans l'Oise, 67 % des aidants dans le Nord et 74 % dans le Pas-de-Calais).

Les aidants ayant participé aux séances d'accompagnement individuel ont été orientés principalement par les plateformes de répit (26 %), les centres hospitaliers ou consultations mémoire (12 % des aidants), les associations (8 %) et les Clic (7 %). Les accueils de jour / Ehpad regroupent 4 % des aidants.

**Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 76 aidants

La catégorie « Autre » (31 aidants, soit 41 %) correspond aux orientations liées à des réseaux (10 aidants, soit 13 %), des Esad (7 aidants, soit 9 %) et des MAIA (6 aidants, soit 8 %). Les aidants ont également été orientés par une équipe mobile d'aide aux aidants (EMA), une MDPH, un pharmacien, des pompes funèbres, internet, une EMS, un SAVS.

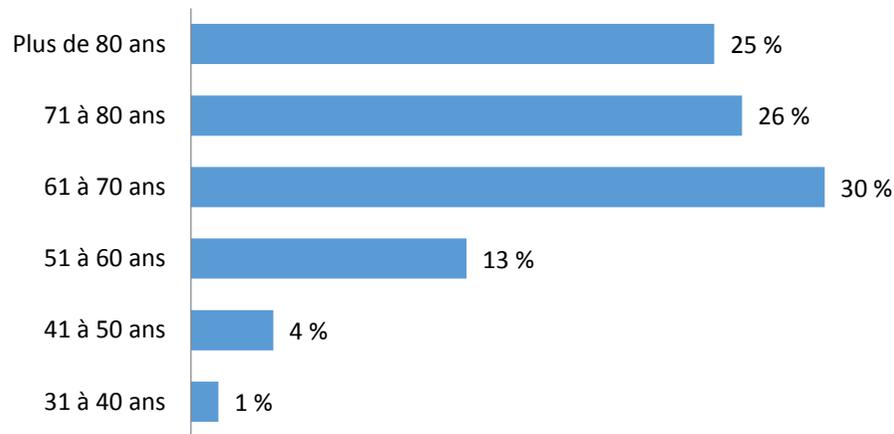
Les aidants sont près de huit fois sur dix les conjoints des aidés (soit 59 des 76 aidants) et une fois sur dix les enfants de l'aidé (12 personnes).

*Données concernant la personne aidée*

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

Les aidants qui ont participé aux séances d'accompagnement individuel vivent pour 62 d'entre eux (soit plus de 80 %) avec la personne aidée. Cinq aidants déclarent que la personne aidée vit seule, cinq autres indiquent que l'aidé est en établissement (Ehpad, UHR, UCC, hôpital) et un aidé vit avec un autre aidant. Trois aidants ont perdu leur proche pendant l'accompagnement.

**Répartition des aidants selon leur âge**

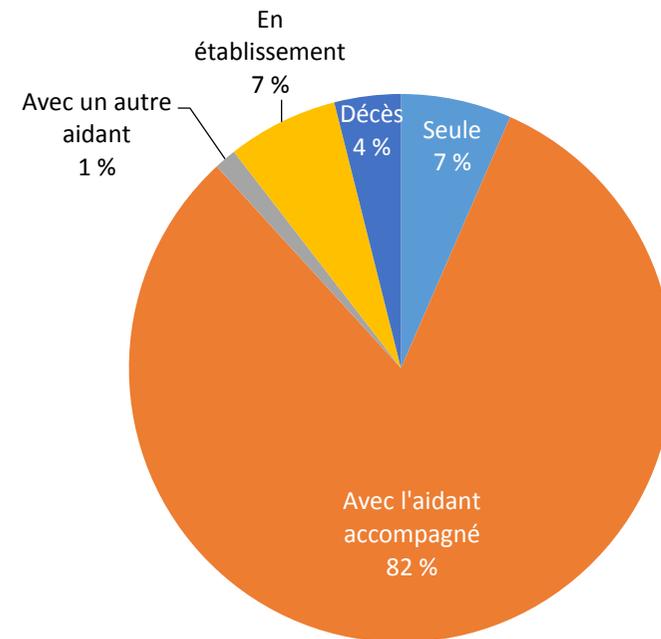


Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S Champ : 76 aidants

Un peu plus de 8 aidants sur 10 ont plus de 60 ans en 2019 (82 %), soit 62 personnes.

Les plus de 80 ans représentent 19 aidants ayant bénéficié d'accompagnement individuel : 6 dans l'Oise, 6 dans le Nord et 7 dans le Pas-de-Calais. Neuf aidants du Nord ont entre 41 et 60 ans.

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



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

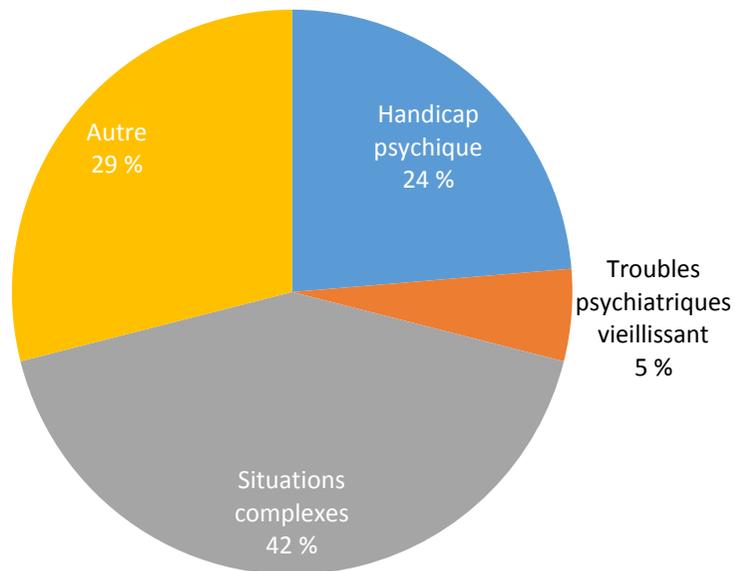
Champ : 76 aidants

Trente-deux aidants (soit 42 % des aidants) ont déclaré des proches aidés atteints de situations qualifiées de complexes. Le handicap psychique concerne 18 proches (soit 24 % des aidants) et 4 ont des proches atteints de troubles psychiatriques vieillissant (5 %).

Enfin pour 22 proches d'aidants (29 %), le diagnostic est autre : pour 12 d'entre eux, les proches sont atteints de troubles cognitifs, vivant sur des territoires reculés sans moyen de locomotion ou ayant un handicap physique ne leur permettant pas de se déplacer à la Maison des Aidants (1 PFR du Nord et 1 PFR du Pas-de-Calais). Les autres proches d'aidants souffrent de maladie rare d'origine génétique / problèmes de santé de l'aidant l'empêchant de se déplacer (5 personnes), de la maladie d'Alzheimer (2 dont 1 avec perte de l'acuité visuelle) et de la chorée de Huntington (1 personne).

Sept aidants sur dix ayant bénéficié d'accompagnement individuel déclarent une durée d'accompagnement de la personne aidée comprise entre 1 et 5 ans : 53 aidants, soit 70 %. Sept aidants le sont depuis moins d'un an (9 %), 7 autres depuis 5 à 7 ans (9 %) et 9 depuis plus de 7 ans (12 %).

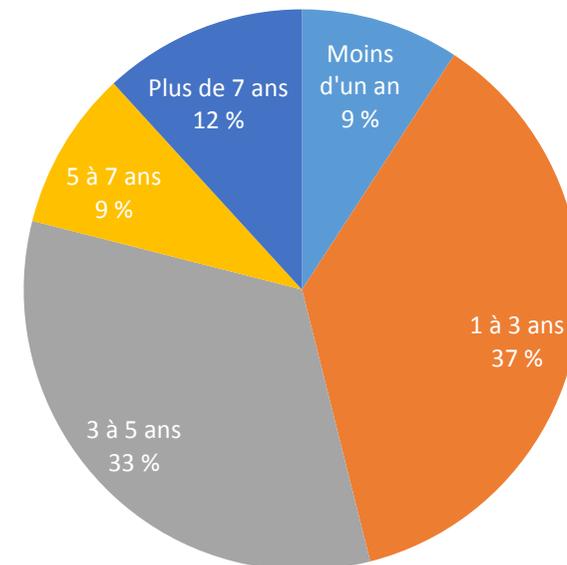
**Répartition des aidants selon le type de maladie de la personne aidée**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 76 aidants

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



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 76 aidants

### *Mobilisation des aidants*

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

Les aidants ont été disponibles, respectant leurs rendez-vous, et à l'écoute des conseils prodigués. Les aidants étaient volontaires et ont su verbaliser leurs difficultés quotidiennes. Ils parlent plus facilement de leur épuisement et acceptent le suivi.

Quelques bémols cependant. Une PFR explique que la mobilisation est difficile au début car les aidants ne connaissent pas la plateforme et ne comprennent pas ce qu'elle peut leur apporter. Ils pensent que la PFR est orientée vers les malades Alzheimer uniquement.

Une PFR parle de facteurs administratifs pouvant bloquer les aidants (réponses concrètes pour les aides financières, aide pour remplir le dossier).

Pour certains aidants, venir dans les locaux de la PFR est plus coûteux que bénéfique, d'autant qu'ils sont déjà fortement sollicités pour divers rendez-vous extérieurs. Des aidants ne sont venus qu'une fois, étant dans l'incapacité temporaire de se déplacer.

Enfin une plateforme indique que l'entretien à domicile avec l'aidant est parfois difficile à mener du fait de l'impossibilité de proposer à l'aidé un accompagnement en parallèle, par un autre professionnel de la plateforme, durant l'entretien. Il est alors difficile pour l'aidant de parler librement.

### *Satisfaction des aidants*

Les aidants sont satisfaits de ces accompagnements individuels à domicile qui rompent l'isolement et permettent d'avoir accès aux informations, en évitant de se déplacer. Par ailleurs, une PFR ajoute que rencontrer pour la première fois un psychologue est plus aisé dans un cadre familial comme le domicile. Certains aidants peuvent être sur la réserve au début de l'accompagnement puis sont rapidement impliqués et demandeurs de rendez-vous.

Les aidants ont apprécié également pouvoir parler sans être jugés et ont exprimé de la reconnaissance pour le soutien apporté par cet accompagnement. Ils se sentent écoutés, soutenus et moins épuisés.

L'accompagnement a des retombées positives sur la prise en charge du couple aidant-aidé. Une PFR indique que les aidants souhaitent massivement une poursuite de cet accompagnement.

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

Grâce à ces accompagnements individuels, les aidants se sentent écoutés, compris et peuvent déculpabiliser. Ils acceptent leur limites, ont moins peur du jugement et se sentent compris. Ils ont plus de patience envers l'aidé. Les relations et la communication entre aidant et aidé s'en trouvent améliorés. Plusieurs aidés ont par ailleurs exprimé de la satisfaction de voir leur proche aidant bénéficier d'un soutien.

Les aidants sont moins anxieux (notamment grâce aux visites à domicile qui permettent de ne pas avoir à chercher de solution pour l'aidé pendant les séances), et se sentent moins fatigués psychologiquement. Ce suivi permet une stabilisation de leur état psychique. La stabilisation d'un équilibre, même précaire, permet un maintien des conditions de vie à domicile, ce qui est souvent la volonté de l'aidé. Cela permet aussi de travailler une meilleure adhésion aux aides et aux solutions de répit à mettre en place.

Ils ont de meilleures connaissances de la pathologie et les conseils pour mieux vivre au quotidien sont appréciés.

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

### *Partenariats créés*

Pour 8 plateformes (5 dans le Nord, 2 dans le Pas-de-Calais et 1 dans l'Oise), il s'agit de renforcement de partenariats déjà existants (notamment avec des Esa, organismes et professionnels à l'origine des orientations).

Deux structures (1 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais) évoquent des partenariats créés avec des MAIA, département du Nord, un SAVS, les psychologues libéraux du territoire, une association, une équipe mobile d'aide aux aidants...

Trois plateformes (1 du Nord et 2 du Pas-de-Calais) n'ont pas répondu à cette question.

## Zoom sur les groupes de parole

### Présentation générale

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

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

### Méthodologie

L'ARS a, au titre de l'appel à candidature 2019, financé 11 groupes de parole à hauteur de 600 € par groupe (16 en 2018). La PFR de Béthune a mené 2 groupes de parole supplémentaires, sans financement, portant à 13 le nombre de groupes de parole ayant eu lieu pour l'activité 2019.

Ce bilan a été réalisé à partir de l'étude des bilans d'activité des 3 structures ayant effectué des groupes de parole au cours de l'année 2019 (6 structures en 2018). Les porteurs sont situés pour 2 d'entre eux dans le Nord et pour 1 dans le Pas-de-Calais (respectivement 4 et 2 en 2018).

Les structures ont mis en place des groupes de parole entre **janvier 2019 et février 2020**. Dix groupes se sont déroulés en 2019 et trois groupes en 2020.

Globalement, les données présentées ci-après portent sur 13 groupes de parole.

### Analyse des données des bilans d'activité 2019

#### *Actions financées et actions réalisées par l'ARS en 2019*

En 2019, 13 groupes de parole ont été réalisés (12 en 2018), portés par 3 structures différentes : 2 PFR du Nord et 1 dans le Pas-de-Calais.

Les 13 groupes de paroles ont donné lieu à 29 séances (42 en 2018). Les groupes de parole se sont réunis entre 1 et 5 fois sur une période allant de 5 à 11 mois. En moyenne, ce sont 2 séances par groupe de parole (4 séances par groupe en 2018).

Parmi les 13 groupes de parole, 10 portent sur un public Alzheimer exclusif, 1 sur un public Parkinson exclusif, 1 sur un public Alzheimer et Parkinson et 1 sur un public Alzheimer, Parkinson et sclérose en plaque.

Les séances de groupes de parole se sont déroulées pour 12 des 13 groupes au sein de la PFR. Un groupe de la PFR du Cambrésis a eu lieu dans un Ehpad.

*Données concernant les aidants*

Au total, **78 aidants** ont participé aux **13 groupes de parole** déclarés dans les bilans 2019 (126 en 2018) : 52 dans le Nord et 26 dans le Pas-de-Calais (respectivement 115 et 11 en 2018).

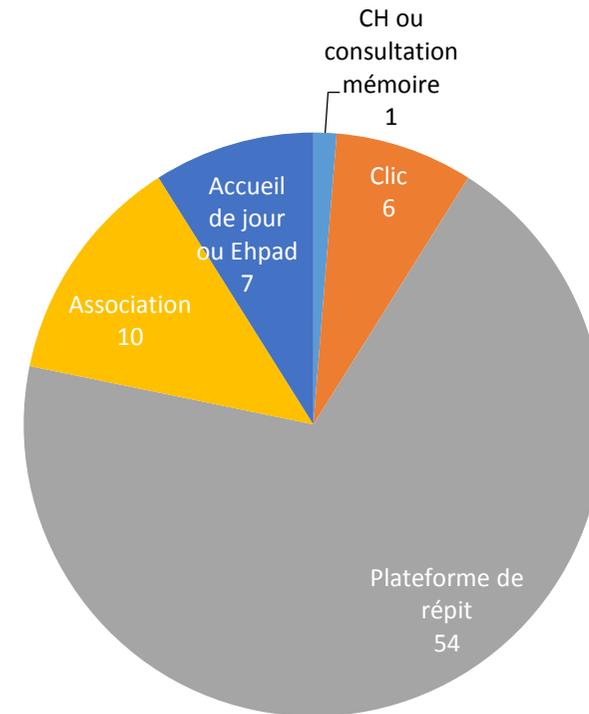
Les inscrits étaient 88 sur les deux départements (166 en 2018), soit une participation de 89 % (76 % en 2018) : 84 % dans le Nord (52 participants sur 62 inscrits) et 100 % dans le Pas-de-Calais (les 26 inscrits).

Les groupes de parole comprenaient entre 2 et 14 aidants, soit une moyenne de 6 aidants par groupe de parole sur les deux départements en 2019 (10 en moyenne dans le Nord, 3 dans les groupes du Pas-de-Calais). En 2018, la moyenne était de 11 aidants par groupe.

En 2019, 66 femmes (soit 85 % des aidants ; 55 % en 2018) et 12 hommes ont suivi des groupes de paroles. Cette prédominance des femmes se retrouve à l'échelle départementale.

Les aidants ayant participé aux groupes de parole ont été orientés principalement par les plateformes de répit (54 personnes) : 69 % des aidants (54 % dans le Nord et l'ensemble des aidants dans le Pas-de-Calais). Les centres hospitaliers ou consultations mémoire (1 aidant), les Clic (6 aidants), les accueils de jour / Ehpad (7) et les associations (10) regroupent 31 % des aidants.

**Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés**



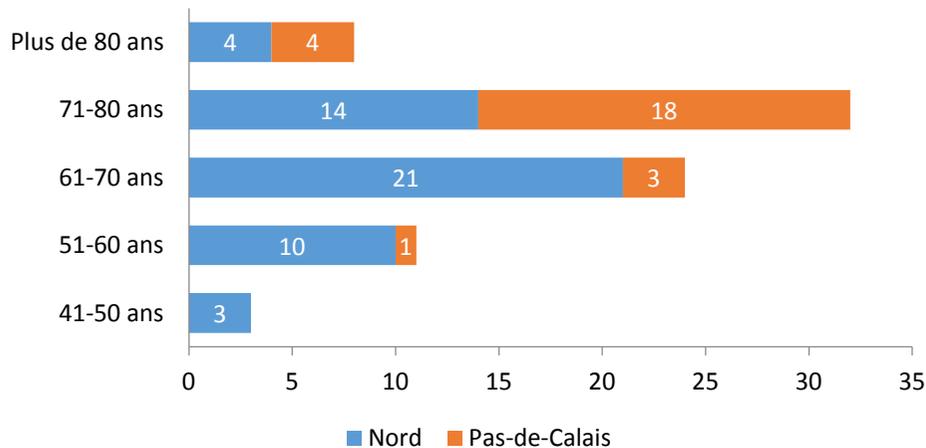
Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S Champ : 78 aidants

**Les aidants sont plus de huit fois sur dix les conjoints des aidés** (soit 66 des 78 aidants) et **moins de deux fois sur dix les enfants de l'aidé** (13 personnes). Un aidant est un frère ou une sœur de l'aidé et un autre est la belle-fille de l'aidé.

Huit aidants sur 10 ont plus de 60 ans en 2019 (82 % ; 77 % en 2018), soit 64 personnes. Les plus de 80 ans représentent 8 aidants ayant participé à des groupes de parole : 4 dans le Nord et 4 dans le Pas-de-Calais. Trois aidants du Nord ont entre 41 et 50 ans.

**Un peu moins de neuf aidants sur dix sont à la retraite** (68 aidants, soit 87 % de l'ensemble des aidants) et 4 % sont en inactivité, hors retraite (3 aidants). Sept aidants sont encore en activité, soit 9 % des aidants.

Répartition des aidants selon leur âge, par département



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S Champ : 78 aidants

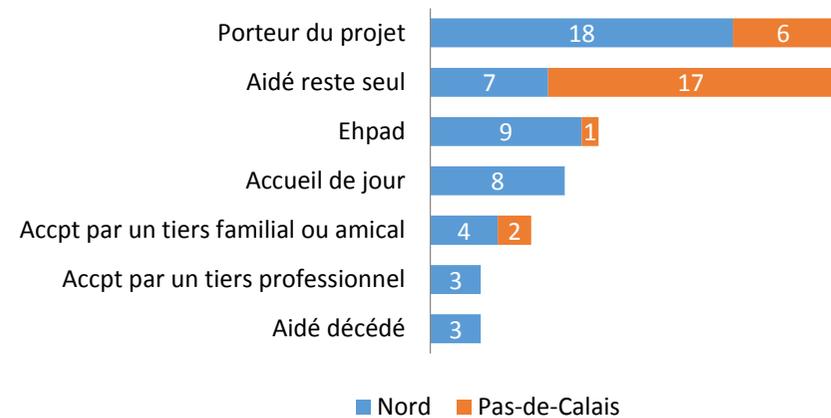
### Solutions pour le proche aidé

Pour pouvoir assister aux groupes de parole, les aidants ont dû trouver des solutions pour le proche aidé. Pour une majorité d'entre eux, soit l'aidé a pu rester seul à son domicile (24 aidants, soit 31 % des participants – 23 % en 2018), soit les porteurs du projet ont aidé à trouver une solution (24 aidants, soit 31 % - 37 % en 2018). Dix aidants ont eu recours à un Ehpad (soit 13 % ; 25 % en 2018). Les accueils de jour (8 aidants, 10 % - 6 % en 2018), les proches familiaux – amicaux (6 aidants, 8 % - 4 % en 2018) et les proches professionnels (3 aidants,

4 % comme en 2018) ont aussi permis aux aidants de participer. Pour 3 aidants, l'aidé était décédé.

Douze groupes de parole ont mis en place des solutions pour l'accompagnement de la personne aidée pendant les groupes de parole. Les solutions déployées sont : l'aide d'une AMP de la PFR (3 groupes d'une même PFR du Nord), l'accueil gratuit des aidés par une ASG (8 groupes d'une même PFR du Pas-de-Calais) et une halte relais au sein de la structure (1 groupe du Nord).

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



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S Champ : 78 aidants

### Moyens de locomotion

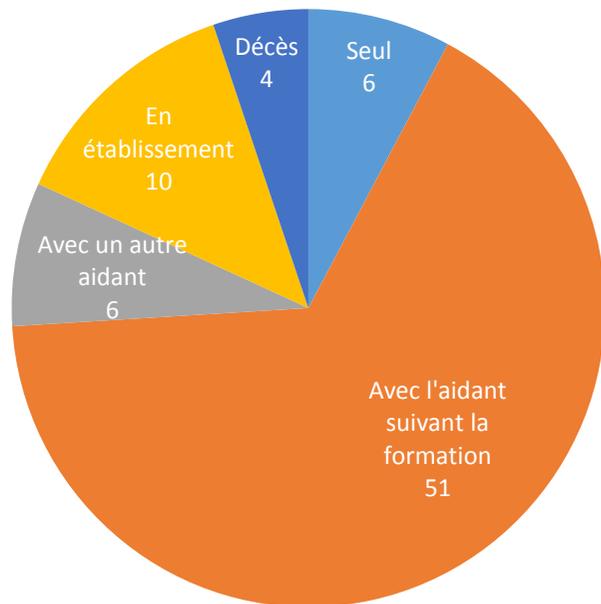
Les aidants sont principalement venus aux groupes de parole avec leur voiture personnelle (66 des 78 aidants, soit 85 % - 91 % en 2018), deux sont venus à pied (aidants du Nord) et deux en transport en commun (aidants du Nord). Les 8 autres aidants (2 du Nord et 6 du Pas-de-Calais) ont fait du covoiturage avec d'autres aidants.

*Données concernant la personne aidée*

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

Les aidants qui ont participé aux groupes de parole vivent pour 51 d'entre eux avec la personne aidée (28 dans le Nord et 23 dans le Pas-de-Calais ; 66 % des aidants – 56 % en 2018). Dix aidants indiquent que l'aidé est en établissement (9 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais, soit 13 % - 25 % en 2018) et 6 que la personne aidée vit seule (5 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais, soit 8 % - 13 % en 2018). Parmi les autres aidants, 6 aidés du Nord vivent avec un autre aidant que celui suivant les groupes de parole et 4 aidés sont décédés (3 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais). L'information manque pour un aidant.

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

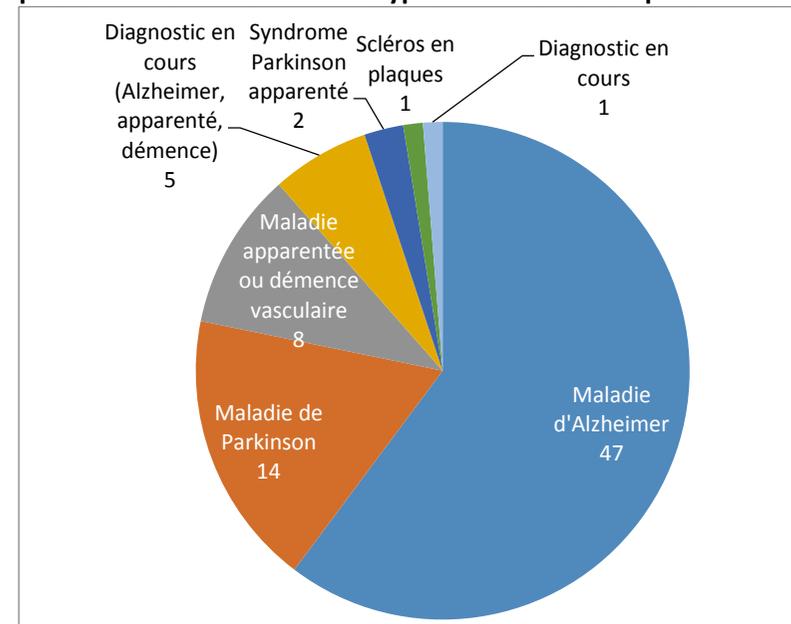


Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 77 aidants

Un peu plus de la moitié des aidants (47, soit 60 % des aidants – 55 % en 2018) ont déclaré des proches aidés atteints de la maladie d'Alzheimer (23 dans le Nord, 24 dans le Pas-de-Calais) et 8 (10 % - 20 % en 2018) parlent d'une maladie apparentée ou démence vasculaire (tous dans le Nord). La maladie de Parkinson est déclarée par 14 aidants du Nord (18 % des aidants – 17 % en 2018) et 2 parlent de syndrome Parkinson apparenté (3 %, dans le Nord – 2 % en 2018). Six aidants parlent de diagnostic en cours (5 pour maladie d'Alzheimer, apparenté ou démence et 1 pour Parkinson ou apparenté). Enfin, 1 aidant du Pas-de-Calais déclare un diagnostic de sclérose en plaques.

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

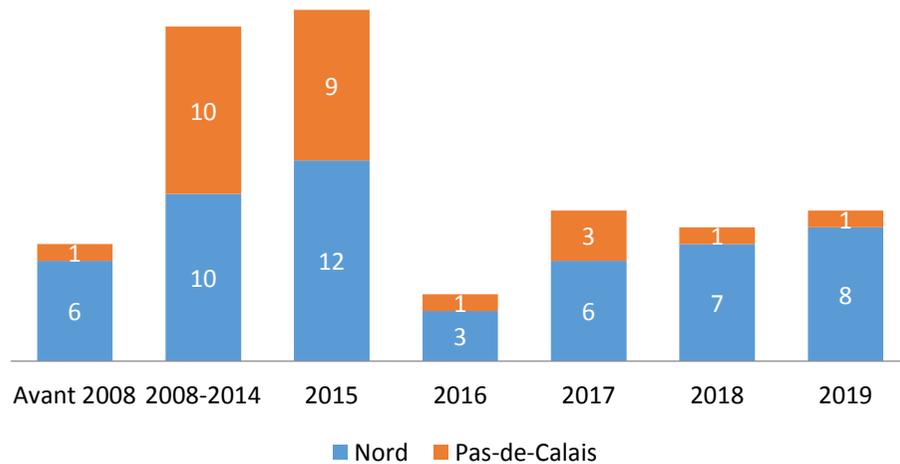


Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 78 diagnostics

Un peu moins de huit aidants sur dix ayant bénéficié d'un groupe de parole déclarent que le diagnostic de la personne aidée a été posé avant 2018 (78 %, soit 61 des 78 aidants). Pour 17 aidants, le diagnostic a été posé les dernières années (8 en 2018 et 9 en 2019).

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

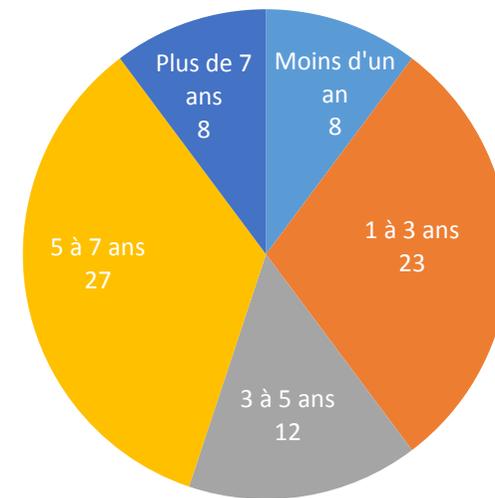


Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 78 aidants

La répartition des aidants selon la durée d'accompagnement de la personne aidée est assez large. Un peu plus de trois aidants sur dix ayant bénéficié de groupes de parole déclarent une durée d'accompagnement de la personne aidée comprise entre 5 et 7 ans (27 aidants, soit 35 % - 24 % en 2018). Viennent ensuite les accompagnements de 1 à 3 ans (23 aidants, soit 29 % - 22 % en 2018) et de 3 à 5 ans (12 aidants, 15 % - 30 % en 2018). Puis, les aidants se répartissent à parts égales entre moins d'un an d'accompagnement (8 aidants, 10 % - 2 % en 2018) et plus de 7 ans (8 aidants, 10 % - 23 % en 2018).

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



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 78 aidants

## Thèmes des groupes de parole

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

- 6 séances portent sur les « trucs et astuces » du quotidien (1 PFR du Pas-de-Calais) ;
- 5 séances étaient sur se reconnaître en tant qu'aidant (4 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais) ;
- 3 séances ont abordé les troubles du comportement (2 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais) ;
- 3 séances ont traité de la gestion du stress de l'aidant (département du Nord) ;
- 3 séances dans le département du Nord ont porté sur le proche en Ehpad (réinvestir sa vie lorsque le proche est en Ehpad, relation avec l'équipe soignante et les autres) ;
- 2 portaient sur les solutions de répit (département du Nord).
- 2 séances ont porté sur la maladie de Parkinson, aide technique et alimentation (département du Nord) ;
- 2 séances ont permis le partage de conseils et d'expériences (département du Nord).

Les 3 derniers thèmes sont : aides financières, administratives et humaines (1), retour sur la formation (1) et savoir apporter l'aide nécessaire à son proche (1).

La PFR du Pas-de-Calais (8 groupes) n'a pas rempli les items qualitatifs ci-dessous. Les réponses reportées ici concernent donc les 5 groupes du Nord.

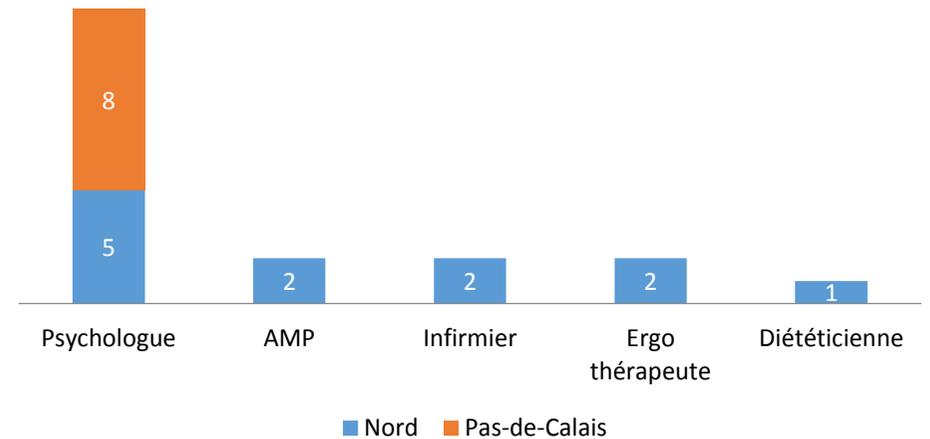
*Mobilisation des aidants*

Globalement, les porteurs jugent positivement la participation des aidants aux groupes de parole.

Une cohésion et des amitiés se sont créées entre les aidants. Certains se voient en dehors lors de moments conviviaux organisés par une association portant sur la maladie de Parkinson. L'écueil à éviter était que le groupe ne se transforme en temps de discussion comme dans l'association susnommée. L'équipe a su éviter ce piège. Le fait que certains porteurs permettaient des séances le samedi ou de prendre en charge l'aidé pendant les groupes de parole ont aidé à la bonne mobilisation des aidants.

## Intervenants

## Intervenants des groupes de parole



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S Champ : 20 intervenants

Les 13 groupes de parole ont pu bénéficier de l'intervention d'un psychologue ou neuropsychologue.

Deux groupes ont eu l'intervention d'une AMP, 2 groupes ont eu un infirmier, 2 ont eu un ergothérapeute et 1 groupe a eu l'intervention d'une diététicienne.

Dans plusieurs groupes, ce sont les aidants qui proposaient les thèmes abordés, pour être au plus près de leurs préoccupations. Un porteur a ainsi contacté l'Esprad pour compléter leur intervention en tant que psychologue et répondre au mieux aux attentes (diététicienne, ergothérapeute).

Un porteur constate que les aidants (enfants des aidés) encore en activité professionnelle et ayant des enfants ont plus de difficultés à suivre les groupes. Ces aidants souhaiteraient des accompagnements individuels avec la possibilité de fixer des rendez-vous à leur domicile. En revanche, la mobilisation est forte pour les aidants veufs et les nouveaux aidants.

#### *Satisfaction des aidants*

Les aidants sont satisfaits de ces groupes de parole qui rompent l'isolement et leur permettent de se sentir compris. Ils se sentent également moins coupables et prennent plus de temps pour eux, développent un mieux-être et de meilleures attitudes vis-à-vis de l'aidé. Ils se montrent plus présents pour leurs aidés.

Un sentiment d'appartenance au groupe s'en dégage. Les aidants attendent les séances avec impatience et ont du mal à les clôturer. Ils apprécient pouvoir échanger sur l'évolution des situations et leurs difficultés. Ceci pousse certains aidants à participer davantage aux activités de la PFR, à bénéficier de séjour vacances ensemble ou à prendre part à d'autres groupes de parole (France Alzheimer, Parkinson...).

Des groupes dédiés (aidants veufs, nouveaux aidants) permettent aux aidants de se retrouver avec des personnes vivant des situations similaires et de se sentir davantage intégrés. Ainsi, les aidants veufs ont pu évoquer leur deuil et leur façon de réinvestir leur vie suite au décès tandis que les nouveaux aidants ont pu échanger avec des aidants dans la même situation plutôt qu'avec des aidants dont le proche est à un stade plus avancé.

Parallèlement, les aidés d'une structure apprécient d'être pris en charge pendant les séances des aidants parce qu'ils peuvent échanger entre eux et passer un moment convivial. Il est ainsi ressorti que les aidés aimeraient participer à un groupe de parole, animé par une psychologue.

Les participants ont déploré par ailleurs le peu de participants (aidants activ prof). La structure a en effet développé les entretiens individuels pour ces aidants particuliers.

#### *Partenariats créés*

L'ensemble des plateformes ayant rempli cet item parlent de renforcements de partenariats déjà existants (associations, France Alzheimer et France Parkinson, centre mémoire, Esa du territoire, Ehpad, Esprad...). Ces partenariats ont permis, entre autre, la mise à disposition de professionnels et le suivi des aidants.

Une structure du Nord évoque une « belle synergie » entre quatre acteurs pour une action : Ehpad, France Alzheimer, Relais Autonomie et Clic.

## Mesure n°50 : Actions de formation des aidants

### Présentation générale

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

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

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

### Méthodologie

Ce bilan a été réalisé à partir de l'étude des bilans d'activité des 27 actions de formation mises en place par 16 porteurs du début 2019 au début 2020 (28 actions pour 16 porteur en 2018, 34 actions pour 20 porteurs en 2017). Parmi ces 27 actions, 23 ont été réalisées au titre de l'appel à candidatures 2019<sup>14</sup> et 4 l'ont été au titre de l'appel à candidatures d'une année précédente<sup>15</sup>.

Cependant, l'analyse des données des bilans d'activité 2019 ne porte que sur 25 actions, pour 15 porteurs, car malgré l'investissement de l'hôpital de Felleries Liessies, seuls deux aidants s'étaient inscrits sans qu'aucune date ne soit trouvée pour mettre en place la formation.

<sup>14</sup> Une structure du Nord a réalisé une action en plus du prévisionnel et une structure du Pas-de-Calais a reporté trois de ses quatre actions en 2020.

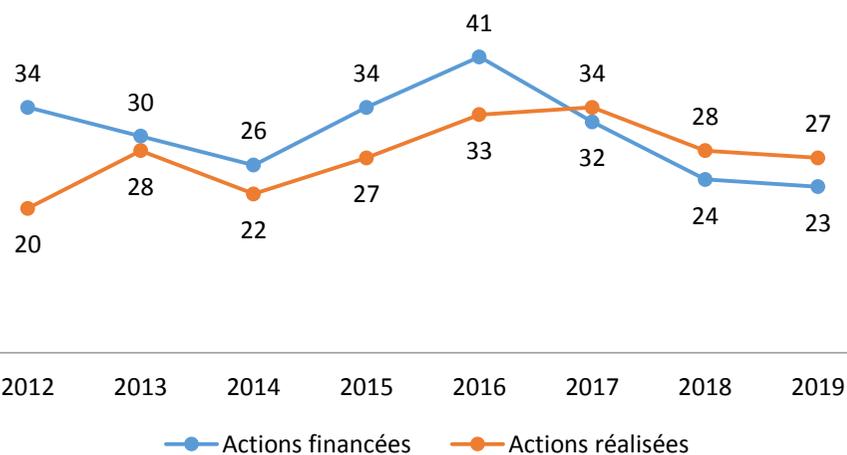
<sup>15</sup> Une structure de la Somme a réalisé une action en plus.

## 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.

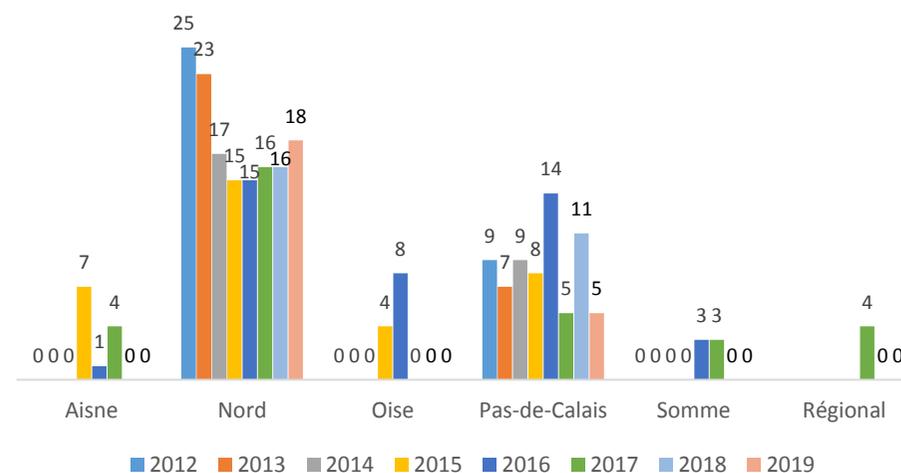
### Actions financées par l'ARS et actions réalisées entre 2012 et 2019

**Les actions de formation des aidants financées dans le cadre de l'AAC entre 2012 et 2019**



NB : en 2019, 2 actions ont été financées à Felleries Liessies (59) mais n'ont pu se tenir.  
 Les données présentées dans ce graphique prennent en compte ces actions.  
 Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

**Actions financées dans le cadre de l'ACC par département entre 2012 et 2019**

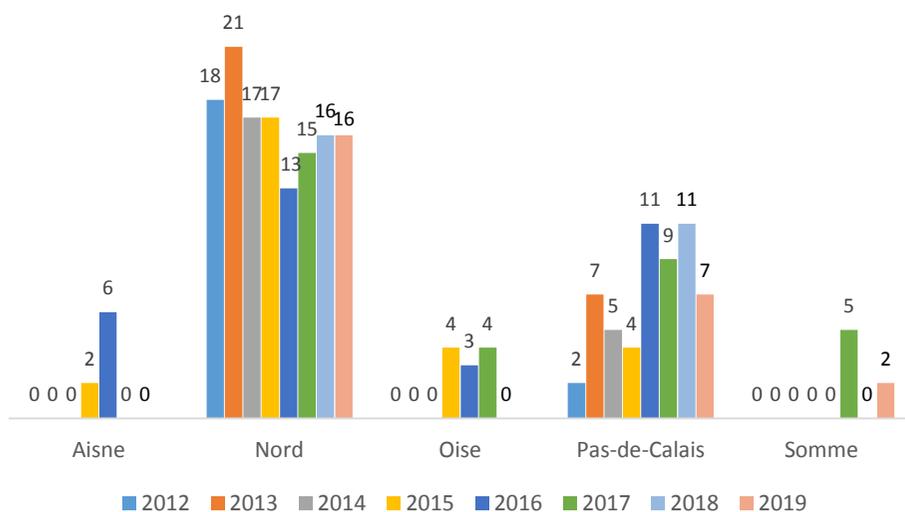


NB : en 2019, 2 actions ont été financées à Felleries Liessies (59) mais n'ont pu se tenir.  
 Les données présentées dans ce graphique prennent en compte ces actions.  
 Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Depuis 2012, **217 actions de formation ont été réalisées** dans les Hauts-de-France. Le Nord concentre à lui seul 61 % des formations réalisées au cours de la période 2012-2019. Une formation sur quatre s'est tenue au cours de cette même période dans le Pas-de-Calais (26 %). En 2019, un seul département de l'ex-Picardie (Somme) présente des actions de formation, financées dans le cadre de l'appel à projet antérieur à 2019.

Il n'existe pas d'actions dans les départements de l'Aisne et de l'Oise en 2019 alors qu'en 2017, 4 étaient recensées dans l'Oise.

### Actions réalisées par département entre 2012 et 2019



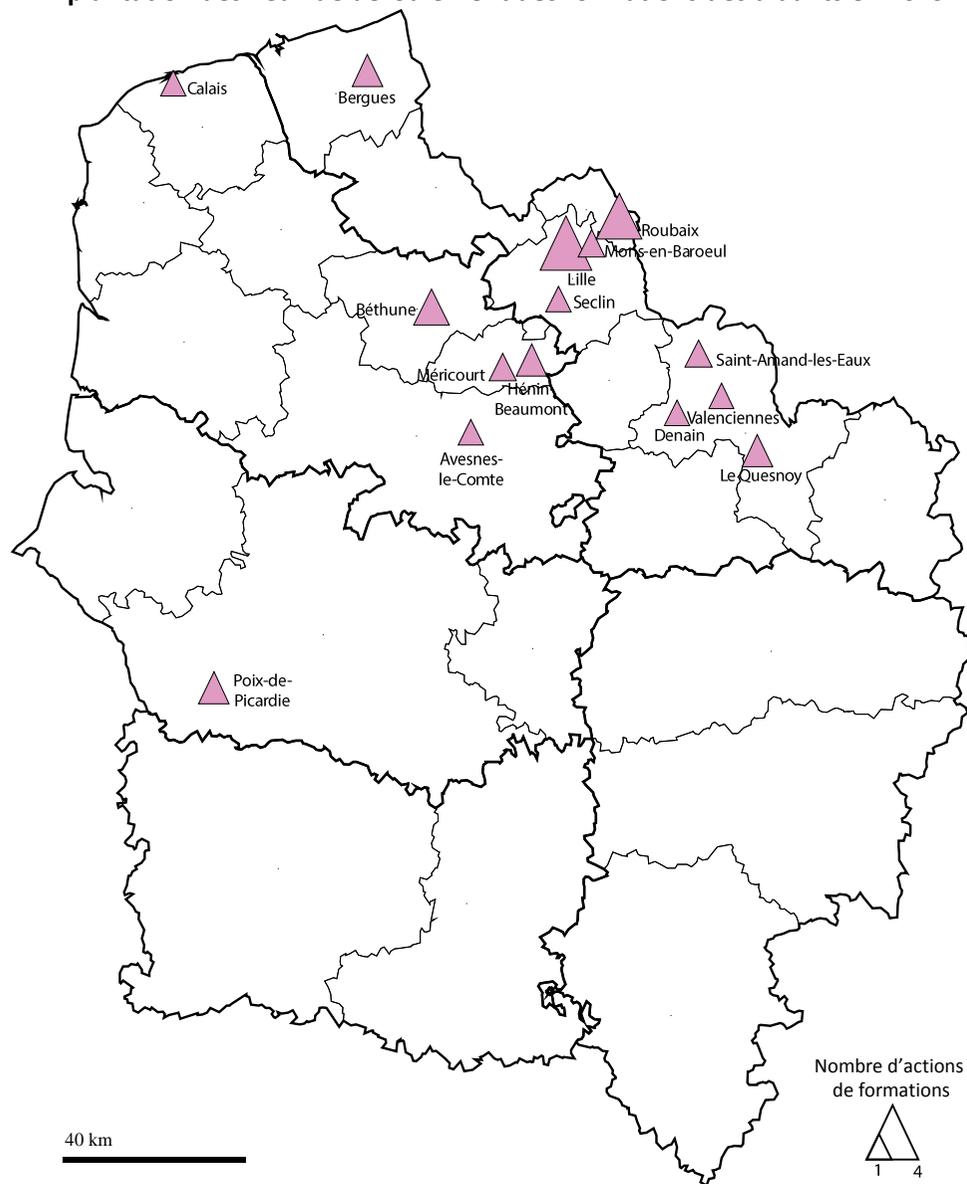
Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

**En 2019**, 25 actions ont été réalisées (28 en 2018 et 34 en 2017) :

- 16 dans le Nord (16 en 2018, 15 en 2017),
- 7 dans le Pas-de-Calais (11 en 2018, 9 en 2017),
- 2 dans la Somme (0 en 2018, 5 en 2017).

Aucune action sur le périmètre régional, contrairement à 2018 (1 action, non affectée à un département en particulier, comme en 2017).

### Implantation des lieux de déroulement des formations des aidants en 2019



Source : ARS – DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

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

Ainsi, en 2019 sur les 25 formations étudiées (dont le bilan a fait l'objet d'une analyse) :

- 15 ont vu participer un public exclusif Alzheimer (17 en 2018),
- 4 un public exclusif maladie de Parkinson (3 en 2018),
- 1 un public exclusif sclérose en plaques (5 en 2018),
- 5 actions ont vu participer un public mixte (3 en 2018) : 3 tous publics (Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques) et 2 Alzheimer / Parkinson.

#### Actions de formations programmées en 2020-2021

**Dans le cadre de l'appel à candidatures 2020, 38 formations seront proposées (financées par l'ARS).** Fin 2020-début 2021, se tiendront :

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

Parmi ces sessions de formations :

- 12 sessions seront proposées aux aidants de malades SEP,
- 7 aux aidants de malades Parkinson,
- 13 aux aidants de malades d'Alzheimer,
- 1 aux aidants de malades d'Alzheimer et Parkinson,
- 5 sessions pour les aidants de malades d'Alzheimer, Parkinson et SEP.

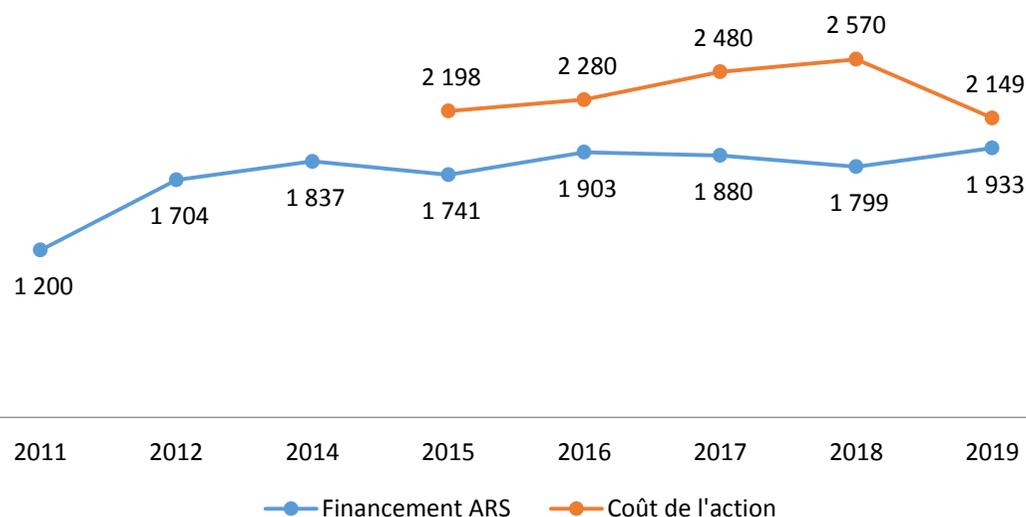
## Aspects financiers

Les actions de formation menées en 2019 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 2019 a été financée par l'ARS en moyenne à hauteur de 1 933 € pour un coût réel moyen de 2 149 €<sup>16</sup>. Le financement de l'ARS couvre 90 % du coût total des 27 actions ayant précisé le coût total. En 2018, chacune des actions réalisées avait été financée par l'ARS en moyenne à hauteur de 1 799 € pour un coût réel moyen de 2 570 €. Le financement de l'ARS couvrait alors 70 % du coût total des actions.

Sur les 23 actions pour lesquelles les données de coût total sont précisées, la participation de l'ARS couvre :

- la totalité du coût de l'action dans 14 cas ;
- entre 80 % et 99 % du coût dans 2 cas ;
- entre 60 % et 79 % dans 3 cas ;
- entre 40 % et 59 % dans 3 cas ;
- moins de 40 % des coûts dans 1 cas.

Coût et financement des actions de formation



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

<sup>16</sup> Le coût réel n'a pas été spécifié pour deux actions.

## Analyse des données des bilans d'activité 2019

### Les types de porteur

Sur les 15 porteurs des 25 actions réalisées en 2019, la répartition est la suivante :

- 6 centres hospitaliers,
- 4 associations,
- 3 PFR,
- 2 autres (1 CCAS et 1 GCS).

### Données sur les formations

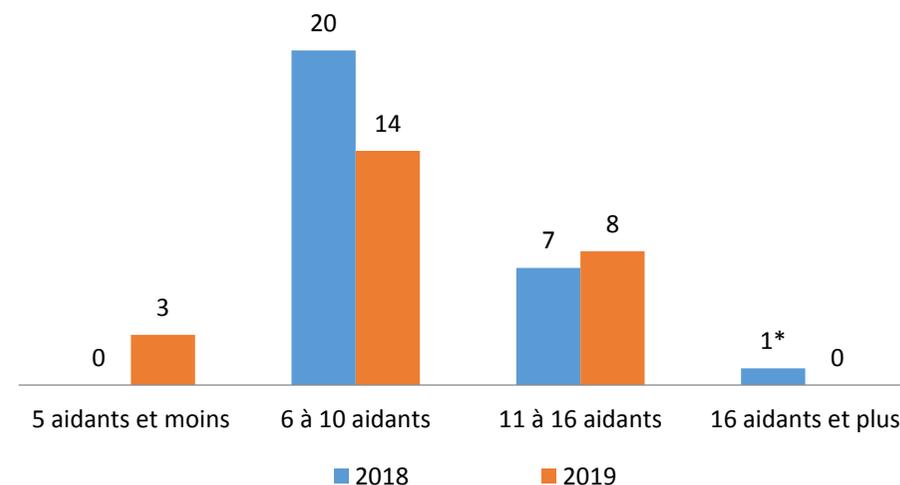
Au total, **239 aidants** ont participé aux **25 actions** de formation retenues pour cette étude, soit en moyenne *8,9 aidants par action* (9,3 en moyenne dans le Nord, 7,7 dans le Pas-de-Calais et 8,5 dans la Somme). Cette moyenne était de 9,7 en 2018, 9,8 en 2017, 8,9 en 2016, 9,4 en 2015 et 9,8 en 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 **276 personnes se sont inscrites** aux sessions de formation et **239 d'entre elles ont participé** aux 155 séances de formation, soit 87 % des inscrits (ce pourcentage était de 88 % avec 271 participants en 2018) : 85 % dans le Nord, 87 % dans le Pas-de-Calais et 100 % dans la Somme.

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 12 selon les actions (4 à 10 en 2018).

Ainsi, les 25 actions de formation se sont déroulées dans des intervalles de temps entre la première et la dernière séance variant de 14 jours à 7 mois (21 jours à 8 mois en 2018). Elles se sont déroulées sur une période inférieure à 1 mois pour 11 d'entre elles, 8 formations se sont étalées sur une période de 1 à 3 mois et 6 sur une période supérieure à 3 mois.

**Répartition des actions de formation selon le nombre d'aidants participants en 2018 et 2019**



\* 18 aidants

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Les lieux de réalisation des actions ont été principalement les centres hospitaliers (10), plateformes d'accompagnement et de répit (7 formations), Ehpad (4), maisons de famille (2), Clic (1) et mairie (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 2019 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 2019, sur les 239 aidants ayant participé aux actions de formations, **127 ont assisté à toutes les sessions de la formation**, soit 53 % des aidants participants (61 % en 2018, 53 % en 2017, 50 % en 2016). La part des aidants ayant assisté à toutes les sessions est supérieure dans le Pas-de-Calais (63 %, dont 2 formations avec une assiduité de 100 % ; 70 % en 2018 et 59 % en 2017) à celles observées dans la Somme (59 %) et le Nord (49 % ; 51 % en 2018 et 52 % en 2017). 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 et d'un recrutement renforcé grâce aux partenaires (PFR, Esad, médecins gériatres, Clic...). L'assiduité est satisfaisante pour une partie des formations et la pluridisciplinarité des formateurs, un réel atout. Les discussions et échanges entre aidants ont été fructueux et intéressants (y compris pour les professionnels), dans le respect de la parole des autres. Les groupes sont jugés dynamiques, partageant leurs expériences et vécus, avec une bonne cohésion. De nombreux liens se sont créés entre aidants, permettant de les sortir de l'isolement. Certains ont ainsi participé à d'autres activités ou formations.

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. Par ailleurs, plusieurs structures accueillent l'aidé pendant les formations, ce qui facilite la participation des aidants. Cependant, malgré une large communication relayée par les partenaires, plusieurs opérateurs ont fait part de leurs difficultés à mobiliser les aidants. Les principaux freins à la mobilisation des aidants sont relatifs au transport et à la disponibilité des aidants, notamment ceux en activité. Certains aidants sont dans un tel épuisement qu'il est difficile de les mobiliser.

Les médecins traitants seraient à mobiliser davantage pour repérer les aidants pouvant bénéficier d'une telle formation.

Les jours de formation posent question aux structures qui cherchent la meilleure configuration pour s'adapter aux emplois du temps des aidants (notamment ceux encore en activité professionnelle) : certains privilégient les séances courtes mais régulières pendant que d'autres pensent que des séances sur des journées entières permettraient des échanges plus approfondis entre participants. Certains jugent intéressantes les séances en semaine, permettant aux aidants de faire d'autres activités ou formation de la structure et de les libérer le week-end, pendant que d'autres pensent que les samedis sont plus appropriés.

Une structure estime que la période mars-avril n'est pas la plus propice pour mobiliser les aidants, ce qui est confirmé par une autre structure qui estime que la meilleure période se situe en septembre-octobre.

Une structure pense qu'il serait bénéfique de faire une pause entre les trois premières séances et les trois dernières.

Pendant les formations, 48 % des aidants déclarent que la personne qu'ils aident peut rester seule (52 % des aidants du Nord, 49 % de ceux du Pas-de-Calais et 1 aidant de la Somme ; 46 % en 2018). Pour 6 % d'entre eux, l'aidé est en Ehpad (6 % dans le Nord, 6 % dans le Pas-de-Calais et aucun dans la Somme ; 9 % en 2018).

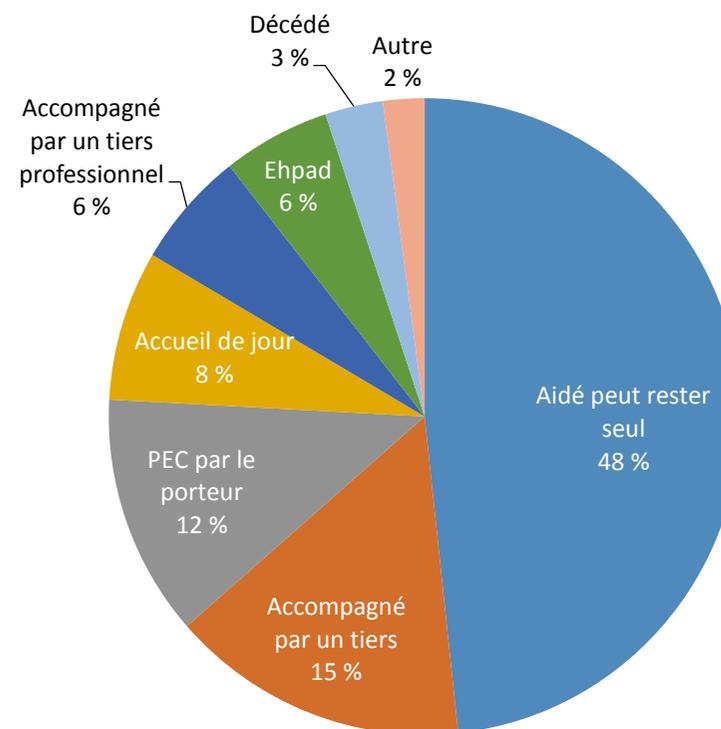
Le type de solution mise en place pour l'aidé le temps de la formation est pour 15 % d'entre eux l'accompagnement par un tiers (13 % dans le Nord, 13 % dans le Pas-de-Calais et 47 % dans la Somme ; 15 % en 2018), 6 % l'accompagnement par un tiers professionnel (7 % dans le Nord, 4 % dans le Pas-de-Calais et 6 % dans la Somme ; 11 % en 2018) et 8 % le recours à l'accueil de jour (3 % dans le Nord, 11 % dans le Pas-de-Calais et 41 % dans la Somme ; 3 % en 2018). Pour 3 % des aidants, le proche était décédé au moment de la formation (comme en 2018).

Enfin, un accompagnement de la personne aidée par le porteur du projet a été proposé dans 11 formations et a bénéficié à 12 % des aidants participants (16 % dans le Nord et 6 % dans le Pas-de-Calais ; 13 % en 2018). 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.

Cinq aidés du Nord sont dans la catégorie autre, soit parce qu'ils bénéficient d'un accompagnement Esat, soit parce qu'ils sont dans une autre structure (sans précision) ou parce qu'ils sont en activité professionnelle.

De plus, des solutions de transport pour l'aidant souhaitant participer à la formation ont été mises en place dans 5 formations : 2 dans le Nord, 2 dans le Pas-de-Calais et 1 dans la Somme. En 2019, 215 aidants se sont rendus sur le lieu de formation avec leur voiture personnelle (soit 90 % des aidants, 89 % en 2018), 16 en transport en commun (dont 15 aidants du Nord), 4 à pied (Nord) et 4 avec le transport mis en place par l'opérateur.

**Type de solution mise en place pour l'aidé le temps de la formation suivie par l'aidant en 2019**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S Champ : 236 aidants (3 non-réponses)

## Les intervenants

Globalement, lors des actions de formation, les intervenants sont des professionnels mis à disposition par les acteurs partenaires des actions. Au total, 134 professionnels sont intervenus dans les 25 actions de formation, permettant de couvrir tous les champs de la prise en charge. Les professionnels les plus cités sont des psychologues (23), infirmiers (14), ergothérapeutes (13), médecins gériatres (12), assistants sociaux (11) et neuropsychologues (7).

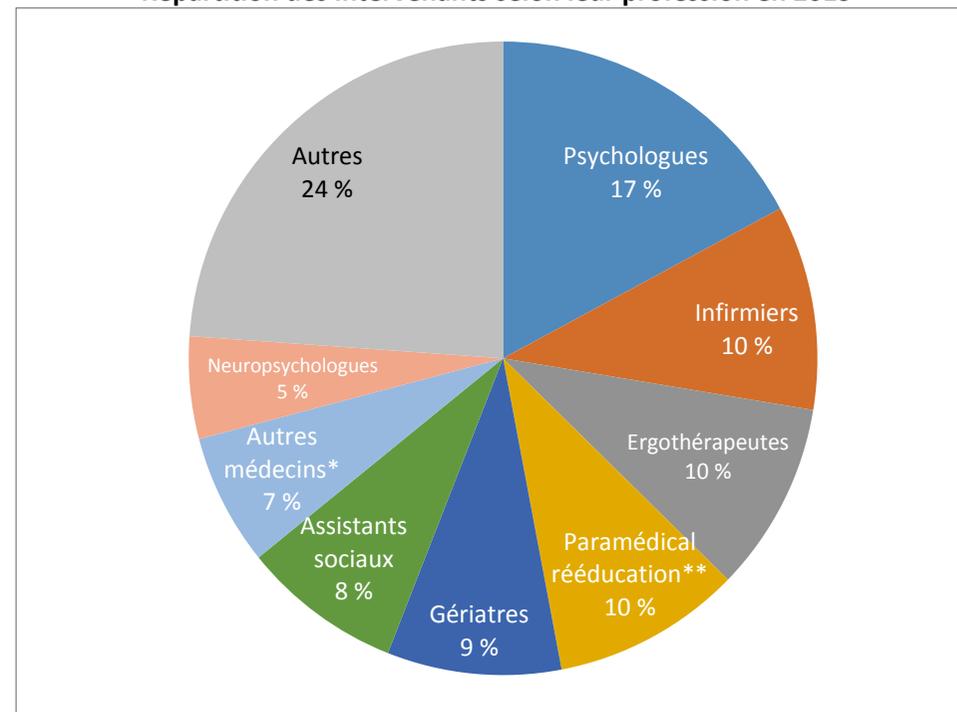
Concernant des questions spécifiques, certains opérateurs ont fait intervenir des professionnels d'horizons divers comme par exemple des diététiciennes, orthophonistes, ASG ou encore des mandataires judiciaires.

Pour 8 des 25 actions de formation réalisées en 2019 (5 dans le Nord et 3 dans le Pas-de-Calais ; 10 en 2018), les opérateurs ont fait intervenir un aidant-témoin qui a partagé son expérience avec les aidants. L'intervention de l'aidant-témoin permet aux aidants de prendre conscience qu'ils ne sont pas seuls dans leur situation.

## Mobilisation des partenaires

En 2019, 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 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

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

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

## Données concernant les aidants

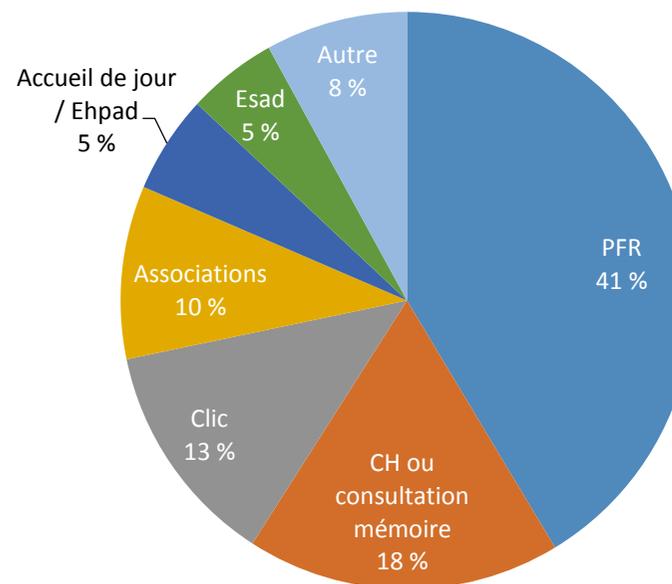
Le cahier des charges prévoit que l'action de formation doit constituer une offre de proximité et s'inscrire dans une logique de partenariat avec les acteurs du territoire, afin de permettre aux aidants les plus isolés de bénéficier de cette prestation. La plupart des opérateurs a réalisé la communication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

Les aidants ayant participé aux formations ont été orientés principalement par les PFR (41 % des cas, 35 % en 2018), les centres hospitaliers ou les consultations mémoires (18 %, 12 % en 2018), les Clic (13 %, 10 % en 2018), les associations (10 %, 17 % en 2018), les accueils de jour/Ehpad (5 % comme en 2018).

Les Esad représentent 5 % des orientations (2 % en 2018).

La catégorie « Autres » (8 %, 12 % en 2018) correspond aux orientations issues de CCAS, du réseau ParcSeP, de pharmacie, de services sociaux, équipe mobile de gériatrie, Ssiad, MAIA ou encore suite à des actions de communication (*flyers*, internet).

## Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés en 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

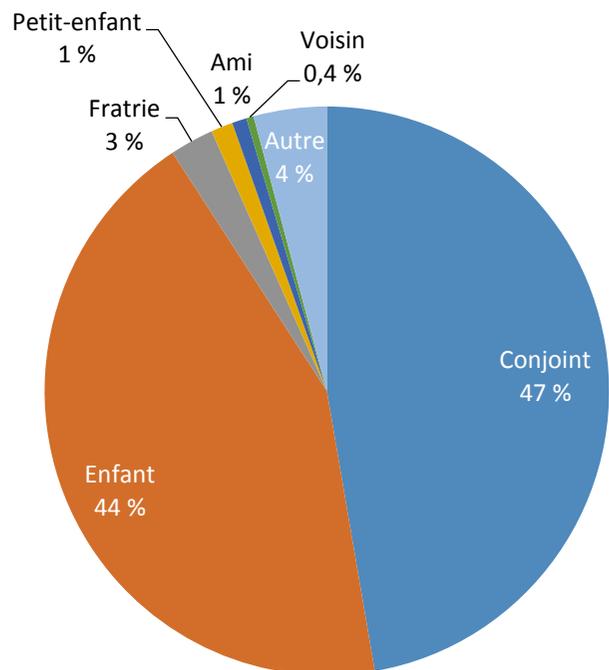
Champ : 237aidants

Les aidants participant aux actions de formation sont principalement des femmes (74 %). Cette proportion est moindre qu'en 2018 mais proche des années précédentes : 78 % en 2018, 71 % en 2017, 73 % en 2016, 75 % en 2015 et en 2014, 72 % en 2013.

Les aidants sont principalement des enfants (44 % des aidants en 2019, 36 % en 2018) et des conjoints (47 % en 2019, 44 % en 2018). Les « Autres » aidants sont des belles-filles ou parents de la personne aidée, des ex-conjoints, une étudiante en direction d'Ehpad et un professionnel de santé.

Un peu plus d'un aidant sur trois (35 %) ayant participé aux actions a moins de 61 ans. Un autre tiers des aidants est âgé de 61 à 70 ans (32 %) et le dernier tiers est âgé d'au moins 70 ans (33 %). En 2018, la répartition par âge des aidants était un peu plus jeune : les aidants étaient 46 % à avoir moins de 61 ans.

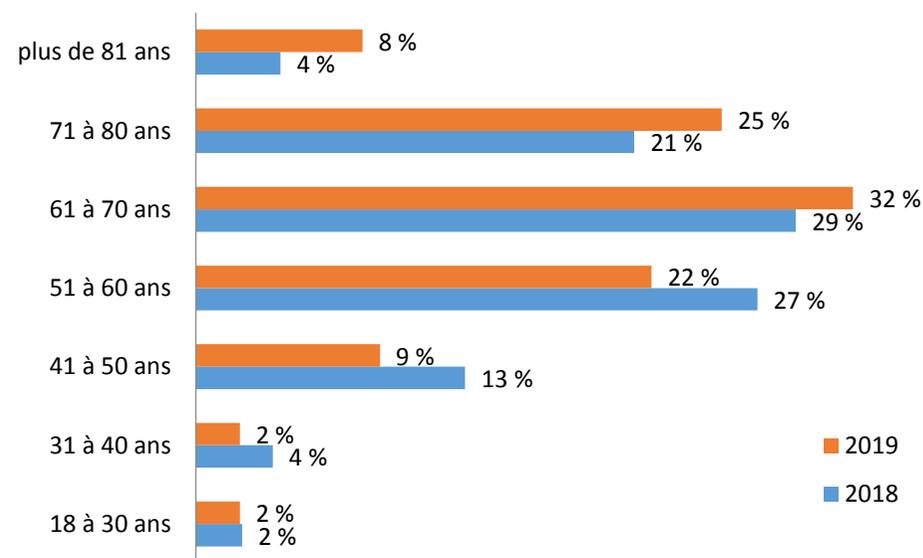
Répartition des aidants selon leur lien avec la personne aidée en 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 239 aidants3

Répartition des aidants selon leur âge en 2018 et 2019



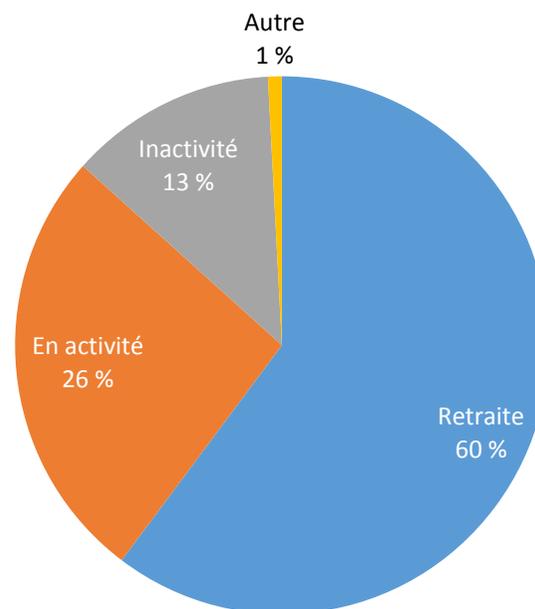
Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 271 aidants en 2018 ; 237 en 2019

Six aidants sur dix ayant suivi une formation sont en retraite (57 % dans le Nord, 63 % dans le Pas-de-Calais et 82 % dans la Somme) et un sur quatre est en activité (29 % dans le Nord, 24 % dans le Pas-de-Calais et 12 % dans la Somme). Par ailleurs, 13 % des aidants sont inactifs hors retraite (13 % dans le Nord comme dans le Pas-de-Calais et 6 % dans la Somme).

En 2018, les aidants en activité étaient plus nombreux (38 %). Les retraités représentaient 54 % des aidants et les inactifs hors retraite, 8 %.

### Répartition des aidants selon leur situation au regard de l'emploi en 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 239 aidants

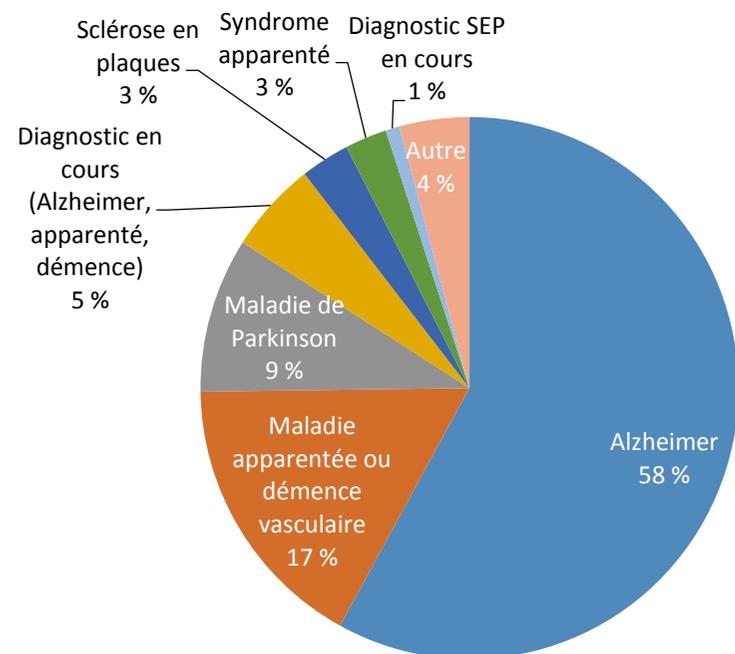
### Données concernant la personne aidée

Les aidants ont renseigné des informations sur les personnes qu’elles aident. Elles portent sur 239 personnes aidées (168 dans le département du Nord, 54 dans le Pas-de-Calais et 17 dans la Somme) et concernent le diagnostic principal, le mode de vie et la durée d’accompagnement de l’aidant. Ils étaient 247 en 2018.

Les aidants qui participent aux formations vivent dans 49 % des cas avec la personne aidée (52 % en 2018) : 51 % dans le Nord, 31 % dans le Pas-de-Calais et 82 % dans la Somme. Les aidants déclarent que les autres personnes aidées vivent seules dans 25 % des cas (22 % dans le Nord, 43 % dans le Pas-de-Calais et aucun dans la Somme ; 18 % en 2018), avec un autre aidant dans 11 % des cas (13 % dans le Nord, 6 % dans le Pas-de-Calais et 12 % dans la Somme ; 18 % en 2018) et en établissement dans 7 % des cas (8 % dans le Nord, 6 % dans le Pas-de-Calais et 6 % dans la Somme ; 9 % en 2018). Sept personnes aidées (toutes dans le Pas-de-Calais) étaient décédées au moment de la formation.

La part des malades d’Alzheimer parmi les personnes aidées est de 58 % (49 % en 2018), celle des personnes atteintes de maladies apparentées ou de démence vasculaire est de 17 % (comme en 2018). Les parts des malades de Parkinson et de la SEP représentent respectivement 9 % et 3 % des personnes aidées par les participants aux actions de formation (11 % et 12 % en 2018). Les diagnostics en cours représentent 6 % des aidés.

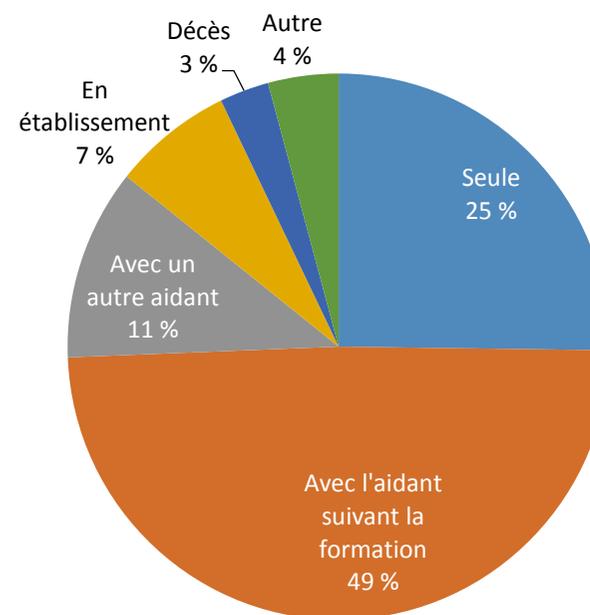
**Répartition des aidants selon le diagnostic principal de la personne aidée en 2019**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 238 personnes aidées

**Répartition des aidants selon le mode de vie de la personne aidée en 2019**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

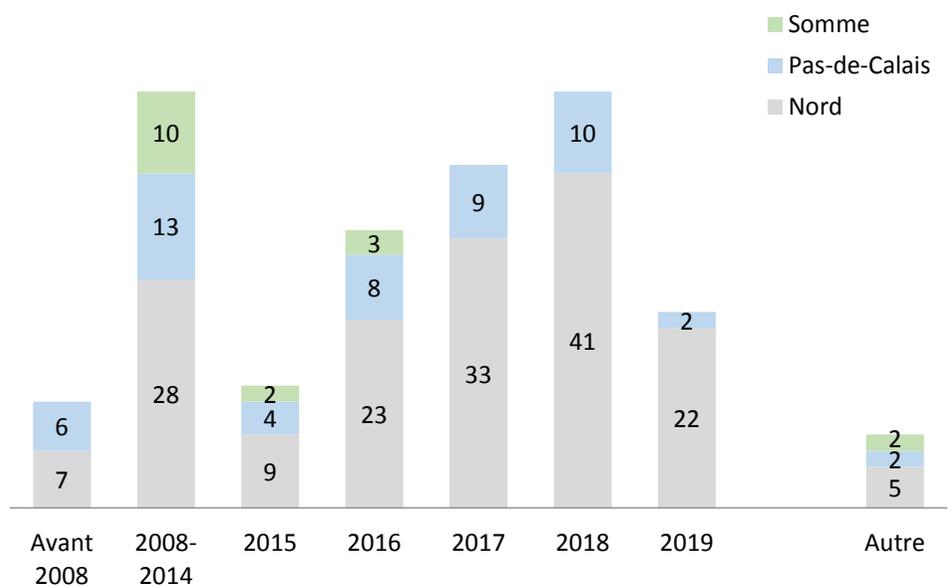
Champ : 238 personnes aidées

Près des deux tiers des aidants ayant bénéficié d'une formation des aidants déclarent que le diagnostic de la personne aidée a été posé avant 2018 (155 sur 239 aidants, soit 65 %). Pour 75 aidants, le diagnostic a été posé les deux dernières années (51 en 2018 et 24 en 2019), soit 31 %.

Les 9 « autres » comptent 3 personnes dont la date de diagnostic n'est pas connue, 2 pour lesquelles le diagnostic est en cours, 2 en attente de diagnostic et 2 personnes qui suivent la formation en tant que professionnelles.

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 3 à 5 ans représentent 20 %. Puis, les aidants se répartissent presque à parts égales entre moins d'un an d'accompagnement (12 %) et 5-7 ans (11 %) et plus de 7 ans (14 %). Seuls 3 aidants n'ont pas pu donner la durée d'accompagnement.

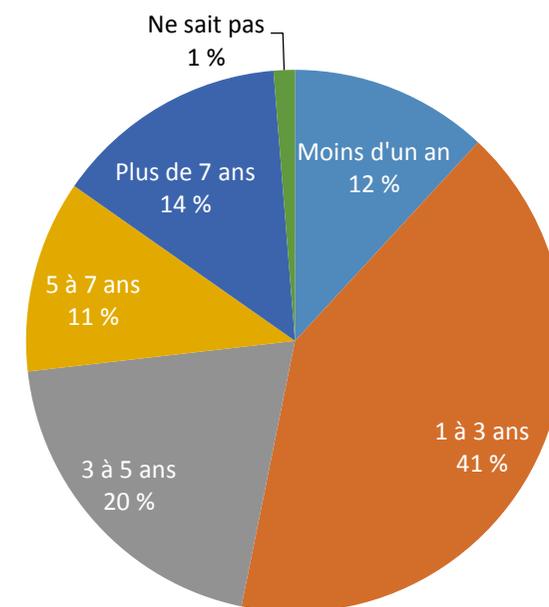
Nombre d'aidants selon l'année de diagnostic de la personne aidée



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 239 aidants

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



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 235 aidants

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

### Présentation générale

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

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

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

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

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

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



## Implantation des MAIA

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

Les Hauts-de-France sont aujourd'hui dotés de 24 MAIA, toutes ont déclaré une activité en 2019. 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 2019 :

- 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 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

## Analyse des données d'activité

### Méthodologie

L'analyse de l'activité 2019 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 2019 , les 24 MAIA autorisées au 31 décembre 2019 ont été en activité** (intégration des partenaires au guichet intégré et gestion de cas) **durant toute l'année, de même qu'en 2018.**

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. Ces tables ont été réunies en 2019, une fois dans l'Aisne et trois fois pour la Somme. Dans l'Oise, avant la mise en commun de la table stratégique en novembre 2019, la MAIA Oise Est a organisé une table stratégique et la MAIA Oise Ouest, trois tables. Aucune table stratégique n'a été tenue en 2019 dans les départements 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 pas réuni en 2018, ni en 2019.

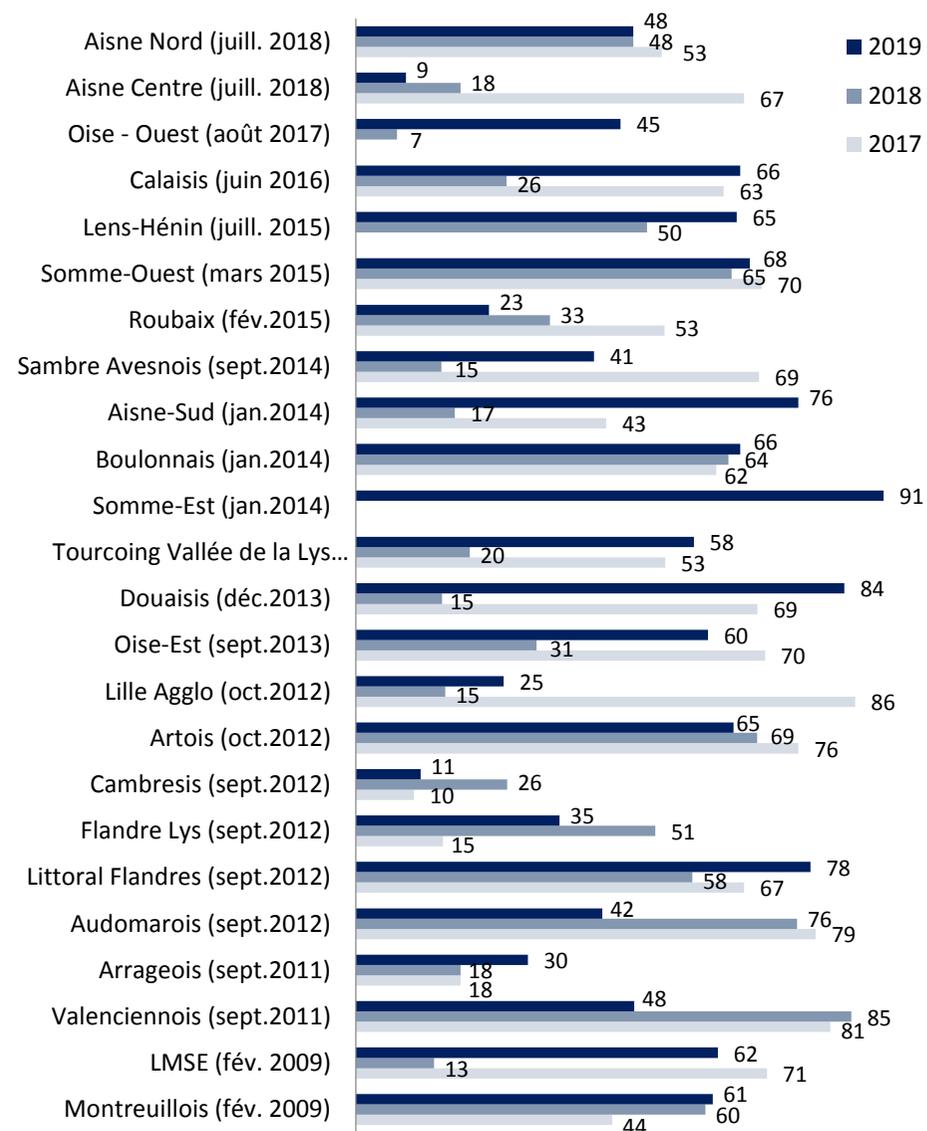
Les **tables de concertation tactique** sont composées de responsables d'établissements et des services ainsi que les professionnels de santé libéraux du territoire. Leur mission est d'analyser le service rendu, d'envisager des solutions aux difficultés rencontrées et d'interpeller, si nécessaire, les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

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

Le taux de participation est variable d'une MAIA à une autre allant de 9 % pour la MAIA Aisne Centre à 91 % pour la MAIA Somme-Est.

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 2017, 2018 et 2019 (en %)



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

*Feuille de route 2020*

Lors des tables tactiques de nombreux points sont abordés : des points d'étape sur les différents groupes de travail<sup>17</sup>, les actualités et présentation des ressources du territoire, le recueil des problématiques du territoire, le suivi de la gestion de cas, la construction et le suivi de la mise en œuvre du guichet intégré, la communication et la sensibilisation auprès des acteurs du territoire.

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

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

Les **feuilles de route 2020** consistent principalement en une continuité des actions, groupes de travail, outils et projets initiés en 2019 permettant de développer la MAIA et son processus d'amélioration engagé. Elles sont dans la même lignée que celles de 2019.

Parmi les objectifs cités, de nombreux portent sur les relations avec les partenaires et professionnels de santé, notamment pour les formations et sessions de sensibilisation : formation des professionnels à la psychogériatrie ; renouvellement des sensibilisations de professionnels ; formation des agents d'accueil pour la mise en place du guichet intégré ; intégration du domaine sanitaire dans le contenu des sessions d'information au guichet intégré ; proposition de sessions d'information aux professionnels de la psychiatrie, médecins et infirmiers libéraux en adaptant le contenu ; interventions dans le cadre de formations initiales et continues (ISL, Ifsi) afin de présenter la MAIA et le service de gestion de cas ; poursuite de la formation des gestionnaires de cas. La mise en place d'équipes mobiles en psychogériatrie est évoquée dans trois MAIA (MAIA Lille Métropole Sud-Est, MAIA Somme-Est et MAIA Oise-Est).

Par ailleurs, les MAIA comptent poursuivre l'intégration de partenaires et leurs efforts menés en termes de communication (optimisation du site internet et de l'extranet, newsletter, poursuite des journées de sensibilisations...).

Les outils sont à mettre à jour, à développer ou à diffuser : Gérontoguide « Qui fait quoi ? » (et formation des partenaires à son utilisation), diagnostic de territoire (problématiques rencontrées par les partenaires), établir un diagnostic Accueil de jour et travailler avec les établissements sur un plan d'actions territoriales, développement de la télémédecine en Ehpad, outils liés à l'hospitalisation de l'aidant, formulaire d'orientation partagé ; Wikisol... La réflexion autour du dispositif d'appui à la coordination (DAC) et de sa mise en œuvre est également évoquée par plusieurs MAIA.

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

<sup>17</sup> Les thématiques des groupes de travail sont développées plus loin.

Pour la gestion de cas, la poursuite de son développement constitue une priorité parmi les MAIA, tout en prévenant l'usure des gestionnaires de cas. Une MAIA propose de développer des séances de supervision, complétées par des actions préventives (réunions d'équipe, échanges avec les collègues, réunions de concertation gérontologiques pluridisciplinaires, harmonisation départementale...). Identifier les limites et faire le lien avec la table tactique est souhaité.

Une MAIA projette d'avoir un quatrième gestionnaire de cas.

Plusieurs MAIA ont évoqué la mise en place et le suivi en 2020 de la Plateforme territoriale d'Appui et le déploiement de l'utilisation de l'OEMD national InterRai Homecare.

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

### *Thématiques des groupes de travail*

Lors de l'année 2019, les MAIA font part de groupes de travail thématiques.

Les thématiques les plus abordées sont :

- l'hébergement de la personne âgée (accueil de jour, hébergements temporaires, rencontre inter- établissement d'hébergement, lisibilité du nombre de places, habitat inclusif et résidence autonomie : 12 occurrences),
- l'aide et la prise en charge à domicile (passerelle domicile – Ehpad, Ssiad, continuité de la prise en charge, HAD, classeur de liaison commun, liaison des acteurs... : 11 occurrences),
- le guichet intégré (identification des besoins et orientations, formation Guichet intégré, sensibilisation, comment le développer ? : 11 occurrences),
- la gestion de cas (critères d'inclusion, harmonisation des pratiques, analyse des pratiques autour de situations complexes, développement, évaluation : 11 occurrences),
- le renforcement de liens avec les partenaires et le réseau (10 occurrences),
- les ateliers juridiques (justice, protection juridique, partenariats, rencontres sur les mesures de protection... : 6 occurrences),
- le développement d'outils communs et de référentiels (6 occurrences),
- les Gérontoguides (5 occurrences),
- la communication (5 occurrences), le lien ville – hôpital (5 occurrences),
- les sorties d'hospitalisation (4 occurrences),
- les ateliers aide aux aidants (accompagnement et coordination, guide des aidants, intégration de l'aidant dans l'accompagnement : 4 occurrences),
- les solutions à apporter lors de l'hospitalisation de l'aidant principal (3 occurrences),
- le repérage d'incidents de parcours (dysfonctionnements, éviter les ruptures de parcours, amélioration des parcours : 2 occurrences),
- les projets de vie et parcours de santé (2 occurrences),
- la sécurisation des parcours des personnes en manque d'autonomie (CTA : 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 2019, plus précisément, 21 MAIA ont indiqué travailler sur la psychogériatrie. Parmi elles, 19 en ont détaillé 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. De nombreuses concertations avec les partenaires et l'ARS ont eu lieu au cours de l'année.

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

L'action la plus souvent citée porte sur la formation, la sensibilisation et l'information des professionnels du territoire (14 MAIA), afin d'améliorer les compétences de tous les professionnels du parcours psychogériatrique pour repérer, orienter et accompagner les personnes concernées. Pour ce faire, un état des lieux des besoins du territoire, le recensement de l'offre, de la demande et du calendrier pour les sensibilisations / formations font partie de la démarche. Certaines MAIA font état d'après-midis ou de colloques réalisés en 2019.

La création et la mise à jour d'outils font partie du plan d'actions de 11 MAIA, dont la création d'une fiche (appelée « Vigilance » dans certaines MAIA) pour aider les professionnels à repérer les situations relevant de la psychogériatrie. L'outil sera départemental, voire régional. Un guide ressources en psychogériatrie et la mise à jour du Qui fait quoi ? complètent cette offre.

Les principales autres actions portent sur : le déploiement de la télémédecine (9 occurrences), une meilleure lisibilité de l'offre en psychogériatrie (7 occurrences), la mise en place d'une cellule de réflexion pluriprofessionnelle sur les cas complexes (6 occurrences), la création ou le renforcement d'EMPG (domicile et / ou établissement – 5 occurrences), l'étude et l'analyse du besoin de l'augmentation du nombre de places et d'accueils spécifiques (UCC/UHR/UVA/accueil de jour... – 5 occurrences), le renforcement des interactions et de la communication entre les partenaires (notamment en faveur d'un parcours fluide et continu – 3 occurrences), le rôle des CMP sur toutes les étapes du parcours (tendre vers une harmonisation des pratiques entre les CMP, organiser et formaliser les liens avec les CMP – 3 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.

## 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 2019, ce sont **2 261 acteurs identifiés par 21 des 24 MAIA** ayant eu une activité d'intégration du dispositif MAIA sur leur territoire contre 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 pour atteindre 108 en 2019.

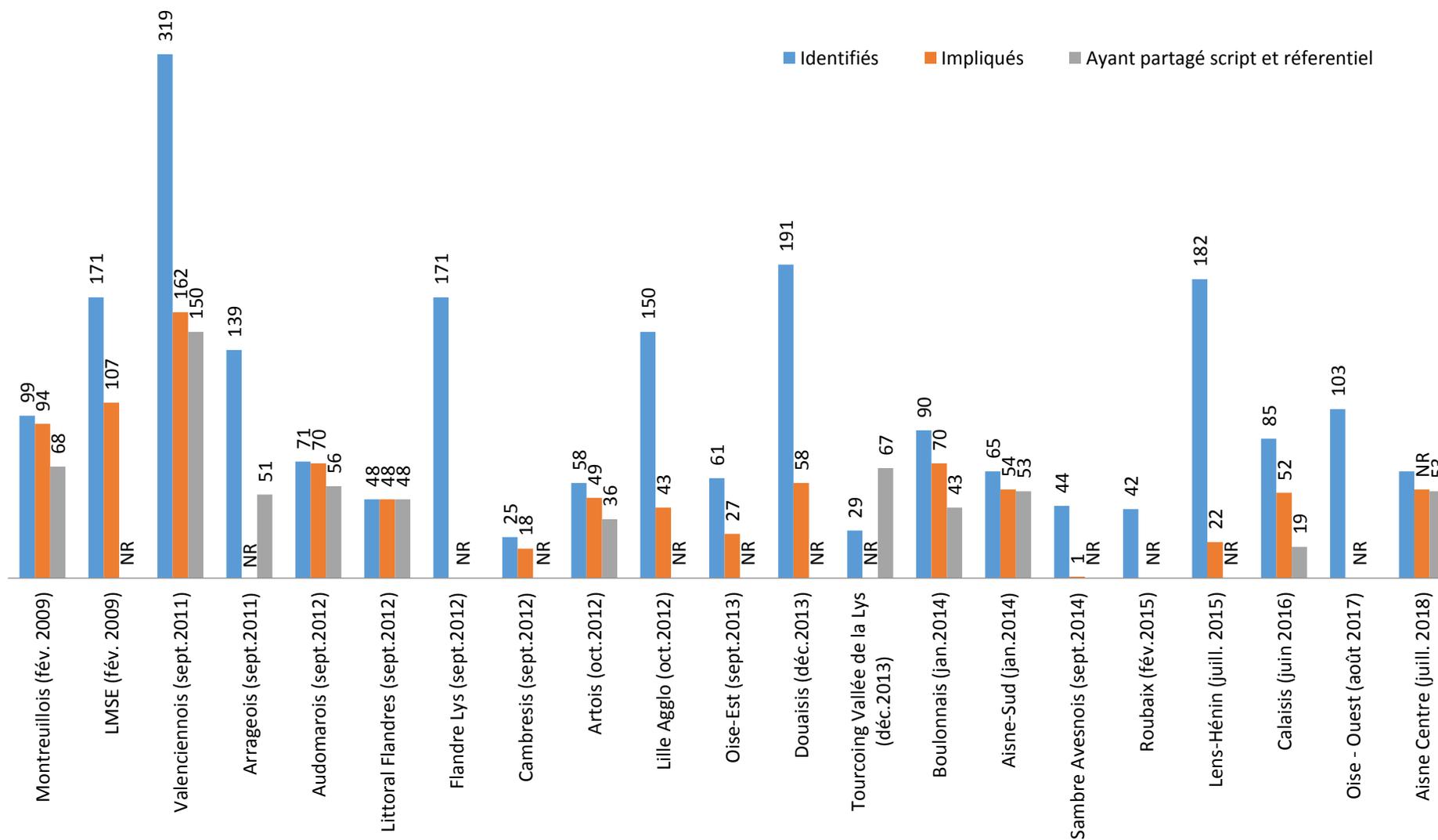
Sur les 21 MAIA, 16 sont parvenues à identifier 954 acteurs impliqués dans le guichet intégré (969 en 2018, 978 en 2017, 875 en 2016, 867 acteurs en 2015 et 448 en 2014) soit **42 % des acteurs que ces MAIA ont identifiés** (contre 44 % en 2018, 60 % en 2017, 55 % en 2016, 64 % en 2015 et 46 % en 2014). Neuf 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 70 % des acteurs impliqués de ces 9 MAIA (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<sup>er</sup> 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 2018 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 à 1 308, soit une augmentation de 68 %.

La MAIA Littoral Flandres est celle qui présente la plus forte augmentation dans le nombre d'acteurs impliqués dans le guichet intégré avec un supplément de 14 acteurs impliqués entre 2018 à 2019.

## Constitution du guichet intégré au 31 décembre 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 21 MAIA

**Acteurs impliqués dans le guichet intégré**

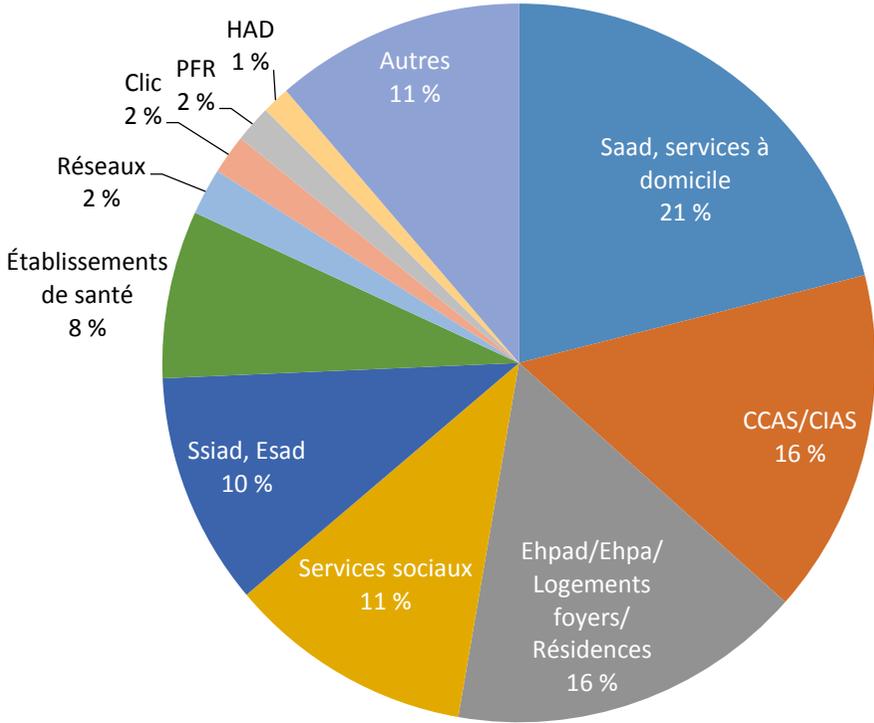
En 2019, le type d'acteurs impliqués au « guichet intégré » a été renseigné par 16 MAIA.

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

- 21 % sont des services d'aide à domicile (16 % en 2018),
- 16 % sont des CCAS/CIAS (19 % en 2018),
- 16 % sont des établissements hébergeant des personnes âgées (11 % en 2018),
- 11 % des services sociaux (9 % en 2018),
- 10 % des Ssiad ou Esad (12 % en 2018),
- 8 % des établissements de santé (7 % en 2018).

Les autres acteurs représentent 18 % des structures impliquées (26 % en 2018).

**Les structures impliquées dans le guichet intégré en 2019**



Champ : Réponses issues de 16 MAIA, correspondant à 954 acteurs impliqués  
Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

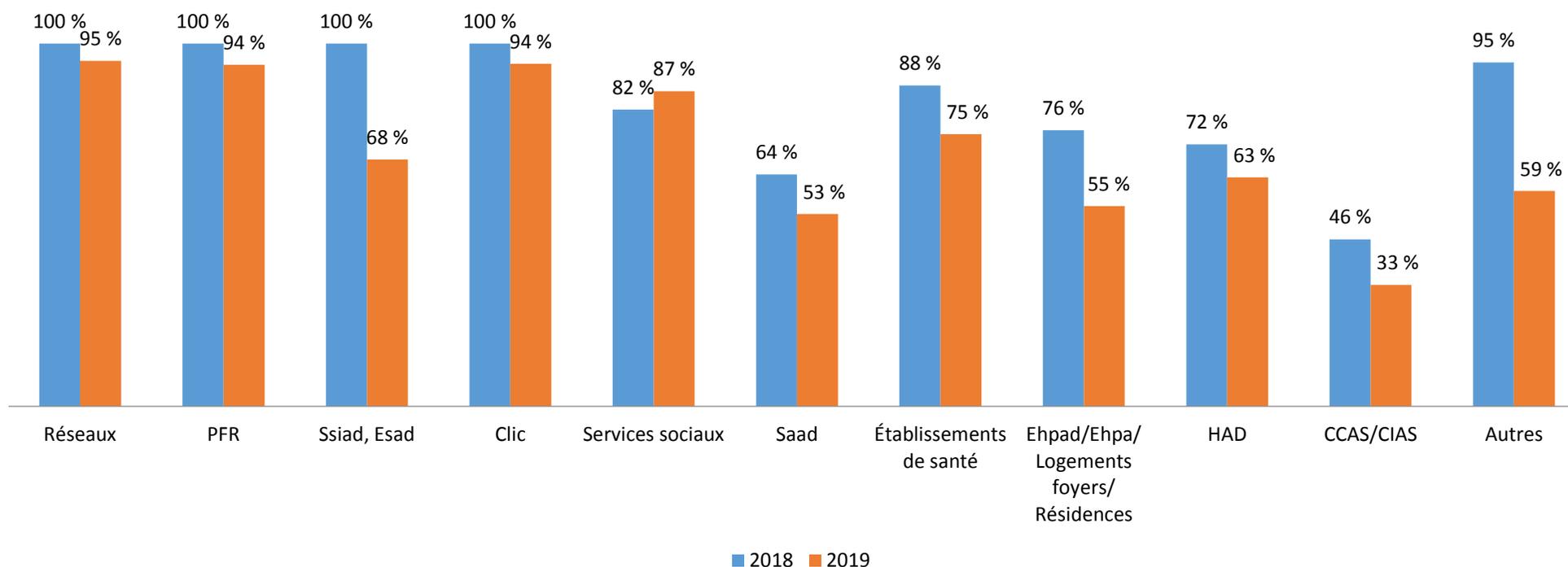
L'implication de l'ensemble des acteurs s'est dégradée entre 2018 et 2019 : de -5 points (réseaux) à -32 points (Ssiad, Esad).

Alors que l'ensemble des acteurs identifiés dans les réseaux, PFR, Ssiad/Esad et Clic s'impliquaient dans le guichet intégré en 2018, cela ne concerne plus qu'entre 68 % et 95 % de ces acteurs.

Les CCAS/CIAS, Saad et les établissements hébergeant des personnes âgées s'impliquent moins souvent une fois identifiés que les autres acteurs (respectivement 33 %, 53 % et 55 %), avec une baisse entre 2018 et 2019 (-13 points, -11 points et -21 points).

Parmi les autres acteurs, seuls les services sociaux ont progressé en termes d'implication : +5 points, avec une implication de 87 % en 2019.

### Implication des structures dans le guichet intégré en 2018 et 2019, par type de structure



Champ : Réponses issues de 14 MAIA, correspondant à 969 acteurs impliqués en 2018 et 16 MAIA pour 954 acteurs impliqués en 2019  
Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement ORZS

## Gestion de cas

*Gestionnaires de cas*

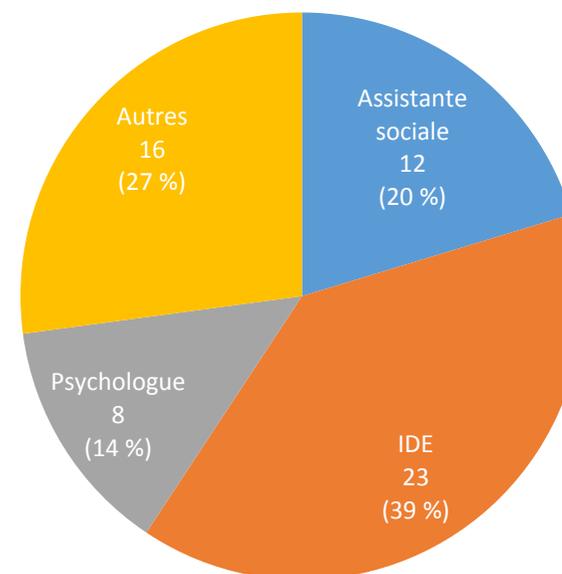
Au total, au 31 décembre 2019, **73 gestionnaires de cas** ont été recrutés dans les 24 MAIA de la région (70 en 2018, 67 en 2017, 59 en 2016). Les MAIA ont fonctionné en 2019 avec 70,5 ETP de gestionnaire de cas (68,2 en 2018, 63,3 en 2017, 58,3 en 2016).

La formation initiale des gestionnaires de cas a été renseignée dans 20 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 (8 gestionnaires), d'assistant socio-éducatif (2), d'éducateur spécialisé (1), d'ergothérapeute (1), de neuropsychologue (1) ou de visiteuse médicale (1).

Sur les 20 MAIA, 19 disposent d'au moins une infirmière et 11 disposent d'au moins une assistante sociale.

Comme précisé dans le cahier des charges des dispositifs MAIA, les professionnels recrutés en tant que gestionnaires de cas doivent obtenir un diplôme inter-universitaire (DIU) en « gestion de cas » par la formation continue. Ainsi parmi les 73 gestionnaires de cas, 56 ont obtenu ce diplôme. Parmi les 17 n'ayant pas le DIU, 4 sont en cours de formation en vue d'obtenir ce diplôme au cours de l'année 2019.

**Gestionnaires de cas selon leur formation initiale en 2019**

Champ : 20 MAIA

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Il manque les informations pour 14 gestionnaires de cas (soit 19 %).

## File active

Durant l'année 2019, **3 922 personnes ont été accompagnées** en gestion de cas au sein des 24 MAIA ayant eu une activité de gestion de cas (3 204 en 2018), soit une augmentation de 718 personnes accompagnées par rapport à 2018 (+ 22 %). La gestion des cas a débuté au cours de l'année 2018 pour près de 1 050 personnes.

L'inclusion des personnes en gestion de cas complexes doit être progressive et de maximum 5 nouvelles personnes par mois et par gestionnaire de cas. L'évolution du nombre moyen de personnes incluses par mois en gestion de cas montre que les MAIA tendent à respecter cette recommandation. En effet, le nombre moyen de personnes incluses en gestion de cas par mois et par gestionnaire de cas est de 3,3 en 2019 (3,8 en 2018 et 2017, 4,2 en 2016, 5,0 en 2015). Ce nombre varie de 0,8 (Oise-Ouest) à 7,5 (Lille Agglomération) selon les MAIA et 3 d'entre elles affichent plus de 5 personnes incluses en moyenne chaque mois : Roubaix (5,2), Lille Métropole Sud-Est (6,0) et Lille Agglomération (7,5). Cinq MAIA comptent moins de 2 personnes par gestionnaire de cas par mois : Oise- Ouest (0,8), Aisne Sud (1,3), Somme Est (1,7), Calais (1,8) et Lens Hénin (1,9).

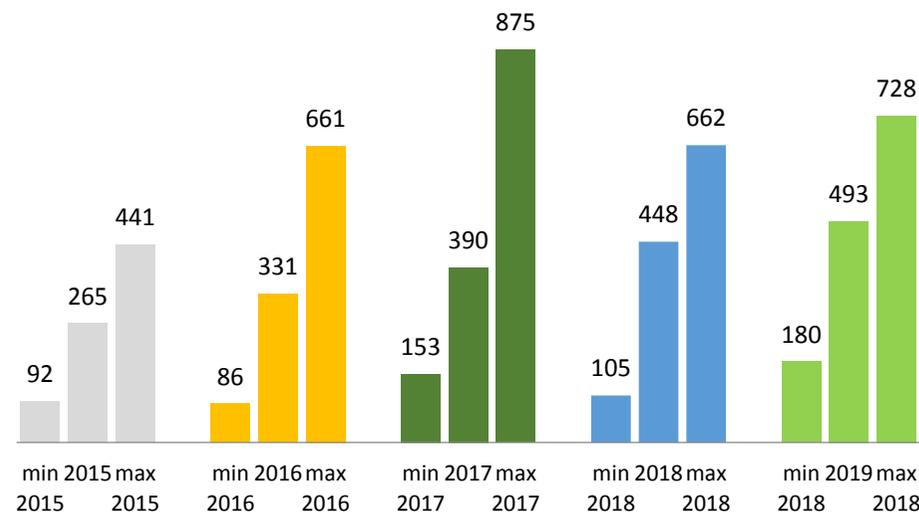
Ce nombre varie selon le département : 4,5 personnes par gestionnaire de cas par mois dans le Nord, 2,6 dans le Pas-de-Calais, 2,1 dans l'Aisne, 1,8 dans l'Oise et 2,2 dans la Somme.

La gestion de cas est souvent une intervention de longue durée en raison de la complexité de la situation qui nécessite un suivi intensif et global. La durée moyenne de suivi<sup>18</sup> déclarée par les 23 MAIA pour lesquelles cette donnée est disponible, est de 493 jours (448 jours en 2018, 390 jours en 2017, 331 en 2016, 265 en 2015) : 550 dans le Nord, 433 dans le Pas-de-Calais, 528 dans l'Aisne, 485 dans l'Oise et 399 dans la Somme. Cette durée varie de 180 à 728 jours selon les MAIA (105 à 662 en 2018, 153 à 875 jours en 2017, 86 à 661 jours en 2016).

<sup>18</sup> 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.

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 2015 à 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 – 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 2019, un gestionnaire de cas travaillant à plein temps suit en moyenne 39 personnes différentes sur l'année (46 en 2018, 42 en 2017, 43 en 2016), ce nombre variant de 10 à 90 selon les MAIA.

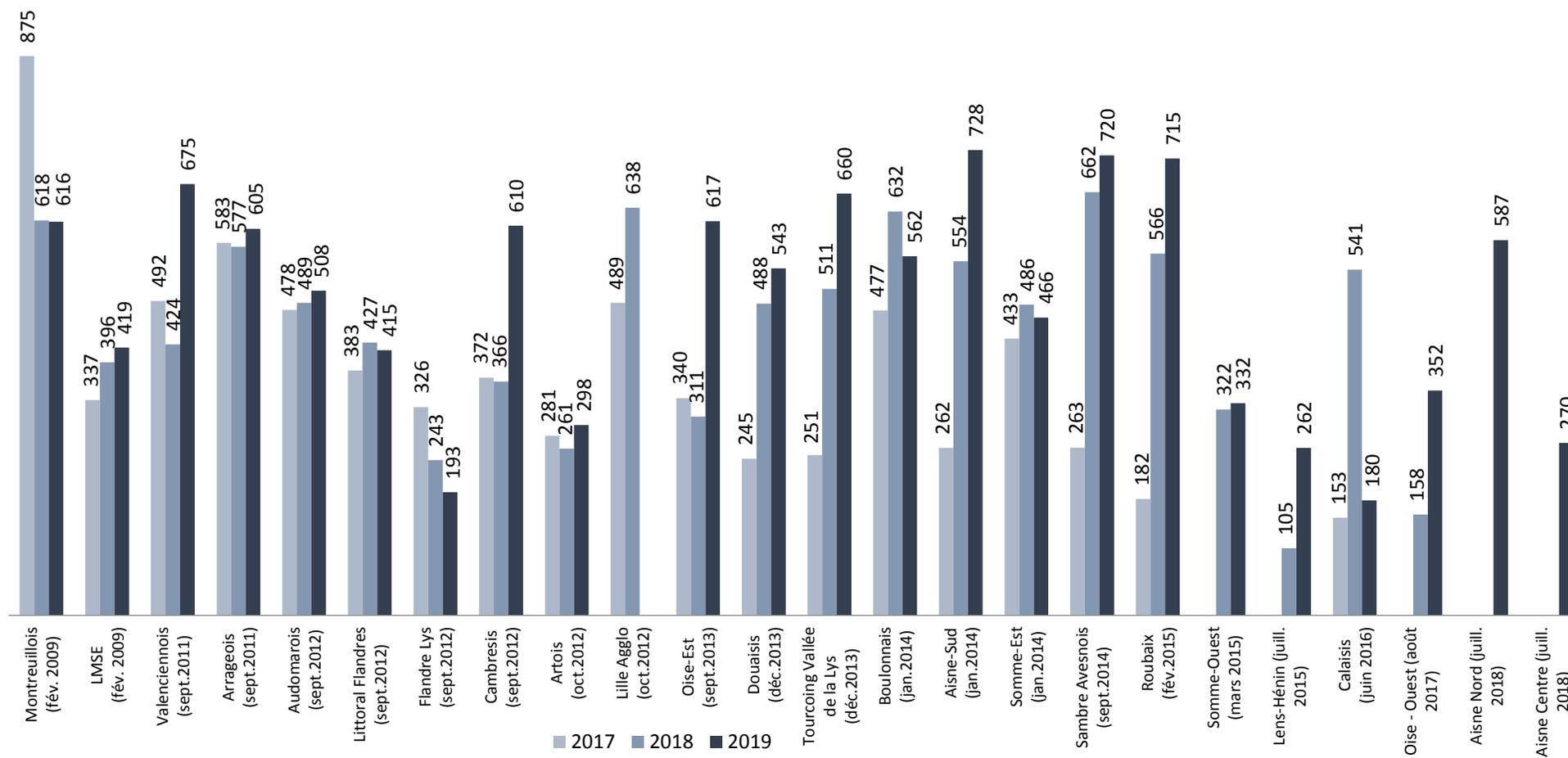
La gestion de cas étant un suivi de type intensif, il est précisé dans le cahier des charges, un nombre maximal de 40 dossiers actifs par gestionnaire de cas à un instant t. Parmi les 24 MAIA étudiées, 9 affichent un nombre de dossiers supérieur à ce seuil (8 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais).

## 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 2 502 personnes constituant la file active, 411 personnes sont en ALD 15 soit 16,4 % de la file active (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 2017, 2018 et 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 – 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 17,0 pour les 24 MAIA en 2019 (16,4 en 2018, 15,3 en 2017, 14,7 en 2016) : 15,7 en moyenne dans le Nord, 19,2 dans le Pas-de-Calais, 15,7 dans l'Aisne, 15,0 dans l'Oise et 19,5 dans la Somme.

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

Cinq MAIA ont vu leur score MAIA 25 diminuer entre 2018 et 2019 : Audomarois, Boulonnais et Oise-Est, -3 points pour Flandre Lys et -8 points pour Sambre Avesnois. Ces diminutions peuvent être liées au fait que le formulaire d'analyse multidimensionnelle ne couvre pas les cinq domaines de la situation (santé, autonomie fonctionnelle, aspects familiaux et sociaux, économiques et administratifs, et environnement et sécurité individuelle) mais aussi par une représentativité non effective de chaque structure au sein de la table de concertation tactique ou de modifications ponctuelles concernant les tables tactiques.

## 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.

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.

L'implication des partenaires n'est pas toujours suffisante et la démarche est parfois vue comme chronophage (participations aux tables tactiques, sollicitations pour des accompagnements, outils vus comme des contraintes...).

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 partenaires ne connaissent pas toujours les missions des uns et des autres, ce qui impacte sur la prise en charge et la coordination. Bien que ce point s'améliore au fil du temps, certaines MAIA observent encore une mauvaise identification du cadre d'intervention et des partenaires et professionnels du territoire entre eux.

La communication avec et entre les partenaires reste à optimiser.

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).

Des formations nécessaires pour les professionnels et partenaires sont indispensables (psychogériatrie, professionnels intervenant à domicile...).

La prise en charge au domicile soulève de nombreux problèmes : 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...

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

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 différents structures (Clic, réseau, gestion de cas...).

Le gestionnaire de cas est parfois vu comme un « super coordinateur » et les partenaires ont parfois du mal à accepter les limites de ses fonctions. 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 place accordée au gestionnaire de cas est variable d'un partenaire à l'autre. L'usure des gestionnaires de cas est à prendre en considération.

L'accroissement de la charge administrative pour le pilote est également pénalisant. Plusieurs MAIA alertent sur une possible usure professionnelle des pilotes et des gestionnaires de cas.

Enfin, une MAIA évoque la loi du 24 juillet 2019 mettant en place les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) avec un déploiement d'ici 2022 et la fin des dispositifs MAIA au plus tard le 26 juillet 2022. Une période de travaux s'ouvre donc, afin de mettre en place ce futur dispositif. En l'absence de cahier des charges DAC, des inquiétudes peuvent émerger au sein des équipes MAIA. L'arrivée des DAC va lancer une nouvelle dynamique de territoire et de nouvelles interrogations.

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

### Présentation générale

Environ 60 %<sup>19</sup> des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée vivent à domicile. Loin d'être seulement un constat, rester à domicile constitue également un mode de vie qui correspond le plus au souhait des personnes malades et de leurs familles.

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

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

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

La mesure 22 du plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019 conforte l'utilité et l'importance des Esa en prévoyant la poursuite du déploiement de ces dispositifs. 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 2019 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.

<sup>19</sup> Fondation Médéric Alzheimer - Rapport d'étude n°9 - septembre 2015 - Combien coûte la maladie d'Alzheimer ?

Sur les 42 Esa ayant eu une activité en 2019, 40 ont rempli le questionnaire : 4 dans l’Aisne, 16 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 39 porteurs.

Parmi les limites méthodologiques, le remplissage quelquefois approximatif de certains items pour des raisons imputables à l’enquête<sup>20</sup> est à mentionner.

### État des lieux dans la région

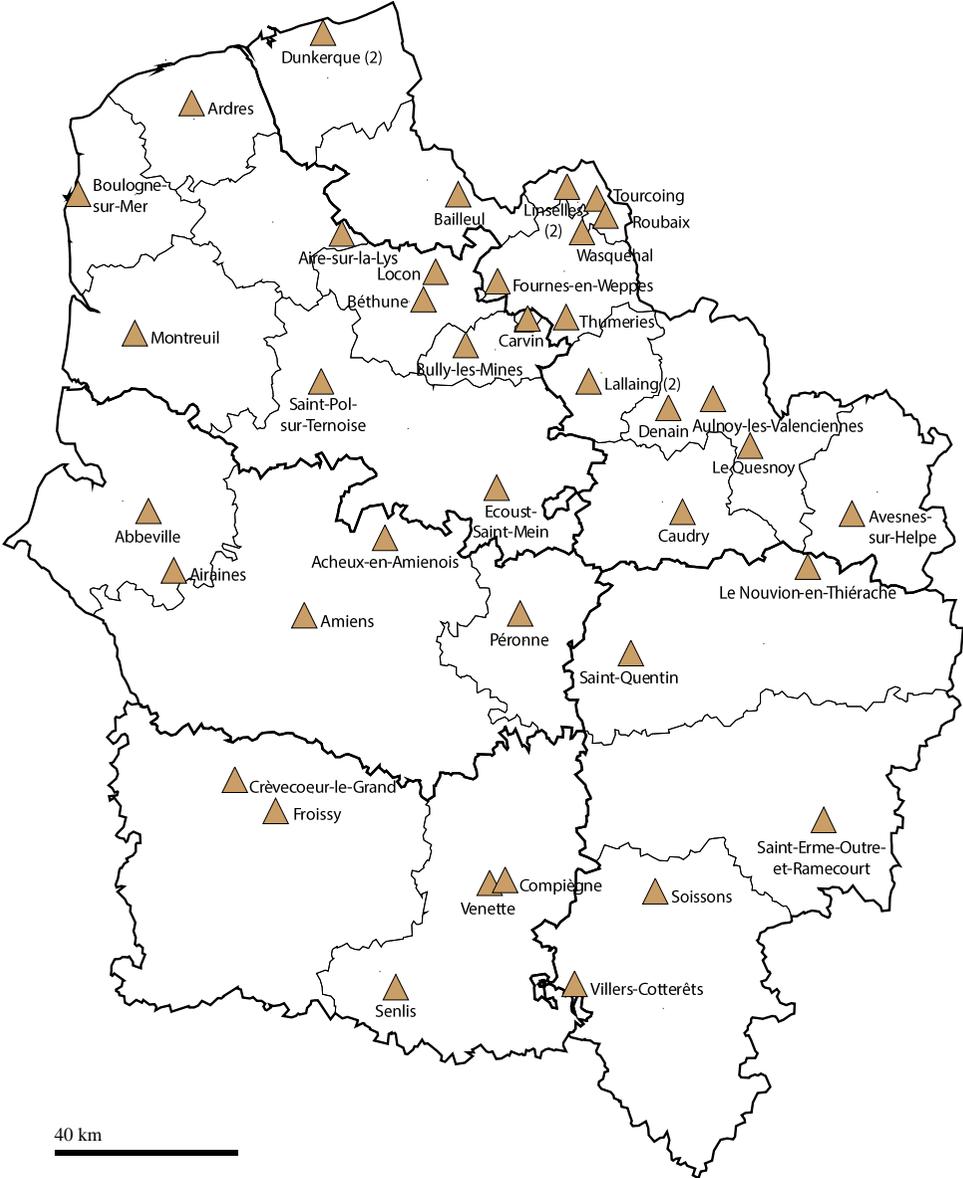
En 2019, 42 Esa sont autorisées dans la région, dont 17 dans le Nord (1 Esa n’a pas rempli le questionnaire 2019), 10 dans le Pas-de-Calais, 5 dans la Somme, 5 dans l’Oise et 5 dans l’Aisne (1 Esa n’a pas rempli le questionnaire 2019).

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, 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 et 30 places à Bailleul.

Ainsi, les 40 Esa englobent au niveau régional une capacité d’accueil autorisée de 450 places.

La présente étude est un bilan de l’activité réalisée par les Esa de la région au cours de l’année 2019. Réalisée annuellement depuis 2012 en Nord – Pas-de-Calais, cette enquête permet d’avoir une vision de l’évolution de l’activité déployée par les Esa au niveau régional.

Implantation des Esa en 2019



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S

<sup>20</sup> Par exemple, pour un certain nombre d’Esa, le total des patients répartis selon un critère donné (sexe, prescripteurs de séances, diagnostic, etc.) ne correspond pas à la file active déclarée. De ce fait, la présentation des résultats en termes de pourcentages a été privilégiée, les données brutes étant évitées.

## Ouverture effective des Esa

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

La généralisation de ce dispositif a été engagée dès 2010 et s'est poursuivie par appel à 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<sup>nd</sup>e équipe), Locon, Montreuil-sur-mer, Linselles (2) et Carvin ;
- En 2013 : 10 Esa situées à Bailleul, Denain, Tourcoing, Caudry, Dunkerque (2<sup>nd</sup>e équipe), Linselles (2<sup>nd</sup>e 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 40 Esa étudiées, la grande majorité des porteurs (26) sont des Ssiad uniques, 11 des Spasad, 3 des GCMS. Il existe dans le Nord et le Pas-de-Calais une diversité plus importante des types de porteurs car on y retrouve l'ensemble de ces trois catégories.



File active

File active par département

En 2019 et au niveau régional, 4 436 personnes ont été prises en charge par les 40 Esa étudiées. À périmètre égal (35 questionnaires Esa communs entre 2018 et 2019), l’augmentation de la file active est de +4 % par rapport à l’année précédente (en 2018, la file active régionale a été de 3 876 personnes pour ces mêmes 35 Esa étudiées).

Au fil des années et dans chaque département<sup>21</sup>, l’installation progressive des Esa autorisées s’accompagne d’une augmentation de leur file active.

File active par Esa

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

En effet, pour les 30 Esa de 10 places chacune, la file active minimale est de 52 (Esa Beauvais) et celle maximale de 170 (Esa Aulnoy-lez-Valenciennes). Pour les 2 Esa de 20 places chacune, les files actives sont de 195 (Esa Linselles – 2 équipes) et 241 (Esa Lallaing, 2 équipes). La file active de l’Esa de Crèvecœur-le-Grand (19 places) est de 286 patients (maximum des Esa). La file active minimale est de 40, dans l’Esa de Saint-Quentin, ouverte en 2019 (12 places autorisées). Enfin, pour l’ESA de 30 places (Bailleul), la file active est de 105 patients.

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

En 2019, la file active est constituée pour moitié de personnes nouvellement admises (52 % ; 49 % en 2018), pour 20 % de personnes prises en charge dans la continuation de l’année précédente (23 % en 2018) et 28 % de personnes réadmisées (comme en 2018).

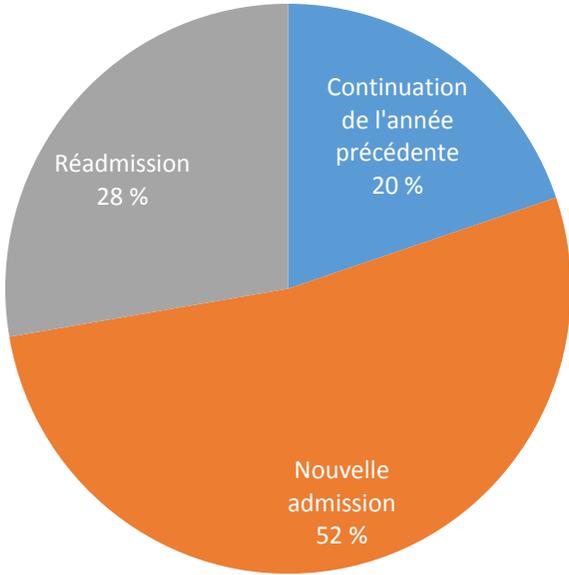
<sup>21</sup> En 2019, il manque la file active de Roubaix dans le Nord, ce qui implique un chiffre plus bas qu’en 2018.

File active des Esa entre 2012 et 2019 – 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	<b>3 111</b>
2016 (39 Esa)	241	1 708	264	1 070	347	<b>3 630</b>
2017 (40 Esa)	302	1 800	422	1 171	364	<b>4 059</b>
2018 (38 Esa)*	326	1 890	537	955	376	<b>4 084</b>
2019 (40 Esa)*	373	1 807	586	1 201	469	<b>4 436</b>

Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S  
 \*2 Esa n’ont pas renseigné les données relatives à leur activité

File active des ESA en 2019 – Continuité de la prise en charge



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S

File active par place autorisée

Au niveau régional, le rapport entre la file active (4 436) et le nombre de places autorisées des 40 Esa étudiées (450) est de 9,9 (10,7 en 2018). Ainsi, dans la région et en 2019, le fonctionnement d’une place d’Esa autorisée a permis la prise en charge de 9,9 personnes, ce qui est inférieur aux indications du cahier des charges.<sup>22</sup>

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 2019**

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
File active (40 Esa*)	373	1 807	586	1 201	469	<b>4 436</b>
Places autorisées	47	180	66	100	57	<b>450</b>
Rapport	7,9	10,0	8,9	12,0	8,2	<b>9,9</b>

Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S  
 \*2 Esa n’ont pas renseigné les données relatives à leur activité menée en 2019 (les données de ce tableau concernent les 40 Esa ayant répondu à l’enquête)

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 3 personnes (soit 3,3 par l’Esa de Saint-Quentin) et la plus élevée de 17 personnes (Esa d’Aulnoy-lez-Valenciennes).

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

File active par semaine

Le rapport entre la file active régionale (4 436) et le nombre de semaines d’ouverture (52) des 40 Esa étudiés (totalisant 2 080 semaines d’ouverture) est de 2,1 (comme en 2018). Ainsi, en 2019, 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 2019**

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Minimum parmi les 40 Esa étudiées*	3,3 (Esa Saint-Quentin)	3,5 (Esa Bailleul)	4,2 (Esa Senlis)	8,9 (Esa Béthune)	6,4 (Esa Abbeville)	3,3 (Esa Saint-Quentin)
Maximum parmi les 40 Esa étudiées	12,4 (Esa Soissons)	17,0 (Esa Aulnoy-lez-Valenciennes)	15,1 (Esa Crèvecœur-le-Grand)	15,5 (Esa Boulogne-sur-Mer)	11,2 (Esa Péronne)	17,0 (Esa Aulnoy-lez-Valenciennes)

Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S  
 \*2 Esa n’ont pas renseigné les données relatives à leur activité menée en 2019

<sup>22</sup> 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)

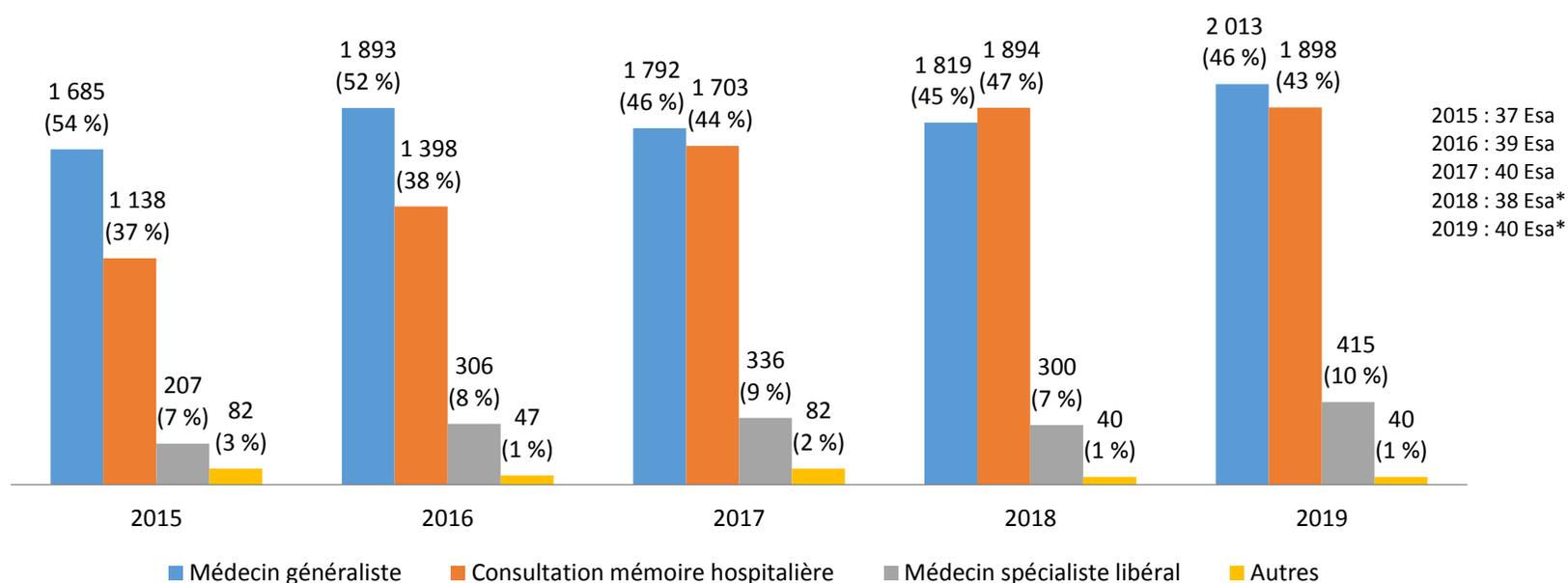
## Prescripteurs des séances

Au niveau régional, les médecins généralistes sont les prescripteurs principaux des séances de soin de réhabilitation et d'accompagnement (46 %).

Par rapport à 2018, l'écart entre la part de prescripteurs médecins généralistes et celle des consultations mémoire hospitalières est un peu plus importante et en proportions inverses : 2 points d'écart en 2018 en faveur des consultations mémoire et 3 points d'écart en 2019 en faveur des médecins généralistes. La montée en puissance du rôle des consultations mémoire dans les prescriptions vers les Esa s'est stabilisée entre 2018 et 2019 (1 898 en 2019 pour 40 Esa, contre 1 894 en 2018 pour 38 Esa).

Seules quelques Esa ont détaillé la catégorie « autres prescripteurs » et parlent de familles, MAIA, SSR, réseaux, assistants des services sociaux...

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

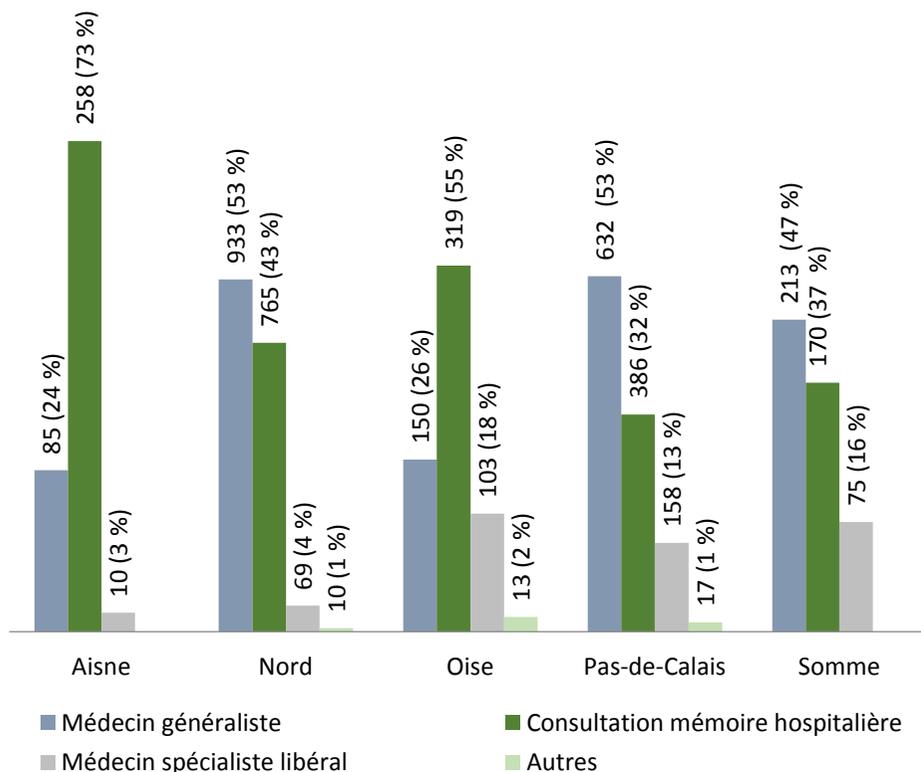


Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S

\*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 (53 %), le Nord (53 %) et la Somme (47 %) tandis que celui des consultations mémoire est plus élevé dans l'Aisne (73 %) et l'Oise (55 %).

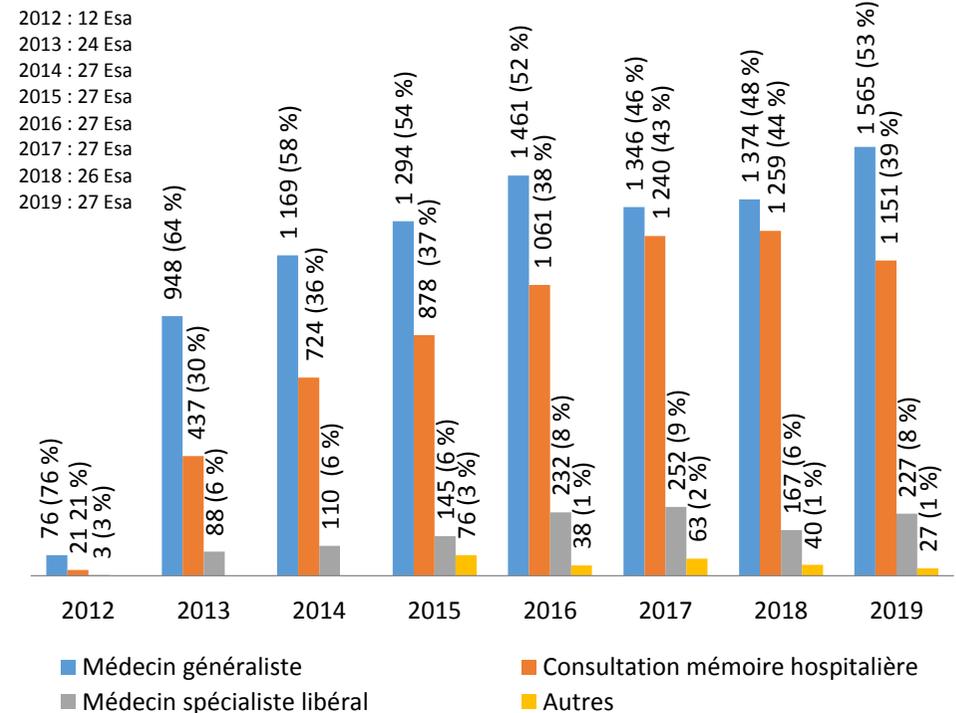
Répartition des patients selon le prescripteur des séances en 2019



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S  
Champ : 40 Esa, 2 Esa n'ont pas renseigné les données relatives à leur activité menée en 2019

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 8 %) concomitamment à une baisse de la part des médecins généralistes (de 76 % à 53 %).

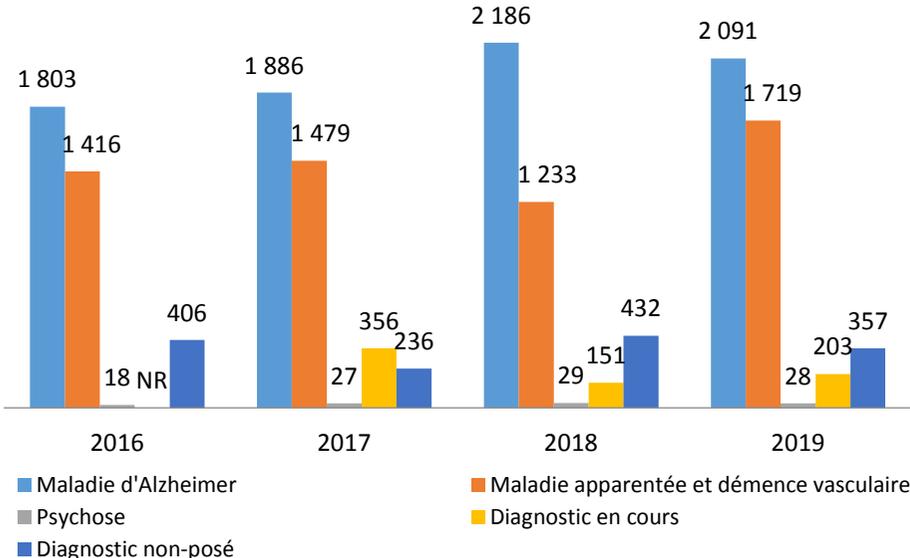
Répartition des patients selon le prescripteur des séances entre 2012 et 2019 dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S

Diagnostiques des patients

**Nombre de patients pris en charge par une Esa entre 2016 et 2019 selon le diagnostic principal**



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S

Par rapport à 2018, le pourcentage des patients diagnostiqués d’une démence vasculaire ou maladie apparentée a augmenté de 39 % et les diagnostics en cours, de 34 %. En revanche, les diagnostics non posés ont nettement diminué (-17 %). La maladie d’Alzheimer (-4 %) et les psychoses et (-3 %) sont également moins fréquents.

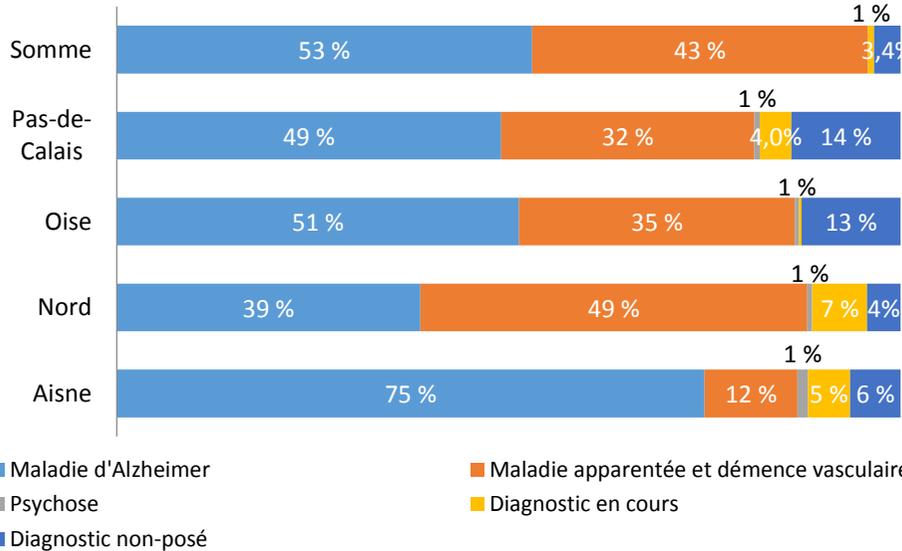
L’analyse par départements souligne quelques spécificités territoriales dans les diagnostics des patients pris en charge par les Esa.

Ainsi, l’Aisne présente les pourcentages les plus élevés de patients diagnostiqués de la maladie d’Alzheimer (75 %). Dans les autres départements, la maladie d’Alzheimer concerne entre 39 % et 53 % des patients. Les diagnostics de démences vasculaires et maladies apparentées varient de 12 % dans l’Aisne à

49 % dans le Nord. Les pourcentages les plus élevés de diagnostics non posés se situent dans le Pas-de-Calais (14 %) et l’Oise (13 %).

Similairement à la tendance régionale, dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme, il est constaté en 2019 une baisse des pourcentages des patients diagnostiqués de la maladie d’Alzheimer par rapport à 2018 alors que dans l’Aisne et l’Oise, le pourcentage est légèrement plus élevé. En revanche, la baisse du pourcentage pour les diagnostics non posés est constatée dans l’ensemble des départements (sauf le Pas-de-Calais avec un pourcentage identique).

**Répartition des patients pris en charge par une Esa en 2019 selon le diagnostic principal - Données départementales (%)**



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S  
Champ : 40 Esa

## Sexe et âge moyen des patients

Au niveau régional, 65 % des patients pris en charge par les 40 Esa étudiées sont des femmes. La part des femmes prises en charge en Esa est stable ces dernières années (67 % en 2018).

L'âge moyen des patients hommes est de 78 ans (80 ans en 2018) et varie selon les Esa de 75 ans au minimum à 88 ans au maximum.

L'âge moyen des patients femmes est de 80 ans (82 ans en 2018) et varie selon les Esa de 80 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 36 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, 2 Esa un score de 18, 3 un score de 19, 13 un score de 20, 8 un score de 21 et 8 un score de 22.

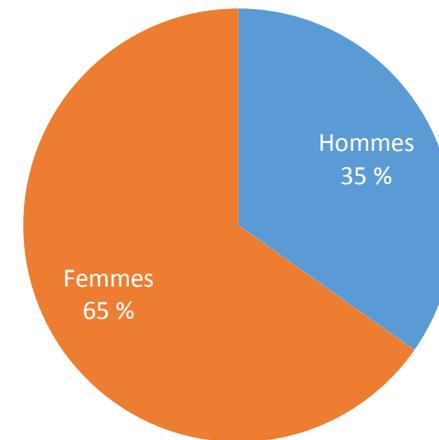
Au regard du score MMSE moyen et de la majeure partie de leur patientèle, les patients pris en charge par les Esa ont un profil conforme aux indications du cahier des charges. Seuls 8 % des patients<sup>23</sup> ont eu un score MMSE inférieur à 15 au moment de l'entrée dans l'accompagnement par une Esa (6 % en 2018, 8 % en 2017).

Le score moyen MMSE minimum est de 16,8 dans la Somme (Esa d'Amiens) et le plus élevé de 22,0 dans 8 Esa (Fournes-en-Weppes, Denain, Thumeries, Le Quesnoy, Ecoust-Saint-Mein, Boulogne-sur-Mer, Ardres, Péronne).

Au niveau régional, 70 % des patients pris en charge par les Esa ont un score MMSE compris entre 19 et 30 (comme en 2018), 22 % entre 15 et 18 (24 % en 2018), 7 % entre 6 et 14 (6 % en 2018) et 1 % inférieur à 5 (0,3 % en 2018).

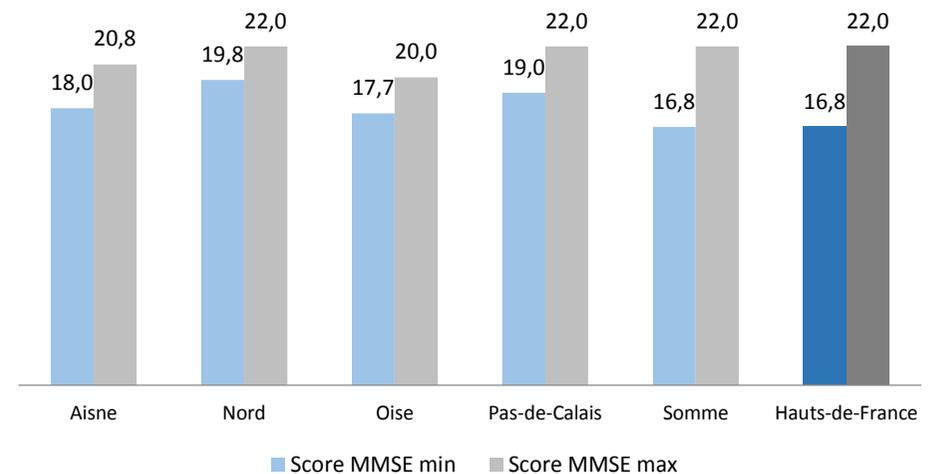
<sup>23</sup> Les Esa d'Avesnes-sur-Helpe et Airaines n'ont pas détaillé les scores MMSE.

## Répartition des patients pris en charge par genre en 2019



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S  
Champ : 39 Esa

## Scores moyens minimums et maximums MMSE par département en 2019



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S  
Champ : 34 Esa

## Niveau de dépendance (Gir) des patients

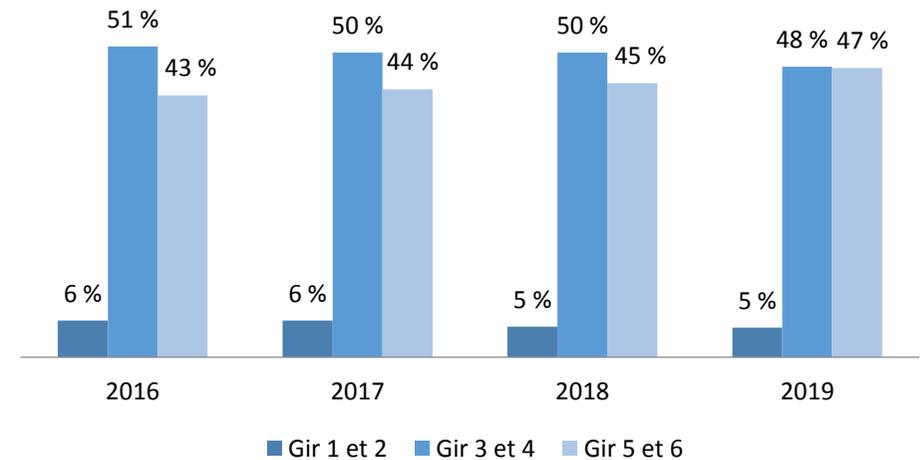
Le niveau de dépendance des patients a été étudié à travers la grille Aggir (autonomie gérontologie groupe iso-ressources). Son niveau varie de 1 à 6, allant d'une perte d'autonomie plus importante à moins importante.

Au niveau régional, on observe une diminution de la proportion des patients de Gir 3 et 4 au profit de ceux en Gir 5 et 6. En 2019, 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 47 % ont une relative autonomie (Gir 5 et 6).

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

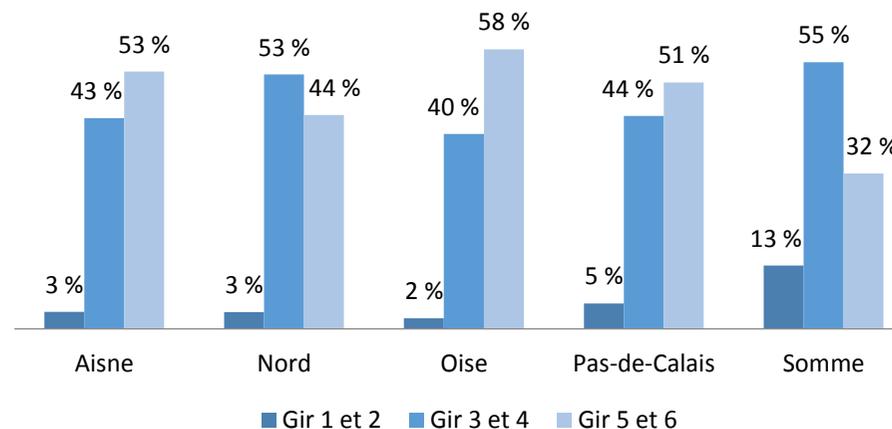
L'Aisne, l'Oise et le Pas-de-Calais ont des pourcentages de patients présentant une perte d'autonomie faible (Gir de 5 à 6) plus importants que les autres Gir. À l'inverse, la Somme présente des proportions de patients à dépendance modérée (Gir 3 et 4) et forte dépendance (Gir 1 et 2) nettement supérieures aux autres départements (55 % contre moins de 45 % ailleurs, sauf le Nord pour les Gir 3 et 4 ; 13 % contre moins de 6 % ailleurs pour les Gir 1 et 2).

## Répartition des patients pris en charge par une Esa en 2019 dans les Hauts-de-France selon leur niveau de dépendance (en %)



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S  
Champ : 37 Esa

## Répartition des patients pris en charge par une Esa en 2019 selon leur niveau de dépendance – Données départementales (en %)



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S  
Champ : 37 Esa

## Séances réalisées

Au niveau régional, en 2019, les Esa étudiées ont réalisé un total de 48 500 séances, ce qui correspond à une augmentation de 8 % par rapport au total de séances réalisées l'année précédente<sup>24</sup>.

Le rapport entre le nombre de séances réalisées et les mois d'ouverture dans l'année (12) des 40 Esa étudiés (soit 480 mois) est de 101. Ainsi, en moyenne 101 séances ont été effectuées par Esa et par mois dans les Hauts-de-France (contre 96 en 2018).

Le rapport entre le nombre de séances réalisées (48 500) et la file active (4 436 personnes prises en charge par 40 Esa) est de 10,9. 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 2018.

Au niveau départemental, le nombre de séances par prise en charge/personne est plus élevé dans l'Oise (11,5), l'Aisne (11,2) et le Nord (11,0). Les départements du Pas-de-Calais (10,7) et de la Somme (10,6) 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 9 séances par prise en charge dans cinq Esa (Villers-Cotterêts, Carvin, Boulogne-sur-Mer, Amiens et Péronne) et 14 dans les Esa de Beauvais et Compiègne.

### Séances réalisées par les Esa en 2019 – Données départementales

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Nombre de séances 2018 (37 Esa)	3 827	18 864	5 935	10 302	3 918	<b>42 846</b>
Nombre de séances 2019 (40 Esa)	4 194	19 831	6 741	12 798	4 966	<b>48 530</b>
File active 2019(40 Esa)	373	1 807	586	1 201	469	<b>4 436</b>
Nombre de séances par personne prise en charge en 2019	11,2	11,0	11,5	10,7	10,6	<b>10,9</b>

Source : ARS - DOMS 2020– Traitement OR2S

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).

<sup>24</sup> L'évolution porte sur un périmètre constant, c'est-à-dire sur 36 Esa ayant renseigné le nombre de séances à la fois en 2018 et en 2019.

Les 39 Esa ayant répondu à l'enquête ont précisé les informations relatives au nombre de séances par personnes prises en charge : 38 déclarent des patients ayant bénéficié de 4 séances ou moins et 18 déclarent des patients ayant bénéficié de plus de 15 séances. Ainsi, pour les Esa de la région, en 2019 (comme en 2018), 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, 72 % des patients des Esa de la région bénéficient de 10 à 15 séances (12 % de 4 séances ou moins, 13 % des 5 à 9 séances et 3 % des 16 séances ou plus). Quatre structures ont de fortes proportions de prises en charge longues (plus de 15 séances) : 17 % à Montreuil-sur-Mer, 19 % à Béthune, 25 % à Venette et 30 % à l'Esa de Linselles.

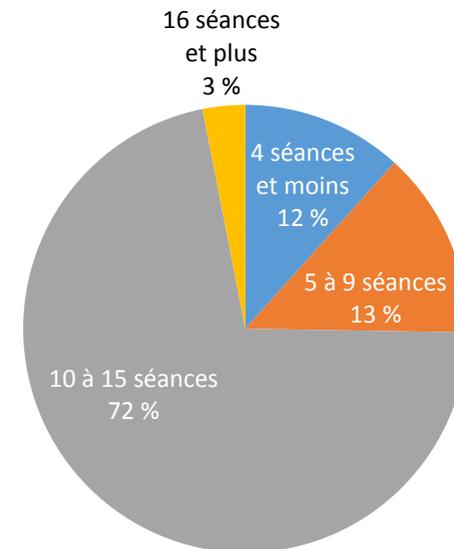
#### Durée moyenne de prise en charge (en semaines)

Le cahier des charges prévoit que la prestation par l'Esa soit réalisée hebdomadairement et dure au maximum 3 mois, soit 13 à 14 semaines.

Au niveau régional, la durée moyenne de prise en charge par les Esa est de 15 semaines, soit une semaine de plus que prévu par le cahier des charges. On note une prise en charge d'une durée moyenne de 15 semaines rapportée à environ 11 séances de réhabilitation, ce qui signifie que les séances se réalisent en général à plus d'une semaine d'intervalle.

Au niveau départemental, la durée moyenne de prise en charge la plus courte est de 11 semaines, comme retrouvée dans certaines Esa du Nord (2 équipes à Dunkerque et Aulnoy-lez-Valenciennes). À l'inverse, la durée la plus longue se retrouve dans la Somme (28 semaines à l'Esa d'Acheux-en-Amiénois). En 2019, comme en 2018, la majorité des Esa déclare une durée de prise en charge moyenne située entre 11 et 15 semaines (58 % des structures).

#### Répartition des patients selon le nombre de séances effectuées en 2019



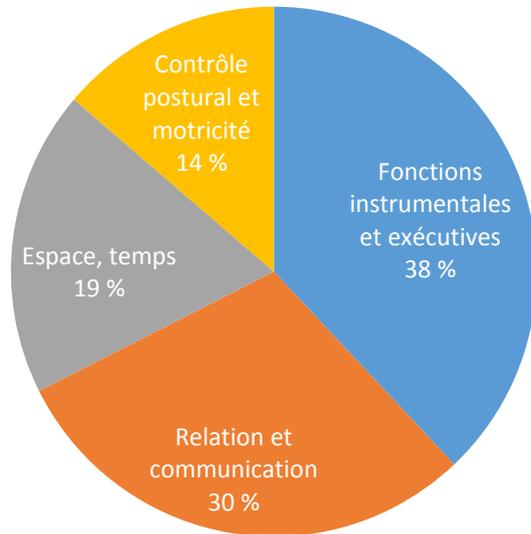
Source : ARS - DOMS 2020– Traitement OR2S  
Champ : 39 Esa

#### Objectif des séances réalisées

En 2019, 38 % des séances réalisées ont eu comme objectif l'amélioration des fonctions instrumentales et exécutives, 30 % la relation et la communication, 19 % l'espace et le temps et 14 % le contrôle postural et la motricité. Les mêmes tendances ont été observées en 2016, 2017 et 2018.

Pour les départements de l'Oise et de l'Aisne, l'amélioration des fonctions instrumentales et exécutives est nettement privilégiée aux autres objectifs : respectivement 60 % et 53 % des séances. Dans le Nord, cet axe (36 %) devance celui de la relation et communication (29 %), mais dans une moindre mesure. Pour les deux autres départements, les proportions sont équivalentes entre l'amélioration des fonctions instrumentales et exécutives et celui concernant la relation et communication (34 % et 35 % dans le Pas-de-Calais et 27 % et 25 % dans la Somme).

## Répartition des séances selon l'objectif fixé à la prescription en 2019



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S  
Champ : 35 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 39 Esa ayant rempli les ETP cumulent un effectif de 112,0 ETP (106,3 en 2018) dont 53 % est occupé par des assistants de soins en gérontologie, 26 % par des ergothérapeutes, 10 % par des psychomotriciens, 9 % par des infirmiers coordinateurs et enfin, 1 % par des aides-soignants/aides médico-psychologiques.

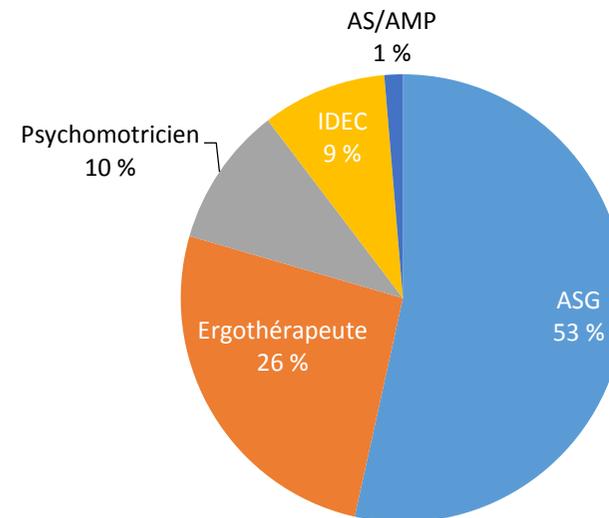
En termes d'effectif de personnes, les Esa cumulent 210 personnes (201 en 2018), dont 121 assistants de soins en gérontologie, 36 infirmiers coordinateurs, 37 ergothérapeutes, 14 psychomotriciens et 2 aides-soignants/aides médico-psychologiques.

Au niveau régional, une Esa comprend en moyenne 5 à 6 personnes (5,7 ; 5,3 en 2018) pour un effectif ETP total de 2,87 (dont 0,26 ETP d'IDE coordonnateur, 0,75 ETP d'ergothérapeute, 0,29 ETP de psychomotricien, 1,54 ETP d'ASG et 0,04 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 la Somme (2,85 ETP), le Pas-de-Calais (2,86 ETP) et l'Oise (3,36 ETP). L'Aisne et le Nord répondent au cahier des charges (2,70 et 2,80).

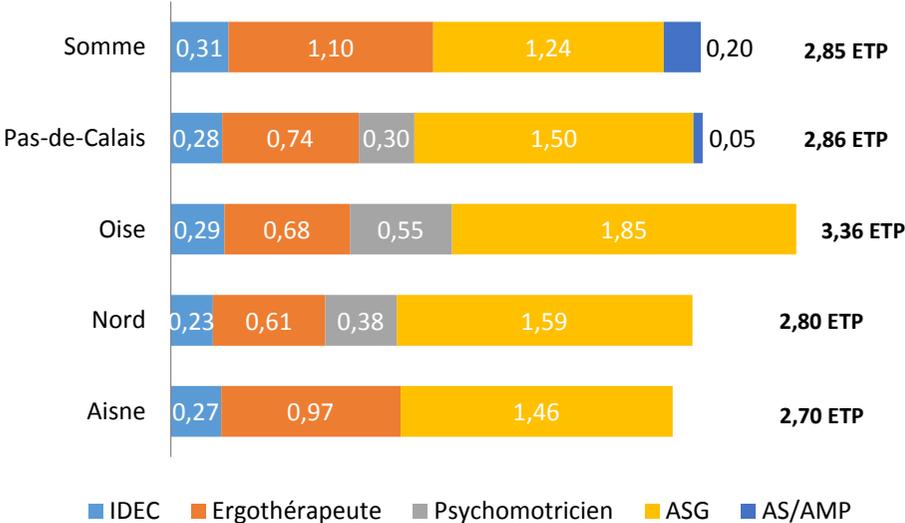
Dans la Somme et l'Aisne, aucune des 9 Esa ne dispose d'un psychomotricien et seules 3 des 10 Esa du Pas-de-Calais en comptent chacune 1. Les Esa des Hauts-de-France ne comptent que 2 AS/AMP pour un total de 1,5 ETP : 1 ETP dans l'Esa d'Abbeville et 0,5 dans celui de Bully-les-Mines.

## Répartition des ETP en Esa en 2019



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S  
Champ : 39 Esa

**Répartition d'ETP moyen par Esa, par type de professionnels et par départements en 2019**



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S

**Frais de déplacement**

Cet item porte sur 36 Esa, 4 ne l’ayant pas renseigné. Ces 36 Esa cumulent un montant de 365 387 euros en frais de déplacement, avec un minimum de 1 200 euros et un maximum de 67 332 euros. En moyenne, en 2019, le montant de frais de déplacement s’élève à 10 150 euros par Esa (8 020 en 2018 pour 32 Esa). À périmètre égal, cela correspond à une augmentation de 8 % par rapport à 2018.

Rapporté au nombre total de séances réalisées par ces 36 Esa (cumulant 45 055 séances), il résulte pour l’année 2019 un coût moyen en frais de déplacement de 8,1 euros par séance (6,0 euros en 2018). Par département, les frais s’échelonnent de 4,0 euros par séance dans la Somme à 18,3 euros dans l’Oise (6,8 euros dans l’Aisne, 5,0 euros dans le Nord et 9,4 euros dans le Pas-de-Calais).



## Synthèse des commentaires

25 Esa sur 40 ont renseigné la rubrique des commentaires généraux libres. Les observations les plus fréquentes concernent :

- la prise en compte d'une seule intervention alors que certaines s'effectuent en binôme (par exemple ergothérapeute et AS) : une des interventions n'est donc pas comptabilisée et valorisée dans l'activité de l'Esa ;
- une difficulté de recrutement, en particulier lors des remplacements pour congés annuels ou arrêts maladie. Une Esa a identifié une personne extérieure comme remplaçante « permanente » et organise ainsi les congés en fonction des disponibilités de cette personne ;
- le groupe de travail inter-Esad fait remonter les difficultés de s'approprier les objectifs du cahier des charges qui ne reflète pas leurs pratiques au quotidien et fait les propositions suivantes :
  - o Stimulation cognitive
  - o Réhabilitation et autonomie dans la vie quotidienne
  - o Indépendance fonctionnelle et environnement
  - o Psychomotricité et gestion des troubles du comportement
  - o Coordination, relations, communication
- un besoin de financement supplémentaire pour accroître l'équipe selon les besoins des Esa (psychologue, secrétariat dédié...) ;
- une montée en charge de l'activité (renouvellement et nouveaux dossiers) impactant sur un allongement de la liste d'attente (ou une diminution du nombre de séances) et sur le besoin de renforcer l'équipe et le nombre de places autorisées ;
- un besoin d'augmenter les capacités des Esa ;
- 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 ;
- une activité fortement impactée depuis mai 2019 pour une Esa par un changement de secteur. Les patients pris en charge sur ces secteurs n'ont pas pu bénéficier de la même équipe pour les renouvellements. Tous l'ont déploré, certains ont préféré ne pas poursuivre les séances. L'équipe a été confrontée à un questionnement éthique à ce sujet sur le fait de ne pas intervenir chez ces patients ayant des troubles cognitifs afin de respecter la décision relative à une distribution géographique des secteurs ;
- la ruralité de certains secteurs avec une insuffisance de médecins traitants et de consultations mémoire et de nombreux déplacements impliquant une perte de temps ;
- le nombre de 15 séances insuffisant selon plusieurs Esa ;
- le test MMS pas forcément adapté ni représentatif des capacités des patients ;
- les aidants et les aidés demandant beaucoup de temps lors des visites et en dehors des prises en charge ;
- les partenariats prenant également beaucoup de temps (réunions, journées d'information, forums, concertations avec le département, avec la MAIA...) ;
- une communication à faire autour de l'Esa et de ses missions sur les territoires, mais cela prend beaucoup de temps.

## Conclusion

Par rapport à 2018, l'enquête d'activité 2019 des 40 Esa met en évidence une augmentation de la file active de 4 % (et du nombre de séances de 8 %).

Des Esa font remarquer une augmentation importante des demandes de prise en charge, une insuffisance du personnel et des difficultés de recrutement.

Dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, le déploiement de 27 Esa en ex-Nord-Pas-de-Calais et de 13 Esa en ex-Picardie est accompli.

La mesure 22 du PNMD 2014-2019 visant un maillage territorial complet en Esa, en 2018, une réflexion a été menée 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 sont prévues 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
<b>Nombre d'ESA ayant répondu</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>40</b>
<b>Nombre de places autorisées</b>	<b>47</b>	<b>180</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>450</b>
<b>File active</b>	<b>373</b>	<b>1 807</b>	<b>586</b>	<b>1 201</b>	<b>469</b>	<b>4 436</b>
<b>Nombre de patients par place autorisée</b>	<b>7,9</b>	<b>10,0</b>	<b>8,9</b>	<b>12,0</b>	<b>8,2</b>	<b>9,9</b>
<b>Prescripteur (%)</b>						
Médecin généraliste	24,1	52,5	25,6	53,0	46,5	<b>46,1</b>
Consultation mémoire hospitalière	73,1	43,1	54,5	32,4	37,1	<b>43,5</b>
Médecin spécialiste libéral	2,8	3,9	17,6	13,2	16,4	<b>9,5</b>
Autres	0,0	0,6	2,2	1,4	0,0	<b>0,9</b>
<b>Diagnostic (%)</b>						
Maladie d'Alzheimer	75,0	38,7	51,3	49,0	53,0	<b>47,5</b>
Maladie apparentée et démence vasculaire	11,8	49,4	35,2	32,3	42,9	<b>39,1</b>
Psychose	1,3	0,6	0,5	0,7	0,0	<b>0,6</b>
Diagnostic en cours	5,4	7,0	0,3	4,0	0,8	<b>4,6</b>
Diagnostic non-posé	6,5	4,3	12,6	13,9	3,4	<b>8,1</b>
<b>% de femmes parmi les patients</b>	<b>61,1</b>	<b>65,9</b>	<b>64,9</b>	<b>68,0</b>	<b>59,0</b>	<b>65,2</b>
Âge moyen hommes	79,8	76,2	80,4	80,1	78,6	<b>78,4</b>
Âge moyen femmes	80,6	77,3	83,0	82,0	83,4	<b>80,2</b>
<b>MMSE (%)</b>						
19-30	62,5	74,0	67,4	72,3	57,6	<b>70,2</b>
15-18	26,4	22,2	20,8	21,5	23,2	<b>22,3</b>
6-14	11,1	3,7	9,9	5,4	13,2	<b>6,5</b>
inférieur ou égal à 5	0,0	0,1	1,9	0,9	5,9	<b>1,0</b>

Source : ARS - DOMS 2020– Traitement OR2S

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
<b>Gir (%)</b>						
Gir 5 et 6	53,1	44,1	57,6	50,8	32,0	<b>47,5</b>
Gir 3 et 4	43,4	52,4	40,2	43,9	55,0	<b>47,6</b>
Gir 1 et 2	3,5	3,5	2,2	5,3	13,0	<b>4,9</b>
<b>Nombre de séances (%)</b>						
16 séances et plus	0,0	4,4	2,9	3,1	0,5	<b>3,0</b>
10 à 15 séances	87,9	70,2	72,5	69,3	70,9	<b>71,9</b>
5 à 9 séances	7,8	13,6	12,4	14,9	14,9	<b>13,4</b>
4 séances ou moins	4,3	11,9	12,2	12,7	13,7	<b>11,7</b>
<b>Nombre de séances réalisées par patient</b>	<b>11,2</b>	<b>11,0</b>	<b>11,5</b>	<b>10,7</b>	<b>10,6</b>	<b>10,9</b>
Durée moyenne de prise en charge par patient (en nombre de semaines)	16	14	15	15	20	<b>15</b>
<b>Répartition des patients pris en charge selon l'objectif principal fixé (%)</b>						
Relation et communication	30,5	29,4	21,3	34,5	25,1	<b>29,6</b>
Contrôle postural et motricité	11,9	14,4	7,8	15,0	14,8	<b>13,7</b>
Fonctions instrumentales et exécutives	52,6	35,9	59,7	34,2	26,8	<b>38,0</b>
Espace, temps	5,0	20,3	11,3	16,3	33,3	<b>18,7</b>
<b>ETP moyen par Esa</b>						
IDEC	0,27	0,23	0,29	0,28	0,31	<b>0,26</b>
Ergothérapeute	0,97	0,61	0,68	0,74	1,10	<b>0,75</b>
Psychomotricien	0,00	0,38	0,55	0,30	0,00	<b>0,29</b>
ASG	1,46	1,59	1,85	1,50	1,24	<b>1,54</b>
AS/AMP	0,00	0,00	0,00	0,05	0,20	<b>0,04</b>
<b>Frais de déplacement (cumulés)</b>	<b>28 577 €</b>	<b>88 734 €</b>	<b>110 959 €</b>	<b>120 580 €</b>	<b>16 537 €</b>	<b>365 387 €</b>
<b>Coût moyen de déplacement par séance</b>	<b>6,8</b>	<b>5,0</b>	<b>18,3</b>	<b>9,4</b>	<b>4,0</b>	<b>8,1</b>

Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S

## Mesure n°16 : Création ou identification, au sein des Ehpad, d'unités adaptées : les Pasa

### Présentation générale

Les Pasa (pôles d'activités et de soins adaptés) sont des unités de vie créées au sein des Ehpad qui proposent, dans la journée, un accompagnement adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées présentant des troubles du comportement modérés.

Pouvant accueillir un groupe de 12 à 14 personnes, ces unités spécifiques mettent en place des activités sociales et thérapeutiques qui sont réalisées avec une équipe de professionnels formés à l'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs (psychomotricien, ergothérapeute et assistants de soins en gérontologie).

Les structures porteuses doivent être des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et le projet Pasa doit correspondre à un cahier des charges qui fixe des conditions concernant le fonctionnement et l'environnement architectural.

L'accompagnement au sein du Pasa s'adresse uniquement aux résidents de l'Ehpad porteur de projet.

La mesure 26 du Plan maladies neuro-dégénérative prévoit la poursuite du déploiement des accueils en Pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) et l'inscription de cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement de « droit commun ».

Le décret du 26 août 2016 fixe les « conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (Ehpad), ainsi que celles, notamment, des pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) et des unités d'hébergement renforcé (UHR) qu'ils peuvent créer en leur sein. Il a pour objectif d'inscrire cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement des personnes âgées dans une logique de parcours de vie.

## Analyse des données d'activité

### Méthodologie

L'analyse de l'activité 2019 des Pasa a été effectuée principalement à l'aide du questionnaire employé par l'enquête nationale d'activité des dispositifs inscrits dans le Plan Alzheimer. Au total, sur les 130 Pasa existants au 31 décembre 2019 (117 au 31 décembre 2018), 106 Pasa ont retourné le questionnaire complété, soit un taux de réponse de 82 %. Cependant, ils n'ont pas forcément répondu à l'ensemble des items du questionnaire.

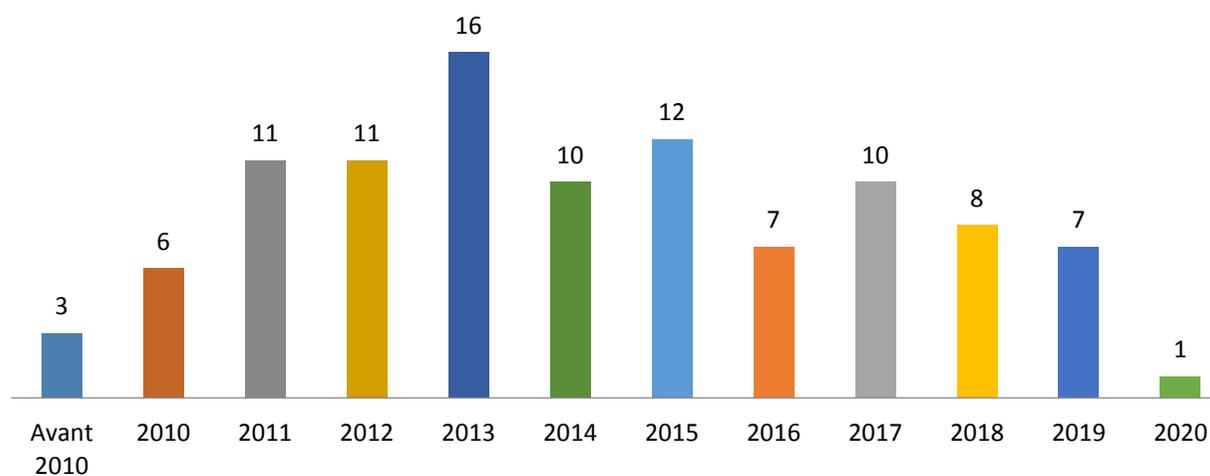
Au niveau géographique, les 106 Pasa ayant répondu au questionnaire d'activité 2019 se répartissent ainsi :

- 7 dans l'Aisne (sur 8 autorisés),
- 49 dans le Nord (sur 61 autorisés),
- 17 dans l'Oise (sur 22 autorisés),
- 21 dans le Pas-de-Calais (sur 25 autorisés),
- 12 dans la Somme (sur 14 autorisés).

### Ouverture des Pasa

Dans l'ensemble de la région Hauts-de-France, 102 Pasa ont renseigné leur date d'ouverture (4 Pasa n'ont pas précisé la date).

**Nombre de Pasa selon l'année d'ouverture de la structure**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

## Capacités des Pasa

En 2019, les 106 Pasa ayant répondu au questionnaire comptabilisent 10 873 places autorisées et 10 723 places totales installées de l'établissement, toutes modalités d'accueil confondues.

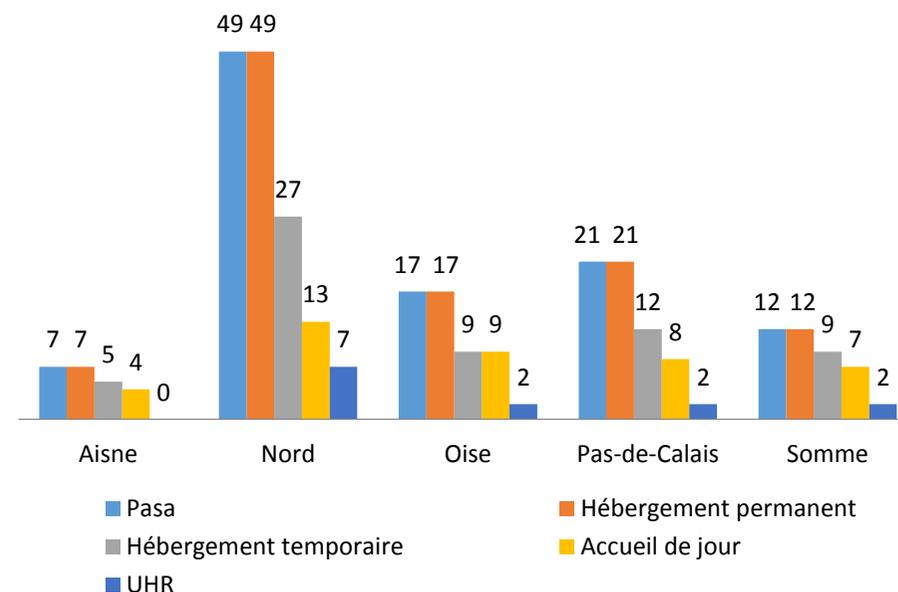
Les structures du Nord regroupent 48 % des places recensées dans les Hauts-de-France<sup>25</sup>. L'Oise représente 20 % des places, le Pas-de-Calais 18 %, la Somme 8 % et enfin l'Aisne, 6 %.

**Les Pasa totalisent 1 451 places dans les Hauts-de-France**, dont 46 % sont dans le Nord, 15 % dans l'Oise, 20 % dans le Pas-de-Calais, 11 % dans la Somme et 7 % dans l'Aisne.

Près de 9 Pasa sur 10 ont une capacité de 14 places (92 Pasa, soit 87 % des Pasa). Un Pasa affiche une capacité de 9 places, 14 Pasa ont une capacité de 12 places (13 % des Pasa). En moyenne, leur capacité est de 14 places.

Parmi les 106 Ehpad porteur de Pasa, tous proposent l'hébergement permanent, 62 l'hébergement temporaire, 41 l'accueil de jour et 13 une UHR.

## Nombre de structures comptant des places installées en 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Trente-six Ehpad ayant des Pasa déclarent posséder une pharmacie à usage intérieur, soit 34 % des Pasa.

Concernant la tarification, sur les 101 réponses données, 57 sont en tarification globale et 44 en tarification partielle.

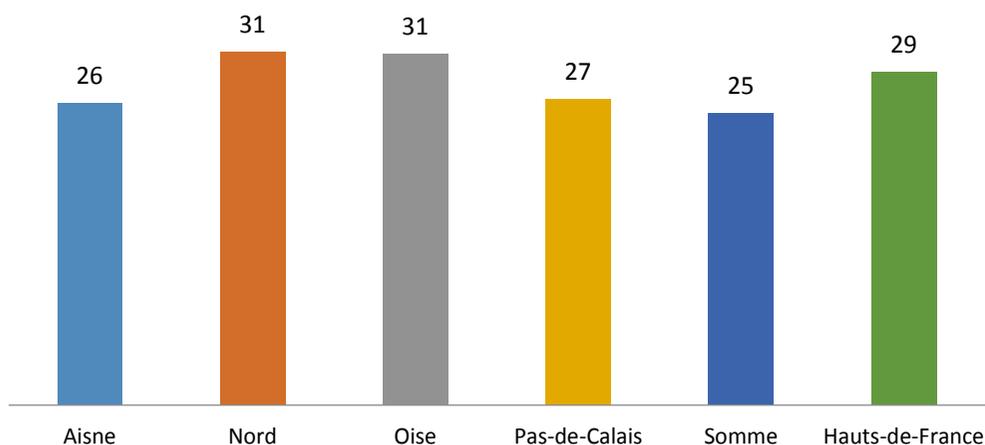
<sup>25</sup> Les répartitions entre les départements sont les mêmes, que ce soit pour les places totales installées ou autorisées.

## File active

En 2019, **3 098 résidents ont bénéficié des Pasa**, soit 29 résidents en moyenne par Pasa et une augmentation de 0,4 % par rapport à 2018 (à périmètre égal). Le nombre de résidents moyens par Pasa varie de 25 dans la Somme à 31 dans le Nord et l'Oise (26 dans l'Aisne et 27 dans le Pas-de-Calais).

Au sein des Pasa, le minimum est de 12 résidents en 2019 pour le Pasa de l'Ehpad de Marquette en Ostrevant (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 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : 3 098 résidents

## Profil des résidents

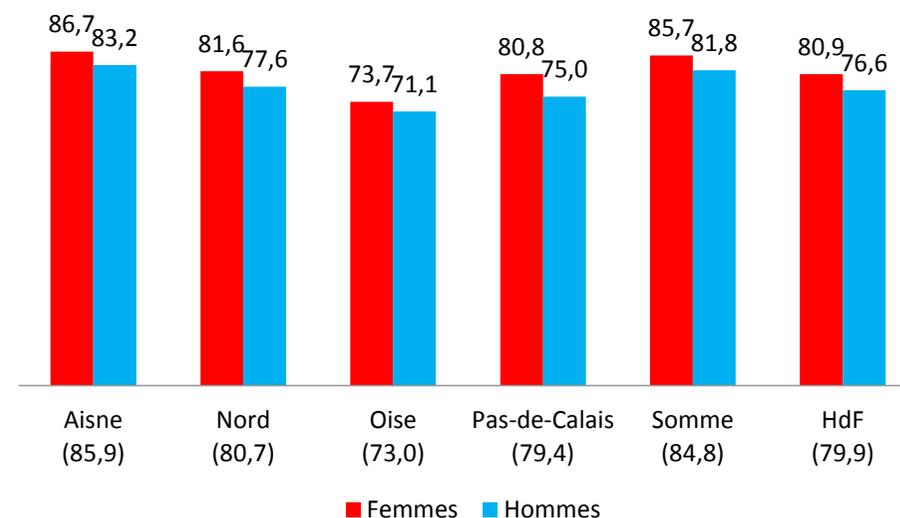
Les résidents pris en charge par des Pasa sont majoritairement des femmes : 77,3 %. Ceci se retrouve pour les cinq départements de la région : 77,7 % dans l'Aisne, 78,4 % dans le Nord, 75,1 % dans l'Oise, 76,3 % dans le Pas-de-Calais et 76,9 % dans la Somme.

## Âge moyen des résidents

Les résidents bénéficiant des Pasa ont en moyenne 79,9 ans : 76,6 ans pour les hommes et 80,9 ans pour les femmes.

Les résidents de l'Oise et du Pas-de-Calais sont plus jeunes : moins de 80 ans en moyenne. Les résidents de l'Aisne (85,9 ans) et de la Somme (84,8 ans) sont au contraire les plus âgés.

Âge moyen des résidents bénéficiaires des Pasa en 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Score MMSE (Mini-mental state evaluation)

Les résidents accueillis en Pasa doivent présenter les caractéristiques suivantes :

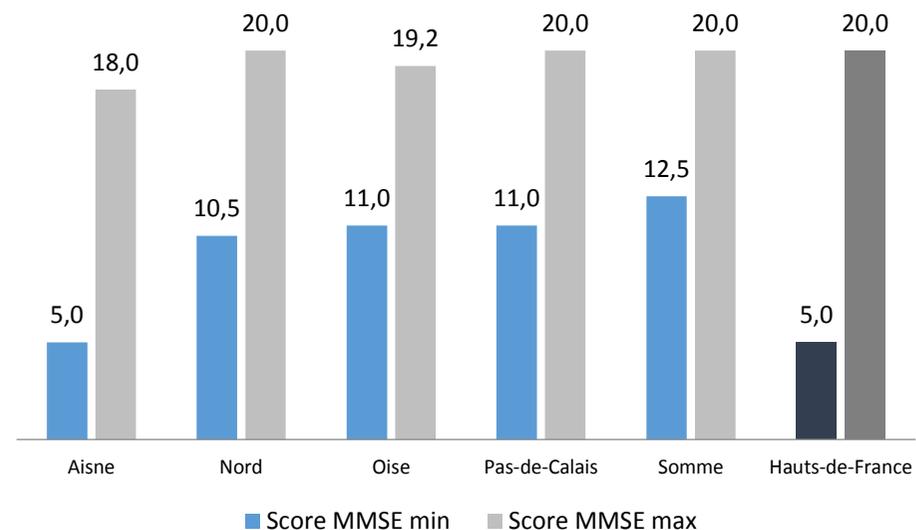
- malades souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents ;
- provenant de l'Ehpad, et pour lesquels l'évaluation des troubles du comportement (productifs/perturbateurs 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 91 Pasa ayant répondu à cette question, le score MMSE moyen varie de 5 (Pasa de La Ferté Milon) à 20 (Pasa de Loos, Saint-André-lez-Lille, Cucq et Rue).

L'écart est le plus important dans les départements du Nord (minimum de 10,5 et maximum de 20) et de l'Aisne (minimum de 5 et maximum de 18) tandis que dans la Somme les scores extrêmes sont plus proches (de 12,5 à 20).

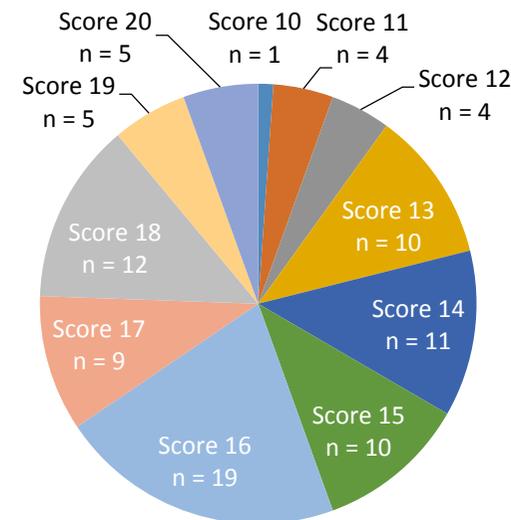
Au niveau régional, 34 % des Pasa présentent des scores moyens MMSE compris entre 5 et 14, 60 % entre 15 et 19 et 6 % égaux à 20.

Scores moyens minimums et maximums MMSE par département en 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Nombre de structures selon le score moyen MMSE en 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

### Diagnostic principal des résidents

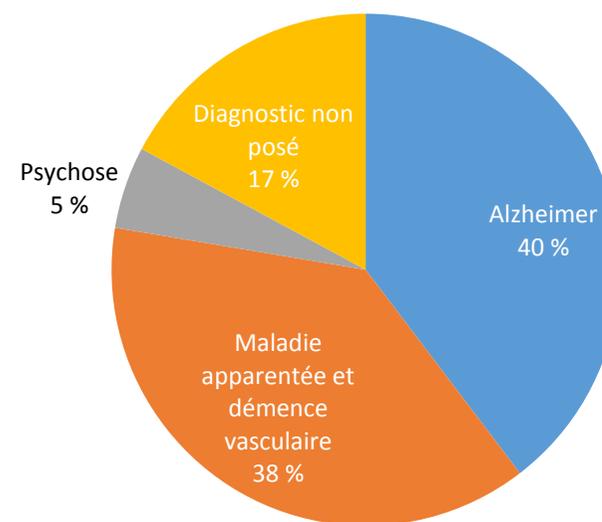
En 2019, au niveau régional, la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire ou maladie apparentée représentent respectivement 40 % et 38 % des diagnostics des résidents suivis en Pasa. Les psychoses représentent 5 % des résidents et 17 % des résidents n'ont pas de diagnostic posé. Ces proportions sont similaires à 2018.

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

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

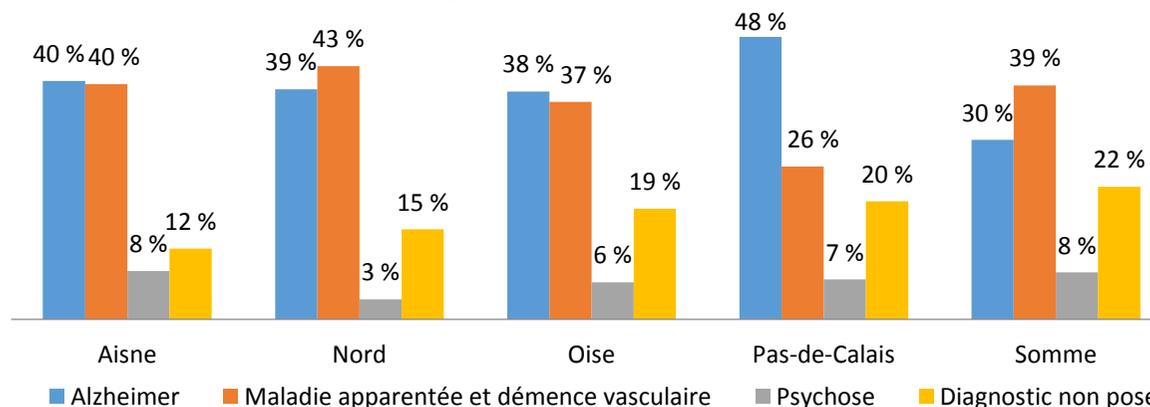
Le Pas-de-Calais et la Somme comptent des pourcentages de diagnostics non posés élevés : 20 % et 22 % des résidents (contre 12 %, 15 et 19 % dans les autres départements).

Répartition des résidents pris en charge par un Pasa en 2019 selon le diagnostic principal



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Répartition des résidents pris en charge par un Pasa en 2019 selon le diagnostic principal et le département



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

## Surfaces des Pasa

Concernant la typologie, sur les 102 Pasa ayant répondu à l'item, 19 déclarent avoir un Pasa éclaté (soit 19 % des Pasa ayant répondu).

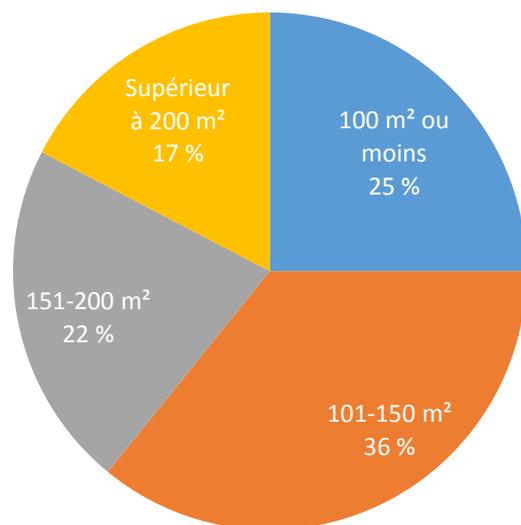
En moyenne, les Pasa des Hauts-de-France disposent de 144 m<sup>2</sup> de surface intérieure en 2019, allant de 113 m<sup>2</sup> en moyenne dans l'Oise à 160 m<sup>2</sup> dans le Nord. Le minimum est de 40 m<sup>2</sup> dans un Pasa de l'Oise (Gouvieux) et le maximum de 370 m<sup>2</sup> dans un Pasa du Nord (Hautmont). Les surfaces intérieures sont principalement comprises entre 100 et 150 m<sup>2</sup> (36 % 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).

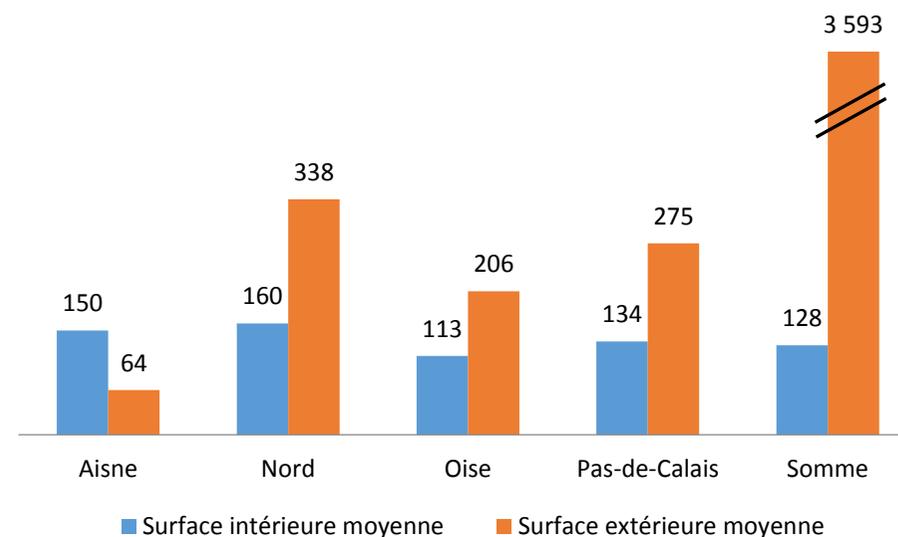
Sur les 88 Pasa ayant répondu à la surface extérieure :

- 49 % (43 Pasa, dont 2 déclarant 0 m<sup>2</sup>) déclarent 100 m<sup>2</sup> ou moins ;
- 27 % (24 Pasa) déclarent entre 100 m<sup>2</sup> et 300 m<sup>2</sup> ;
- 11 % (10) déclarent entre 301 m<sup>2</sup> et 600 m<sup>2</sup> ;
- 13 % (11) déclarent plus de 600 m<sup>2</sup> allant jusqu'à 30 000 m<sup>2</sup> pour un Pasa à Nesle.

## Répartition des surfaces intérieures des Pasa en 2019



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

## Surfaces moyennes intérieures et extérieures des Pasa en 2019

## Répartition des ateliers proposés par département en 2019

## Activités des Pasa

Parmi les 106 Pasa de la région, 93 sont ouverts 5 jours par semaine. Pour les autres Pasa, le nombre de jours d'ouverture se répartit ainsi :

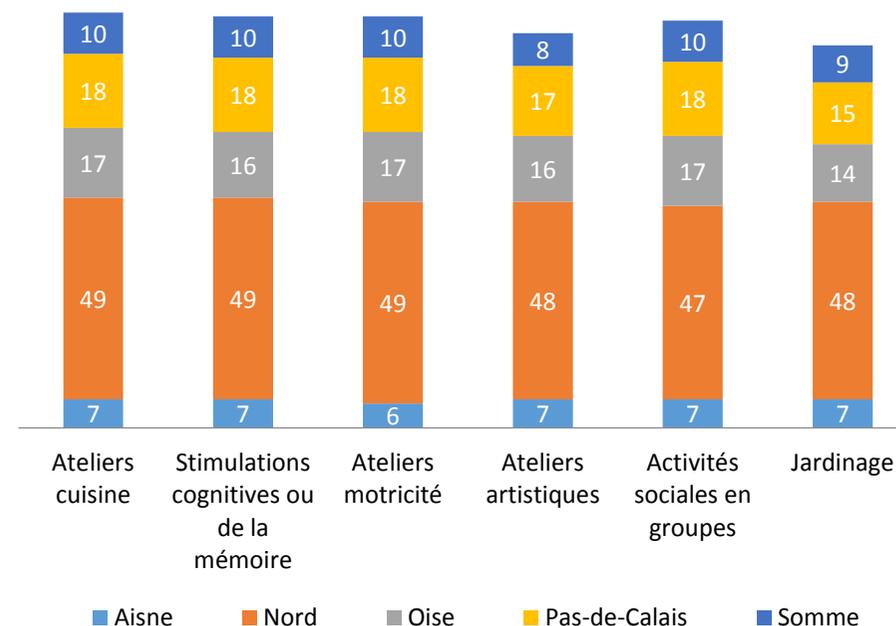
- 1 est ouvert 1 jour par semaine,
- 1 est ouvert 3 jours par semaine,
- 2 sont ouverts 4 jours (4,5 et 4,7 jours par semaine),
- 1 est ouvert 6 jours par semaine,
- 5 sont ouverts tous les jours de la semaine.

## Activités proposées par les Pasa

Sur les 106 Pasa ayant transmis leurs bilans, 5 n'ont pas répondu à l'item des activités proposées au sein des Pasa.

L'ensemble des 101 Pasa ayant répondu proposent des ateliers cuisine et 100 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 99 Pasa. Enfin les ateliers artistiques et le jardinage sont présents dans respectivement 96 et 93 Pasa.



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

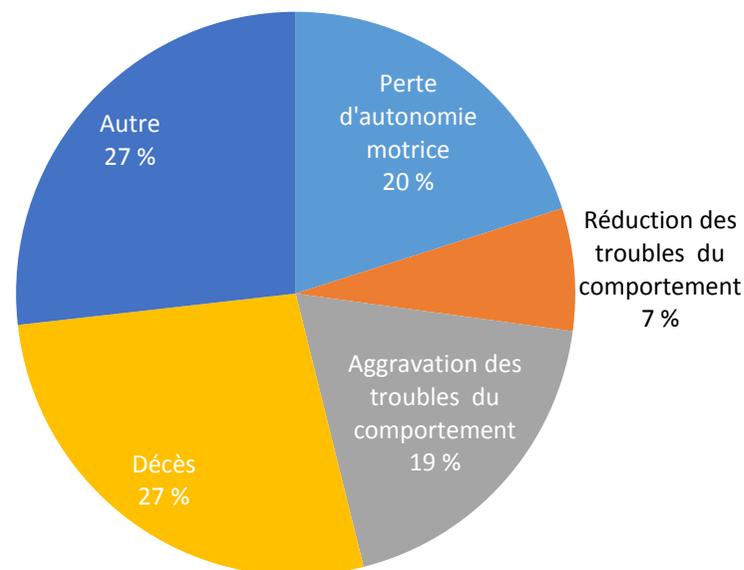
## Les sorties

En 2019, les sorties du Pasa ont concerné 1 131 personnes sur une file active totale de 3 098 personnes pour 106 Pasa.

Le décès est le mode de sortie le plus fréquent (27 % des sorties déclarées en 2019, 29,3 % en 2018). L'aggravation des troubles du comportement représente 19 % de l'ensemble des sorties de Pasa alors que la réduction de ces troubles ne représentent que 7 % des sorties (4,5% en 2018). La perte d'autonomie motrice compte pour 20 % des sorties.

Un peu plus 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, anxiété sévère liée au Pasa, perte d'intérêt pour les activités du Pasa, retour à domicile, dégradation de la santé du patient.

### Répartition des modes de sortie en 2019



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

## Personnel

En 2019, les 101 Pasa ayant déclaré une activité ont disposé de 276 ETP, soit 2,7 ETP en moyenne par Pasa :

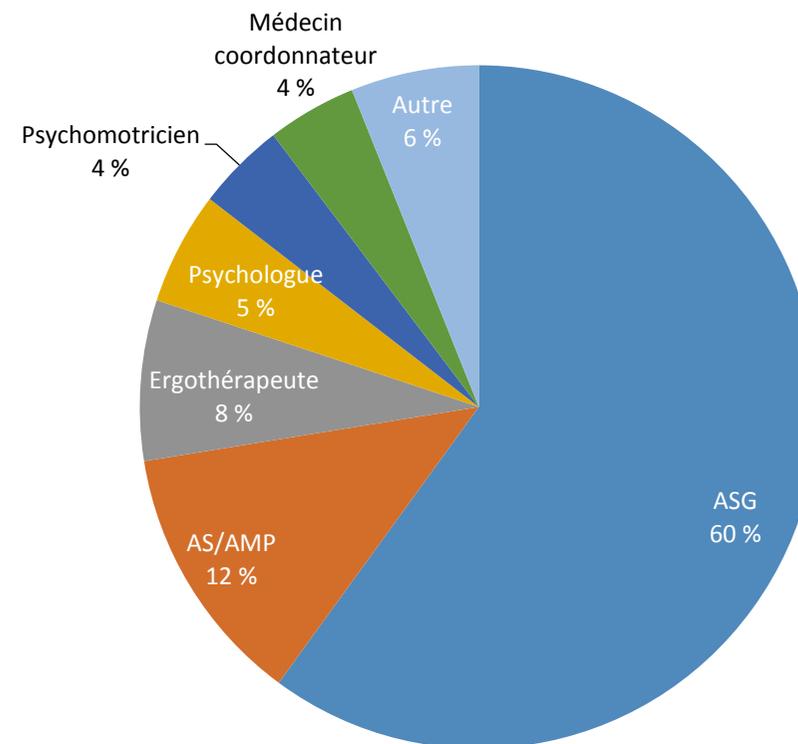
- 166,0 ETP d'ASG (1,6 en moyenne par Pasa) ;
- 34,3 d'AS ou AMP non formés ASG (0,3 en moyenne) ;
- 21,0 d'ergothérapeute (0,2 en moyenne) ;
- 11,7 de psychomotricien (0,1 en moyenne) ;
- 11,8 de médecin coordonnateur (0,1 en moyenne) ;
- 14,8 ETP de psychologue (0,1 en moyenne) ;
- 16,9 ETP Autres<sup>26</sup> (0,2 en moyenne).

Par département, la moyenne d'ETP par Pasa varie de 2,1 ETP dans le Pas-de-Calais à 3,2 dans le Nord. La Somme (2,3), l'Oise (2,4) et l'Aisne (2,8) sont dans une position intermédiaire.

Parmi les 101 PFR étudiées :

- 97 disposent d'ASG (de 0,22 ETP à 5,0 ETP) ;
- 69 ont des temps d'ergothérapeutes (de 0,1 à 1,0 ETP) ;
- 38 ont des ETP de psychomotriciens (de 0,05 à 1 ETP) ;
- 26 ont des ETP d'AS ou AMP (de 0,21 à 7,0 ETP) ;
- 63 ont des ETP de médecins coordonnateurs (de 0,01 à 1,0 ETP) ;
- 80 ont des ETP de psychologues (de 0,01 à 1,0 ETP).

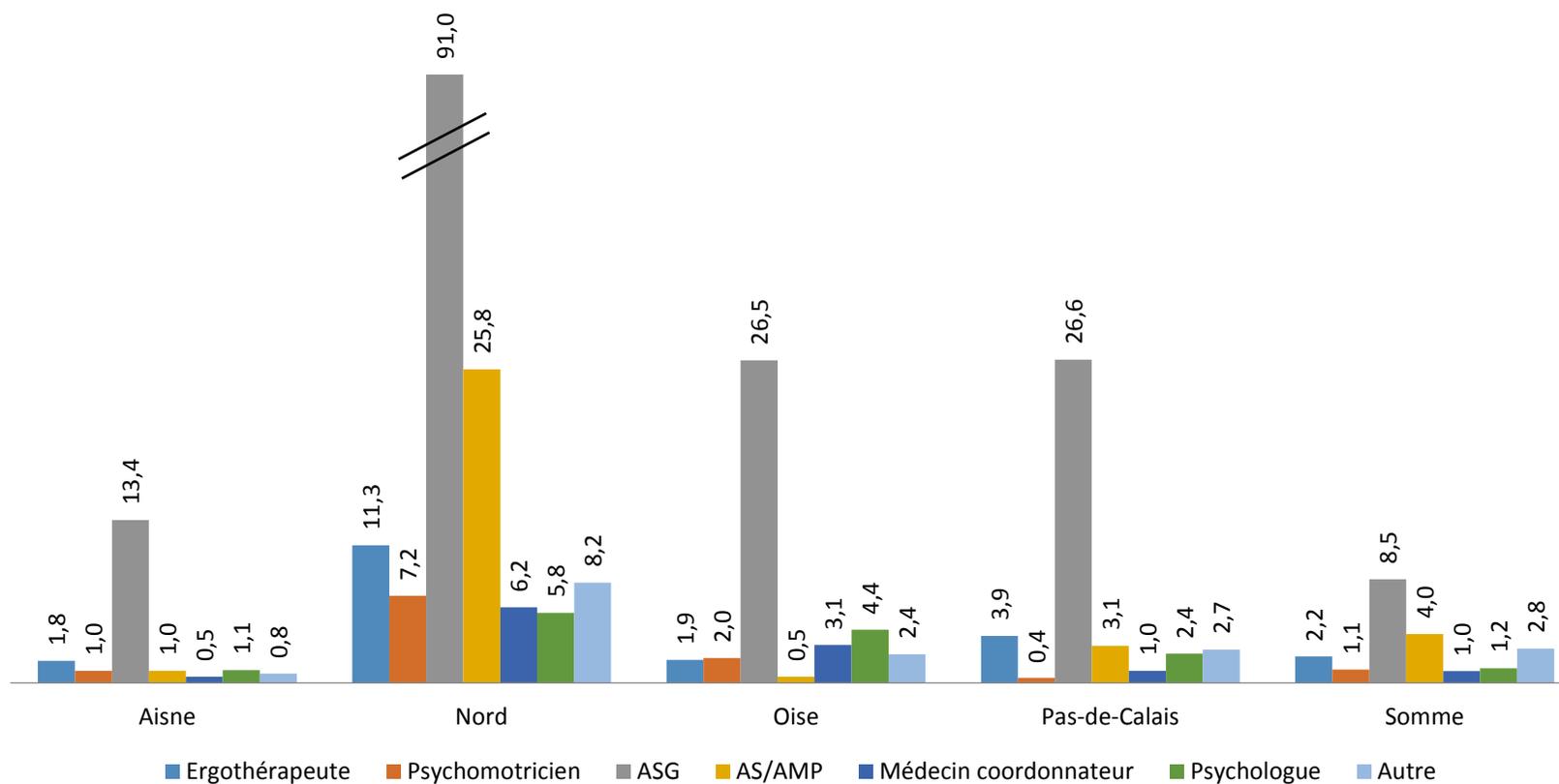
**Personnels des Pasa en 2019 (% des ETP)**



Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

<sup>26</sup> 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 2019**



Source : ARS - DST 2020 - Traitement OR2S

## Commentaires des Pasa

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

- la difficulté de recrutement de professionnels tels que les ergothérapeutes et psychomotriciens qui recherchent préférentiellement des temps pleins ;
- 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 ;
- un Pasa de Valenciennes indique avoir une salle de Snoezelen et de thérapie du voyage ;
- le Pasa de Wattrelos relate des familles satisfaites de la présence de leur parent au Pasa. Les sorties sont par contre moins bien appréciées par les familles, mais elles finissent par accepter la décision pluri-professionnelle basée sur des critères objectifs ;
- les Pasa de Beauvais font part d'échanges avec différents partenaires (l'Arche, le personnel de la mairie pour le jardinage, les blouses roses et la crèche) ;
- 2 PASA indiquent que la Covid a impacté les activités des Pasa.

## Annexes

## Sigles

Aggir	Autonomie gérontologie groupe iso ressources	DGAS	Direction générale de l'action sociale
Ahnac	Association hospitalière Nord Artois clinique	DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
AJ	Accueil de jour	DIU	Diplôme inter-universitaire
AMP	Aide médico-psychologique	DMS	Durée moyenne de séjour
ANCV	Agence nationale pour les chèques-vacances	DOMS	Direction de l'Offre Médico-Sociale
Apa	Activité physique adaptée	DSS	Direction de la Sécurité sociale
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris	DST	Direction de la stratégie et des territoires
ARS	Agence régionale de santé	EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
AS	Aide-soignant	Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ASG	Assistant de soins en gérontologie	EMG	Équipes Mobiles de Gériatrie
ASH	Agent des services hospitaliers	EMPG	Équipe mobile de psycho-gériatrie
ASHQ	Agent des services hospitaliers qualifiés	EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
AVC	Accident vasculaire cérébral	Esa	Équipes spécialisées Alzheimer
BNA	Base de données nationale française Alzheimer	ETP	Équivalent temps plein
CCAS	Centre communal d'action sociale	FIR	Fonds d'intervention régional
CESF	Conseillère en économie sociale et familiale	GCMS	Groupement de coopération médico-sociale
CGAS	Centre gériatrie accueil spécialisé	GCS	Groupement de coopération sanitaire
CHAM	Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	GHICL	Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
CH	Centre hospitalier	GHLH	Groupe hospitalier Loos Haubourdin
CHG	Centre hospitalier gériatrique	GHPA	Groupe hospitalier privé du Littoral-pôle Artois
CHI	Centre hospitalier intercommunal	GHPSO	Groupe hospitalier public Sud Oise
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire	GHSC	Groupe hospitalier de Seclin-Carvin
CHU	Centre hospitalier universitaire	Gir	Groupe iso-ressources
Cima	Corpus d'information minimal sur la maladie d'Alzheimer	G-Sep	Groupe septentrional d'études et de recherche sur la sclérose en plaques
Clic	Centre local d'information et de coordination	HAD	Hospitalisation à domicile
CM2R	Centre mémoire de ressources et de recherche	HJ	Hôpital de jour
CMP	Centre médico-psychologique	HM	Hôpital maritime
CMRT	Centre mémoire référent de territoire	HPM	Hôpital privé métropole
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie		
CSG	Court séjour gériatrique		

HT	Hébergement temporaire	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		
PMND	Plan maladies neuro-dégénératives		

## Tableaux de résultats

## EMG

**Lieux d'intervention des EMG en 2019 – Données par département**

	Service de médecine	Service de chirurgie	Urgences	Autres lieux	Total
Aisne	57%	12%	29%	3%	100%
Nord	38%	13%	45%	3%	100%
Oise	42%	21%	36%	1%	100%
Pas-de-Calais	22%	11%	63%	3%	100%
Somme	54%	12%	33%	1%	100%
Hauts-de-France	34%	13%	49%	3%	100%

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement ORZS

**Le personnel dédié à l'activité intrahospitalière (en nombre d'ETP) en 2019 - Données par département**

	Gériatre	Autre médecin	IDE	Assistant Social	Secrétaire	Psychologue	Ergothérapeute	Diététicien	Psychomotricien
Aisne	1,7	0,5	1,2	0,8	0,3	1,0			
Nord	10,6	0,7	15,1	3,1	2,9	1,1	1,7		
Oise	1,4		1,7	0,5	0,3	0,5			
Pas-de-Calais	4,7	0,1	10,7	2,4	4,0	0,5	0,9	0,5	
Somme	1,7	0,4	2,3	1,0	0,5				
<b>Hauts-de-France</b>	<b>20,1</b>	<b>1,7</b>	<b>30,9</b>	<b>7,8</b>	<b>8,0</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

### Capacité et activité des SSRG en 2019 - Données départementales

	Population de 75 ans et plus	Nombre de lits en SSRG	Lits en SSRG pour 1 000 hab. de 75 ans ou plus	Nombre de journées en SSRG	Journées en SSRG pour 1 000 hab. de 75 ans ou plus
Aisne	49 393	192	39	64 500	1 306
Nord	197 870	1 105	56	368 666	1 863
Oise	59 426	463	78	136 970	2 305
Pas-de-Calais	120 736	382	32	119 889	993
Somme	50 919	147	29	51 812	1 018
<b>Hauts-de-France</b>	<b>478 344</b>	<b>2 289</b>	<b>48</b>	<b>741 837</b>	<b>1 551</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

### Modes d'entrée en SSRG en 2019 – Données départementales

	Admissions directes	Mutations d'un CSG	Autres mutations	Total entrées
Aisne	37 %	60 %	4 %	100 %
Nord	20 %	46 %	34 %	100 %
Oise	21 %	66 %	13 %	100 %
Pas-de-Calais	7 %	67 %	26 %	100 %
Somme	27 %	66 %	6 %	100 %
<b>Hauts-de-France</b>	<b>20 %</b>	<b>56 %</b>	<b>24 %</b>	<b>100 %</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : Modes d'entrée rapportés par 55 SSRG (sur 56 interrogés)

## Mode de sortie en SSRG en 2019 – Données départementales

	Domicile	USLD	Autres transferts sanitaires	Établissements médico-sociaux	Décès	Total sorties
<b>Aisne</b>	59 %	4 %	14 %	15 %	8 %	100 %
<b>Nord</b>	63 %	3 %	15 %	11 %	8 %	100 %
<b>Oise</b>	62 %	8 %	13 %	10 %	7 %	100 %
<b>Pas-de-Calais</b>	67 %	3 %	13 %	10 %	7 %	100 %
<b>Somme</b>	54 %	4 %	9 %	23 %	10 %	100 %
<b>Hauts-de-France</b>	<b>63 %</b>	<b>4 %</b>	<b>14 %</b>	<b>12 %</b>	<b>8 %</b>	<b>100 %</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

Champ : Modes de sortie rapportés par 56 SSRG

USLD

## Personnel des USLD en 2019 (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	168	16,3	0,2	0,1	4,1	2,6	8,8	0,1	0,5
Nord	899	14,6	0,2	0,1	2,9	2,4	7,8	0,2	1,0
Oise	587	11,9	0,2	0,1	2,2	2,6	6,4	0,1	0,4
Pas-de-Calais	553	16,7	0,2	0,1	2,9	3,4	8,6	0,1	1,3
Somme	288	18,2	0,2	0,1	3,5	4,3	9,3	0,1	0,5
<b>Hauts-de-France</b>	<b>2 495</b>	<b>14,9</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>7,9</b>	<b>0,1</b>	<b>0,8</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - SAE - Traitement OR2S

Champ : données portant les 41 USLD interrogées

## Personnel des USLD en 2019 (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	41	17,3	0,0	0,3	5,6	1,5	8,5	0,0	1,4
Aisne-Nord	77	15,5	0,1	0,0	3,1	2,8	9,2	0,1	0,2
Aisne-Sud	50	16,8	0,4	0,0	4,6	3,2	8,4	0,0	0,2
Douaisis	75	18,3	0,2	0,1	2,9	3,1	10,9	0,2	0,9
Cambresis	58	11,9	0,0	0,2	3,0	2,9	5,7	0,0	0,1
Lille	158	7,7	0,2	0,0	2,2	0,0	4,7	0,1	0,5
Roubaix - Tourcoing	240	16,2	0,3	0,1	3,1	2,2	9,2	0,2	1,2
Dunkerquois	80	14,1	0,3	0,0	2,4	2,3	8,2	0,4	0,7
Valenciennois	158	15,9	0,3	0,0	3,5	3,0	7,4	0,1	1,6
Sambre Avesnois	70	17,6	0,4	0,0	3,0	4,0	8,1	0,3	1,9
Flandre Intérieure	60	17,9	0,3	0,0	3,5	4,1	8,5	0,3	1,2
Oise-Ouest	379	9,2	0,0	0,1	1,8	1,3	5,9	0,0	0,1
Oise-Est	208	16,8	0,4	0,0	3,1	4,9	7,3	0,1	1,0
Béthune - Bruay	100	16,8	0,2	0,2	3,2	2,6	7,5	0,2	2,9
Lens - Hénin	148	17,6	0,4	0,0	2,8	5,2	8,1	0,2	0,9
Arrageois	110	14,5	0,2	0,2	2,5	1,3	10,4	0,0	0,0
Calais	30	18,6	0,2	0,0	2,5	5,3	8,7	0,0	1,8
Audomarois	80	15,5	0,1	0,1	3,1	2,6	7,6	0,1	1,9
Montreuillois	25	19,3	0,4	0,0	5,0	4,8	8,6	0,0	0,4
Boulonnais	60	17,7	0,2	0,0	2,4	4,0	9,7	0,2	1,2
Somme-Ouest	98	17,8	0,0	0,1	3,0	4,1	10,4	0,0	0,2
Somme-Centre	130	18,9	0,2	0,2	4,1	5,4	8,5	0,0	0,5
Somme-Est	60	17,3	0,5	0,1	3,3	2,5	9,4	0,5	1,0
<b>Hauts-de-France</b>	<b>2 495</b>	<b>14,9</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>7,9</b>	<b>0,1</b>	<b>0,8</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - SAE - Traitement OR2S

Champ : données portant sur les 41 USLD interrogées

## UHR

## Personnel réservé aux soins en UHR en 2019 (en ETP)

	Total	IDEC	Ergothérapeute Psychomotricien	ASG	AS / AMP (en cours de formation ASG)	AS / AMP (non formés ASG)	Médecin coordonnateur	Psychologue	Autres (précisions)
CH de Saint-Quentin	NR								
CH de Château-Thierry	NR								
Polyclinique de Grande-Synthe	NR								
CH d'Hazebrouck	6,1	0	0,2	5,5	0	0	0,2	0,2	Aucun moyen humain supplémentaire n'avait été financé à l'occasion de l'ouverture de l'UHR
CHU de Lille	NR								
EHPAD Saint-Antoine-de-Padoue	4,2	0,1	0,3	3,5	0	0	0,1	0,2	
GH Seclin Carvin	NR								
GH Loos Haubourdin	NR								
CH de Tourcoing	6,01		0,16	2,8	0,7	2,1	0,25		
CHI Wasquehal	7	1	0,2	4,9	0,7	0	0,1	0,1	
CH Le Cateau Cambrésis	12,02	1,12	0,2	6		4,5			0,2 cadre de santé
CH de Douai	9,76	0	0,25	3	0	6,16	0,25	0,1	
CH de Somain	9,56	1	0	0	8,16	0	0,2	0	0,05 pharmacien 0,15 préparateur 0,1 socio-esthéticienne 0,15 cadre de santé 0,03 STAPS 2,25 ASH 0,2 cadre de santé
CH Le Quesnoy	6,03	0,5	0,23	0,67	1	0,6	0,4	0,1	
CH de Valenciennes	15,22	2	0,5	4,9	0	7,42	0,2	0	
CH de Saint-Amand-les-Eaux	NR								
CH de Beauvais	12,1	3,5	0,4	3,5		4,6	0,1		
CHI Compiègne-Noyon	12,07	3,5		0,42		7,85			0,30 cadre de santé
CH de Boulogne-sur-Mer	12,3	1	0,5	5,6		5	0,2		
CH de Calais	6,5	2		4,5					
CH d'Aire-sur-la-Lys	5,85	0,5	0,5	2	0	1,75	0,1	0	1 STAPS 0,03 ASHQ
CH de Béthune-Beuvry	3,91			3,88					
CH du Ternois	NR								
CH d'Arras	14,2		1		10,8	2	0,2	0,2	
EHPAD Bully-les-Mines	NR								
CH de Lens	NR								
CHAM	NR								
CHI de la Baie de Somme	4,5	0,1	0,1	1,8	0	2	0	0	0,5 éducatrice spécialisée 1 ASH 0,20 cadre 0,50 animateur 0,20 diététicien
CH de Corbie	17,2	2	0,5	2	2	6,8		2	
<b>Hauts-de-France</b>	<b>152,43</b>	<b>14,82</b>	<b>4,64</b>	<b>51,47</b>	<b>23,36</b>	<b>46,18</b>	<b>2,2</b>	<b>2,9</b>	<b>6,86</b>

Champ : 19 UHR répondantes

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

## Personnel réservé à la dépendance en UHR en 2019 (en ETP)

	Total	IDEC	Ergothérapeute Psychomotricien	ASG	AS / AMP (en cours de formation ASG)	AS / AMP (non formés ASG)	Médecin coordonnateur	Psychologue	Autres (précisions)
CH de Saint-Quentin	NR								
CH de Château-Thierry	NR								
Polyclinique de Grande-Synthe	NR								
CH d'Hazebrouck	0	0	0	0	0	0	0	0	Aucun moyen humain supplémentaire n'avait été financé à l'occasion de l'ouverture de l'UHR.
CHU de Lille	0								
EHPAD Saint-Antoine-de-Padoue	0	0	0	0	0	0	0		
GH Seclin Carvin	NR								
GH Loos Haubourdin	NR								
CH de Tourcoing	2,46			1,2	0,3	0,9		0,06	
CHI Wasquehal	2,4			2,1	0,3				
CH Le Cateau Cambrésis	4,69			2,29		2		0,2	
CH de Douai	2,64					2,64			
CH de Somain	3,66				3,46			0,2	
CH Le Quesnoy	5,03	0,5		0,33	1	3,2			
CH de Valenciennes	5,78			2,1		3,18		0,5	
CH de Saint-Amand-les-Eaux	NR								
CH de Beauvais	2,05					1,95		0,1	
CHI Compiègne-Noyon	4,57					3,95	0,2	0,04	0,98 ASH
CH de Boulogne-sur-Mer	2,9			2,4				0,5	
CH de Calais	NR								
CH d'Aire-sur-la-Lys	0,75					0,75			
CH de Béthune-Beuvry	2,23			2,23					
CH du Ternois	NR								
CH d'Arras	NR								
EHPAD Bully-les-Mines	NR								
CH de Lens	NR								
CHAM	NR								
CHI de la Baie de Somme	NR								
CH de Corbie	NR								
<b>Hauts-de-France</b>	<b>35,93</b>	<b>0,5</b>	<b>0,0</b>	<b>12,65</b>	<b>5,06</b>	<b>16,02</b>	<b>0,2</b>	<b>1,5</b>	<b>1,18</b>

Champ : 15 UHR répondantes

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

### Activité des UCC en 2019 - 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	145	NR	35
Nord	Flandre Intérieure	Centre médical des Monts de Flandre	15	172	4 257	26
Nord	Lille	CHU de Lille	12	76	4 007	43
Nord	Douaisis	SAS Clinique St ROCH - Marchiennes	19	126	6 292	50
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	10	69	2 595	46
Nord	Sambre Avesnois	CH d'Hautmont	20	NR	238	28
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	12	148	4 398	34
Oise	Oise-Ouest	Institut médical de Breteuil	12	NR	NR	55
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	9	48	1 102	20
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	14	138	4 366	37
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	9	45	1 511	45
Pas-de-Calais	Lens - Hénin	Polyclinique de Riaumont (Ahnac)	12	137	3 982	29
Somme	Somme-Centre	CHU d'Amiens	10	111	2 933	NR
<b>Hauts-de-France</b>			<b>169</b>	<b>1 215</b>	<b>35 681</b>	<b>32</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

### Activité des UCC en 2019 - Données départementales

	Nombre de lits	Nombre total de séjours (lits et places)	Nombre de journée de + de 24h	DMS (en j)
Aisne	15	145	0	35
Nord	88	591	21 787	38
Oise	12	0	0	
Pas-de-Calais	44	368	10 961	33
Somme	10	111	2 933	0
<b>Hauts-de-France</b>	<b>169</b>	<b>1 215</b>	<b>35 681</b>	<b>32</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

## Répartition des modes d'entrée et mode de sortie en UCC en 2019 - 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	71 %	27 %	3 %	54 %	0 %	7 %	31 %	8 %	0 %
Nord	Flandre Intérieure	Centre médical des Monts de Flandre	58 %	1 %	41 %	62 %	6 %	17 %	14 %	1 %	0 %
Nord	Lille	CHU de Lille	45 %	50 %	5 %	58 %	12 %	20 %	5 %	5 %	0 %
Nord	Douaisis	SAS Clinique St ROCH - Marchiennes	25 %	32 %	43 %	38 %	0 %	14 %	42 %	5 %	0 %
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	69 %	31 %	0 %	62 %	29 %	2 %	2 %	6 %	0 %
Nord	Sambre Avesnois	CH d'Hautmont	45 %	49 %	6 %	48 %	2 %	13 %	35 %	1 %	0 %
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	59 %	41 %	1 %	37 %	2 %	9 %	40 %	6 %	6 %
Oise	Oise-Ouest	Institut médical de Breteuil	35 %	62 %	3 %	26 %	68 %	4 %	1 %	1 %	0 %
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	29 %	60 %	10 %	49 %	6 %	15 %	30 %	0 %	0 %
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	28 %	70 %	2 %	72 %	1 %	13 %	10 %	4 %	0 %
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	13 %	84 %	2 %	63 %	0 %	0 %	34 %	3 %	0 %
Pas-de-Calais	Lens - Hénin	Polyclinique de Riaumont (Ahnac)	46 %	29 %	24 %	22 %	3 %	18 %	53 %	4 %	0 %
Somme	Somme-Centre	CHU d'Amiens	44 %	0 %	56 %	41 %	25 %	17 %	16 %	1 %	0 %
<b>Hauts-de-France</b>			<b>47 %</b>	<b>37 %</b>	<b>16 %</b>	<b>48 %</b>	<b>9 %</b>	<b>12 %</b>	<b>26 %</b>	<b>4 %</b>	<b>1 %</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

## Répartition des modes d'entrée et mode de sortie en UCC en 2019 - 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	71 %	27 %	3 %	54 %	0 %	7 %	31 %	8 %	0 %
Nord	49 %	33 %	18 %	50 %	6 %	13 %	26 %	3 %	1 %
Oise	35 %	62 %	3 %	26 %	68 %	4 %	1 %	1 %	0 %
Pas-de-Calais	34 %	54 %	12 %	48 %	2 %	14 %	32 %	3 %	0 %
Somme	44 %	0 %	56 %	41 %	25 %	17 %	16 %	1 %	0 %
<b>Hauts-de-France</b>	47 %	37 %	16 %	48 %	9 %	12 %	26 %	4 %	1 %

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR25

## Le personnel en UCC en 2019 - Données par établissement

Département	Territoire	Établissement	Total ETP	Gériatre	Autres médecins	Aide-soignant	IDE	Assistant social	Kinésithérapeute	Diététicien	Psychologue	Ergothérapeute	Orthophoniste	Psychomotricien	Staps	Autres
Aisne	Aisne-Sud	Hôpital Villiers Saint-Denis	21,7	1		8,7	7,08	0,39	0,79	0,18	0,48	0,46	0,09	0,37		2,09 Agents de soins / 0,09 AMP
Nord	Flandre Intérieure	Centre médical des Monts de Flandre	30,9		0,5 psychiatre 0,8 neurologue	13,2	10,75	0,6			0,3	0,5				0,5 Cadre supérieur de santé 0,92 Cadre de santé / 2,7 Personnel administratif / 0,13 Agent des services hospitaliers
Nord	Lille	CHU de Lille	22,3	0,5		6,5	10,6	0,5	0,5	0,05	0,8	0,25		0,3		1.8 ASH Agent Service Hospitalier 0.2 Cadre de santé 0.3 secrétaire médicale
Nord	Douaisis	SAS Clinique St ROCH - Marchiennes	12,0	1	0,05 Généraliste, DIU MPR 0,05 autre	4,5	4	0,2	1	0,1	0,2	0,2		0,5	0,2	
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	15,8	1	0,15 psychiatre	5,8	4,22	0,3	0,35	0,1	0,22	0,05		0,5	0,35	2.7 etp (ASL, cadre, secrétaire)
Nord	Sambre Avesnois	CH d'Hautmont	23,7	1,1	0,1 autre	8,5	6,5	1	1	0,5	1	1		0	0,5	Cadre de santé :1 ASHQ :1 Animateur : 0,5
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	16,9	0,8		6,3	4,75	0,4	0,2	0,05	0,4	0,5	0,2	0,5	0,4	Cadre de santé: 0,30 ETP Socio-esthéticienne: 0,10 ETP ASH: 2 ETP
Oise	Oise-Ouest	Institut médical de Breteuil	12,1	0,5		7,5	2	0,4	0,4		0,4	0,2		0,2		0,5 Neuropsychologue Equithérapie 1,5 heure par mois. Musicothérapeute 1,5 heure par mois
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	NR													
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	14,8	0,5		9	1,8							1		2,5 personnel de nuit
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	5,0	0,5		3	1	0,1			0,2	0,2				
Pas-de-Calais	Lens - Hénin	Polyclinique de Riaumont (Ahnac)	13,76	0,5		7,5	3,8	0,2	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1	0,4	0,33	
Somme	Somme-Centre	CHU d'Amiens	NR													
<b>Hauts-de-France</b>			<b>188,8</b>	<b>7,4</b>	<b>1,65</b>	<b>80,6</b>	<b>56,5</b>	<b>4,09</b>	<b>4,34</b>	<b>1,08</b>	<b>4,4</b>	<b>3,56</b>	<b>0,39</b>	<b>3,77</b>	<b>1,78</b>	<b>19,33</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

### 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	21,7	1	0	8,66	7,08	0,39	0,79	0,18	0,48	0,46	0,09	0,37	0	2,18
Nord	121,6	4,4	1,65	44,81	40,82	3	3,05	0,8	2,92	2,5	0,2	1,8	1,45	14,15
Oise	12,1	0,5	0	7,5	2	0,4	0,4	0	0,4	0,2	0	0,2	0	0,5
Pas-de-Calais	33,5	1,5	0	19,58	6,6	0,3	0,1	0,1	0,6	0,4	0,1	1,4	0,33	2,5
Somme	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Hauts-de-France</b>	<b>188,8</b>	<b>7,4</b>	<b>1,65</b>	<b>81</b>	<b>57</b>	<b>4,09</b>	<b>4,34</b>	<b>1,08</b>	<b>4,4</b>	<b>3,56</b>	<b>0,39</b>	<b>3,77</b>	<b>1,78</b>	<b>19,33</b>

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S





Agence régionale de santé des Hauts-de-France  
556 avenue Willy Brandt  
59777 EURALILLE

Observatoire régional de la santé et du social de Picardie  
Faculté de médecine  
3 rue des Louvels  
80036 AMIENS Cedex 1

Date de publication : décembre 2020