

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

Activités 2017



décembre 2018

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

Il a été rédigé par :

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

Sommaire

Sommaire.....	3
Avant-propos	8
Périmètre géographique.....	9
Données démographiques.....	10
Partie I : Le bilan gériatrique	11
Les filières gériatriques de la région en 2017	12
Filières gériatriques en 2017 - Déclarations des établissements de l’Aisne.....	13
Filières gériatriques en 2017 - Déclarations des établissements du Nord	14
Filières gériatriques en 2017 - Déclarations des établissements de l’Oise	15
Filières gériatriques en 2017 - Déclarations des établissements du Pas-de-Calais.....	16
Filières gériatriques en 2017 - Déclarations des établissements de la Somme	17
Les courts séjours gériatriques déclarés.....	18
Implantation des CSG	18
Capacité des CSG	20
Activité des CSG*	22
Les séjours générés.....	22
La durée moyenne de séjour	23
Modes d’entrée et de sortie en CSG*	24
Les entrées.....	24
Les sorties	25
Personnel des CSG	26
Plan de formation dans les CSG.....	28
Les équipes mobiles gériatriques	29
Implantation des EMG.....	30
Activité des EMG intrahospitalières	31
La file active	31
Les interventions	32
Personnel dédié à l’activité intrahospitalière.....	33
Équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières	34
Les équipes mobiles intervenant en EHPAD.....	35

Focus sur l'équipe mobile en EHPAD de Denain (EMGIE PAERPA)	37
Focus sur l'équipe mobile de psychogériatrie (EMPG) à domicile de Valenciennes PAERPA (résultats de l'évaluation).....	37
Les hôpitaux de jour gériatriques.....	39
Implantation des hôpitaux de jour gériatriques déclarés	39
Activité des HJ gériatriques déclarés.....	41
Personnel des HJ gériatriques	42
Les soins de suite et réadaptation gériatriques	46
Implantation des SSRG autorisés.....	46
Capacité des SSRG autorisés.....	49
Activité des SSRG	50
Durée moyenne de séjour en SSRG	51
Modes d'entrée et de sortie en SSRG.....	51
Personnel des SSRG autorisés	53
Les unités de soins longue durée	55
Implantation des USLD autorisées.....	55
Capacité des USLD	57
Activités des USLD autorisées.....	58
Personnel des USLD autorisées	58
Partie II : Bilan du Plan maladies neuro-dégénératives.....	59
Préambule	60
Les consultations mémoire.....	61
La BNA.....	61
Méthodologie	62
L'implantation des consultations mémoire en 2017	63
La file active	64
Le mode d'entrée	65
Le personnel	66
Les unités cognitivo-comportementales	67
Implantation des UCC labellisées	67
Les entrées et les sorties	69
Personnel des UCC.....	71
Les unités d'hébergement renforcées.....	72

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
Mesure n°28 : Développement et diversification des structures de répit - les plateformes d'accompagnement et de répit	81
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	88
Prestations réalisées par d'autres associations.....	91
Lien avec l'accueil de jour.....	92
Personnel	92
Partenariat.....	93
Insuffisance concernant l'offre sur le territoire	93
Financement.....	94
<i>Counseling</i>	95
Présentation générale	95
Méthodologie	95
Analyse des données des bilans d'activité 2017	96
Actions de sensibilisation des services intervenant au domicile (SIAD) pour le repérage et l'alerte des risques d'épuisement des aidants.....	101
Présentation générale	101
Méthodologie	101
Actions financées et actions réalisées par l'ARS en 2017.....	102
Analyse des données des bilans d'activité 2017	103

Mesure n°50 : Actions de formation des aidants	108
Présentation générale	108
Méthodologie	108
État des lieux dans la région	109
Actions financées et actions réalisées par l'ARS entre 2012 et 2017	109
Actions de formations programmées en 2018-2019	111
Aspects financiers	112
Analyse des données des bilans d'activité 2017	113
Les types de porteur	113
Données sur les formations	113
Difficultés à mobiliser les aidants	114
Les intervenants	116
Mobilisation des partenaires	116
Données concernant les aidants	117
Données concernant la personne aidée	120
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	121
Présentation générale	121
Implantation des MAIA	122
Type de porteurs	122
Analyse des données d'activité	123
Méthodologie	123
Table de concertation stratégique et tactique	123
Guichet intégré	125
Gestion de cas	128
Thématiques des groupes de travail	131
MAIA 25	131
Difficultés rencontrées par les MAIA	132
Mesure 22 : Renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention des professionnels spécialisés : les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (Esa)	133
Présentation générale	133
État des lieux dans la région	134
Méthodologie	134
Ouverture effective des Esa	135

Porteurs des Esa	135
File active	136
File active par département	136
File active par Esa	136
File active par place autorisée	136
File active par semaine	137
Prescripteurs des séances	138
Diagnostics des patients	140
Sexe et âge moyen des patients	141
MMSE (<i>Mini-mental state evaluation</i>)	141
Niveau de dépendance (Gir) des patients	142
Séances réalisées	143
Durée moyenne de prise en charge (en semaines)	144
Objectif de séances réalisées	145
Niveau de réalisation des séances réalisées	145
Personnel	146
Frais de déplacement	147
Synthèse des commentaires	147
Conclusion	148
Annexes	149
Sigles	149
Tableaux de résultats	151
EMG	151
SSRG	154
USLD	156
UHR	158
Consultations mémoire	160
UCC	163

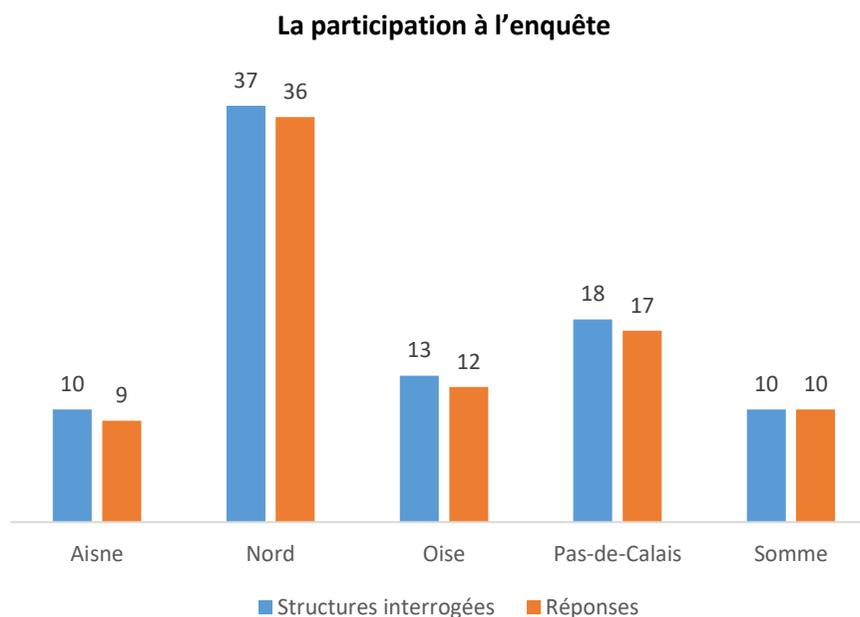
Avant-propos

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 (départemental) et infra-départemental.

Cette année, le taux de réponse de l'enquête gériatrie hospitalière est de 95 %. Il est en progression par rapport à l'année précédente (88 %) et est homogène selon les départements.



Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Périmètre géographique

Les territoires



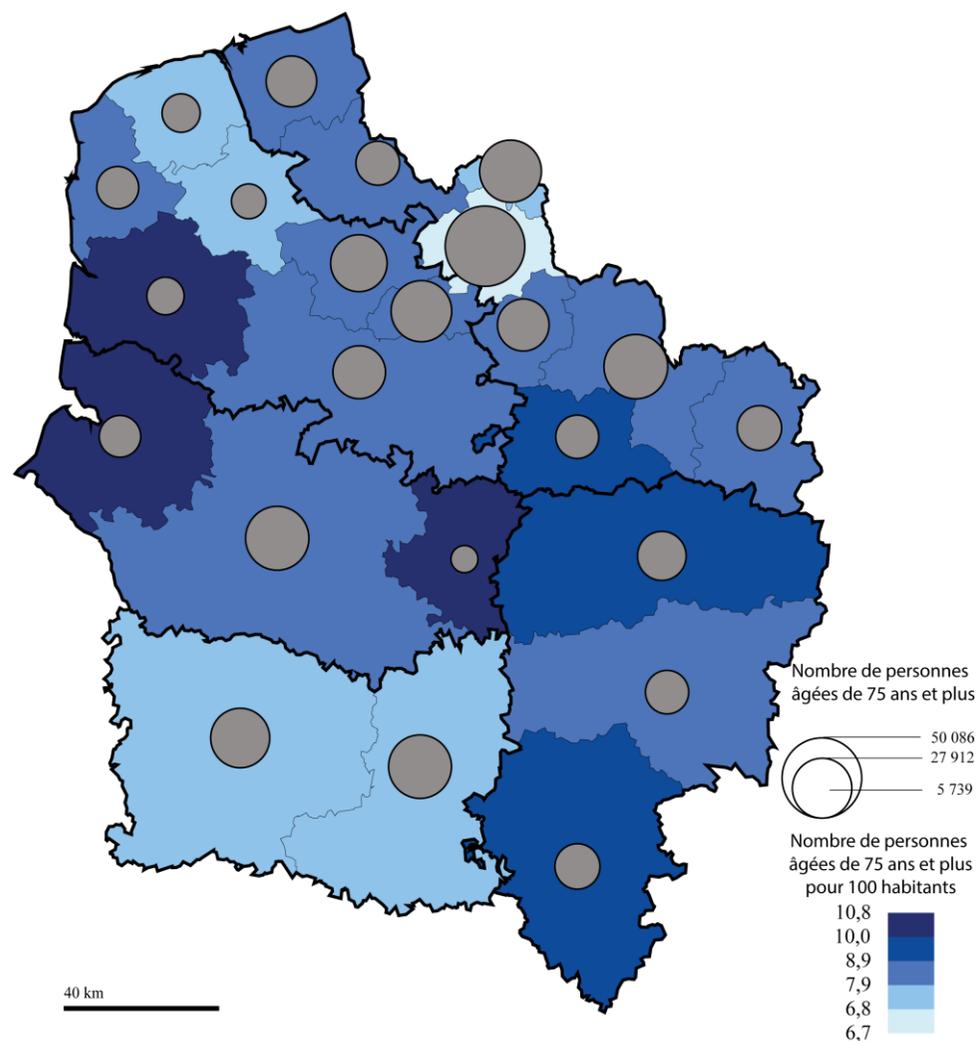
Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

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 Somme-Est (Péronne et ses environs) ne peut être traitée isolément du fait de son poids démographique. Il est différencié de la zone Somme-Centre (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 : RP2015 Insee - Traitement OR2S

Population âgée de 75 ans et plus par département

	Population totale	Population de 75 ans et plus	Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus pour 100 habitants
Aisne	538 659	49 444	9,2
Nord	2 605 238	198 105	7,6
Oise	821 552	58 896	7,2
Pas-de-Calais	1 472 648	122 645	8,3
Somme	571 879	50 991	8,9
Hauts-de-France	6 009 976	480 081	8,0

Source : RP2015 Insee - Traitement OR2S

Au RP 2015, les Hauts-de-France comptent 480 000 habitants âgés de 75 ans et plus, soit 8,0 % de la population totale. L'Oise et le Nord affichent une part de population âgée de 75 ans et plus inférieure à celles des autres départements. À l'inverse, l'Aisne et la Somme se caractérisent par une plus grande proportion de personnes âgées de 75 ans et plus, proportion qui se rapproche du niveau hexagonal (9,3 %).

Les zones les plus « âgées » sont : Somme-Ouest (10,8 % de la population sont âgés d'au moins 75 ans), Somme-Est (10,0 %) et le Montreuillois (10,0 %). Les territoires pour lesquels les pourcentages de 75 ans et plus sont les plus faibles sont : Lille (6,7 %), Roubaix - Tourcoing (6,9 %), le Calaisis (6,9 %) et Oise-Ouest (7,1 %).

Partie I : Le bilan gériatrique

Les filières gériatriques de la région en 2017

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 2017 - Déclarations des établissements de l'Aisne

Territoire	Établissement	Unités et structures constituant le pôle-filière interne
Aisne-Nord	CH de Guise	SSRG - USLD - EHPAD
	CH Le Nouvion-en-Thiérache	EHPAD - Pasa - AJ - HT - UHR dossier de demande de création déposé à l'ARS en décembre 2016
	CH de Saint-Quentin	CSG - EMG - HJ - SSRG - USLD - UHR - EHPAD - AJ - consultation mémoire
	Maison de santé de Bohain-en-Vermandois	USLD - EHPAD
Aisne-Centre	CHG La Fère	CSG - HJ - 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 - 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

Filières gériatriques en 2017 - 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	CSG - EMG - HJ - SSRG - USLD - EHPAD - Pasa - PFR SSRG SSRG - UCC- EHPAD - consultation mémoire
Lille	CHRU Lille CH de Seclin-Carvin GHICL (Saint-Philibert, Saint-Vincent-de-Paul) Groupe hospitalier Loos Haubourdin Centre Féron-Vrau La Mitterie - Lomme	CSG - HJ - SSR - UCC - USLD - UHR - EHPAD - EMG - EMPG - consultation mémoire - CM2R CSG - HJ - consultation mémoire - EMG - SSRG - UCC - USLD - EHPAD - Pasa - UHR - HT - accueil de jour - PFR Carvin CSG - EMG - HJ - SSRG - consultation mémoire sur les 2 sites Accueil de jour - UCC - UHR - SSRG - EHPAD UHR - PFR SSRG
Roubaix - Tourcoing	Groupe Ramsay (Saint Jean, La Victoire, Lys) CH de Tourcoing CH de Roubaix Clinique Saint-Roch Roncq Clinique de Villeneuve d'Ascq* CHI Wasquehal CH de Wattrelos	CSG - HJ - SSRG CSG - EMG - HJ - SSRG - EHPAD - USLD - consultation mémoire - UHR - Pasa CSG - EHPAD/USLD - SSRG - HJ - consultation mémoire - EMG SSRG SSRG SSRG - USLD - EHPAD SSRG
Cambrésis	CH de Cambrai SAS Clinique Saint-Roch CH Le Cateau	CSG - HJ - SSRG - USLD - EMG - consultation mémoire SSRG CSG - EHPAD- accueil de jour - PFR
Douaisis	CH de Douai La Plaine de Scarpe de Lallaing UGSS du château de la Motte de Marchiennes CH de Somain	CSG - EMG - HJ - SSRG - USLD - UHR - EHPAD - accueil de jour - consultation mémoire - PFR SSRG SSRG - UCC SSRG
Dunkerquois	CH de Dunkerque Polyclinique de Grande-Synthe CH de Zuydcoote	CSG - HJ - EMG - EHPAD dont HT- consultation mémoire CSG - USLD - SSRG - UCC- UHR SSRG
Sambre Avesnois	CH d'Avesnes CH d'Hautmont CH de Sambre Avesnois CH Fourmies CH de Jeumont CH de Felleries-Liessies	CSG- HJ - SSRG- USLD- EHPAD UCC - SSRG - USLD CSG - EMG - consultation mémoire USLD - EHPAD 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 - EHPAD - Pasa - EMG - consultation mémoire - PFR SSRG CSG - HJ - SSRG - EHPAD - USLD - EMG - Paerpa CSG - HJ - SSRG - UHR - USLD - EHPAD - EMG - consultation mémoire CSG USLD - SSRG

Filières gériatriques en 2017 - Déclarations des établissements de l'Oise

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

Filières gériatriques en 2017 - 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)	CSG - HJ - SSRG
	CH de Béthune	CSG - HJ - SSRG - USLD - EHPAD - UHR - consultation mémoire - EMG - EMPG - PFR
	Auchel - La Manaie	SSRG - USLD
Arrageois	CH d'Arras	CSG - HJ - SSRG - USLD - UCC - EHPAD - UHR - consultation mémoire - AJ - EMG - EMPG - Pasa
	CH du Ternois	SSRG - USLD - UHR - EHPAD - AJ - HT - consultation mémoire - PFR
	CH de Bapaume	SSRG
Audomarois	CH de Saint-Omer	CSG - HJ - SSRG - USLD - EMG
	CH Aire-sur-la-Lys	USLD
Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	CSG - HJ - SSRG - USLD - UCC - EHPAD - AJ - HT - UHR - EMG - consultation mémoire
Calais	CH de Calais	CSG - HJ - USLD - EHPAD - AJ - UHR - consultation mémoire - PFR
Montreuillois	Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer	CSG - EMG - HJ - SSR Gériatrique - USLD - UCC - EHPAD - AJ - consultation mémoire - PFR
	Clinique Les Acacias	SSRG
	Fondation Hopale	Consultation mémoire
Lens - Hénin	CH de Seclin-Carvin	CSG - HJ - consultation mémoire - EMG - SSRG - UCC - USLD - EHPAD - Pasa - UHR - HT - accueil de jour - PFR Carvin
	CH Hénin-Beaumont	CSG - HJ - SSRG - USLD - EHPAD
	Polyclinique Riamont	CSG - SSRG - HJ - UCC - USLD - EHPAD - EMG - Pasa (avis favorable ARS Novembre 2016)
	CH de Lens	CSG - HJ - AJ - EHPAD - UHR - EMG - consultation mémoire

Filières gériatriques en 2017 - Déclarations des établissements de la Somme

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

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.**

Implantation des CSG

En 2017, la région compte 44 unités de courts séjours gériatriques déclarés par les établissements de santé (ils étaient 42 en 2016).

Aisne

CH de Soissons
CH de Château-Thierry
CHG de La Fère
CH de Laon
CH de Saint-Quentin
CH du Nouvion-en-Thiérache

Nord

CH d'Armentières
CHRU de Lille
Cliniques Ramsay (Val de Lys/La Victoire)
GSCH - CH de Seclin
CH de Tourcoing
CH de Roubaix
CH de Cambrai
CH Le Cateau
CH de Douai

CH de Dunkerque
Polyclinique de Grande-Synthe
CH d'Avesnes
CH de Sambre Avesnois
CH Le Quesnoy
CH de Denain
CH de Valenciennes
CH de Saint-Amand-les-Eaux
GHICL (CH Saint-Philibert Lomme, CH Saint-Vincent-de-Paul Lille)
CH de Fourmies

Oise

CH de Beauvais
CHI de Compiègne - Noyon
GHPSO de Creil - Senlis
Hôpital Villemin - Paul Doumer de Liancourt (APHP)

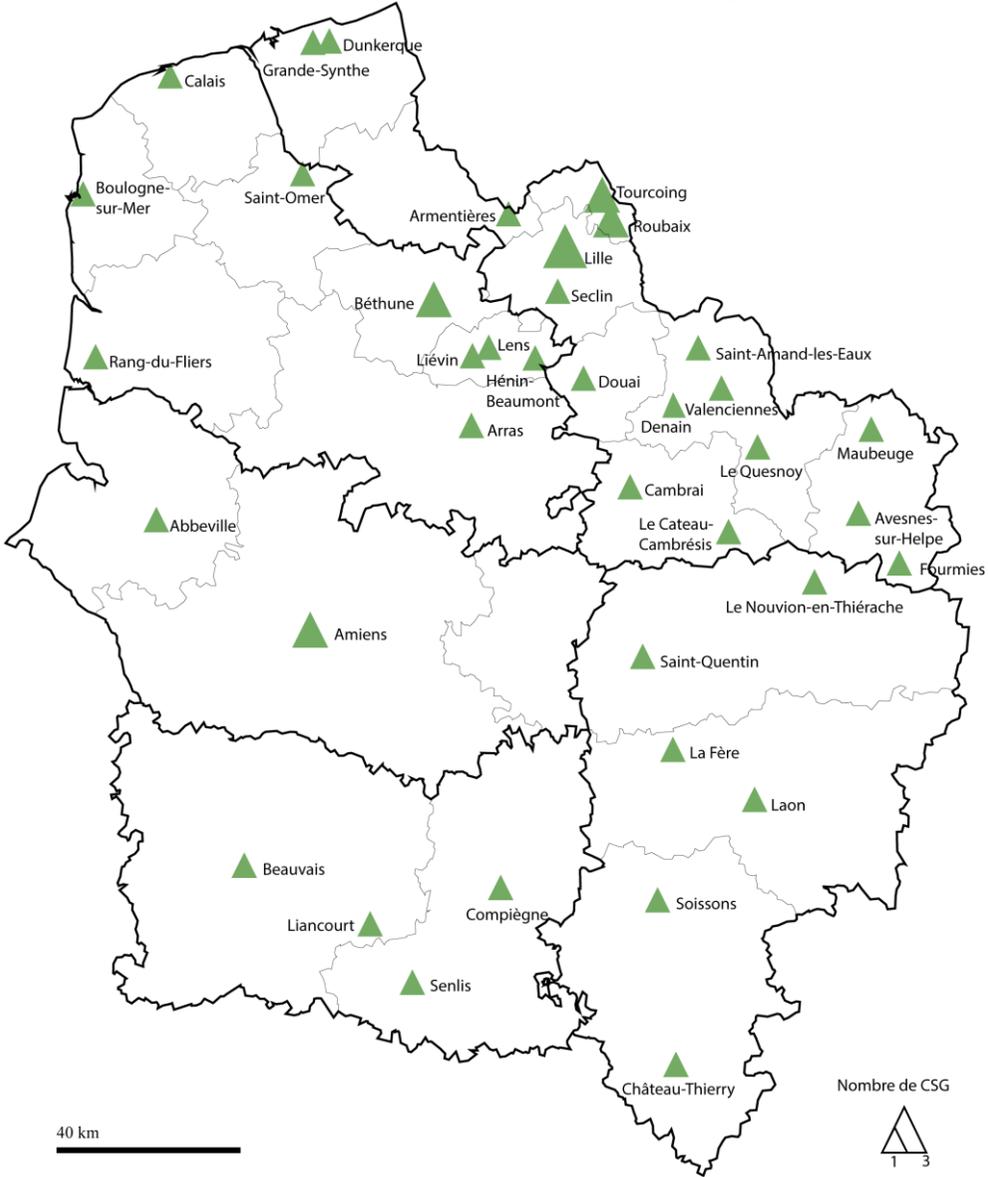
Pas-de-Calais

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

Somme

CH Abbeville
CHU Amiens
Groupe Santé Victor Pauchet

Implantation des établissements déclarant le court séjour gériatrique en 2017



En 2017, les Hauts-de-France comptaient 44 établissements de court séjour gériatriques (CSG) déclarés :

- 6 dans l’Aisne,
- 21 dans le Nord,
- 4 dans l’Oise,
- 10 dans le Pas-de-Calais,
- 3 dans la Somme.

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

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Capacité des CSG

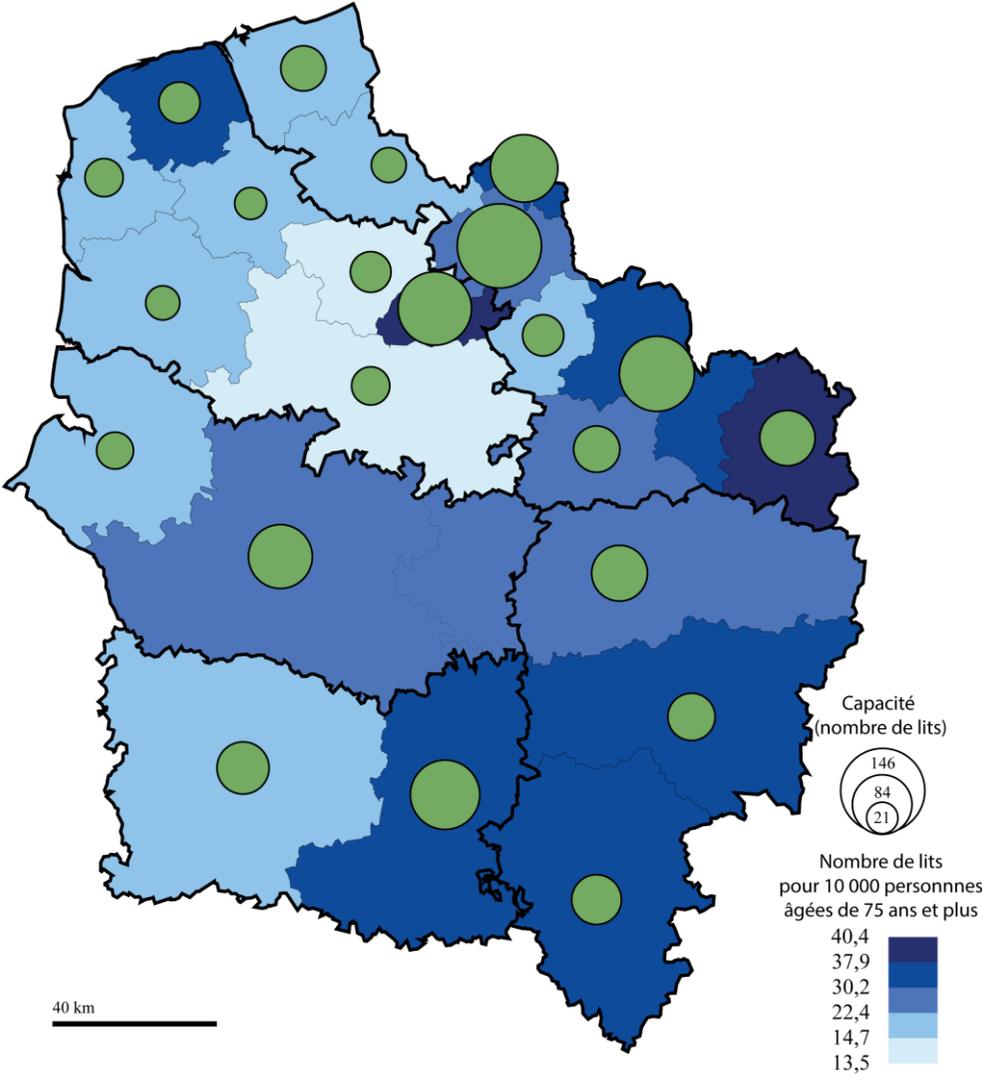
Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : le court séjour gériatrique doit disposer au minimum de 20 lits.

En 2017, la région possède une capacité totale de 1 278 lits CSG déclarés répartis dans 44 structures (soit une augmentation de 7 % depuis 2016 où 1 195 lits étaient dénombrés). La capacité la plus petite est de 9 lits pour un CSG déclaré (Clinique du Val de Lys – Ramsay, Tourcoing), alors que la plus élevée est de 69 lits (CHU Amiens), 6 des 44 structures recensées disposant de lits en CSG ont une capacité inférieure à 20 lits. Au regard de la population âgée et selon le zonage retenu (cf. page 9), la capacité est au niveau régional de 27 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus (25 pour 10 000 en 2016). La capacité varie entre 13 (Béthune - Bruay) et 40 lits (Sambre Avesnois) pour 10 000 habitants de 75 ans et plus.

À l'échelle des départements, l'Aisne présente des capacités supérieures aux autres départements (33 pour 10 000 habitants de 75 ans et plus). Le Nord et l'Oise ont des capacités médianes (respectivement 29 et 26), tandis que le Pas-de-Calais et la Somme se démarquent avec une offre en lits de court séjour gériatrique en deçà de celle observée en moyenne dans la région (23 et 22 contre 26 dans les Hauts-de-France).

Les zones de Béthune – Bruay, de l'Arrageois, de Flandre intérieure et du Douaisis sont particulièrement moins bien dotés (moins de 20 lits pour 10 000 personnes de 75 ans et plus).

Nombre de lits CSG déclarés en 2017 et taux d'équipement par territoire



Source : ARS - DST 2018, RP2015 Insee - Traitement OR2S

Nombre de lits CSG installés en 2017 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	49 444	161	33
Nord	198 105	565	29
Oise	58 896	155	26
Pas-de-Calais	122 645	285	23
Somme	50 991	112	22
Hauts-de-France	480 081	1278	27

Source : ARS - DST 2018, RP2015 Insee - Traitement OR2S

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.

42 000 séjours pour un peu plus de 420 000 journées.

En 2017, les établissements proposant un court séjour gériatrique ont comptabilisé 42 000 séjours pour près de 420 000 journées ce qui représente pour les Hauts-de-France 88 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (en 2016, l’activité ainsi mesurée s’élevait à 38 500 séjours pour un peu plus de 410 000 journées, soit 80 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus).

En 2017, à l’échelle des départements, le Pas-de-Calais se situe en dessous de la moyenne régionale avec 68 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. À l’inverse, le Nord, la Somme (93 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus pour chacun) et l’Aisne (115) sont au-dessus de la moyenne régionale.

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 : Aisne-Sud (157), Somme-Centre (127) et le Valenciennois (122). Les zones se caractérisant par les plus faibles nombres de séjours en CSG sont Béthune – Bruay (42), l’Arrageois (52), la Flandre Intérieure (52) et Somme-Ouest (53).

Nombre de séjours en CSG déclarés par département

	Population de 75 ans et plus	Nombre de séjours en CSG	Séjours en CSG pour 1000 hab. de 75 ans ou plus
Aisne	49 444	5 663	115
Nord	198 105	18 507	93
Oise	58 896	4 862	83
Pas-de-Calais	122 645	8 343	68
Somme	50 991	4 763	93
Hauts-de-France	480 081	42 138	88

Source : ARS - DST 2018, RP2015 Insee - Traitement OR2S

* Les résultats présentés reposent sur les données déclarées par 43 des 44 établissements proposant un court séjour gériatrique dans la région.

La durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 10,0 jours au niveau régional (10,8 jours en 2016), avec un minimum de 6,5 au CH de Soissons et un maximum de 15,5 au CH de Hénin - Beaumont.

Les départements de l'Aisne et de la Somme présentent la DMS la moins élevée (9,0). À l'inverse le Pas-de-Calais se caractérise par une DMS supérieure à celle observée pour le niveau régional (11,2 contre 10,0). Le Nord (9,8), l'Oise (10,7) ont des DMS voisines de la moyenne régionale.

Au niveau des zones retenues, de fortes disparités existent. En effet, la DMS la plus forte (Calais ; 15,0) est plus de deux fois supérieure à la DMS la plus faible (Douaisis ; 6,8).

DMS en CSG déclarés par département

	Nombre de séjours en CSG	Nombre de journées en CSG	DMS (en jours)
Aisne	5 663	51 143	9,0
Nord	18 507	181 976	9,8
Oise	4 862	51 906	10,7
Pas-de-Calais	8 343	93 551	11,2
Somme	4 763	42 865	9,0
Hauts-de-France	42 138	421 439	10,0

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

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 :

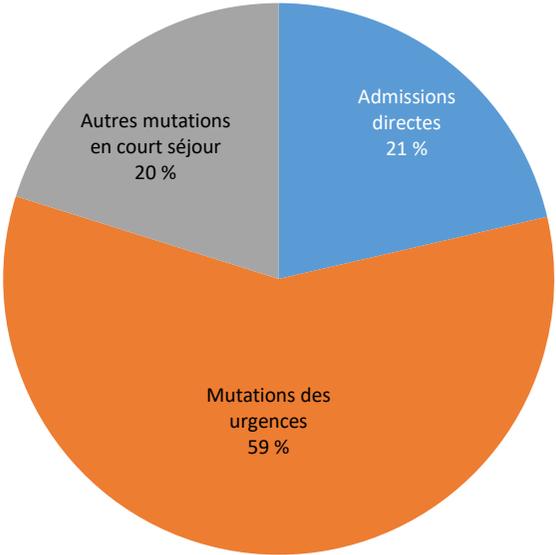
L'unité de court séjour gériatrique répond aux fonctions suivantes :

- 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 2017, les 42 structures (parmi les 44 interrogées) qui ont renseigné les éléments relatifs aux entrées et sorties en court séjour gériatrique, ont déclaré environ 39 000 entrées (36 000 en 2016). L'entrée par « Mutations des urgences » représente le premier mode d'entrée en CSG avec 23 000 entrées (59 % des modes d'entrée déclarés). Les mutations des urgences constituent le premier motif d'entrée pour l'ensemble des départements et pour deux tiers des établissements CSG de la région. Dans quinze établissements, le motif d'entrée « mutations par urgences » n'est pas majoritaire. Parmi ces dix établissements, cinq déclarent n'avoir eu aucune « mutation par urgences » en 2017. Cette même année, les structures CSG ont déclaré 8 300 admissions directes et 7 700 mutations d'un autre service de court séjour.

Répartition des modes d'entrée



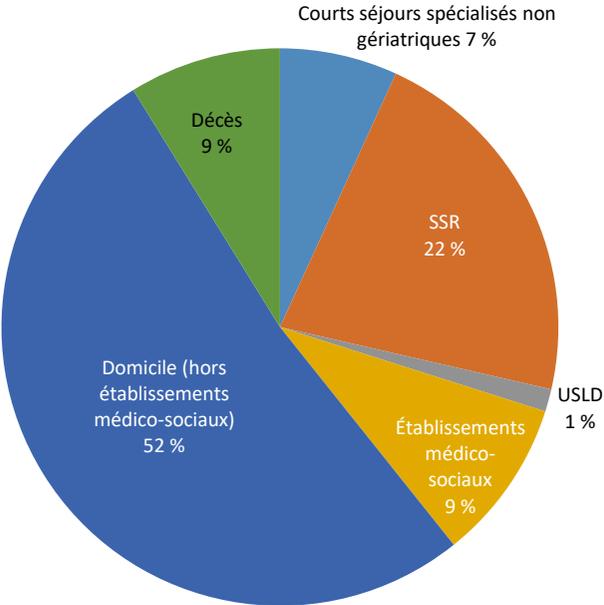
Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

* 42 des 44 établissements interrogés ont fourni des données relatives aux modes d'entrée/sortie

Les sorties

En 2017, les 42 structures (parmi les 44 interrogées) qui ont renseigné les éléments relatifs aux entrées et sorties en court séjour gériatrique, ont déclaré environ 38 400 sorties (36 000 en 2016). Le retour à domicile est le mode de sortie le plus fréquent, comme en 2016 (20 000 retours, soit un peu plus de la moitié des modes de sortie déclarés). Les sorties vers des établissements sanitaires représentent 30 % de l'ensemble des sorties d'établissements de courts séjours gériatriques (22 % vers des SSR, 7 % vers des établissements de courts séjours non gériatrique et 1 % vers des USLD). Les établissements médico-sociaux constituent 9 % des sorties. Enfin, 9 % des sorties (3 300) se terminent par un décès.

Répartition des modes de sortie



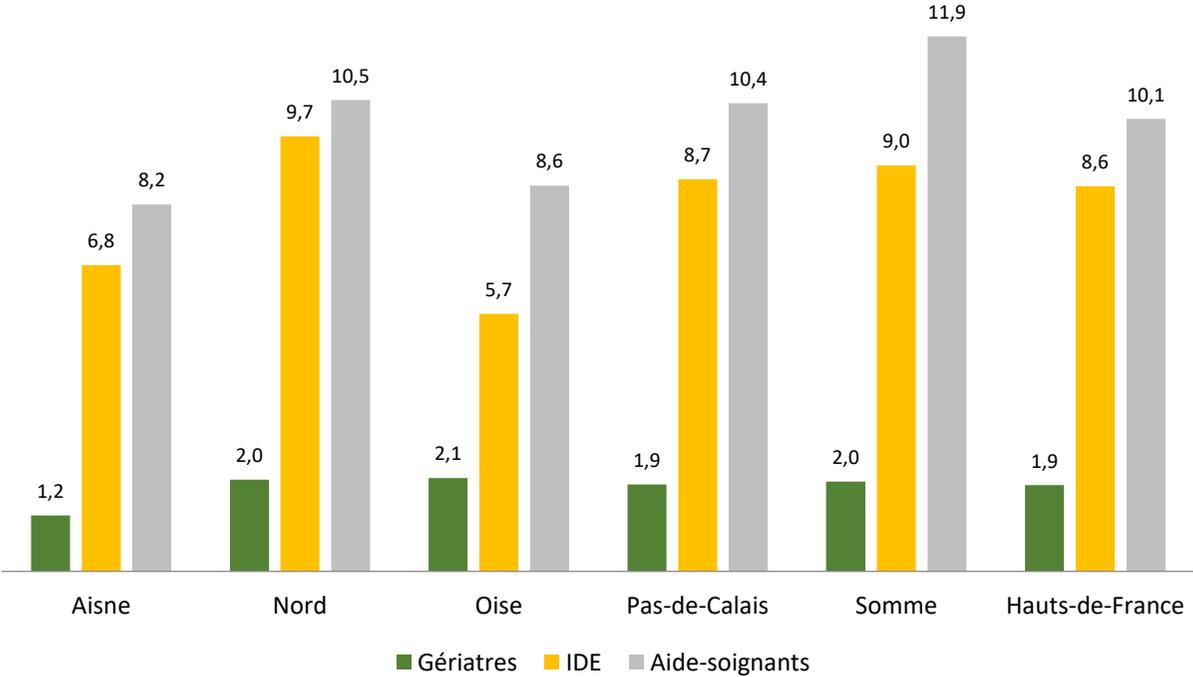
Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

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 2017, les 43 établissements de court séjour gériatrique implantés dans les Hauts-de-France (parmi les 44 interrogés) qui ont renseigné les ETP comptent 122 ETP de gériatres, 643 ETP d'aide-soignants et 537 ETP d'IDE (en 2016, les établissements comptaient 113 ETP de gériatres, 612 ETP d'aide-soignants et 534 ETP d'IDE). En moyenne, chaque établissement CSG de la région dispose, pour 20 lits de 1,9 ETP de gériatre, 8,6 ETP d'IDE, et 10,1 ETP d'aide-soignant (respectivement 1,9, 8,9 et 10,2 en 2016).

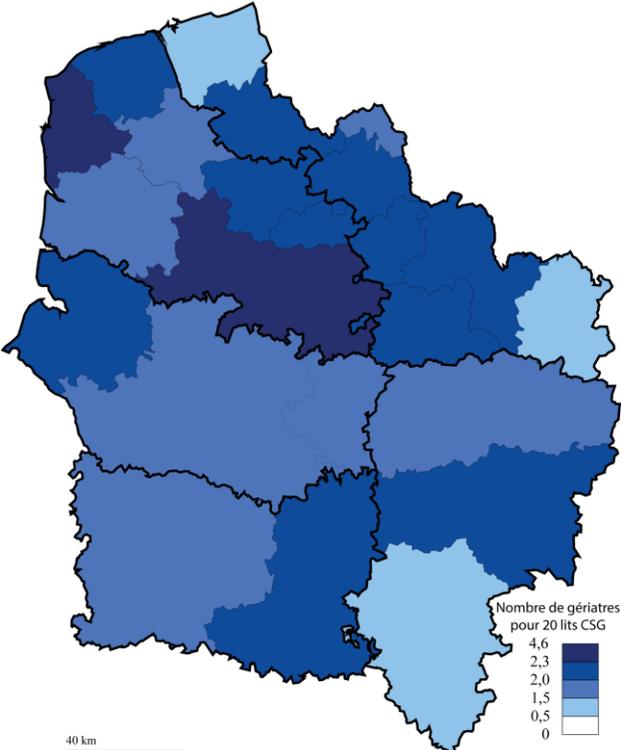
Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignantes exerçant dans les établissements de court séjour gériatrique (en ETP pour 20 lits)



Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

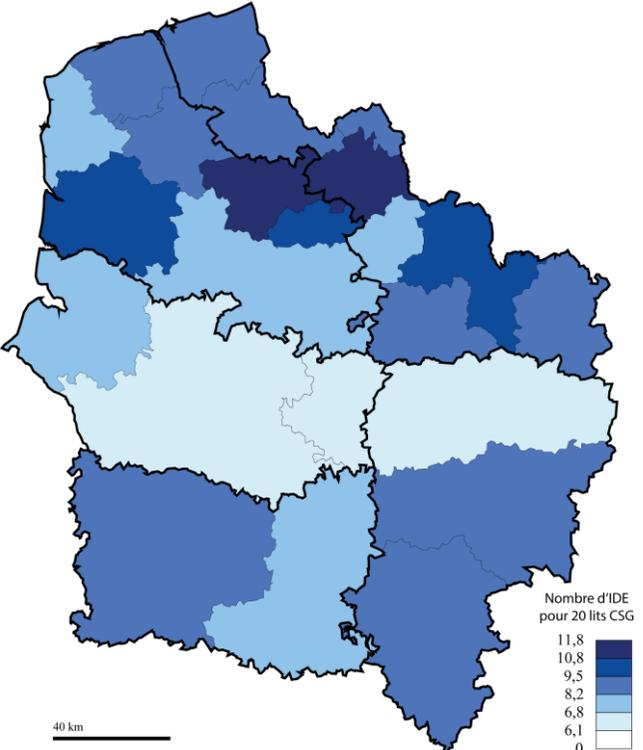
Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignantes exerçant dans les établissements de court séjour gériatrique (en ETP pour 20 lits)

Gériatres pour 20 lits en CSG en 2017



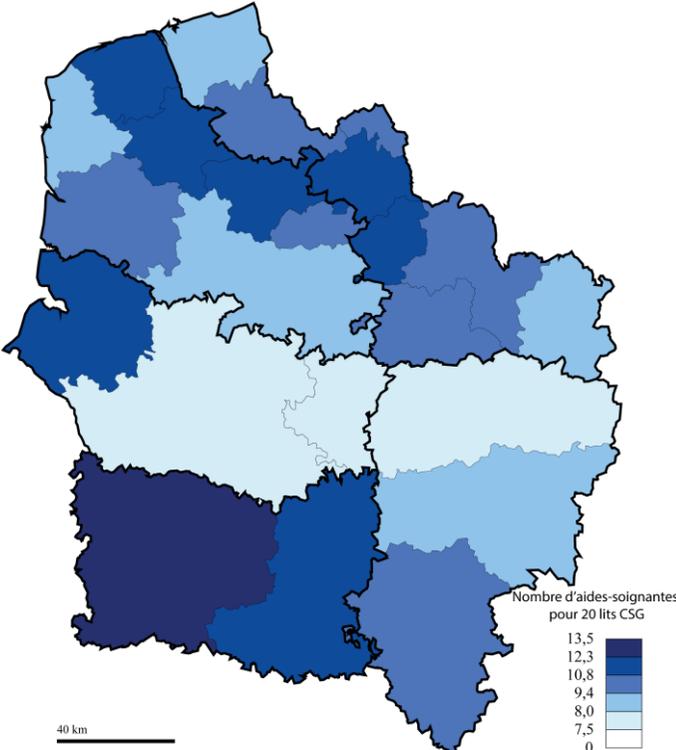
Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

IDE pour 20 lits en CSG en 2017



Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Aides-soignantes pour 20 lits en CSG en 2017



Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S



Plan de formation dans les CSG

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

Pour l'année 2017, 42 établissements de CSG sur les 43 (98 %) ayant répondu déclarent leur plan de formation. En 2015, seuls deux tiers des établissements déclaraient leur plan de formation ; en 2016, ils étaient 90 %.

Sur les 42 établissements déclarant avoir un plan de formation, 24 ont précisé le nombre de personnels formés. Ainsi, au moins 1 028 professionnels l'ont été durant l'année 2017 (auquel il faut ajouter le personnel des CH qui n'ont pas précisé le nombre de personnels formés). Ils étaient 823 en 2016.

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

Les différences entre établissements sont importantes :

- 7 établissements ont formé plus de 40 personnes ;
- 7 établissements ont formé entre 21 et 40 personnes ;
- 7 établissements ont formé entre 10 et 20 personnes ;
- 3 établissements ont formé moins de 10 personnes, en sachant que le nombre de formation le plus faible déclaré est de 4 personnes.

Les équipes mobiles gériatriques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Implantation des EMG

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

Aisne

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

Nord

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

Oise

CH de Beauvais
 GHPSO
 CH Compiègne - Noyon

Pas-de-Calais

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

Somme

CH d'Abbeville
 CHU Amiens

En 2017, les Hauts-de-France comptent 35 établissements de santé qui portent des équipes mobiles gériatriques et/ou psycho-gériatriques. Elles se répartissent ainsi :

- 5 dans l'Aisne,
- 17 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 2017, 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 2017, la file active de la région est d'environ 19 800 patients (18 500 en 2016), soit une activité moyenne de 600 patients en file active par EMG (560 en 2016).

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

- 1 600 patients dans l'Aisne ;
- 10 000 patients dans le Nord ;
- 1 900 patients dans l'Oise ;
- 4 900 patients dans le Pas-de-Calais ;
- 1 400 patients dans la Somme.

Au niveau régional, les EMG prennent en charge 41 personnes pour 1 000 habitants âgés d'au moins 75 ans. Si cette valeur est retrouvée pour les EMG du Pas-de-Calais (40), ce n'est pas le cas dans la Somme (28), l'Oise (32) et l'Aisne (33). Les EMG du Nord affichent des valeurs supérieures à celle observée en région (50).

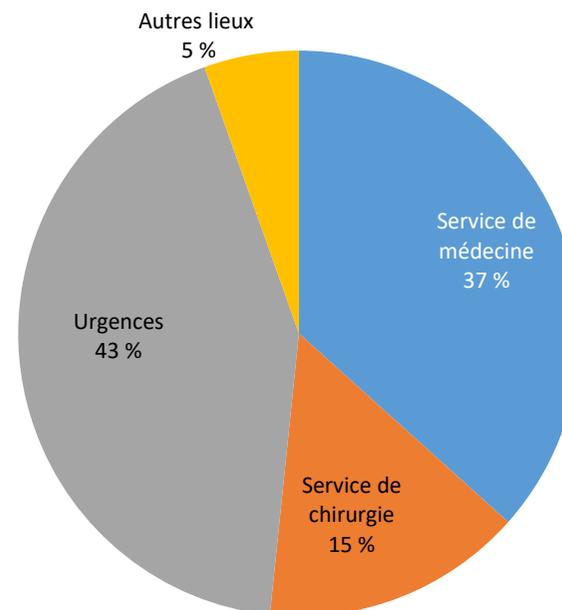
Les interventions

Sur 33 EMG interrogées sur leur activité, 30 ont répondu à la file active et 93 % de la file active est détaillée. Elles font remonter 19 800 interventions en 2017, dont 18 500 précisées :

- 7 900 en service d'urgences,
- 6 800 en service de médecine,
- 2 800 en service de chirurgie,
- 1 000 dans d'autres lieux intrahospitaliers.

Les EMG du Pas-de-Calais enregistrent une proportion plus importante d'interventions aux urgences (62 %) que leurs homologues de la Somme (9 %). Les EMG de la Somme et de l'Aisne pratiquent plus d'interventions en service de médecine (respectivement 48 % et 50 %). Enfin près d'un tiers des interventions menées par les EMG de la Somme se déroulent dans le cadre d'un service de chirurgie (31 %).

Interventions intrahospitalières des EMG en 2017



Source : ARS - DST 2018 - 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 2017, 32 EMG ont répondu à ce volet de l'enquête (sur les 34 interrogées). Elles ont déclaré disposer au total de 82,6 ETP (78,5 en 2016 pour 30 EMG) :

- 22,6 ETP de gériatre (auxquels s'ajoutent 0,4 ETP d'autres médecins) ;
- 33,4 ETP d'IDE ;
- 9,4 ETP d'assistant de service social ;
- 8,0 ETP de secrétaire ;
- 4,0 ETP de psychologue ;
- 2,1 ETP d'ergothérapeute ;
- 0,5 ETP de diététicien ;
- 2,3 ETP d'autres professions (ASG, cadres de santé...).

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

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

Parmi les 32 EMG étudiées, toutes disposent d'un temps de gériatre et 29 des 31 EMG étudiées disposent 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 8 EMG, du temps d'ergothérapeute pour 4 EMG et du temps de diététicien pour 2 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 activités des équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières sont récentes et les outils de recensement non encore stabilisés.

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

Le portage de ces équipes est variable :

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

Les équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières en 2017

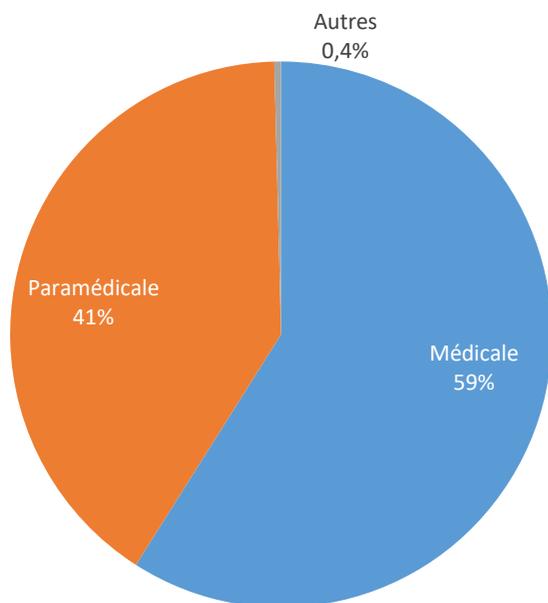
		Intervention à domicile	Intervention en EHPAD
Nord	Polyclinique Grande Synthe		psychogériatrie
	CH de Dunkerque	gériatrie	
	EPSM Lille métropole		psychogériatrie
	CH de Roubaix	gériatrie	
	CH de Wasquehal		psychogériatrie
	CHRU de Lille		psychogériatrie
	CH de Douai	gériatrie	psychogériatrie
	CH Denain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

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Les équipes mobiles intervenant en EHPAD

Parmi les équipes mobiles en EHPAD, 6 ont renseigné leur activité (CHRU de Lille, CH de Denain, CH de Wasquehal, CH de Boulogne, CH de Douai et CH d'Arras). La polyclinique de Grande Synthe, mise en place fin 2017, n'a réellement démarré son activité qu'en 2018. L'équipe de l'EPSM de Lille métropole a des missions différentes : elle n'effectue pas d'évaluation de patients, mais uniquement des formations auprès des EHPAD. L'activité du CH Hautmont n'a pu être comptabilisée. Les 6 équipes ont évalué 642 patients pour 866 interventions en EHPAD.

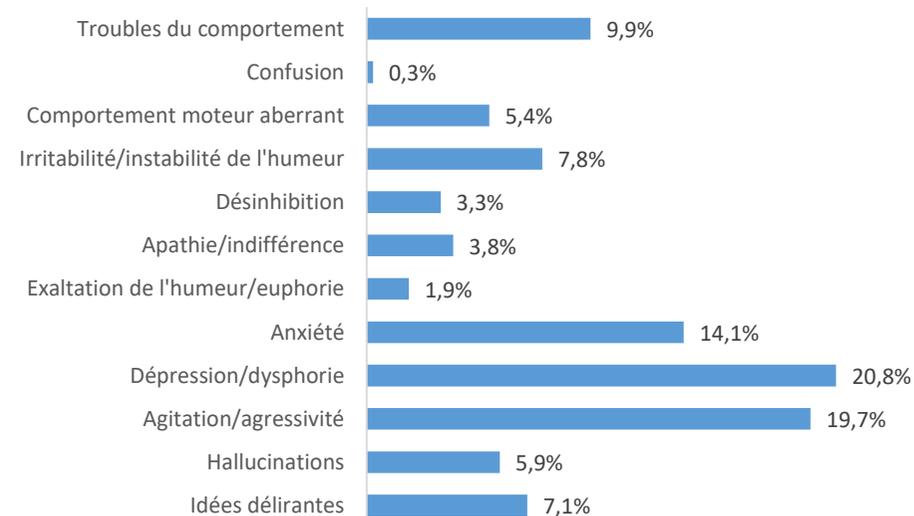
Part des origines des demandes



Champs : 6 répondants

Source et traitement : ARS DST 2018

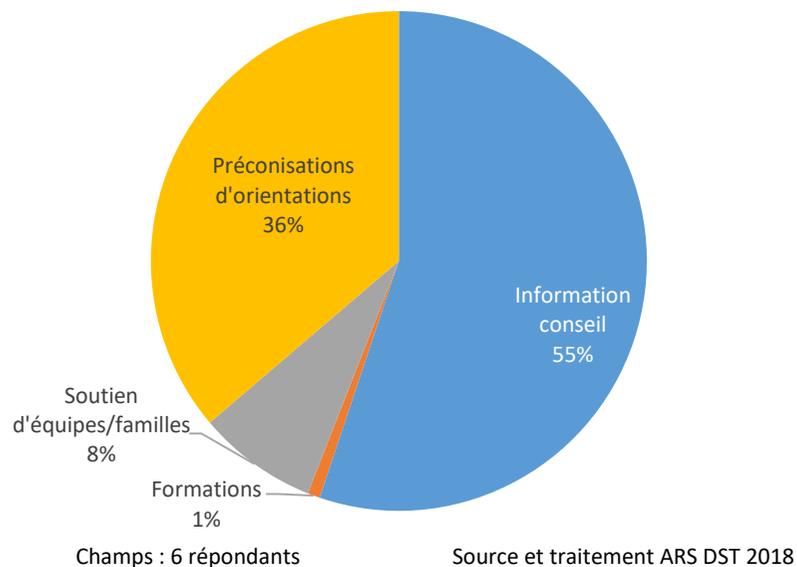
Motif des demandes



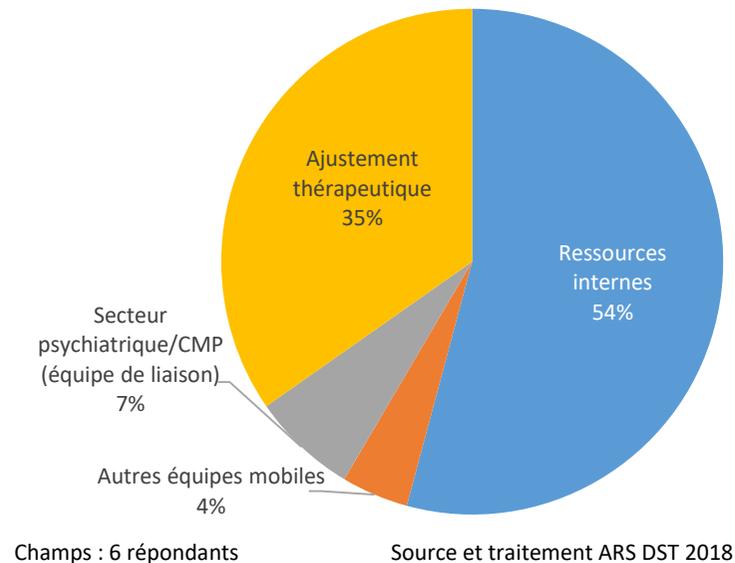
Champs : 6 répondants

Source et traitement : ARS DST 2018

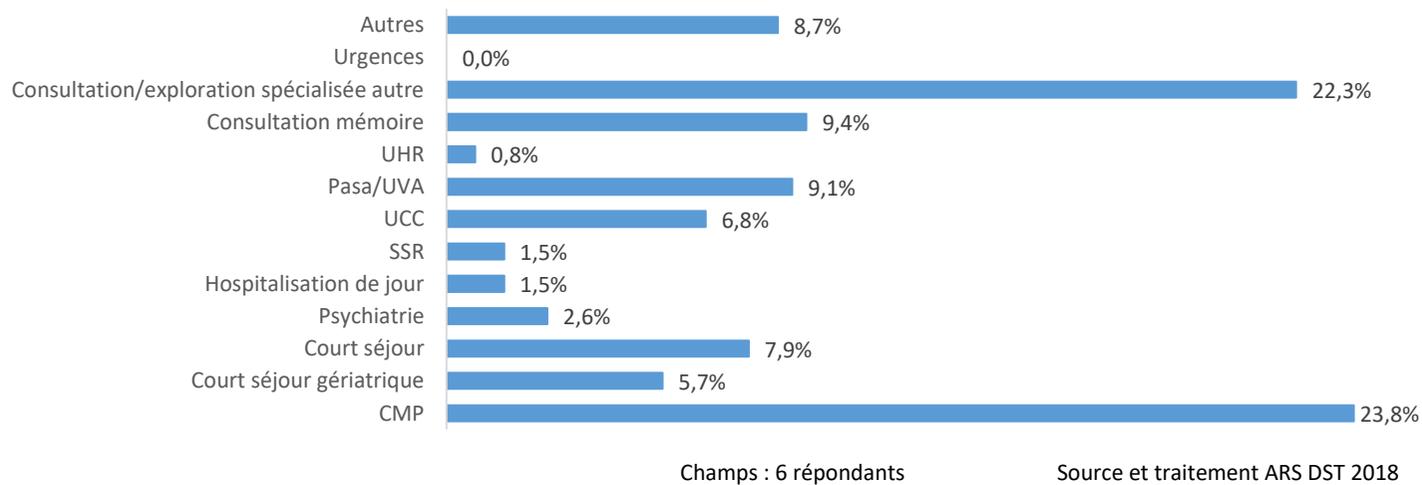
Catégorie de réponses faites par les équipes



Orientations internes proposées par les équipes



Demandes externes faites par les équipes



Focus sur l'équipe mobile en EHPAD de Denain (EMGIE PAERPA)

C'est une équipe pluridisciplinaire dont le but est d'accompagner les différents EHPAD dans la prise en charge de la personne âgée en apportant un avis spécialisé, dans une dynamique de réseau, dans des situations complexes pour les résidents ne souhaitant pas ou ne pouvant pas se déplacer. Elle ne se substitue pas à l'équipe en place. Elle a un rôle consultatif. Elle est une expertise à certaines situations problématiques et/ou complexes. L'EMGIE intervient principalement pour des demandes liées à l'agitation/agressivité et de la dépression

L'EMGIE assure les actes de télémedecine sur les 8 EHPAD partenaires du projet. L'EMGIE a réalisé un cinquième de ses interventions en actes de télémedecine concernant les 8 EHPAD du projet impliqués en télémedecine.

Elle a aussi pour mission de former des personnes référentes en EHPAD sur le thème du risque suicidaire de la personne âgée en EHPAD.

Les interventions de l'EMGIE sont en nette augmentation (+68 %) avec des déplacements qui ont augmenté de 35 % et un nombre de structures, où l'équipe intervient, en hausse (depuis 2015, le nombre d'interventions ont augmenté de 65 % tandis que le nombre de patients suivis de 26 %). L'EMGIE en 2017 est intervenue dans 31 EHPAD en 2017 avec un délai d'intervention de 6,6 jours en moyenne.

Focus sur l'équipe mobile de psychogériatrie (EMPG) à domicile de Valenciennes PAERPA (résultats de l'évaluation)

Situations et besoins pris en compte :

- symptomatologie : surtout anxiodépressive, mais aussi troubles de la personnalité, plus rarement troubles psychotiques ;
- le plus souvent, absence de parcours en psychiatrie antérieur : fragilité mise à mal par des événements, vieillissement limitant la capacité de compensation, intrication à des troubles cognitifs plaçant les patients dans un « entre-deux » ;
- plus-value voire caractère « essentiel » de l'intervention à domicile souligné par tous (professionnels et bénéficiaires) ;
- complexité de la situation gériatrique et isolement de la personne retenus comme situations où l'EMPG est la plus utile ;
- bonne intégration du fait que l'EMPG n'a pas vocation à intervenir en cas d'urgence.

Le délai médian de réponse de l'équipe en 2017 est de 38 jours.

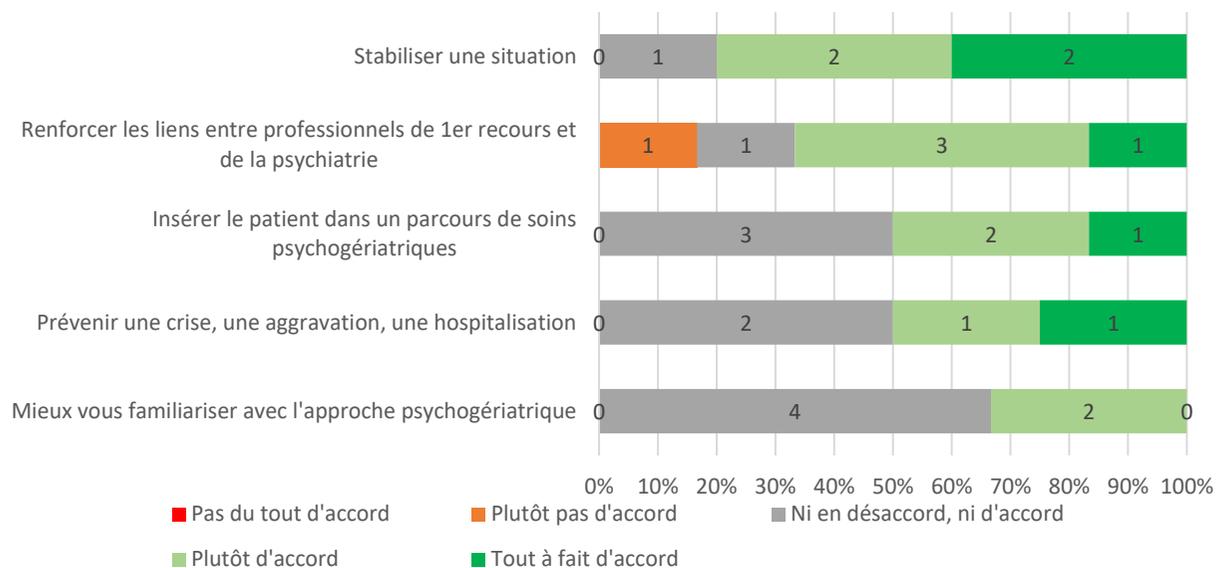
Nombre de visites selon la catégorie de troubles :

- troubles de l'humeur : 1 à 3 visites ;
- 4 visites et plus : trouble névrotique (anxieux), un trouble organique (démences) ou un trouble de la personnalité.

Cette activité conforte le principe selon lequel l'intervention de l'EMPG peut suffire +/- avec relai rapide au médecin traitant.

Effets les plus reconnus des médecins traitants : stabiliser une situation et renforcer les liens entre professionnels de 1^{er} recours et de la psychiatrie

Réponses à la question « D'après-vous, l'intervention de l'EMPG a-t-elle pu contribuer à... ? », questionnaire auprès des demandeurs



Source et traitement ARS DST 2018

Conclusion de l'évaluation (ANTARES 2018)

L'intervention de l'EMPG répond clairement à un besoin, auquel l'offre de soins classique répond mal aujourd'hui, du fait des spécificités des publics

- Problématiques psychogériatriques : expertise nécessaire
- Difficultés de déplacement, non-demande : « aller-vers » nécessaire

La logique de prévention du risque « dépression » :

- Repose sur un travail sur la situation (prise en charge de la personne et appui des professionnels) et la trajectoire de soins (relai adapté et organisé)
- Est conditionnée par une étape clé de repérage et d'alerte

Au-delà du risque « dépression », l'EMPG contribue à l'insertion dans les parcours de soins d'autres publics : troubles psychiques décompensés avec le vieillissement, ruptures de suivis, problématique gériatrique nécessitant une prise en charge

La qualité de l'intervention de l'EMPG est largement soulignée de la part des professionnels et bénéficiaires interrogés

La temporalité des interventions traduit l'effort fait par l'EMPG pour agir à l'interface sans se substituer aux acteurs

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.

Implantation des hôpitaux de jour gériatriques déclarés

En 2017, 30 établissements des Hauts-de-France ont retourné une activité d'hôpital de jour gériatrique (HJG) :

Aisne

CHG La Fère
CH de Saint-Quentin
CH de Soissons

Nord

CH d'Armentières
CHRU Lille *
Groupe Ramsay (métropole lilloise) *
GHSC - CH de Seclin
Saint-Philibert Lomme (GHICL) *
CH de Tourcoing
CH de Roubaix *
CH de Douai *
CH d'Avesnes
CH Le Quesnoy
CH de Denain
CH de Valenciennes *
CH de Dunkerque *

Oise

GHPSO
CH de Beauvais
Hôpital Paul Doumer - Liancourt

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 Riaumont

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.

Implantation des établissements gériatriques assurant une hospitalisation de jour gériatrique déclarée en 2017



En 2017, 18 unités d'hospitalisation de jour gériatrique sont individualisées, 12 autres unités sont situées dans un hôpital de jour de médecine.

Le nombre de places dédiées à l'hospitalisation de jour gériatrique est de 86 au niveau des Hauts-de-France pour 2017 (69 en 2016).

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

- Lille : 13 places,
- Roubaix – Tourcoing : 11 places,
- Valenciennes : 9 places,
- Lens – Hénin : 7 places,
- Oise-Ouest : 7 places,
- Béthune - Bruay : 6 places,
- Sambre Avesnois : 5 places.

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

L'ensemble des zones est désormais couvert.

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Activité des HJ gériatriques déclarés

Parmi les 30 HJ gériatriques de la région, 14 sont ouverts 5 jours par semaine. Pour les autres HJ gériatriques, le nombre de jours d'ouverture se répartit ainsi :

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

Deux HJ gériatriques n'ont pas apporté de réponses sur ce point.

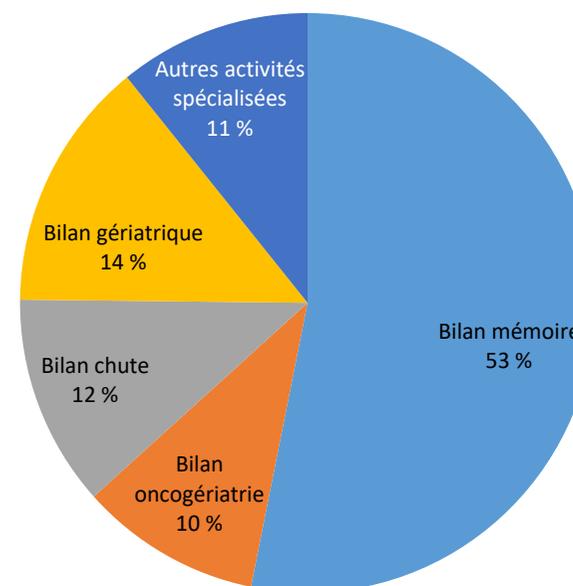
En 2017, la file active de la région est d'environ 5 000 patients (stable par rapport à 2016).

Les Hauts-de-France comptent en moyenne 58 patients pris en charge pour une place (72 en 2016). Le nombre de patients par place en HJ varie. Dans la Somme, si 68 patients par place en HJG sont dénombrés, l'Oise et l'Aisne en comptent un nombre de patients par places inférieur (respectivement 46 et 51). Les départements du Nord et du Pas-de-Calais affichent un nombre de patients par place voisin du niveau régional.

En 2017, 27 des 30 HJ ont renseigné le nombre de journées réalisées. Ces établissements totalisent environ 5 200 journées (pour 86 places ; 4 752 journées et 67 places en 2016). Le nombre de journées réalisées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus dans la région est de l'ordre de 11 (contre 10 en 2016 et 2015). Les Hauts-de-France comptent en moyenne 60 journées en hôpital de jour par place (71 en 2016). Cet indicateur varie d'un département à l'autre, de 47 journées par place d'HJ dans l'Oise à 68 dans le Nord. L'Aisne, le Pas-de-Calais et la Somme présentent des valeurs voisines du niveau régional (respectivement 53, 60 et 64 journées par place).

En 2017, la moitié des journées réalisées en HJ a été consacrée aux bilans mémoires et un septième aux bilans gériatriques.

Types de journées réalisées dans les HJ gériatriques déclarés



Source : ARS - DST 2018 - 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 2017

		Gériatre	Médecin non gériatre	IDE	Aide-soignant	Secrétaire	Ergothérapeute	Orthophoniste	Neuro-psychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autre
CH de Soissons	Aisne-Sud	0,4	0,5	7								
CHG La Fère	Aisne-Centre	0,5	0,5	1	1,8		0,5	Vacations 2 fois par semaine (4 heures)		mutualisé	mutualisé	assistant social et enseignant en activités physiques adaptées mutualisés
CH de Saint-Quentin	Aisne-Nord	0,4		1	1					mutualisé	mutualisé	assistant social et diététicien mutualisés
Aisne		1,3	1	9	2,8	0	0,5					

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR25

Personnel exerçant dans les HJ gériatriques déclarés en 2017 (suite)

		Gériatre	Médecin non gériatre	IDE	Aide-soignant	Secrétaire	Ergothérapeute	Orthophoniste	Neuro-psychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autre
CH d'Armentières	Flandre intérieure											
CHU de Lille	Lille	0,7		2	1		1				3	1 assistant social 3 diététiciens 1 cadre santé
Groupe Ramsay	Roubaix-Tourcoing	1		0,5			0,6	1	0,7	6	0,5	0,4 assistant social et à la demande 1 diététicien à la demande 0,4 stomathérapeute à la demande
CH Seclin Carvin	Lille	0,1		1	0							
GHICL Saint-Philibert	Lille	0,6	0,2	0,5	0,46		0,35			0,2	0,14	0,2 diététicien
CH de Tourcoing	Roubaix-Tourcoing			0,5	0,5			mutualisé	mutualisé	0,2	mutualisé	0,2 diététicien
CH de Roubaix	Roubaix-Tourcoing											
CH de Douai	Douaisis	0,3		6,98	2,15		0,2					
CH de Dunkerque	Dunkerquois	0,4	mutualisé	1								
CH d'Avesnes	Sambre Avesnois	0,3		0,5	0,5		0,04		0,3	0,05		0,04 diététicien 0,05 assistant social
CH Le Quesnoy	Valenciennois	0,5		1,6	0		0,02				0,6	0,01 diététicien 0,02 assistant social 0,05 cadre de santé
CH de Denain	Valenciennois											
CH Valenciennes	Valenciennois	1		1	0		Non précisé			Non précisé		assistant social, diététicien
Nord		4,9	0,2	15,58	4,61	0	2,21	1	1	6,45	4,24	

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Personnel exerçant dans les HJ gériatriques déclarés en 2017 (suite)

		Gériatre	Médecin non gériatre	IDE	Aide-soignant	Secrétaire	Ergo-thérapeute	Orthophoniste	Neuro-psychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autre
CH de Beauvais	Oise-Ouest	0,6		1	0				1			
GPSO Creil Senlis	Oise-Est	1		0,86	0					à la demande	mutualisé	assistant social et diététicien mutualisés
CH Paul Doumer - Liancourt	Oise-Ouest	0,8		1,24	3	0,25	0,3				0,25	0,2 Cadre de santé 0,1 psychomotricien 0,36 éducateur APA
Oise		1,6	0	1,86	0	0	0	0	1	0	0	
Clinique Anne d'Artois (GHPA)	Béthune - Bruay	0,3		0,5	0,5		0,2	à la demande	0,3	à la demande		0,3 assistant social 0,15 diététicien pédicure à la demande
CH de Béthune	Béthune - Bruay	mutualisé										
CH d'Arras	Arrageois	0,2	0,5				0,5				0,5	diététicien et assistant social à la demande
CH de Saint-Omer	Audomarois	0,2		0,4	0,2	0,2			0,4	0,1	0,2	0,2 diététicien 0,1 assistant social
CH de Boulogne-sur-Mer	Boulonnais	0,2		0,2	0,1			0,05	0,1			0,1 diététicien 0,05 assistant social
CH de Calais	Calaisis	0,05		2,7	0,9					à la demande	à la demande	assistant social à la demande
CH de l'Arrondissement de Montreuil	Montreuillois	0		0	0							
Polyclinique de Riaumont	Lens - Hénin	0,6		0,8	0,9		0,1	0,5			1	
CH de Lens	Lens - Hénin	0,9		1	0,6		0,6			Non précisé	Non précisé	diététicien et assistant social
Pas-de-Calais		2,45	0,5	5,6	3,2	0,2	1,4	0,55	0,8	0,1	1,7	

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR25

Personnel exerçant dans les HJ gériatriques déclarés en 2017 (suite)

		Gériatre	Médecin non gériatre	IDE	Aide-soignant	Secrétaire	Ergo-thérapeute	Orthophoniste	Neuro-psychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autre
CH d'Abbeville	Somme-Ouest	0,2										
CHU Amiens	Somme-Centre			1	0							
Somme		0,2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
Hauts-de-France		10,4	1,7	33,0	10,6	0,2	4,1	1,5	2,8	6,5	6,0	

Source : ARS - DST 2018 - 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 poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance** » appelés, communément, SSR gériatriques. Pour la plupart de ces sites, la visite de conformité a été réalisée durant l'année 2012. Circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation : l'exercice de l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut en aucun cas être isolé. Il s'inscrit naturellement dans les filières de prise en charge.

Implantation des SSRG autorisés

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

Aisne	Nord	
CH de Guise	CH d'Armentières	CH Le Quesnoy
CH de Soissons	CH de Bailleul	CH de Denain
CHG La Fère	CHRU Lille	Clinique Saint Roch Villars - Denain
Hôpital Villiers-Saint-Denis	Clinique du Val de Lys - Tourcoing	CH de Valenciennes
CH de Saint-Quentin	GHSC - CH de Seclin	Unité locale de soins Escaudain
CH de Laon	CH Saint-Philibert Lomme (GHICL)	CH de Cambrai
	CH Saint-Vincent-de-Paul Lille (GHICL)	Clinique Saint Roch - Cambrai
	Groupe Hospitalier Loos Haubourdin	CH d'Avesnes
	Clinique La Mitterie - Lomme	CH d'Hautmont
	CH de Tourcoing	CH Felleries-Liessis
	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	

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) de
Liancourt
CH Jean-Baptiste Caron de Crèvecœur-le-Grand
CH Georges Decroze de Pont-Sainte-Maxence
CH de Clermont

Pas-de-Calais

CH d'Arras
CH du Ternois
CH de Bapaume
CH Hénin-Beaumont
Polyclinique Riaumont (Ahnac)
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
Maison SLD La Manaie - Auchel
CH de Boulogne-sur-Mer

Somme

CH d'Abbeville
CH d'Albert
CHU Amiens
Groupe Santé Victor Pauchet - Amiens
CHI de la Baie de Somme

Implantation des SSRG autorisés en 2017



Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

En 2017, les Hauts-de-France comptaient 68 SSR gériatriques (SSRG) :

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

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

Capacité des SSRG autorisés

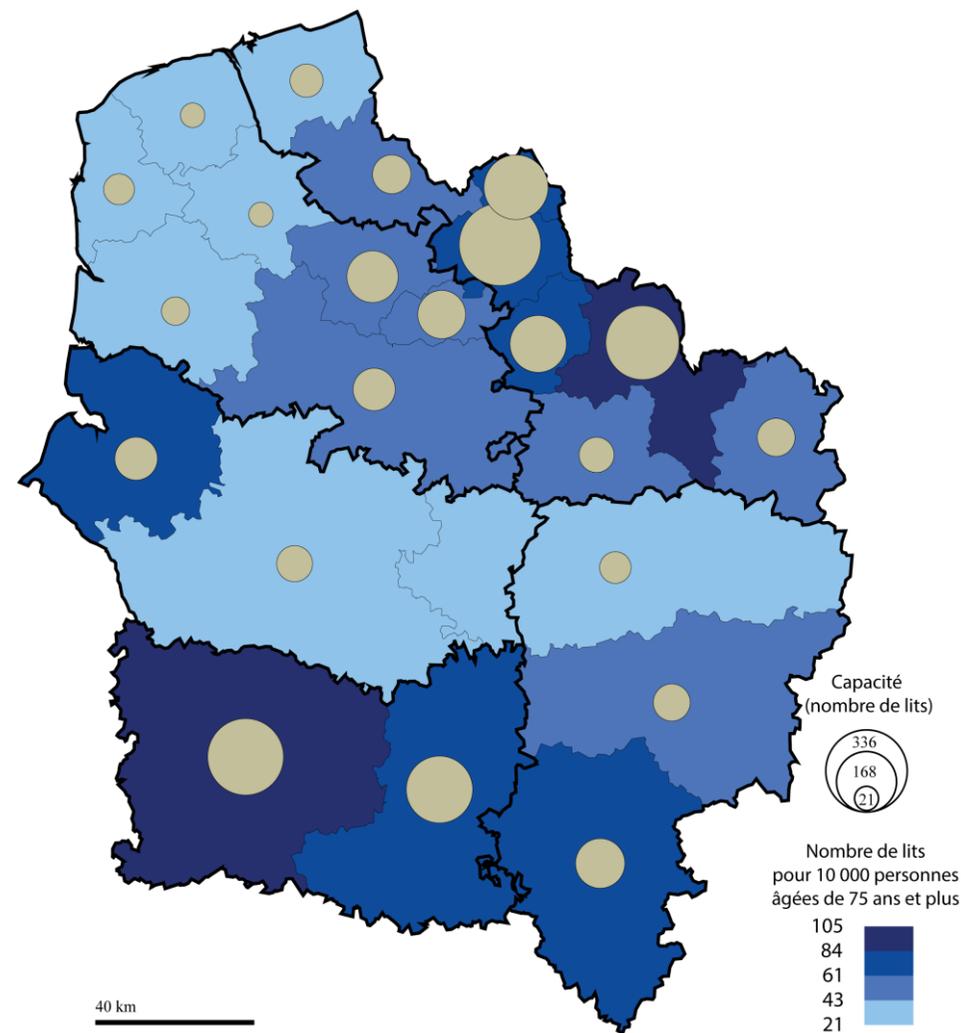
En 2017, dans les Hauts-de-France, les 68 établissements SSRG autorisés totalisent une capacité de près de **2 650 lits** soit **55 lits SSRG pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus**. La taille des unités de SSRG varie de 10 à 120 lits, 7 unités disposent de moins de 20 lits, 40 unités entre 20 et 40 lits et 21 unités de plus de 40 lits.

Bien que chaque zone soit pourvue en SSRG, il n'en demeure pas moins que l'offre en lits n'est pas homogène sur le territoire. L'Oise présente une densité de lits SSRG (87 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus) trois fois supérieure à celle de la Somme (31) et deux fois à celle observée dans le Pas-de-Calais (40). L'Aisne et le Nord se situent dans une situation intermédiaire (respectivement 49 et 63 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus).

Au niveau infra-départemental, cet écart entre les zones les mieux pourvues et les moins bien dotées s'inscrit dans un rapport de 1 à 5. Le nombre de lits pour 10 000 habitants de plus de 75 ans varie ainsi de 20 pour Aisne-Nord – Somme-Est à 105 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 (Lille, Roubaix – Tourcoing, Douaisis) et Somme-Ouest.

Outre Somme-Centre, les zones les moins bien pourvus sont l'Arrageois, le Calaisis, Aisne-Nord, Béthune – Bruay, le Dunkerquois et Lens - Hénin.

Nombre de lits en SSRG autorisés et installés en 2017 et taux d'équipement par territoire



Source : ARS - DST 2018 - Traitement : OR2S

Activité des SSRG

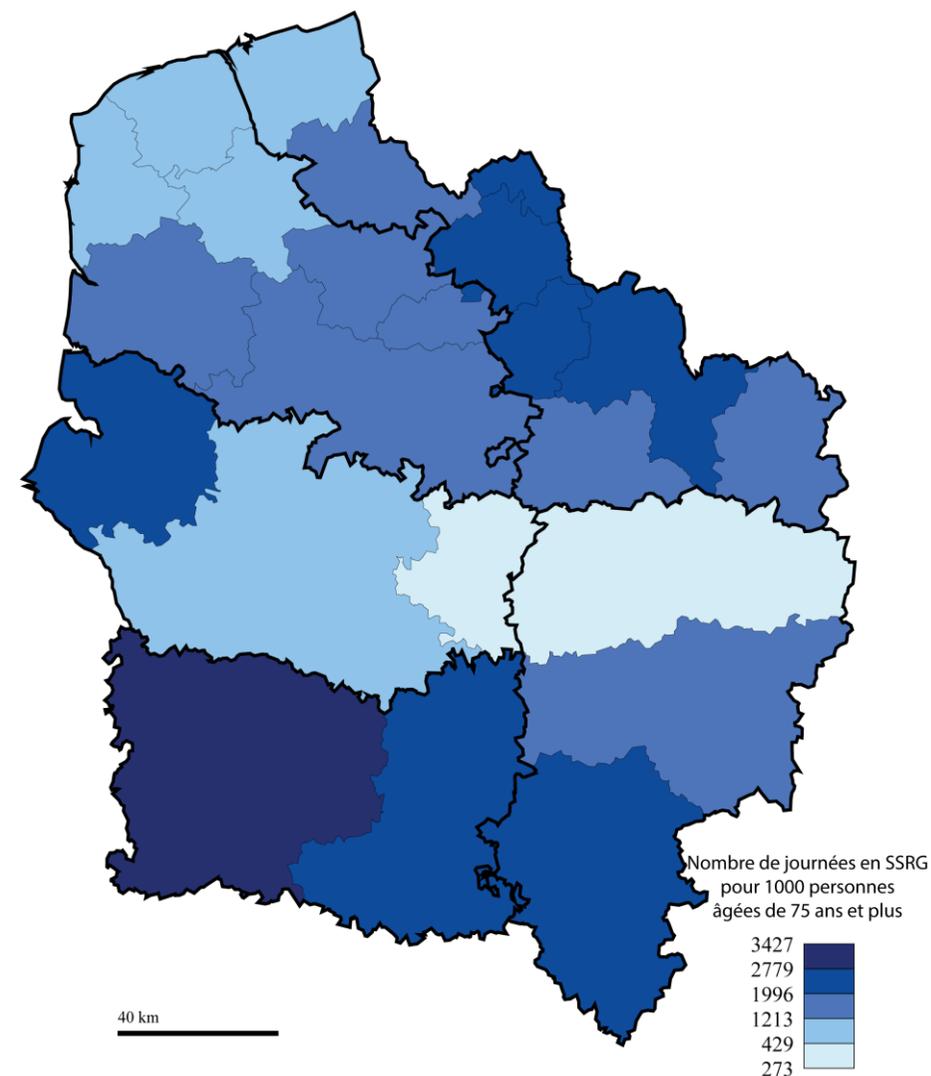
La circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise une activité de 1 000 à 2 600 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en SSR gériatrique. Une unité de soins de suite gériatriques doit disposer au minimum de 20 lits.

En 2017, les SSRG ont généré 860 00 journées, soit 1 794 journées pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus.

Au niveau départemental, le nombre de journées en SSR pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus varie du simple (1 149 dans la Somme) à plus du double (2 841 dans l'Oise). Le Pas-de-Calais présente une valeur en deçà de la valeur régionale (1 358) alors que le Nord affiche un résultat supérieur à cette dernière (1 954). L'Aisne, quant à elle, est dans une situation intermédiaire (1 648).

La zone Oise-Ouest est de loin celui qui affiche le nombre de journées en SSRG pour 1 000 habitants de 75 ans et plus le plus élevé (3 427). Les zones Roubaix-Tourcoing, Lille, Somme-Ouest, Oise-Est, Valenciennois et Aisne-Sud se caractérisent par un nombre de journée en SSRG pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus situé entre 2 200 et 2 600. L'Audomarois, le Calaisis, Somme-Centre, le Dunkerquois, le Boulonnais et Aisne-Nord – Somme-Est affichent quant à eux des valeurs en deçà de 1 000 journées pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus, seuil minimal préconisé dans la circulaire de 2007 relative à la filière de soins gériatriques (cf. ci-dessus).

Activité des SSRG autorisés en 2017



Source : ARS - DST 2018 - Traitement : OR2S

Durée moyenne de séjour en SSRG

Pour 2017, la durée moyenne de séjour a été renseignée par 60 des 68 établissements SSRG interrogés. Au niveau régional, la DMS est de l'ordre 33 journées (34 journées en 2016) ; elle est plutôt homogène au niveau des départements variant de 32 journées dans l'Aisne ou dans le Nord à 36 journées dans la Somme.

La DMS varie cependant d'un territoire à l'autre : de 21 journées en Flandre Intérieure à 44 journées à Lens – Hénin. Deux tiers des territoires présentent une DMS comprise en 29 et 37 journées. L'Arrageois et le Sambre Avesnois se caractérisent par une DMS en deçà de 29 journées. Le Boulonnais, le Calaisis et Somme-Ouest présentent quant à eux une DMS supérieure à 40 journées.

Modes d'entrée et de sortie en SSRG

Les modes d'entrée et de sortie dans les SSRG ont été renseignés par 59 établissements.

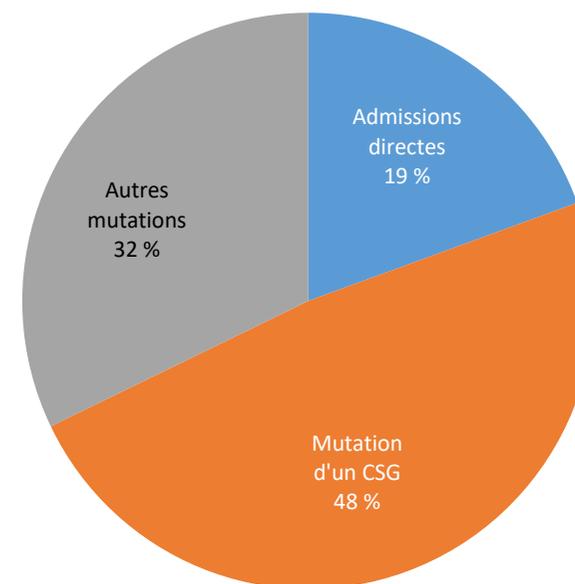
Au niveau régional, les admissions directes représentent 19 % des entrées (23 % en 2016), les mutations en provenance d'un court séjour gériatrique 48 % (43 % en 2016) et les autres mutations 32 % (34 % en 2016).

La répartition des modes d'entrée en SSRG n'est pas homogène selon les départements. Les admissions directes sont majoritaires uniquement dans l'Oise où elles représentent 40 % des entrées, contre moins de 20 % dans les autres départements.

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

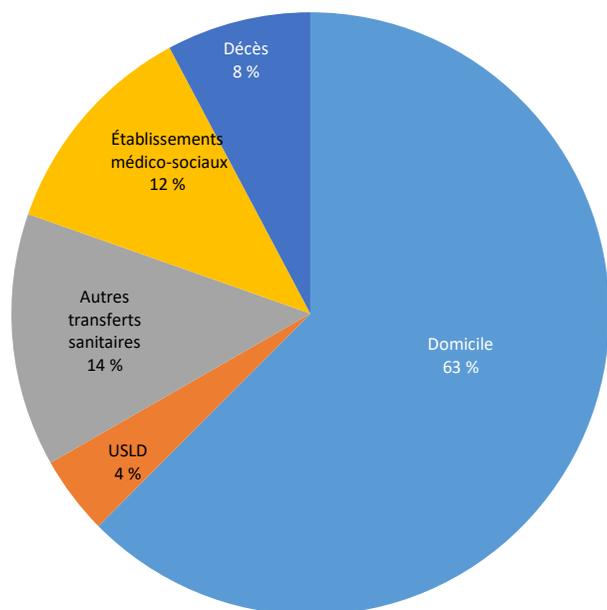
Les « autres » mutations varient entre 26 % (dans l'Oise) et 62 % (dans la Somme) des modes d'entrée.

Les modes d'entrée en SSRG autorisés en 2017



Champ : modes d'entrée rapportés par 59 SSRG

Source : ARS - DST 2018 - Traitement : OR2S

Les modes de sortie en SSRG autorisés en 2017

Champ : modes de sortie rapportés par 59 SSRG

Source : ARS - DST 2018 - 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 pour 2016.

La répartition des modes de sortie de SSRG observée par département est moins hétérogène que celle du mode d'entrée. Le SSRG de la Somme affiche une répartition un peu différente de celle des autres départements avec plus de sorties orientées vers les établissements médico-sociaux (19 %) et les USLD (8 %) ; comme en 2016.

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 poly-pathologique, 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 2017, les établissements de SSRG implantés dans les Hauts-de-France comptent en moyenne pour 20 lits :

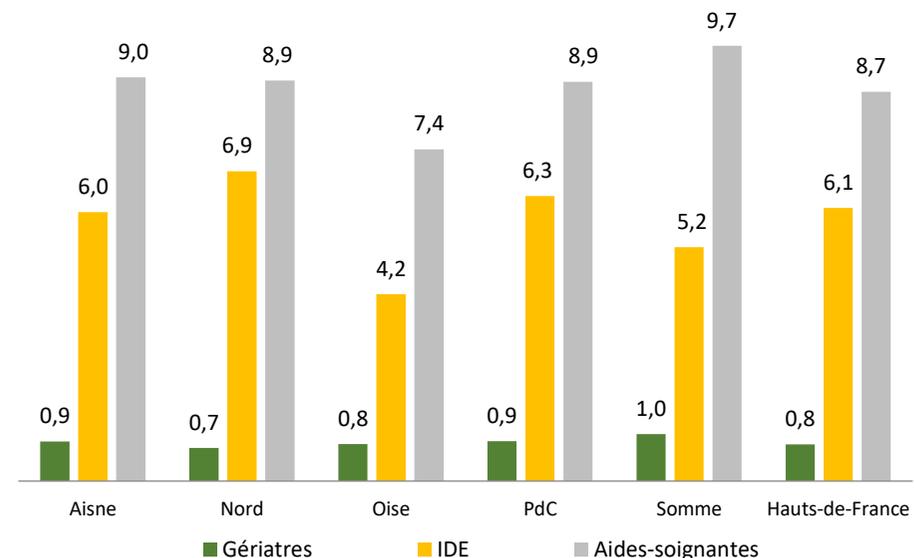
- 0,8 ETP de gériatre,
- 6,1 ETP d'IDE,
- 8,7 ETP d'aide-soignant.

Concernant les autres professionnels, sur les 59 SSRG ayant répondu à ce volet de l'enquête :

- 63 mobilisent du temps de psychologue ;
- 61 mobilisent du temps de kinésithérapeute ;
- 60 mobilisent du temps d'assistante sociale ;
- 56 mobilisent du temps de diététicien ;
- 54 mobilisent du temps d'ergothérapeute ;
- 38 mobilisent du temps d'orthophoniste ;
- 23 mobilisent du temps de psychomotricien ;
- 21 mobilisent du temps de Staps ;
- 16 mobilisent du temps d'animateur social.

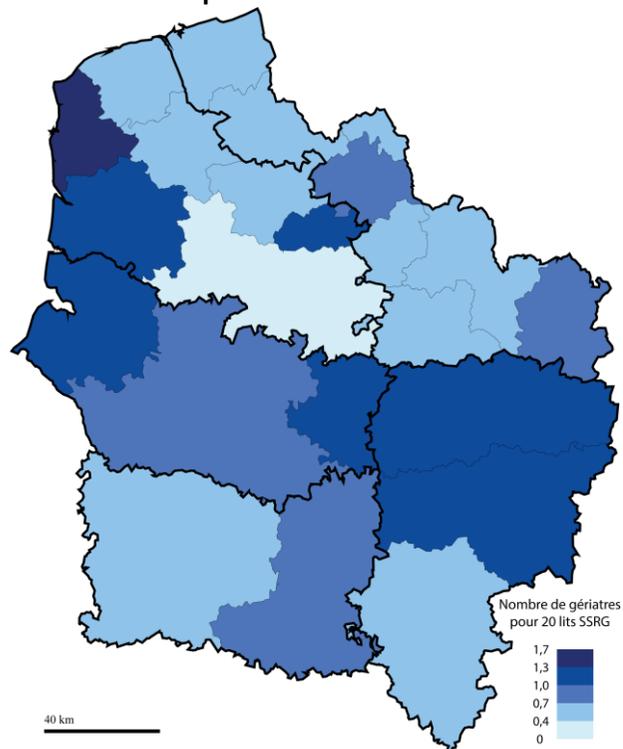
Les SSRG peuvent être également à mobiliser du temps d'autres professions (cadre de santé, secrétaire, ASHQ, podologue/pédicure, socio-esthéticienne...).

Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignantes exerçant dans les établissements SSRG autorisés en 2017 (en ETP pour 20 lits)



Champ : données issues des 67 SSR pour lesquels l'information est disponible (68 SSR interrogés)
Source : ARS - DST 2018 - Traitement : ORZS

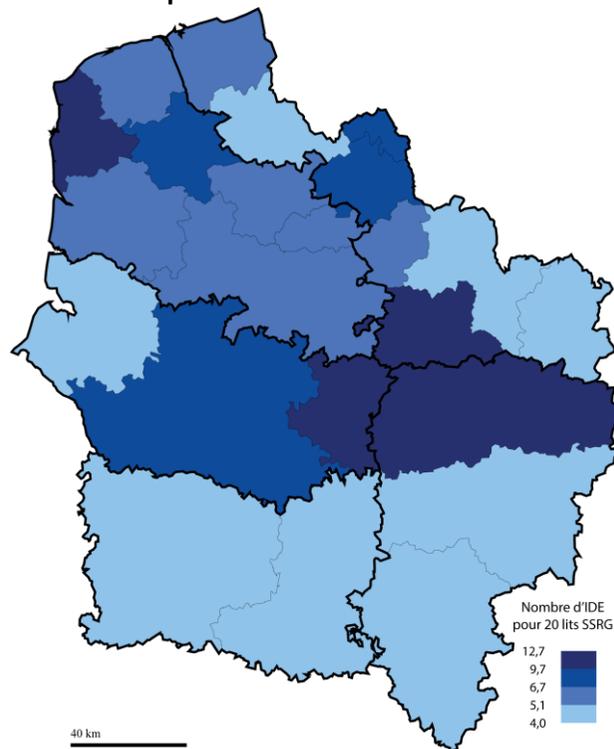
Géiatres pour 20 lits en SSRG en 2017



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

Source : ARS - DST 2018 - Traitement : OR2S

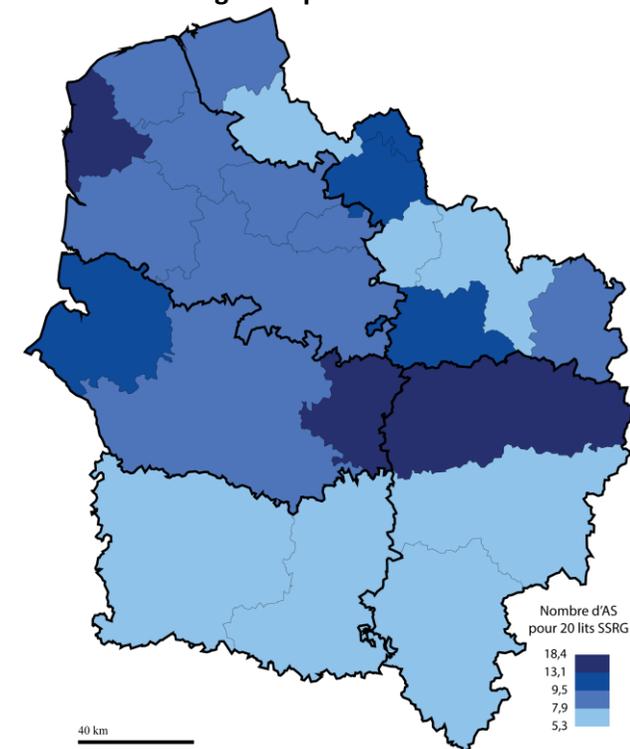
IDE pour 20 lits en SSRG en 2017



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

Source : ARS - DST 2018 - Traitement : OR2S

Aides-soignants pour 20 lits en SSRG en 2017



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

Source : ARS - DST 2018 - 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

Nord

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

Oise

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

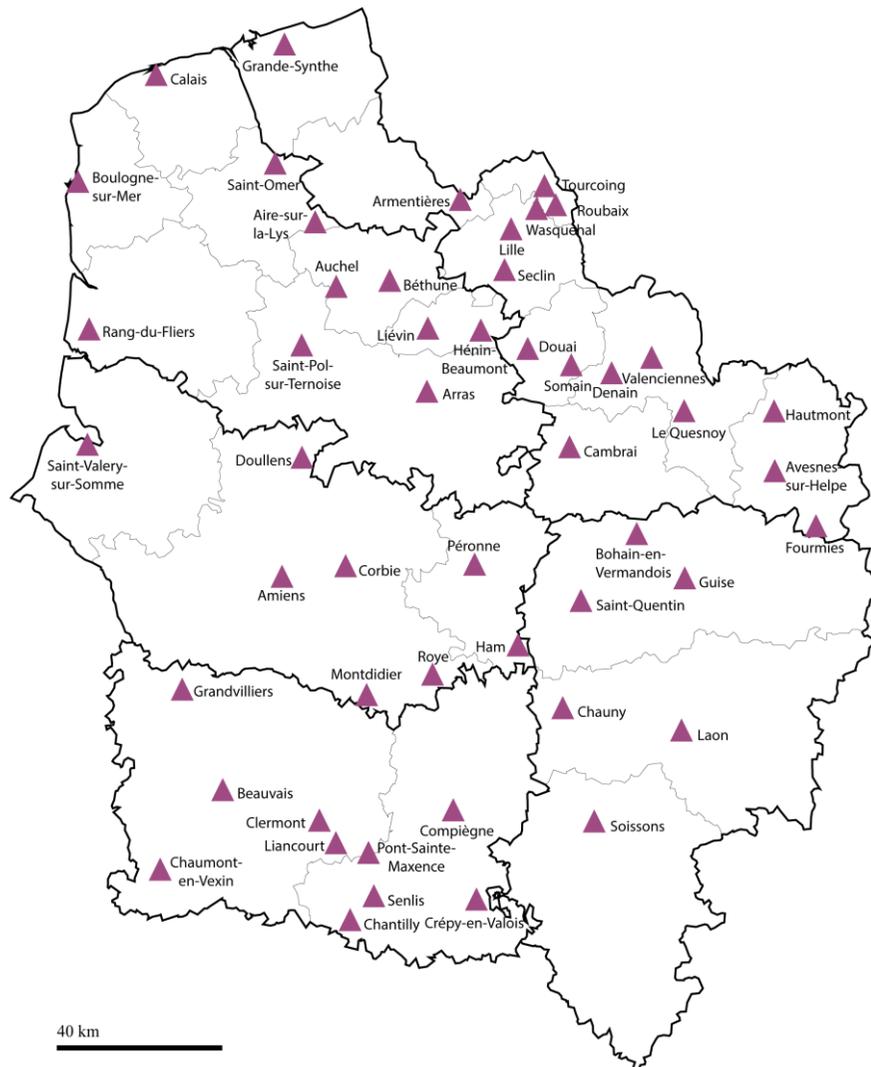
Pas-de-Calais

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

Somme

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

Implantation des USLD autorisées en 2017



Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

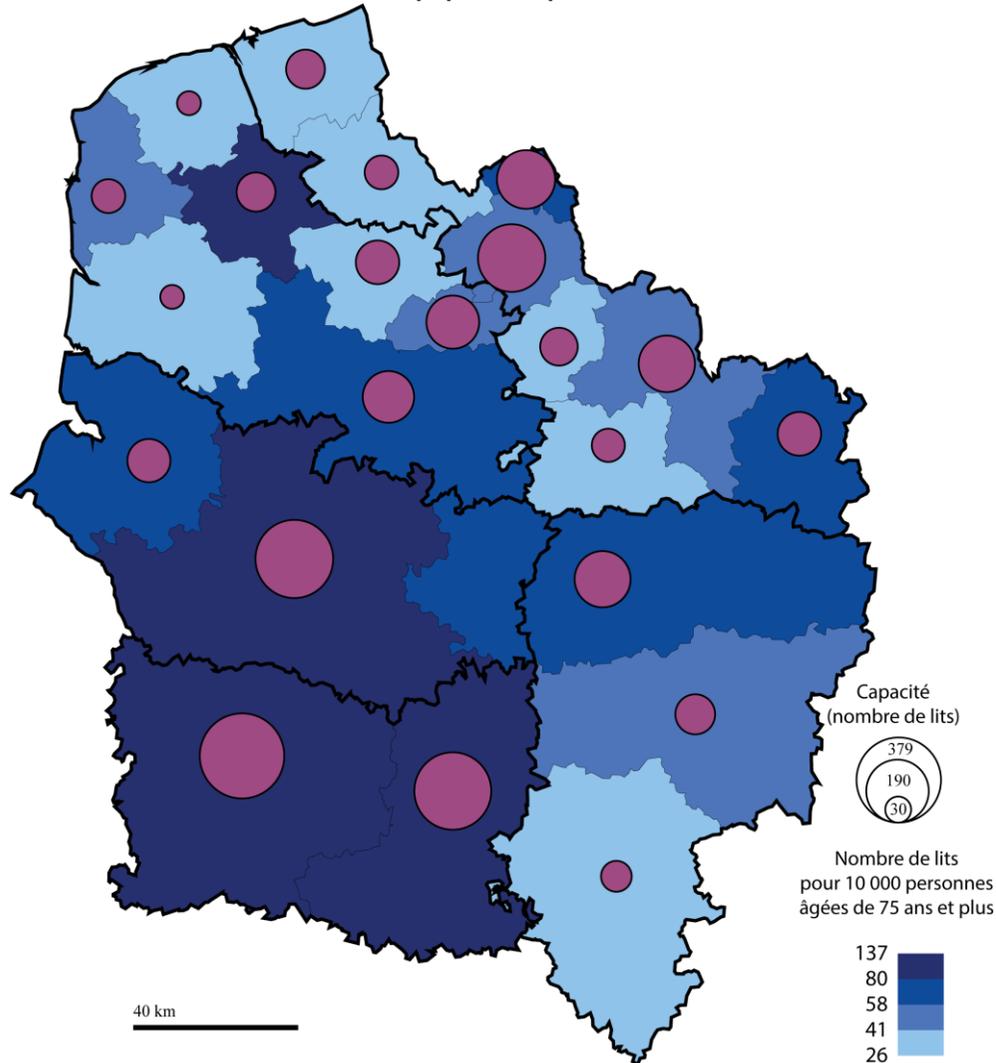
En 2017, les Hauts-de-France comptent 51 unités de soins de longue durée (USLD) autorisées :

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

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

Capacité des USLD

**Nombre de lits en USLD autorisées et installées en 2017
et taux d'équipement par territoire**



Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

En 2017, dans les Hauts-de-France, les 51 USLD totalisent une capacité de **2 935 lits**, soit **61 lits SSRG pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus** (57 en 2016). La taille des USLD varie de 30 à 190 lits : 15 unités disposent de 30 lits, 14 unités entre 31 et 59 lits, 15 unités entre 60 et 89 lits et 7 plus de 90 lits.

Bien que chaque zone soit pourvue en USLD, il n'en demeure pas moins que l'offre en lits n'est pas homogène sur le territoire. L'Oise et la Somme présentent des densités de lits USLD (respectivement 108 et 94 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus) deux fois supérieures à celles des autres départements : Nord (49), Aisne (49) et Pas-de-Calais (48).

Au niveau infra-départemental, cet écart entre les zones de proximité les mieux pourvues et les moins bien dotées s'inscrit dans un rapport de 1 à 5. Le nombre de lits en USLD pour 10 000 habitants de 75 ans et plus varie ainsi de 26 pour le Calais à 137 pour Oise-Ouest. Outre ce dernier, les zones les mieux dotées sont Somme-Centre (101), l'Audomarois (85), Oise-Est (83), Somme-Ouest (72) et Somme-Est/Aisne-Nord (68).

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

Activités des USLD autorisées

En 2017, les USLD ont accueilli un peu plus de 4 200 personnes (4 000 en 2016). Parmi elles, une cinquantaine de personnes étaient âgées de moins de 60 ans (comme en 2016). Ces dernières étaient prises en charge en USLD du fait de complications de certaines pathologies (trouble du comportement, Alzheimer précoce, Chorée d'Huntington, suite de traumatisme crânien, SEP, maladie de Little...) associées parfois à certaines situations sociales difficiles (isolement, handicap de naissance...)

Sur les 51 USLD interrogées, 43 ont fait remonter 1 574 sorties (1 391 en 2016) parmi lesquelles 1 280 décès ont été recensés (1 247 en 2016). Autrement dit, plus de 8 sorties d'USLD sur 10 ont pour cause le décès de la personne prise en charge (9 sur 10 en 2016), comme en EHPAD.

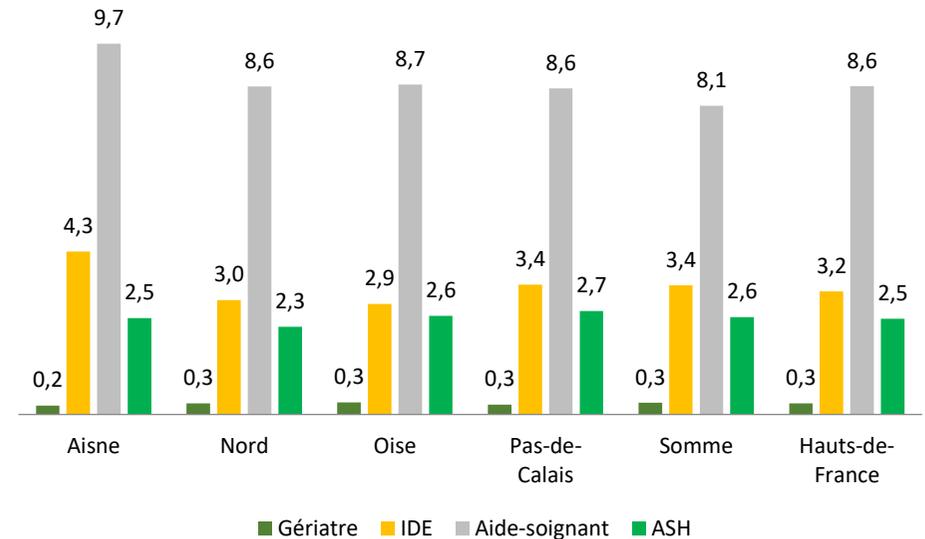
Personnel des USLD autorisées

Au niveau régional, les USLD autorisées emploient environ 2 400 ETP en 2017 (2 300 ETP en 2016) dont la moitié est représentée par les aides-soignantes, 20 % par les IDE et 15 % par les ASH.

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

- 0,4 ETP de temps médical (dont 0,3 ETP de gériatres),
- 3,2 ETP d'IDE,
- 8,6 ETP d'aide-soignante,
- 2,5 ETP d'ASH,
- 0,1 ETP d'ergothérapeute/psychomotricien,
- 2,1 ETP d'autres professions (secrétaire, animateur, éducateur, kinésithérapeute, psychologue...).

Effectifs de gériatres, AS, IDE et ASH exerçant dans les USLD autorisées (en ETP pour 20 lits) en 2017



Source : ARS - DST 2018 - 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.

Ainsi, les données ne sont pas toutes disponibles aux mêmes échelles territoriales, ni pour l'ensemble de la région selon les années.

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

Les consultations mémoire

La BNA

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

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

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

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

Méthodologie

À partir de l'extraction de la BNA, les données issues de 30 centres de consultations recensés en 2017 peuvent être analysées.

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

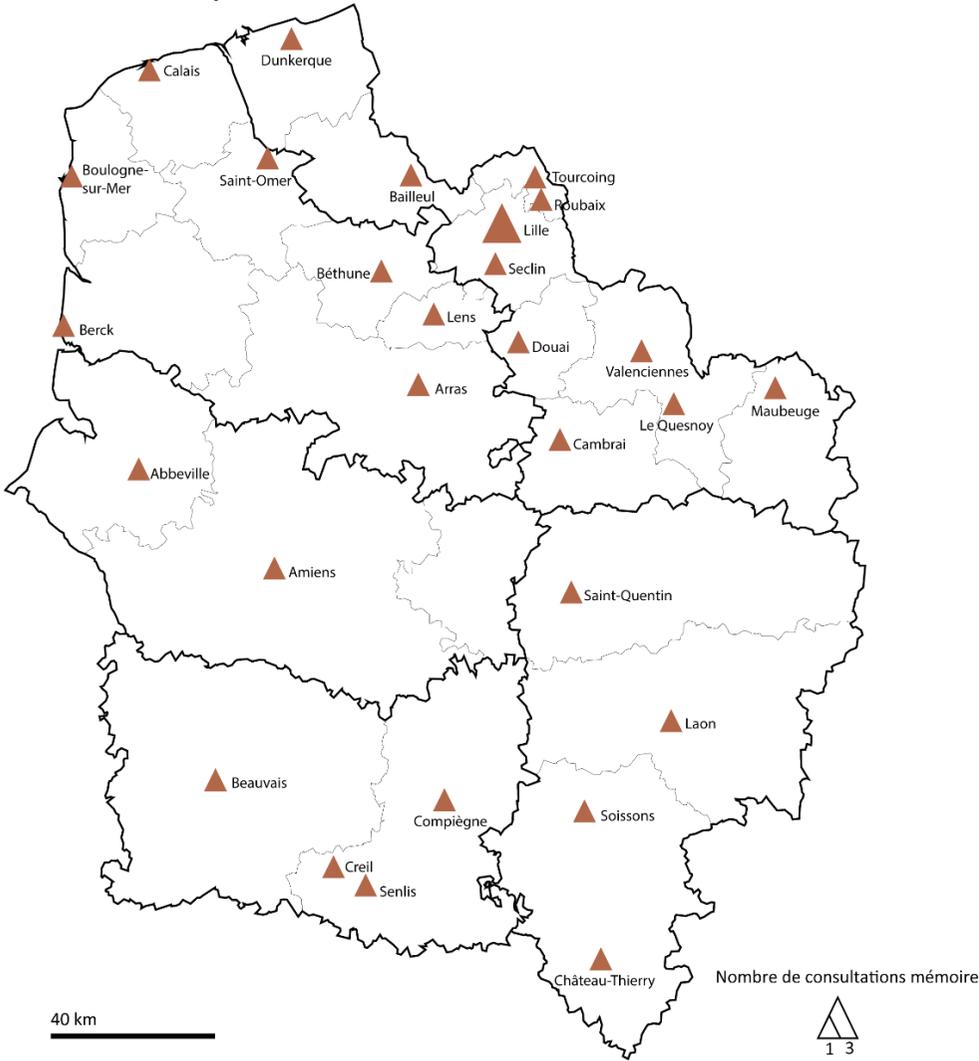
- **File active A** (nouveaux patients pour le centre) correspond à l'ensemble des nouveaux patients reçus par le centre pour la période et ayant fait l'objet de l'envoi d'un CIMA à la BNA. C'est cette file active qui est demandée par les ARS dans le cadre du suivi d'activité et de la labellisation.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

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

Les données présentées ci-après concernent 29 des 30 structures assurant des consultations mémoires labellisées par l'ARS. En effet, la consultation mémoire portée par le CH de Château-Thierry n'a pas déclaré d'activité en 2017.

L'implantation des consultations mémoire en 2017

Implantation des consultations mémoires en 2017



En 2017, les Hauts-de-France abritent 30 structures assurant des consultations mémoires :

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

Source : BNA, ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

La file active

En 2017, ces structures ont assuré un peu plus de **36 200 consultations et actes** au cours desquels ont été reçus environ **21 500 patients dont 9 082 ont consulté pour la toute première fois** pour plainte cognitive ou comportementale. Autrement dit, **deux patients sur cinq reçus en consultation mémoire en 2017 n’avaient jusqu’alors jamais consulté** un professionnel (dans le cadre d’une consultation mémoire ou tout autre spécialiste pour plainte cognitive). Ces chiffres sont semblables à ceux observés en 2016 (sur le même périmètre des 30 structures observées). En 2017, le nombre d’actes minimum par patient s’élève à 1,8 (contre 1,6 en 2016) : il varie de 1,0 (CH Boulogne-sur-mer) à 3,2 au CHICN de Compiègne.

En 2017, 7 établissements assurent près de la moitié des consultations mémoire de la région (celles référencées dans la BNA). Il s’agit du CM2R de Lille, du CM2R d’Amiens et des centres de mémoires de Béthune, Lens, Valenciennes, Beauvais et Creil-Senlis. Les CM2R de Lille et d’Amiens concentrent à eux deux un quart des consultations mémoires de la région.

Les personnes venant consulter sont âgées en moyenne de 77 ans, avec des **âges moyens compris entre 70,2 ans** (GHICL Lille) **et 84,2 ans** (Douai). **Trois personnes ayant consulté sur cinq sont des femmes.**

Environ **6 % des personnes font un déplacement de plus de 50 km pour consulter.** Il existe de **fortes disparités territoriales.** Huit patients sur dix devant se déplacer sur plus de 50 km pour atteindre leur lieu de consultation le font dans un des trois établissements suivants : le CM2R du CHRU de Lille (Salengro), le CM2R du CHU d’Amiens et le GHPSO (Creil-Senlis). Cela concerne 13 % à 18 % des patients de ces trois établissements. Cette part est résiduelle dans la patientèle des autres établissements assurant des consultations mémoires.

Au niveau des territoires, la file active de Lille est la plus importante avec 4 872 patients, contrairement au Cambrésis qui n’en compte que 204. Les Hauts-de-France comptent 45 patients reçus en consultations mémoire pour

1 000 habitants de 75 ans et plus. Cet indicateur varie dans un rapport de 1 à un peu plus de 6 dans les territoires (16 dans le Douaisis contre 101 pour Lille).

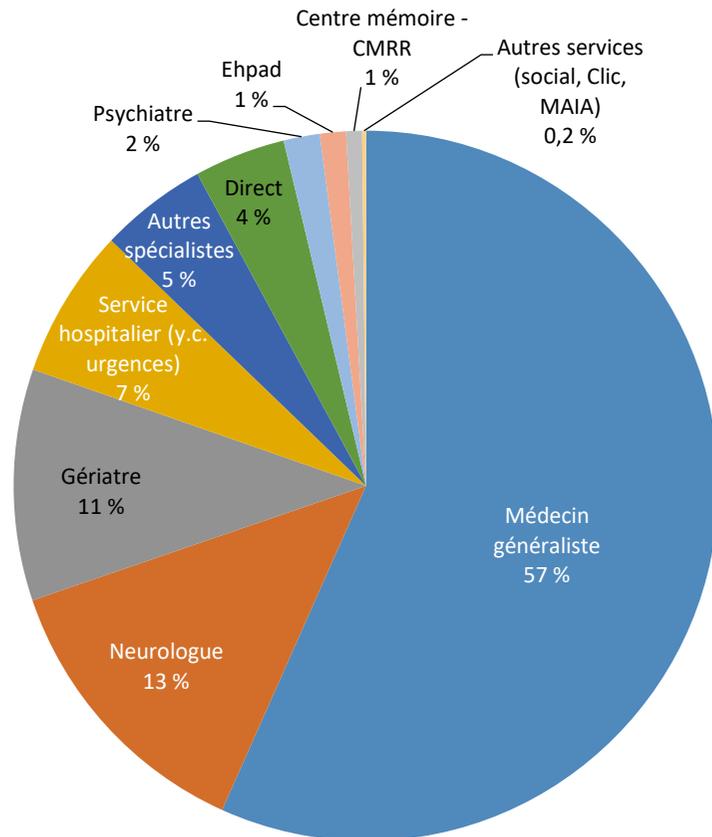
File active en consultations mémoire en 2017

	Nombre de patients reçus	Nombre de patients reçus pour 1 000 hab. de 75 ans et plus
Aisne-Nord - Somme-Est	677	28
Aisne-Centre	347	24
Aisne-Sud	489	31
Cambrésis	261	18
Douaisis	342	16
Dunkerquois	437	22
Flandre Intérieure	531	35
Lille	5 035	101
Roubaix - Tourcoing	1 184	39
Sambre Avesnois	396	25
Valenciennois	1 865	58
Oise-Est	1 783	57
Oise-Ouest	1 056	38
Arrageois	496	23
Audomarois	586	62
Béthune - Bruay	1 070	43
Boulonnais	322	23
Calais	387	34
Lens - Hénin	1 111	38
Montreuillois	277	25
Somme-Centre	2 161	68
Somme-Ouest	771	57
Hauts-de-France	21 584	45

Source : BNA, ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Le mode d'entrée

Répartition des modes d'entrée en consultation mémoire en 2017



Source : BNA, ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Les patients vus en consultation mémoire sont **orientés très majoritairement (88 %) par un professionnel de santé :**

- un médecin généraliste dans 57 % des cas,
- un neurologue dans 13 % des cas,
- un gériatre dans 11 % des cas,
- un psychiatre dans 2 % des cas,
- un autre spécialiste dans 5 % des cas.

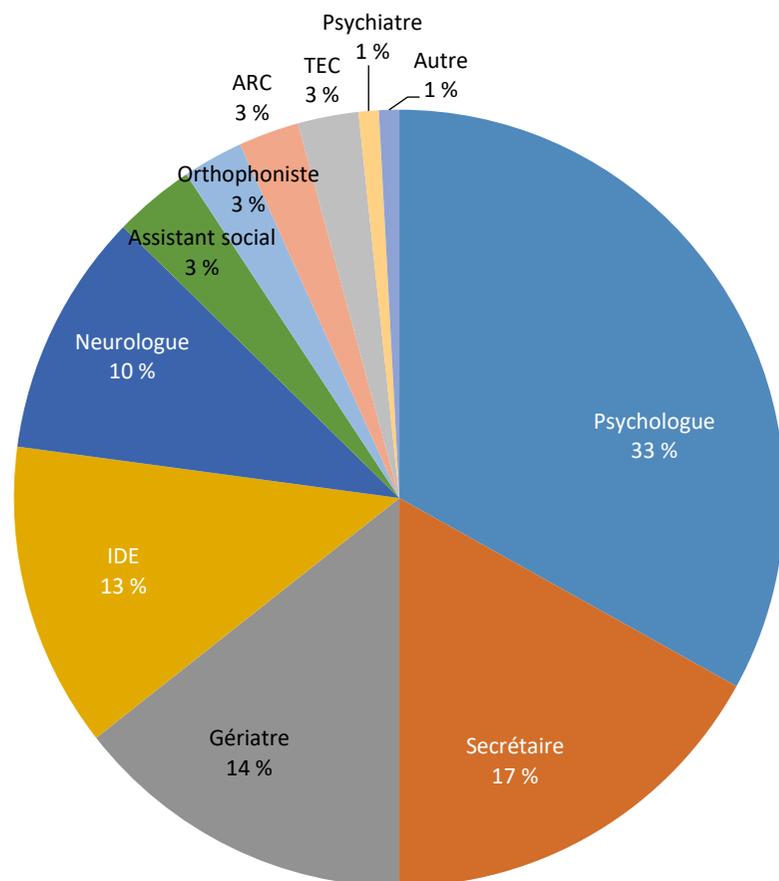
De manière moins fréquente, le patient est orienté par un service hospitalier y compris les urgences (7 %).

Dans 4 % des cas, le patient se rend directement à la consultation.

Enfin, les orientations des patients par les EHPAD, centres mémoires et autres services (Clic, MAIA) sont beaucoup plus rares (2 % du total des orientations).

Le personnel

Répartition du personnel intervenant dans les consultations mémoires en 2017



Source : BNA, ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Les consultations mémoires mobilisent plusieurs types de professionnel. Ainsi, les 25 consultations mémoires ayant renseigné la partie ressources humaines de la BNA déclarent :

- 39 ETP de psychologue,
- 20 ETP de secrétaire,
- 17 ETP de gériatre,
- 15 ETP d'IDE,
- 12 ETP de neurologue,
- 4 ETP d'assistant social,
- 3 ETP d'orthophoniste,
- 3 ETP d'ARC,
- 3 ETP de TEC,
- 1 ETP de psychiatre,
- 1 ETP d'autres professions.

Une consultation mémoire compte en moyenne 5 ETP, avec un minimum d'1 professionnel et un maximum de 11 et 26 professionnels dans les CMRR d'Amiens et Lille (Salengro).

Parmi les 25 consultations mémoires pour lesquelles la partie ressources humaines de la BNA a été renseignée :

- 22 disposent de temps de psychologue,
- 15 disposent de temps de gériatre,
- 9 disposent de temps de neurologue,
- 16 disposent de temps de secrétariat,
- 12 disposent de temps d'IDE.

D'autres professions sont moins courantes :

- 4 disposent de temps d'assistante sociale,
- 3 disposent de temps d'orthophoniste,
- 1 dispose de temps de psychiatre.

Enfin, 3 consultations mémoires disposent d'un temps d'ARC ou de TEC.

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

EPSM 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

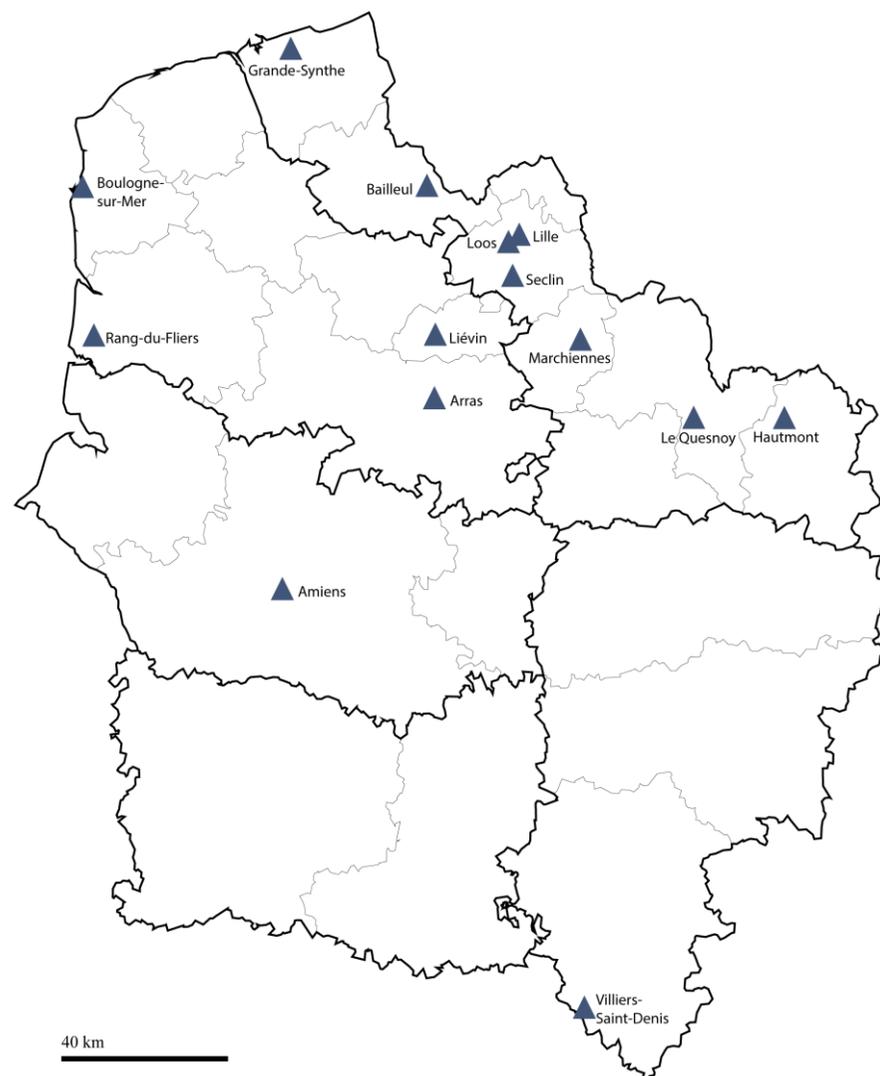
Hôpital la Renaissance sanitaire Villiers-Saint-Denis

Somme

CHU Amiens

Les unités cognitivo-comportementales labellisées sont au nombre de 14 dans les Hauts-de-France en 2017 (13 en 2016). Elles totalisent 173 lits (163 en 2016). Elles ne sont pas réparties de manière uniforme sur le territoire puisque l'Oise n'en compte aucune. Cependant, deux unités sont prévues en 2018 et 2019 dans l'Oise et un supplémentaire dans l'Aisne.

Implantation des UCC labellisées en 2017



Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

En 2017, 14 UCC ouvertes et labellisées dénombrées :

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

L'Oise ne compte aucune UCC labellisées.

Les 173 lits d'UCC labellisées se répartissent ainsi :

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

Un peu plus de 1 400 séjours en UCC labellisées sont déclarés par les établissements (il manque néanmoins les séjours du CHRU Lille), pour un total de 50 611 journées de plus de 24 heures (il manque les journées du CHU Amiens).

La durée moyenne de séjours de 39 jours (33 en 2016) masque de fortes disparités selon les établissements allant de 23 jours au CHU d'Amiens à 77 jours pour le CH de Seclin (seul le CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer n'a pas renseigné cet indicateur). Les établissements du Pas-de-Calais déclarent des durées moyennes de séjour en UCC plus faibles que ceux du Nord et de l'Aisne (37 jours contre respectivement 41 et 42 pour les UCC du Nord et de l'Aisne).

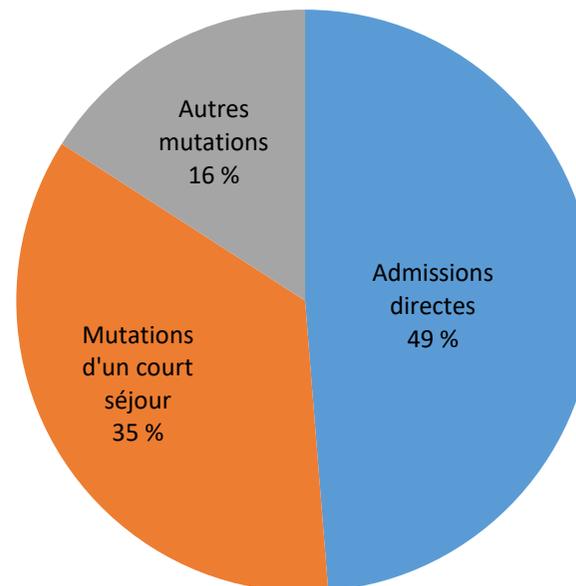
Les entrées et les sorties

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 2017, les 14 UCC recensées dans la région ont déclaré 1 330 entrées (il manque les données du CHRU Lille). L'entrée par admissions directes ressort comme le premier mode d'entrée en UCC avec 648 entrées (49 % des modes d'entrée déclarés). Les mutations d'un court séjour représentent quant à elles 35 % des entrées. 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 de Boulogne-sur-Mer (65 %), CH de Seclin (57 %), CH Le Quesnoy (53 %) et UGSS du Château de la Motte de Marchiennes (51 %). Les « autres mutations » sont majoritaires pour l'UCC du CHAM (71 %).

Répartition des modes d'entrée en UCC labellisées en 2017



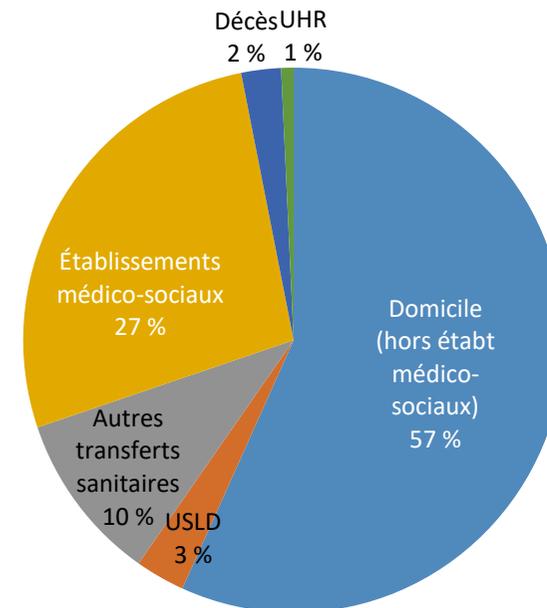
Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

En 2017, les 14 UCC labellisées recensées dans la région ont déclaré 1 348 sorties (il manque le nombre pour le CHRU Lille), plus de la moitié d'entre elles (57 %) se faisant vers le domicile (hors établissements médico-sociaux). Les modes de sortie se répartissent de manière relativement uniforme selon les départements. Le deuxième mode de sortie le plus fréquent est le transfert vers un établissement médico-social (27 % des sorties). Les sorties vers les USLD ou UHR sont en marge avec des proportions très faibles (3 % pour les USLD, 1 % pour les UHR). Les autres transferts sanitaires constituent 10 % des sorties. Enfin, 2 % des sorties (32) se terminent par un décès.

La répartition des modes de sortie varie d'un établissement à l'autre. Le retour à domicile est fortement majoritaire dans certaines UCC (CH de Seclin, Groupement hospitalier de Loos Haubourdin, CH Le Quesnoy, CHU Amiens), voire même quasi-exclusif au CH de Boulogne-sur-Mer et au CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer (respectivement 84 % et 91 % des sorties). Par contre, il est largement minoritaire dans d'autres UCC (Clinique Saint Roch de Marchiennes, Polyclinique de Riaumont). Ces deux derniers établissements présentent les proportions de sorties d'UCC vers des établissements médico-sociaux les plus élevées (respectivement 54 % et 55 %). Enfin, les sorties vers une USLD sont plus répandues à la Polyclinique de Grande-Synthe que dans les autres UCC de la région (25 %).

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

Répartition des modes de sortie d'UCC labellisées en 2017



Source : ARS - DST 2018 - 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 2017, les 173 lits répartis dans les 14 UCC de la région ont mobilisé 208 ETP dont 4 % de personnel médical (8 gériatres et 1 ETP non gériatre réparti entre 1 ETP de psychiatre et 0,1 ETP de personnel hospitalier). Les 96 % restants de personnels non-médicaux se répartissent ainsi :

- Aide-soignant : 92 ETP (soit 44 % du personnel œuvrant dans les UCC) ;
- IDE : 59 ETP (29 %) ;
- Autres personnels non-médicaux (assistante sociale, kinésithérapeutes, diététicienne, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, STAPS, socio-esthéticienne, cadre de santé, neuropsychologue...) : 48 ETP (23 %).

Parmi les 14 UCC de la région :

- tous ont déclaré disposer d'aides-soignants ;
- 13 ont déclaré disposer d'IDE ;
- 11 ont déclaré disposer d'assistants de services sociaux ;
- 10 ont déclaré disposer de psychomotriciens ;
- 10 ont déclaré disposer de psychologues ;
- 9 ont déclaré disposer d'ergothérapeutes ;
- 8 ont déclaré disposer de kinésithérapeutes ;
- 7 ont déclaré disposer de diététiciens ;
- 4 ont déclaré disposer d'orthophonistes ;
- 4 ont déclaré disposer de personnel STPAS.
-

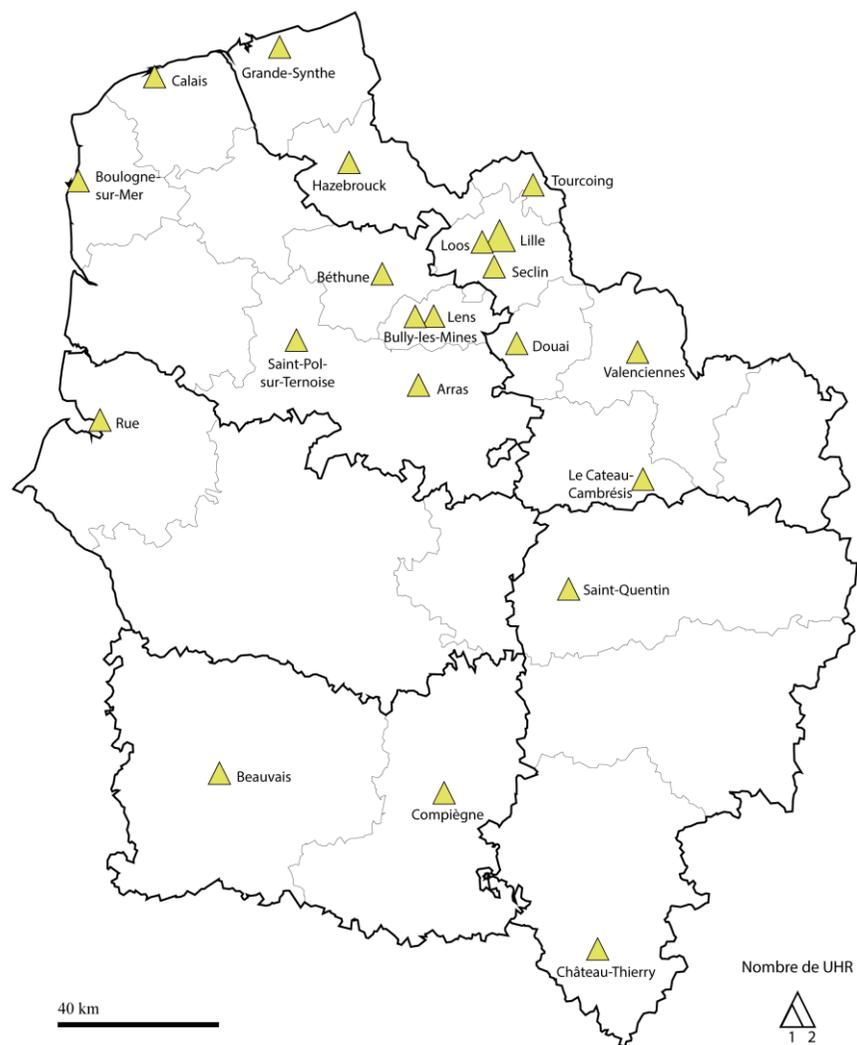
Les unités d'hébergement renforcées

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 2017, il existe 22 UHR en région pour 320 lits (21 UHR pour 302 lits en 2016), 14 UHR sont implantées dans un EHPAD et 8 dans une USLD.

Implantation des UHR labellisées

Aisne	Pas de Calais	Oise
CH Jeanne de Navarre – Château-Thierry CH de Saint-Quentin	CH de Béthune CH d'Arras CH de Boulogne-sur-Mer CH de Calais CH de Lens CH du Ternois EHPAD l'Aquarelle de Bully-les-Mines	CH de Beauvais CHI Compiègne - Noyon
Nord		Somme
CHRU Lille Association Féron Vrau (Lille) CH de Seclin Groupe Hospitalier Loos Haubourdin CH de Hazebrouck CH de Tourcoing CH de Douai Polyclinique de Grande-Synthe CH de Valenciennes CH Le Cateau-Cambrésis		CHI de la Baie de Somme

Implantation des UHR labellisées en 2017



Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Les UHR labellisées comprennent entre 10 et 20 lits (10 à 15 lits en règle générale).

Les 22 UHR labellisées se répartissent sur les 5 départements de la région de la manière suivante :

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

D'autres UHR se mettent en place à Somain (Douaisis), Jeumont (Avesnois), Montreuil-sur-Mer (Montreuillois), Saint-Omer (Audomarois), Aire-sur-la-Lys (Audomarois), Corbie (Somme-Centre) et Amiens (Somme-Centre).

La file active

Caractéristiques démographiques

Parmi les 22 UHR implantées dans les Hauts-de-France, 20 ont répondu à l'enquête. Ces dernières ont accueilli 409 personnes en 2017 (404 en 2016). La population accueillie en UHR présente un *sex-ratio* à quasi-parité (48 % d'hommes et 52 % de femmes).

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

Durée moyenne de séjour

En 2017, la durée moyenne de séjour dans les UHR est de l'ordre de 18 mois (14 mois en 2016) et varie considérablement : de 5 mois pour l'UHR CHI de la Baie de Somme à 36 mois pour le CHRU de Lille.

Capacité et file actives des UHR labellisées en 2017

	Nombre de places	File active	Âge moyen (en années)	DMS (en j)
CH de Saint-Quentin	14	29	78	744
CH de Château-Thierry	16	22	87	839
Polyclinique de Grande Synthe	14	9	NR	353
CH Hazebrouck	12	20	82	365
CHRU de Lille	13	14	84	1 095
Centre Féron Vrau	12	12	80	270
CH de Seclin	14	20	83	402
GHLH	12	12	75	336
CH de Tourcoing	14	21	82	599
CH de Douai	15	14	82	197
CH de Valenciennes	20	28	78	877
CH Le Cateau-Cambrésis	14	20	84	NR
CH de Beauvais	20	30	86	682
CHI Compiègne-Noyon	15	22	78	628
CH de Boulogne	14	25	80	730
CH de Calais	14	25	76	527
CH de Béthune	14	18	81	522
CH de Lens	10	18	77	167
CH d'Arras	15	30	80	365
CH du Ternois	20	NR	NR	NR
Bully-les-Mines	10	NR	NR	NR
CHI Baie de Somme	18	20	82	159
Hauts-de-France	320	409	80	548

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

État cognitif des personnes accueillies en UHR labellisées

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

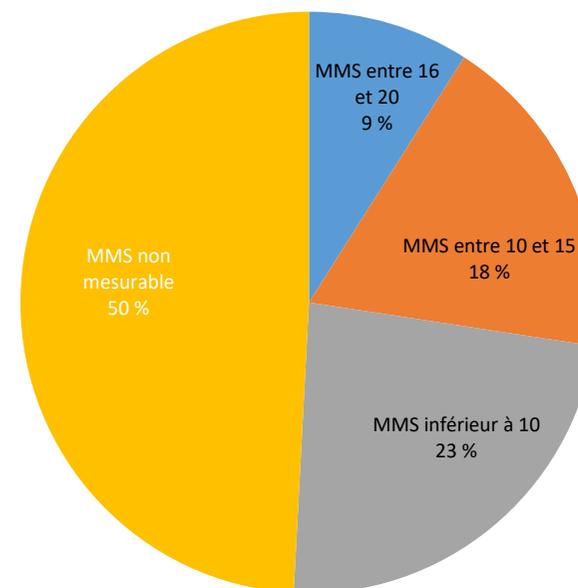
En 2017, une personne sur deux prise en charge en UHR, le MMS n'a pu être mesuré.

Par conséquent, le test MMS a été réalisé pour 50 % des patients. Cette part se distribue ainsi :

- 27 % présente un MMS entre 10 et 20 (démence modérée ; 26 % en 2016),
- 23 % un MMS inférieur à 10 (démence sévère ; 19 % en 2016).

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

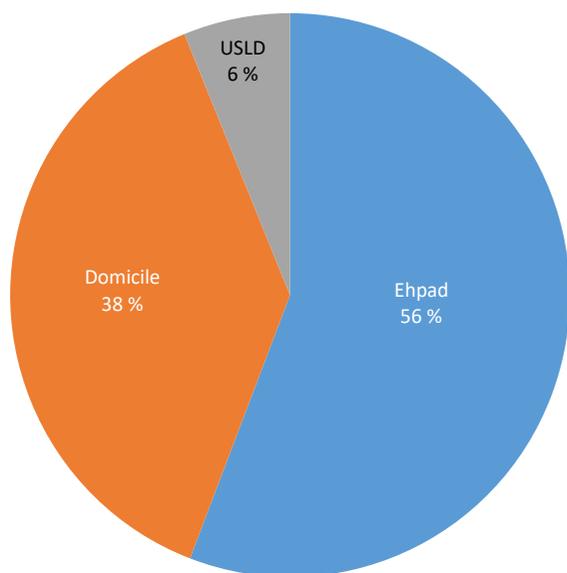
Diagnostic de la démence *via* le *Mini Mental State* à l'entrée des UHR labellisées en 2017



Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Les entrées

Provenance des personnes prises en charge en UHR labellisées en 2017



Sur les 20 UHR, 19 ont renseigné le lieu de vie qu'occupaient les patients avant leur prise en charge dans leurs murs :

- 56 % résidaient en EHPAD,
- 38 % habitaient leur domicile,
- 6 % étaient pris en charge en USLD.

Champ : 292 entrées rapportées par les 19 UHR répondantes

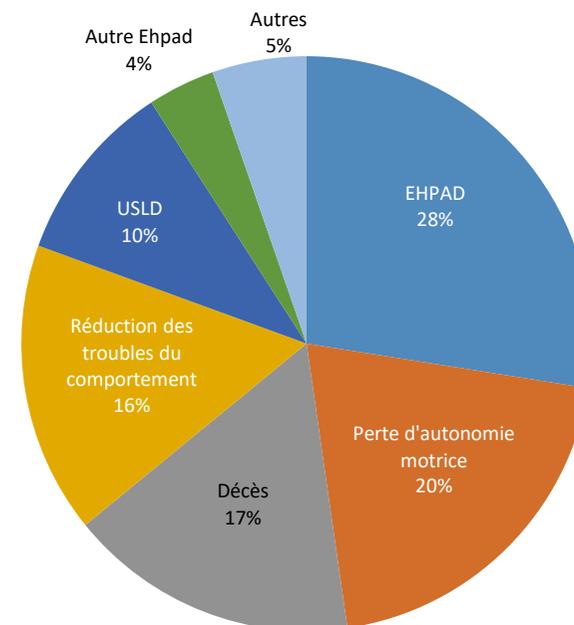
Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Les sorties

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

- pour un peu plus d'un quart des cas, le patient part dans un EHPAD classique du même établissement ;
- dans un cas sur cinq, la prise en charge s'arrête du fait de la perte d'autonomie motrice de la personne ;
- dans un cas sur six, c'est le décès de la personne qui interrompt l'accompagnement ;
- dans un cas sur six, le motif de sortie de l'UHR se justifie par la réduction des troubles du comportement pendant une période continue d'au moins 1 mois ;
- dans 10 % des cas, la personne prise en charge est transférée vers une USLD classique ;
- les autres destinations des patients quittant une UHR sont principalement le court séjour gériatrique, l'UCC et plus rarement le retour au domicile.

Destination des personnes prises en charge en UHR labellisées en 2017



Champ : 252 sorties rapportées par les 19 UHR répondantes

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Les activités proposées dans les UHR labellisées

Sur les 22 UHR interrogées, 20 ont répondu au module de questions portant sur les activités proposées au sein de ce type de structure. Toutes ont répondu avoir proposé les activités suivantes :

- maintien ou réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes,
- mobilisation des fonctions sensorielle,
- maintien du lien social des résidents.

Pour le maintien ou la réhabilitation des capacités cognitives restantes, seul le CH de Lens n'a pas indiqué proposé cette activité.

Outre les équipes des UHR (décrites ci-après), divers acteurs interviennent pour assurer les activités proposées. Il s'agit notamment de psychologues, d'ergothérapeutes, de psychomotricien, d'IDE, de professeur d'APA, d'animateurs et de kinésithérapeutes.

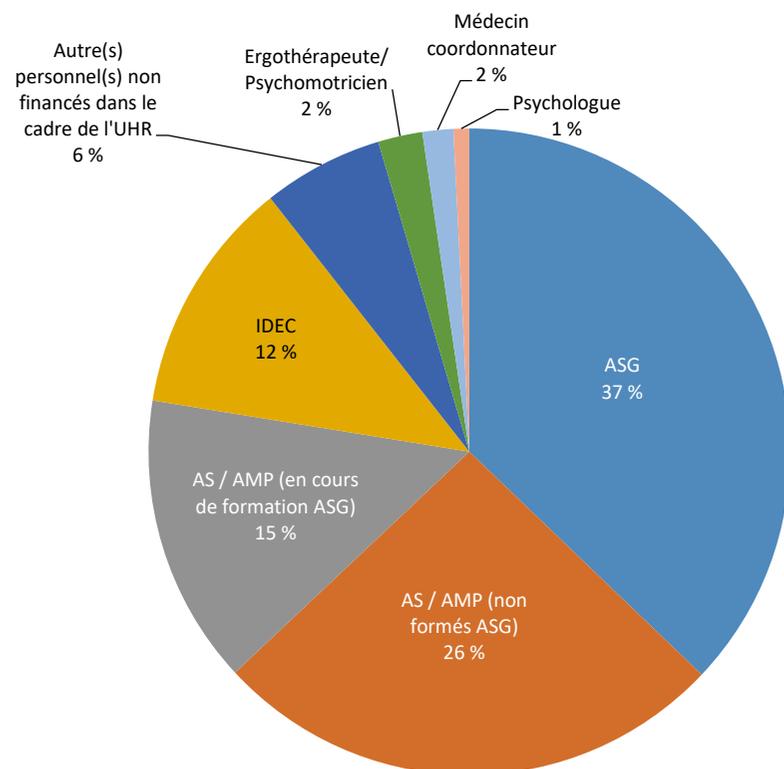
De manière plus ponctuelle, les UHR font appel également à des orthophonistes, des art-thérapeutes et socio-esthéticiens.

Personnel des UHR labellisées

L'enquête permet de disposer de quelques éléments sur le personnel mobilisé dans les UHR, en distinguant le personnel dédié aux soins et le personnel consacré à la dépendance. À ce titre, 16 UHR ont répondu au module de questions portant sur le personnel (16 sur le personnel dédié aux soins et 10 sur le personnel consacré à la dépendance).

Globalement, les 16 UHR ont fait remonter un total 139 ETP dédiés aux soins, soit 10,1 ETP pour 20 lits UHR (189 ETP soit 15,1 ETP pour 20 lits en 2016). Pour le personnel dédié à la dépendance, les UHR recensent 78 ETP soit 5,7 ETP pour 20 lits UHR (34 ETP soit 3,8 ETP pour 20 lits en 2016). Ces chiffres correspondent au personnel étant intervenu réellement dans les UHR en 2017.

Personnel réservé aux soins en UHR labellisées en 2017 (en ETP)



Champ : 16 UHR répondantes

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Les UHR mobilisent plusieurs types de professionnels dédiés aux soins. Les 16 UHR labellisées ayant renseigné la partie relative aux ressources humaines de l'enquête déclarent un total 138 ETP dédiés aux soins :

- 51,4 ETP d'ASG (43,2 en 2016),
- 35,9 ETP d'AS / AMP (non formés ASG ; 45,4 en 2016),
- 20,1 ETP d'AS / AMP (en cours de formation ASG ; 58,6 en 2016),
- 16,4 ETP d'IDEC (28,0 en 2016),
- 3,1 ETP d'ergothérapeute /psychomotricien (3,9 en 2016),
- 2,2 ETP de médecin coordonnateur (3,2 en 2016),
- 1,1 ETP de psychologue (0,9 en 2016),
- 8,4 ETP d'autres personnels non financés dans le cadre de l'UHR (ASH, cadre de santé ; 6,1 en 2016).

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

Les partenariats des UHR labellisées

Sur les UHR interrogées, 19 ont répondu aux questions portant sur les partenariats :

- 13 déclarent travailler avec une UCC,
- 14 déclarent travailler avec d'autres EHPAD,
- 18 déclarent travailler avec une consultation mémoire,
- 12 déclarent travailler avec un CMP,
- 18 déclarent travailler avec un service de psychiatrie,
- 18 déclarent travailler avec un CSG,
- 9 déclarent travailler avec d'autres partenaires (MAIA, HAD...).

Les partenariats des UHR labellisées en 2017

	UCC	Autres EHPAD	Consultation mémoire	CMP	Service de psychiatrie	CSG	Autre partenariat
CH de Saint-Quentin	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
CH de Château-Thierry	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Polyclinique de Grande Synthe	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
CH de Hazebrouck	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CHRU de Lille	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Centre Féron Vrau	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CH de Seclin	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
GHLH	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
CH de Tourcoing	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH de Douai	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CH de Valenciennes	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH Le Cateau-Cambrésis	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CH de Beauvais	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CHI Compiègne-Noyon	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH de Boulogne	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
CH de Calais	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH de Béthune	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
CH de Lens	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
CH d'Arras	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH du Ternois	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NE
EHPAD de Bully-les-mines	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NE
CHI Baie de Somme	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

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

Présentation générale

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

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

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

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

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

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

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

Implantation des PFR

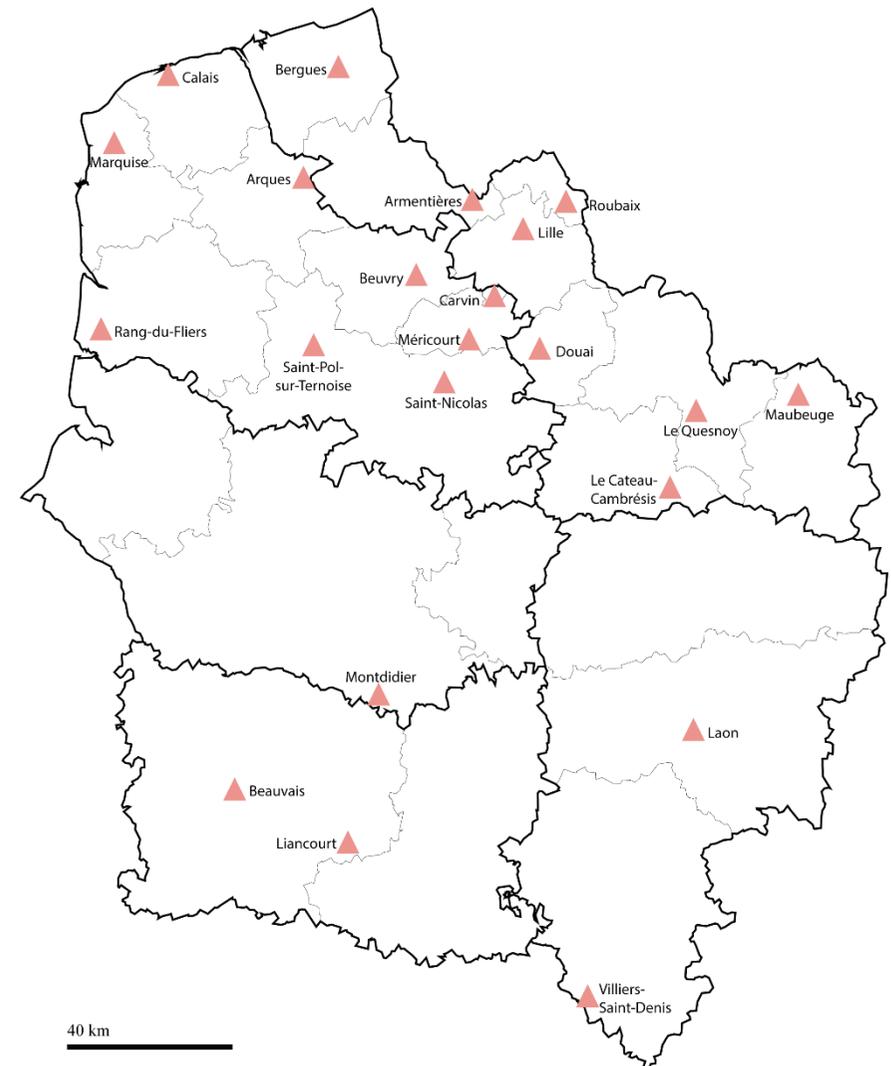
Dans l'ex-Nord – Pas-de-Calais, le déploiement des PFR a débuté en 2009 avec la création d'un site expérimental : la « Maison d'Aloïs » à Bergues. Ensuite, la généralisation de ce dispositif a commencé en 2011 lors de l'entrée dans le droit commun de la plateforme expérimentale et de la diffusion du cahier des charges. Ainsi 22 PFR sont autorisées fin 2017 dans les Hauts-de-France. Trois l'ont été en 2016 : la PFR de l'Arrageois située à Saint-Nicolas-lès-Arras, la PFR de Laon et la PFR de l'Audomarois située à Arques. Une autre PFR a été autorisée en 2017 : la PFR du Calaisis portée par l'accueil de jour de l'EHPAD de la Roselière.

Au niveau géographique, les PFR ouvertes fin 2017 se répartissent ainsi :

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

Si toutes les zones des départements du Nord et du Pas-de-Calais sont couvertes par les PFR, ce n'est pas le cas dans les autres départements. Les zones Aisne-Nord, Oise-Est, Somme-Est et Somme-Ouest ne sont entièrement couvertes par une PFR.

Implantation des PFR en 2017



Source : ARS – DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Analyse des données d'activité

Méthodologie

L'analyse de l'activité 2017 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 22 PFR ayant déclaré une activité en 2017, 1 a démarré son activité en 2017 et a assuré 35 semaines d'ouverture. Sur les 21 PFR ouvertes avant 2017, 16 ont assuré 52 semaines d'ouverture sur l'année 2017, 2 ont été ouvertes 51 semaines, 1 a été ouverte 50 semaines, 1 a été ouverte 49 semaines et 1 a été ouverte 48 semaines. Ainsi, au total, les PFR ont assuré 1 116 semaines d'ouverture aux usagers. En comparaison, en 2016, les 21 PFR avaient assuré 1 032 semaines d'ouverture, soit une augmentation de 8 % entre 2016 et 2017. Cela s'explique notamment par l'ouverture d'une nouvelle PFR en 2017.

Sur les 22 PFR ayant déclaré une activité en 2017, 8 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 (6 sur 21 en 2016).

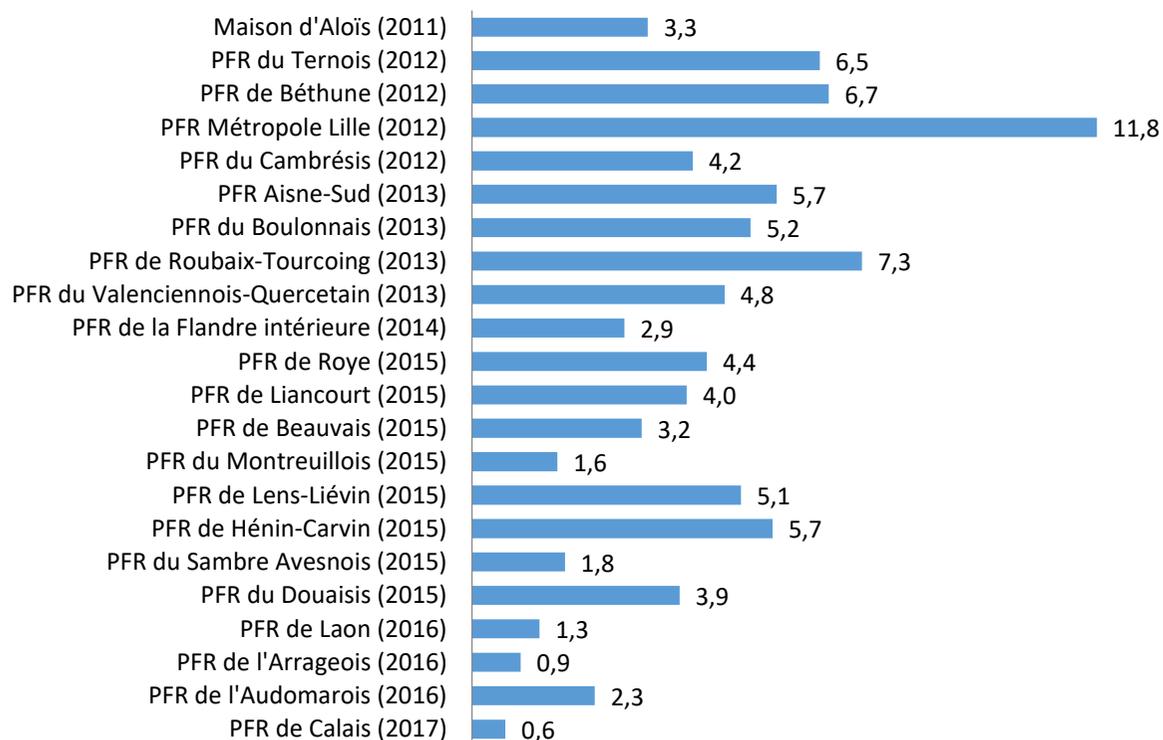
File active

En 2017, **4 792 aidants ont contacté l'une des 22 PFR**, soit 45 % de plus qu'en 2016 (année au cours de laquelle 3 PFR ont débuté leur activité). Les moyens de contact les plus utilisés sont l'accueil physique (44 % des contacts) et téléphonique (40 % des contacts). Les autres moyens utilisés représentent 16 % des contacts (parmi lesquels figurent des visites à domicile et des contacts par mail).

Le nombre moyen d'aidants contactant une PFR chaque semaine est de 4,3 en 2017 (3,2 en 2016).

Il existe une très grande disparité du nombre d'aidants ayant pris contact avec l'une des PFR, allant de moins de 1 aidant par semaine pour les PFR de l'Arrageois et de Calais (cette dernière a débuté son activité en 2017) à plus de 11 pour la Maison des Aidants de Lille.

Nombre moyen d'aidants ayant pris contact avec une PFR par semaine d'ouverture en 2017

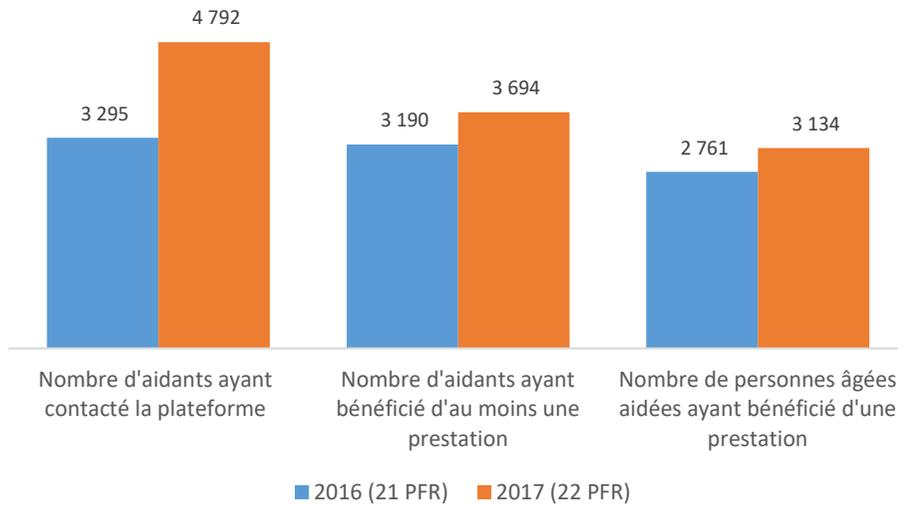


Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Généralement, le nombre moyen d'aidants ayant pris contact avec une PFR par semaine d'ouverture est d'autant plus élevé que la PFR est installée depuis longtemps.

Sur les 4 792 aidants ayant pris contact avec une des 22 PFR, 3 694 aidants ont bénéficié d'au moins une prestation (soit 77 %) et 3 134 personnes aidées ont au moins un aidant ayant bénéficié d'une prestation. En 2016, 3 190 aidants avaient contacté une PFR et 2 761 avaient bénéficié d'au moins une prestation.

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



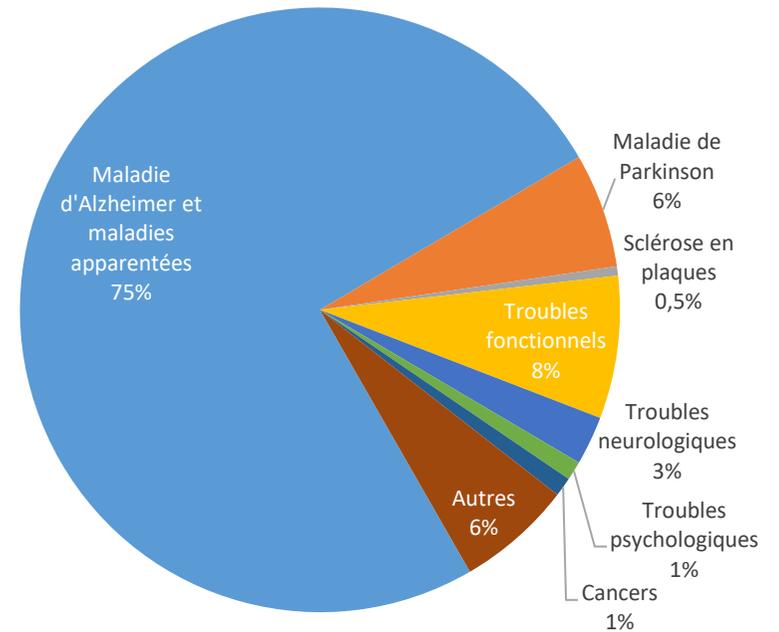
Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR25

En 2017, est comptée 1,5 aidant pour une personne aidée. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2016 (1,1) et aux années précédentes (1,3 aidant par personne aidée en 2014, 1,2 en 2013).

Profil des aidés

En 2017, parmi les 3 134 personnes aidées dont l'information est connue, 75 % sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ou de troubles cognitifs (80 % atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentés en 2016). La perte d'autonomie fonctionnelle concerne 12 % des personnes aidées (9 % en 2016 et 2015, 10 % en 2014 et 9 % en 2013). Enfin, les autres situations (Parkinson, sclérose en plaques, troubles neurologiques et psychologiques, cancer et autres pathologies) concernent 11 % des personnes aidées (9 % en 2016, 8 % en 2015, 7 % en 2013 et 2014).

Profils des aidés en fonction de leur pathologie



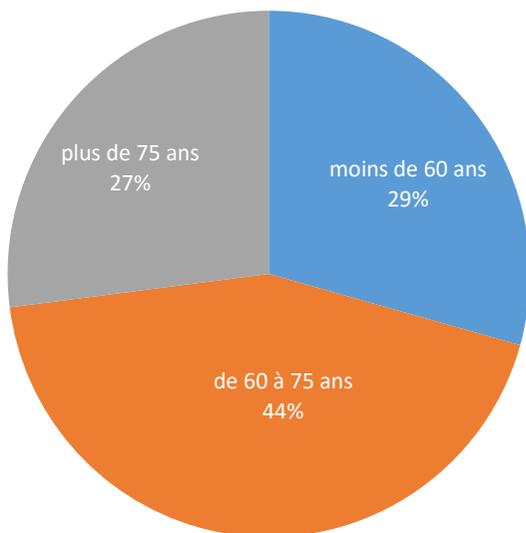
Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR25

Profil des aidants

Comparé à 2016, la répartition par classe d'âges des aidants est proche en 2017 : 29 % des aidants ont moins de 60 ans (31 % en 2016), 44 % des aidants ont entre 60 et 75 ans (contre 42 %), 27 % ont plus de 75 ans (comme en 2016).

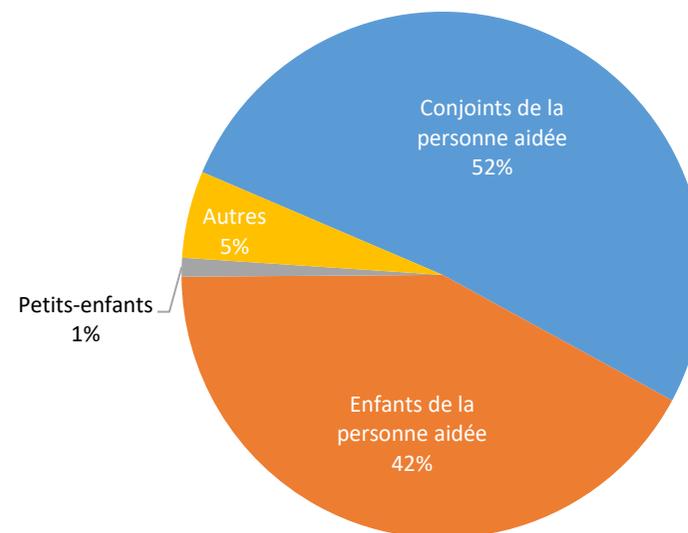
Ces chiffres restent stables par rapport aux observations de 2016.

Répartition des aidants par groupe d'âges



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Lien familial entre l'aidant et l'aidé



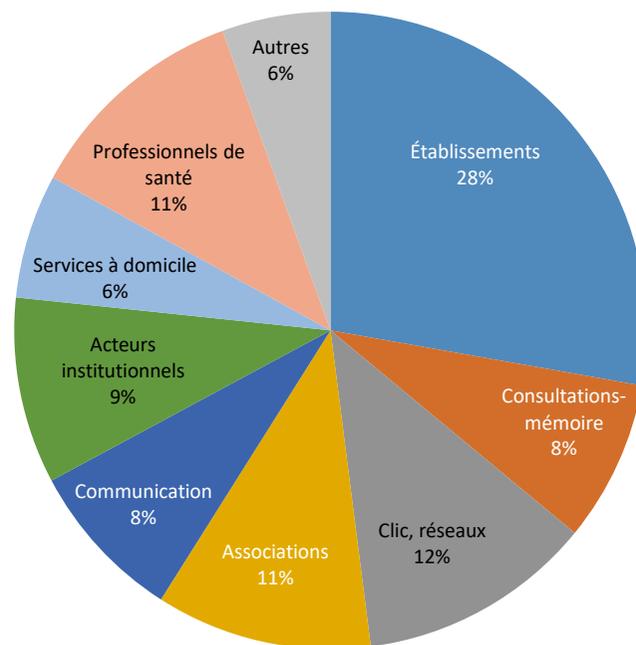
Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

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 (52 %). Les enfants représentent 42 % des aidants, les petits-enfants jouent un rôle anecdotique (1 % des aidants). Les autres membres de la famille (frères et sœurs, beaux-enfants, neveux et nièces), voisins et amis représentent 5 % des aidants.

Orientation des aidants

Les aidants sont orientés vers les PFR par différents acteurs. Les établissements (EHPAD, centres hospitaliers, ...) sont à l'origine de plus d'un quart des orientations vers les PFR (28 %). Les Clic et réseaux gérontologiques orientent 12 % des aidants, les associations d'usagers et de familles 11 %. Le bouche-à-oreilles et les actions menées auprès du grand public (rassemblé sous le terme « Communication » dans le graphique ci-dessous) constituent 8 % des orientations vers les PFR, tout comme les consultations-mémoire. De plus, 9 % des orientations sont issues des acteurs institutionnels (conseils départementaux, CCAS, caisses de retraite...) et 6 % des services à domicile. Enfin, les professionnels de santé (libéraux) sont à l'origine de 11 % des orientations des aidants vers les PFR. Cette répartition est relativement proche de celle observée en 2016, hormis le fait que les orientations émanant de professionnels de santé semblent plus fréquentes en 2017 (11 % contre 4 % en 2016) et celles émanant de Clic ou des réseaux ou encore d'associations s'avèrent moins répandues (23 % en 2017 contre 33 % en 2016 pour ces deux catégories confondues).

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

Répartition des orientations vers une PFR en 2017

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Prestations réalisées par les PFR

Actions d'écoute et de soutien

Accueil téléphonique

Sur les 22 PFR ayant déclaré une activité en 2017, 21 ont mis en place une permanence téléphonique. Pour 12 plateformes, l'amplitude horaire est plus large que celle de l'accueil de jour tandis que pour 9 plateformes, les horaires de permanence téléphoniques sont les mêmes que l'accueil de jour.

En 2017, 2 616 aidants ont ainsi bénéficié de cette prestation dispensée par 21 des 22 PFR dans la région (à noter que, parmi les 21 PFR mentionnées, une n'a pas précisé le nombre d'aidants bénéficiaires). L'enquête portant sur l'activité 2016 mentionnait près de 1 900 aidants ayant bénéficié d'un accueil téléphonique.

Rencontres individualisées

L'ensemble des PFR a réalisé des rencontres individualisées avec des aidants ayant eu lieu soit à la plateforme soit au domicile de l'aidant. En 2017, le nombre de rencontres individualisées réalisées par les PFR s'élève à 5 043, concernant 2 422 aidants. En 2016, les PFR de la région avaient enregistré 4 262 rencontres individualisées menées auprès de 1 950 aidants. Autrement dit, le nombre de rencontres individualisées a augmenté de 18 % entre 2016 et 2017 et le nombre d'aidants ayant bénéficié de ce type de prestation a augmenté de 24 % (une structure n'a pas renseigné les indicateurs).

En 2017, le nombre moyen de rencontres individualisées par aidant est de 2,1 (2,2 en 2016).

En 2017, chaque semaine d'activité a généré 4,5 rencontres individualisées (4,1 en 2016).

Actions collectives

En 2017, 16 des 22 PFR ayant déclaré une activité ont organisé **194 groupes de parole** ayant mobilisé **385 aidants¹** (contre 141 groupes pour 262 aidants en 2016).

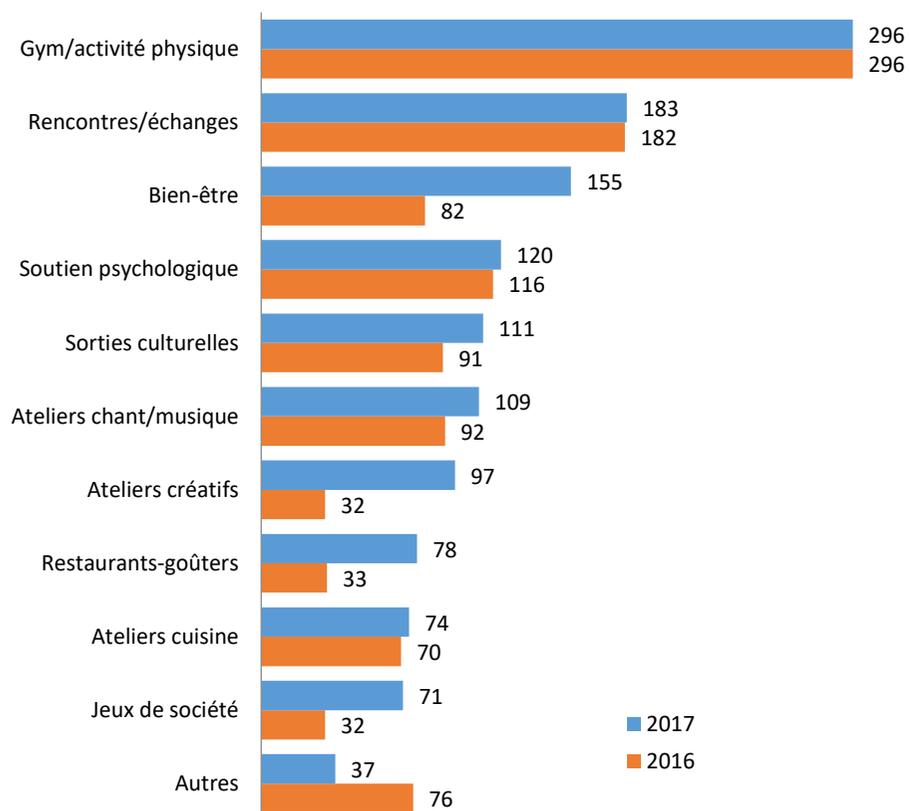
En 2017, 13 des 22 PFR ont organisé des réunions de groupe de type « **café des aidants** ». Au total, **219 réunions** ont ainsi été organisées et **295 aidants¹** y ont participé (217 réunions pour 376 aidants en 2016).

¹ N.B. : un aidant peut participer à plusieurs groupes.

Actions auprès du couple aidant-aidé

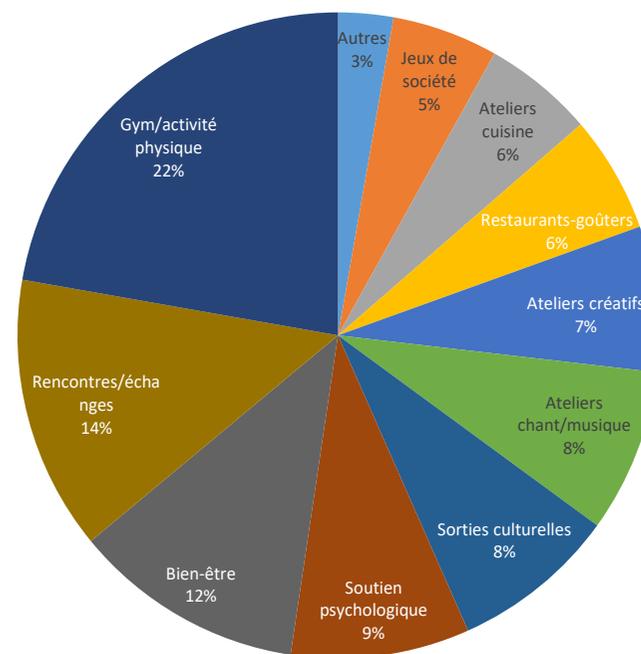
En 2017, 19 des 22 PFR en activité de la région ont proposé des actions pour le couple aidant-aidé ; **1 331 actions** ont ainsi été organisées et **2 539 aidants** y ont participé (1 102 actions pour 1 953 aidants en 2016). Les actions portant sur l'activité physique et le bien-être (relaxation, sophrologie...) représentent à elles seules un tiers des actions auprès du couple aidant-aidé. D'autres actions prennent la forme d'ateliers : chant/musique (8 % des actions), ateliers créatifs (7 %), cuisine (6 %), jeux de société (5 %) ou peuvent se formaliser par des temps de rencontres et d'échanges (23 % des actions), des sorties culturelles (8 %), des sorties au restaurant / goûters (6 %).

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



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Répartition des actions par thématique



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

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 2017, 16 plateformes ont mis en œuvre des actions de répit à domicile (12 en 2016). Ce type d'action a bénéficié à **360 aidants** (463 en 2016, 282 en 2015, 141 en 2014) pour une **durée totale de 1 650 jours** (un peu plus de 1 300 en 2016, 218 jours en 2015). Le nombre de jours de répit moyen accordé par aidant est de 4,6, soit une valeur nettement supérieure à celle observée dans les années précédentes (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 2017, sur les 16 PFR ayant assuré des actions de répit à domicile, 12 ont pu honorer l'ensemble des demandes qui leur a été adressé. Les 4 autres ont dénombré **48 aidants n'ayant pas pu bénéficier de ce type d'action**. Les motifs de non prise en charge sont les suivants : planning de l'équipe, délai de la demande, annulation de l'aidant, manque de personnel et de véhicule dédié, fonctionnement hors week-end et nuits.

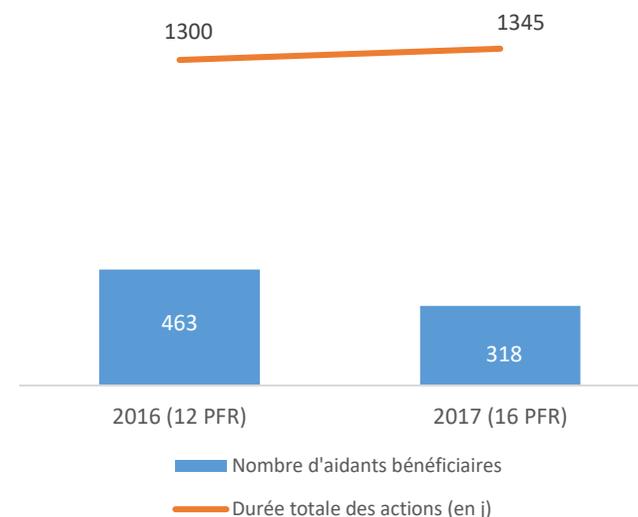
De plus, 2 PFR n'ayant pas mis en œuvre ce type d'action en 2017 ont recensé **65 aidants en demande**, demandes que ces plateformes n'ont pas pu prendre en charge du fait qu'elles ne proposaient pas encore cette prestation.

Autres actions

En 2017, 17 des 22 PFR de la région ont organisé 1 869 autres actions auxquelles ont participé 2 627 aidants (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 (dont le soutien psychologique, 19 %), le bien-être (13 % des actions), les ateliers cuisine, jeux, musique, sorties (10 %), l'activité physique (5 %). Les actions de formation/information représentent 2 % de ces autres actions, celles portant sur de la communication grand public (forums, journées thématiques) 2 % également.

Des activités liées à l'organisation interne des PFR (gestion des plannings, groupes de travail, traitements des dossiers, envoi de courriers personnalisés) sont comptabilisées par certaines PFR et comptent pour 36 % des activités totales. Un peu moins de 10 % des actions portent sur des permanences (9 %) et 3 % sur des haltes répit ou séjours.

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



Évaluation des prestations réalisées

En 2017, 15 des 22 PFR déclarent avoir mis en place un dispositif d'évaluation de leurs actions auprès des aidants. Elles étaient également 15 à le déclarer en 2016.

Listes d'attente

En 2017, en dehors des prestations de répit à domicile, 8 PFR déclarent avoir des listes d'attente pour les autres prestations proposées.

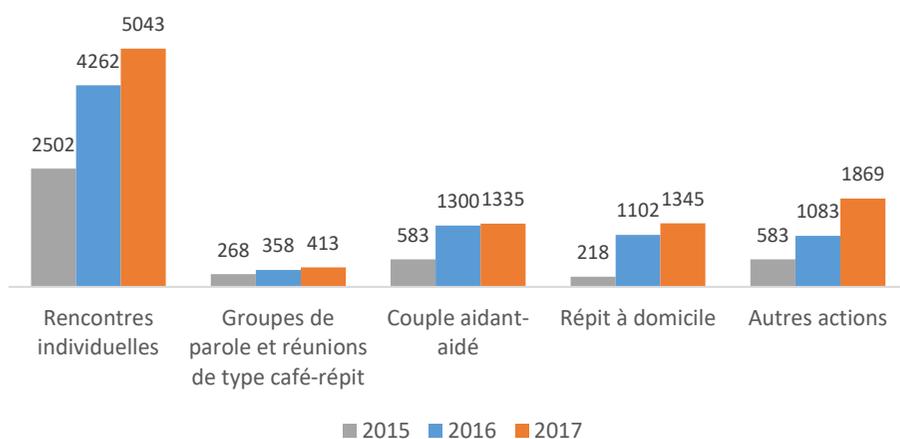
Modalités de prise en charge pour faciliter la participation des aidants aux actions proposées

En 2017, 20 des 22 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, 15 en leur permettant de fréquenter occasionnellement un accueil de jour, 15 en proposant une prestation de répit à domicile.

En résumé, les 22 PFR des Hauts-de-France ont proposé en 2017 :

- 5 043 actions individuelles pour 2 422 aidants ;
- 194 groupes de parole pour 385 aidants ;
- 219 réunions de type café répit pour 295 aidants ;
- 1 345 jours de répit à domicile pour 318 aidants ;
- 1 869 « autres actions » pour 2 627 aidants ;
- 1 335 actions auprès du couple aidant-aidé pour 2 539 aidants.

Nombre de prestations dans les PFR



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - 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 22 PFR ayant déclaré une activité en 2017 s'appuie notamment sur des associations du territoire susceptibles de proposer des prestations supplémentaires :

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

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

Lien avec l'accueil de jour

En 2017, 300 personnes aidées ont fréquenté l'accueil de jour suite au contact de l'aidant avec une plateforme, soit 11 % des personnes aidées (en 2016, 255 personnes aidées, soit 9 % de l'ensemble des personnes aidées). Les personnes ayant fréquenté l'accueil de jour suite à un contact de l'aidant avec la PFR représentent un peu moins de la moitié des personnes prises en charge en accueil de jour (633 personnes aidées ont fréquenté un accueil de jour en 2017).

Personnel

En 2017, les 22 PFR ayant déclaré une activité ont disposé de 48,2 ETP (45,2 ETP en 2016) :

- 13,9 ETP d'IDE (13,1 ETP en 2016) ;
- 18,8 d'AMP/AS ou ASG (19,3 ETP en 2016) ;
- 11,4 ETP de psychologue (10,0 ETP en 2016) ;
- 4,0 ETP Autres² (2,8 ETP en 2016).

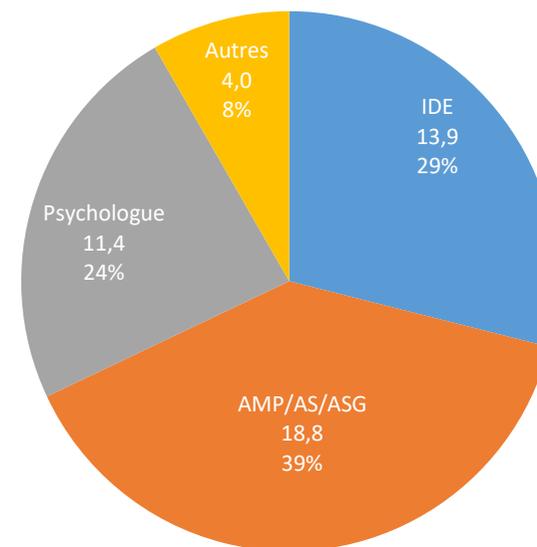
En moyenne, chaque PFR dispose de 2,2 ETP (même chose qu'en 2016) :

- 0,6 ETP d'IDE ;
- 0,9 ETP d'AMP/AS ou ASG ;
- 0,5 ETP de psychologue ;
- 0,2 ETP Autres.

Parmi les 22 PFR étudiées :

- 3 ne disposent ni d'AMP/AS, ni d'ASG ;
- 4 ne disposent pas d'un infirmier dans leur équipe ;
- 3 ne disposent pas d'un psychologue dans leur équipe (2 indiquent avoir recours à des vacances).

Personnel des PFR



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

² Éducateur, administratif, cadres, assistante sociale, ergothérapeute, coordinateur, gériatre

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 21 des 22 PFR ayant déclaré une activité en 2017 ;
- les établissements (22 PFR) ;
- les services à domicile (21 PFR) ;
- les Clic et réseaux gérontologiques (22 PFR).

De plus, d'autres partenariats avec des acteurs de leur territoire ont été mis en place par certaines PFR, comme par exemple des partenariats avec les MAIA, les consultations mémoire, les Esad, les CCAS, les caisses de retraite, l'ANCV, les pôles autonomie, 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 2017, 21 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 (12 PFR) ;
- offre de répit à domicile, offre de répit de longue durée (9 PFR) ;
- transport et moyens de locomotion (9 PFR) ;
- accueils de nuit (8 PFR) ;
- absence de solution d'accueil d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant (7 PFR).

De plus, d'autres manques ont été signalés mais moins fréquemment mentionnés : lisibilité de l'offre de services pour l'aidant et les partenaires (citée par 3 PFR), la prise en compte des difficultés d'ordre financier ou d'ordre professionnel de l'aidant (2).

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.

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

L'offre en accueil de jour pour les malades jeunes et pour les personnes âgées en perte d'autonomie mais sans troubles cognitifs, ainsi que l'offre en accueil de nuit sont également considérées parfois comme insuffisantes.

Plusieurs PFR soulignent le manque de solutions d'halte-répît de courte durée, de solution de répit à domicile supérieure à 1 journée ou 24h/24 de type baluchonnage et de séjours de répit. Une PFR soumet également l'idée de faire une campagne nationale pour faire prendre conscience aux aidants leur statut et leur faire assimiler les messages de prévention qui leur sont destinés. Cette PFR évoque aussi une plateforme numérique d'entraide sécurisée pour les aidants qui pourrait être développée sur le territoire (plateforme SCALAA pour Solidarité citoyenne d'aide locale aux aidants, PFR Lille).

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

- la saturation du personnel dont la charge de travail augmente fortement (besoin de recrutement) et manque de psychologues dans certaines PFR ;
- le déficit d'image et de lisibilité de leur structure ;
- la nécessité de constituer un réseau de PFR afin de mutualiser des ressources, les outils de communication, etc. ;
- les difficultés à financer certaines activités ;
- des territoires parfois vastes (beaucoup de trajets et difficultés à faire des actions sur l'ensemble du territoire) ;
- le temps administratif trop important ;
- l'identification des aidants à améliorer ;
- la réponse aux besoins des aidants qui recherchent de plus en plus un soutien individualisé plutôt que collectif ;
- des locaux inadaptés et du matériel vétuste ;
- le poste de coordonnateur peu reconnu et sans sécurité de poste (d'autant plus difficile quand le coordonnateur est sur plusieurs PFR) ;
- la mauvaise articulation de certaines politiques publiques.

Financement

En 2017, sur les 22 PFR, 12 déclarent avoir bénéficié de financements en dehors de la dotation de fonctionnement de l'ARS (7 sur 21 en 2016). Le conseil départemental du Nord est intervenu financièrement à hauteur de 40 000 € pour 7 des 8 PFR de son département.

Un PFR du sud de la région a également bénéficié d'un financement conséquent d'un groupe de protection sociale (47 200 €).

Les autres financements relevés par les PFR sont d'un montant moindre : l'ARS a alloué des financements allant de 1 400 € à 6 800 € dans le cadre de programme Interreg ou de financements de formation dans 3 PFR du Nord et du Pas-de-Calais, le conseil départemental de l'Oise à une PFR (1 000 €), le conseil départemental du Nord à une PFR pour des frais de transport d'usagers lors de manifestations (500 €), le conseil régional à une PFR de l'Oise (17 700 €), la Carsat à une PFR (300 €). Enfin, 6 associations ont contribué au financement de 4 PFR (variant de 100 € à 2 300€), la Macif et la MSA ont aidé 2 PFR (entre 800 € et 47 000 €). Des dons d'aidants ont intégré le financement d'1 PFR (1 000 €).

En 2017, 18 des 22 PFR ont mis en place une participation financière modérée des usagers pour certaines prestations proposées (sorties, séjours de répit, activités sportives ou culturelles...)

Counseling

Présentation générale

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

Il s'agit d'un accompagnement réalisé par un psychologue spécialisé dans le domaine des pathologies neurodégénératives. 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... En 2017, l'ARS soutient pour la première année 8 structures offrant des actions de *counseling*.

Méthodologie

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

Les porteurs financés par l'ARS sont situés pour 5 d'entre eux dans le Nord et pour 2 dans le Pas-de-Calais. Une action devant être portée par la PFR du Boulonnais a été reportée en 2018.

Les structures ont mis en place des actions de *counseling* entre **juin 2017 et avril 2018**.

L'ARS a financé 10 séances pour chacune des 8 premières PFR dont la psychologue a suivi la formation. Au moment du bilan : 4 porteurs ont réalisé les 10 séances prévues, 1 en a réalisés 9 et 2 en ont réalisé 3 et 4. Globalement, 56 séances ont été réalisées sur cette période sur les 80 prévues.

Analyse des données des bilans d'activité 2017

Les types de porteur

Sur les 7 structures ayant réalisé du *counseling*, la répartition est la suivante :

- 4 centres hospitaliers (PFR Valenciennois Quercitain, CH Ternois, Maison des aidants du Cambrésis, PFR Le relais des aidants Béthune) ;
- 3 associations (Maison d'Aloïs PFR Dunkerque Bergues, Maison des aidants métropole Lille, Maison des aidants métropole Roubaix Tourcoing).

Données sur les séances de *counseling*

Au total, **34 aidants** (26 dans le département du Nord et 8 dans le Pas-de-Calais) ont participé aux **56 séances** de *counseling* déclarées dans les bilans 2017 (respectivement 42 dans le premier département et 14 dans le second).

Les structures ont accueilli entre 2 et 9 aidants.

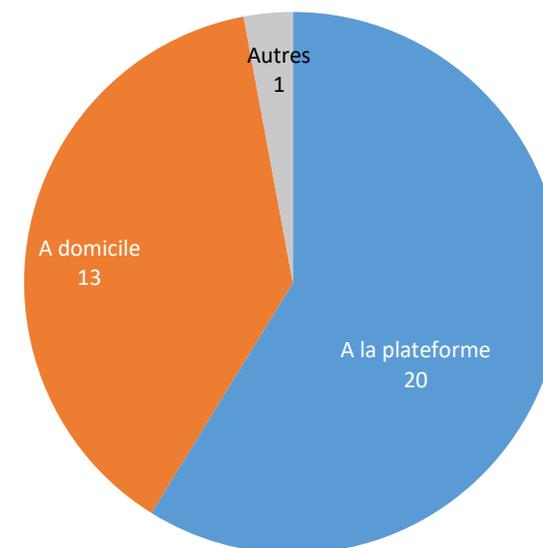
Les aidants ne participent pas aux mêmes nombres de séances. Ainsi, le nombre de séances de *counseling* par participant est majoritairement de 1 séance sur cette période.

Lieux de déroulement des séances

Les séances de *counseling* se sont déroulées soit à la plateforme, pour la majorité des aidants (20 aidants sur 34), soit à domicile (13). Une structure a proposé des séances dans d'autres lieux (Clic).

Trois structures ne proposent des séances de *counseling* que dans leurs locaux. Les quatre autres proposent deux sites : domicile + plateforme pour deux structures, domicile + autre pour deux structures.

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



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Données concernant les aidants

27 femmes (soit 80 % des aidants) et 7 hommes ont bénéficié des actions de *counseling* de 7 structures du Nord et du Pas-de-Calais.

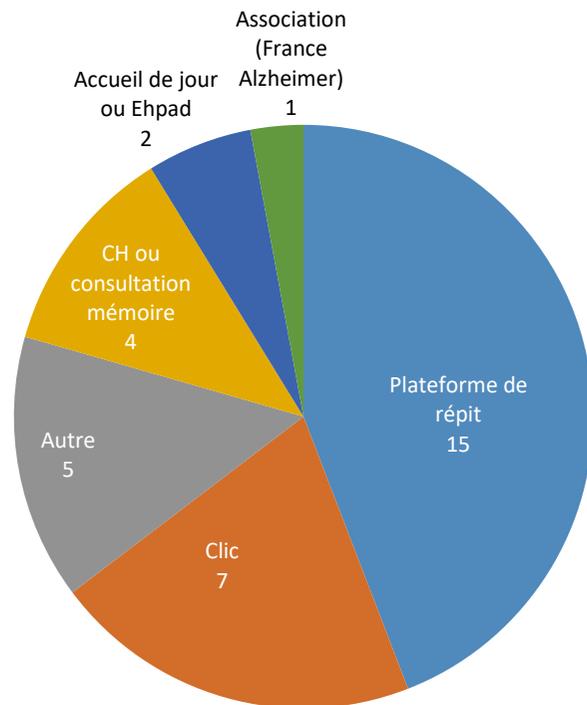
Les aidants ayant participé aux formations ont été orientés principalement par les plateformes de répit (15 aidants) et les Clic (7 personnes).

Quatre aidants ont été orientés par des centres hospitaliers ou les consultations mémoires.

Deux personnes ont été orientées par les accueils de jour ou EHPAD et une personne par l'association France Alzheimer.

La catégorie « Autre » correspond aux orientations liées à Internet, à un CMP et à une information grand public.

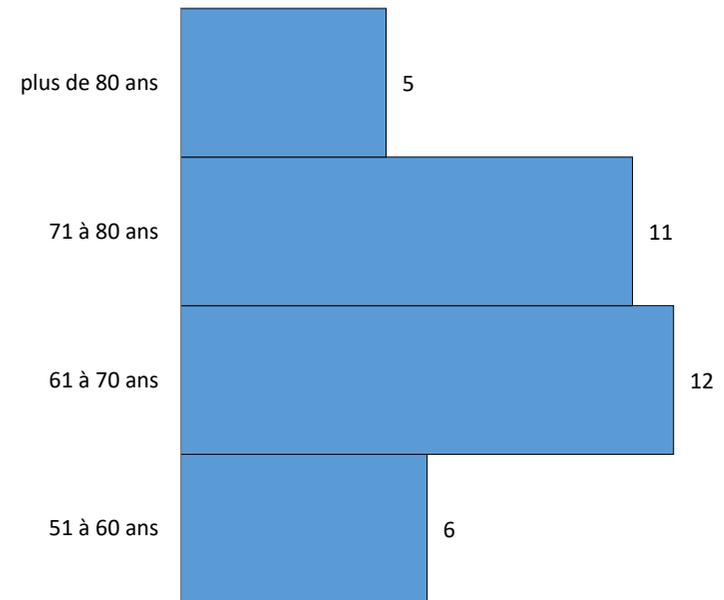
Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 34 aidants

Répartition des aidants selon leur âge



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 34 aidants

Les aidants sont un peu plus de huit fois sur dix les conjoints des aidés (soit 28 personnes) et deux fois sur onze les enfants de l'aidé (6 personnes).

Plus de 8 aidants sur 10 ont plus de 60 ans en 2017 (82 %), soit 28 personnes. Pour l'ensemble des aidants de PFR, les 60 ans et plus représentent 71 % des aidants.

Les plus de 80 ans (12 aidants) représentent 15 % des aidants ayant bénéficié d'une action de *counseling*.

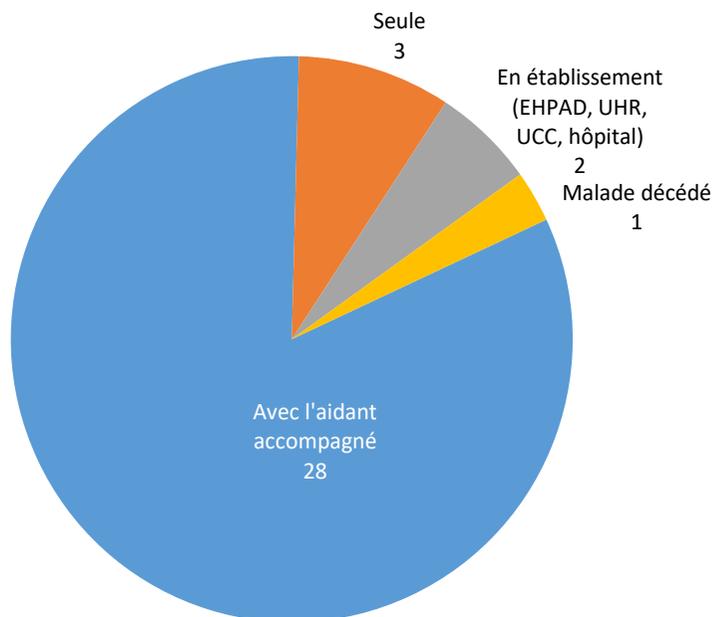
Données concernant la personne aidée

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

Les aidants qui ont participé aux actions de *counseling* vivent pour 28 d'entre eux avec la personne aidée. Trois aidants déclarent que la personne aidée vit seule et deux aidants indiquent que l'aidé est en établissement. Un aidant était en deuil.

Vingt-deux aidants ont déclaré des proches aidés malades d'Alzheimer et 8 des personnes atteintes de maladies apparentées ou de démence vasculaire. Deux aidants ont des proches touchés par la maladie de Parkinson et un aidant parle de troubles cognitifs sans diagnostic. Enfin pour un aidant, le diagnostic du proche est en cours.

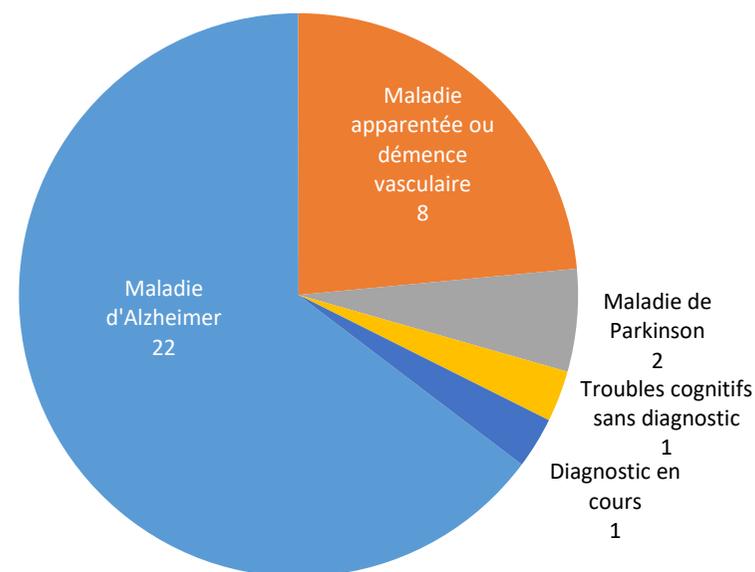
Répartition des aidants selon le mode de vie de la personne aidée



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 34 aidants

Répartition des aidants selon le diagnostic principal de la personne aidée



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 34 aidants

Plus de la moitié des aidants ayant bénéficié d'une action de *counseling* déclare que le diagnostic de la personne aidée a été posé avant 2016 (19 aidants). Pour 13 aidants, le diagnostic a été posé les dernières années (5 en 2016 et 8 en 2017). Deux aidants n'ont pas renseigné l'année de diagnostic.

Mobilisation des aidants

Globalement, 6 des 7 structures ayant proposé des actions de *counseling* en 2017 ont manifesté une mobilisation positive des aidants. Elles les ont trouvés réceptifs, curieux, intéressés et investis durant les séances. Les aidants sont en demande d'information, de soutien et de conseils pour mieux accompagner leurs proches. Pour deux de ses structures, des arrêts de *counseling* ont toutefois eu lieu, dû au décès de proches aidés ou d'un placement de personne en EHPAD.

Pour deux structures, il a été plus difficile de faire adhérer les aidants. Une structure évoque les critères d'inclusion et le temps demandé aux aidants très conséquent. L'autre structure mentionne le protocole d'étude contraignant, voire angoissant pour certains aidants (notamment l'appel téléphonique pour l'évaluation pré-intervention liée au programme Interreg).

Satisfaction des aidants

Les aidants semblent satisfaits des actions de *counseling* des différentes structures. Les points positifs sont : les séances rapprochées, la possibilité d'en faire à domicile, la meilleure compréhension de la maladie et des troubles, la personnalisation de l'accompagnement.

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.

Une structure note deux paroles d'aidants :

« Vous prenez le temps de nous écouter et de nous expliquer. »

« J'ai enfin le sentiment d'être reconnu. »

Une structure évoque quelques contraintes pour les aidants : des questionnaires jugés longs et difficiles au premier rendez-vous, difficultés à comprendre l'étude et les questionnaires par téléphone pour certains aidants (liée à l'évaluation dans le cadre du programme Interreg), difficulté de trouver un moment sans l'aidé pour la séance de *counseling*.

Comme évoqué précédemment, des séances ont dû s'arrêter liées à des hospitalisations de l'aidé ou à son décès.

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 et d'admettre leurs limites dans leur rôle d'aidant. Ils ont également un meilleur moral, se sentent soutenus et écoutés.

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 ont appris à relativiser les comportements de leurs proches, en comprenant que ces derniers n'agissent pas ainsi intentionnellement.

Les relations aidants / aidés s'en trouvent 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.

Les aidants ont réadapté leurs comportements en comprenant les erreurs qu'ils pouvaient faire.

Toutefois, lever des freins et changer les mentalités restent difficile, notamment en début de séances. Certains aidants peuvent être persuadés de savoir comment faire, d'autres peuvent se décourager en pensant ne pas réussir à effectuer les changements proposés.

Partenariats créés

Une structure indique ne pas avoir de partenariat particulier pour cette action.

Pour trois autres, il s'agit de renforcement de partenariats déjà existants dans le cadre de leurs autres actions. Des communications sur le *counseling* sont faites auprès des partenaires (caractère professionnel proposé, qualification de la psychologue, actions et définition du *counseling*).

Une structure cite particulièrement un Clic et un accueil de jour. Une autre parle d'une réunion d'information auprès d'un centre de la mémoire.



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 et progressivement, l'ensemble des professionnels des plateformes d'accompagnement et de répit des Hauts-de-France a été 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 neurodégénératives. 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. Elles ont été mises en œuvre à partir de 2017 sur les premiers territoires.

Méthodologie

Ce bilan a été réalisé à partir de l'étude des bilans d'activité des 13 PFR ayant effectué 16 sessions de sensibilisation des services à domicile aux signes d'épuisement des aidants au cours de l'année 2017 (3 PFR ont initié chacune deux sessions de sensibilisation SIAD).

Le centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-mer (CHAM), la plateforme de répit (PFR) du Boulonnais et la PFR de Bergues n'ont pas pu initier ces actions en 2017 et ont demandé un report en 2018.

L'ARS a soutenu financièrement ces sensibilisations à hauteur de 1 400 € par PFR.



Actions financées et actions réalisées par l'ARS en 2017

En 2017, 16 sessions de sensibilisation SIAD ont été **financées par l'ARS**, portées par 13 structures différentes (3 structures présentent 2 sessions de sensibilisation SIAD chacune : une dans le Nord, une dans le Pas-de-Calais et une dans l'Oise).

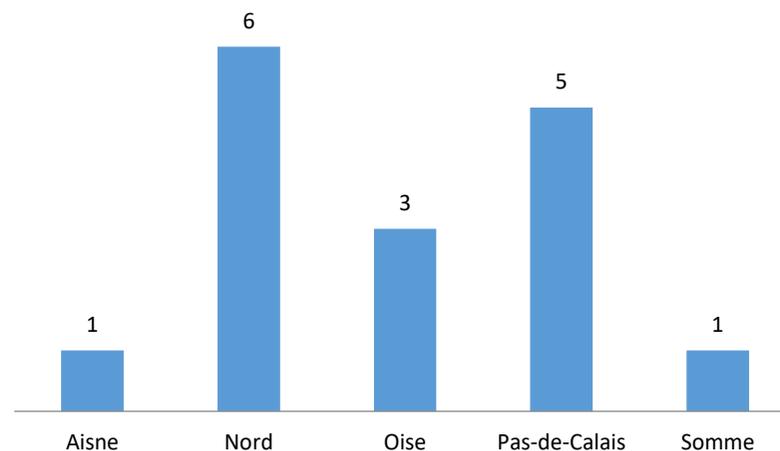
Les sensibilisations SIAD sont généralement organisées sur une période brève³. Elles se sont étendues sur une journée (pour 6 sensibilisations), trois jours (3 sensibilisations) ou huit jours (2 sensibilisations).

Toutefois, il peut s'écouler davantage de temps entre le début et la fin de la sensibilisation : 18 jours (2 sensibilisations), trois semaines (1 sensibilisation) ou un mois (1 sensibilisation). Une structure déclare deux mois et demi entre la première et la dernière séance.

En 2017, 16 sensibilisations SIAD ont été réalisées dans les Hauts-de-France :

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

Sensibilisations financées dans le cadre du SIAD par département en 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

³ Le temps réel de formation est analysé dans la partie « Données sur les sensibilisations ».

Analyse des données des bilans d'activité 2017

Données sur les sensibilisations

Au total, **164 aidants professionnels** ont participé aux **16 actions** de sensibilisation SIAD retenues pour cette étude, soit en moyenne 10,3 professionnels par action.

Les PFR ont sensibilisé :

- 70 professionnels du Nord,
- 56 du Pas-de-Calais,
- 23 de l'Oise,
- 9 de l'Aisne,
- 6 de la Somme.

Globalement 95,7 % des participants ont suivi l'ensemble des séances mises en place : seuls 7 professionnels sur 164 n'ont pas suivi l'intégralité de la sensibilisation.

Dans 12 des 16 sensibilisations, les participants ont suivi toutes les séances prévues. Une sensibilisation présente un pourcentage de 70 % des participants présents à toutes les séances. Trois sensibilisations ont des pourcentages compris entre 77,8 % et 92,3 %.

La majorité des sensibilisations s'est déroulée sur 7 heures (7 des 16 sensibilisations), réparties en deux demi-journées (une sensibilisation s'étalée sur trois demi-journées) ou sur 6 heures (4 sensibilisations), réparties en deux demi-journées également. Deux sensibilisations ont choisi le format intermédiaire de 6,5 heures en deux demi-journées.

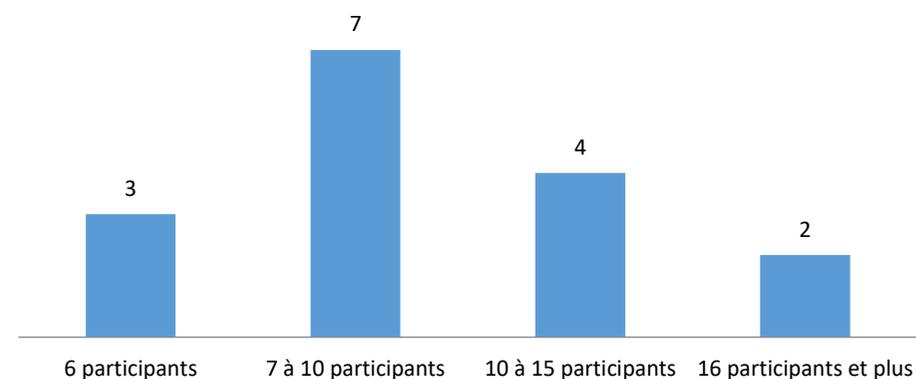
Une autre sensibilisation s'est déroulée sur une durée plus courte (3,5 h pour une sensibilisation, soit une demi-journée) et deux autres sur une durée plus longue.

Les sensibilisations ont été principalement organisées dans les locaux des PFR (6 centres hospitaliers, 5 EHPAD⁴ et 2 Ssiad⁵). Seules trois PFR ont eu recours à d'autres locaux : 2 Ssiad et un Sivom⁶.

⁴ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

⁵ Services de soins infirmiers à domicile

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



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Les intervenants

Au total, 21 professionnels sont intervenus dans les 16 actions de sensibilisation, dont 5 sont intervenus dans deux sensibilisations.

Les professionnels cités sont :

- 9 psychologues (dont un neuropsychologue et un coordonnateur – deux psychologues interviennent dans deux sensibilisations),
- 6 coordonnateurs (dont 3 infirmiers),
- 2 assistants de soins en gériatrie (chacun dans deux sensibilisations),
- 1 directrice,
- 1 infirmière,
- 1 assistant du service social,
- 1 aide médico-psychologique (AMP) gériatrie,

⁶ Syndicat intercommunal à vocations multiples

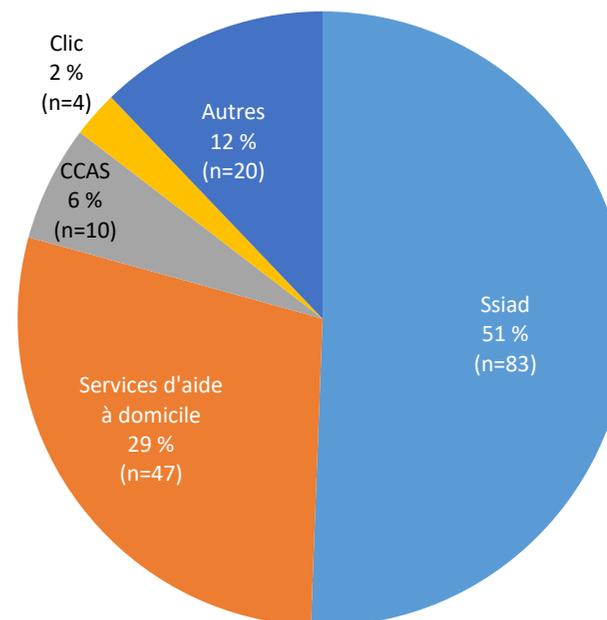
Données concernant les participants

Les professionnels ayant participé aux sensibilisations sont majoritairement des femmes (90 %) et proviennent dans un cas sur deux (51 %) de Ssiad, soit 83 personnes (dont 5 d'équipe spécialisée Alzheimer à domicile - Esa).

Près de 3 professionnels sur 10 font partie de services d'aide à domicile (29 %, soit 47 personnes). Les centres communaux d'action sociale (CCAS) et centres locaux d'insensibilisation et de coordination (Clic) viennent ensuite, représentant respectivement 6 % (10 personnes) et 2 % (4 personnes) des effectifs. Parmi les autres participants (20 personnes), se retrouvent :

- 3 personnes évoluant dans les PFR,
- 3 personnes issues des méthodes d'actions pour l'intégration des services d'aide et de soins (MAIA),
- 2 médiatrices familiales,
- 2 étudiants (université),
- 2 assistants sociaux de centres hospitaliers,
- 1 professionnel d'institut de sensibilisation en soins infirmiers (Ifsi),
- 1 professionnel de Sivom,
- 1 professionnel du conseil départemental,
- 1 professionnel de l'union départementale des associations familiales (Udaf),
- 1 professionnel de halte répit,
- 1 professionnel de la maison de l'autonomie,
- 1 professionnel de consultation mémoire,
- 1 professionnel d'accueil de jour.

Répartition des participants selon leur structure d'appartenance en 2017 (en % et nombre)

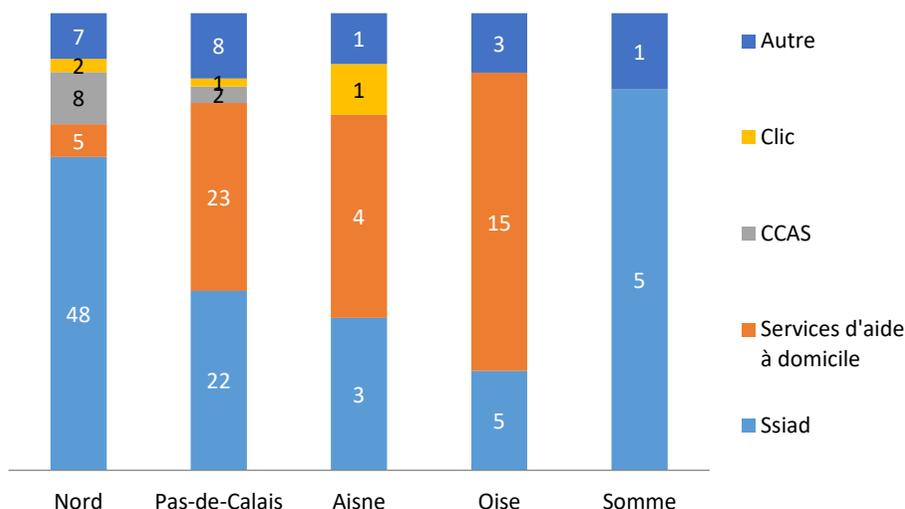


Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 164 professionnels

Les profils des participants diffèrent cependant selon les départements. Dans le Nord, les professionnels de Ssiad représentent près de 7 participants sur 10 (69 %). Les professionnels de CCAS arrivent ensuite avec 11 % des participants. Dans le Pas-de-Calais, les professionnels sont presque autant issus des services d'aide à domicile (41 %) que des Ssiad (39 %). Dans l'Oise, plus de 6 professionnels sur 10 (65 %) proviennent des services d'aide à domicile. Les Ssiad (22 %) viennent ensuite.

Répartition des participants selon leur structure d'appartenance en 2017 Par département



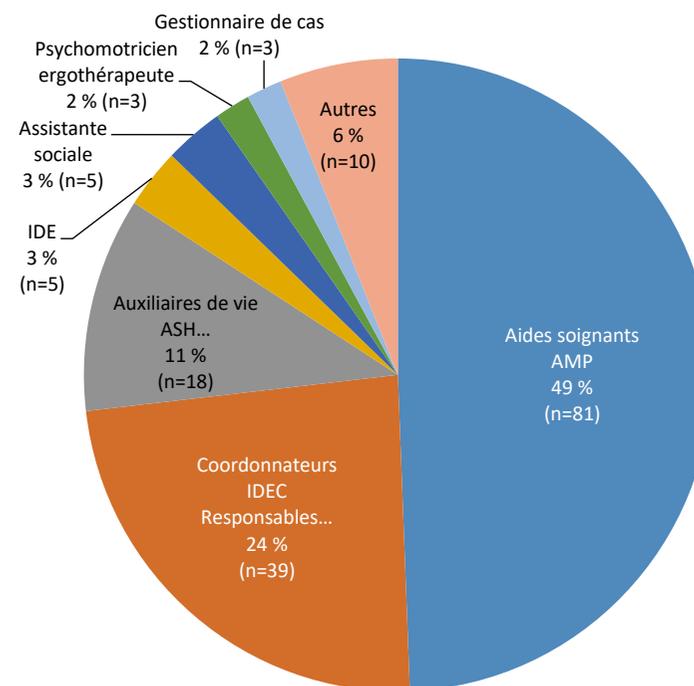
Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 164 professionnels

La moitié des professionnels des Hauts-de-France ayant suivi la sensibilisation SIAD en 2017 ou début 2018 est aide-soignant ou AMP, soit 81 personnes (dont 4 assistants de soins en gérontologie - ASG).

Les coordonnateurs et responsables de structures comptent pour près d'un quart des participants (24 %) : 39 personnes, dont 7 responsables de Clic ou CCAS.

Fonction des participants aux sensibilisations SIAD en 2017 (en % et nombre)



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 164 professionnels

Les auxiliaires de vie et agents de services hospitaliers (ASH) sont 18 à avoir suivi une sensibilisation SIAD dans les Hauts-de-France (11 % des participants). Viennent ensuite les infirmiers diplômés d'État - IDE (3 %), assistants sociaux (3 %), psychomotriciens – ergothérapeutes (2 %) et gestionnaires de cas (2 %).

Les autres participants regroupent un neuropsychologue, des étudiants et stagiaires (4, dont 2 stagiaires psychologues), 1 service civique, 1 agent d'accueil et 1 secrétaire. Pour deux participants, il n'a pas été indiqué la fonction.

Mobilisation des professionnels

Six PFR parlent de difficultés pour mobiliser les professionnels. Trois parlent notamment d'une sensibilisation similaire déjà proposée avant la leur par le conseil départemental du Pas-de-Calais et la Mutualité sociale agricole - MSA (repérage des signes d'épuisement chez les aidants familiaux ; encore en cours lors de la sensibilisation par les PFR). Ceci apportait redondance et confusion auprès des acteurs.

Deux autres PFR parlent de l'organisation du temps de travail qui ne facilite pas la mobilisation des professionnels : contrainte de service (travail en horaires coupés, le week-end...).

Une PFR évoque que la sensibilisation n'a pas été acceptée en sensibilisation continue par une structure, obligeant les professionnels à venir sur leur temps personnel.

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

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

La diversité des fonctions des professionnels est citée par un PFR comme étant un élément positif pour les échanges.

Satisfaction des participants

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

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

Les supports vidéo sont appréciés, variés et intéressants. Ils permettent les échanges.

Le questionnaire de dépistage de l'épuisement des aidants proches a semblé pertinent aux participants : ils ont compris son intérêt et semblent l'utiliser depuis, ce qui se répercute sur les orientations des aidants et le développement de partenariats.

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

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

Parmi les participants, 82 % jugent qu'ils sont désormais aptes à repérer les aidants en difficulté grâce à cette sensibilisation (135 des 164 participants). 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 9 des 16 sensibilisations, l'ensemble des participants s'est jugé apte à détecter les aidants en difficulté.

À l'inverse, dans une sensibilisation, 4 des 12 professionnels n'ont pas jugé cette sensibilisation utile car certains ne rencontrent pas ce type de public dans leur pratique professionnelle (soit 2 % des participants totaux). Certains sont par ailleurs réticents à l'utilisation de ce type de questionnaire ; le formateur a par ailleurs noté que dans ce groupe, des professionnels n'étaient pas ouverts aux messages transmis et restaient ancrés dans leurs représentations concernant la maladie d'Alzheimer et les aidants...

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

Concernant les vidéos, elles sont jugées un peu longues par quelques participants et nécessitent un support écrit. En usage isolé, elles risquent de manquer de dynamisme, selon un formateur.

Selon un PFR, le format 2 fois 3 heures est trop court pour approfondir l'ensemble de la sensibilisation.

Les PFR ont fait part de besoins complémentaires concernant ces sensibilisations. Plusieurs demandent des fonds supplémentaires pour renouveler les sensibilisations et toucher des professionnels qui ne pouvaient être présents lors des premières séances. Certains souhaitent développer des sensibilisations complémentaires (sensibilisation à l'alerte et ciblage particulier des aidants).

Un formateur aimerait avoir des courriers type pour le recrutement des participants. Un autre aimerait des supports écrits accompagnant les outils.

Un autre PFR propose la mise en place d'une demi-journée à distance de la sensibilisation pour faire un retour d'expériences des participants, voir s'ils mettent en application les conseils, évaluer les acquis et comprendre les difficultés restantes.

Développement des partenariats

La majorité des PFR parle de renforcement de partenariats déjà existants (10 des 13 PFR).

Trois PFR (dont deux ont mis en place deux sensibilisations) parlent de créations de partenariats : soit entre les professionnels participants (nouvelles connaissances, liens entre les services), soit entre leur structure et les participants (avec 2 Ssiad, un centre intercommunal d'action sociale en faveur des personnes âgées, des responsables de secteur).



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 34 actions de formation mises en place par 20 porteurs fin 2017 - début 2018. Parmi ces 34 actions, 21 ont été réalisées au titre de l'appel à candidatures 2017 et 13 l'ont été au titre de l'appel à candidatures d'une année précédente.

L'analyse des données des bilans d'activité 2017 porte sur 34 actions.

État des lieux dans la région

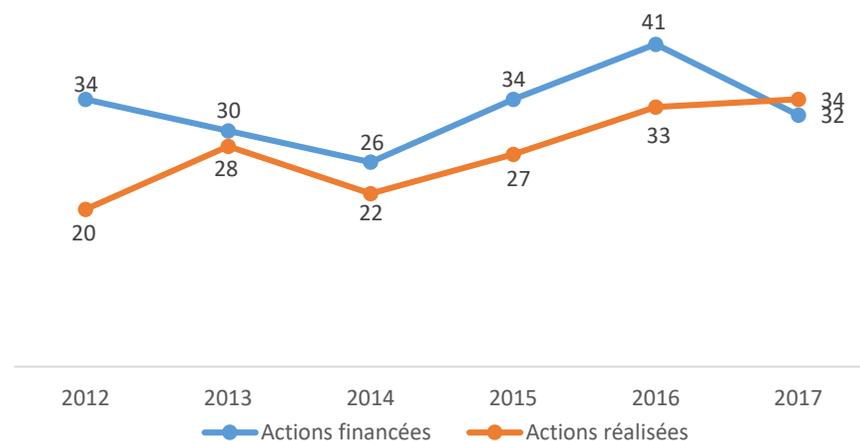
En 2009 et 2010, l'association France Alzheimer a été l'opérateur principal chargé de la mise en œuvre des actions de formations des aidants. Depuis 2011, la poursuite du déploiement de cette mesure a également été confiée aux agences régionales de santé. La sélection des projets s'effectue à travers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

Actions financées et actions réalisées par l'ARS entre 2012 et 2017

Ainsi, **financées par l'ARS** dans le cadre d'un appel à candidatures, **ont été réalisées** :

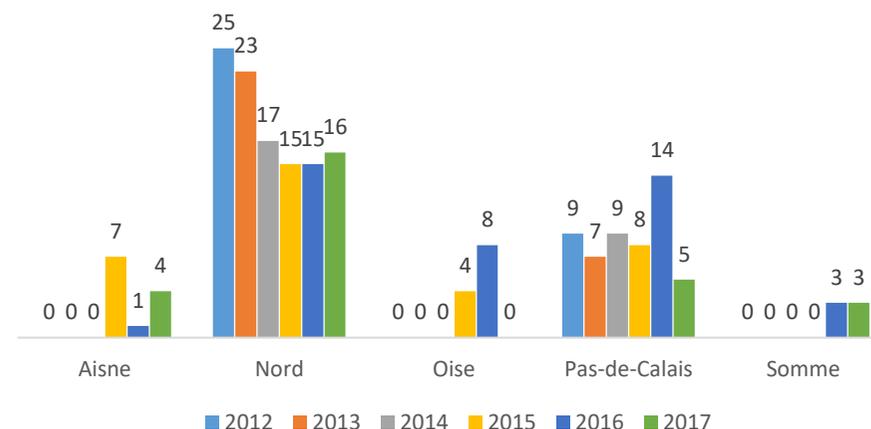
- en 2012 : 20 actions de formation sur les 34 proposées par 8 porteurs ;
- en 2013 : 28 actions de formation sur les 30 proposées par 12 porteurs ;
- en 2014 : 22 actions sur les 26 proposées par 14 porteurs et 2 actions de l'appel à candidatures 2012 qui avaient été reportées ;
- en 2015 : 27 actions dont 24 sur les 34 proposées par 15 porteurs et 3 au titre de l'appel à candidatures 2013 qui avaient été reportées ;
- en 2016 : 33 actions dont 27 sur les 41 proposées par 19 porteurs et 6 au titre de l'appel à candidatures 2014 qui avaient été reportées ;
- en 2017 : 34 actions dont 21 sur les 32 proposées par 20 porteurs et 13 au titre de l'appel à candidatures 2015 qui avaient été reportées.

Les actions de formation des aidants financées dans le cadre de l'AAC entre 2012 et 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Actions financées dans le cadre de l'ACC par département * entre 2012 et 2017

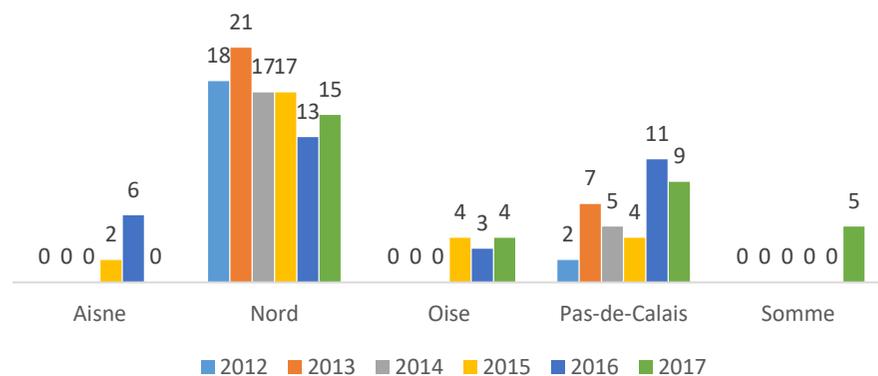


* 4 actions ont été financées pour des formations organisées sur un périmètre régional et n'ont pas été affectées à un département particulier

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Depuis 2012, **164 actions de formation ont été réalisées** dans les Hauts-de-France. Le Nord concentre à lui seul 60 % des formations réalisées au cours de la période 2012-2017. Une formation sur cinq s’est tenue au cours de cette même période dans le Pas-de-Calais. Depuis 2015, les actions de formation se déploient progressivement aux autres départements.

Actions réalisées par département entre 2012 et 2017

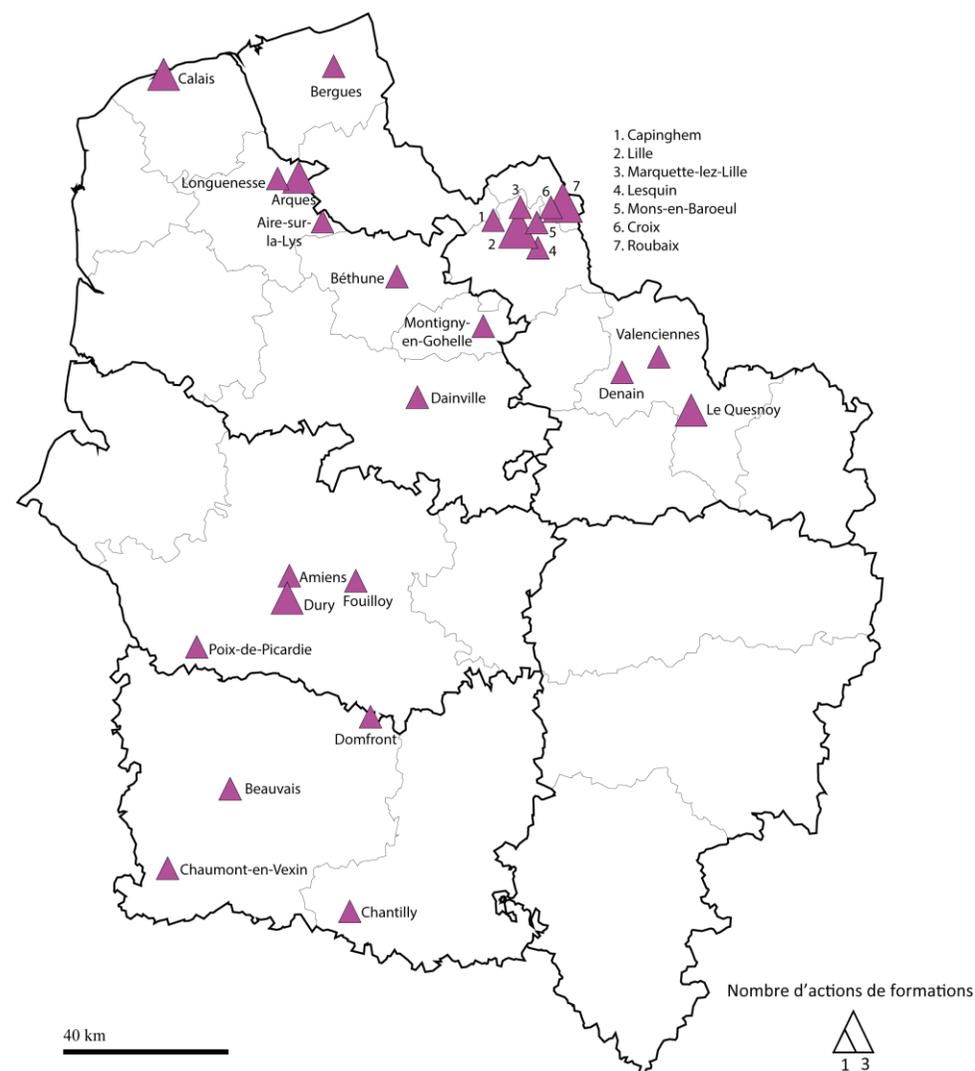


Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

En 2017, 34 actions ont été réalisées :

- 15 dans le Nord,
- 9 dans le Pas-de-Calais,
- 5 dans la Somme,
- 4 dans l’Oise,
- 1 formation sur le périmètre régional (non affectée à un département en particulier).

Implantation des lieux de déroulement des formations des aidants en 2017



Source : ARS – DST, DOMS 2018 - 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 2017 sur les 34 formations étudiées (dont le bilan a fait l'objet d'une analyse) :

- 30 ont vu participer un public concerné par Alzheimer,
- 5 un public concerné par la maladie de Parkinson
- 2 un public concerné par la sclérose en plaques.
- Trois actions ont vu participer un public mixte, c'est-à-dire concerné par différentes pathologies (Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques)⁷.

Sur les actions financées dans le cadre des AAC 2016 et 2017, 15 formations n'ont pas pu se tenir en 2017. Certaines de ces formations sont adaptées à de nouveaux publics :

- 4 formations pour les aidants de sclérose en plaques (une dans le Pas-de-Calais, trois dans un périmètre régional),
- 1 formation pour les aidants de maladie de Parkinson (dans le Pas-de-Calais),
- 1 formation regroupant les trois publics : Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques (dans l'Aisne, l'Oise et la Somme).

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

Actions de formations programmées en 2018-2019

Dans le cadre de l'appel à candidatures 2018, 19 formations seront proposées (financées par l'ARS). Fin 2018-début 2019, il est prévu que 11 formations financées dans le cadre d'un appel à candidature (AAC) antérieur à 2018 se déroulent dans la région. Ainsi, se tiendront :

- 11 actions dans le Nord (toutes au titre de l'appel à candidature 2018),
- 13 actions dans le Pas-de-Calais (8 dans le cadre de l'AAC 2018, 5 dans le cadre d'un AAC antérieur à 2018),
- 1 action dans la Somme (dans le cadre d'un AAC antérieur à 2018),
- 1 action dans l'Aisne (dans le cadre d'un AAC antérieur à 2018),
- 1 action dans l'Oise (dans le cadre d'un AAC antérieur à 2018),
- 3 actions dans un périmètre régional (dans le cadre d'un AAC antérieur à 2018).

⁷ Par conséquent, le nombre total de formations citées est supérieur à celui annoncé (34), une même formation pouvant être compté à la fois comme concernant la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques.

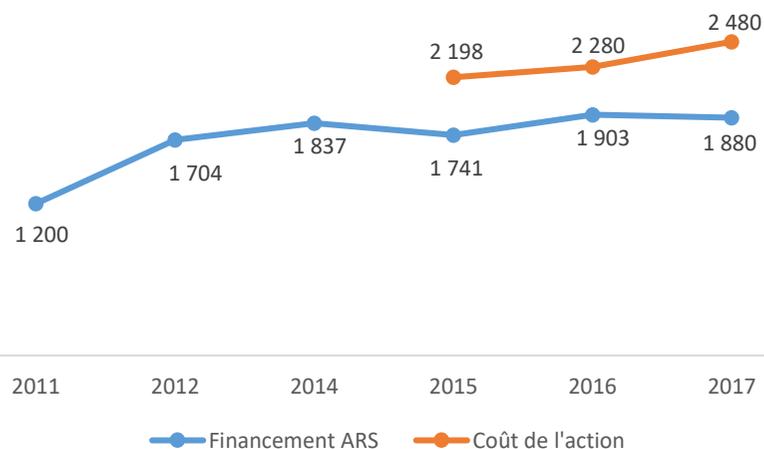
Aspects financiers

Les actions de formation menées en 2017 sont financées par l'ARS grâce à un forfait dont le montant varie de 1 175 € à 2 000 € par action. Chacune des actions réalisées en 2017 a été financée par l'ARS en moyenne à hauteur de 1 880 € pour un coût réel moyen de 2 480 € (ces résultats portent sur 31 des 34 actions réalisées en 2017). Le financement de l'ARS couvre 76 % du coût total des actions. En 2016, chacune des actions réalisées avait été financée par l'ARS en moyenne à hauteur de 1 900 € pour un coût réel moyen de 2 280 €. Le financement de l'ARS couvrait alors 83 % du coût total des actions.

Sur les 31 actions pour lesquelles les données de financement sont précisées, la participation de l'ARS couvre :

- la totalité du coût de l'action dans 13 cas ;
- entre 80 % et 99 % du coût dans 7 cas ;
- entre 60 % et 79 % dans 7 cas ;
- entre 40 % et 59 % dans 2 cas ;
- moins de 40 % des coûts dans 2 cas.

Coût et financement des actions de formation



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Analyse des données des bilans d'activité 2017

Les types de porteur

Sur les 20 porteurs de 34 actions réalisées en 2017, la répartition est la suivante :

- 5 centres hospitaliers,
- 8 associations,
- 2 PFR,
- 5 autres (EHPAD, Spasad, CCAS, EPIC, GCS).

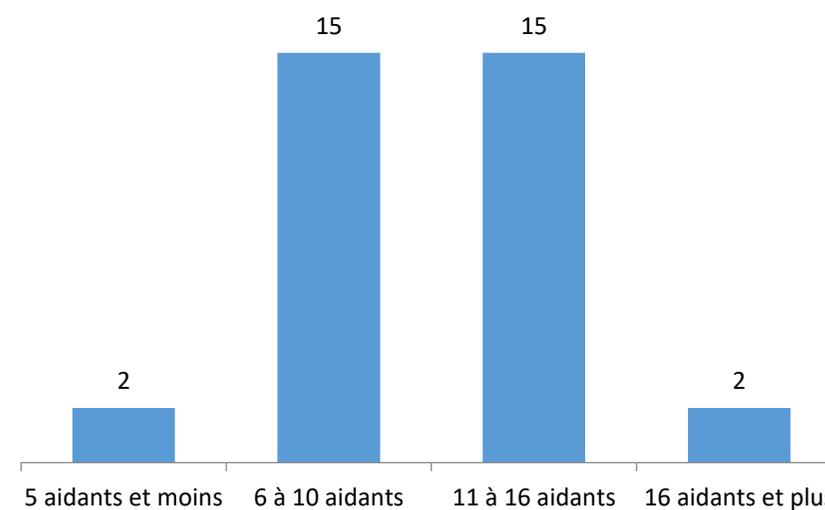
Données sur les formations

Au total, **332 aidants** ont participé aux **34 actions** de formation retenues pour cette étude, soit en moyenne **9,8 aidants par action**. Cette moyenne était de 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 **342 personnes se sont inscrites** aux sessions de formation et **332 d'entre elles ont participé** aux 197 séances de formation, soit 97 % des inscrits (ce pourcentage était de 86 % avec 241 participants en 2016).

Les actions de formation des aidants étant mises en œuvre par différents porteurs, il existe une disparité parfois importante du **nombre de séances** de formation réalisées, variant de 4 à 10 selon les actions. Ainsi, les 34 actions de formation se sont déroulées dans des intervalles de temps entre la première et la dernière séance variant de 1 semaine à 7 mois. Elles se sont déroulées sur une période inférieure à 1 mois pour 14 d'entre elles, 16 formations se sont étalées sur une période de 1 à 3 mois et 4 sur une période supérieure à 3 mois.

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



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Selon les actions de formation réalisées, **la durée des séances est variable**, allant de 2 à 3 heures. Les lieux de réalisation des actions ont été principalement les EHPAD (12 formations), centres hospitaliers (6), plateformes d'accompagnement et de répit (5). Les partenariats créés par les opérateurs ont permis la mise à disposition de locaux par les acteurs du territoire permettant ainsi la réalisation de la formation dans de bonnes conditions. Certaines séances d'une même formation ont pu se dérouler sur différents lieux.

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 2017 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.

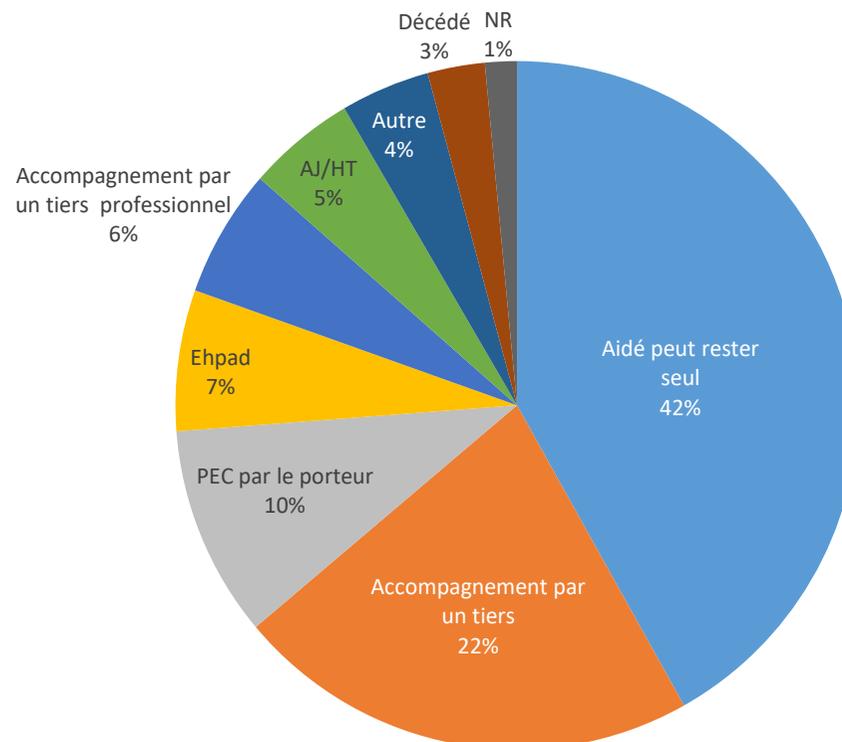
Il existe également une grande disparité entre les actions réalisées concernant **l'assiduité des aidants**. En effet, en 2017, sur les 332 aidants ayant participé aux actions de formations, **177 ont assisté à toutes les sessions de la formation**, soit 53 % des aidants participants (chiffre comparable à celui de 50 % observé en 2016). L'état de santé de la personne aidée ou de l'aidant a empêché certains aidants d'assister à la totalité des séances de l'action. **La part des aidants ayant assisté à toutes les sessions est supérieure dans la Somme (65 %) et le Pas-de-Calais (59 %) à celle observée dans l'Oise (14 %)**, celle observée dans le Nord (52 %) est comparable à la valeur régionale. Les données de l'Aisne ne sont pas présentées du fait de la faiblesse des effectifs.

Difficultés à mobiliser les aidants

Malgré une large communication relayée par les partenaires, plusieurs opérateurs ont fait part de leurs difficultés à mobiliser les aidants. Les actions ayant réuni le plus grand nombre d'aidants sont celles réalisées conjointement avec des acteurs de terrain ayant un rôle direct auprès du couple aidant-aidé (Clic, plateforme de répit, consultation mémoire...). Les principaux freins à la mobilisation des aidants sont relatifs à l'état de souffrance ressenti par les aidants et à l'état de santé du couple aidant-aidé. De plus, le fait que les sessions de formations aient lieu la semaine est un frein pour les aidants en activité.

Pendant les formations, 42 % des aidants déclarent que la personne qu'ils aident peut rester seule. Pour 7 % d'entre eux, l'aidé est en EHPAD. Le type de solution mise en place pour l'aidé le temps de la formation suivi par l'aidant est pour 22 % d'entre eux l'accompagnement par un tiers, 6 % l'accompagnement par un tiers professionnel 5 % le recours à l'accueil de jour, et 4 % d'autres solutions. Enfin, un accompagnement de la personne aidée a été proposé dans le cadre de 26 formations. Cet accompagnement a été mis en œuvre dans 11 formations et a bénéficié à 10 % des aidants participants. 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.

Type de solution mise en place pour l'aidé le temps de la formation suivi par l'aidant en 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S Champ : 332 aidants

De plus, des solutions de transport pour l'aidant souhaitant participer à la formation ont été mises en place par 4 opérateurs. En 2017, 292 aidants se sont rendus sur le lieu de formation avec leur voiture personnelle, 16 en transport en commun, 13 à pieds, 4 avec le transport mis en place par l'opérateur et pour 4 aidants avec une autre solution (vélo, taxi, covoiturage). Cette information est indisponible pour 3 aidants.

Les intervenants

Globalement, lors des actions de formation, les intervenants sont des professionnels mis à disposition par les acteurs partenaires des actions. Au total, 142 professionnels sont intervenus dans les 34 actions de formation, permettant de couvrir tous les champs de la prise en charge. Les professionnels les plus cités sont des médecins gériatres (17), ergothérapeutes (17), psychologues (15), IDE (11), assistantes sociales (10).

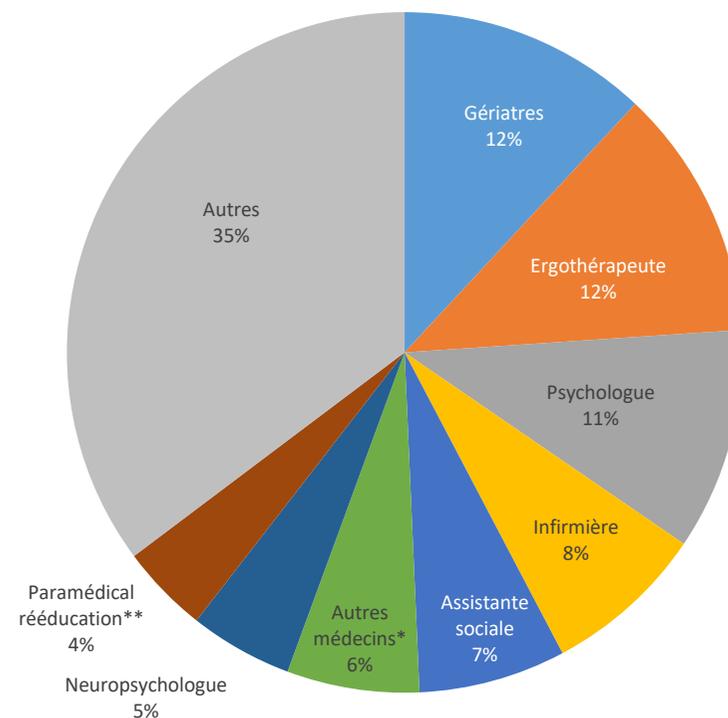
Concernant des questions spécifiques, certains opérateurs ont fait intervenir des professionnels d'horizons divers comme par exemple des diététiciennes, orthophonistes, neuropsychologues, ASG ou encore des mandataires judiciaires lors d'une séance relative aux démarches administratives.

Pour 9 des 34 actions de formation réalisées en 2017, les opérateurs ont fait intervenir un aidant-témoin qui a partagé son expérience avec les aidants. Ces opérateurs ont mis en avant le fait que l'intervention de l'aidant-témoin était bénéfique, en permettant aux aidants de prendre conscience qu'ils ne sont pas seuls dans leur cas. De plus, dans 5 autres actions, les formateurs ont utilisé des témoignages vidéo.

Mobilisation des partenaires

En 2017, la mobilisation des acteurs s'est faite sans difficulté. Pour la majeure partie des opérateurs, le partenariat avec les acteurs de leur territoire s'est vu renforcer, permettant ainsi une plus large communication des actions de formation. Le partenariat a aussi consisté en la mise à disposition de locaux ou de professionnels par les acteurs du territoire.

Répartition des intervenants selon leur profession en 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

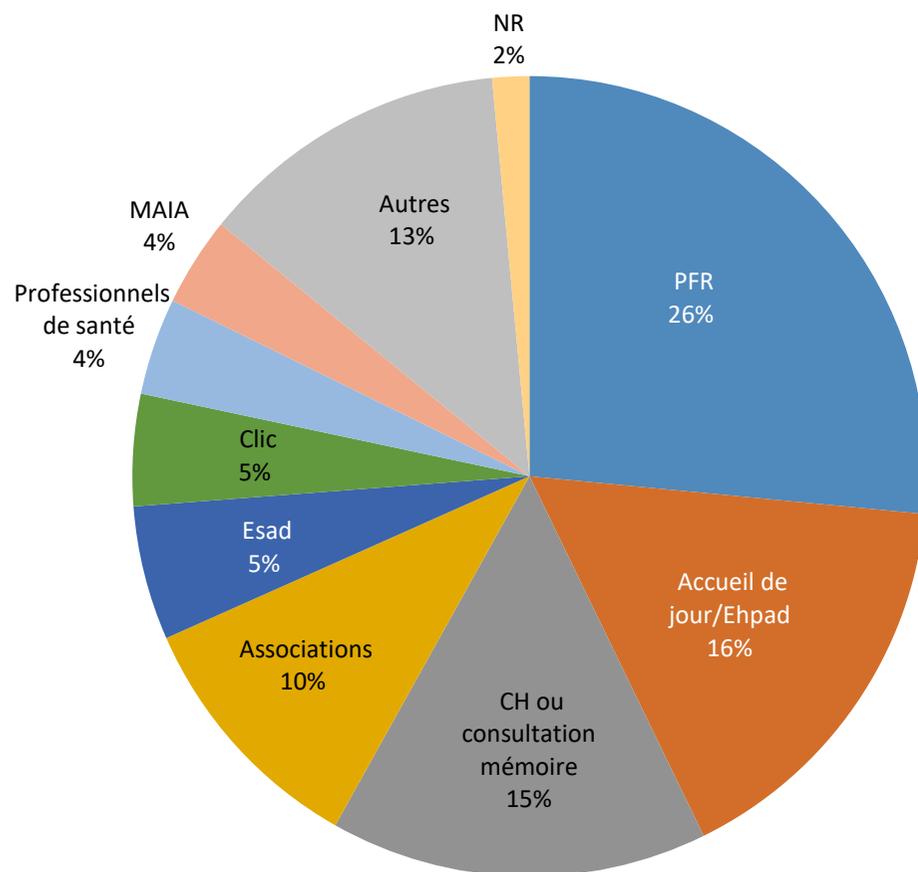
* Autres médecins : médecin physique réadaptation, neurologue, médecin coordonateur, médecin généraliste, médecin du travail, médecin expert en assurance

** 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.

Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés en 2017



Les aidants ayant participé aux formations ont été orientés principalement par les PFR (26 % des cas), les accueils de jour/Ehpad (16 %), centres hospitaliers ou les consultations mémoires (15 %), les associations (10 %), les Esad (5 %) et les Clic (5 %). Les professionnels de santé et les MAIA sont chacun à l'origine de 4 % des orientations des aidants. La catégorie « Autres » (13 %) correspond aux orientations issues des Ssiad, d'autres aidants ou encore suite à des actions de communication (flyers, journée, internet, article de presse).

Cette répartition évolue assez sensiblement par rapport aux années précédentes. Si la part des orientations par les PFR reste stable, celle des accueils de jour et les Ehpad a augmenté de manière significative (16 % en 2017 vs 5 % en 2016) et la proportion des orientations par les Clic est passée de 11 % à 5 % entre 2016 et 2017. De même, la part des orientations de centres hospitaliers et consultations mémoire a presque fondu de moitié (15 % en 2017 vs 28% en 2016). Parallèlement, la part des orientations issues d'associations a doublé dans le même temps (de 5 % à 10 %).

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

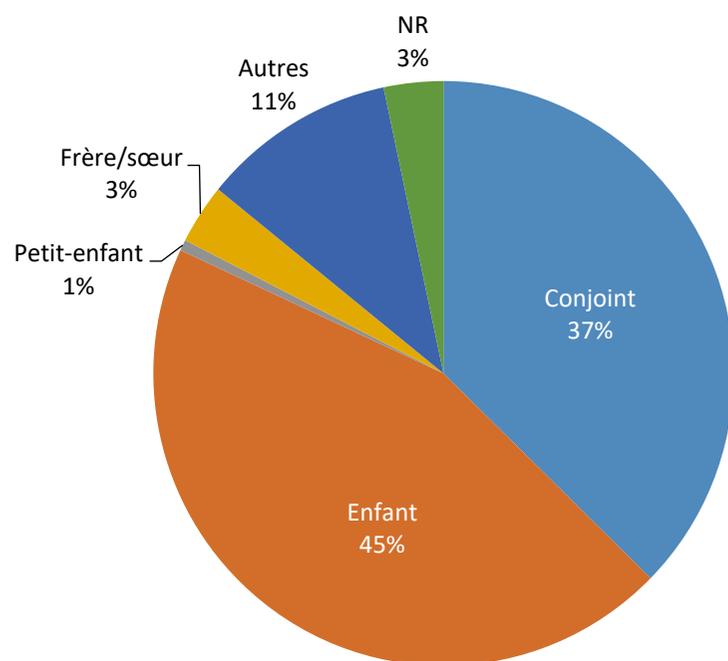
Champ : 332 aidants

Les aidants participant aux actions de formation sont principalement des femmes (71 %). Cette proportion reste la même par rapport aux années précédentes : 73 % en 2016, 75 % en 2015 et en 2014, 72 % en 2013.

La répartition des aidants selon leur lien familial avec l'aidé est comparable à celles observées au cours des années précédentes : 45 % des aidants sont des enfants et 37 % des conjoints. Les « Autres » aidants sont des nièces, des voisins, des amis ou la famille d'accueil de la personne aidée.

Plus de deux aidants sur cinq (43 %) ayant participé aux actions ont moins de 61 ans ; ce sont principalement des enfants et beaux-enfants de la personne aidée. Près de 30 % des aidants sont âgés de 61 à 70 ans et plus d'un quart est âgé d'au moins 70 ans. En 2017, la répartition par âge des aidants est très voisine de celle observée en 2016.

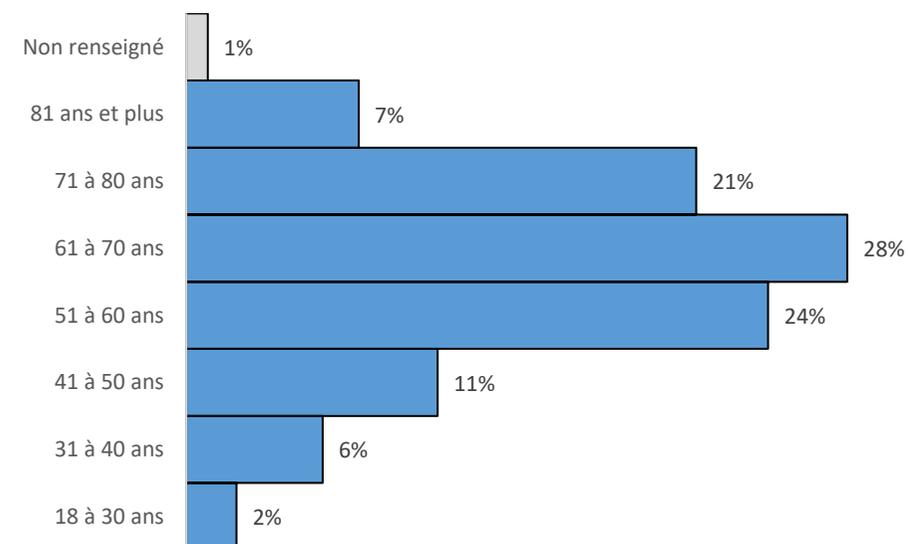
Répartition des aidants selon leur lien avec la personne aidée en 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 332 aidants

Répartition des aidants selon leur âge en 2017

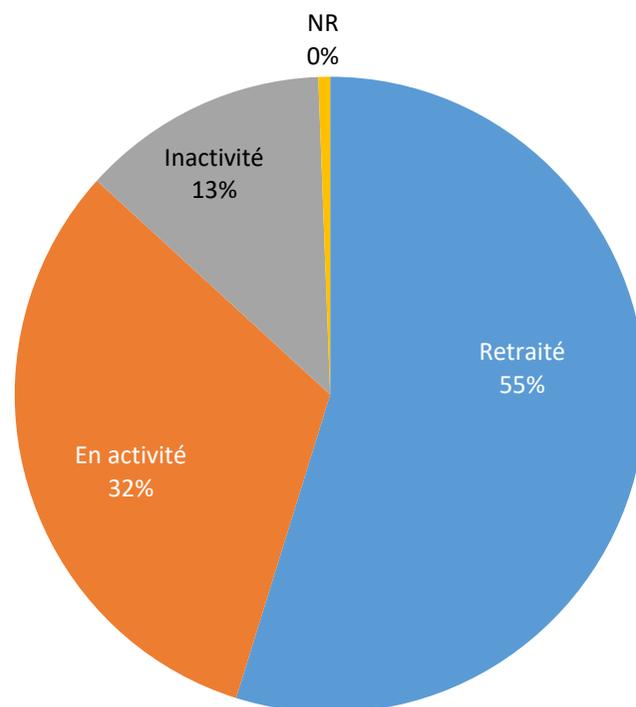


Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 332 aidants

Plus de la moitié des aidants est retraitée, trois sur dix sont en activité et un sur huit est inactif.

Répartition des aidants selon leur situation au regard de l'emploi en 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 332 aidants

Données concernant la personne aidée

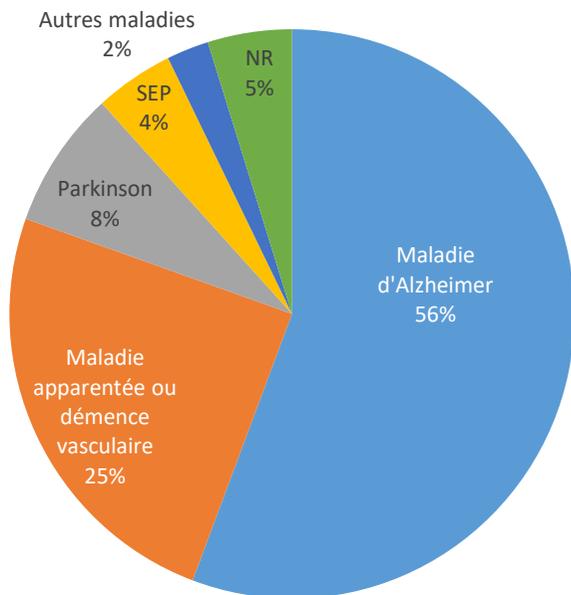
Les aidants ont renseigné des informations sur les personnes qu'elles aident. Elles portent sur 332 personnes aidées et concernent le diagnostic principal, le mode de vie et la durée d'accompagnement de l'aidant.

Les aidants qui participent aux formations vivent dans 43 % des cas avec la personne aidée (même proportion observée qu'en 2016). Les aidants déclarent que les autres personnes aidées vivent :

- avec un autre aidant dans 14 % des cas,
- seule dans 29 % des cas,
- en établissement dans 8 % des cas.

La part des malades d'Alzheimer parmi les personnes aidées est de 56 %, celle des personnes atteintes de maladies apparentées ou de démence vasculaire est de 25 %. La part des malades de Parkinson et de la SEP représente respectivement 8 % et 4 % des personnes aidées par les participants aux actions de formation. Chez 5 % des personnes aidées, cette information n'est pas disponible. Ces données restent difficilement comparables avec celles observées en 2016 car elles portent sur des aidants de malades de Parkinson et de SEP, plus représentés dans les formations des aidants cette année.

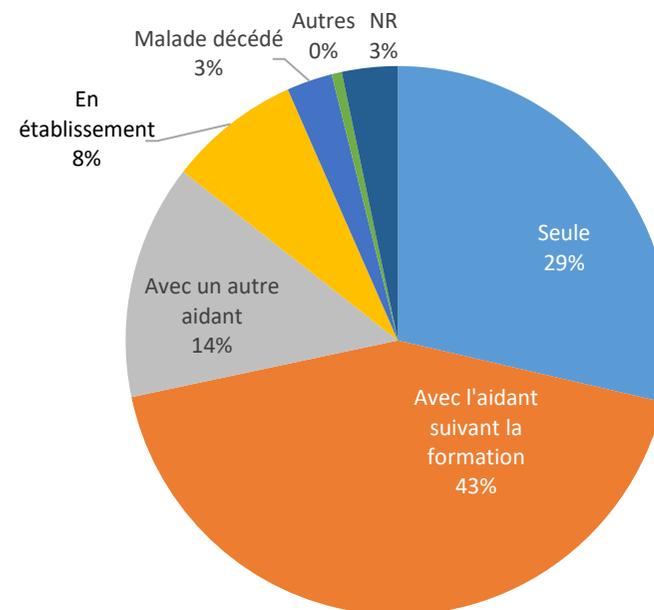
Répartition des aidants selon le diagnostic principal de la personne aidée en 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 332 personnes aidées

Répartition des aidants selon le mode de vie de la personne aidée en 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 332 personnes aidées

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 à trois gestionnaires de cas. 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, dont 22 ont déclaré une activité en 2017. Une d'entre elle (MAIA Oise-Ouest) finalise son installation pour 2018. Les MAIA se répartissent ainsi :

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

Ces 24 MAIA ont vocation à couvrir l'ensemble de la région.

Type de porteurs

Les MAIA sont portées par différents types de structures. Ainsi, en 2017 :

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

Implantation des MAIA en 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Analyse des données d'activité

Méthodologie

L'analyse de l'activité 2017 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 2017, sur les 24 MAIA autorisées au 31 décembre 2017, 23 ont été en activité (intégration des partenaires au guichet intégré et gestion de cas) **durant toute l'année**. Pour la MAIA Oise-Ouest, l'activité 2017 ne comprend que quatre mois, le pilote ayant pris ses fonctions en septembre 2017.

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

Table de concertation stratégique et tactique

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

Les tables de concertation stratégique réunissent les acteurs financeurs et décideurs de la planification et du réajustement de l'offre de services sur le territoire. Cette table est organisée au niveau départemental pour le Nord, le Pas-de-Calais et la Somme depuis juin 2015. Elle est organisée au niveau des MAIA pour l'Aisne et l'Oise. Ces tables ont été réunies en 2017, une à deux fois dans l'Aisne, deux fois pour la MAIA Oise Est (MAIA Oise Ouest était en cours d'organisation en 2017), une fois dans le Pas-de-Calais, trois fois pour la Somme. Aucune table stratégique n'a été tenue en 2017 dans le département du Nord.

Par ailleurs, une instance de travail a été créée dans le Nord en 2016 afin de faire le lien entre les tables tactiques de territoire et la table stratégique départementale : le Comité technique MAIA 59 composé du conseil départemental du Nord, de l'ARS et des MAIA, il permet l'harmonisation des pratiques sur les territoires MAIA, l'articulation entre table tactique et stratégique, la priorisation de sujets et la préparation de l'ordre du jour de la table stratégique départementale. Il ne s'est pas réuni en 2017.

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.

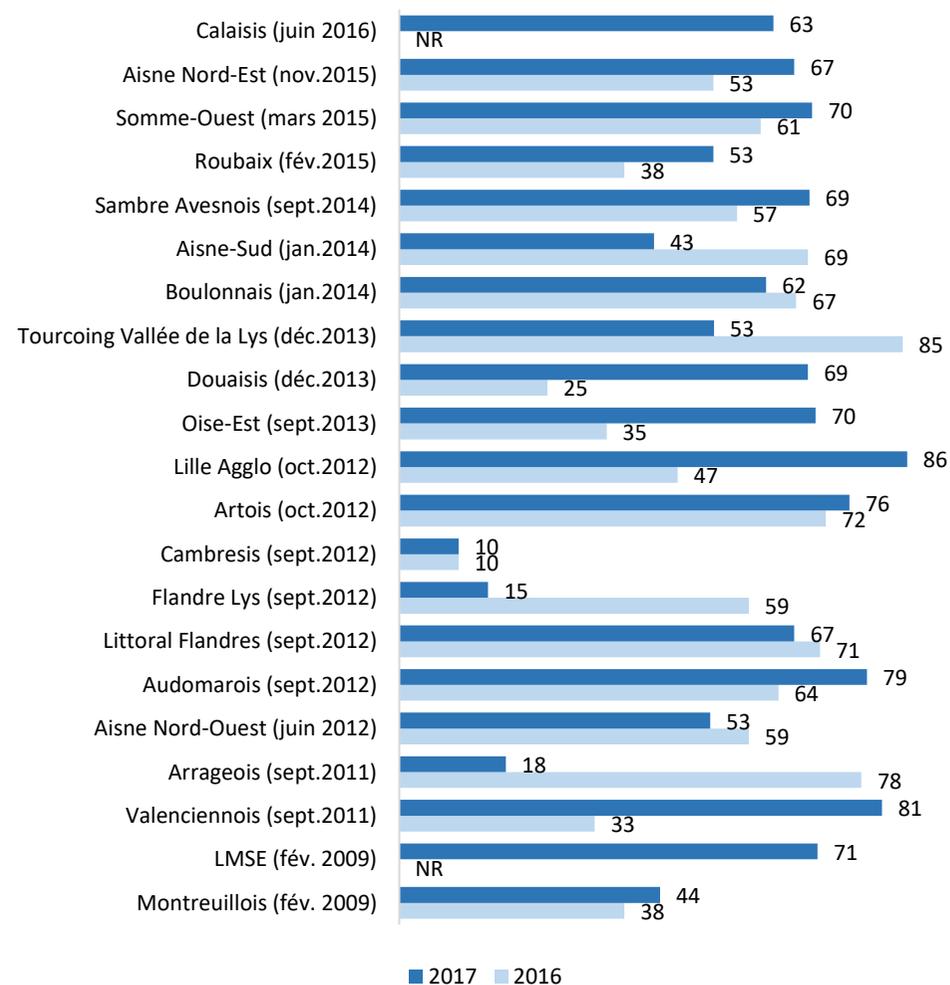
En 2017, pour les MAIA installées, les réunions de la table de concertation tactique se sont tenues d'une à quatre fois dans l'année. Le nombre d'acteurs présents en dernière table tactique rapporté au nombre d'acteurs identifiés sur le territoire n'a pu être exploité pour trois MAIA. Pour deux, la table de concertation était en cours d'installation et sa composition n'était pas encore finalisée et pour une, les données n'étaient pas disponibles.

Le taux de participation est variable d'une MAIA à une autre allant de 10 % pour la MAIA du Cambrésis à 86 % pour la MAIA Lille agglomération.

La MAIA Aisne-Sud précise que le taux de sa dernière table tactique était exceptionnellement faible à cause d'intempéries ce jour sur la région ; les précédents taux de participation étaient de l'ordre de 56 % à 68 %.

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

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



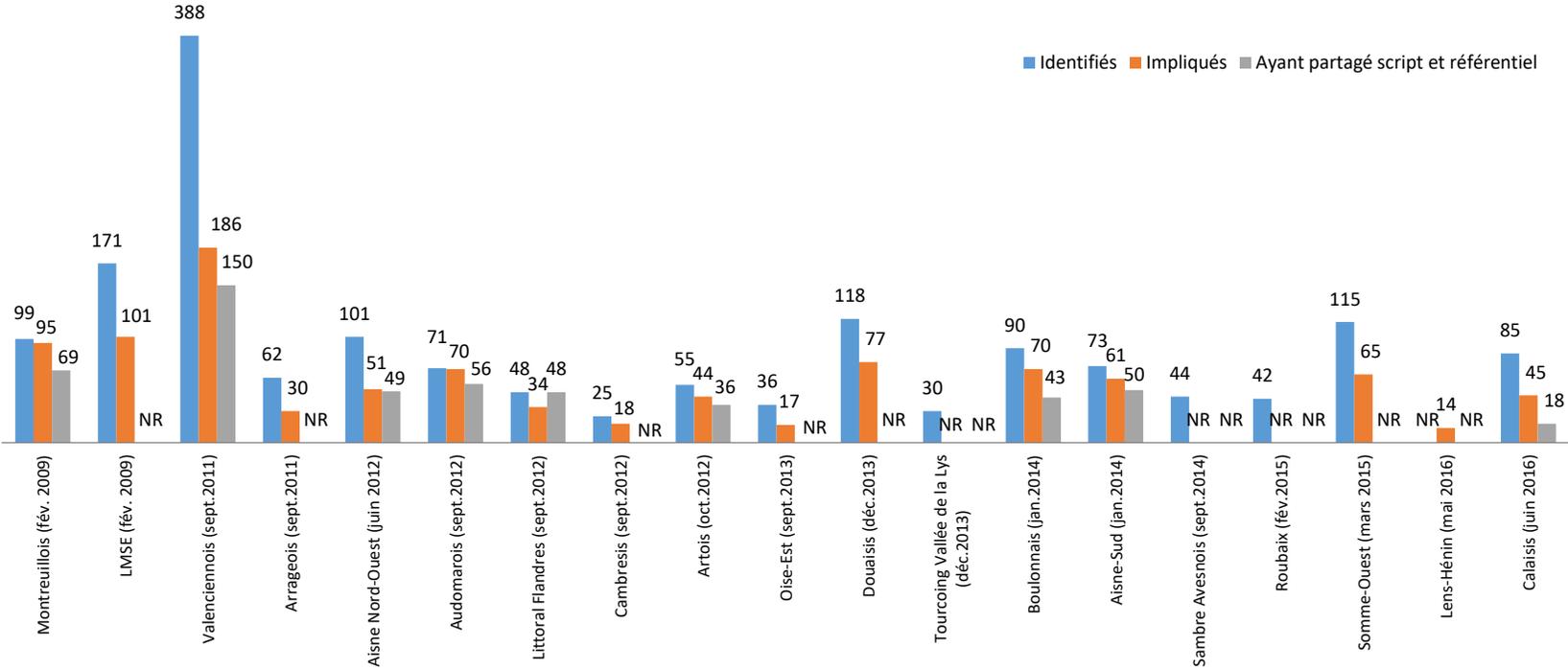
Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

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 2017, ce sont **1 653 acteurs identifiés par 18 des 23 MAIA** ayant eu une activité d'intégration du dispositif MAIA sur leur territoire contre 1 589 en 2016, 1 337 en 2015 et 971 en 2014. Sur 19 MAIA (1 MAIA a impliqué des partenaires mais n'a pas dénombré les partenaires identifiés), 16 sont parvenus à identifier 978 acteurs impliqués (875 en 2016, 867 acteurs en 2015 et 448 en 2014) dans le guichet intégré soit **59 % des acteurs que ces MAIA ont identifié**. La moitié des acteurs impliqués a partagé le formulaire d'orientation et le référentiel d'interventions (contre 70 % en 2016, soit une baisse de 39 acteurs). Le graphique suivant permet de visualiser la répartition des acteurs pour 19 MAIA selon leur niveau d'implication au sein du guichet intégré.

Constitution du guichet intégré au 31 décembre 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : 19 MAIA

Le nombre d'acteurs identifiés a augmenté depuis 2016 en raison de l'ouverture de nouvelles MAIA mais également de leur activité. En effet, pour les 12 MAIA (Lille Sud-Est, Montreuillois, Arrageois, Valenciennois, Littoral et Flandre, Audomarois, Cambrésis, Artois, Douaisis, Tourcoing, Boulonnais et Sambre Avesnois) pour lesquelles les données de 2014 à 2017 sont disponibles, le nombre d'acteurs identifiés est passé de 780 à 1 201, soit une augmentation de 54 %.

Les MAIA de Lille Sud-Est et du Douaisis sont celles qui présentent les plus fortes augmentations dans le nombre d'acteurs impliqués dans le guichet intégré avec respectivement un supplément de 28 et 12 acteurs impliqués entre 2016 à 2017.

Acteurs impliqués dans le guichet intégré

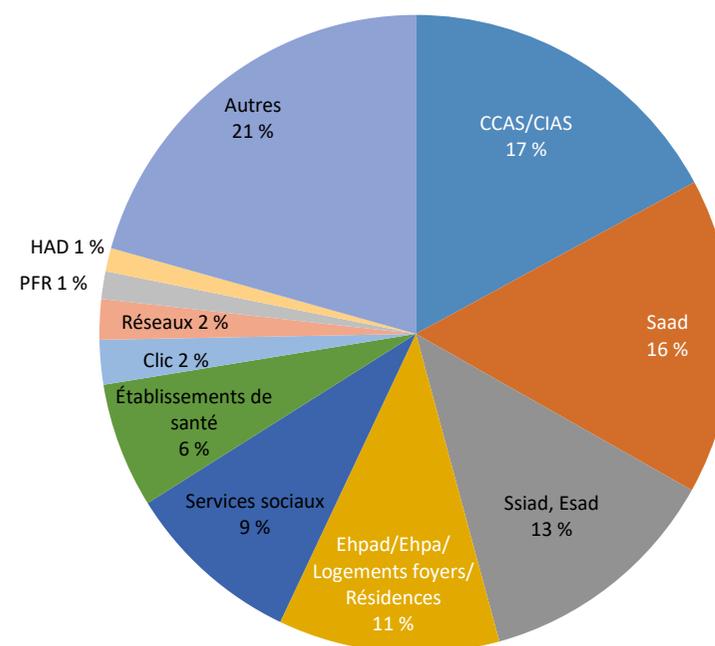
En 2017, le type d'acteurs impliqués au « guichet intégré » a été renseigné par 16 MAIA.

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

- 17 % sont des CCAS/CIAS,
- 16 % sont des services d'aide à domicile,
- 13 % des Ssiad ou Esad,
- 11 % sont des établissements hébergeant des personnes âgées,
- 9 % des services sociaux,
- 6 % des établissements de santé.

Les autres acteurs représentent 28 % des structures impliquées.

Les structures impliquées dans le guichet intégré en 2017

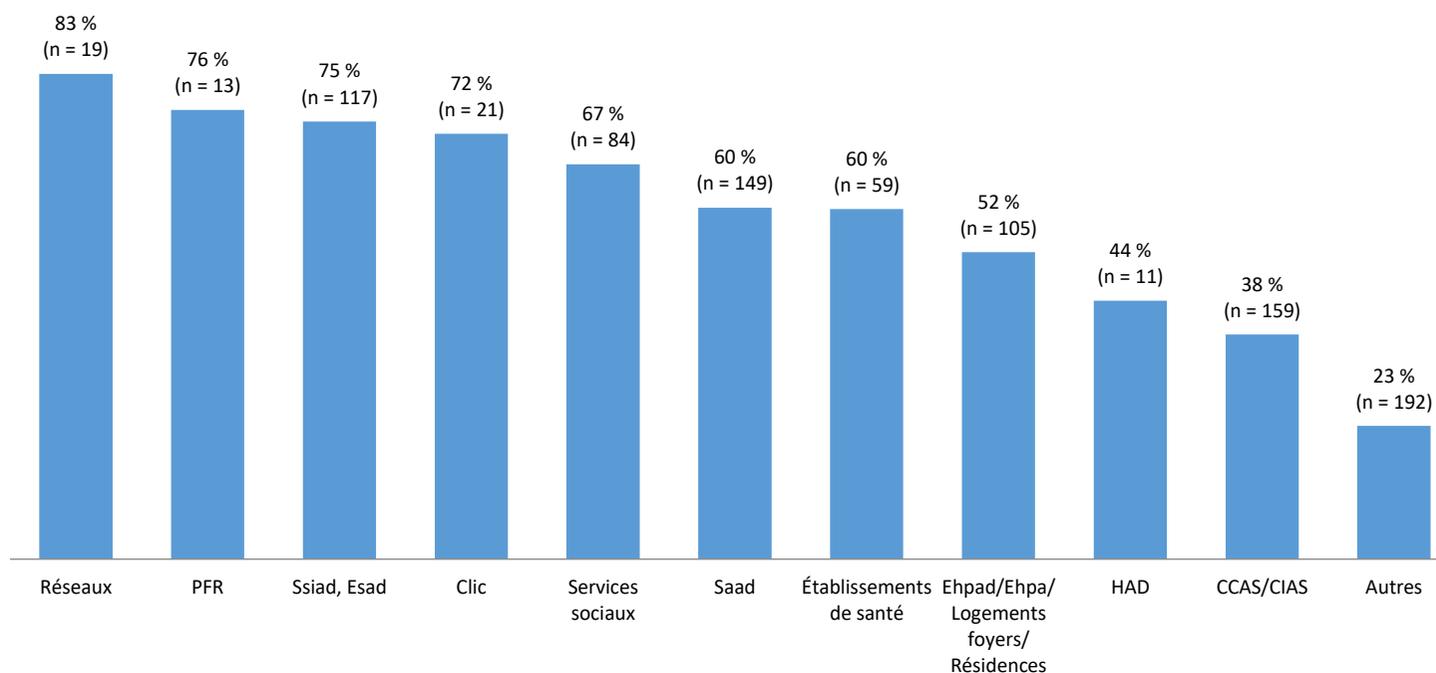


Champ : Réponses issues de 16 MAIA, correspondant à 929 acteurs impliqués
Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

La probabilité d'être impliqué dans le guichet est différente selon le type de structure. En effet, au moins 70 % des Ssiad/Esad, PFR, Clic et réseaux gérontologiques, quand ils sont identifiés, s'impliquent dans le guichet intégré.

À l'inverse, les CCAS/CIAS, HAD et établissements hébergeant des personnes âgées s'impliquent moins souvent une fois identifiés (respectivement 38 %, 44 % et 52 %).

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



Champ : Réponses issues de 16 MAIA, correspondants à 929 acteurs impliqués

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Note de lecture : 83 % des réseaux identifiés sont impliqués dans les guichets intégrés des MAIA des Hauts-de-France en 2017, soit 19 réseaux

Gestion de cas

Gestionnaires de cas

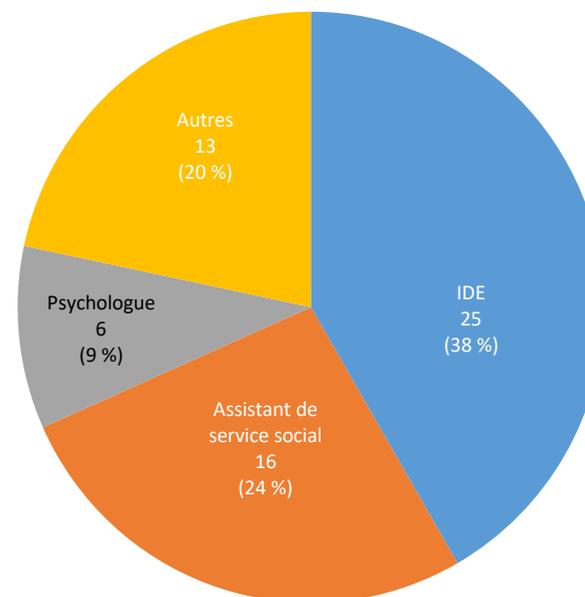
Les données sont disponibles pour 23 MAIA, la MAIA Oise Ouest n'ayant pas encore recruté ses gestionnaires de cas.

Au total, au 31 décembre 2017, 67 gestionnaires de cas ont été recrutés dans 23 MAIA de la région (59 en 2016). Les MAIA ont fonctionné en 2017 avec 63,3 ETP de gestionnaire de cas (58,3 en 2016).

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, d'assistant socio-éducatif, d'ergothérapeute, d'éducateur spécialisé ou de neuropsychologue. Sur les 23 MAIA ayant recruté leurs gestionnaires de cas, 20 disposent d'au moins une infirmière et 14 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 67 gestionnaires de cas, presque tous ont obtenu ce diplôme. Ceux qui ne l'ont pas encore décroché sont en cours de formation en vue d'obtenir ce diplôme au cours de l'année 2018.

Gestionnaires de cas selon leur formation initiale en 2017



Champ : 23 MAIA

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Il manque les informations pour 7 gestionnaires de cas (soit 10 %).

File active

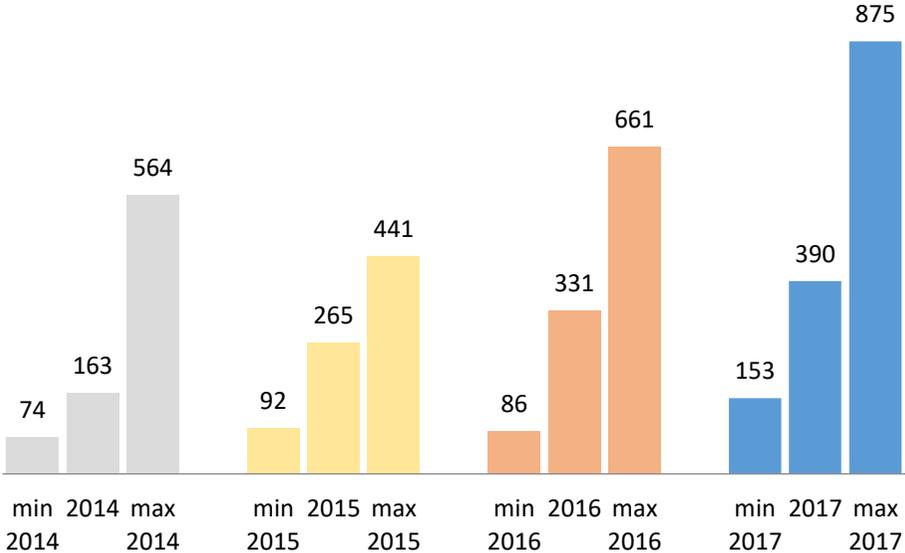
Durant l'année 2017, 2 638 personnes ont été accompagnées en gestion de cas au sein des 22 MAIA ayant eu une activité de gestion de cas, soit une augmentation de 128 personnes accompagnées par rapport à 2016 (+ 5 %). La gestion des cas a débuté au cours de l'année 2017 pour près de 1 000 personnes.

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 est de 3,8 en 2017 (4,2 en 2016, 5,0 en 2015). Ce nombre varie de 1,0 à 7,3 selon les MAIA et 6 d'entre elles affichent plus de 5 personnes incluses en moyenne chaque mois : Artois (7,3), Littoral Flandres (6,1), Valenciennois (5,5), Lille Métropole Sud-Est (5,3), Montreuillois (5,2) et Sambre Avesnois (5,1).

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 suivi⁸ déclarée par les 20 MAIA pour lesquelles cette donnée est disponible, est de 390 jours (331 jours en 2016, 265 en 2015). Cette durée varie de 153 à 875 jours selon les MAIA (86 à 661 jours en 2016). En 2014, cette durée était de 163 jours (et s'étalait de 74 jours à 564 jours selon les MAIA).

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 2016, un gestionnaire de cas travaillant à plein temps suit en moyenne 42 personnes différentes sur l'année (43 en 2016), ce nombre variant de 8 à 64 selon les MAIA. L'amplitude de ces valeurs s'explique en partie par la date récente du début d'activité de gestion de cas de la MAIA.

Évolution de la durée moyenne (en jours) de suivi en gestion de cas De 2014 à 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2018 – Traitement OR2S

La gestion de cas étant un suivi de type intensif, il est précisé dans le cahier des charges, un nombre maximal de 40 dossiers actifs par gestionnaire de cas à un instant t. Parmi les 22 MAIA étudiées, 13 affichent un nombre de dossiers supérieur à ce seuil.

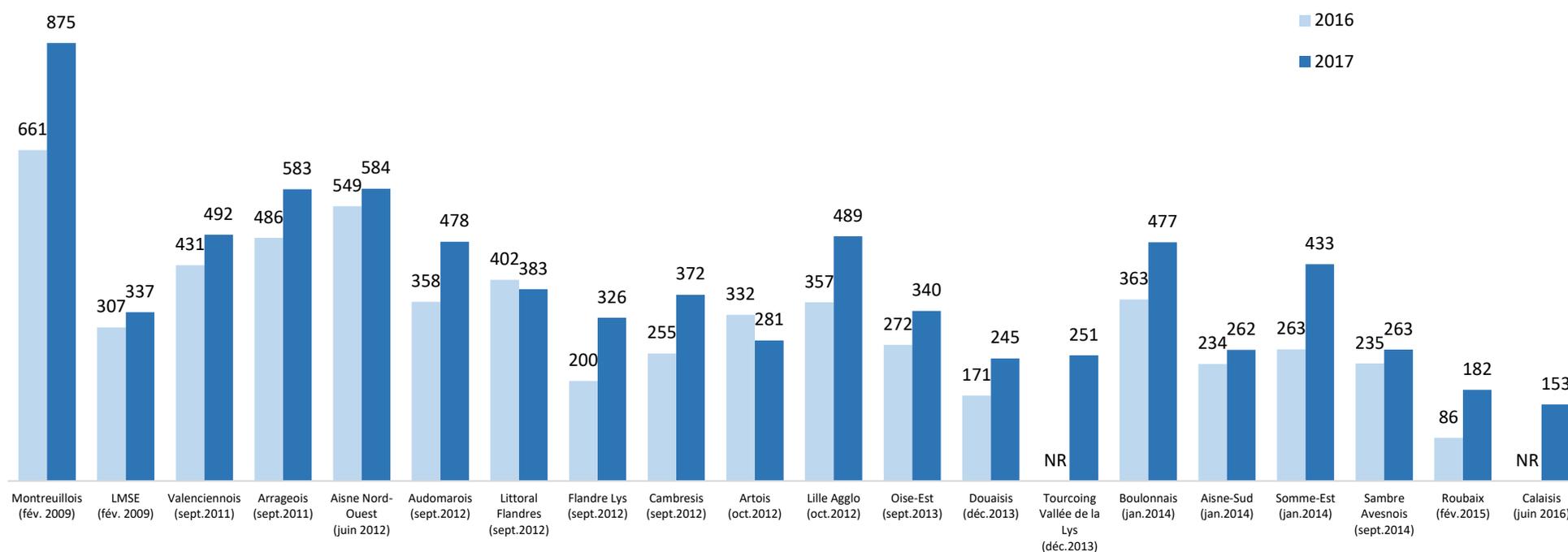
⁸ La durée moyenne de suivi en gestion de cas porte uniquement sur les dossiers dont le suivi a été terminé. Elle se calcule à partir du nombre total de jours écoulés entre la période de l'ouverture et de fermeture du dossier.

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 17 MAIA ayant renseigné cette information, sur un total de 2 300 personnes constituant la file active, 454 personnes sont en ALD 15 soit 19,7 % de la file active (21,7 % en 2016).

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

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



Source : ARS - DST, DOMS 2018 – Traitement OR2S

Thématiques des groupes de travail

Lors de l'année 2017, 21 MAIA font part de groupes de travail thématiques.

Les thématiques les plus abordées sont : le renforcement de liens avec les partenaires et le réseau (professionnels libéraux et paramédicaux, psychiatrie, justice : 14 occurrences), l'aide et la prise en charge à domicile (passerelle domicile – EHPAD, Ssiad, continuité de la prise en charge, HAD... : 13 occurrences), l'hébergement de la personne âgée (accueil de jour, hébergements temporaires, halte répit, PFR : 10 occurrences), le développement d'outils communs (6 occurrences) et de référentiels (3 occurrences), les solutions à apporter lors de l'hospitalisation de l'aidant principal (5 occurrences) et les sorties d'hospitalisation (2 occurrences), la communication (4 occurrences), les Gérontoguides (4 occurrences), le lien ville – hôpital (4 occurrences) et l'aide aux aidants (3 occurrences).

Par ailleurs, des groupes de travail départementaux ou régionaux sont mis en place sur la psychogériatrie, l'harmonisation de pratiques et d'outils au niveau départemental, la constitution d'un annuaire numérique des ressources (Wikisol, Qui fait quoi ?) et d'un dispositif contre l'isolement (MONALISA).

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 15,3 pour 23 MAIA en 2017 (14,7 en 2016). Ce score est en hausse continue et reflète l'intégration progressive des MAIA dans leur territoire.

Seule la MAIA Somme Ouest a vu son score MAIA 25 diminuer de 2 points entre 2016 et 2017. Cette diminution peut être liée au fait que le formulaire d'analyse multidimensionnelle ne couvre pas les cinq domaines de la situation (santé, autonomie fonctionnelle, aspects familiaux et sociaux, économiques et administratifs, et environnement et sécurité individuelle) mais aussi par une représentativité non effective de chaque structure au sein de la table de concertation tactique.



Difficultés rencontrées par les MAIA

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

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

La communication est un enjeu important pour mieux faire connaître les MAIA, leurs rôles et missions, leurs outils, identifier les gestionnaires de cas et faire remonter les problématiques de terrain. Par ailleurs, la communication descendante doit aussi être développée à l'intérieur des structures qui siègent en tables stratégiques ou tactiques afin de permettre aux acteurs de terrain d'avoir les bonnes informations et outils dans les meilleurs délais. En outre, ces structures ne représentent pas toujours leurs pairs et ne diffusent pas les informations en dehors.

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

L'impression pour les partenaires de superposition des dispositifs en millefeuilles revient régulièrement et impacte leur mobilisation.

Des difficultés sont rencontrées au niveau de la gestion de cas par l'absence d'outil d'évaluation multidimensionnelle, l'absence de critères de sorties de la gestion de cas définis nationalement. Certaines orientations « tardives » présentant un niveau de complexité important sont liées à la frilosité de certains professionnels à orienter les situations vers les MAIA.

Enfin, la saturation des files actives de certains gestionnaires de cas pose problème car malgré un travail en interdisciplinarité avec les acteurs du territoire, la charge de travail représentée par l'accompagnement des personnes suivies devient un frein à la fluidité de l'activité.

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

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 %⁹ 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 neurodégénératives 2014-2019 conforte l'utilité et l'importance des Esa en prévoyant la poursuite du déploiement de ces dispositifs. L'objectif initial de développement des Esa étant presque atteint, un besoin de maillage complémentaire a été identifié pour assurer un meilleur accès à ces prestations.

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

État des lieux dans la région

En 2018, 40 Esa sont autorisées dans la région, dont 17 dans le Nord (2 porteurs ont chacun 2 équipes), 10 dans le Pas-de-Calais, 4 dans la Somme, 4 dans l'Aisne et 5 dans l'Oise. La capacité autorisée des Esa est majoritairement de 10 places, à l'exception de deux situées dans la Somme (Esa d'Acheux-en-Amiénois – 15 places et Esa de Péronne – 5 places).

Ainsi, les 40 Esa englobent au niveau régional une capacité d'accueil autorisée de 400 places.

La présente étude est un bilan de l'activité réalisée par les Esa de la région au cours de l'année 2017. 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.

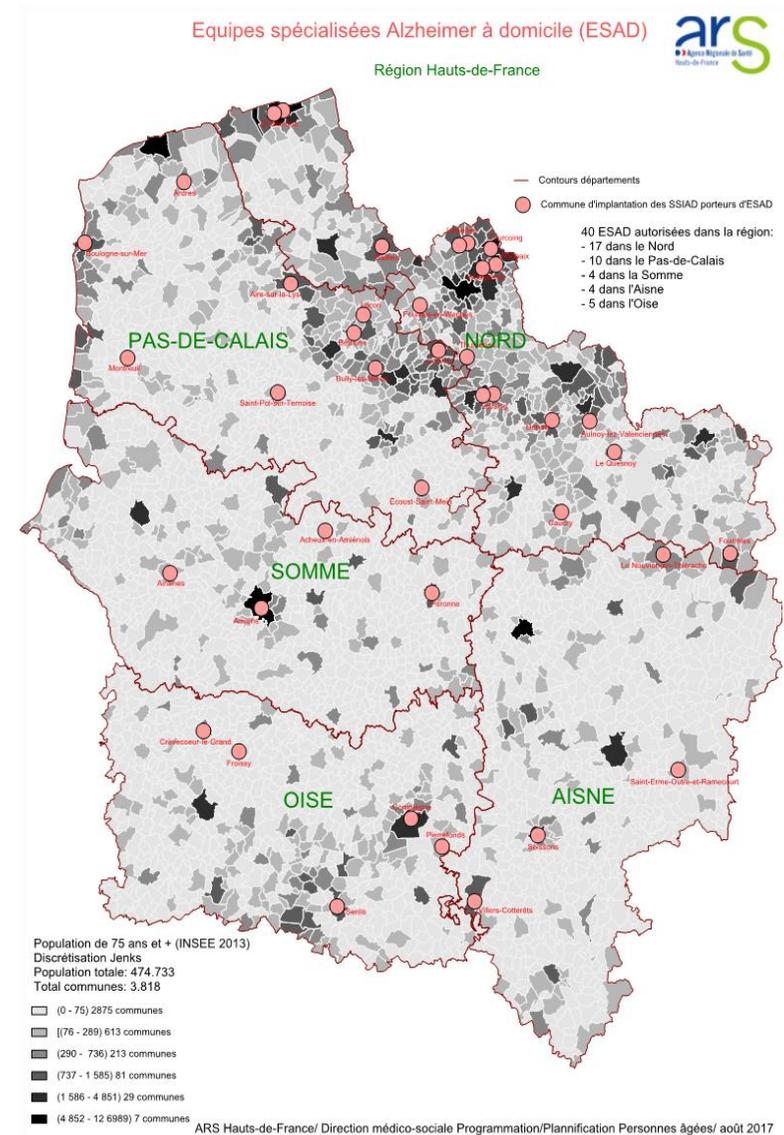
Méthodologie

L'analyse de l'activité 2017 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.

L'effectif total est de 40, correspondant au nombre d'Esa autorisées dans la région : 4 dans l'Aisne, 17 dans le Nord, 5 dans l'Oise, 10 dans le Pas-de-Calais et 4 dans la Somme. Toutefois, dans le Nord, deux Ssiad (Linselles et Lallaing) sont porteurs de deux Esa chacun et ont renseigné un seul questionnaire rassemblant l'activité des deux équipes respectives. Cela ramène l'effectif étudié à 38 questionnaires comprenant, néanmoins, l'activité des 40 Esa.

Parmi les limites méthodologiques, le remplissage quelquefois approximatif de certains items pour des raisons imputables à l'enquête¹⁰ est à mentionner.

¹⁰ Par exemple, pour un certain nombre d'Esa, le total des patients répartis selon un critère donné (sexe, prescripteurs de séances, diagnostic, etc.) ne correspond pas à la file active déclarée. De ce



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

Ouverture effective des Esa

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

La généralisation de ce dispositif a été engagée dès 2010 et s'est poursuivie par appel à projets chaque année jusqu'en 2015 avec la diffusion du cahier des charges fixé par décret.

Ainsi ont été ouvertes :

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

Aucune Esa n'a ouvert au cours de l'année 2016. L'Esa de Froissy ayant ouvert en janvier 2017, l'ensemble des Esa autorisées et participant à l'étude ont déployé leurs activités durant l'année complète 2017. Ainsi, les 40 Esa ont cumulé 480 mois d'ouverture en 2017, soit 2 080 semaines d'ouverture (soit +2,6 % par rapport à 2016).

Porteurs des Esa

Parmi les 38 porteurs des 40 Esa étudiées, 24 (soit 62 %) sont des Ssiad uniques, 8 des Spasad, 3 des GCMS et 3 sont constitués à partir d'une collaboration de plusieurs Ssiad/Spasad. Il existe dans le Nord une diversité plus importante des types de porteurs car on y retrouve l'ensemble de ces quatre classifications.



File active

File active par département

En 2017 et au niveau régional, 4 059 personnes ont été prises en charge par les 39 Esa étudiées¹¹, soit une augmentation de 12 % par rapport à l'année précédente (en 2016, la file active régionale a été de 3 630 personnes pour 39 Esa étudiées).

Au fil des années et dans chaque département, l'installation progressive des Esa autorisées s'accompagne d'une augmentation de leur file active. Cette augmentation est plus importante dans l'Oise avec la mise en place d'un Ssiad supplémentaire (Froissy, ouvert en janvier 2017 : + 60 % dans le département) et dans l'Aisne (+ 25 %).

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 32 Esa de 10 places chacune, la file active minimale est de 40 (Esa Froissy – minimum des Esa de la région) et celle maximale de 177 (Esa Aulnoy-lez-Valenciennes). Pour les 2 Esa de 20 places chacune, les files actives sont de 153 (Esa Linselles – 2 équipes) et 252 (Esa Lallaing, 2 équipes). La file active de l'Esa de Péronne autorisée à 5 places est de 56 et celle d'Acheux-en-Amiénois autorisée à 15 places est de 162.

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.).

¹¹ Un Esa de l'Aisne n'a pas indiqué sa file active.

File active des Esa entre 2012 et 2017 – Données départementales

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

Source : ARS - DOMS 2018

File active par place autorisée

Au niveau régional, le rapport entre la file active (4 059) et le nombre de places autorisées des 40 Esa étudiées (400) est de 10,1. Ainsi, dans la région et en 2017, le fonctionnement d'une place d'Esa autorisée a permis la prise en charge de 8 à 9 personnes, ce qui est inférieur aux indications du cahier des charges.¹²

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

¹² 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)

Rapport entre la file active les places autorisées en Esa en 2017

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
File active (39 Esa ¹)	302	1 800	422	1 171	364	4 059
Places autorisées	40	170	50	100	40	400
Rapport	7,6	10,6	8,4	11,7	9,1	10,1

Source : ARS - DOMS 2018

Ainsi, pour une place d'Esa installée, le nombre de prises en charges est plus important dans le Nord et la Somme, et moins important dans le Pas-de-Calais. 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 4 personnes (soit 4,0 par l'Esa de Froissy) et la plus élevée d'approximativement 18 personnes (soit 17,7 par l'Esa d'Aulnoy-lez-Valenciennes).

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

File active par semaine

Le rapport entre la file active régionale (4 059) et le nombre de semaines d'ouverture (52) des 39 Esa¹³ étudiés (2 028) est de 2,0. Ainsi, en 2017, 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 2017

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Minimum parmi les 40 Esa étudiées	8,2 (Esa Villers-Cotterêts)	5,5 (Esa Fournes-en-Weppes)	4,0 (Esa Froissy)	8,6 (Esa Carvin)	7,3 (Esa Airaines)	1,5 (Esa Ardres)
Maximum parmi les 40 Esa étudiées	12,7 (Esa Soissons)	17,7 (Esa Aulnoy-lez-Valenciennes)	14,2 (Esa Crèvecœur-le-Grand)	15,5 (Esa Ecooust-Saint-Mein)	11,2 (Esa Péronne)	17,7 (Esa Aulnoy-lez-Valenciennes)

Source : ARS - DOMS 2018

¹³ Un Esa de l'Aisne n'a pas renseigné sa file active.

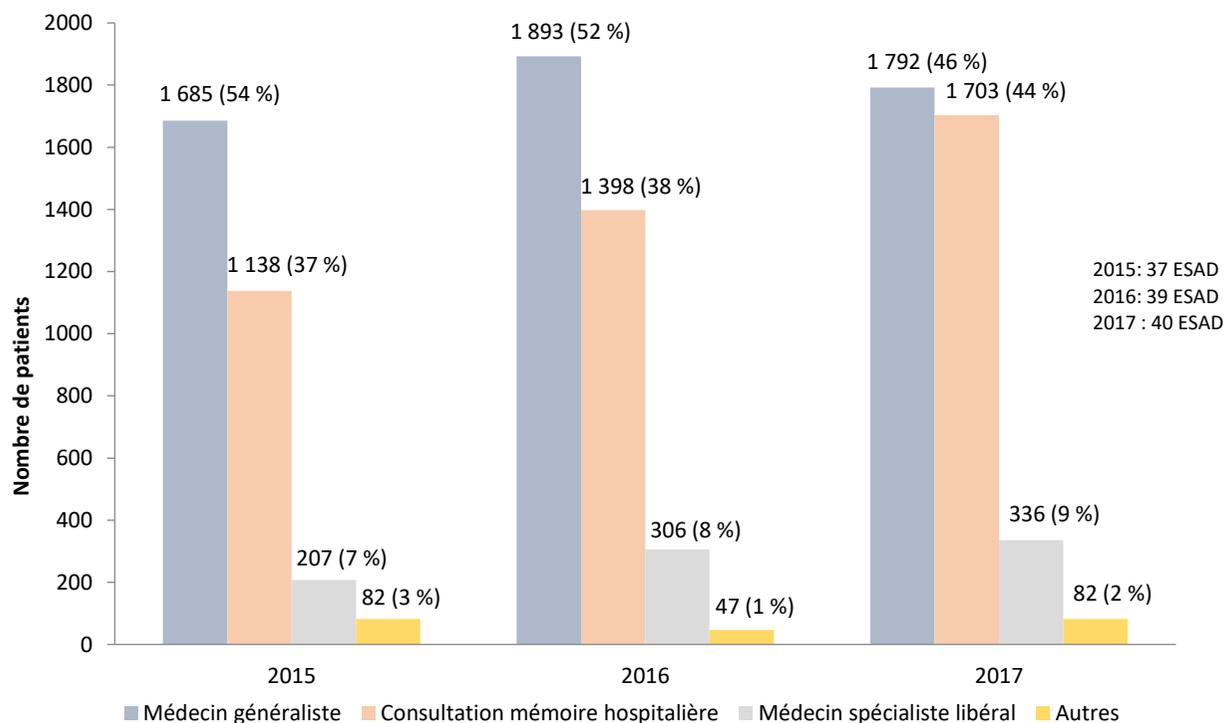
Prescripteurs des séances

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

Par rapport à 2016, l'écart entre la part de prescripteurs médecins généralistes et celle des consultations mémoire hospitalières est plus faible : 14 points d'écart en 2016 contre 2 points d'écart en 2017. Cela résulte à la fois d'un nombre de prescriptions par généralistes moins important (1 792 en 2017 contre 1 893 en 2016) et d'une montée en puissance du rôle des consultations mémoire dans les prescriptions vers les Esa (1 703 en 2017 contre 1 398 en 2016, soit une augmentation de 22 %).

Seules quelques Esa ont détaillé la catégorie « autres prescripteurs » et parlent de géiatres, neurologues, centres de rééducation, réseaux (dont réseaux gérontologiques) et associations.

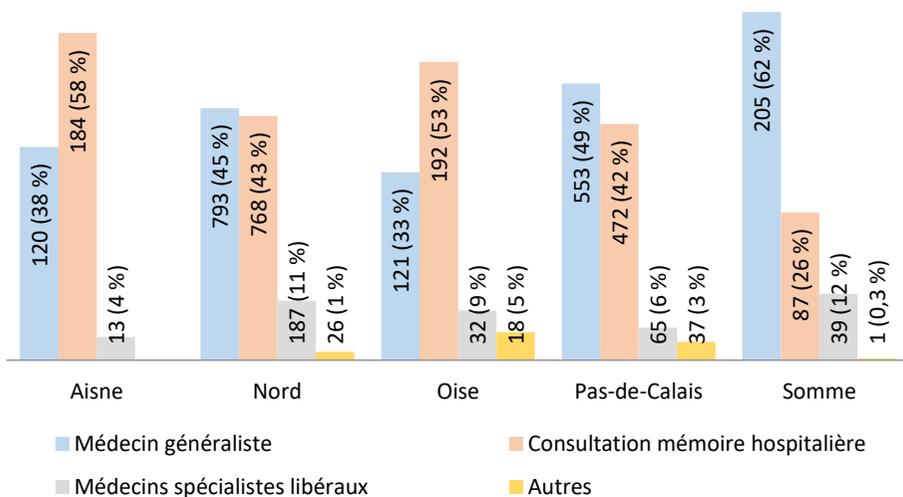
Évolution de la répartition du nombre de patients selon le prescripteur des séances depuis 2015



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

L'analyse par département souligne quelques spécificités territoriales. Ainsi, le pourcentage des prescriptions de la part des médecins généralistes est plus important dans la Somme (62 %) tandis que celui des consultations mémoire est plus élevé dans l'Aisne (58 %) et l'Oise (53 %). Le Nord met à quasi-égalité ces deux prescripteurs (respectivement 45 % et 43 %). Le Nord met à quasi-égalité ces deux prescripteurs (respectivement 45 % et 43 %).

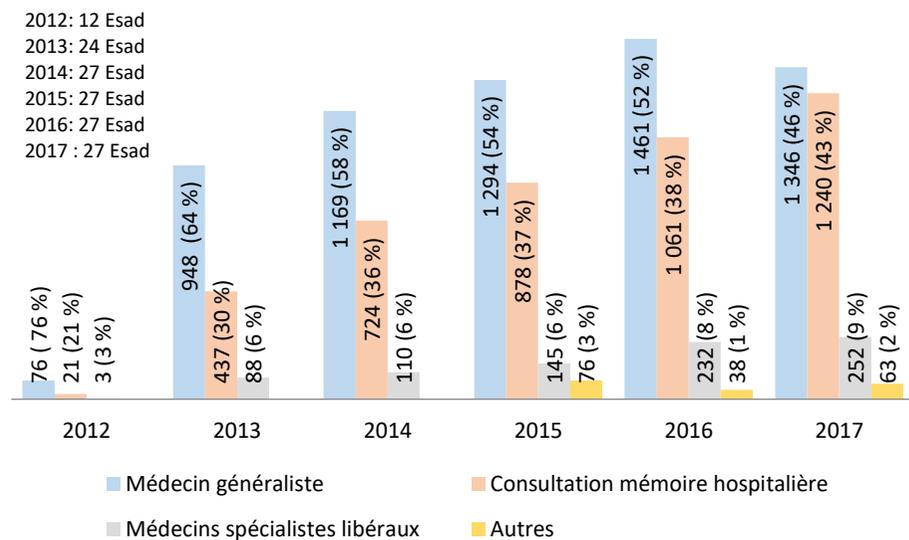
Répartition des patients selon le prescripteur des séances en 2017



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa
Aisne : 4 Esa ; Nord : 17 Esa ; Oise : 5 Esa ; Pas-de-Calais : 10 Esa et Somme : 4 Esa.

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 43 %) et des médecins spécialistes libéraux (de 3 % à 9 %) concomitamment à une baisse de la part des médecins généralistes (de 76 % à 46 %). Cette tendance est également remarquée au niveau régional de 2015 à 2017.

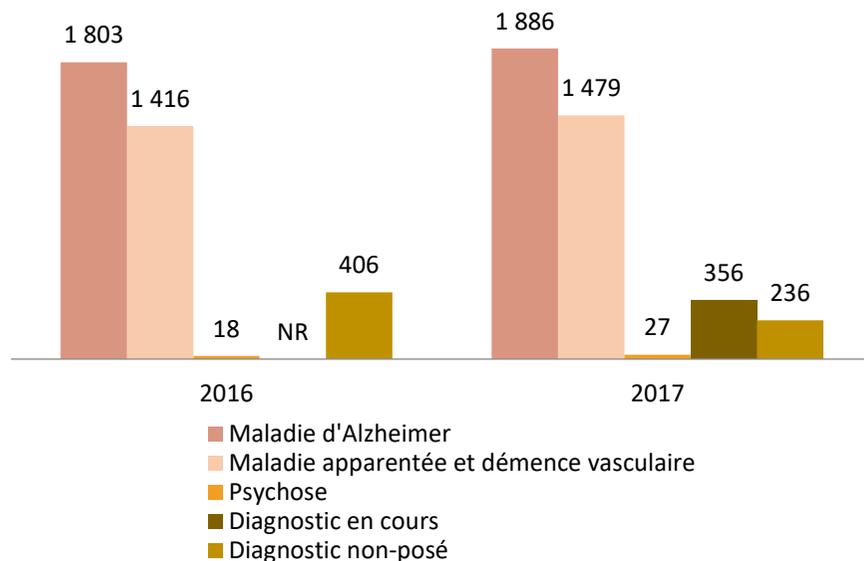
Répartition des patients selon le prescripteur des séances entre 2012 et 2017 dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

Diagnostiques des patients

Nombre de patients pris en charge par une Esa en 2017 selon le diagnostic principal



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

En 2017 par rapport à 2016, au niveau régional, il est constaté une légère diminution du pourcentage des patients diagnostiqués d'une maladie d'Alzheimer (de 49,4 % à 47,3 %), d'une démence vasculaire ou maladie apparentée (38,8 % à 37,1 %) et des diagnostics non posés (11,1 % à 5,9 %) au profit du nouvel item « diagnostic en cours » (8,9 % en 2017).

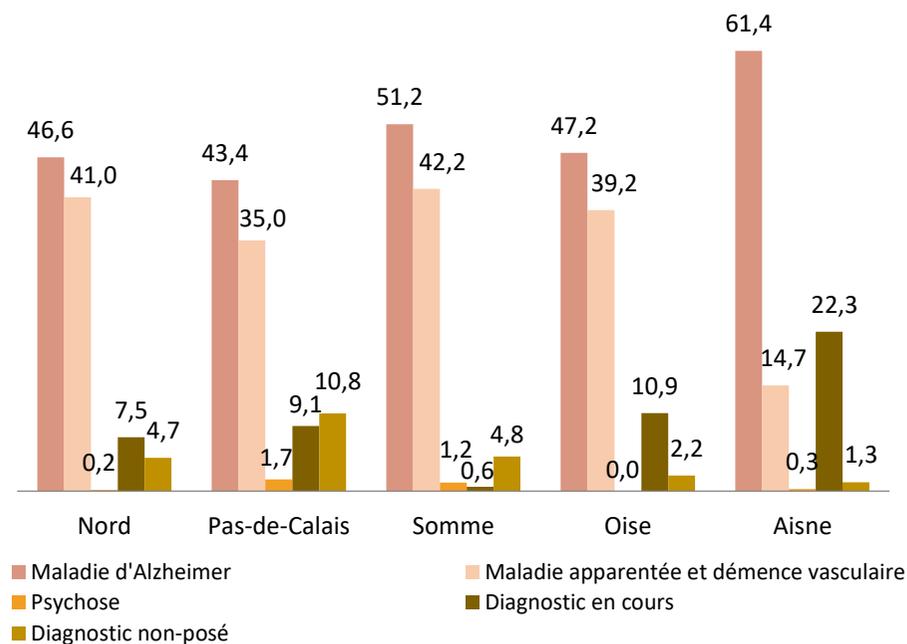
L'analyse par départements souligne quelques spécificités territoriales dans les diagnostics des patients pris en charge par les Esa.

Ainsi, l'Aisne présente les pourcentages les plus élevés de patients diagnostiqués de la maladie d'Alzheimer (61,4 %) et de diagnostic en cours (22,3 %) ; c'est aussi les deux principaux « diagnostics » dans ce département. Dans les autres départements, la maladie d'Alzheimer concerne entre 43,4 % et 51,2 % des patients, suivie par les démences vasculaires et maladies apparentées (de 35,0 %

à 42,2 %). Les minimums sont dans le Pas-de-Calais et les maximums dans la Somme. Ces deux mêmes départements ont les pourcentages les plus élevés de diagnostics non posés : respectivement 10,8 % et 4,8 %.

Similairement à la tendance régionale, dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, par rapport à 2016, en 2017 il est constaté une légère baisse des pourcentages des patients diagnostiqués de la maladie d'Alzheimer (de 48,7 % à 45,3 %) et des patients diagnostiqués de démence vasculaire et maladie apparentées (de 39,8 % à 38,7 %).

Répartition des patients pris en charge par une Esa en 2017 selon le diagnostic principal - Données départementales



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

Sexe et âge moyen des patients

Au niveau régional, 32 % des patients pris en charge par les 39 Esa étudiées sont des hommes et 68 % sont des femmes. Au fil des années, une légère progression des patients femmes est constatée ; en 2015, elles représentaient 66 %.

L'âge moyen des patients hommes est de 80 ans et varie selon les Esa de 73 ans au minimum à 85 ans au maximum.

L'âge moyen des patients femmes est de 82 ans et varie selon les Esa de 76 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.

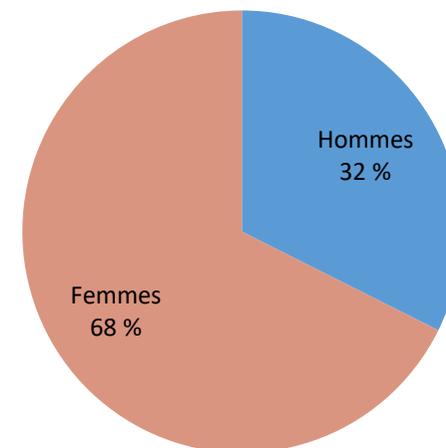
Pour les 40 Esa étudiées (38 questionnaires), le score MMSE moyen varie de 16 à 23. Plus précisément, 1 Esa déclare un score MMSE moyen de 16, 1 Esa de 17, 1 Esa de 18, 7 Esa de 19, 9 Esa de 20, 13 Esa de 21, 3 Esa de 22 et 2 Esa un score de 23. Un Esa n'a pas rempli le score moyen.

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 ont eu un score MMSE inférieur à 15 au moment de l'entrée dans l'accompagnement par une Esa

Le score moyen MMSE minimum est de 16 dans la Somme (Esa d'Acheux-en-Amiénois) et le plus élevé de 23 dans le Nord (Esa de Thumeries et Esa d'Aulnoy-lez-Valenciennes). L'écart est le plus important dans le département de la Somme tandis que dans le Pas-de-Calais les scores extrêmes sont assez proches.

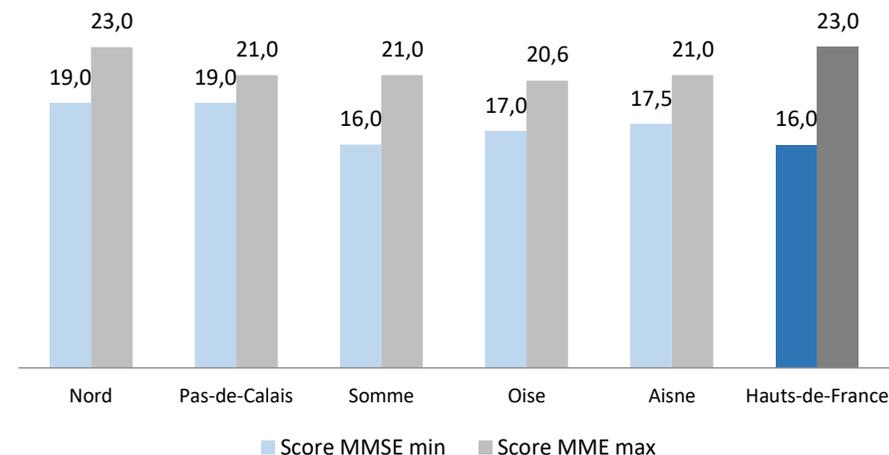
Au niveau régional, 70 % des patients pris en charge par les Esa ont un score MMSE compris entre 19 et 30, 21 % entre 15 et 18, 7 % entre 6 et 14 et 0,3 % inférieur à 5.

Répartition des patients pris en charge par genre en 2017



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

Scores moyens minimums et maximums MMSE par département en 2017



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

Niveau de dépendance (Gir) des patients

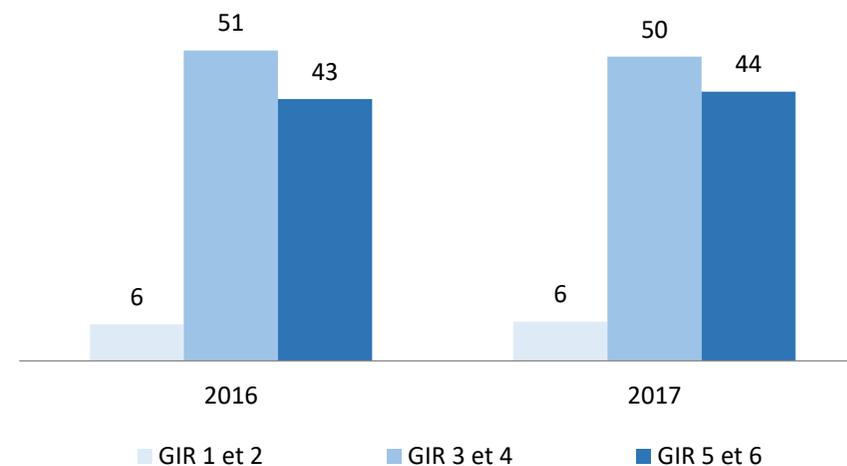
Le niveau de dépendance des patients a été étudié à travers la grille Aggir (autonomie gérontologie groupe iso ressources). Son niveau varie de 1 à 6, allant d'une perte d'autonomie plus importante à moins importante.

Au niveau régional, par rapport à 2016, une relative stabilité des pourcentages est observée. La majeure partie (50 %) des patients pris en charge par une Esa présente une dépendance modérée (GIR évalué de 3 à 4) et un peu plus de 4 patients sur 10 (44 %) ont une relative autonomie (GIR 5 et 6).

L'Oise est le seul département où le pourcentage de patients présentant une perte d'autonomie faible (GIR de 5 à 6) est plus important que les autres GIR (55 % contre 40 % pour les GIR 3 et 4 et 5 % pour les GIR 1 et 2).

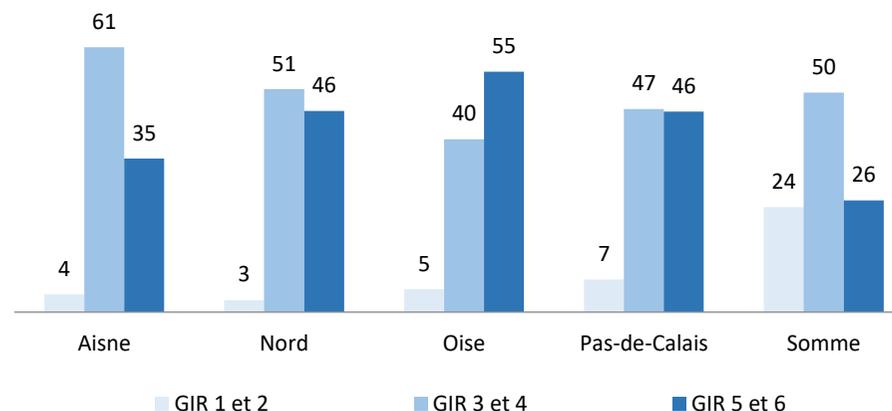
À l'inverse, la Somme présente une proportion de patients à forte dépendance (GIR 1 et 2) nettement supérieure aux autres départements : 24 % contre moins de 8 % ailleurs.

Répartition des patients pris en charge par une Esa en 2017 dans les Hauts-de-France selon leur niveau de dépendance (en %)



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

Répartition des patients pris en charge par une Esa en 2017 selon leur niveau de dépendance – Données départementales (en %)



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

Séances réalisées

Au niveau régional, en 2017, les 39 Esa étudiées (1 Esa du Pas-de-Calais a mal rempli cet item) ont réalisé un total de 41 682 séances, ce qui correspond à une augmentation de 5 % par rapport au total de séances réalisées l'année précédente.

Le rapport entre le nombre de séances réalisées (41 682) et les mois d'ouverture dans l'année (12) des 39 Esa étudiés (soit 468 mois) est de 89. Ainsi, en moyenne 89 séances ont été effectuées par Esa et par mois dans les Hauts-de-France (contre 85 en 2016).

Le rapport entre le nombre de séances réalisées (41 682) et la file active (3 929 personnes prises en charge par 39 Esa) est de 10,6. Ainsi, une personne prise en charge par les Esa de la région a bénéficié en moyenne d'environ 10 séances. En 2017, le nombre de séances par prise en charge/personne est stable par rapport à l'année précédente (en 2016, il a été de 10,9 séances par prise en charge/personne).

Au niveau départemental, le nombre de séances par prise en charge/personne est plus élevé dans l'Aisne (11,4). Les départements du Pas-de-Calais (10,4), de la Somme (10,4), du Nord (10,6) et de l'Oise (10,8) sont assez proches.

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 11. L'analyse par Esa du rapport nombre de séances par prise en charge met en relief des variations importantes par rapport à l'intervalle de 12 à 15 séances défini par le cahier des charges. Ainsi, le plus faible nombre de séances par prise en charge (9) est noté pour les 5 Esa de Fourmies, Caudry, Senlis, Airaines et Bully-les-Mines. Le nombre le plus élevé (13) se retrouve dans l'Esa de Compiègne.

Séances réalisées par les Esa en 2017 – Données départementales*

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Nombre de séances 2016	2 678	18 646	3 325	11 254	3 808	39 711
Nombre de séances 2017	3 437	19 028	4 556	10 871	3 790	41 682
File active 2017	302	1 800	422	1 041	364	3 929
Nombre de séances par personne prise en charge en 2017	11,4	10,6	10,8	10,4	10,4	10,6

Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

* Un Esa du Pas-de-Calais a dû être retiré car l'item nombre de séances 2017 était mal rempli. Les indicateurs sont donc calculés sur 39 Esa.

L'enquête a également questionné le nombre de patients ayant bénéficié d'une part, des prises en charge très courtes (4 séances ou moins) et d'autre part, des prises en charge très longues (16 séances et plus).

Parmi les 38 questionnaires (soit 40 Esa étudiées – 2 équipes pour 2 Esa), 35 déclarent des patients ayant bénéficié de 4 séances ou moins et 14 déclarent des patients ayant bénéficié de plus de 15 séances. Ainsi, pour les Esa de la région, en 2017 (comme en 2016), 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).

Seules 2 Esa déclarent ne pas avoir eu des patients ayant bénéficié à la fois de 4 séances ou moins et de plus de 15 séances.

Globalement, 78,8 % des patients des Esa de la région bénéficient de 10 à 15 séances (8,4 % de 4 séances ou moins, 8,0 % des 5 à 9 séances et 4,8 % des 16 séances ou plus). Deux structures ont de fortes proportions de prises en charge longues (plus de 15 séances) : 52,9 % à l'Esa du Nouvion-en-Thiérache et 69,7 % à l'Esa de Linselles (deux équipes).

Durée moyenne de prise en charge (en semaines)

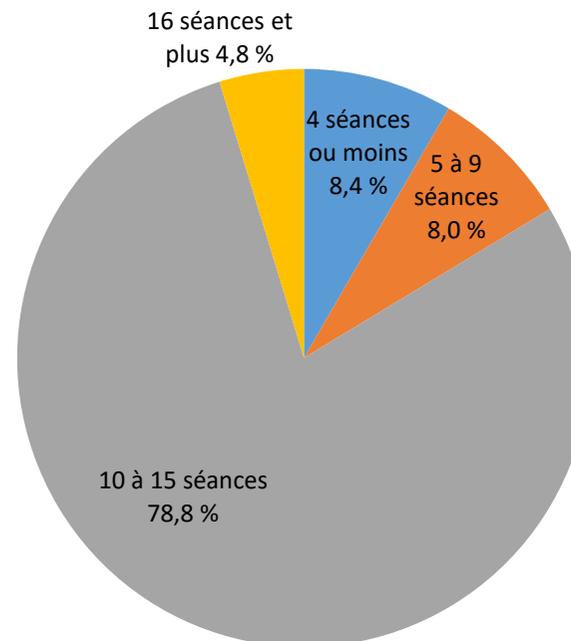
Le cahier des charges prévoit que la prestation par l'Esa soit réalisée hebdomadairement et dure au maximum 3 mois, soit 13 à 14 semaines.

Au niveau régional, la durée moyenne de prise en charge par les Esa est de 15 semaines, soit légèrement au-dessus de ce qu'est prévu par le cahier des charges. On note une prise en charge d'une durée moyenne de 15 semaines rapportée à environ 10 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 3 Esa du Nord (Linselles, 2 équipes), de la Somme (Airaines) et de l'Oise (Senlis). À l'inverse, la durée la plus longue se retrouve dans les deux autres départements de la région : 21 semaines, dans l'Esa de Carvin (Pas-de-Calais) et dans celui du Nouvion-en-Thiérache (Aisne).

En 2017, la majeure partie des Esa déclare une durée de prise en charge moyenne de 12 et de 15 semaines (66 % des structures). Aucune Esa ne déclare des durées de prise en charge moyennes très courtes (moins de 11 semaines) ou très longues (plus de 21 semaines).

Répartition des patients selon le nombre de séances effectuées en 2017

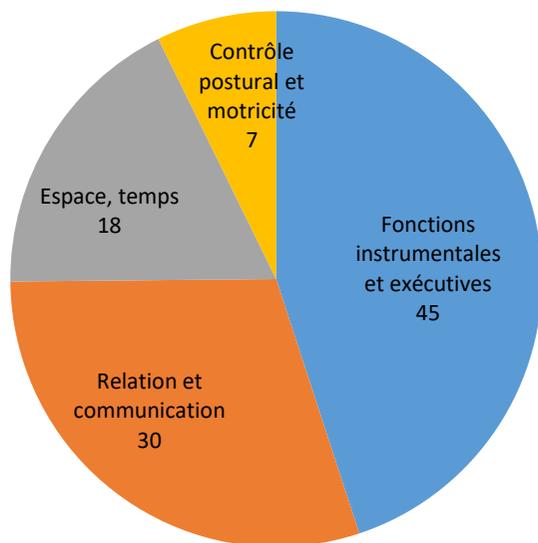


Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

Objectif de séances réalisées

En 2017, 45 % des séances réalisées ont eu comme objectif l'amélioration des fonctions instrumentales et exécutives, 30 % la relation et la communication, 18 % l'espace et le temps et 7 % le contrôle postural et la motricité. Les mêmes tendances ont été observées en 2016.

Répartition des séances selon l'objectif fixé à la prescription en 2017 (en %)

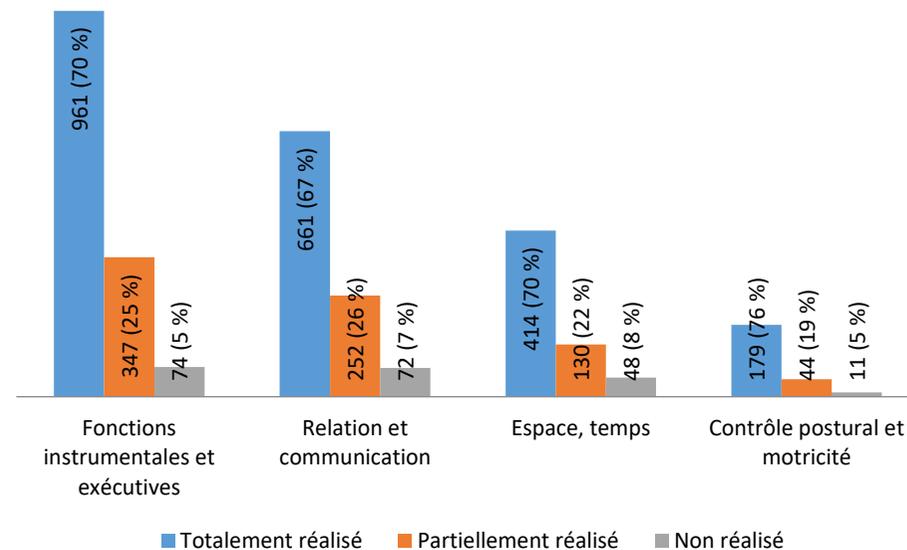


Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

Niveau de réalisation des séances réalisées

Quel que soit l'objectif de prise en charge fixé au moment de la prescription, le niveau déclaré de réalisation est proportionnellement le même, soit de 67 % à 76 % totalement réalisé, de 19 % à 26 % partiellement réalisé et de 5 % à 8 % non-réalisé. Les mêmes tendances ont été observées en 2016.

Répartition des séances réalisées selon l'objectif fixé à la prescription et le niveau de réalisation en 2017



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des 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 gériatrie (1,5 ETP, soit 55 %).

Les 40 Esa étudiées cumulent un effectif de 111,14 ETP dont 10,8 % est occupé par des infirmiers coordinateurs, 22,0 % par des ergothérapeutes, 10,8 % par des psychomotriciens, 54,0 % par des assistants de soins en gériatrie et enfin, 2,4 % par des aides-soignants/aides médico-psychologiques.

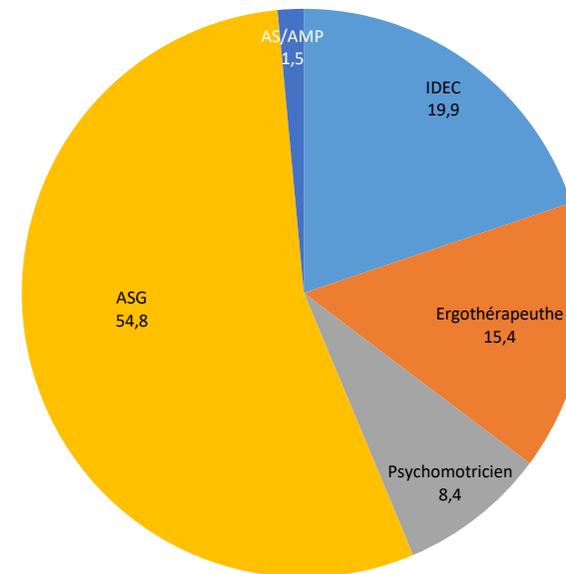
En termes d'effectif de personnes, les 39 Esa ayant remplis cet item cumulent 202 personnes, dont 111 assistants de soins en gériatrie, 40 infirmiers coordinateurs, 31 ergothérapeutes, 17 psychomotriciens et 3 aides-soignants/aides médico-psychologiques.

Au niveau régional, une Esa comprend en moyenne 5 à 6 personnes (5,2) pour un effectif ETP total de 2,78 (dont 0,30 ETP d'IDE coordonnateur, 0,61 ETP d'ergothérapeute, 0,30 ETP de psychomotricien, 1,50 ETP d'ASG et 0,07 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 légèrement plus important dans la Somme (2,89 ETP), le Nord (2,83 ETP) et le Pas-de-Calais (2,83 ETP) et moins important dans l'Aisne (2,36 ETP).

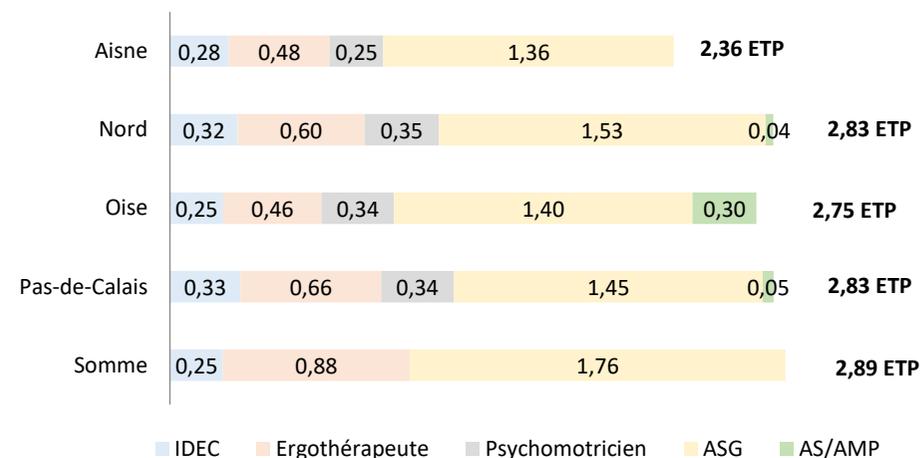
Dans la Somme, aucune des 4 Esa ne dispose d'un psychomotricien. Sept Esa disposent à la fois d'un ergothérapeute et d'un psychomotricien dont 5 dans le Nord (deux porteurs ont chacun 2 équipes), 1 dans le Pas-de-Calais et 1 dans l'Oise. Les Esa de la Somme, l'Oise et l'Aisne ne comptent aucun AS/AMP.

Répartition des professionnels en Esa en 2017



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

Répartition d'ETP moyen par Esa, par type de professionnels et par départements en 2017



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2017 des Esa

Frais de déplacement

L'effectif étudié pour cet item est de 33 questionnaires (35 Esa), 4 ne l'ayant pas renseigné et 1 mal renseigné. Ces 33 questionnaires des 35 Esa cumulent un montant de 304 097 euros en frais de déplacement, avec un minimum de 801 euros et un maximum de 42 000 euros. En moyenne, en 2017, le montant de frais de déplacement s'élève à 8 688 euros par Esa, ce qui correspond à une augmentation par rapport à 2016 de 26 % (6 898 euros par Esa).

Rapporté au nombre total de séances réalisées par ces 35 Esa ayant renseigné l'item des frais de déplacement (42 575 séances), il résulte pour l'année 2017 un coût moyen en frais de déplacement de 7,14 euros par séance.

Synthèse des commentaires

27 Esa sur 40 (38 questionnaires car 2 Esa ont chacune 2 équipes) ont renseigné la rubrique des commentaires généraux libres.

Les observations les plus fréquentes concernent :

- les items du questionnaire du bilan qui ne sont pas adaptés à la pratique clinique (un groupe de travail s'est constitué pour faire des propositions) ;
- une inadéquation du critère MMSE <15 avec certaines personnes prises en charge (pour certaines pathologies autres que Alzheimer, ce seuil n'est pas adapté) : besoin de flexibilité sur ce critère. Par ailleurs, il n'est pas toujours représentatif des capacités de la personne (variable selon le niveau d'études, selon l'état du jour de la personne...) et il est parfois infaisable en début de prise en charge car la personne est angoissée ou ne souhaite pas le passer... ;
- un délai de prise en charge de 3 mois difficile à respecter, d'autant plus avec 15 séances à honorer ;
- une insuffisance du nombre de séances prévu par prise en charge (maximum 15) ;
- un besoin pour chaque structure d'adapter la composition de l'équipe selon ses besoins spécifiques, en respectant le budget alloué ;
- la nécessité d'avoir une liste des pathologies dites apparentées afin de faciliter le travail des ASG pour leurs interventions en fonction des pathologies ;
- une difficulté de recrutement, en particulier lors des remplacements pour congés annuels ou arrêts maladie ;
- une montée en charge de l'activité (renouvellement et nouveaux dossiers) impactant sur un allongement de la liste d'attente et sur le besoin de renforcer l'équipe et le nombre de places autorisées ;
- un temps infirmier qui semble parfois être surtout administratif ;
- des déplacements qui font perdre beaucoup de temps en secteur rural ;
- un manque de communication avec les prescripteurs : ces derniers ne donnent pas toujours d'information concernant les quatre axes, donc difficulté à remplir l'item ;
- une communication à faire autour de l'Esa et de ses missions sur les territoires, mais cela prend beaucoup de temps ;
- un coût des relais proposés après l'intervention de l'Esa freinant certains patients.

Conclusion

Par rapport à 2016, l'enquête d'activité 2017 des 40 Esa met en évidence une augmentation de la file active de 12 % et du nombre de séances de 5 %), ainsi qu'une importante augmentation de la part des prescripteurs des consultations mémoire (16,9 %) et des médecins spécialistes libéraux (8,6 %).

Des Esa font remarquer une augmentation importante des demandes de prise en charge, une insuffisance du personnel et des difficultés de recrutement.

Dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, le déploiement de 27 Esa en ex-Nord-Pas-de-Calais et de 13 Esa en ex-Picardie est accompli.

Toutefois, les départements de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme ne disposent pas d'une couverture complète en Esa. La mesure 22 du PNMD 2014-2019 visant un maillage territorial complet en Esa, une réflexion a été menée afin d'assurer une meilleure équité inter-Esa de la population âgée couverte ainsi qu'une couverture complète dans ces trois départements. En 2018, les territoires d'intervention ont été revus avec les Esa afin d'éliminer les doublons et de couvrir les zones blanches.

Deux appels à candidature ont été lancés dans l'Aisne et dans la Somme afin de créer deux nouvelles Esa qui finaliseront la couverture régionale. Des Esa ont été renforcées afin d'assurer une meilleure équité des moyens des différents Esa au regard de la population couverte.

Également dans le cadre du Plan PMND 2014-2019, 40 places pourront être déployées sous critère populationnel afin de renforcer des Esa du Nord et du Pas-de-Calais dont le territoire est déjà intégralement couvert par une Esa.



Annexes

Sigles

Aggir	Autonomie gérontologie groupe iso ressources	CSG	Court séjour gériatrique
Ahnac	Association hospitalière Nord Artois clinique	DGAS	Direction générale de l'action sociale
AJ	Accueil de jour	DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
AMP	Aide médico-psychologique	DIU	Diplôme inter-universitaire
ANCV	Agence nationale pour les chèques-vacances	DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris	DOMS	Direction de l'Offre Médico-Sociale
ARC	Attaché de recherche clinique	DSS	Direction de la Sécurité sociale
ARS	Agence régionale de santé	DST	Direction de la stratégie et des territoires
AS	Aide-soignante	Ehpa	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
ASG	Assistant de soins en gérontologie	EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ASH	Agent des services hospitaliers	EMG	Équipes Mobiles de Gériatrie
ASHQ	Agent des services hospitaliers qualifiés	EMPG	Équipe mobile de psycho-gériatrie
AVC	Accident vasculaire cérébral	EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
BNA	Base de données nationale française Alzheimer	Esad	Équipes spécialisées Alzheimer à domicile
CCAS	Centre communal d'action sociale	ETP	Équivalent temps plein
CESF	Conseillère en économie sociale et familiale	FIR	Fonds d'intervention régional
CGAS	Centre gériatrie accueil spécialisé	GCMS	Groupement de coopération médico-sociale
CHAM	Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	GCS	Groupement de coopération sanitaire
CH	Centre hospitalier	GHICL	Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
CHG	Centre hospitalier gériatrique	GHLH	Groupe hospitalier Loos Haubourdin
CHI	Centre hospitalier intercommunal	GHPA	Groupe hospitalier privé du Littoral-pôle Artois
CHICN	Centre hospitalier intercommunal Compiègne-Noyon	GHPSO	Groupe hospitalier public Sud Oise
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire	GHSC	Groupe hospitalier de Seclin-Carvin
CHU	Centre hospitalier universitaire	G-Sep	Groupe septentrional d'études et de recherche sur la sclérose en plaques
Cima	Corpus d'information minimal sur la maladie d'Alzheimer	HAD	Hospitalisation à domicile
Clic	Centre local d'information et de coordination	HJ	Hôpital de jour
CM2R	Centre mémoire de ressources et de recherche	HM	Hôpital maritime
CMP	Centre médico-psychologique	HT	Hébergement temporaire
CMRT	Centre mémoire référent de territoire		
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie		

IDE	Infirmière diplômée d'État	Saad	Service d'aide à domicile
IDEC	Infirmière diplômée d'État coordinatrice	SAS	Sociétés par actions simplifiées
Ifsi	Institut de sensibilisation en soins infirmiers	SIAD	Service intervenant au domicile
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques	Sivom	Syndicat intercommunal à vocations multiples
IRM	Imagerie par résonance magnétique	SLD	Soins de longue durée
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie	Spasad	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
MCI	<i>Mild Cognitive Impairment</i> (troubles cognitifs légers)	Ssiad	Service de soins infirmiers à domicile
MSA	Mutualité sociale agricole	SSRG	Soins de suite et de réadaptation gériatrique
NR	Non réponse	STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
ND	Non disponible	TEC	Technicien d'étude clinique
OR2S	Observatoire régional de la santé et du social	UCC	Unité cognitivo-comportementale
Paerpa	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie	Udaf	Union départementale des associations familiales
Pasa	Pôle d'activités et de soins adaptés	UGSS	Unité gériatrique de soins de suite
PFR	Plateforme d'accompagnement et de répit	UHR	Unité d'hébergement renforcée
PMND	Plan maladies neuro-dégénératives	USLD	Unité de soins de longue durée
RP	Recensement de la population		

Tableaux de résultats

EMG

Lieux d'intervention des EMG en 2017 – Données par département

	Service de médecine	Service de chirurgie	Urgences	Autres lieux	Total
Aisne	50 %	14 %	28 %	8 %	100 %
Nord	38 %	13 %	45 %	5 %	100 %
Oise	42 %	20 %	28 %	10 %	100 %
Pas-de-Calais	24 %	12 %	62 %	2 %	100 %
Somme	48 %	31 %	9 %	12 %	100 %
Hauts-de-France	37 %	15 %	43 %	5 %	100 %

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Le personnel dédié à l'activité intrahospitalière (en nombre d'ETP) - Données par territoire

	Gériatre	Autre médecin	IDE	Assistante Sociale	Secrétaire	Psychologue	Ergothérapeute	Diététicien	Psychomotricien
Aisne-Nord	0,8	0	1	0	0	0	0	0	0
Aisne-Centre	0,6	0	2	0,6	0,1	1,1	0	0	0
Aisne-Sud	0,5	0,2	1,2	0,5	0	0	0	0	0
Cambrésis	0,7	0	1,23	0	0	0	0	0	0
Douaisis	1	0	1,8	0,4	0,5	0,2	0,2	0	0
Dunkerquois	1,3	0	1,3	0	0	0	0	0	0
Flandre Intérieure	1	0	0,9	0,3	0	0,56	0	0	0
Lille	3,6	0	3,2	0,5	1	0	0	0	0
Roubaix - Tourcoing	2	0	3,8	1,5	1,5	1	0	0	0
Sambre Avesnois	0,7	0	1,1	0,25	0,3	0,1	0,2	0	0
Valenciennois	2,5	0	2,2	1,8	0,7	0	1,2	0	0
Oise-Ouest	0,2	0	1	0	0,4	0	0	0	0
Oise-Est	1,3	0	0	1	0,5	0,5	0	0	0
Arrageois	0,4	0,2	1,8	0	1	0,5	0,5	0,4	0
Audomarois	1	0	0,8	0	0,3	0	0	0	0
Béthune - Bruay	0,5	0	0,5	0,4	0,3	0	0	0	0
Boulonnais	0,5	0	2	0,5	0,4	0	0	0	0
Calaisis	0,5	0	1,6	0,5	0,2	0	0	0	0
Lens - Hénin	1,4	0	2,8	0	0,1	0	0	0	0
Montreuillois	0,4	0	1	0,1	0,2	0	0	0,1	0
Somme-Ouest	1	0	1,17	1	0,5	0	0	0	0
Somme-Centre	0,7	0	1	0	0	0	0	0	0
Somme-Est	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hauts-de-France	22,6	0,4	33,4	9,4	8,0	4,0	2,1	0,5	0

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Le personnel dédié à l'activité intrahospitalière (en nombre d'ETP) - Données par département

	Gériatre	Autre médecin	IDE	Assistante Sociale	Secrétaire	Psychologue	Ergothérapeute	Diététicien	Psychomotricien
Aisne	1,9	0,2	4,2	1,1	0,1	1,1	0	0	0
Nord	12,8	0	15,53	4,75	4	1,86	1,6	0	0
Oise	1,5	0	1	1	0,9	0,5	0	0	0
Pas-de-Calais	4,7	0,2	10,5	1,5	2,5	0,5	0,5	0,5	0
Somme	1,7	0	2,17	1	0,5	0	0	0	0
Hauts-de-France	22,6	0,4	33,4	9,4	8,0	4,0	2,1	0,5	0

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR25

Capacité et activité des SSRG en 2016 - 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	49 444	242	49	81 494	1 648
Nord	198 105	1 241	63	387 160	1 954
Oise	58 896	514	87	167 327	2 841
Pas-de-Calais	122 645	487	40	166 542	1 358
Somme	50 991	157	31	58 580	1 149
Hauts-de-France	480 081	2 641	55	861 103	1 794

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Modes d'entrée en SSRG – Données départementales

	Admissions directes	Mutations d'un CSG	Autres mutations	Total entrées
Aisne	12 %	53 %	35 %	100 %
Nord	18 %	51 %	31 %	100 %
Oise	40 %	33 %	26 %	100 %
Pas-de-Calais	5 %	67 %	29 %	100 %
Somme	6 %	32 %	62 %	100 %
Hauts-de-France	19 %	48 %	32 %	100 %

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Champ : Modes d'entrée rapportés par 59 SSRG (sur 68 interrogés)

Mode de sortie en SSRG – Données départementales

	Domicile	USLD	Autres transferts sanitaires	Établissements médico-sociaux	Décès	Total sorties
Aisne	57 %	4 %	19 %	11 %	9 %	100 %
Nord	64 %	3 %	14 %	12 %	8 %	100 %
Oise	62 %	6 %	14 %	11 %	7 %	100 %
Pas-de-Calais	68 %	4 %	10 %	10 %	8 %	100 %
Somme	54 %	8 %	11 %	19 %	8 %	100 %
Hauts-de-France	63 %	4 %	14 %	12 %	8 %	100 %

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Champ : Modes de sortie rapportés par 59 SSRG (sur 68 interrogés)

USLD

Personnel des USLD en 2017 (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	240	18,5	0,2	0,2	4,3	2,5	9,7	0,1	1,4
Nord	961	16,3	0,3	0,0	3,0	2,3	8,6	0,1	2,0
Oise	668	17,1	0,3	0,1	2,9	2,5	8,7	0,1	2,5
Pas-de-Calais	588	16,6	0,3	0,1	3,4	2,7	8,6	0,1	1,5
Somme	478	17,7	0,3	0,0	3,4	2,6	8,1	0,1	3,2
Hauts-de-France	2 935	17,0	0,3	0,1	3,2	2,5	8,6	0,1	2,1

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - SAE - Traitement OR2S

Champ : données portant les 51 USLD interrogées

Personnel des USLD en 2017 (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	84	17,4	0,3	0,3	5,4	3,2	7,6	0,0	0,6
Aisne - Nord	106	18,7	0,3	0,2	3,3	3,2	11,2	0,2	0,4
Aisne - Sud	50	19,9	0,1	0,0	4,5	0,0	10,4	0,0	5,0
Cambrésis	58	12,5	0,2	0,0	3,2	2,4	6,4	0,0	0,2
Douaisis	75	20,0	0,3	0,0	2,8	3,4	12,4	0,2	1,0
Dunkerquois	80	14,1	0,3	0,0	2,4	2,3	8,2	0,3	0,7
Flandre intérieure	60	19,6	0,3	0,0	3,9	5,3	9,1	0,3	0,8
Lille	240	15,2	0,2	0,0	2,4	1,4	7,8	0,0	3,4
Roubaix - Tourcoing	180	17,1	0,4	0,0	3,4	2,0	10,1	0,0	1,1
Sambre Avesnois	100	16,7	0,5	0,0	3,0	3,2	8,2	0,4	1,5
Valenciennois	168	16,4	0,3	0,1	3,3	2,0	7,6	0,1	3,2
Oise - Est	289	16,8	0,4	0,0	3,0	4,1	7,8	0,1	1,3
Oise - Ouest	379	17,3	0,2	0,2	2,8	1,2	9,3	0,1	3,5
Arrageois	140	13,3	0,2	0,2	2,5	0,0	9,2	0,1	1,2
Audomarois	80	16,7	0,3	0,0	3,9	3,1	8,9	0,1	0,6
Béthune - Bruay	100	15,6	0,4	0,1	2,8	3,0	7,0	0,2	2,1
Boulonnais	60	18,2	0,2	0,0	2,6	4,3	10,0	0,3	0,8
Calaisis	30	18,6	0,2	0,0	2,5	5,3	8,7	0,0	1,8
Lens - Hénin	148	19,3	0,3	0,1	4,7	3,7	8,3	0,2	2,0
Montreuillois	30	17,4	0,3	0,0	4,8	2,7	8,3	0,0	1,2
Somme - Centre	320	17,4	0,2	0,1	3,6	2,5	8,3	0,0	2,7
Somme - Est	60	15,1	0,7	0,0	2,8	0,5	8,4	0,2	2,4
Somme - Ouest	98	20,4	0,3	0,0	3,0	4,0	7,4	0,1	5,5
Hauts-de-France	2935	17,0	0,3	0,1	3,2	2,5	8,6	0,1	2,1

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - SAE - Traitement OR2S

Champ : données portant sur les 51 USLD interrogées

UHR

Personnel réservé aux soins en UHR en 2017 (en ETP)

	Total	IDEC	Ergothérapeute Psychomotricien	ASG	AS / AMP (en cours de formation ASG)	AS / AMP (non formés ASG)	Médecin coordonnateur	Psychologue	Autre(s) personnel(s) non financé(s) dans le cadre de l'UHR	Autres (précisions)
CH de Saint-Quentin	17,0			6,0	6,0			0,5	4,5	2,5 ASH et 2 IDE
CH de Château-Thierry	8,6	0,17		2,0		4,2	0,05		2,1	2 IDE et 0,1 psychiatre
Polyclinique de Grande Synthe	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Hazebrouck	6,6		0,2	5,5			0,2	0,2	0,5	0,5 IDE
CHRU de Lille	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Centre Féron Vrau	4,2	0,1	0,3	3,5			0,1	0,2		
CH de Seclin	0,6						0,2		0,4	0,4 cadre de santé
GHLH	9,6	3,0	0,2	4,41		1,19	0,25		0,5	0,3 cadre de santé et 0,2 kinésithérapeute
CH de Tourcoing	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	
CH de Douai	1,6		0,25	1,0			0,25	0,1		
CH de Valenciennes	16,8	2,0	0,75	6,0		7,87	0,2			
CH Le Cateau-Cambrésis	11,3	0,2	0,2	7,0	3,0	0,65	0,2			
CH de Beauvais	12,1	3,5	0,4	3,5		4,55	0,1			
CHI Compiègne-Noyon	12,1	3,2		1,0		7,42	0,2		0,3	0,3 cadre de santé
CH de Boulogne	14,3	1,0		7,5	5,6		0,2			
CH de Calais	6,7	2,0	0,2		4,5					
CH de Béthune	7,3	1,1	0,5	3,0		2,53	0,2			
CH de Lens	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	
CH d'Arras	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	
CH du Ternois	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	
EHPAD Bully-les-Mines	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	
CHI Baie de Somme	9,8	0,1	0,1	1,0	1,0	7,5		0,1		
Hauts-de-France	138,5	16,4	3,1	51,4	20,1	35,9	2,2	1,1	8,3	

Champ : 16 UHR répondantes

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR25

Personnel réservé à la dépendance en UHR en 2017 (en ETP)

	Total	IDEC	Ergothérapeute Psychomotricien	ASG	AS / AMP (en cours de formation ASG)	AS / AMP (non formés ASG)	Médecin coordonnateur	Psychologue	Autre(s) personnel(s) non financé(s) dans le cadre de l'UHR	Autres (précisions)
CH de Saint-Quentin										
CH de Château-Thierry	5,3					1,8		0,5	3,0	1 animateur et 2 ASH
Polyclinique de Grande Synthe	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Hazebrouck										
CHRU de Lille	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Centre Féron Vrau										
CH de Seclin										
GHLH	2,6			1,89		0,51		0,2		
CH de Tourcoing										
CH de Douai										
CH de Valenciennes	3,87					3,37		0,5		
CH Le Cateau-Cambrésis	12,45			7,0	3,0	0,65		0,2	1,6	0,1 administratif et 1,5 ASH
CH de Beauvais	2,05					1,95		0,1		
CHI Compiègne-Noyon	4,33					3,18		0,25	0,9	ASH
CH de Boulogne	5,4			1,5	2,4			0,5	1,0	
CH de Calais										
CH de Béthune	1,37					1,27		0,1		
CH de Lens	41,0	1,0			38,8		1,2			
CH d'Arras	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH du Ternois	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
EHPAD Bully-les-Mines	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CHI Baie de Somme										
Hauts-de-France	78,4	1,0	0,0	10,39	44,2	12,73	1,2	2,35	6,5	

Champ : 10 UHR répondantes

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Consultations mémoire

La file active des consultations mémoire - Données par établissement

	File active B (tous les patients)	File active C (nouveaux patients)	Nombre moyen d'actes par patient	Part de femmes parmi les patients	Part de patients résidant à plus de 50 km
CH Saint Quentin	677	244	1,7	66 %	0 %
CH Laon	347	174	2,7	61 %	6 %
CH Soissons	489	226	1,6	63 %	0 %
CH Château-Thierry	NR	NR	NR	NR	NR
CM2R - Bailleul	531	158	1,9	64 %	16 %
CHRU - CM2R Salengro	3 099	926	1,7	56 %	18 %
CHRU - CM2R Les Bateliers	666	246	1,2	72 %	2 %
CH Seclin	772	316	1,5	72 %	0 %
GHICL - Lomme	498	328	1,2	53 %	7 %
CH Tourcoing	585	275	1,5	68 %	1 %
CH Roubaix	599	226	1,5	69 %	0 %
CH Cambrai	261	149	1,5	68 %	3 %
CH Douai	342	157	1,3	69 %	0 %
CH Dunkerque	437	249	1,3	62 %	0 %
CH Sambre Avesnois	396	219	1,1	59 %	1 %
CH Le Quesnoy	692	172	1,4	68 %	2 %
CH Valenciennes	1 173	564	1,3	68 %	1 %
CH Beauvais	1 056	425	1,7	63 %	1 %
GHPSO Senlis et Creil	1 053	409	3,0	61 %	13 %
CHI Compiègne-Noyon	730	319	3,2	63 %	1 %
Fondation Hopale Berck-sur-Mer	277	153	1,3	57 %	5 %
CH Béthune	1 070	317	1,5	69 %	1 %
CH Arras	496	356	1,3	61 %	3 %
CHR Saint-Omer	586	219	1,3	64 %	1 %
CH Boulogne-sur-Mer	322	230	1,0	55 %	2 %
CH Calais	387	138	1,2	57 %	3 %
CH Lens	1 111	531	1,1	67 %	1 %
CH Abbeville	771	338	1,7	67 %	1 %
CM2R - CHU Amiens	2 161	1 018	2,1	54 %	16 %
Hauts-de-France	21 584	9 082	1,8	63 %	6 %

Source : BNA, ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

La file active des consultations mémoire - Données par département

	File active B (tous les patients)	File active C (nouveaux patients)	Nombre moyen d'actes par patient	Part de femmes parmi les patients	Part de patients résidant à plus de 50 km
Aisne	1 513	644	1,9	64 %	2 %
Nord	10 051	3 985	1,5	63 %	7 %
Oise	2 839	1 153	2,6	62 %	5 %
Pas-de-Calais	4 249	1 944	1,3	64 %	1 %
Somme	2 932	1 356	2,0	58 %	12 %
Hauts-de-France	21 584	9 082	1,8	63 %	6 %

Source : BNA, ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Mode d'entrée des patients en consultations mémoire - Données par département

	Médecin généraliste	Neurologue	Gériatre	Psychiatre	Autres spécialistes	Direct	Service hospitalier (y.c. urgences)	EHPAD	Centre mémoire - CMRR	Autres services (social, Clic, MAIA)	Ensemble
Aisne	58 %	4 %	15 %	2 %	6 %	4 %	6 %	5 %	0 %	0 %	100%
Nord	51 %	17 %	13 %	2 %	5 %	6 %	4 %	0 %	1 %	1 %	100%
Oise	68 %	6 %	10 %	1 %	3 %	3 %	8 %	2 %	0 %	0 %	100%
Pas-de-Calais	70 %	15 %	5 %	1 %	2 %	3 %	2 %	1 %	0 %	0 %	100%
Somme	45 %	9 %	10 %	2 %	10 %	1 %	19 %	1 %	2 %	0 %	100%
Hauts-de-France	57 %	13 %	11 %	2 %	5 %	4 %	7 %	1 %	1 %	0 %	100%

Source : BNA, ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Ressources humaines des consultations mémoire - Données par établissement

	Gériatre	Neurologue	Psychiatre	Psychologue	Orthophoniste	Kiné	AS	Secrétaire	IDE	ARC	TEC	Autre	Total
CH Saint Quentin	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	3,0
CH Laon	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH Soissons	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
CH Château-Thierry	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CM2R - Bailleul	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	2,0
CHRU - CM2R Salengro	1,0	4,0	1,0	6,0	1,0	0,0	1,0	4,0	3,0	3,0	2,0	0,0	26,0
CHRU - CM2R Les Bateliers	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	3,0
CH Seclin	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
GHICL	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	3,0
CH Tourcoing	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	5,0
CH Roubaix	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,0	0,0	0,0	0,0	5,0
CH Cambrai	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
CH Douai	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
CH Dunkerque	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
CH Sambre Avesnois	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
CH Le Quesnoy	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	3,0
CH Valenciennes	1,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
CH Beauvais	1,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0
GHPSO Senlis et Creil	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CHI Compiègne-Noyon	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Fondation Hopale Berck-sur-Mer	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
CH Béthune	0,0	1,0	0,0	2,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0	7,0
CH Arras	1,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	6,0
CHRISO	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
CH Boulogne-sur-Mer	0,0	1,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
CH Calais	1,0	1,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0
CH Lens	1,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	4,0
CH Abbeville	3,0	1,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,0
CM2R - CHU Amiens	1,0	1,0	0,0	3,0	1,0	0,0	1,0	1,0	2,0	0,0	1,0	0,0	11,0
Hauts-de-France	17,0	12,0	1,0	39,0	3,0	0,0	4,0	20,0	15,0	3,0	3,0	1,0	118,0

Source : BNA, ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Kiné : kinésithérapeute, AS : assistante sociale, IDE : infirmier diplômé d'État, ARC : attaché de recherche clinique, TEC : technicien d'étude clinique

UCC

Activité des UCC en 2017 - Données par établissement

Département	Territoire	Établissement	Nombre de lits	Nombre total de séjours (lits et places)	Nombre de journées de + de 24 h	DMS
Aisne	Aisne-Sud	La Renaissance sanitaire	15	119	4 958	42
Nord	Douaisis	Clinique Saint Roch - Marchiennes	12	118	6 584	56
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	10	81	3 422	42
Nord	Flandre Intérieure	EPSM Bailleul	15	165	4 471	29
Nord	Lille	CHRU de Lille	12	ND	4 083	44
Nord	Lille	CH de Seclin	12	70	4 083	77
Nord	Lille	Groupement hospitalier Loos Haubourdin	10	77	3 368	50
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	12	153	4 452	33
Nord	Sambre Avesnois	CH de Hautmont	20	219	6 728	31
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	10	58	1 429	27
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	14	133	4 742	43
Pas-de-Calais	Lens-Hénin	Polyclinique de Riaumont (Anhac)	12	138	137	35
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	9	54	2 154	ND
Somme	Somme-Centre	CHU Amiens	10	31	ND	23
Hauts-de-France			173	1 416	50 611	39

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Activité des UCC en 2017 - Données départementales

	Nombre de lits	Nombre total de séjours (lits et places)	Nombre de journées de + de 24 h	DMS
Aisne	15	119	4 958	42
Nord	103	883	37 191	41
Oise	0	0	0	0
Pas-de-Calais	45	383	8 462	37
Somme	10	31	ND	23
Hauts-de-France	173	1 416	50 611	39

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Répartition des modes d'entrée et mode de sortie en UCC - 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	La Renaissance sanitaire	55 %	45 %	0 %	50 %	0 %	11 %	35 %	4 %	0 %
Nord	Douaisis	Clinique Saint Roch - Marchiennes	25 %	51 %	25 %	40 %	1 %	3 %	54 %	2 %	0 %
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	48 %	44 %	9 %	55 %	25 %	14 %	0 %	5 %	0 %
Nord	Flandre Intérieure	EPSM Bailleul	75 %	1 %	24 %	57 %	1 %	15 %	28 %	0 %	0 %
Nord	Lille	CHRU de Lille	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nord	Lille	CH de Seclin	41 %	57 %	1%	61 %	4 %	0 %	33 %	2 %	0 %
Nord	Lille	Groupement hospitalier Loos Haubourdin	100 %	0 %	0 %	63 %	0 %	1 %	29 %	3 %	3 %
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	46 %	53 %	1 %	62 %	1 %	9 %	20 %	2 %	5 %
Nord	Sambre Avesnois	CH de Hautmont	32 %	22 %	46 %	49 %	2 %	17 %	31 %	1 %	0 %
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	47 %	49 %	4 %	45 %	5 %	24 %	24 %	2 %	0 %
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	34 %	65 %	1 %	84 %	2 %	8 %	2 %	4 %	0 %
Pas-de-Calais	Lens-Hénin	Polyclinique de Riaumont (Anhac)	54 %	32 %	14 %	39 %	3 %	3 %	55 %	1 %	0 %
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	29 %	0 %	71 %	91 %	0 %	4 %	0 %	6 %	0 %
Somme	Somme-Centre	CHU Amiens	61 %	16 %	23 %	69 %	8 %	23 %	0 %	0 %	0 %
Hauts-de-France			49 %	35 %	16 %	57 %	3 %	10 %	27 %	2 %	1 %

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Répartition des modes d'entrée en UCC - Données départementales

	Admissions directes	Mutations d'un court séjour	Autres mutations
Aisne	55 %	45 %	0 %
Nord	49 %	30 %	20 %
Oise	0%	0 %	0 %
Pas-de-Calais	43 %	49 %	9 %
Somme	61 %	16 %	23 %
Hauts-de-France	49 %	35 %	16 %

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Répartition des modes de sortie en UCC - Données départementales

	Domicile (hors établissements médico-sociaux)	USLD	Autres transferts sanitaires	Établissements médico-sociaux	Décès	UHR
Aisne	50 %	0 %	11 %	35 %	4 %	0 %
Nord	55 %	4 %	11 %	28 %	2 %	1 %
Oise	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Pas-de-Calais	64 %	2 %	8 %	23 %	3 %	0 %
Somme	69 %	8 %	23 %	0 %	0 %	0 %
Hauts-de-France	57 %	3 %	10 %	27 %	2 %	1 %

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR2S

Le personnel en UCC - Données par établissement

Département	Territoire	Établissement	Géiatres		Autres médecins	Personnels non-médicaux (ETP)										
			ETP	nombre	ETP et qualification	aide-soignant (dont ASG)	IDE	assistant social	kinésithérapeute	diététicienne	psychologue	ergothérapeute	orthophoniste	psychomotriciens	STAPS	autre
Aisne	Aisne-Sud	La Renaissance sanitaire	0,63	1	-	5,93	5,06	0,3	0,27	0,17	0,58	0,42	0,07	0,3	-	0,18 AMP 2,98 soignants de nuit
Nord	Douaisis	Clinique Saint Roch - Marchiennes	0,5	2	-	4,5	4	0,2	1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,5	0,2	0,05 socio-esthétisme
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	1	1	0,2 psychiatre	5,83	4,22	0,3	0,35	0,1	0,22	0,05	-	0,5	0,35	2,7 : ASL, cadre, secrétaire
Nord	Flandre Intérieure	EPSM Bailleul	0,28	1	0,5 psychiatre	14,09	11,62	0,76	-	-	0,3	0,5	0,2	-	-	2,45 personnels administratifs 1,5 personnel d'encadrement
Nord	Lille	CHRU de Lille	0,5	2	-	6,6	9,6	-	-	-	0,8	0,5	-	0,5	-	2,2 ASH
Nord	Lille	CH de Seclin	0,8	1	-	8	1	0,2	0,2	-	0,1	-	-	0,1	-	0,3 cadre de santé
Nord	Lille	Groupement hospitalier Loos Haubourdin	0,5	1	-	4	2	0,2	-	-	0,1	-	-	0,5	-	2 AMP 0,3 cadre de santé 1 aide-soignant de nuit 0,8 infirmière coordinatrice
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	0,6	3	-	3,5	3,5	0,4	0,2	0,1	0,4	0,6	0,2	0,5	0,4	0,3 cadre de santé 0,1 socio-esthéticienne 1,6 ASH 0,2 secrétaire
Nord	Sambre Avesnois	CH de Hautmont	1,1	2	0,1	8,5	6,5	1	1	0,5	1	1	-	-	0,5	1 cadre de santé 1 ASH 1 AMP
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	0,6	1	-	6,02	1,27	0,5	0,4	0,2	0,5	0,5	-	1	-	0,5 neuropsychologue
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	0,2	1	-	4	-	-	-	-	-	-	-	1	-	0,5 ASH
Pas-de-Calais	Lens-Hénin	Polyclinique de Riaumont (Anhac)	0,4	1	-	7	3,5	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	0,5	1	-	6	1,5	0,15	0,5	0,15	-	0,3	-	0,5	-	0,5 neuropsychologue
Somme	Somme-Centre	CHU Amiens	-	-	-	7,73	5,64	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - Traitement OR25

Le personnel en UCC - Données par département

	Géiatres		Autres médecins	Personnels non-médicaux (ETP)										Total ETP	
	ETP	nombre	ETP et qualification	aide- soignant (dont ASG)	IDE	assistante sociale	kinésithérapeute	diététicienne	psychologue	ergothérapeute	orthophoniste	Psychoomotriciens	STAPS		autre
Aisne	0,63	1	0,0	5,93	5,06	0,3	0,27	0,17	0,58	0,42	0,07	0,3	0,0	3,16	16,89
Nord	5,28	13	0,8	55,02	42,44	3,06	2,75	0,8	3,12	2,85	0,5	2,6	1,45	18,5	139,17
Oise	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pas-de-Calais	1,7	4	0,0	23,02	6,27	0,95	0,9	0,35	0,5	0,8	0,0	2,5	0,0	1,5	38,49
Somme	0,0	0,0	0,0	7,73	5,64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,37
Hauts-de-France	7,61	18	0,8	91,7	59,41	4,31	3,92	1,32	4,2	4,07	0,57	5,40	1,45	23,16	207,92

Source : ARS - DST, DOMS 2018 - 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 2018