

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

Activités 2016



avril 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 Alain Trugeon
- l'ARS des Hauts-de-France : Brigitte Caron, Marie-Alexandra Divandary et Dr Marie-Marguerite Defebvre.



Sommaire

Avant-propos	9
Périmètre géographique.....	10
Données démographiques.....	11
Partie I : Le bilan gériatrique	13
Les filières gériatriques de la région en 2016.....	14
Filières gériatriques en 2016 - Déclarations des établissements de l’Aisne.....	15
Filières gériatriques en 2016 - Déclarations des établissements du Nord	16
Filières gériatriques en 2016 - Déclarations des établissements de l’Oise	17
Filières gériatriques en 2016 - Déclarations des établissements du Pas-de-Calais.....	18
Filières gériatriques en 2016 - Déclarations des établissements de la Somme	19
Les courts séjours gériatriques déclarés.....	20
Implantation des CSG	20
Capacité des CSG	22
Activité des CSG	24
Les séjours générés.....	24
La durée moyenne de séjour	25
Modes d’entrée et de sortie en CSG	26
Les entrées.....	26
Les sorties	27
Personnel des CSG	28
Plan de formation dans les CSG.....	30

Les équipes mobiles gériatriques intrahospitalières	31
Implantation des EMG	32
Activité des EMG intrahospitalières	34
La file active	34
Les interventions	34
Personnel dédié à l'activité intrahospitalière	35
Équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières	36
Les hôpitaux de jour gériatriques	37
Implantation des hôpitaux de jour gériatriques déclarés	37
Activité des HJ gériatriques déclarés	39
Personnel des HJ gériatriques	40
Les soins de suite et réadaptation gériatriques	42
Implantation des SSRG autorisés	42
Capacité des SSRG autorisés	45
Activité des SSRG	46
Durée moyenne de séjour en SSRG	47
Modes d'entrée et de sortie en SSRG	47
Personnel des SSRG autorisés	49
Les unités de soins longue durée	51
Implantation des USLD autorisées	51
Capacité des USLD	53
Activités des USLD autorisées	54
Personnel des USLD autorisées	54



Partie II : Bilan du Plan maladies neuro-dégénératives.....	55
Préambule	56
Les consultations mémoire.....	57
La BNA.....	57
Méthodologie	58
L’implantation des consultations mémoire en 2016	59
La file active	60
Le mode d’entrée	61
Groupe de diagnostic.....	62
Le personnel	63
Les unités cognitivo-comportementales	65
Implantation des UCC labellisées	65
Les entrées et les sorties	67
Personnel des UCC.....	69
Les unités d’hébergement renforcées.....	70
Implantation des UHR labellisées	70
La file active	72
Caractéristiques démographiques.....	72
Durée moyenne de séjour	72
État cognitif des personnes accueillies en UHR labellisées	73
Les entrées.....	74
Les sorties	75
Les activités proposées dans les UHR labellisées	76
Personnel des UHR labellisées.....	76
Les partenariats des UHR labellisées	78



Mesure n°1 : Développement et diversification des structures de répit - les plateformes d'accompagnement et de répit	79
Présentation générale	79
Implantation des PFR.....	80
Analyse des données d'activité	81
Méthodologie	81
Ouverture des PFR.....	81
File active	82
Prestations réalisées par les PFR	85
Prestations réalisées par d'autres associations.....	88
Lien avec l'accueil de jour.....	89
Personnel	89
Partenariat.....	90
Insuffisance concernant l'offre sur le territoire	90
Financement.....	91
 Mesure n°2 : Actions de formation des aidants	 92
Présentation générale	92
Méthodologie	92
État des lieux dans la région	93
Actions financées et actions réalisées par l'ARS entre 2012 et 2016.....	93
Actions de formations programmées en 2017	95
Aspects financiers	95
Analyse des données des bilans d'activité 2016	96
Les types de porteur	96
Données sur les formations.....	96
Difficultés à mobiliser les aidants	97
Les intervenants.....	99
Mobilisation des partenaires.....	99
Données concernant les aidants.....	100
Données concernant la personne aidée.....	103



Mesure n°4 : Labellisation sur tout le territoire des MAIA.....	105
Présentation générale	105
Implantation des MAIA.....	106
Type de porteurs	106
Analyse des données d'activité	107
Méthodologie	107
Table de concertation stratégique et tactique.....	107
Guichet intégré.....	109
Gestion de cas.....	111
MAIA 25	113
Difficultés rencontrées par les MAIA.....	114
 Mesure n°6 : Renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention des professionnels spécialisés : les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (Esad)	115
Présentation générale	115
État des lieux dans la région	116
Méthodologie	117
Ouverture effective des Esad	118
Porteurs des Esad	118
File active	119
File active par département	119
File active par Esad	119
File active par place autorisée	119
File active par semaine	120
Prescripteurs des séances	121
Diagnosics des patients	123
Sexe et âge moyen des patients.....	124
MMSE (<i>Mini-mental state evaluation</i>)	124
Niveau de dépendance (Gir) des patients	125
Séances réalisées.....	126
Durée moyenne de prise en charge (en semaines).....	127
Objectif de séances réalisées.....	128
Niveau de réalisation des séances réalisées.....	128
Personnel.....	129



Frais de déplacement	129
Synthèse des commentaires.....	130
Conclusion	130
Annexes	131
Sigles	131
Tableaux de résultats.....	133
EMG	133
SSRG.....	136
USLD.....	138
UHR.....	140
UCC	145



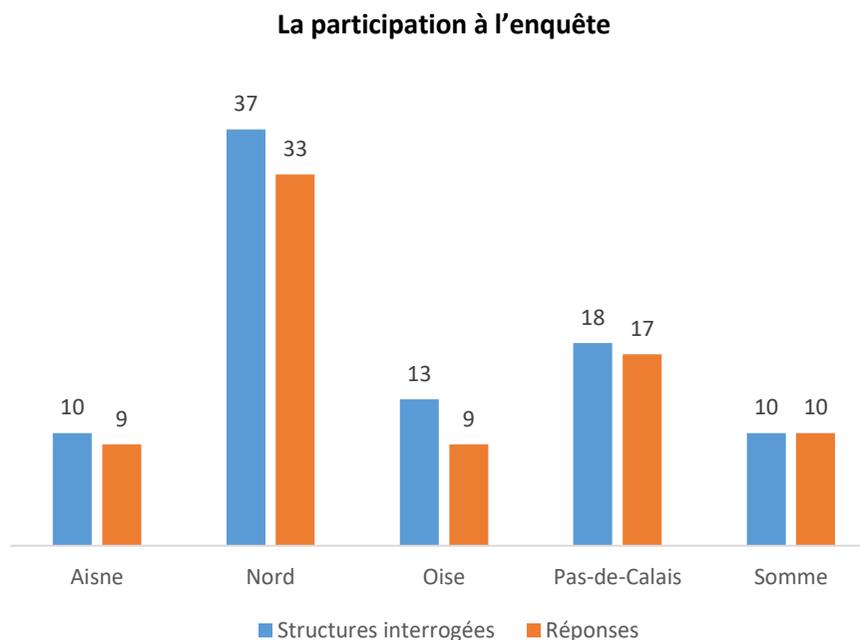
Avant-propos

Ce bilan n'a pas vocation à recenser toutes les prises en charge des personnes âgées dans la région mais les organisations spécifiques et spécialisées gériatriques au sens des textes réglementaires pour le sanitaire, ainsi que les réseaux de santé gériatriques de territoire. Des données médico-sociales sont annexées permettant de suivre le développement des mesures du plan Alzheimer 2008-2012 et du plan maladies neuro-dégénératives.

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 : départemental et infra-départemental.

Cette année, le taux de réponse de l'enquête gériatrie hospitalière est de 89 %. Il n'est pas homogène selon les départements, l'Oise affichant notamment une participation moindre que ses homologues régionaux.



Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Périmètre géographique

Les territoires



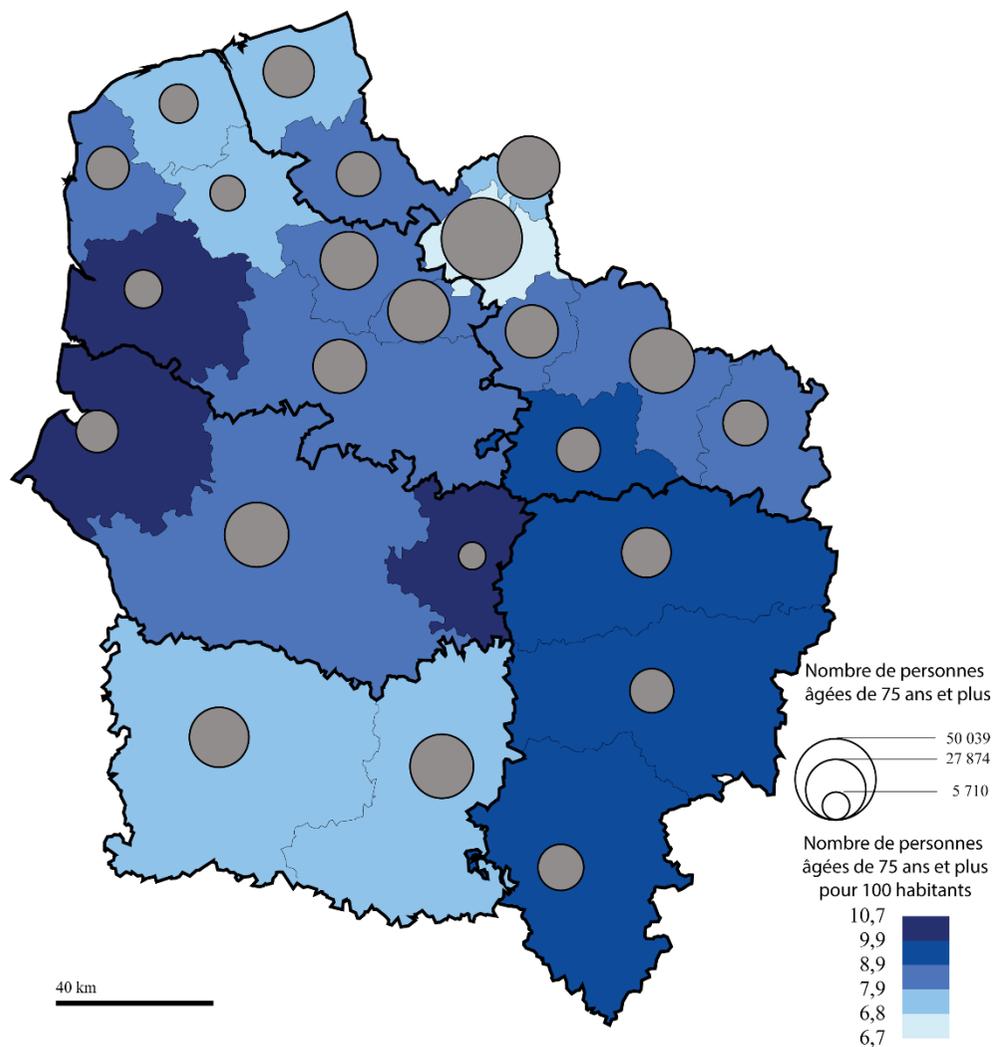
Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Les analyses sont réalisées par département et par territoire (quand cela a du sens). Dans le cadre des politiques sanitaires, le territoire Somme-Est (Péronne et ses environs) ne peut être traité isolément du fait de son poids démographique. Il est différencié du territoire 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 au territoire de Lille (Nord) et la commune de La Bassée (Nord) l'est au territoire 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 : RP2014 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	539 734	49 529	9,2
Nord	2 613 844	198 069	7,6
Oise	818 680	58 136	7,1
Pas de Calais	1 462 217	122 346	8,4
Somme	571 632	50 680	8,9
Hauts-de-France	6 006 107	478 760	8,0

Source : RP2014 Insee - Traitement OR2S

Au RP 2014, les Hauts-de-France comptent près de 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 (9,2 %).

Les territoires les plus « âgés » sont : Somme-Ouest (10,7 % de la population est âgé d'au moins 75 ans), le Montreuillois (10,0 %) et Somme-Est (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 %), Oise-Est (6,9 %), le Calaisis (6,9 %) et Oise-Ouest (7,1 %).



Partie I : Le bilan gériatrique



Les filières gériatriques de la région en 2016

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 2016 - Déclarations des établissements de l'Aisne

Territoire	Établissement	Unités et structures constituant le pôle-filière interne
Aisne-Nord	CH de Guise CH Le Nouvion-en-Thiérache CH de Saint-Quentin Maison de santé de Bohain-en-Vermandois	SSRG - USLD - Ehpad Ehpad - Pasa - AJ - HT - UHR dossier de demande de création déposé à l'ARS en décembre 2016 CSG - EMG - HJ - SSRG - USLD - UHR - Ehpad - AJ - consultation mémoire USLD - Ehpad
Aisne-Centre	CHG La Fère CH de Laon CH de Chauny	CSG - HJ - SSRG - Ehpad - Unité de psychogériatrie CSG - HJ - SSRG - Ehpad - USLD - EMG - consultation mémoire USLD - Ehpad - SSRG
Aisne-Sud	CH de Soissons CH Jeanne de Navarre (Château-Thierry) La Renaissance sanitaire (Villiers-Saint-Denis)	CSG - EMG - USLD - Ehpad - consultation mémoire CSG - EMG - UHR - consultation mémoire SSRG - UCC - AJ - PFR

Filières gériatriques en 2016 - 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 2016 - Déclarations des établissements de l'Oise

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

Filières gériatriques en 2016 - Déclarations des établissements du Pas-de-Calais

Territoire	Établissement	Unités et structures constituant le pôle-filière interne
Béthune - Bruay	GHPA (Clinique Anne d'Artois, Mahaut de Termonde) CH de Béthune Auchel - La Manaie	CSG - HJ - SSRG CSG - HJ - SSRG - USLD - Ehpad - UHR - consultation mémoire - EMG - EMPG - PFR SSRG - USLD
Arrageois	CH d'Arras CH du Ternois CH de Bapaume	CSG - HJ - SSRG - USLD - UCC - Ehpad - UHR - consultation mémoire - AJ - EMG - EMPG - Pasa SSRG - USLD - UHR - Ehpad - AJ - HT - consultation mémoire - PFR SSRG
Audomarois	CH de Saint-Omer CH Aire-sur-la-Lys	CSG - HJ - SSRG - USLD - EMG USLD
Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	CSG - HJ - SSRG - USLD - UCC - Ehpad - AJ - HT - UHR - EMG - consultation mémoire
Calaisis	CH de Calais	CSG - HJ - USLD - Ehpad - AJ - UHR - consultation mémoire - PFR
Montreuillois	Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer Hôpital maritime de Berck Clinique Les Acacias Fondation Hopale	CSG - EMG - HJ - SSR Gériatrique - USLD - UCC - Ehpad - AJ - consultation mémoire - PFR SSRG SSRG Consultation mémoire
Lens - Hénin	CH de Seclin-Carvin CH Hénin-Beaumont Polyclinique Riaumont CH de Lens	CSG - HJ - consultation mémoire - EMG - SSRG - UCC - USLD - Ehpad - Pasa - UHR - HT - accueil de jour - PFR Carvin CSG - HJ - SSRG - USLD - Ehpad CSG - SSRG - HJ - UCC - USLD - Ehpad - EMG - Pasa (avis favorable ARS Novembre 2016) CSG - HJ - AJ - Ehpad - UHR - EMG - consultation mémoire

Filières gériatriques en 2016 - 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 2016, la région compte 42 unités de courts séjours gériatriques au sens de la circulaire de 2007, et deux établissements n'ont pas répondu à l'enquête.

Répartition des courts séjours gériatriques, par département :

Aisne

CH Saint-Quentin
CHG La Fère
CH de Soissons
CH Jeanne de Navarre – Château-Thierry
CH de Laon

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

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

Nord

CH d'Armentières
CHRU Lille
Ramsay (cliniques Saint-Jean/La Victoire)
GSCH - CH de Seclin
CH de Tourcoing
CH de Roubaix
CH de Cambrai
CH Le Cateau
CH de Douai

Oise

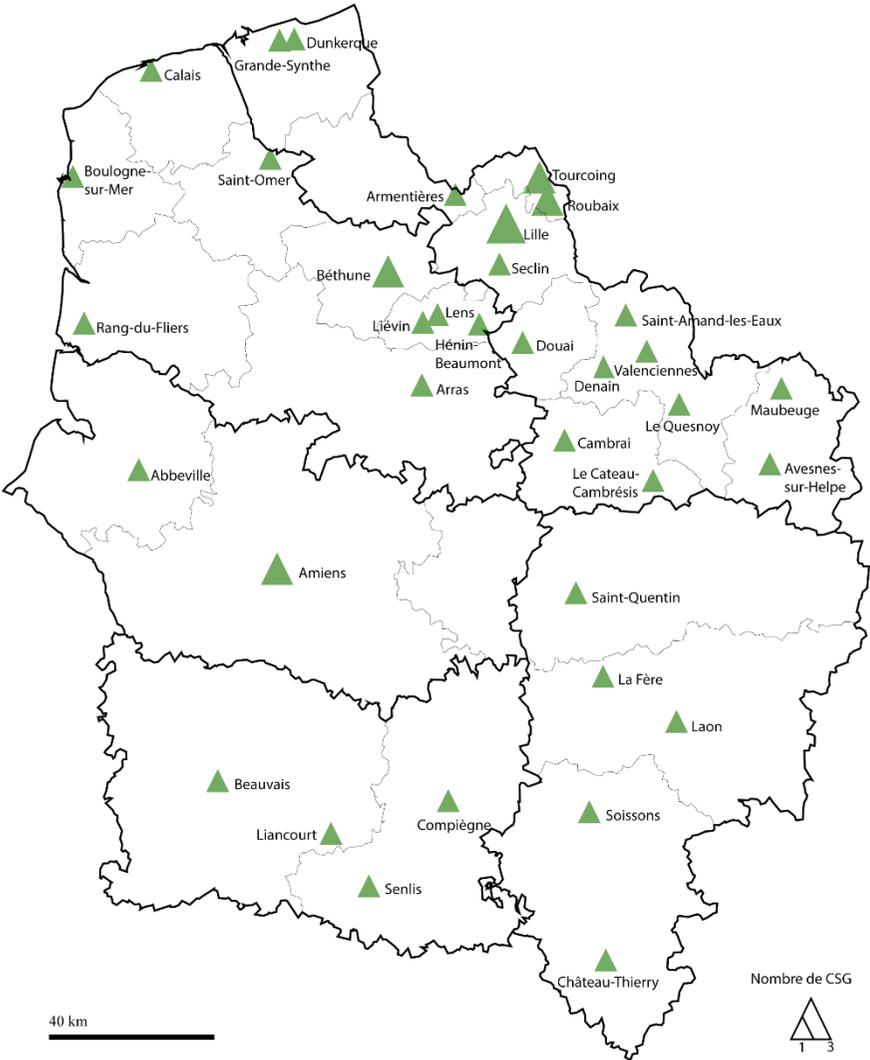
CH Beauvais
CHI Compiègne - Noyon
GHPSO Creil - Senlis
Hôpital Villemin - Paul Doumer de Liancourt (APHP)

Somme

CH Abbeville
CHU Amiens
Groupe Santé Victor Pauchet

Pas-de-Calais

Implantation des établissements déclarant le court séjour gériatrique en 2016



En 2016, les Hauts-de-France comptaient 42 établissements de court séjour gériatriques (CSG) :

- 5 dans l’Aisne,
- 20 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 territoires.

Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

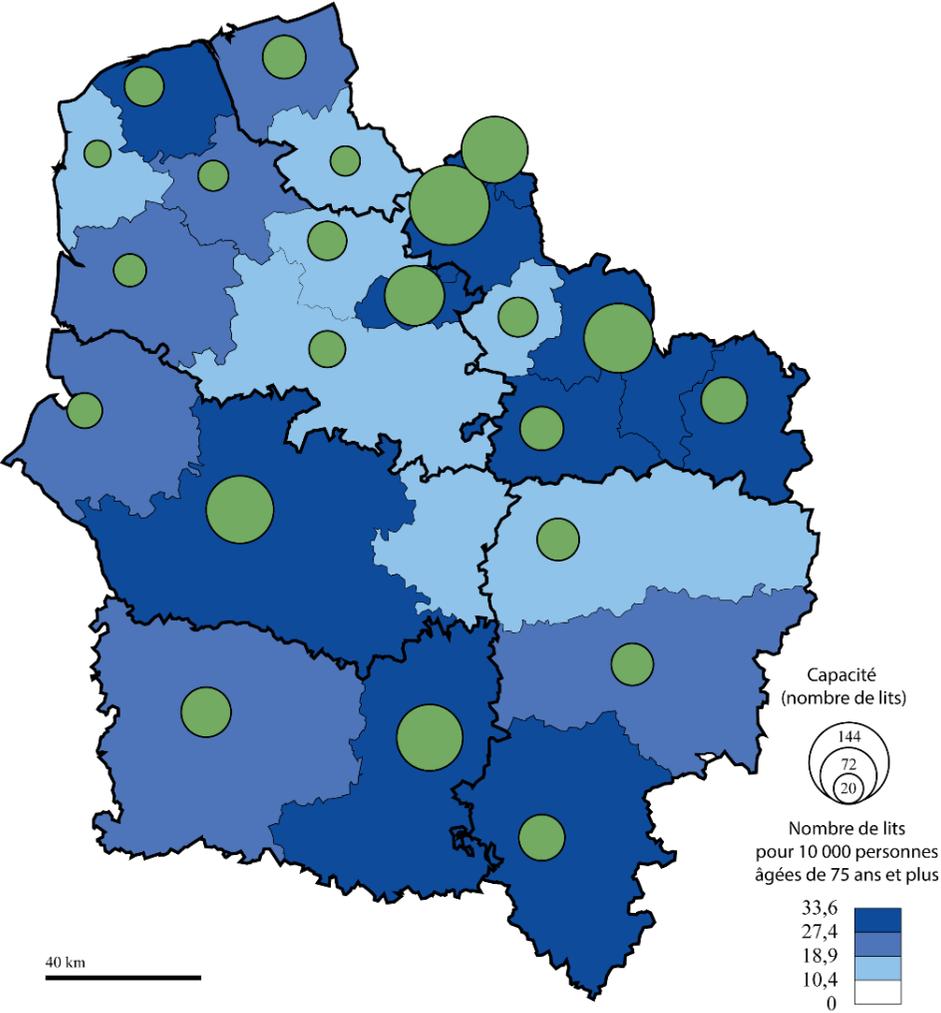
Capacité des CSG

Circulaire DHOS/02 no 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 2016, la région possède une capacité totale de 1 195 lits CSG déclarés répartis dans 42 structures. La capacité la plus petite est de 9 lits pour un CSG déclaré (Groupe Santé Victor Pauchet, Amiens), alors que la plus élevée est de 94 lits (CHU Amiens), 5 des 42 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 25,0 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus. La capacité varie entre 11,6 (Boulonnais) et 33,6 lits (Valenciennois) pour 10 000 habitants de 75 ans et plus.

À l'échelle des départements, 4 des 5 départements se caractérisent par des capacités voisines (entre 25,8 et 27,3 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus). Le Pas-de-Calais se démarque avec une offre en de lits de court séjour gériatrique nettement en deçà de celle observée en moyenne dans la région (19,7 vs 25,0). Les territoires du Boulonnais, de Béthune-Bruay et l'Arrageois (dans le Pas-de-Calais) sont particulièrement moins bien dotés. Dans les autres départements, certains territoires disposent d'une capacité bien inférieure à celle observée au niveau régional : Flandre Intérieure et Douaisis (Nord), Aisne-Nord/Somme-Est.

Nombre de lits CSG déclarés en 2016 et taux d'équipement par territoire



Source : ARS - DST 2017, RP2014 Insee - Traitement OR2S

Nombre de lits CSG installés en 2016 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	49 529	128	25,8
Nord	198 069	540	27,3
Oise	58 136	155	26,7
Pas-de-Calais	122 346	241	19,7
Somme	50 680	131	25,8
Hauts-de-France	478 760	1 195	25,0

Source : ARS - DST 2017, RP2014 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.

38 500 séjours pour un peu plus de 410 000 journées.

La moyenne régionale des Hauts-de-France s’élève à 80,4 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. En 2016, à l’échelle des départements, le Pas-de-Calais se situe en dessous de la moyenne régionale avec 62,7 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. À l’inverse, le Nord, l’Aisne et la Somme sont au-dessus de la moyenne régionale en comptant respectivement 89,0, 85,7 et 85,7 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Selon les zones retenues (cf. page 9), celles présentant le plus grand nombre de séjours en CSG pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sont : Somme-Centre (113,6), Aisne-Sud (107,2) et le Valenciennois (105,4) ; ce sont aussi celles qui ont le plus de lits au regard de leur population. Les territoires se caractérisant par les plus faibles nombres de séjours en CSG sont la Flandre Intérieure (45,3), Béthune-Bruay (46,4), l’Arrageois (47,8), le Boulonnais (55,5) et Somme-Ouest (57,0). Ce sont les territoires les moins dotés en lits en CSG.

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	49 529	4 246	85,7
Nord	198 069	17 621	89,0
Oise	58 136	4 595	79,0
Pas-de-Calais	122 346	7 669	62,7
Somme	50 680	4 343	85,7
Hauts-de-France	478 760	38 474	80,4

Source : ARS - DST 2017, RP2014 Insee - Traitement OR2S



La durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 10,8 jours au niveau régional. Les départements de l’Aisne et du Nord présentent la DMS la moins élevée (respectivement 10,0 et 10,3). Les établissements situés dans les trois autres départements se caractérisent globalement par une DMS légèrement supérieure à celle observée pour le niveau régional.

Au niveau des territoires retenus, de fortes disparités existent. En effet, la DMS la plus forte (Calaisis ; 14,5) est plus de deux fois supérieure à la DMS observée la plus faible (Douaisis ; 6,9).

DMS en CSG déclarés par département

	Nombre de séjours en CSG	Nombre de journées en CSG	DMS (en jours)
Aisne	4 246	42 574	10,0
Nord	17 621	181 172	10,3
Oise	4 595	53 039	11,5
Pas de Calais	7 669	89 411	11,7
Somme	4 343	48 006	11,1
Hauts-de-France	38 474	414 202	10,8

Source : ARS - DST 2017 - 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 :

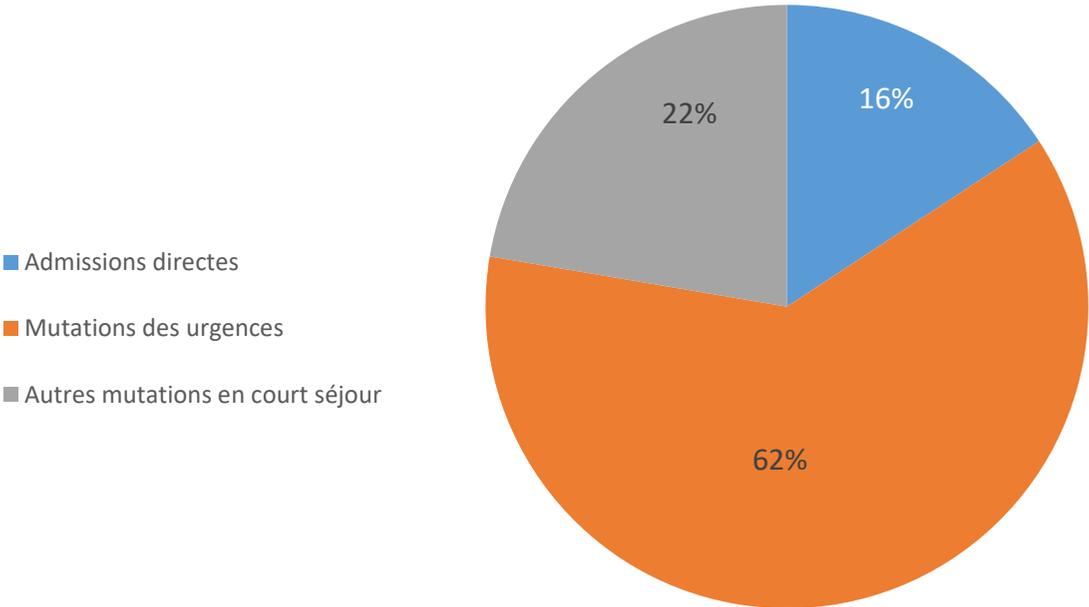
L'unité de court séjour gériatrique répond aux fonctions suivantes :

- 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 2016, les 40 structures (parmi les 42 interrogées) qui ont renseigné les éléments relatifs aux entrées et sorties en court séjour gériatrique, ont déclaré environ 36 000 entrées. L'entrée par « Mutations des urgences » représente le premier mode d'entrée en CSG avec 22 000 entrées (62 % des modes d'entrée déclarés). Les mutations des urgences constituent le premier motif d'entrée pour l'ensemble des départements et pour les trois quarts des établissements CSG de la région. Dans dix établissements, le motif d'entrée « mutations par urgences » n'est pas majoritaire. Parmi ces dix établissements, six déclarent n'avoir eu aucune « mutation par urgences » en 2017. Cette même année, les structures CSG ont déclaré 5 600 admissions directes et 8 000 mutations d'un autre service de court séjour.

Répartition des modes d'entrée



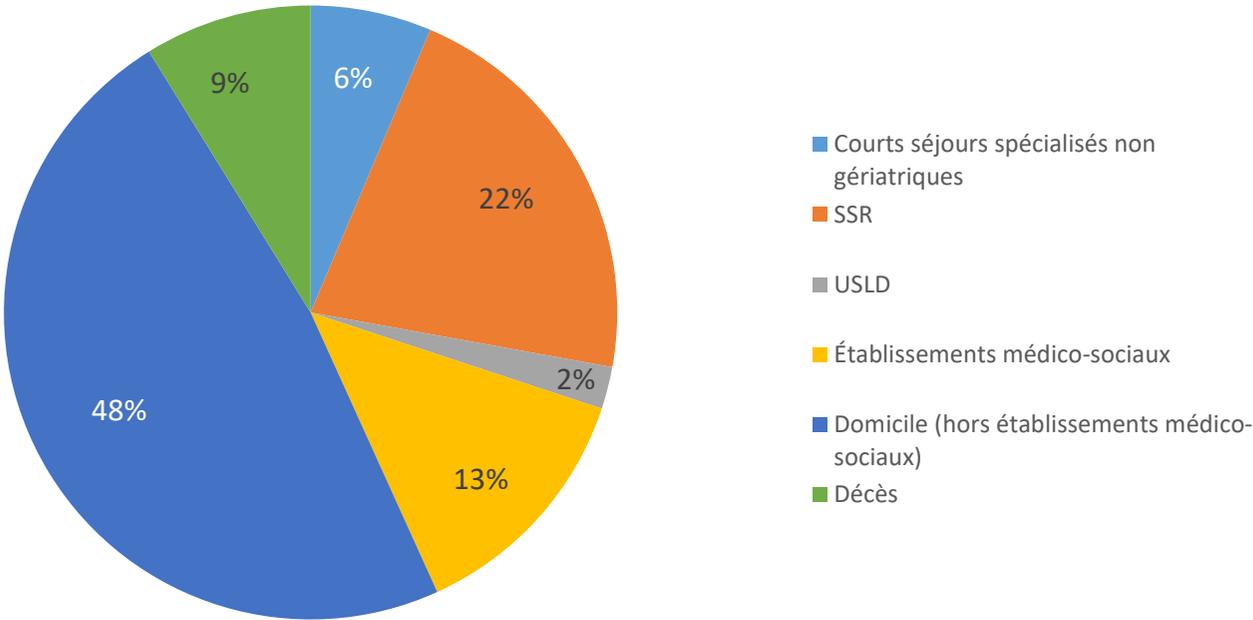
Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S



Les sorties

En 2016, les 40 structures (parmi les 42 interrogées) qui ont renseigné les éléments relatifs aux entrées et sorties en court séjour gériatrique, ont déclaré environ 36 000 sorties. Le retour à domicile est le mode de sortie le plus fréquent (17 500 retours, soit près 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, 6 % vers des établissements de courts séjours non gériatrique et 2 % vers des USLD). Les établissements médico-sociaux constituent 13 % des sorties. Enfin, 9 % des sorties (3 200) se terminent par un décès.

Répartition des modes de sortie



Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

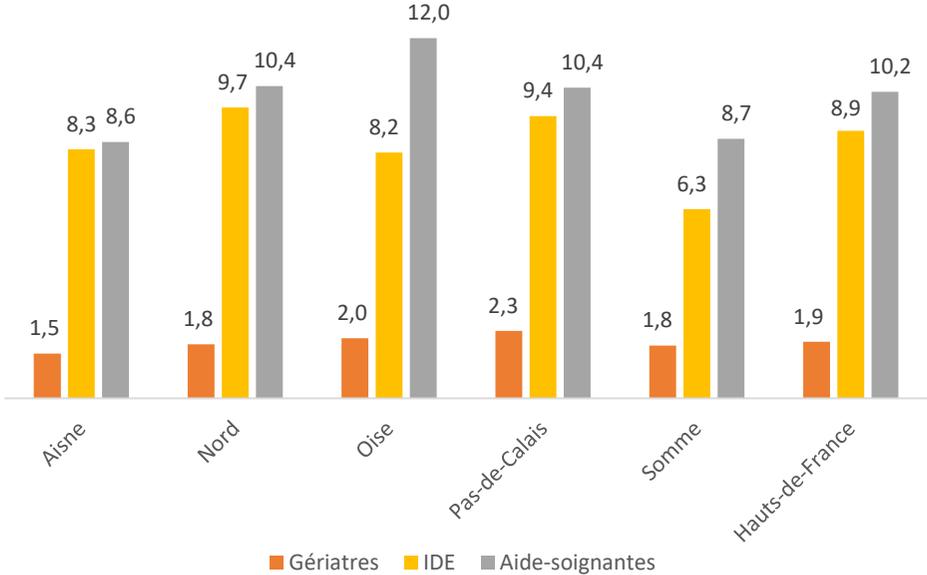


Personnel des CSG

La circulaire N°DHOS/02/2007/117 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 2016, les 42 établissements de court séjour gériatrique implantés dans les Hauts-de-France comptent 113 ETP de gériatre, 612 ETP d'aide-soignante et 534 ETP d'IDE. En moyenne, chaque établissement CSG de la région dispose, pour 20 lits de 1,9 ETP de gériatre, 8,9 ETP d'IDE, et 10,2 ETP d'aide-soignante.

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

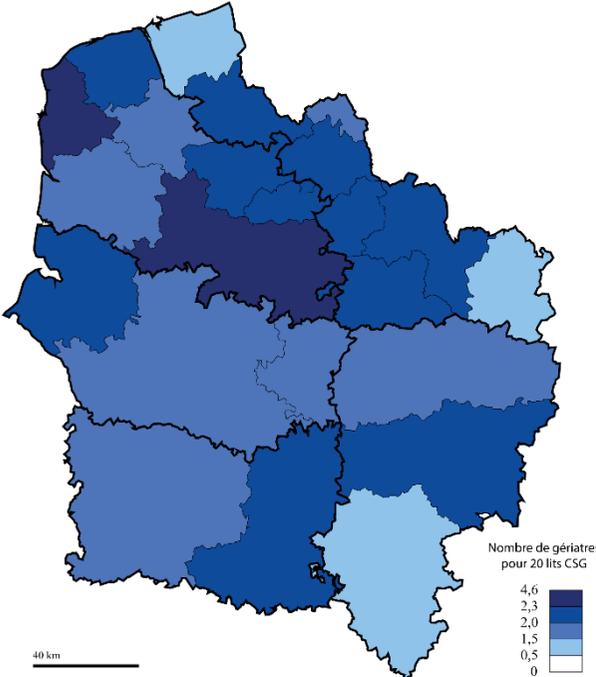


Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S



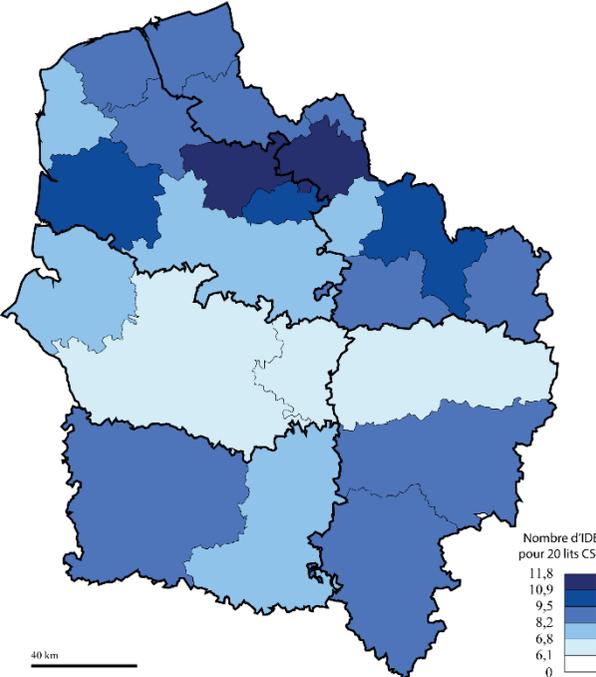
Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignantes exerçant dans les établissements de court séjour gériatrique (en ETP pour 20 lits)

Gériatres pour 20 lits en CSG en 2016



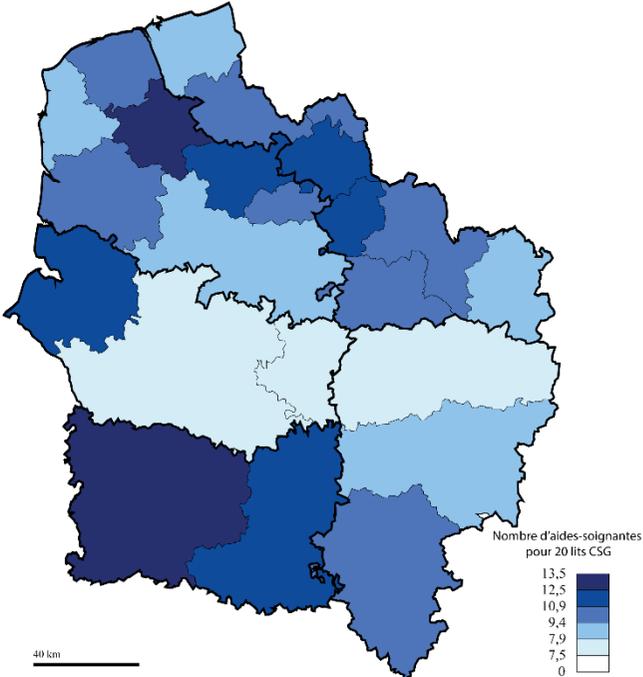
Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

IDE pour 20 lits en CSG en 2016



Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Aides-soignantes pour 20 lits en CSG en 2016



Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S



Plan de formation dans les CSG

La circulaire DHOS/02/2007/117 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 2016, 36 établissements de CSG sur les 40 (90 %) ayant répondu déclarent avoir leur plan de formation. En 2015, seuls deux tiers des établissements déclaraient avoir leur plan de formation.

Sur les 36 établissements déclarant avoir un plan de formation, 28 ont précisé le nombre de personnels formés. Ainsi, au moins 823 professionnels l'ont été durant l'année 2016 (auquel il faut ajouter le personnel des CH qui n'ont pas précisé le nombre de personnels formés).

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

Les différences entre établissements sont importantes :

- 9 établissements ont formé plus de 40 personnes ;
- 5 établissements ont formé entre 20 et 40 personnes ;
- 11 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 intrahospitalières

Circulaire DHOS/02/2007/117 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 qu'elle n'intervient pas en activité d'hospitalisation de jour.

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.

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 celles financées dans le cadre du Fir et ayant les activités prévues à l'annexe de la circulaire de 2007. Les équipes sont celles assurant une activité intrahospitalière. Les éléments relatifs aux équipes assurant une activité extrahospitalière seront présentés dans le chapitre suivant.

Aisne

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

Nord

CH d'Armentières (EPSM Lille Métropole)
CH de Bailleul (EPSM Flandre)
CHRU Lille
GSCH - CH de Seclin
CH Saint Philibert Lomme (GHICL)
CH Saint Vincent de Paul Lille (GHICL)
CH de Tourcoing
CH de Roubaix
CH de Cambrai
CH de Douai
CH Le Quesnoy
CH de Dunkerque
CH de Sambre Avesnois
CH Denain
CH de Valenciennes

Oise

CH de Beauvais
GHPSO
CH Compiègne - Noyon

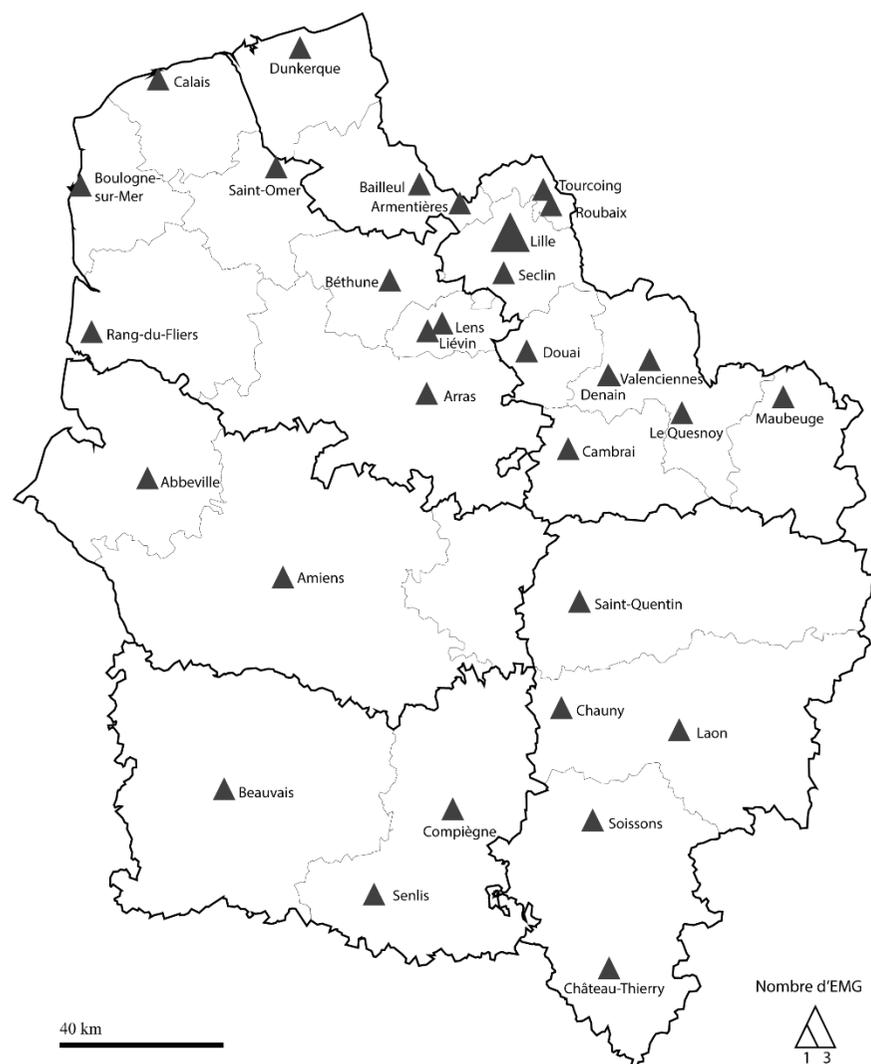
Pas-de-Calais

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

Somme

CH d'Abbeville
CHU Amiens

Implantation des EMG financées en 2016



En 2016, les Hauts-de-France comptent 33 équipes mobiles gériatriques financées dans le cadre du Fir. Elles se répartissent ainsi :

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

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

Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Activité des EMG intrahospitalières

Dans la région des Hauts-de-France, en 2016, 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 en possèdent une en site d'urgences avec chirurgie et court séjour gériatrique, sauf le CH de Chauny. Par contre, des établissements à forte activité ayant un site d'urgence, de MCO dont gériatrie n'en ont pas. C'est le cas du CH de Château-Thierry.

La file active

En 2016, la file active de la région est d'environ 18 500 patients (15 000 en 2015), soit une activité moyenne de 560 patients en file active par EMG (500 en 2015).

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

- 1 000 patients dans l'Aisne ;
- 9 000 patients dans le Nord ;
- 2 500 patients dans l'Oise ;
- 4 700 patients dans le Pas-de-Calais ;
- 2 300 patients dans la Somme.

Au niveau régional, les EMG prennent en charge 38,6 personnes pour 1 000 habitants âgés d'au moins 75 ans. Si cette valeur est retrouvée pour les EMG du Pas-de-Calais (38,2), ce n'est pas le cas dans l'Aisne (20,2) et la Somme (25,7). Les EMG de l'Oise et du Nord affichent des valeurs supérieures à celle observée en région (respectivement 43,0 et 45,6).

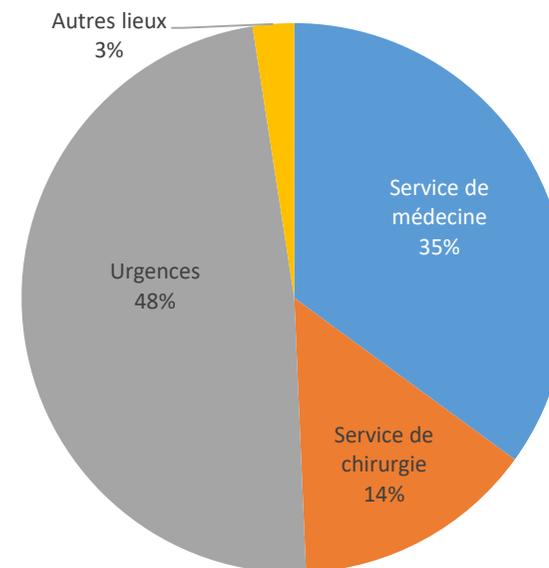
Les interventions

Sur 33 EMG interrogées sur leur activité, 29 ont répondu, celles-ci représentant 93 % de la file active. Elles font remonter 18 500 interventions en 2016, dont :

- 8 950 en service d'urgences,
- 6 500 en service de médecine,
- 2 650 en service de chirurgie,
- 455 dans d'autres lieux intrahospitaliers.

Les EMG du Pas-de-Calais enregistrent une proportion plus importante d'intervention aux urgences (66 %) que leurs homologues de l'Aisne et de la Somme (respectivement 11 % et 16 %). Les EMG de la Somme et de l'Aisne pratiquent plus d'interventions en service de médecine (respectivement 53 % et 65 %). Enfin près d'un tiers des interventions menées par les EMG de la Somme se déroule dans le cadre d'un service de chirurgie.

Interventions intrahospitalières des EMG en 2016



Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Personnel dédié à l'activité intrahospitalière

La circulaire DHOS/02/2007/117 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 2016, 30 EMG ont répondu à ce volet de l'enquête (sur les 33 interrogées). Elles ont déclaré disposer au total de 78,5 ETP :

- 24,4 ETP de gériatre (auxquels s'ajoutent 2 ETP d'autres médecins) ;
- 28,2 ETP d'IDE ;
- 10,2 ETP d'assistante sociale ;
- 8,5 ETP de secrétaire ;
- 2,9 ETP de psychologue ;
- 2,3 ETP d'ergothérapeute ;
- 0,1 ETP de diététicien ;
- 1,7 ETP d'autres professions (ASG, cadres de santé...)

En moyenne chaque EMG dispose de 2,5 ETP (2,9 ETP en 2015) :

- 0,9 ETP de gériatre (ou médecin) ;
- 0,8 ETP d'IDE ;
- 0,3 ETP d'assistante sociale ;
- 0,3 ETP de secrétaire ;
- 0,1 ETP de psychologue ;
- 0,1 ETP d'ergothérapeute ;
- 0,1 ETP d'autres professions (ASG, cadres de santé...)

Parmi les 30 EMG étudiées, si toutes disposent d'un temps de gériatres, ce n'est pas le cas pour les autres professions. En effet, 3 des 30 EMG étudiées ne disposent pas de temps d'IDE, 10 ne disposent pas de temps d'AS. Du temps de psychologue est mobilisé pour 7 EMG, du temps d'ergothérapeute pour 7 EMG et du temps de diététicien pour 3 EMG. Ces temps sont souvent mobilisés à la demande. Une seule EMG déclare du temps de psychomotricien.

Équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières

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

Les équipes mobiles gériatriques extrahospitalières en région peuvent mener deux types d'activité : des équipes mobiles de psychogériatrie interviennent en Ehpad et les équipes mobiles gériatriques interviennent à domicile. Ces équipes sont financées sur accord par 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 mobiles de gériatrie extrahospitalières en 2016

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

Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Les données de 2016 ne permettent pas un traitement statistique des résultats.

Les hôpitaux de jour gériatriques

Circulaire N°DHOS/02/2007/117 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 2016, 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 Laon

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 *
CH de Cambrai

Oise

GHPSO
CH de Beauvais

Pas-de-Calais

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

Somme

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 2016



Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

En 2016, 16 unités d'hospitalisation de jour gériatrique sont individualisées, 14 autres unités sont situées dans un hôpital de jour de médecine. Parmi les HJ individualisés, 4 sont intégrés au sein du CSG.

Le nombre de places dédiées à l'hospitalisation de jour gériatrique est de 69 au niveau des Hauts-de-France pour 2016 (68 en 2015).

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

- Lille : 10 places,
- Lens-Hénin : 9 places,
- Roubaix-Tourcoing : 8 places,
- Valenciennes : 8 places,
- Béthune-Bruay : 6 places,
- Sambre-Avesnois : 5 places.

La zone de proximité de Lille a la plus forte capacité avec 10 places. Celle de Lens-Hénin a également une capacité plus importante avec 14 places en hôpital de jour.

Aucune place en HJ n'est recensée dans le territoire Somme-Ouest et Aisne-Sud.

Les autres territoires comprennent entre 1 et 3 places d'hospitalisation de jour gériatrique.

Activité des HJ gériatriques déclarés

Les HJ sont ouverts pour la moitié d'entre eux 5 jours par semaine. Pour l'autre moitié, ils se décomposent suivant leurs jours d'ouverture ainsi :

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

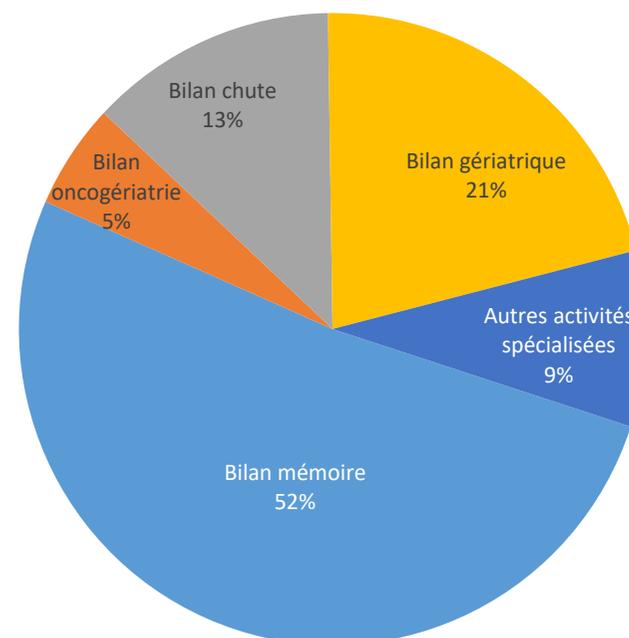
En 2016, la file active de la région est de 4 950 patients (4 748 patients en 2015).

Les Hauts-de-France comptent en moyenne 72 patients pris en charge pour une place. Le nombre de patients par place en HJ varie du simple au quadruple selon le département (48 dans le Pas-de-Calais, 169 dans la Somme). Ces disparités sont d'autant plus importantes dans les territoires. En effet, le Douaisis compte un nombre moyen de 183 patients pris en charge par place tandis que l'Audomarois, le Boulonnais, le Montreuillois et le Sambre Avesnois en comptent moins de 30.

En 2016, 28 des 30 HJ ont renseigné le nombre de journées réalisées. Ces établissements totalisent de 4 752 journées (pour 67 places). Le nombre de journées réalisées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus dans la région est de l'ordre de 10 (comme en 2015). Les Hauts-de-France comptent en moyenne 71 journées en hôpital de jour par place. Cet indicateur varie considérablement d'un département à l'autre (de 31 journées par place d'HJ dans le Pas-de-Calais à 204 pour la Somme).

En 2016, la moitié des journées réalisées en HJ a été consacrée aux bilans mémoires et un cinquième aux bilans gériatriques.

Types de journées réalisées dans les HJ gériatriques déclarés



Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Personnel des HJ gériatriques

La circulaire DHOS/02/2007/117 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 2016

		Gérialre	Médecin non-gérialre	IDE	Aide-soignante	Secrétaire	Ergothérapeute	Orthophoniste	Neuro-psychologue	Kinési-thérapeute	Psychologue	Autres
CHG La Fère	Aisne-Centre	0,5		1	2	0,25	0,5	0,2	0,1	0,05	À la demande	0,5 professeur APA
CH de Laon	Aisne-Centre			0,3		0,63						0,98 (non précisé)
CH de Saint-Quentin	Aisne-Nord			1								
CH d'Armentières	Flandre Intérieure	0,2	Occasionnel									
CHRU de Lille	Lille			1	1		0,3				0,8	0,8 Diététicien 0,2 Pédicure 0,8 Assistante sociale
CH Seclin-Carvin	Lille	Mutualisé		1		0,5						0,8 (non précisé)
GHICL – Saint-Philibert	Lille			0,5								
CH de Cambrai	Cambresis	0,2		0,2		Non précisé						
CH de Douai	Douaisis			Mutualisé	Mutualisé							
CH de Dunkerque	Dunkerquois	Mutualisé		Mutualisé	Mutualisé	Mutualisé						Mutualisé
CH de Tourcoing	Roubaix - Tourcoing	Mutualisé		0,5	0,5	Mutualisé				0,1		0,2 diététicien
CH de Roubaix	Roubaix - Tourcoing			Mutualisé								
Groupe Ramsay	Métropole lilloise			1								
CH d'Avesnes	Sambre Avesnois	0,3		0,5	0,5	0,07	0,04		0,3	0,04		0,04 diététicien 0,05 assistante sociale
CH Le Quesnoy	Valenciennois	0,45		0,8		0,4	0,05			0,05	0,8	0,1 diététicien 0,05 assistante sociale 0,1 cadre de santé
CH de Denain	Valenciennois			0,2								
CH de Valenciennes	Valenciennois	1		1		1	Non précisé			Non précisé		assistante sociale; diététicien

Personnel exerçant dans les HJ gériatriques déclarés en 2016 (suite)

		Gérialre	Médecin non-gérialre	IDE	Aide-soignante	Secrétaire	Ergothérapeute	Orthophoniste	Neuro-psychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autres
GHP SO	Oise-Est	1		Mutualisé	2	0,4			0,5			
CH de Beauvais	Oise-Ouest	0,6		1		0,4			1			
CH d'Arras	Arrageois	0,3		0	0,8	0,3	0,4		0,5			
CH de Saint-Omer	Audomarois			0,4								
Clinique Anne d'Artois (GHPA)	Béthune - Bruay	0,3		0,5	0,5	0,25	0,2	À la demande	0,3	0,3		0,3 assistante sociale 0,15 diététicien pédicure à la demande
CH de Béthune	Béthune - Bruay			Mutualisé								
CH de Boulogne-sur-Mer	Boulonnais			0,05								
CH de Calais	Calais			Mutualisé								
CH de Hénin-Beaumont	Lens - Hénin	0,1		0								
Anhac - Polyclinique Riaumont	Lens - Hénin			0,8								
CH de Lens	Lens - Hénin	1		1	0,6	0,6						
Centre hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer	Montreuillois			0,5								
CHU Amiens	Somme-Centre			1								

Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR25

Les soins de suite et réadaptation gériatriques

Les SSR possèdent des autorisations spécialisées depuis le décret de 2008. Dès lors, certains sont autorisés à la mention « **Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance** » appelée, communément, SSR Gériatriques. Pour la plupart de ces sites, la visite de conformité a été réalisée durant l'année 2012. Circulaire DHOS/O1/2008/305 du 03 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 69 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 Denain
CH de Soissons	EPSM Flandres	Clinique Saint Roch Villars - Denain
CHG La Fère	CH de Bailleul	CH de Valenciennes
Hôpital Villiers-Saint-Denis	CHRU Lille	Unité locale de soins Escaudain
CH de Saint-Quentin	Clinique Saint-Jean	CH de Cambrai
CH de Laon	GHSC - CH de Seclin	Clinique Saint Roch - Cambrai
	CH Saint-Philibert Lomme (GHICL)	CH de Jeumont
	CH Saint-Vincent-de-Paul Lille (GHICL)	CH d'Avesnes
	Groupe Hospitalier Loos Haubourdin	CH d'Hautmont
	Clinique La Mitterie - Lomme	CH Felleries-Liessis
	CH de Tourcoing	
	CH de Roubaix	
	Clinique Saint Roch - Roncq	
	Clinique de Villeneuve d'Ascq	
	CHI Wasquehal	
	CH Wattrelos	
	CH de Douai	
	La Plaine de Scarpe de Lallaing	
	UGSS de la Motte de Marchiennes	
	Polyclinique de Grande-Synthe	
	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 Crévecoeur-le-Grand
CH Georges Decroze de Pont-Sainte-Maxence

Pas-de-Calais

CH d'Arras
CH du Ternois
CH de Bapaume
CH Hénin-Beaumont
Polyclinique Riaumont (AHNAC)
GHSC - CH de Carvin
CHAM
Clinique les Acacias
HM de Berck
CH de Calais
CH de Saint Omer
CH de Béthune
Clinique Mahaut de Termonde
Polyclinique de la Clarence (Ahnac)
Maison SLD La Manaie Auchel
CH de Boulogne-sur-Mer

Somme

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

Implantation des SSRG autorisés en 2016



En 2016, les Hauts-de-France comptaient 69 SSR gériatriques (SSRG) :

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

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

Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Capacité des SSRG autorisés

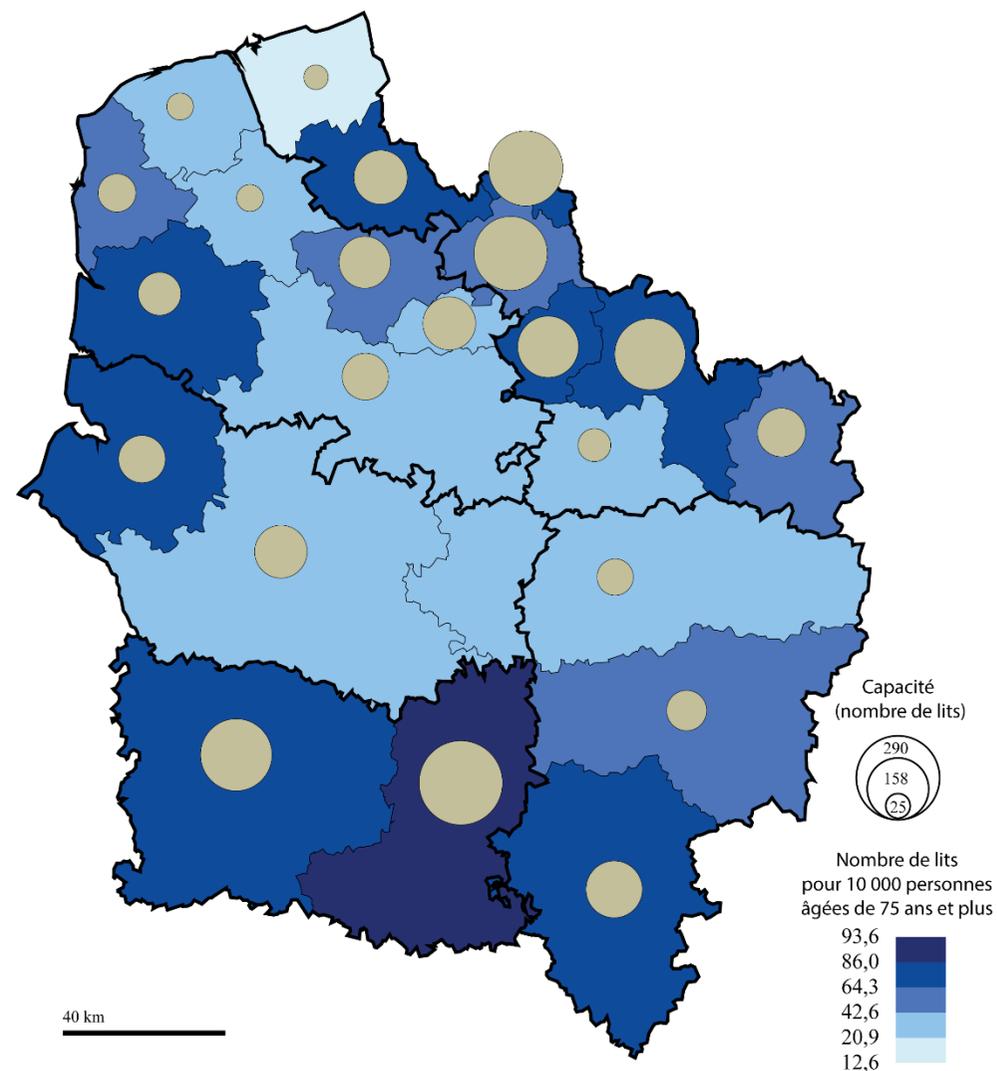
En 2016, dans les Hauts-de-France, les 69 établissements SSRG autorisés totalisent une capacité de près de **2 600 lits** soit **54 lits SSRG pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus**. La taille des unités de SSRG varie de 10 à 120 lits, 6 unités disposent de moins de 20 lits, 42 unités entre 20 et 40 lits et 21 plus de 40 lits.

Bien que chaque territoire soit pourvu 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 (86,5 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus) deux fois supérieure à celle de la Somme (40,8) ou du Pas-de-Calais (41,9). L'Aisne et le Nord se situent dans une situation intermédiaire (respectivement 51,5 et 55,8).

Au niveau infradépartemental, cet écart entre les territoires les mieux pourvus et les moins bien dotés s'inscrit dans un rapport de 1 à 8. Le nombre de lits pour 10 000 habitants de plus de 75 ans varie ainsi de 12,6 pour le Dunkerquois à 93,6 pour Oise-Est. Les territoires les mieux dotés sont ceux qui sont limitrophes de l'Île-de-France (Oise-Ouest, Oise-Est et Aisne-Sud) et ceux situés dans le département du Nord autour de la métropole lilloise (Flandre Intérieure, Roubaix – Tourcoing, Douaisis), Somme-Ouest et le Montreuillois.

Outre le Dunkerquois, les territoires les moins bien pourvus sont Somme-Est, Aisne-Nord, la Calaisis, le Cambresis, l'Audomarois et Somme-Centre.

Nombre de lits en SSRG autorisés et installés en 2016
et taux d'équipement par territoire



Source : ARS - DST 2017 - Traitement : OR2S

Activité des SSRG

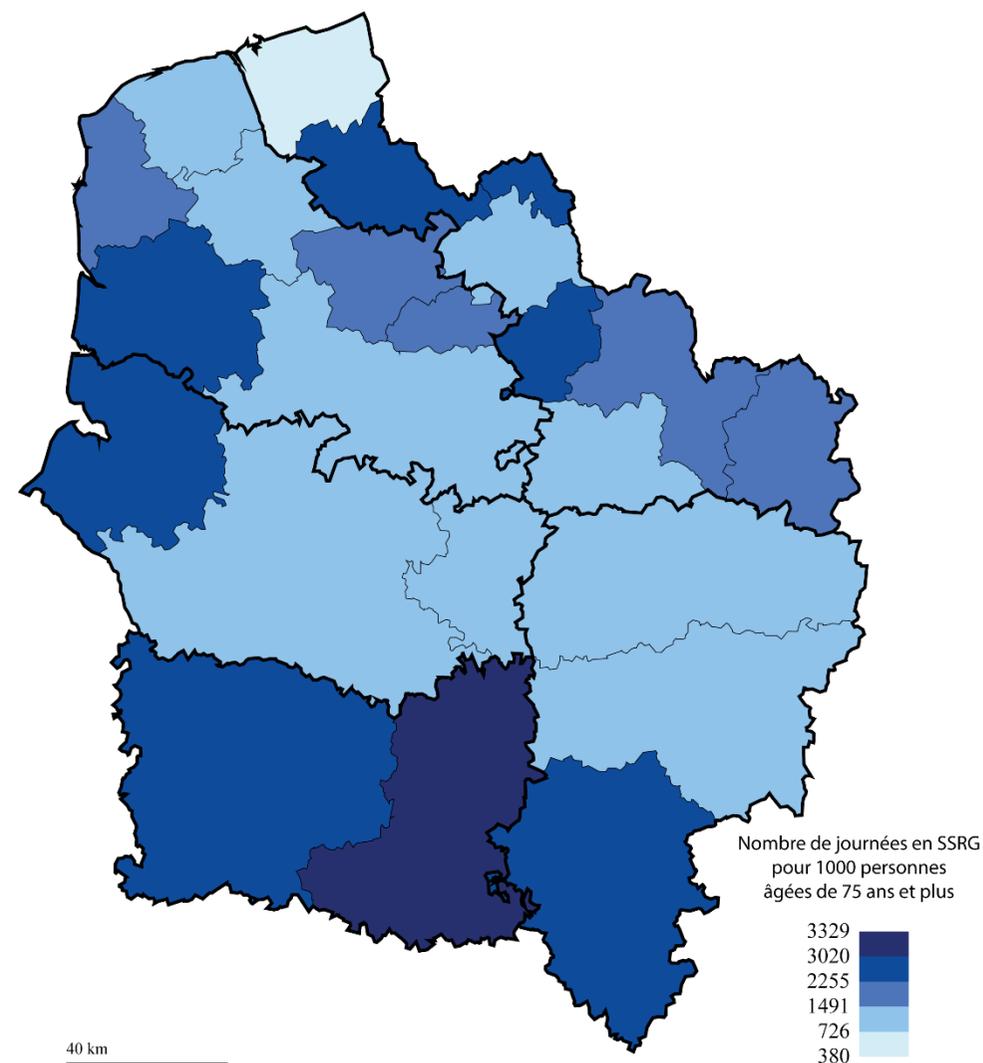
La circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise une activité de 1 000 à 2 600 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en SSR gériatrique. Une unité de soins de suite gériatriques doit disposer au minimum de 20 lits.

En 2016, les SSRG ont généré 900 000 journées, soit 1 881 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 (1 449 dans la Somme) au double (2 953 dans l'Oise). Le Pas-de-Calais et l'Aisne présentent des valeurs en deçà de la valeur régionale (respectivement 1 661 et 1 750) alors que le Nord affiche un résultat comparable à cette dernière (1 845).

Les territoires Oise-Est, Montreuillois, Flandre Intérieure, Roubaix – Tourcoing et Aisne-Sud se caractérisent par un nombre de journée en SSRG pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus supérieur à 2 600. Le Calaisis, l'Audomarois et le Dunkerquois 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 2016



Source : ARS - DST 2017 - Traitement : OR2S

Durée moyenne de séjour en SSRG

Pour 2016, sur les 69 établissements SSRG autorisés par l'ARS, 7 d'entre eux n'ont pas renseigné les informations concernant la durée moyenne de séjours (DMS). Les 62 établissements ayant répondu représentent 92 % des 900 000 journées produites dans la région en 2016.

Au niveau régional, la DMS est de l'ordre 34 journées (30 journées en 2015), elle est équivalente dans chacun des départements de la région. La DMS varie cependant d'un territoire à l'autre : de 26 journées en Flandre Intérieure à 43 journées à Lens – Hénin. La majorité des territoires présente une DMS comprise en 30 et 38 journées. L'Audomarois, l'Arrageois, le Cambrésis, Aisne-Sud et Somme-Centre se caractérisent par une DMS en deçà de 30 journées. Le Sambre Avesnois et le Calaisis présentent quant à eux une DMS supérieure à 38 journées.

Modes d'entrée et de sortie en SSRG

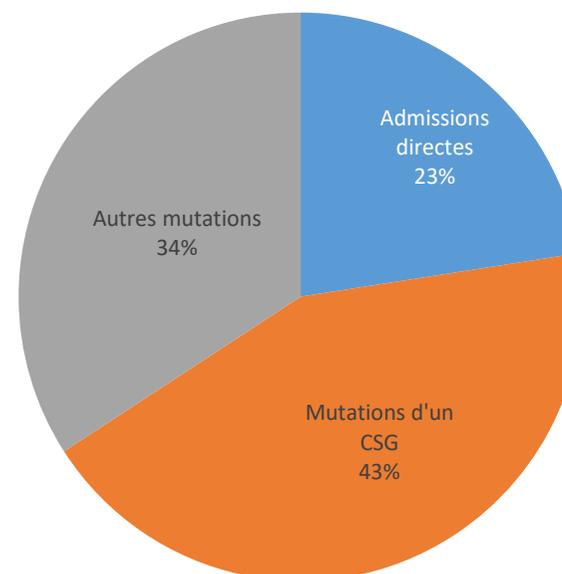
Les modes d'entrée et de sortie dans les SSRG ont été renseignés par les 62 établissements susmentionnés.

Au niveau régional, les admissions directes représentent 23 % des entrées (15 % en 2015), les mutations en provenance d'un court séjour gériatrique 43 % (41 % en 2015) et les autres mutations 34 % (44 % en 2015).

La répartition des modes d'entrée en SSRG n'est pas homogène selon les départements. Les admissions directes sont deux fois plus fréquentes dans l'Aisne et l'Oise où elles représentent près de 40 % des admissions alors qu'elles ne constituent que 15 % à 20 % des modes d'entrée dans les trois autres départements.

Les mutations d'un CSG n'ont pas le poids dans les modes d'entrée en SSRG : elles constituent plus de la moitié des modes d'entrée pour l'Oise et le Pas-de-Calais contre un quart pour l'Aisne et la Somme. Dans le Nord, les mutations d'un CSG représentent 40 % des modes d'entrée. Les « autres » mutations varient entre 5 % (dans l'Oise) et 54 % (dans la Somme) des modes d'entrée.

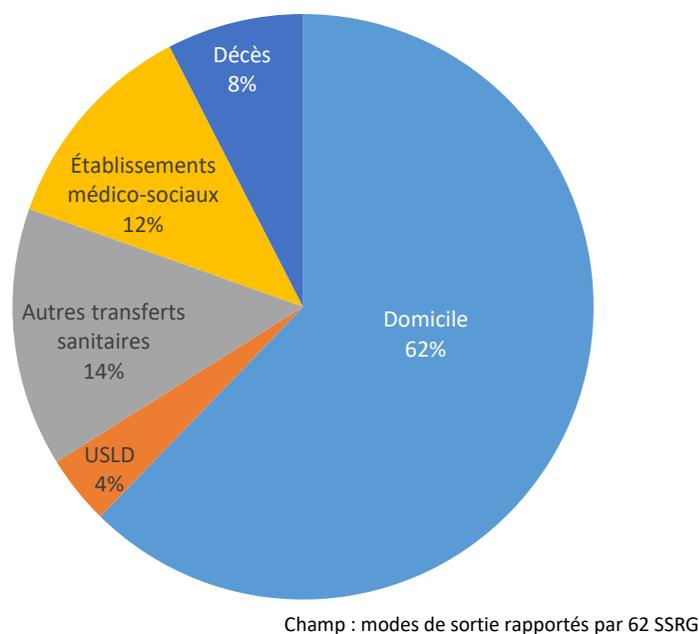
Les modes d'entrée en SSRG autorisés en 2016



Champ : modes d'entrée rapportés par 62 SSRG

Source : ARS - DST 2017 - Traitement : OR2S

Les modes de sortie en SSRG autorisés en 2016



Source : ARS - DST 2017 - Traitement : OR2S

Au niveau régional, le retour à domicile (hors établissements médico-sociaux) représente 62 % des entrées. Les établissements médico-sociaux sont la destination de 14 % 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 2015.

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 (6 %).

Personnel des SSRG autorisés

La circulaire N°DHOS/02/2007/117 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 2016, les établissements de SSRG implantés dans les Hauts-de-France comptent en moyenne pour 20 lits :

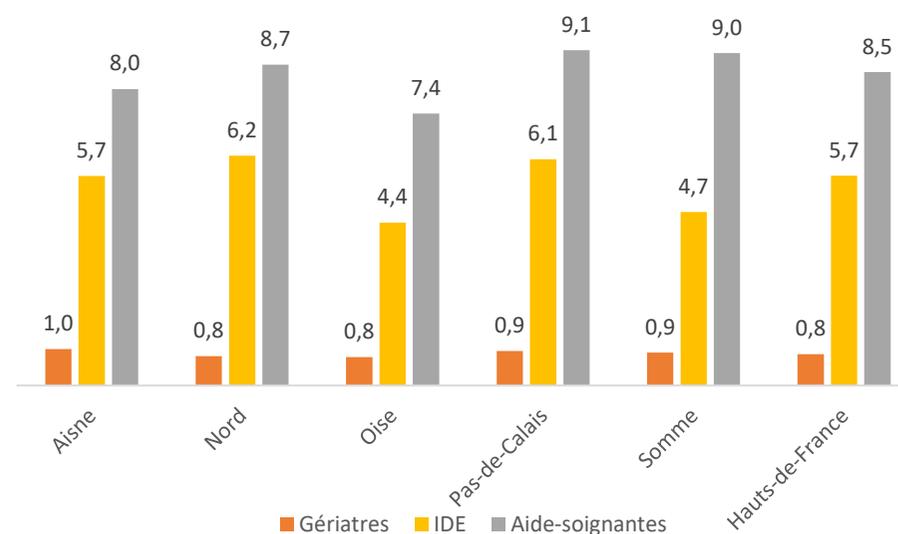
- 0,8 ETP de gériatre,
- 5,7 ETP d'IDE,
- 8,5 ETP d'aide-soignante.

Concernant les autres professionnels, sur les 62 SSRG ayant répondu à ce volet de l'enquête :

- 60 mobilisent du temps de kinésithérapeute ;
- 58 mobilisent du temps d'assistante sociale ;
- 55 mobilisent du temps de psychologue ;
- 55 mobilisent du temps d'ergothérapeute ;
- 53 mobilisent du temps de diététicien ;
- 33 mobilisent du temps d'orthophoniste ;
- 21 mobilisent du temps de Staps ;
- 19 mobilisent du temps de psychomotricien ;
- 8 mobilisent du temps d'animateur social.

Les SSRG peuvent être également à mobiliser du temps d'autres professions (cadre de santé, éducateur, podologue/pédicure...).

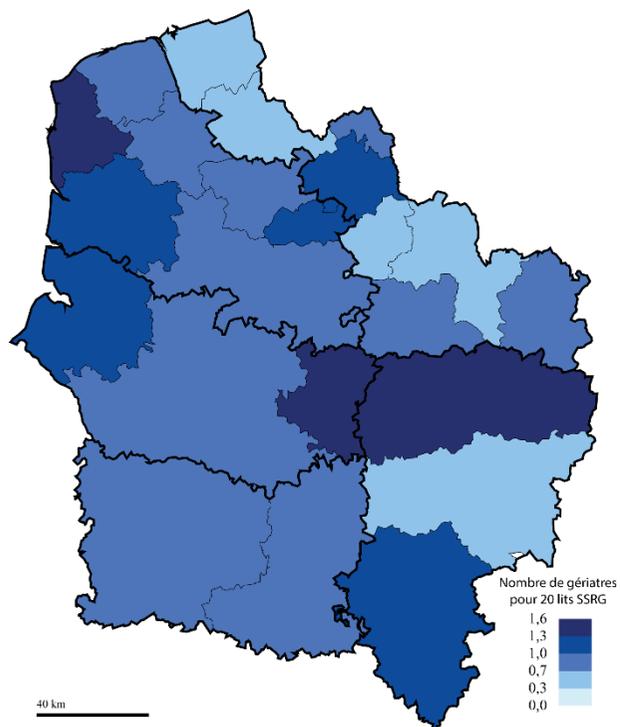
Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignantes exerçant dans les établissements SSRG autorisés en 2016 (en ETP pour 20 lits)



Champ : données issues des 62 SSR ayant répondu à l'enquête (69 SSR interrogés)

Source : ARS - DST 2017 - Traitement : OR2S

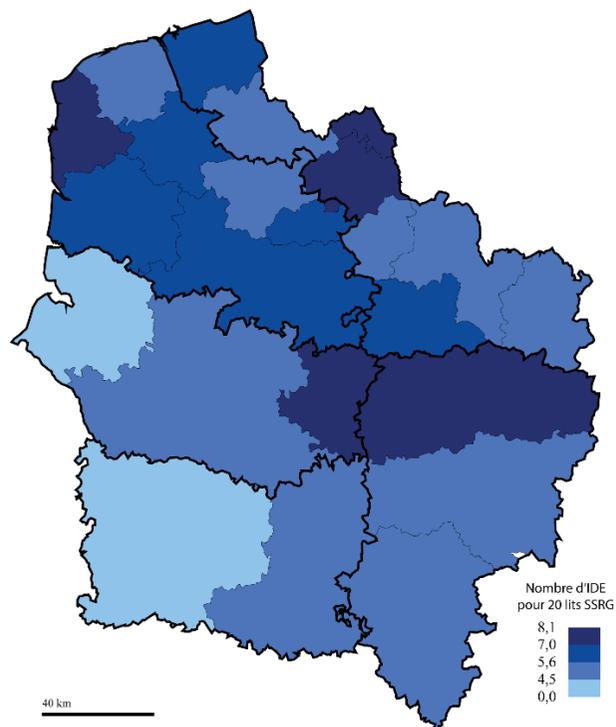
Gérialtes pour 20 lits en SSRG en 2016



Champ : données issues des 62 SSR ayant répondu à l'enquête (69 SSR interrogés)

Source : ARS - DST 2017 - Traitement : OR2S

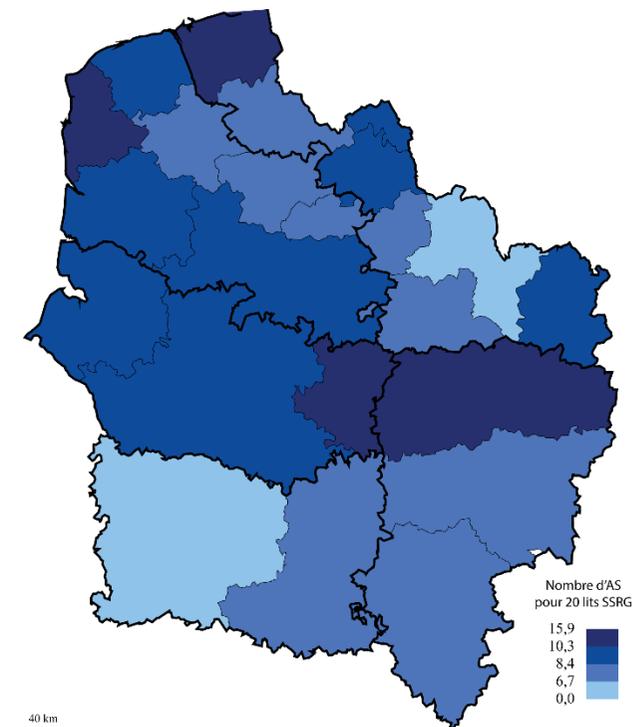
IDE pour 20 lits en SSRG en 2016



Champ : données issues des 62 SSR ayant répondu à l'enquête (69 SSR interrogés)

Source : ARS - DST 2017 - Traitement : OR2S

Aides-soignantes pour 20 lits en SSRG en 2016



Champ : données issues des 62 SSR ayant répondu à l'enquête (69 SSR interrogés)

Source : ARS - DST 2017 - 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

Oise

CH de Beauvais
CHI de Compiègne - Noyon
CH Villemin - Paul Doumer (APHP) Liancourt
GHPSO Senlis
CH de Grandvilliers
CH de Chaumont-en-Vexin
CH de Clermont-de-l'Oise

Pas-de-Calais

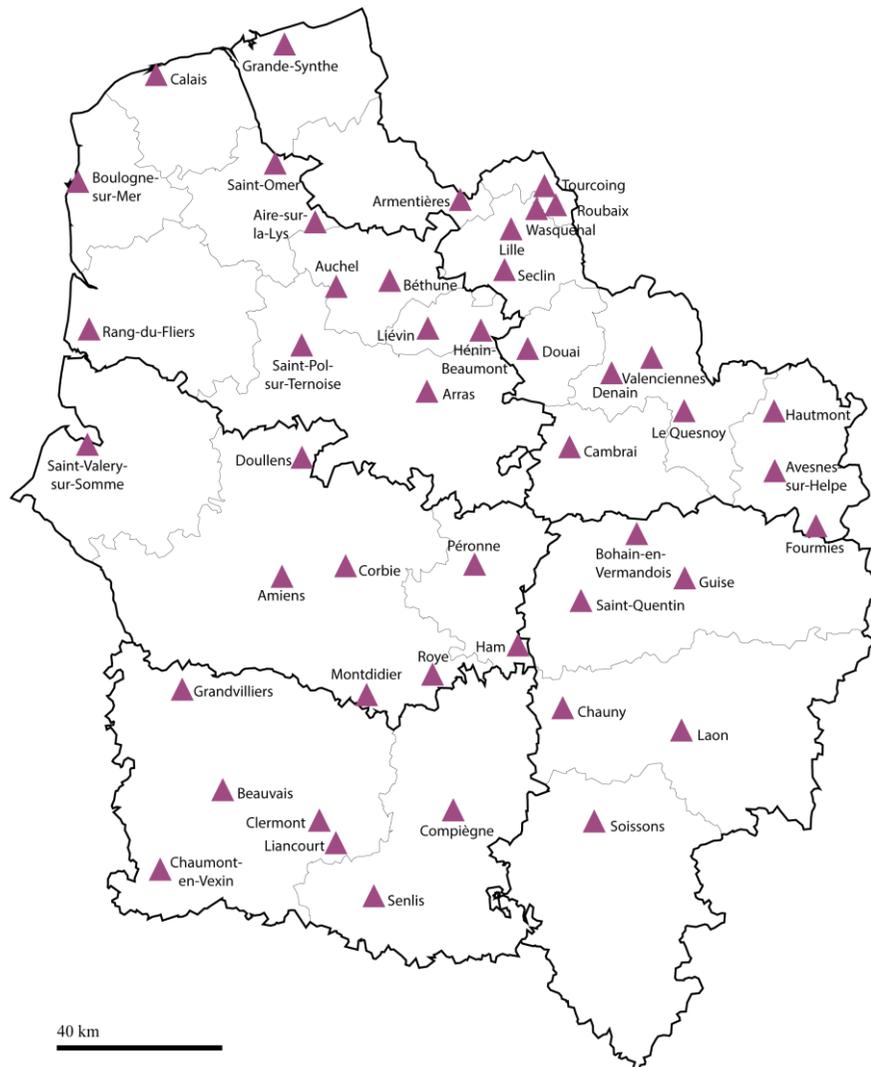
CH de Béthune
Maison SLD Auchel - La Manaie
CH d'Arras
CH du Ternois
CH de Saint-Omer

CH Aire-sur-la-Lys
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 2016



En 2016, les Hauts-de-France comptent 47 unités de soins de longue durée (USLD) autorisées :

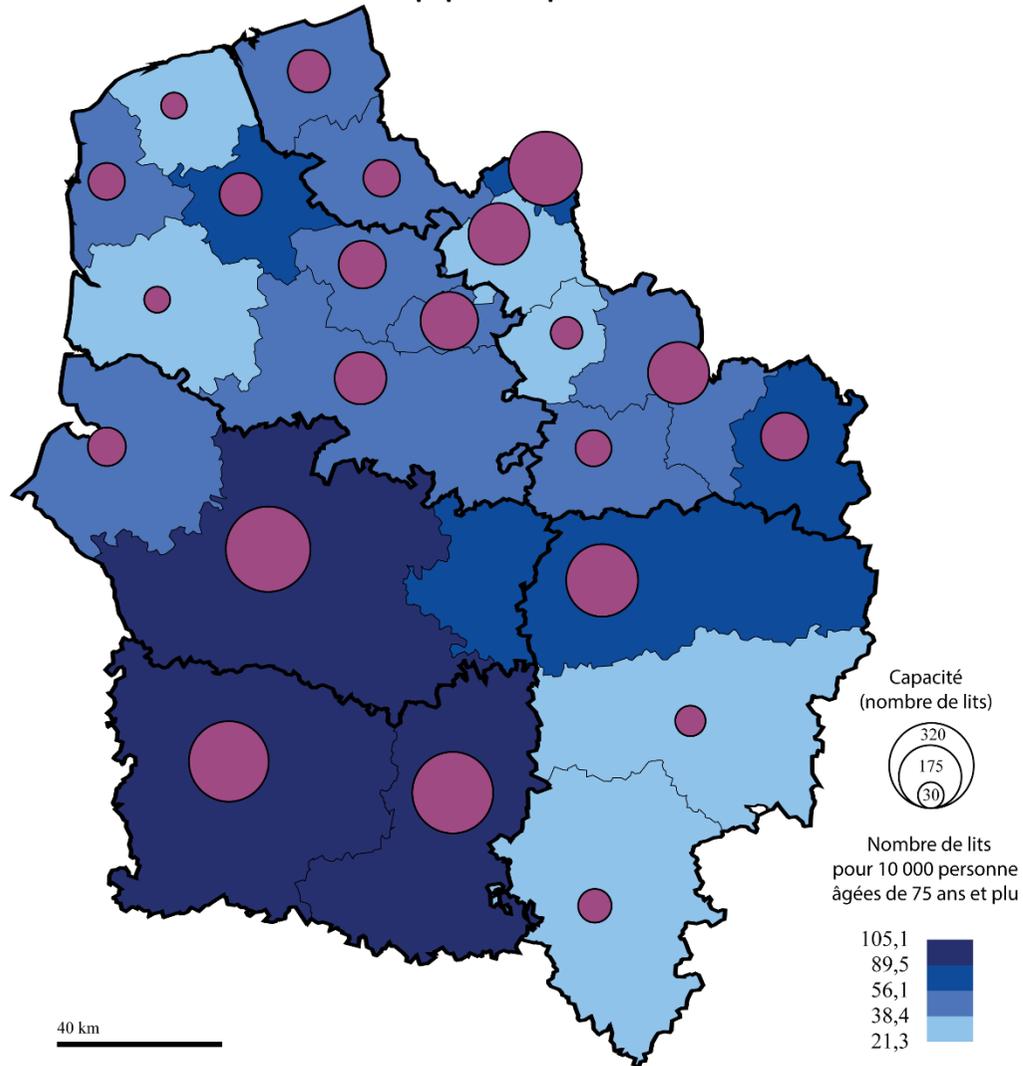
- 6 dans l'Aisne,
- 15 dans le Nord,
- 7 dans l'Oise,
- 11 dans le Pas-de-Calais,
- 8 dans la Somme.

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

Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Capacité des USLD

**Nombre de lits en USLD autorisées et installées en 2016
et taux d'équipement par territoire**



Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

En 2016, dans les Hauts-de-France, les 47 USLD autorisées totalisent une capacité de près de **2 749 lits** soit **57 lits SSRG pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus**. La taille des USLD varie de 10 à 190 lits : 16 unités disposent de moins de 40 lits, 9 unités entre 20 et 59 lits, 16 unités entre 60 et 89 lits et 6 plus de 90 lits.

Bien que chaque territoire soit pourvu 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 99,3 et 87,8 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus) deux fois supérieures à celles des autres départements : Nord (46,3), Pas-de-Calais (46,4) et Aisne (48,7).

Au niveau infradépartemental, cet écart entre les territoires de proximité les mieux pourvus et les moins bien dotés s'inscrit dans un rapport de 1 à 5. Le nombre de lits en USLD pour 10 000 habitants de plus de 75 ans varie ainsi de 21,3 pour le Douaisis à 104,9 pour Oise-Ouest. Outre ce dernier, les territoires les mieux dotés sont Somme-Centre, Oise-Est, l'Audomarois, Somme-Est/Aisne-Nord et Roubaix – Tourcoing.

Outre le Douaisis, les territoires les moins bien pourvus sont le Calais, le Montreuillois et Aisne-Centre avec une offre deux fois moins élevée qu'au niveau régional.

Activités des USLD autorisées

En 2016, les USLD ont accueilli un peu plus de 4 000 personnes. Parmi elles, une cinquantaine de personnes étaient âgées de moins de 60 ans. Ces dernières étaient prises en charge en USLD du fait de complications de certaines pathologies (déficience mentale, une démence, Alzheimer précoce, Chorée d'Huntington, AVC, SEP...) associées parfois à certaines situations sociales difficiles (isolement, handicap sévère...).

Sur les 47 USLD interrogées, 44 ont fait remonter 1 391 sorties parmi lesquelles 1 247 décès ont été recensés. Autrement dit, 9 sorties d'USLD sur 10 ont pour cause le décès de la personne prise en charge.

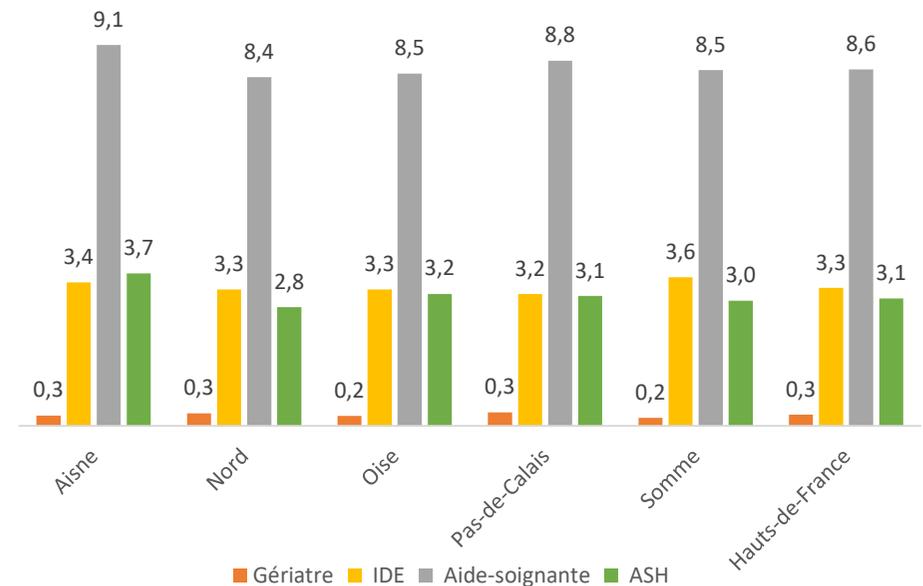
Personnel des USLD autorisées

Au niveau régional, les USLD autorisées emploient environ 2 300 ETP en 2016 dont la moitié est représentée par les aides-soignantes, un cinquième par les IDE et un autre cinquième par les ASH.

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

- 0,4 ETP de temps médical (dont 0,3 ETP de gériatres),
- 3,3 ETP d'IDE,
- 8,6 ETP d'aide-soignante,
- 3,1 ETP d'ASH,
- 0,1 ETP d'ergothérapeute/psychomotricien,
- 1,3 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 2016



Source : ARS - DST 2017 - 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 2016 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 3 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 représentés 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.

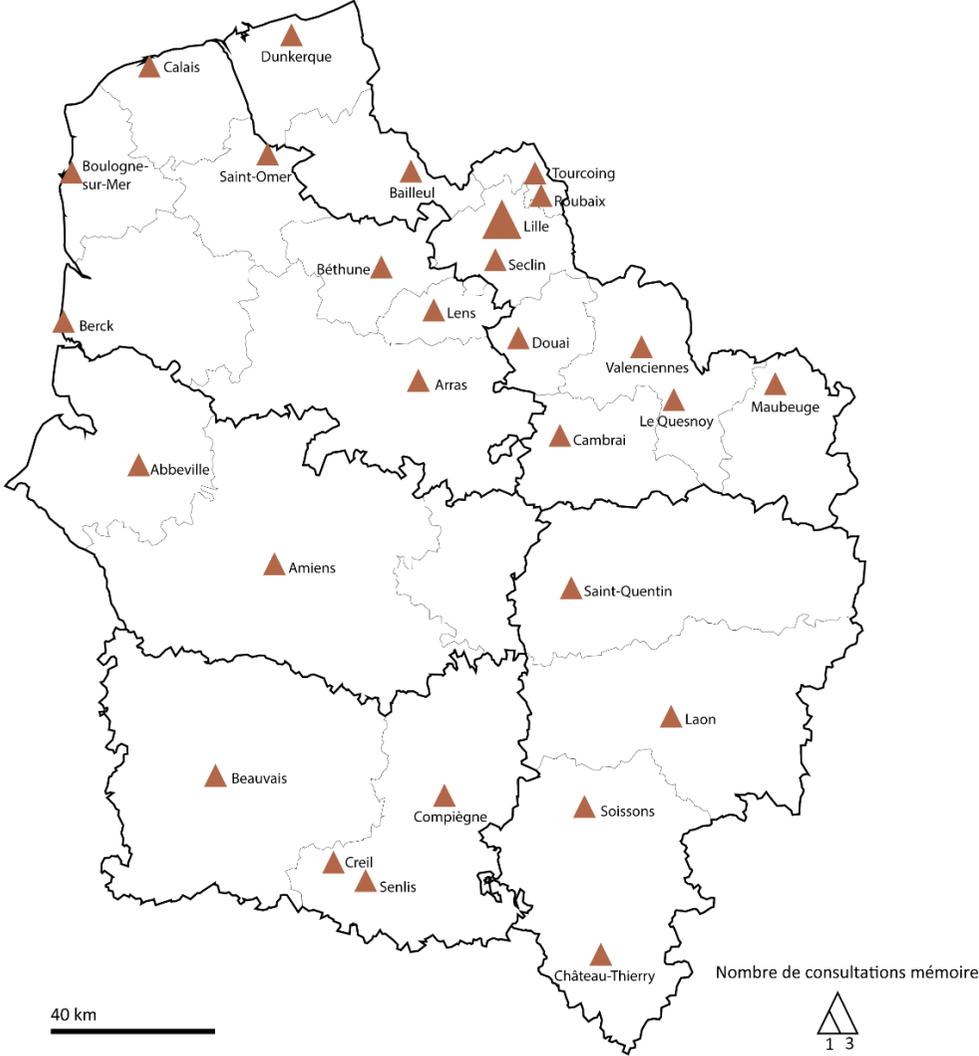
Les données présentées ci-après concernent 29 des 30 structures assurant des consultations mémoires labellisées par l'ARS. En effet, la consultation mémoire portée par le CH de Château-Thierry n'a pas déclaré d'activité en 2016.

L'implantation des consultations mémoire en 2016

Implantation des consultations mémoires en 2016

En 2016, 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 2017 - Traitement OR2S



La file active

En 2016, Ces structures ont assuré un peu plus de **32 700 consultations et actes** au cours desquels ont été reçus environ **20 800 patients dont 8 600 ont consulté pour la toute première fois** pour plainte cognitive ou comportementale. Autrement dit, **deux patients sur cinq reçus en consultation mémoire en 2016 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 observées en 2015 (sur le même périmètre des 30 structures observées en 2016). En 2016, le nombre d’actes par patient s’élève à 1,6 et reste fixe par rapport à 2015.

En 2016, 6 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, Beauvais et Valenciennes. 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 77,4 ans. 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.** Trois quarts des patients 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 à Creil. Plus de 40 % des patients de ce dernier établissement font plus de 50 km pour consulter. 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 Cambresis qui n’en compte que 204. Les Hauts-de-France comptent 43 patients reçus en consultations mémoire pour 1000 habitants

de 75 ans et plus. Cet indicateur varie dans un rapport de 1 à 8 dans les territoires (12 dans l’Arrageois, 14 dans le Cambresis contre 97 pour Lille).

File active en consultations mémoire en 2016

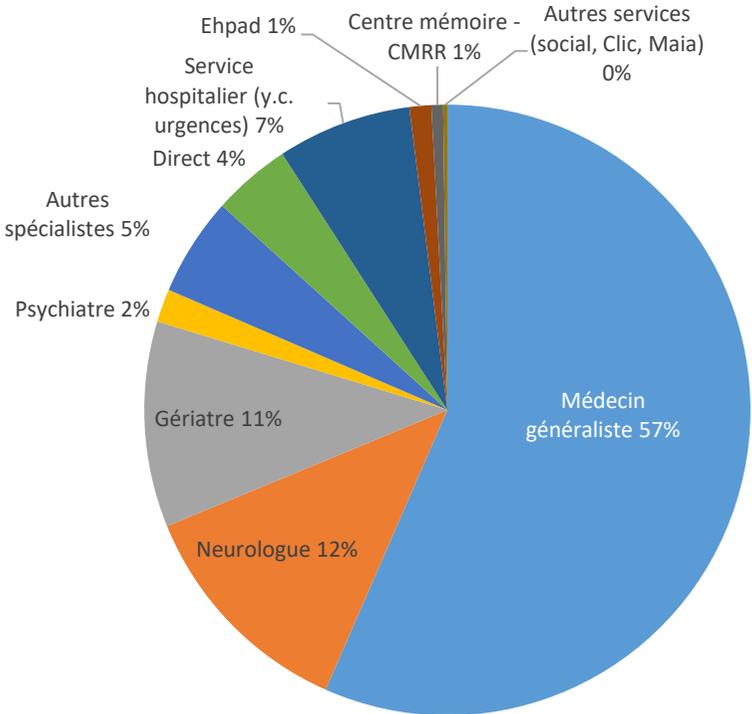
	Nombre de patients reçus	Nombre de patients reçus pour 1000 hab. de 75 ans et plus
Aisne-Nord - Somme-Est	739	30
Aisne-Centre	306	21
Aisne-Sud	492	31
Cambresis	204	14
Douaisis	344	16
Dunkerquois	337	17
Flandre Intérieure	521	35
Lille	4 872	97
Roubaix - Tourcoing	1 219	41
Sambre Avesnois	371	24
Valenciennois	1 849	58
Oise-Est	1 470	47
Oise-Ouest	1 061	39
Arrageois	271	12
Audomarois	595	63
Béthune - Bruay	1 127	44
Boulonnais	309	22
Calais	458	40
Lens - Hénin	1 100	38
Montreuillois	264	24
Somme-Centre	2 099	67
Somme-Ouest	770	57
Hauts-de-France	20 778	43

Source : BNA, ARS - DST 2017 - Traitement OR2S



Le mode d'entrée

Répartition des modes d'entrée en consultation mémoire en 2016



Source : BNA, ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Les patients vus en consultation mémoire sont **orientés très majoritairement (87 %) par un professionnel de santé :**

- un médecin généraliste dans 57 % des cas,
- un neurologue dans 12 % 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.c. urgences (7 %).

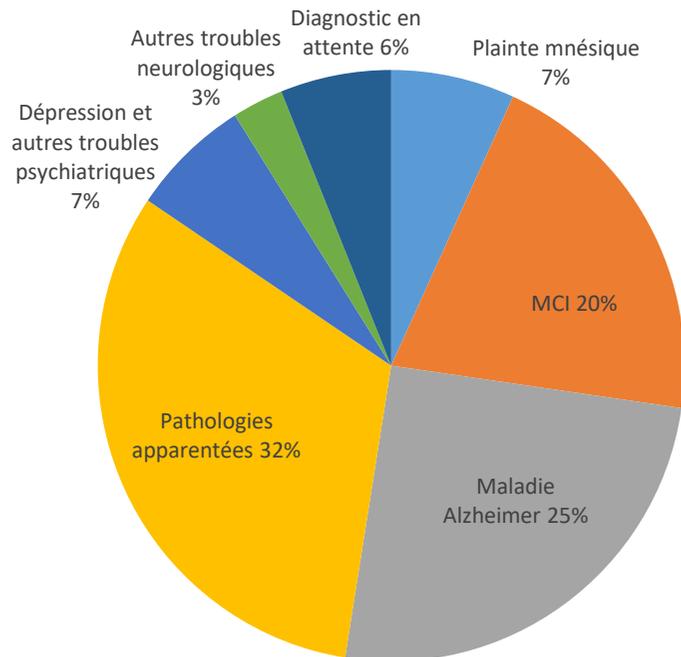
Dans 4 % des cas, le patient se rend directement à la consultation.

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



Groupe de diagnostic

Répartition des diagnostics en consultation mémoire en 2016



Source : BNA, ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

La BNA permet de décrire la répartition des diagnostics posés lors de chaque consultation.

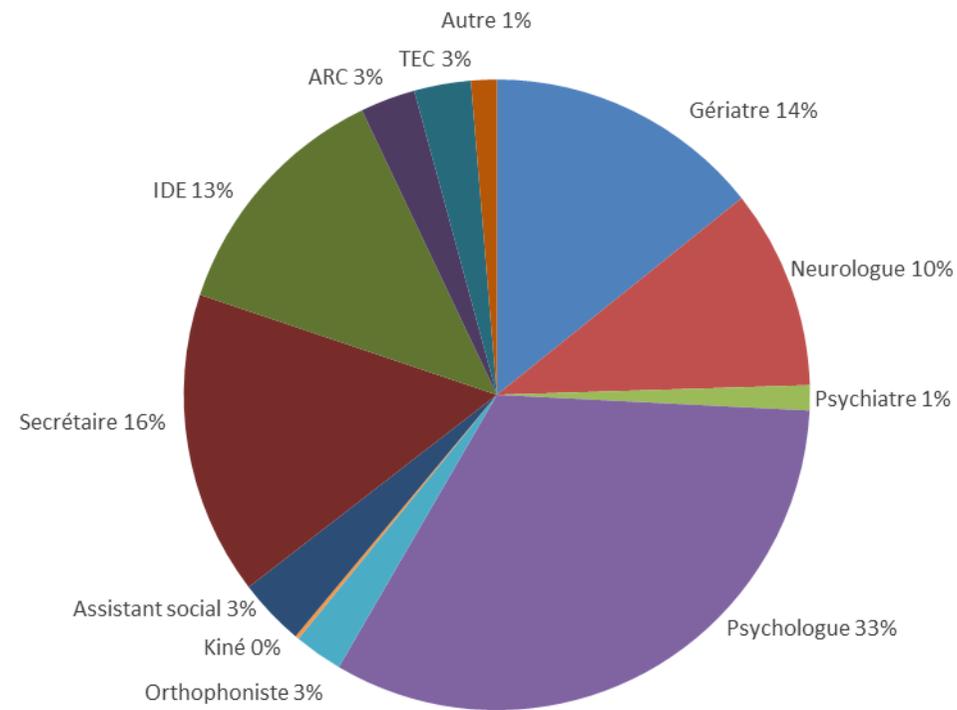
Dans 57 % de cas, le patient consultant est atteint par la maladie d'Alzheimer (25 %) ou une pathologie apparentée (32 %).

Les troubles cognitifs légers (MCI) représentent le diagnostic d'une consultation sur cinq.

Le quart des consultations restantes a pour motif soit une plainte mnésique (7 %), une dépression et autres troubles psychiatriques (7 %) ou d'autres troubles neurologiques (3 %). Dans 6 % des cas, le diagnostic est en attente.

Le personnel

Répartition du personnel intervenant dans les consultations mémoires en 2016



Source : BNA, ARS - DST 2017 - 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 :

- 34,5 ETP de psychologue,
- 16,5 ETP de secrétaire,
- 15,1 ETP de gériatre,
- 13,5 ETP d'IDE,
- 10,8 ETP de neurologue,
- 3,7 ETP d'assistante sociale,
- 3,1 ETP de TEC,
- 3 ETP d'ARC,
- 2,7 ETP d'orthophoniste,
- 1,4 ETP de psychiatre,
- 0,2 ETP de kinésithérapeute,
- 1,4 ETP d'autres professions.

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

- 24 disposent d'un temps de psychologue,
- 23 disposent d'un temps de gériatre,
- 22 disposent d'un temps de neurologue,
- 22 disposent d'un temps de secrétariat,
- 17 disposent d'un temps d'IDE.

D'autres professions sont moins courantes :

- 13 disposent d'un temps d'assistante sociale,
- 10 disposent d'un temps de psychiatre,
- 9 disposent d'un temps d'orthophoniste.

Enfin, 3 consultations mémoires disposent d'un temps d'ARC ou de TEC. Un temps de kinésithérapeute est déclaré par une seule consultation mémoire.

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

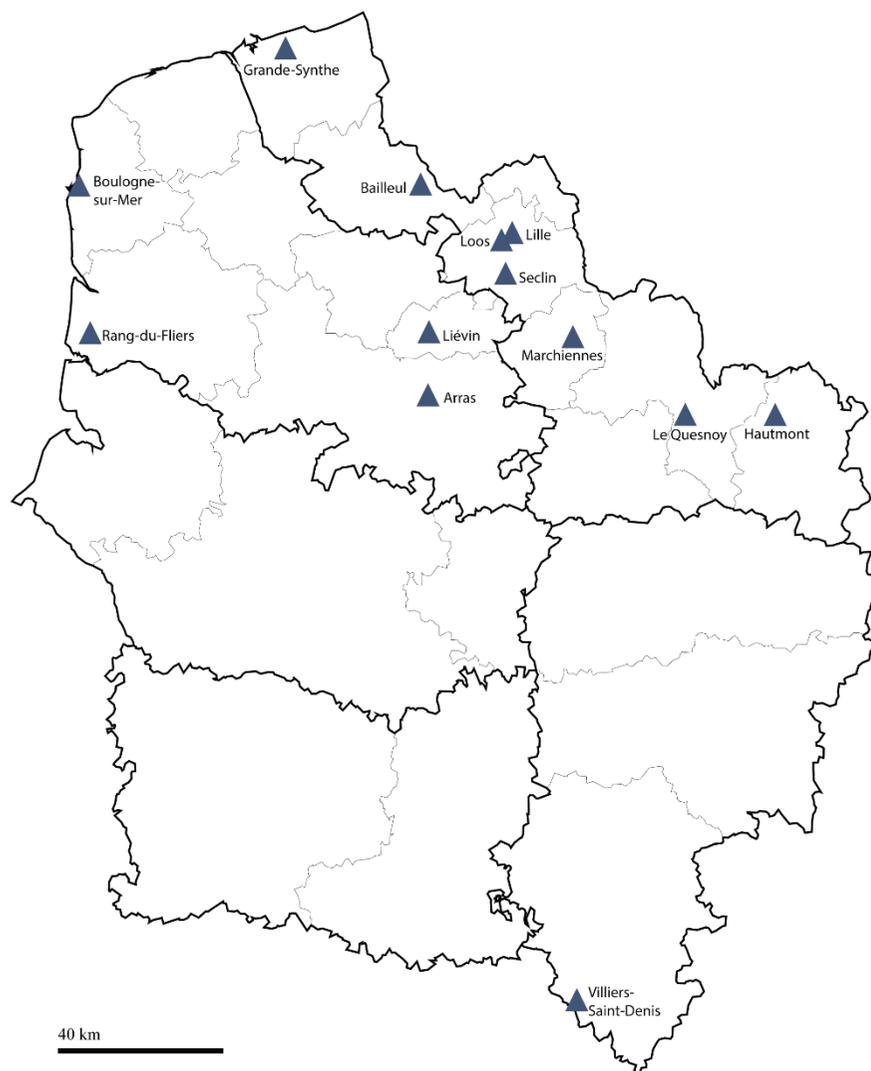
CH d'Arras
CH de Boulogne-sur-Mer
CHAM
Polyclinique Riaumont de Liévin (Ahnac)

Aisne

Hôpital la Renaissance sanitaire Villiers-Saint-Denis

Les unités cognitivo-comportementales labellisées sont au nombre de 13 dans les Hauts-de-France en 2016 (12 en 2015). Elles totalisent 163 lits (147 en 2015). Elles ne sont pas réparties de manière uniforme sur le territoire puisque deux départements n'en comptent aucune (Oise, Somme).

Implantation des UCC labellisées en 2016



Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

13 UCC labellisées dénombrées en 2016 :

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

L'Oise et la Somme ne comptent aucune UCC labellisées.

Les 163 lits sur les départements ayant des UCC labellisées se répartissent ainsi :

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

Un peu plus de 1 550 séjours en UCC labellisées sont déclarés par les établissements, pour un total de 51 700 journées de plus de 24 heures.

La durée moyenne de séjours de 33 jours (31 en 2015) masque de fortes disparités selon les établissements allant de 27 jours au CH d'Arras à 62 jours pour le CH de Seclin. Les établissements du Pas-de-Calais déclarent des durées moyennes de séjour en UCC plus faibles que ceux des autres départements (28 jours contre respectivement 35 et 37 pour les UCC du Nord et de l'Aisne).

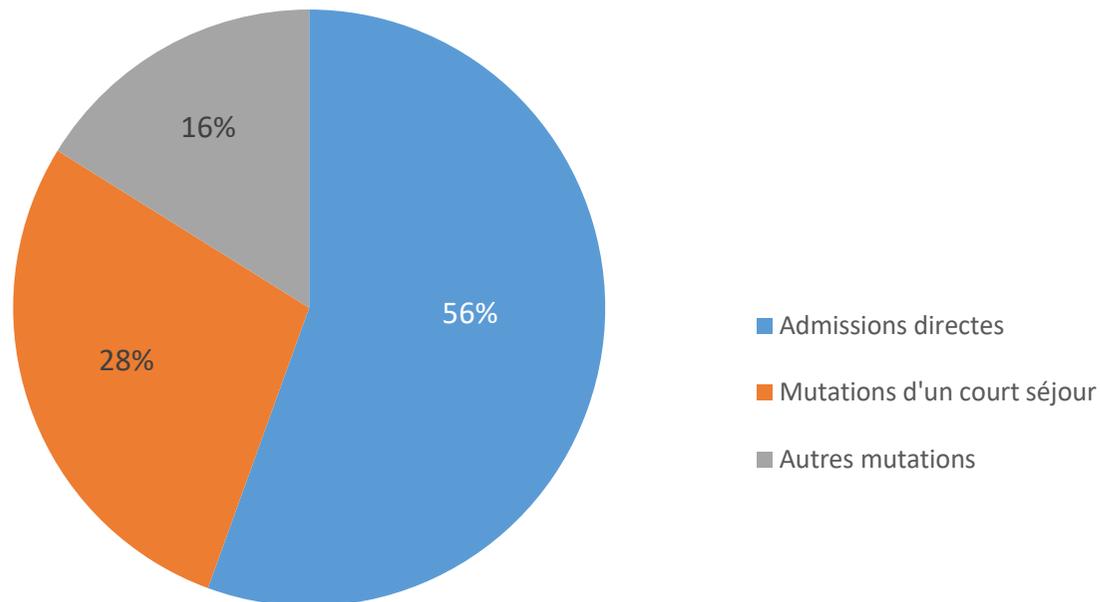
Les entrées et les sorties

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 2016, les 13 UCC recensées dans la région ont déclaré environ 1 500 entrées. L'entrée par admissions directes ressort comme le premier mode d'entrée en UCC avec 835 entrées (56 % des modes d'entrée déclarés). Les mutations d'un court séjour représentent quant à elles 28 % 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 : CHRU de Lille, CH Le Quesnoy, CH d'Arras et CH de l'Arrondissement de Montreuil. Pour l'UCC du CHAM, elles représentent 95 % des modes d'admission. Les « autres mutations » sont majoritaires pour les UCC de la clinique Saint Roch de Marchiennes, le CH de Seclin et le CH d'Hautmont.

Répartition des modes d'entrée en UCC labellisées en 2016

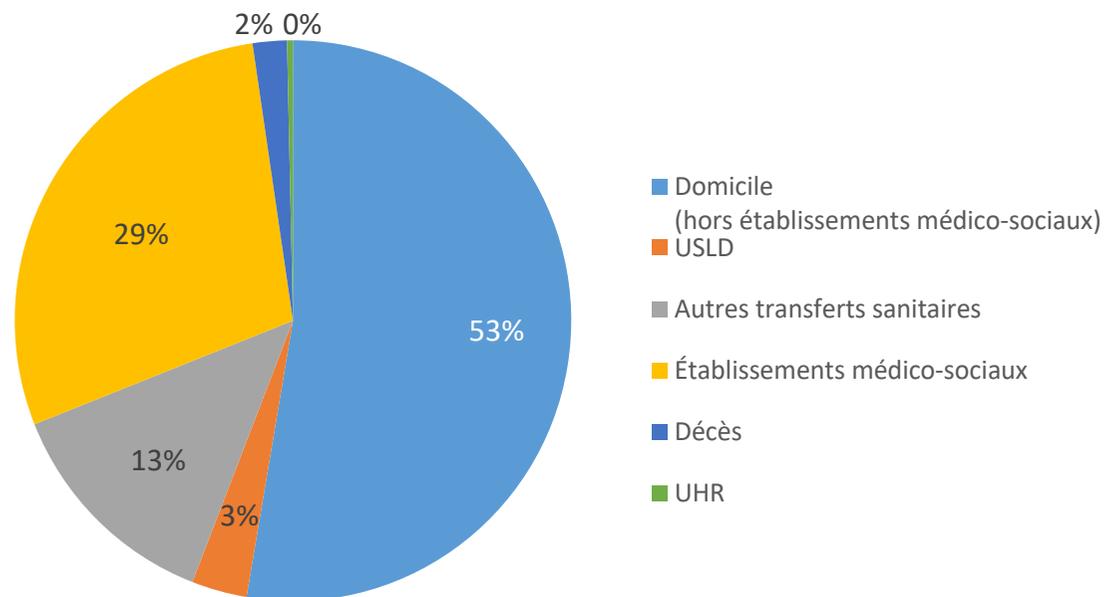


Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

En 2016, dans les 13 UCC labellisées recensées dans la région ont déclaré 1 460 sorties, un peu plus de la moitié d'entre elles (53 %) 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 (29 % des sorties). Les sorties vers les USLD ou UHR sont en marge avec des proportions très faibles (inférieure à 3 % pour les USLD, inférieure à 0,5 % pour les UHR). Cependant les UHR déclarent 10 % d'orientations venant d'UCC. Il est donc probable que certains modes de sortie soient mal renseignés, les UHR étant situées en USLD ou en Ehpad. Les autres transferts sanitaires constituent 13 % des sorties. Enfin, 2 % des sorties (29) se terminent par un décès.

La répartition des modes de sortie varient d'un établissement à l'autre. Le retour à domicile est fortement majoritaire dans certaines UCC (Polyclinique de Grande-Synthe, CH de Seclin, Groupement hospitalier de Loos Haubourdin, CH Le Quesnoy), voire même quasi-exclusif au CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer (88 % 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 50 % et 53 %). Enfin, les sorties vers une USLD sont plus répandues au CH d'Arras et à la Polyclinique de Grande-Synthe que dans les autres UCC de la région (respectivement 8 % et 11 %). La répartition des modes de sortie en 2016 varie un peu par rapport à l'année précédente. En 2015 les sorties vers les établissements médico-sociaux représentaient 24 % des sorties d'UCC en 2015 (29 % en 2016) et les retours à domicile 57 % (53 % en 2016)

Répartition des modes de sortie d'UCC labellisées en 2016



Source : ARS - DST 2017 - 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 2016, les 163 lits répartis dans les 13 UCC de la région ont mobilisé 185 ETP dont 5 % de personnel médical (gériatre quasi-exclusivement). Les 95 % restants, les personnels non-médicaux se répartissent ainsi :

- Aide-soignant : 86 ETP (soit 46 % du personnel œuvrant dans les UCC) ;
- IDE : 52 ETP (28 %)
- Autres personnels non-médicaux (assistante sociale, kinésithérapeutes, diététicienne, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, Staps, socio-esthéticienne, cadre de santé, neuropsychologue...) : 38 ETP (21 %).

À noter que 6 ASG ont été dénombrés dans 2 des 13 UCC de la région.

Parmi les 13 UCC de la région :

- tous ont déclaré disposer d'aides-soignants ;
- 12 ont déclaré disposer d'IDE ;
- 11 ont déclaré disposer d'assistantes sociales ;
- 10 ont déclaré disposer de psychomotriciens ;
- 10 ont déclaré disposer d'ergothérapeutes ;
- 10 ont déclaré disposer de psychologues ;
- 9 ont déclaré disposer de diététiciennes ;
- 9 ont déclaré disposer de kinésithérapeutes ;
- 4 ont déclaré disposer d'orthophonistes ;
- 4 ont déclaré disposer de personnel Staps.

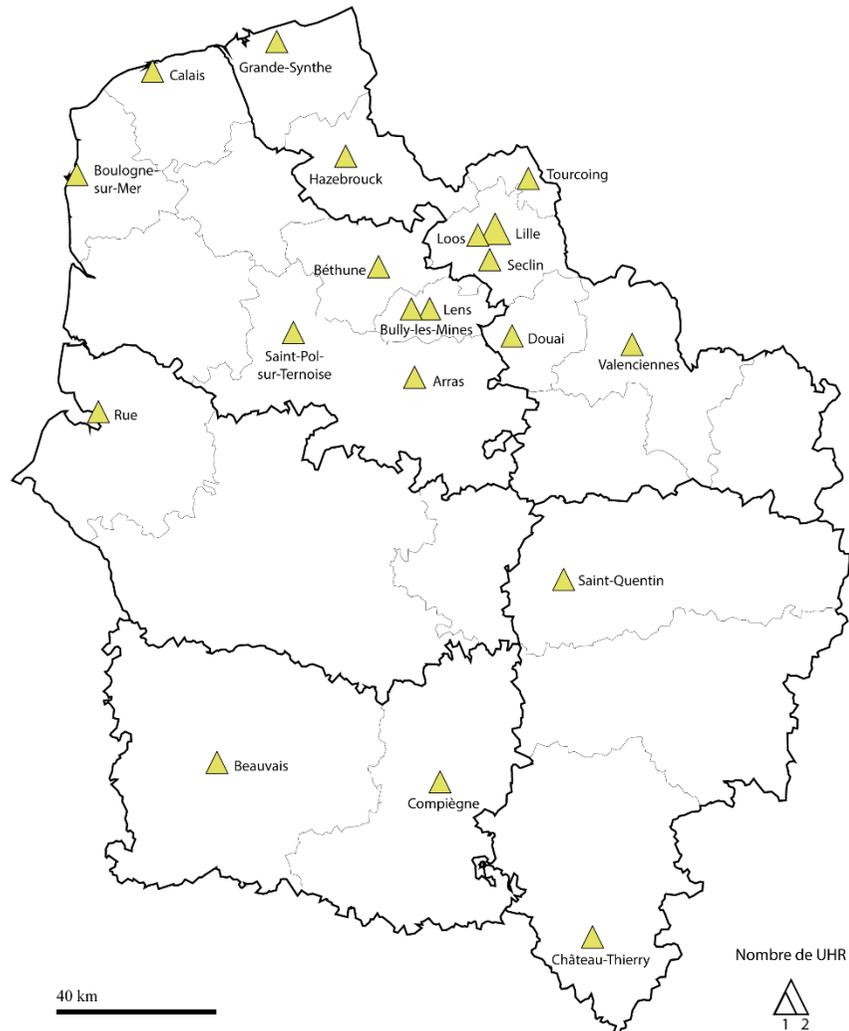
Les unités d'hébergement renforcées

Les unités d'hébergement renforcées (UHR) sont des structures alternatives permettant de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles moyens et sévères du comportement. En 2016, il existe 21 UHR en région pour 302 lits (20 UHR pour 290 lits), 15 UHR sont implantées dans un Ehpad et 6 dans une USLD.

Implantation des UHR labellisées

<p>Aisne</p> <p>CH Jeanne de Navarre – Château-Thierry CH de Saint-Quentin</p>	<p>Pas de Calais</p> <p>CH de Béthune CH d'Arras CH du Ternois CH de Boulogne-sur-Mer CH de Calais CH de Lens Ehpad l'Aquarelle à Bully-les-Mines (Anhac)</p>	<p>Oise</p> <p>CH de Beauvais CHI Compiègne - Noyon</p>
<p>Nord</p> <p>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</p>		<p>Somme</p> <p>CHI de la Baie de Somme</p>

Implantation des UHR labellisées en 2016



Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

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

Les 21 UHR labellisées se répartissent sur les 5 départements de la région de la manière suivante :

- 2 UHR dans l'Aisne,
- 9 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), le Cateau-Cambresis (Cambresis), Jeumont (Avesnois), Montreuil (Montreuillois), Saint-Omer (Audomarois), Aire-sur-la-Lys (Audomarois), Corbie (Somme-Centre) et Amiens (Somme-Centre)

La file active

Caractéristiques démographiques

Sur les 21 UHR implantées dans les Hauts-de-France, 19 ont répondu à l'enquête. Ces dernières ont accueilli 404 personnes en 2016. La population accueillie en UHR présente un *sex-ratio* à parité (50 % d'hommes et 50 % de femmes).

L'âge moyen des personnes accueillies en UHR est de 81 ans. Cet âge n'est pas homogène selon les UHR. En effet, l'âge moyen des personnes accueillies varie de 72 ans à 90 ans.

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour dans les UHR est de l'ordre de 14 mois et varie du simple (7 mois pour les UHR des CH de Douai, CH du Ternois, CH de Lens, CH de Saint-Quentin et CHI de la Baie de Somme) au quadruple (27 mois pour l'UHR du CH de Valenciennes).

Capacité et file actives des UHR labellisées en 2016

	Nombre de places	File active	Âge moyen (en années)	DMS (en j)
CH de Saint-Quentin	14	14	79	218
CH de Château-Thierry	16	16	86	730
Polyclinique de Grande Synthe	14	10	83	338
CH Hazebrouck	12	NR	NR	NR
CHRU de Lille	13	13	83	730
Centre Féron Vrau	12	12	82	*
CH de Seclin	14	22	85	220
GHLH	12	17	75	NR
CH de Tourcoing	14	22	81	645
CH de Douai	15	18	79	220
CH de Valenciennes	20	29	78	820
CH de Beauvais	14	33	84	609
CHI Compiègne-Noyon	15	24	80	438
CH de Boulogne	14	22	72	730
CH de Calais	14	28	74	282
CH de Béthune	14	19	82	447
CH Bully les Mines	12	NR	NR	NR
CH de Lens	10	14	80	200
CH d'Arras	15	30	80	260
CH du Ternois	20	30	84	215
CHI Baie de Somme	18	31	90	215
Hauts-de-France	302	404	81	436

Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

* UHR ouvert courant 2016

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)*. Ce test permet d'évaluer les fonctions cognitives et de la capacité mnésique. Il est employé à visée d'orientation diagnostique devant une suspicion de démence. Il est notamment employé dans le cadre d'un diagnostic de la démence de type Alzheimer.

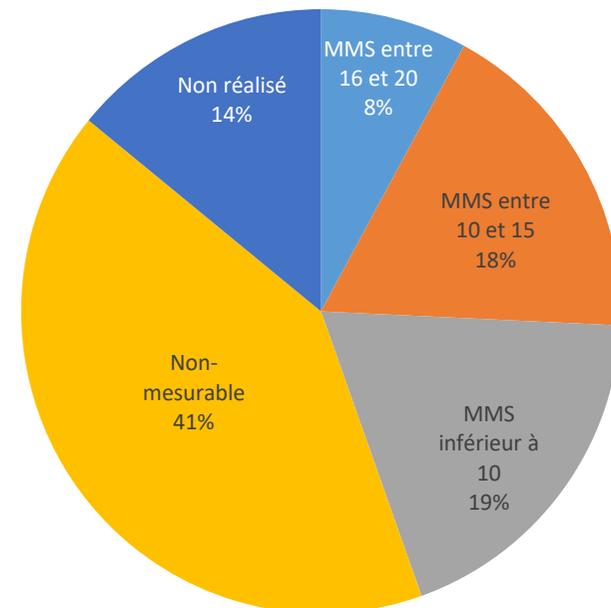
En 2016, deux personnes sur cinq prises en charge en UHR, le MMS n'a pu être mesuré. Pour une personne sur sept, ce test n'a pas été réalisé.

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

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

Les UHR ont précisé le diagnostic principal des résidents admis. Comme en 2015, le diagnostic le plus fréquent (72 %) est celui de 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.

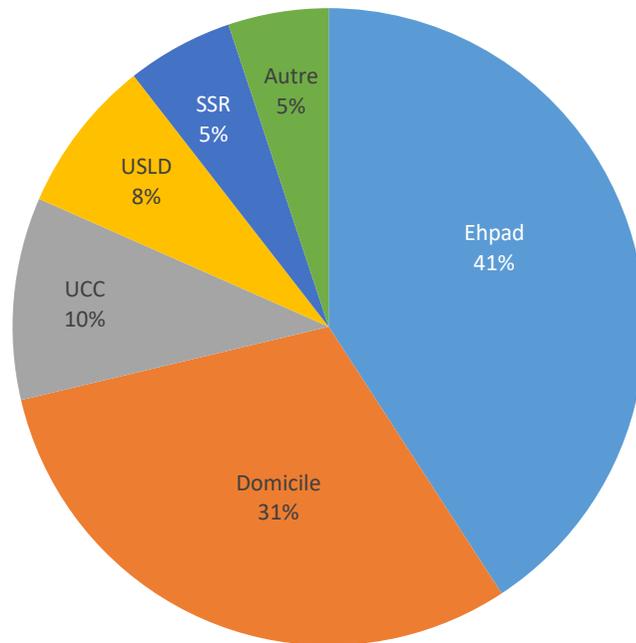
Diagnostic de la démence *via* le *Mini Mental State* à l'entrée des UHR labellisées en 2016



Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Les entrées

Provenance des personnes prises en charge en UHR labellisées en 2016



Champ : 331 entrées rapportées par les 19 UHR répondantes

Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Les 19 UHR ayant répondu à l'enquête ont pu renseigner le lieu de vie qu'occupaient les patients avant leur prise en charge dans leurs murs :

- 41 % résidaient en Ehpad,
- 31 % habitaient leur domicile,
- 10 % étaient pris en charge en UCC,
- 8 % étaient pris en charge en USLD,
- 5 % étaient dans un établissement SSR.

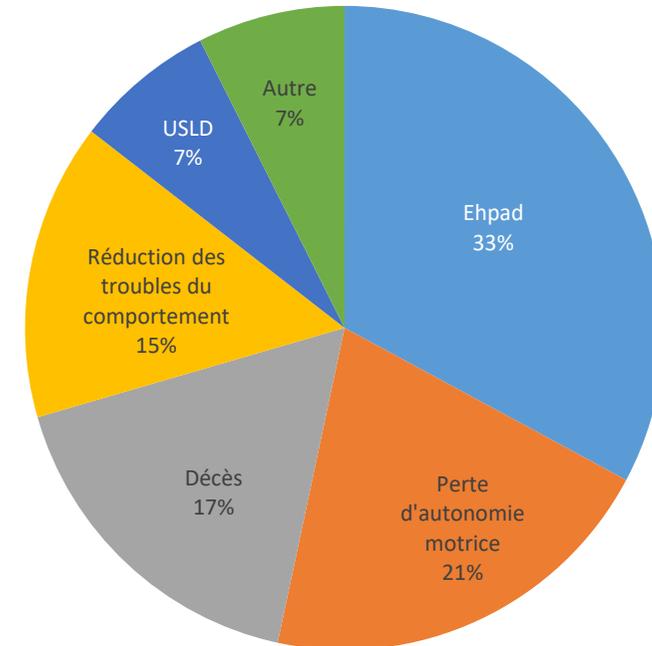
Enfin, 5 % résidaient dans un autre lieu de vie (centre hospitalier, UVA...)

Les sorties

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

- dans un tiers des cas, le patient repart dans un Ehpad (la plupart du temps dans l'Ehpad où il résidait avant son entrée en UHR) ;
- 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 sept, c'est le décès de la personne qui interrompt l'accompagnement ;
- dans 15 % 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 7 % des cas, la personne prise en charge est transférée vers une USLD ;
- 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 2016



Champ : 268 sorties rapportées par les 19 UHR répondantes

Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Les activités proposées dans les UHR labellisées

Sur les 21 UHR interrogées, 18 ont répondu au module de questions portant sur les activités proposées au sein de ce type de structure. Toutes ont répondu avoir proposé les activités suivantes :

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

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

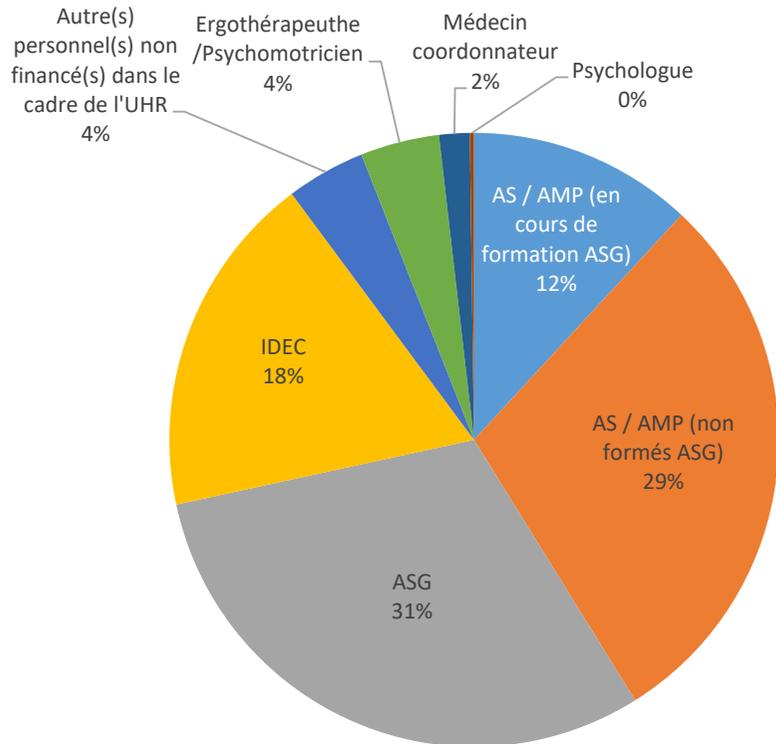
De manière plus ponctuelle, les UHR font appel également à des orthophonistes, des art-thérapeutes, socio-esthéticiens et éducateurs canins.

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, 17 UHR ont répondu au module de questions portant sur le personnel (17 sur le personnel dédié aux soins et 12 sur le personnel consacré à la dépendance).

Globalement, les 17 UHR ont fait remonter un total 189 ETP dédiés aux soins, soit 15,1 ETP pour 20 lits UHR. Pour le personnel dédié à la dépendance, les UHR recensent 34 ETP soit 3,8 ETP pour 20 lits UHR. Ces chiffres correspondent au personnel étant intervenu réellement dans les UHR en 2016.

Personnel réservé aux soins en UHR labellisées en 2016 (en ETP)



Champ : 17 UHR répondantes

Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Les UHR mobilisent plusieurs types de professionnels dédiés aux soins. Les 17 UHR labellisées ayant renseigné la partie relative aux ressources humaines de l'enquête déclarent :

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

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

Les partenariats des UHR labellisées

Sur les UHR interrogées, 18 ont répondu aux questions portant sur les partenariats :

- 10 déclarent travailler avec une UCC,
- 13 déclarent travailler avec d'autres Ehpad,
- 14 déclarent travailler avec une consultation mémoire,
- 12 déclarent travailler avec un CMP,
- 16 déclarent travailler avec un service de psychiatrie,
- 14 déclarent travailler avec un CSG,
- 5 déclarent travailler avec d'autres partenaires (Clic, MAIA...)

Les partenariats des UHR labellisées en 2016

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

Source : ARS - DST 2017 - Traitement OR2S

Mesure n°1 : 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.

Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 rappelle les missions des PFR :

- répondre aux besoins d'information, d'écoute, de conseils et de relais des aidants pour les conforter dans leur rôle d'aidants dans une logique de proximité ;
- proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple ;
- être l'interlocuteur privilégié des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) pour ces prestations et le recensement de l'offre de répit ;
- être l'interlocuteur privilégié des médecins traitants chargés de suivre la santé des aidants et des patients et chargés de repérer les personnes « à risque » ;
- offrir du temps libéré pour l'aidant ou du temps partagé avec la personne malade (du « bon temps passé ensemble ») ;
- informer, éduquer soutenir les aidants pour les aider à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer ;
- favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et de lutter contre le repli et la dépression.

Implantation des PFR

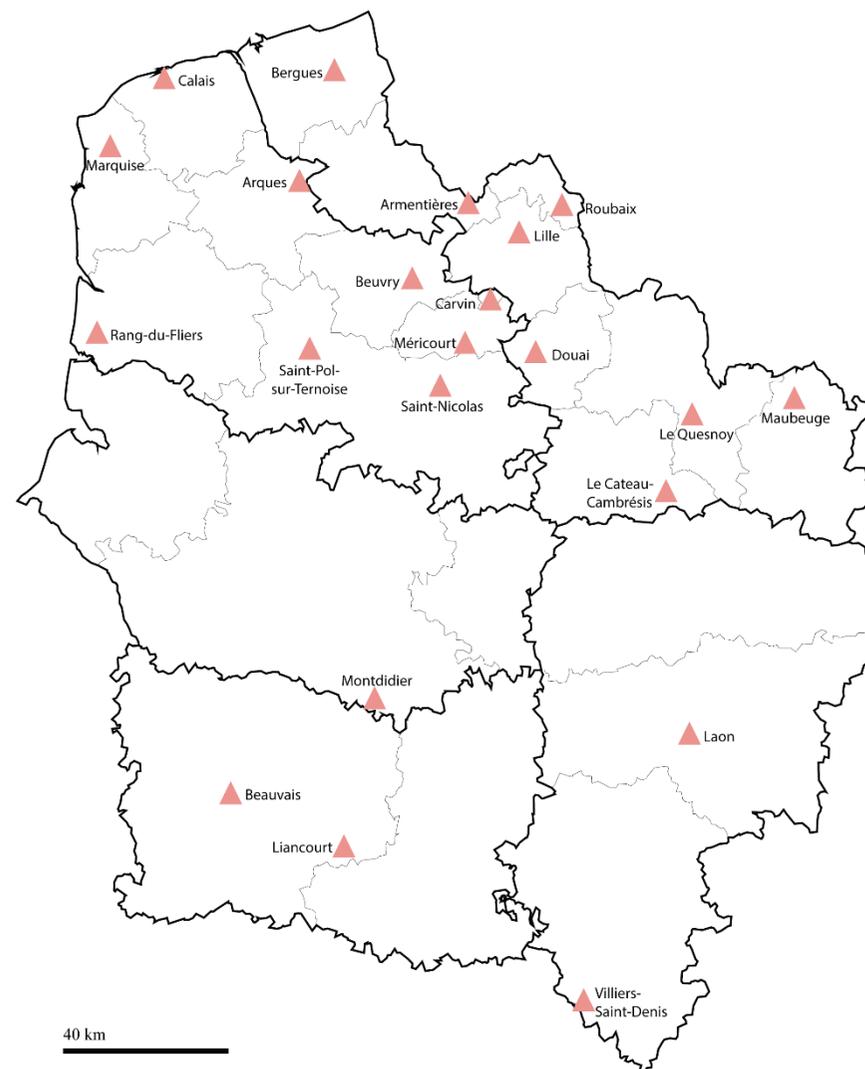
Dans la région, le déploiement des PFR a débuté en 2009 avec la création d'un site expérimental : la « Maison d'Aloïs » à Bergues. Ensuite, la généralisation de ce dispositif a commencé en 2011 lors de l'entrée dans le droit commun de la plateforme expérimentale et de la diffusion du cahier des charges. Ainsi 21 PFR sont autorisées fin 2016. 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'Audomarais 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 2016 se répartissent ainsi :

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

Si chaque territoire des départements du Nord et du Pas-de-Calais sont totalement couverts par les PFR, ce n'est pas le cas dans les autres départements. Aucune PFR n'existe sur les territoires suivants : Aisne-Nord/Somme-Est, Oise-Est et Somme-Ouest.

Implantation des PFR en 2016



Source : ARS – DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Analyse des données d'activité

Méthodologie

L'analyse de l'activité 2016 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 21 PFR ayant déclaré une activité en 2016, 3 ont démarré leur activité en 2016 et ont assuré entre 20 et 47 semaines d'ouverture. Sur les 18 PFR ouvertes avant 2016, 13 ont assuré 52 semaines d'ouverture sur l'année 2016, 2 ont été ouvertes 51 semaines, 1 a été ouverte 50 semaines, 1 a été ouverte 48 semaines et 1 a été ouverte 47 semaines. Ainsi, au total, les PFR ont assuré 1 032 semaines d'ouverture aux usagers. En comparaison, en 2015, les 18 PFR avaient assuré 736 semaines d'ouverture, soit une augmentation de 40 % entre 2015 et 2016. Cela s'explique notamment par le fait que 8 PFR ont débuté leur activité au cours de l'année 2015 (et n'avaient par conséquent qu'une activité partielle au cours de l'année de leur ouverture) mais aussi par l'ouverture de 3 nouvelles PFR en 2016.

Sur les 21 PFR ayant déclaré une activité en 2016, 6 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 (4 sur 18 en 2015).

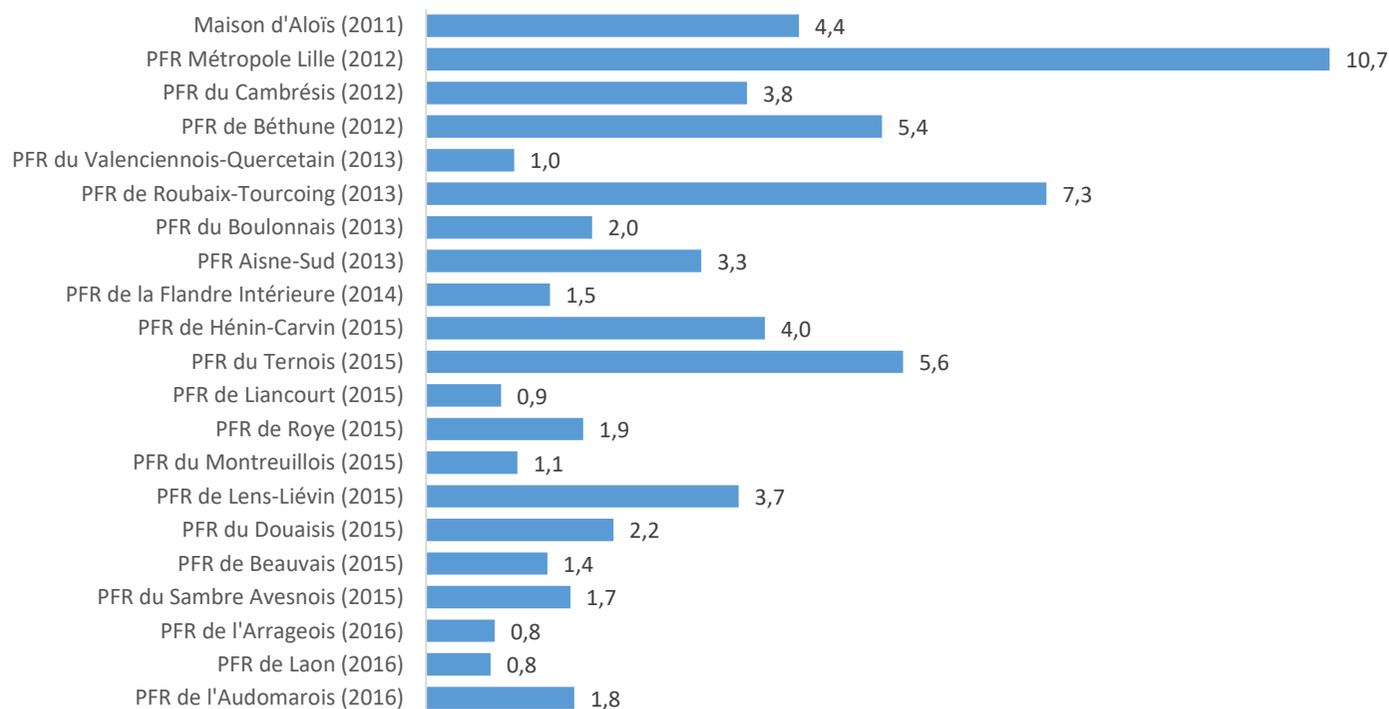
File active

En 2016, **3 295 aidants ont contacté l'une des 21 PFR**, soit 36 % de plus qu'en 2015 (année au cours de laquelle 9 PFR ont débuté leur activité). Les moyens de contact les plus utilisés sont l'accueil physique (41,5 % des contacts) et téléphonique (42,2 % des contacts). Les autres moyens utilisés représentent 16,3 % des contacts (parmi lesquels figurent des visites à domicile et des contacts par mail).

Le nombre moyen d'aidants contactant une PFR chaque semaine reste stable en 2016 (3,2 en 2016 contre 3,3 en 2015) mais reste en deçà du niveau observé en 2014 (3,8).

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 Liancourt, de Saint-Nicolas et de Laon (ces deux dernières ont débuté leur activité en 2016) à plus de 10 pour la Maison des Aidants de Lille.

Nombre moyen d'aidants ayant pris contact avec une PFR par semaine d'ouverture en 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - 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 3 295 aidants ayant pris contact avec une des 21 PFR, 3 073 aidants ont bénéficié d'au moins une prestation (soit 93 %) et 2 761 personnes aidées ont au moins un aidant ayant bénéficié d'une prestation. En 2015, 2 429 aidants avaient contacté une PFR et 1 976 avaient bénéficié d'au moins une prestation.

En 2016, on compte 1,1 aidant pour une personne aidée. Ce chiffre est relativement stable par rapport à 2015 mais reste en baisse par rapport à 2014 (1,3 aidant par personne aidée) et 2013 (1,2 aidant par personne aidée).

Profil des aidés

En 2016, la répartition des personnes aidées en fonction du diagnostic reste stable. En effet, parmi les 2 761 personnes aidées, 80 % sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (83 % en 2015, 84 % en 2014 et 83 % en 2013). Comme en 2015, 9 % des personnes aidées sont touchées par une perte d'autonomie fonctionnelle (10 % en 2014 et 9 % en 2013). Enfin, les autres situations (Parkinson, démence vasculaire, DMLA, troubles psychologiques, cancer, pathologies neurologiques) concernent 9 % des personnes aidées (8 % en 2015, 7 % en 2013 et 2014).

Profil des aidants

Comparé à 2015, la répartition par classe d'âges des aidants reste identique en 2016 : 31 % des aidants ont moins de 60 ans, 42 % des aidants ont entre 60 et 75 ans, 27 % ont plus de 75 ans.

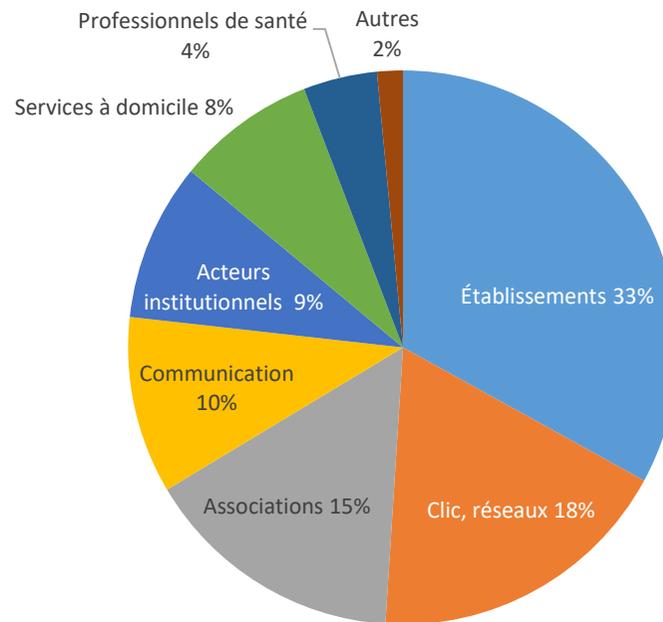
L'aidant est à quelques exceptions près (amis, voisins) presque toujours un membre de la famille de la personne aidée. Dans la moitié des cas, l'aidant est le conjoint de la personne aidée. Les enfants représentent 42 % des aidants, les petits-enfants jouent un rôle anecdotique (1 % des aidants). Les autres membres de la famille (frères et sœurs, beaux-enfants, neveux et nièces) représentent 6 % des aidants.

Ces chiffres restent stables par rapport aux observations de 2015.

Orientation des aidants

Les aidants sont orientés vers les PFR par différents acteurs. Les établissements (Ehpad, centres hospitaliers, centres mémoires...) sont à l'origine d'un tiers des orientations vers les PFR. Les Clic et réseaux gérontologiques orientent 18 % des aidants, les associations d'usagers et de familles 15 %. Le bouche-à-oreilles et les actions menées auprès du grand public (rassemblé sous le terme « Communication » dans le graphique ci-dessous) constituent 10 % des orientations vers les PFR. De plus, 9 % des orientations sont issues des acteurs institutionnels (conseils départementaux, CCAS, caisses de retraite...) et 8 % des services à domicile. Enfin, les professionnels de santé (libéraux) sont à l'origine de 4 % des orientations des aidants vers les PFR.

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 2016

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Prestations réalisées par les PFR

Actions d'écoute et de soutien

Accueil téléphonique

Les 21 PFR ayant déclaré une activité en 2016 ont toutes mis en place une permanence téléphonique. Pour 14 plateformes, l'amplitude horaire est plus large que celle de l'accueil de jour tandis que pour 5 plateformes, les horaires de permanence téléphoniques sont les mêmes que l'accueil de jour ; enfin, pour une d'entre elles, l'amplitude horaire est moins large que celle de l'accueil de jour (une PFR n'a pas répondu à cette question).

En 2016, près de 1 900 aidants ont ainsi bénéficié de cette prestation par l'une des 18 PFR ayant renseigné cet item (les plateformes d'Armentières, du Valenciennois-Quercitain et de Beauvais n'ont pas précisé le nombre d'aidants bénéficiaires). L'enquête portant sur l'activité 2015 mentionnait un peu plus de 1 300 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 2016, le nombre de rencontres individualisées réalisées par les PFR s'élève à 4 262, concernant 1 950 aidants. En 2015, les PFR de la région avaient enregistré 2 502 rencontres individualisées menées auprès de 1 280 aidants. Autrement dit, le nombre de rencontres individualisées a bondi de 70 % en 2015 et 2016 et, en parallèle, le nombre d'aidants ayant bénéficié de ce type de prestation a augmenté de 52 %.

En 2016, le nombre moyen de rencontres individualisées par aidant est de 2,2 (2,0 en 2015).

En 2016, chaque semaine d'activité a généré 4,1 rencontres individualisées (3,4 en 2015).

Actions collectives

En 2016, 15 des 21 PFR ayant déclaré une activité ont organisé **141 groupes de parole** ayant mobilisé **262 aidants*** (contre 116 groupes pour 287 aidants en 2015).

En 2016, 15 des 21 PFR ont organisé des réunions de groupe de type « **café des aidants** ». Au total, **217 réunions** ont ainsi été organisées et **376 aidants***¹ y ont participé (152 réunions pour 226 aidants en 2015).

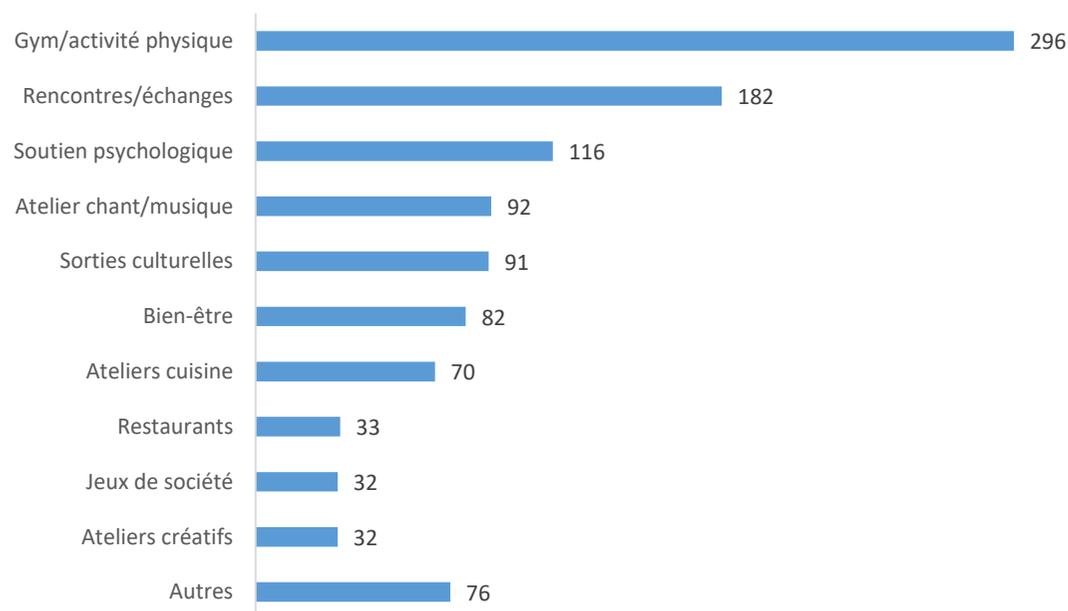
¹ N.B. : un aidant peut participer à plusieurs groupes.

D'autres actions collectives dédiées à l'écoute et au soutien des aidants ont été mentionnées par 12 PFR. Au nombre 371, ces actions ont mobilisé 453 aidants en 2016. Parmi ces actions figurent notamment : soutien psychologique, accueil libre, séances d'information/formation des aidants, temps de rencontre et d'échange, permanence juridique. Les activités correspondant à des ateliers de bien-être, des ateliers d'arts créatifs ou de cuisine, des sorties diverses (restaurant, sorties culturelles...) sont plus rares.

Actions auprès du couple aidant-aidé

En 2016, 19 des 21 PFR en activité de la région ont proposé des actions pour le couple aidant-aidé ; **1 102 actions** ont ainsi été organisées et **1 953 aidants** y ont participé (583 actions pour 1 522 aidants en 2015). 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. Ces actions prennent la forme d'ateliers : chant/musique (8 % des actions), cuisine (6 %), jeux de société (3 %), ateliers créatifs (3 %) ou peuvent se formaliser par des temps de rencontres et d'échanges (17 % des actions), des sorties culturelles (8 %), des sorties au restaurant (3 %). Une action sur dix est assimilée à du soutien psychologique.

Répartition des différents types d'action auprès du couple aidant-aidé en 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - 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 2016, 12 plateformes ont mis en œuvre des actions de répit à domicile. Ce type d'action a bénéficié à **463 aidants** (282 en 2015, 141 en 2014) pour une **durée totale de plus de 1 300 jours** (218 jours en 2015). Le nombre de jours de répit moyen accordé par aidant est de 2,8, soit une valeur nettement supérieure à celle observée dans les années précédentes (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 2016, sur les 12 PFR ayant assuré des actions de répit à domicile, 7 ont pu honorer l'ensemble des demandes qui leur a été adressé. Les 5 autres ont dénombré **54 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, arrêt maladie du relayant, hospitalisation de l'aidé, entrée de la personne aidée en établissement, délai de la demande.

De plus, 3 PFR n'ayant pas mis en œuvre ce type d'action en 2016 ont recensé **47 aidants en demande**, demandes que ces plateformes n'ont pas pu prendre en charge du fait qu'elles ne proposaient pas encore cette prestation (ces 3 PFR sont récemment ouvertes).

Autres actions

En 2016, 20 des 21 PFR de la région ont organisé 712 autres actions auxquelles ont participé 1 674 aidants (248 actions pour 519 aidants en 2015, 60 actions pour 259 aidants en 2014). Ces « autres actions » ont porté notamment sur le bien-être (environ un tiers des actions), sur des ateliers (cuisine, jeux, musique) pour (un peu plus de 10 %), l'activité physique (7 %). Les actions de formation/information représentent 13 % de ces autres actions, celles portant sur de la communication grand public (forums, journées thématiques) environ 4 %. Des activités liées à l'organisation interne des PFR (gestion des plannings) sont comptabilisées par certaines PFR et comptent pour environ 20 % des activités.

Évaluation des prestations réalisées

En 2016, 15 des 21 PFR déclarent avoir mis en place un dispositif d'évaluation de leurs actions auprès des aidants. Elles étaient 8 à le déclarer en 2015.

Listes d'attente

En 2016, en dehors des prestations de répit à domicile, 7 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 2016, 20 des 21 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, 18 en leur permettant de fréquenter occasionnellement un accueil de jour, 14 en proposant une prestation de répit à domicile

En résumé, les 21 PFR des Hauts-de-France ont proposé en 2016 :

- 4 262 actions individuelles pour 1950 aidants ;
- 141 groupes de parole pour 262 aidants ;
- 217 réunions de type café répit pour 376 aidants ;
- 371 autres actions collectives dédiées à l'écoute et au soutien pour 453 aidants ;
- 1 300 jours de répit à domicile pour 463 aidants ;
- 712 « autres actions » pour 1674 aidants ;
- 1 102 actions auprès du couple aidant-aidé pour 1953 aidants.

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 21 PFR ayant déclaré une activité en 2016 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 (« café des aidants », « bistrot mémoire » ou d'ateliers artistiques ;
- Centres Locaux d'information et de coordination gérontologique ;
- Équipes Spécialisées Alzheimer à Domicile ;
- 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) ;
- D'autres associations (France Parkinson, France AVC...) ou réseaux (G-SEP) peuvent également proposer des formations.

Les PFR communiquent aux aidants les coordonnées de ces associations, mais pas seulement. Elles peuvent en effet fournir à l'aidant les coordonnées de professionnels de santé, de services juridiques.

Lien avec l'accueil de jour

En 2016, 255 personnes aidées ont fréquenté l'accueil de jour suite au contact de l'aidant avec une plateforme, soit 9,3 % des personnes aidées (en 2015, 183 personnes aidées et 10,3 % 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 la moitié des personnes prise en charge en accueil de jour (496 personnes aidées ont fréquenté un accueil de jour en 2016).

Personnel

En 2016, les 21 PFR ayant déclaré une activité ont disposé de 45,2 ETP (39,9 ETP en 2015) :

- 13,1 ETP d'IDE (11,8 ETP en 2015) ;
- 19,3 d'AMP/AS ou ASG (15,9 ETP en 2015) ;
- 10 ETP de psychologue (8,2 ETP en 2015) ;
- 2,8 ETP Autres² (ETP en 2015).

En moyenne chaque PFR dispose de 2,2 ETP (même chose qu'en 2015) :

- 0,6 ETP d'IDE ;
- 1 ETP d'AMP/AS ou ASG ;
- 0,5 ETP d psychologue ;
- 0,1 ETP Autres.

Parmi les 21 PFR étudiées :

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

Certaines PFR sont en cours d'installation et ne disposent pas d'une équipe complète.

² Educateur, 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 21 PFR ayant déclaré une activité en 2016 ;
- Les établissements (21 PFR) ;
- Les services à domicile (20 PFR) ;
- Les Clic et réseaux gérontologiques (19 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 2016, 20 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 (14 PFR) ;
- Offre de répit à domicile, offre de répit de longue durée (12 PFR) ;
- Transport et moyens de locomotion (10 PFR) ;
- Absence de solution d'accueil d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant (8 PFR).

De plus, d'autres manques ont été moins fréquemment mentionnés : lisibilité de l'offre de services pour l'aidant (citée par 3 PFR), la formation des services de soins à domicile (3), 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.

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

- le déficit d'image et de lisibilité de la part 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 ;
- 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 ;
- la mauvaise articulation de certaines politiques publiques.

Financement

En 2016, sur les 21 PFR, 7 déclarent avoir bénéficié de financements en dehors de la dotation de l'ARS (5 sur 18 en 2015). Le conseil départemental du Nord est intervenu financièrement à hauteur de 40 000 € pour 6 des 8 PFR de son département.

Les autres financements relevés par les PFR sont d'un montant moindre : le conseil départemental du Pas-de-Calais a alloué un financement (325 €) pour une des PFR située dans le département, l'ARS un financement à deux PFR (2 000€ et 4 000€), la Carsat à une PFR (1 200€). Enfin, des associations ont contribué au financement de 2 PFR (650 € pour la première, 1 400€ pour la seconde).

En 2016, 16 des 21 PFR ont mis en place une participation financière modérée des usagers pour certaines prestations proposées (sorties, séjours de répit ...).

Mesure n°2 : 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 33 actions de formation mises en place par 19 porteurs au cours de l'année 2016. Parmi ces 33 actions, 27 ont été réalisées au titre de l'appel à candidatures 2016 et 6 l'ont été au titre de l'appel à candidatures d'une année précédente.

L'analyse des données des bilans d'activité 2016 portera finalement sur 27 actions du fait que 6 bilans d'activité remontés par les porteurs à l'ARS ne correspondent pas aux attentes du cahier des charges initial.

État des lieux dans la région

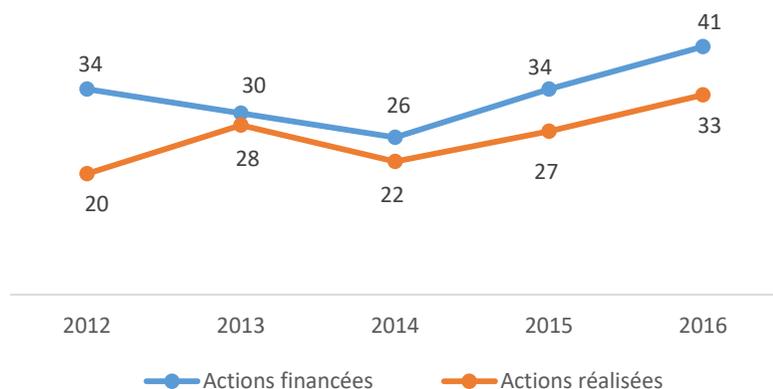
En 2009 et 2010, l'association France Alzheimer a été l'opérateur principal chargé de la mise en œuvre des actions de formations des aidants. Depuis 2011, la poursuite du déploiement de cette mesure a également été confiée aux agences régionales de santé. La sélection des projets s'effectue à travers une procédure d'appel à candidatures. 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 2016

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

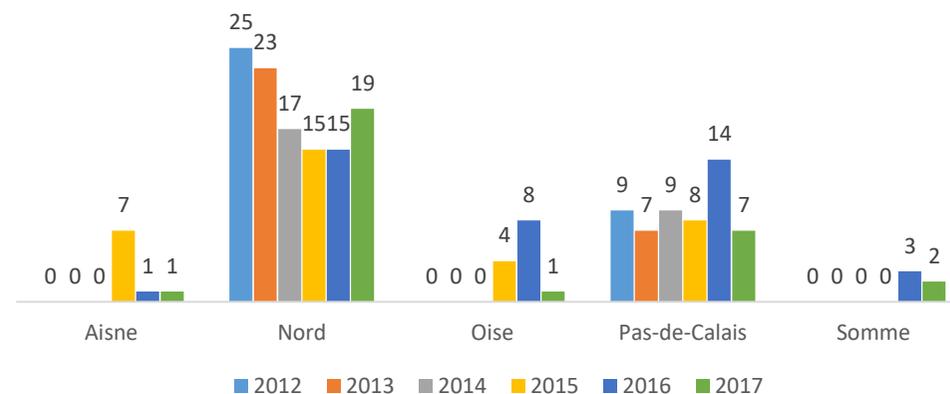
- en 2012 : 20 actions de formation sur les 34 proposées par 8 porteurs ;
- en 2013 : 28 actions de formation sur les 30 proposées par 12 porteurs ;
- en 2014 : 22 actions sur les 26 proposées par 14 porteurs et 2 actions de l'appel à candidatures 2012 qui avaient été reportées ;
- en 2015 : 27 actions 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.

Les actions de formation des aidants financées dans le cadre de l'AAC entre 2012 et 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

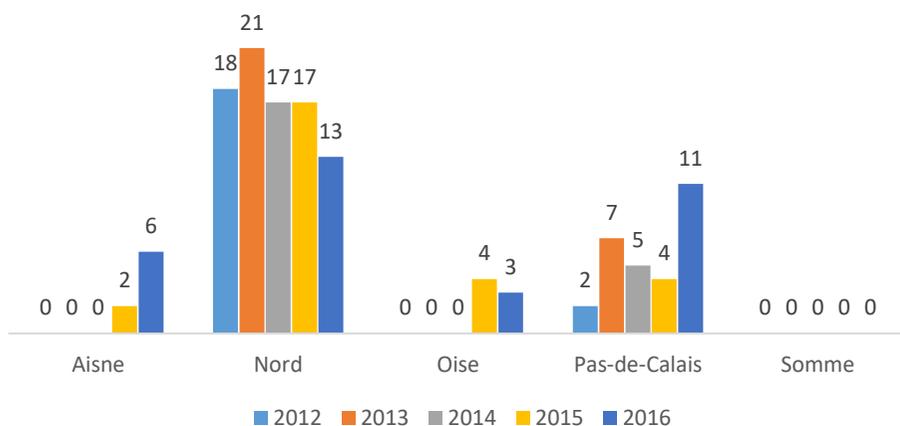
Actions financées dans le cadre de l'ACC par département entre 2012 et 2017



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Depuis 2012, **130 actions de formation ont été réalisées** dans les Hauts-de-France. Le Nord concentre à lui deux tiers des formations réalisées au cours de la période 2012-2016. 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 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

En 2016, 33 actions ont été réalisées :

- 13 dans le Nord,
- 11 dans le Pas-de-Calais,
- 6 dans l'Aisne,
- 3 dans l'Oise.

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 2016 sur les 27 formations étudiées (dont le bilan a fait l'objet d'une analyse), toutes ont vu participer un public concerné par Alzheimer et 5 un public concerné par la maladie de Parkinson. Une action a vu participer un public mixte, c'est-à-dire concerné par différentes pathologies (Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques).

Sur les **41 actions** financées dans le cadre de l'AAC 2015, d'autres formations adaptées à de nouveaux publics ont été envisagées, mais n'ont pas pu se tenir en 2016 :

- 1 formation pour les aidants de sclérose en plaques (dans le Pas-de-Calais),
- 1 formation pour les aidants de maladie de Parkinson (dans le Pas-de-Calais),
- 3 formations 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 2017

En 2017, 32 formations ont été proposées (financées par l'ARS), il est prévu que :

- 19 se tiennent dans le Nord,
- 7 dans le Pas-de-Calais,
- 2 dans la Somme,
- 1 dans l'Aisne,
- 1 dans l'Oise.

Il est prévu que deux autres formations consacrées pour une d'entre elles à la maladie de Parkinson, pour l'autre à la sclérose en plaques, se tiennent sur des périmètres plus larges (Oise et Somme pour la première ; Aisne, Oise et Somme pour la seconde).

Aspects financiers

Les actions de formation menées en 2016 sont financées par l'ARS grâce à un forfait dont le montant variait de 1 200 € à 2 000 € par action. Chacune des actions réalisées en 2016 a été financée par l'ARS en moyenne à hauteur de 1 900 € pour un coût réel moyen de 2 280 € (ces résultats portent sur 24 des 27 actions réalisées en 2016). Le financement de l'ARS couvre 83 % du coût total des actions.

Sur les 24 actions pour lesquelles les données de financement sont précisées, la participation de l'ARS couvre :

- la totalité du coût de l'action dans 12 cas ;
- plus de 90 % du coût dans 4 cas ;
- entre 60 % et 80 % dans 7 cas ;
- moins de 35 % des coûts dans un cas.

Analyse des données des bilans d'activité 2016

Les types de porteur

Sur les 19 porteurs de 33 actions réalisées en 2016, la répartition est la suivante :

- 9 centres hospitaliers,
- 8 associations,
- 1 caisse de sécurité sociale,
- 1 Ehpad.

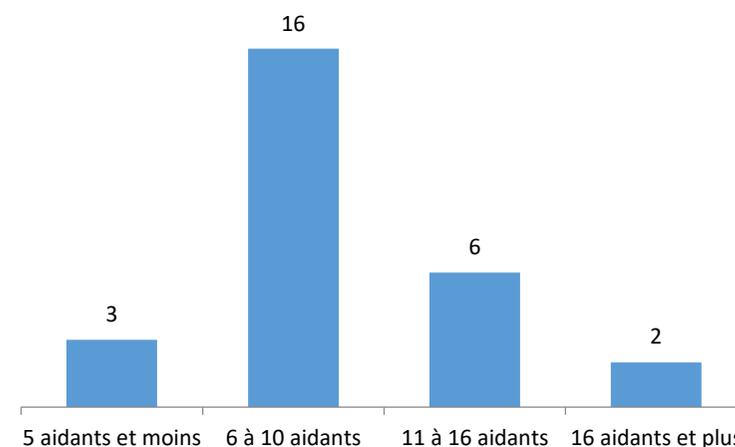
Données sur les formations

Au total, **241 aidants** ont participé aux **27 actions** de formation retenues pour cette étude, soit en moyenne *8,9 aidants par action*. Cette moyenne était de 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 **281 personnes se sont inscrites** aux sessions de formation, mais seulement **241 d'entre elles ont participé** aux formations, soit 86 % des inscrits.

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 14 selon les actions. Ainsi, les 27 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 15 d'entre elles, 8 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 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - 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 les Ehpad (9 formations), centres hospitaliers (8), plateformes d'accompagnement et de répit (5), résidences et foyers logement (4), établissement scolaire (1) et Clic (1). 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 2016 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.

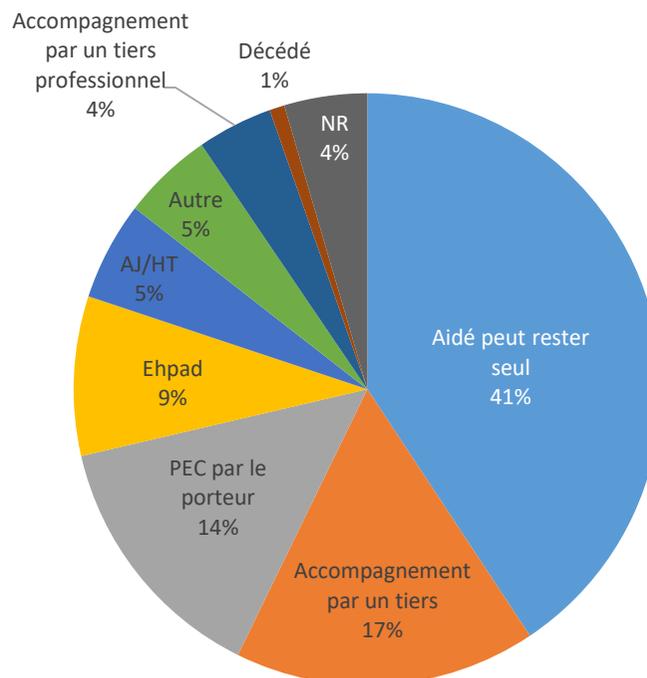
Il existe également une grande disparité entre les actions réalisées concernant **l'assiduité des aidants**. En effet, en 2016, sur les 241 aidants ayant participé aux actions de formations, **120 ont assisté à toutes les sessions de la formation**, soit 50 % des aidants participants (chiffre comparable à celui observé en 2015). L'étalement de la formation sur plusieurs mois est un facteur influençant fortement l'assiduité des aidants. De plus, 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 le Pas-de-Calais (61 %) à celle observée dans le Nord (41 %)**. Les données des autres départements 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 ont lieu la semaine est un frein pour les aidants en activité.

Pendant les formations, 41 % des aidants déclarent que la personne qu'ils aident peut rester seule. Le type de solution mise en place pour l'aidé le temps de la formation suivi par l'aidant sont pour 17 % d'entre eux l'accompagnement par un tiers, 9 % le placement en Ehpad, 5 % le recours à l'accueil de jour, 4 % l'accompagnement par un tiers professionnel et 10 % d'autres solutions. Enfin, un accompagnement de la personne aidée a été mis en place en parallèle dans 9 formations et a bénéficié à 14 % 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 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

De plus, des solutions de transport pour l'aidant souhaitant participer à la formation ont été mises en place par 6 opérateurs. En 2016, 206 aidants se sont rendus sur le lieu de formation avec leur voiture personnelle, 11 en transport en commun, 2 à pieds ou en vélo, 9 avec le transport mis en place par l'opérateur et 13 pour lesquels l'information n'est pas disponible.

Les intervenants

Globalement, les intervenants professionnels lors des actions de formation sont des professionnels mis à disposition par les acteurs partenaires des actions. Au total, 120 professionnels sont intervenus dans les 27 actions de formation, permettant de couvrir tous les champs de la prise en charge. Les professionnels les plus cités sont des psychologues (16), médecins gériatres (14), IDE (13), assistantes sociales (13), ergothérapeutes (11) et responsables de Clic (9).

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

Pour 7 des 27 actions de formation réalisées en 2016, 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.

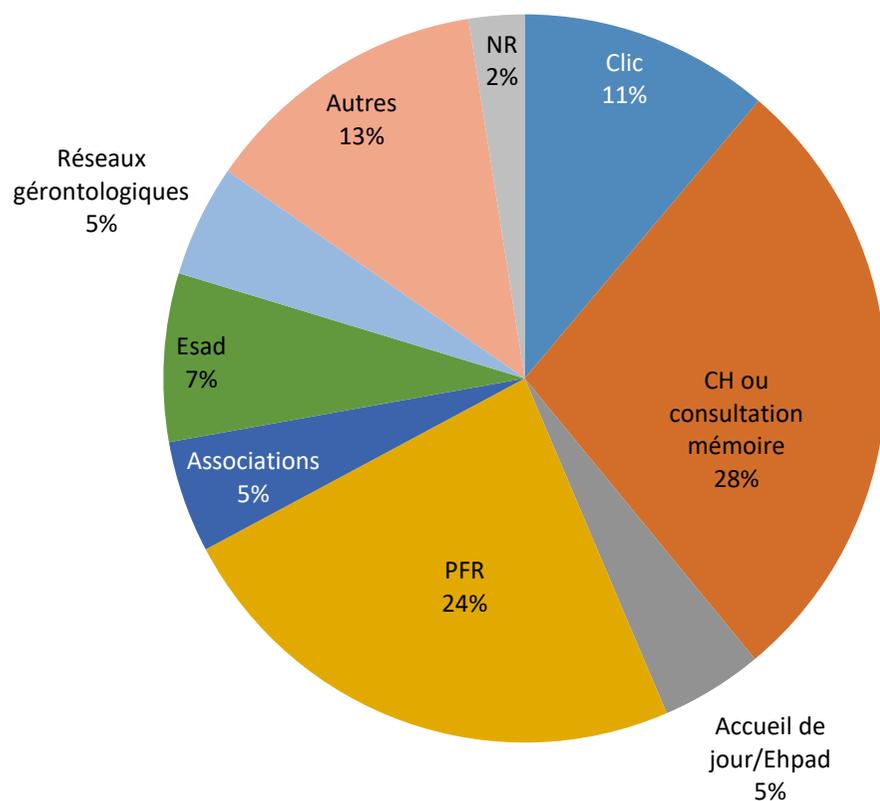
Mobilisation des partenaires

Il est à noter qu'en 2015, 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.

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, Association, etc.

Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés en 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Champ : 241 aidants

Les aidants ayant participé aux formations ont été orientés principalement par les centres hospitaliers ou les consultations mémoires dans 28 % des cas (contre 31 % en 2015 et 41 % en 2014), par les PFR (24 %), les Clic (11 %). La part des personnes orientées par les Esad est de 7 % en 2016 et de 5 % par les réseaux gérontologiques. La catégorie « Autres » correspond aux orientations des MAIA, aux Ssiad, aux professionnels de santé et aux autres aidants ou encore suite à des actions de communication (flyers, journée, internet, article de presse).

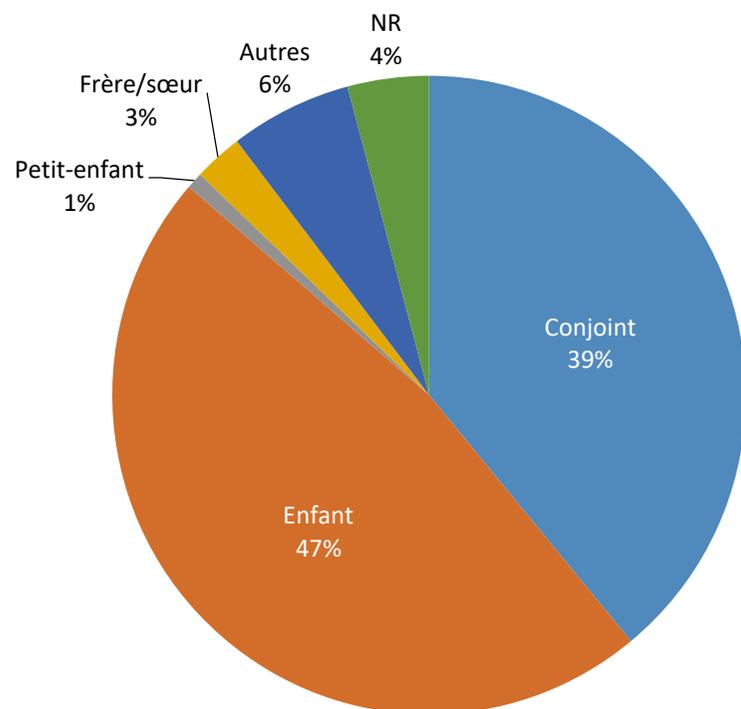
Cette répartition évolue peu par rapport à 2015 : seules différences notables, les orientations des aidants par les accueils de jour et les Ehpad ont diminué en proportion de moitié (9 % en 2015 vs 5 % en 2016) et la proportion des orientations par d'autres acteurs est passée de 8 % à 13 % entre 2015 et 2016.

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

La répartition des aidants selon leur lien social avec l'aidé est comparable à celles observées en 2014 et 2015. Près de la moitié des aidants a des enfants et près 40 % des conjoints. Les « Autres » aidants sont des nièces, des voisins, des amis ou la famille d'accueil de la personne aidée.

Trois aidants sur huit (37 %) ayant participé aux actions ont moins de 61 ans ; ce sont principalement des enfants et beaux-enfants de la personne aidée. Un tiers des aidants est âgé de 61 à 70 ans et un peu plus d'un quart d'au moins 70 ans.

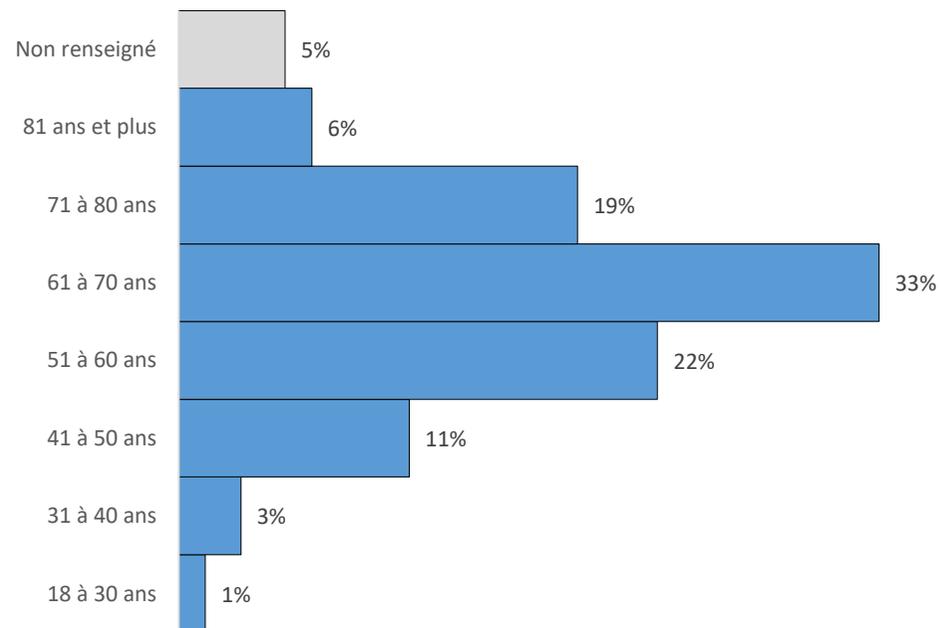
Répartition des aidants selon leur lien avec la personne aidée en 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Champ : 241 aidants

Répartition des aidants selon leur âge en 2016

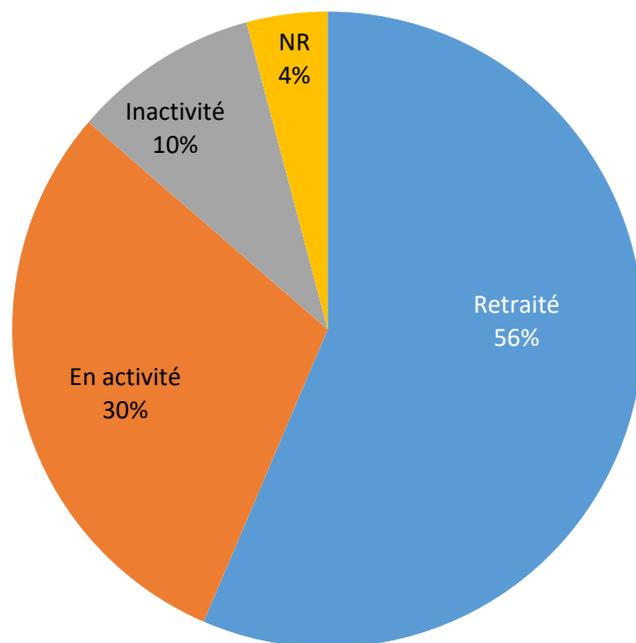


Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Champ : 241 aidants

Près de six aidants sur dix sont retraités, trois sur dix sont en activité et un sur dix est inactif.

Répartition des aidants selon leur situation au regard de l'emploi en 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Champ : 241 aidants

Données concernant la personne aidée

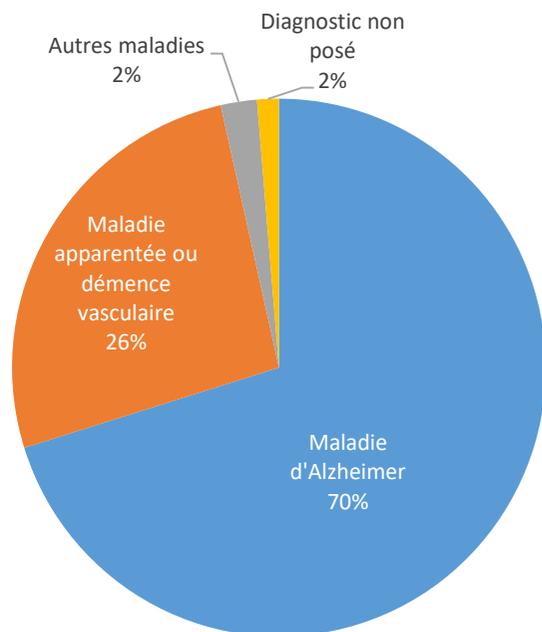
Les aidants ont renseigné des informations sur les personnes qu'elles aident. Elles portent sur 228 personnes aidées et concernent le diagnostic principal, le mode de vie et la durée d'accompagnement de l'aidant.

Les aidants qui participent aux formations vivent dans 43 % des cas avec la personne aidée. Les aidants déclarent que les autres personnes aidées vivent :

- avec un autre aidant dans 23 % des cas,
- seule dans 22 % des cas,
- en établissement dans 11 % des cas.

La part des malades d'Alzheimer parmi les personnes aidées est de 70 %, celle des personnes atteintes de maladies apparentées ou de démence vasculaire est de 26 %. Chez 2 % des personnes aidées, le diagnostic n'est pas posé. L'information n'était pas renseignée pour 3 personnes.

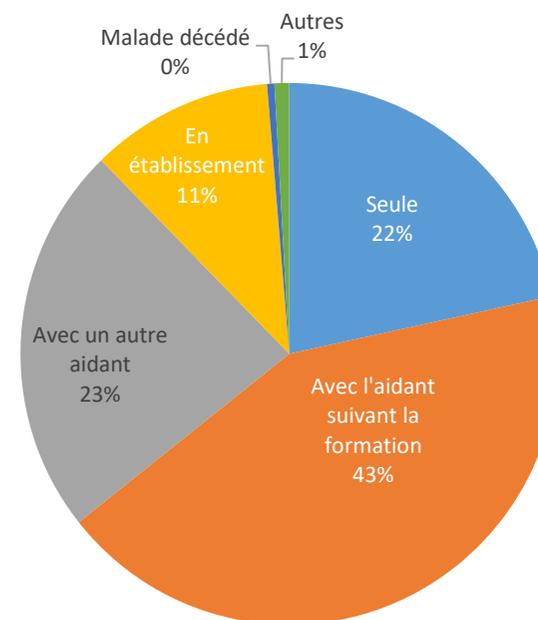
Répartition des aidants selon le diagnostic principal de la personne aidée en 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Champ : 228 personnes aidées

Répartition des aidants selon le mode de vie de la personne aidée en 2016



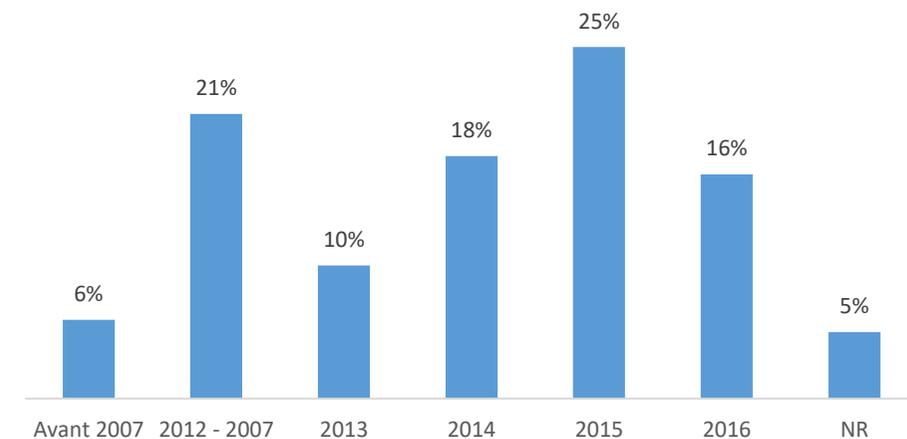
Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Champ : 228 personnes aidées

Pour 59 % des aidants, le diagnostic de la personne aidée a été posé au cours de l'année ou des deux années qui précèdent la participation à la formation (62 % en 2015). Cette donnée est en augmentation comparée à 2014 où 52 % des aidants ont assisté à la formation moins de 3 ans après la pose du diagnostic.

Pour 16 % des aidants, l'année de leur participation à la formation correspond à l'année de la pose du diagnostic. Cette donnée est similaire à celles de 2014 et 2015, où respectivement 17 % et 18 % des aidants avaient assisté à la formation l'année de pose du diagnostic.

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



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Champ : 228 personnes aidées

Mesure n°4 : Labellisation sur tout le territoire 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 développent un processus d'intégration des partenaires au sein d'un « guichet unique » et mettent en place un 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 présentant des troubles cognitifs et/ou en perte d'autonomie. Elle prévoit de poursuivre l'effort et consolider la dynamique d'intégration des sources 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 la région 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 2016. Deux d'entre elles (MAIA du Calaisis et MAIA Oise-Ouest) sont en cours d'ouverture. Les MAIA se répartissent ainsi :

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

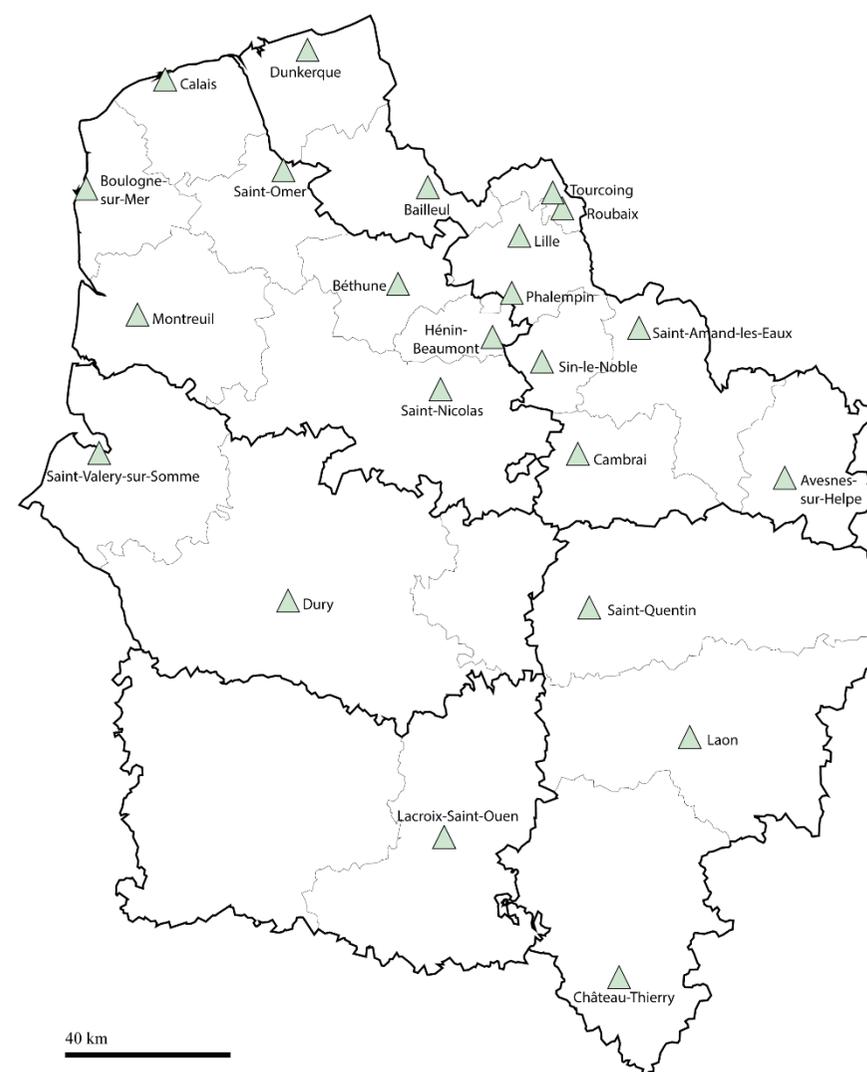
L'ensemble des territoires est couvert avec ces 24 MAIA.

Type de porteurs

Les MAIA sont portées par différents types de structures. En 2016 :

- 7 étaient portées par un conseil départemental,
- 4 étaient portées par un GCMS,
- 4 étaient portées par une association,
- 3 étaient portées par un réseau,
- 2 étaient portées par un GCS,
- 1 était portée par une UCC,
- 1 était portée par un Clic,
- 1 était portée par un CCAS,
- 1 était portée par un Ssiad.

Implantation des MAIA en 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement

OR2S

Analyse des données d'activité

Méthodologie

L'analyse de l'activité 2016 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 2016, sur les 24 MAIA autorisées au 31 décembre 2016, 22 ont été en activité (intégration des partenaires au guichet intégré et gestion de cas) durant l'année. Pour 2 MAIA, le pilote n'a été recruté que récemment (Calaisis) ou n'a pas été recruté (Oise-Ouest) ; elles n'ont donc pas été intégrées aux analyses. De plus, certaines MAIA ont commencé leur activité au cours de l'année 2015 (MAIA de Roubaix, MAIA Somme-Ouest).

À noter, concernant les outils utilisés pour l'analyse de l'activité des MAIA, 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.

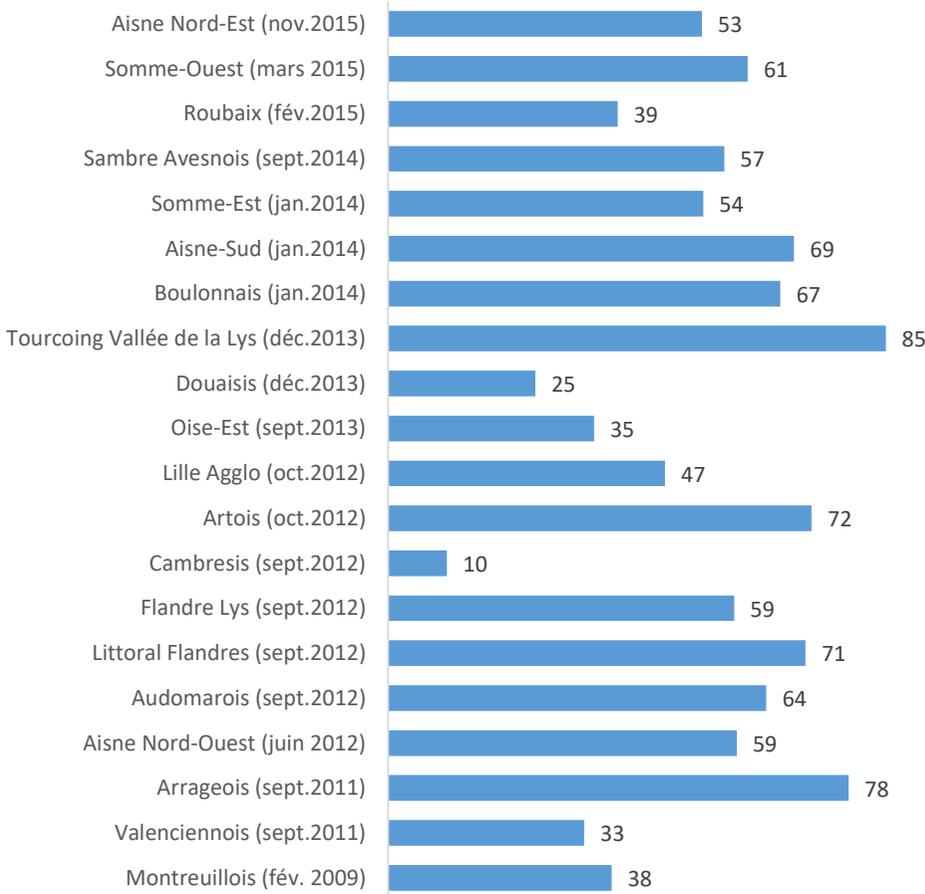
Table de concertation stratégique et tactique

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 2016, une fois pour les MAIA du Pas-de-Calais et de l'Oise, deux fois pour les MAIA de l'Aisne et trois fois pour celles de la Somme, mais n'a pas eu lieu pour les MAIA du Nord.

Par ailleurs, une instance de travail a été créée dans le Nord 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 2016.

**Part des structures présentes
en table de concertation tactique dans les MAIA en 2016**



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

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 2016, 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 2 MAIA. Pour ces dernières, la table de concertation était en cours d'installation et sa composition n'était pas encore finalisée.

Le taux de participation est variable d'une MAIA à une autre allant de 10 % pour la MAIA Cambrésis à 85 % pour la MAIA du Tourcoing.

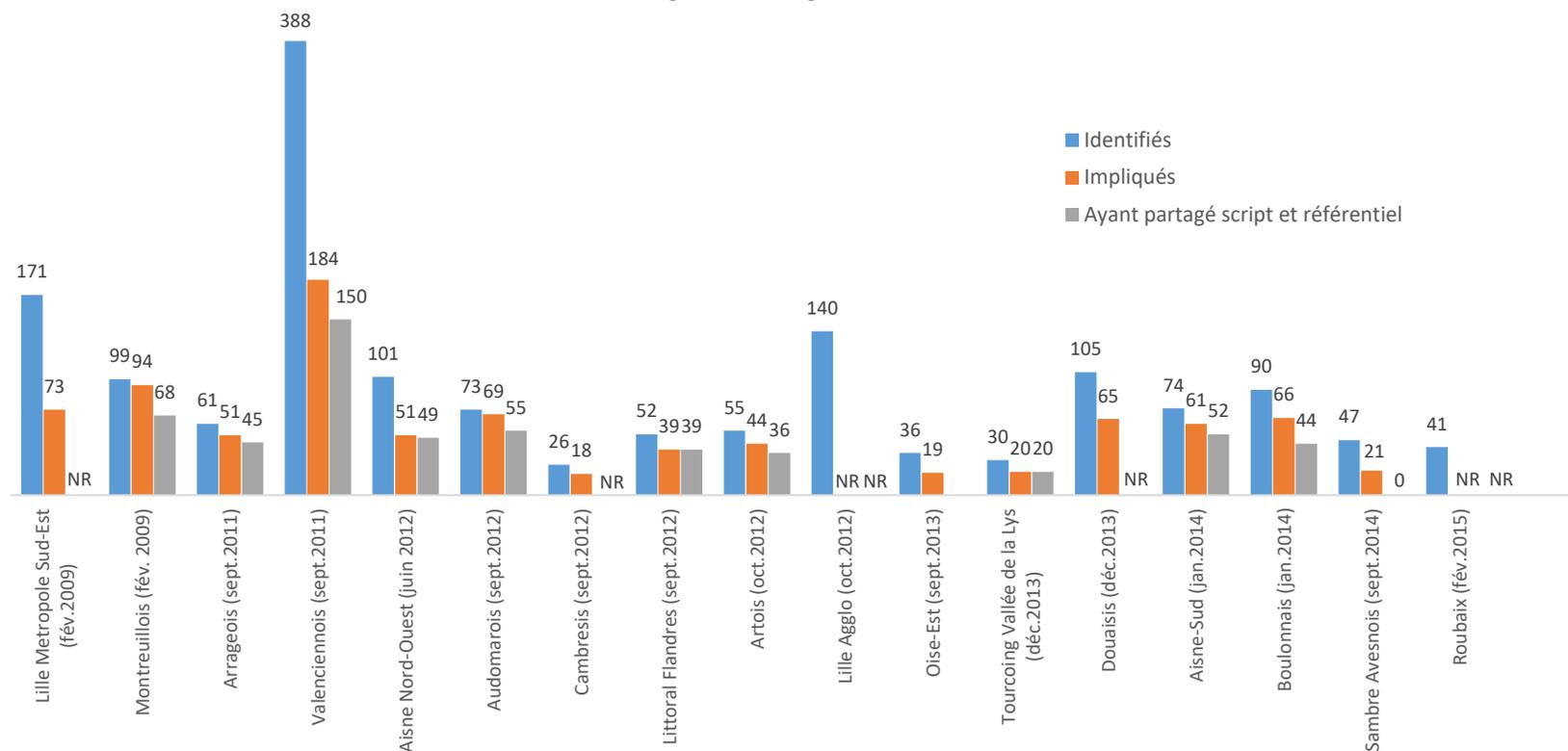
Ce taux n'est pas directement lié à l'ancienneté d'installation de la MAIA.

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, mais également afin de mieux repérer les situations complexes nécessitant un suivi en gestion de cas, les MAIA mettent en place un processus d'intégration des acteurs locaux au sein d'un guichet intégré.

Au total, en 2016, ce sont **1 589 acteurs identifiés par 17 des 20 MAIA** ayant eu une activité d'intégration du dispositif MAIA sur leur territoire contre 1 337 en 2015 et 971 en 2014. Sur les 17 MAIA, 15 sont parvenus à identifier 875 acteurs impliqués (867 acteurs en 2015 et 448 en 2014) dans le guichet intégré soit **62 % des acteurs que ces MAIA ont identifiés**. Près des trois quarts des acteurs impliqués ont partagé le formulaire d'orientation et le référentiel d'interventions (contre 55 % en 2015). Le graphique suivant permet de visualiser la répartition des acteurs pour 16 MAIA selon leur niveau d'implication au sein du guichet intégré.

Constitution du guichet intégré au 31 décembre 2016



Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Champ : 17 MAIA

Le nombre d'acteurs identifiés a augmenté depuis 2015 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, Cambresis, Artois, Douaisis, Tourcoing, Boulonnais et Sambre Avesnois) pour lesquelles les données de 2014 à 2016 sont disponibles, le nombre d'acteurs identifiés est passé de 780 à 1 200, soit une augmentation de 54 %.

Les MAIA de Lille Sud-Est, Aisne Nord-Ouest, du Boulonnais et Aisne-Sud sont celles qui présentent les plus fortes augmentations dans le nombre d'acteurs impliqués dans le guichet intégré avec respectivement un supplément de 22, 15, 19 et 13 acteurs impliqués.

Acteurs impliqués dans le guichet intégré

En 2016, le type d'acteurs impliqués au « guichet intégré » en 2016 a été renseigné par 15 MAIA.

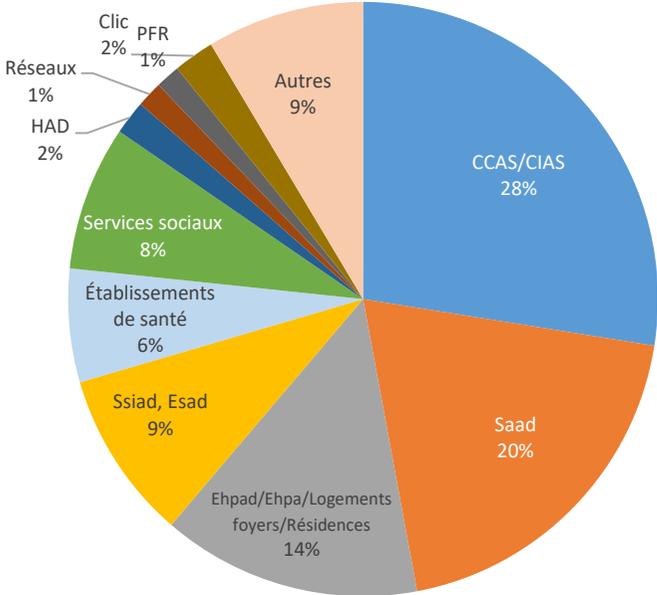
Les différents acteurs impliqués dans le guichet intégré se répartissent de la manière suivante :

- 28 % sont des CCAS/CIAS,
- 20 % sont des services d'aide à domicile,
- 14 % sont des établissements hébergeant des personnes âgées,
- 9 % des Ssiad ou Esad,
- 8 % des services sociaux,
- 6 % des établissements de santé.

Les autres acteurs représentent 15 % des structures impliquées.

La probabilité d'être impliqué dans le guichet est différente selon le type de structure. En effet, au moins 90 % 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 Saad s'impliquent moins souvent une fois identifiés (respectivement 35 %, 48 % et 63 %).

Les structures impliquées dans le guichet intégré en 2016



Champ : Réponses issues de 15 MAIA, correspondant à 875 acteurs impliqués

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Gestion de cas

Gestionnaires de cas

Les données sont disponibles pour 20 MAIA, 4 n'ayant pas encore recrutés leurs gestionnaires de cas.

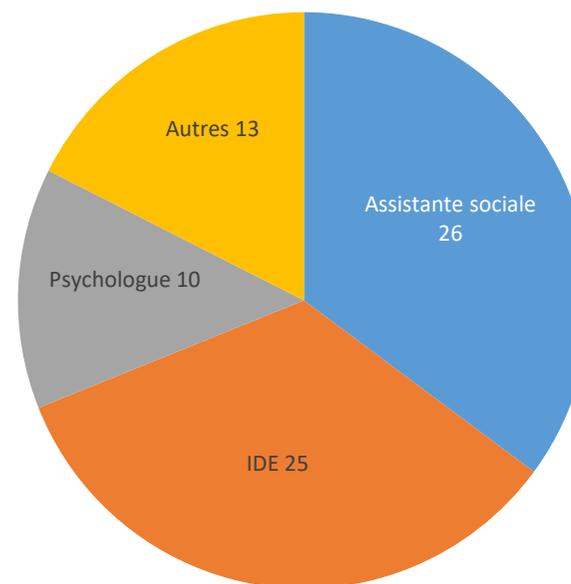
Au total, au 31 décembre 2016, 59 gestionnaires de cas ont été recrutés dans 20 MAIA de la région. Les MAIA ont fonctionné en 2016 avec 58,3 ETP de gestionnaire de cas (51,5 en 2015).

Dans deux tiers des cas, les gestionnaires de cas ont pour formation initiale d'assistant de service social ou d'infirmière. Les autres gestionnaires de cas ont pour formation initiale de psychologue, d'ergothérapeute, d'animateur ou encore de CESF ou de neuropsychologue. Sur les 20 MAIA ayant recruté leurs gestionnaires de cas, 17 disposent d'au moins une infirmière et 17 disposent d'au moins une assistante sociale.

La constitution d'une équipe pluridisciplinaire favorise la complémentarité et permet un meilleur accompagnement des personnes accueillies. Le tableau présenté en page suivante permet de visualiser la constitution de l'équipe de gestionnaires de cas de chaque MAIA selon leur formation initiale.

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 59 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 2017.

**Gestionnaires de cas selon leur formation initiale
(en nombre)**



Champ : 20 MAIA

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

File active

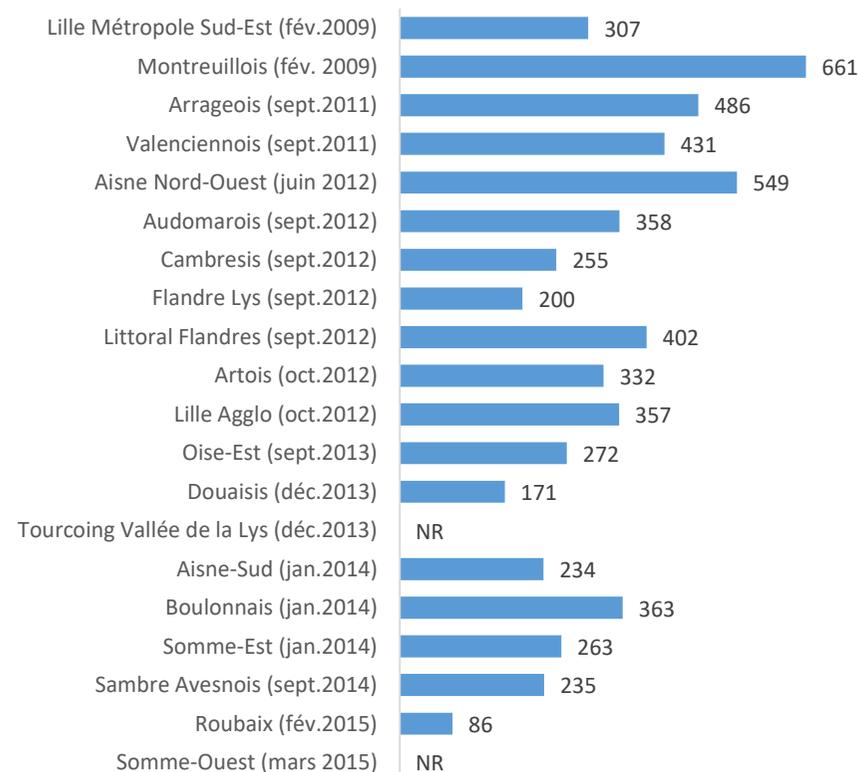
Durant l'année 2016, 2 510 personnes ont été accompagnées en gestion de cas au sein des 20 MAIA ayant eu une activité de gestion de cas, soit une augmentation de 460 personnes accompagnées par rapport à 2015 (+ 22 %). La gestion des cas a débuté en 2016 pour près de 1 000 personnes en 2016.

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

La gestion de cas est une intervention de longue durée en raison de la complexité de la situation qui nécessite un suivi intensif et global. La durée moyenne de suivi³ déclarée par les 18 MAIA pour lesquelles cette donnée est disponible, est de 331 jours (265 jours en 2015). Cette durée varie de 86 à 661 jours (92 à 441 jours en 2015). 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 43 personnes différentes sur l'année (38 en 2015), ce nombre variant de 19 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.

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 20 MAIA étudiées, la plupart affiche un nombre de dossiers proche de ce seuil.

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

Source : ARS - DST, DOMS 2017 – Traitement OR2S

³ 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 16 MAIA ayant renseigné cette information, sur un total de 2 124 personnes constituant la file active, 460 personnes sont en ALD 15 soit 21,7 % de la file active (25,8 % en 2015).

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.

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 14,7 pour 19 MAIA en 2016 (13,0 en 2015). Ce score est en hausse continue et reflète l'intégration progressive des MAIA dans leur territoire.

Seules 3 MAIA ont vu leur score MAIA 25 diminuer entre 2015 et 2016. Le score MAIA 25 diminue d'un point pour ces trois structures. Les diminutions peuvent être liées à l'absence de table stratégique départementale ou par le fait que le formulaire d'analyse multidimensionnelle ne couvre pas les 5 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 3 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.

Un manque de connaissance des acteurs sur les notions d'intégration et de guichet intégré entraîne parfois le risque que la MAIA soit résumée à la gestion de cas.

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.

Mesure n°6 : Renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention des professionnels spécialisés : les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (Esad)

Présentation générale

Environ 60 %⁴ 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 (Esad). L'objectif de ces équipes est de favoriser la stimulation 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 Esad est plus étendu que celui du porteur de projet.

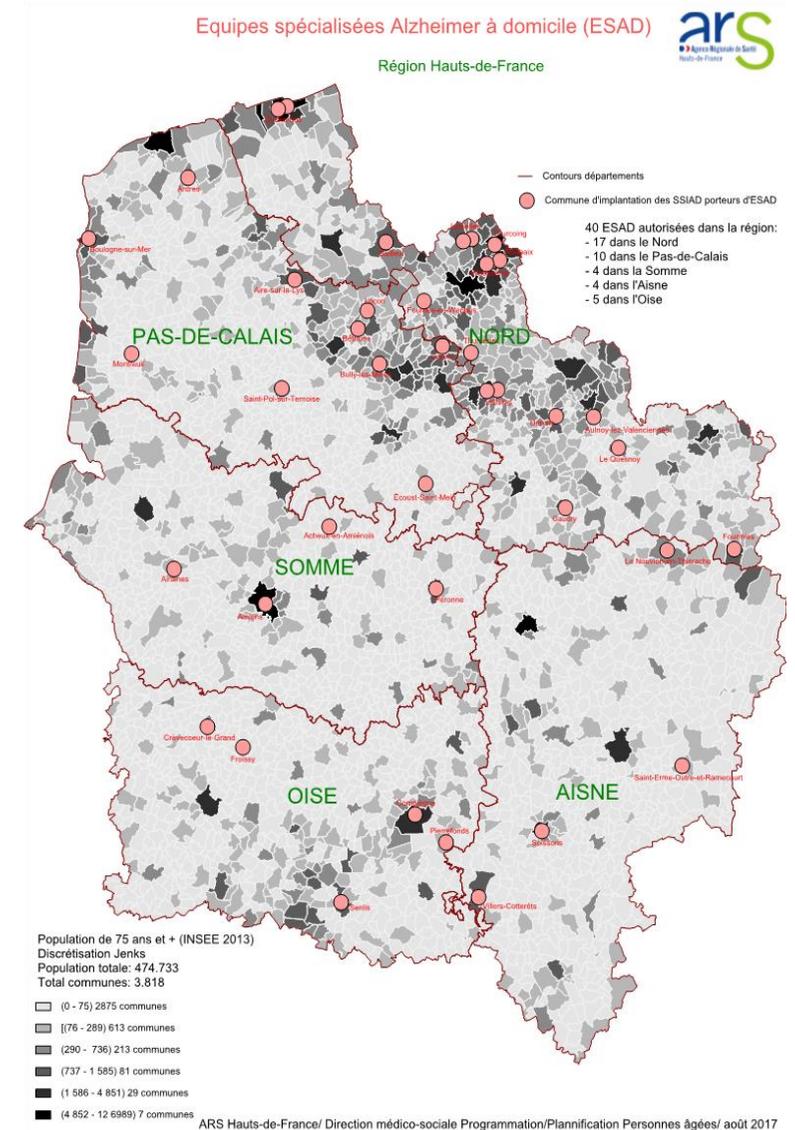
La mesure 22 du plan Maladies neurodégénératives 2014-2019 conforte l'utilité et l'importance des Esad en prévoyant la poursuite du déploiement de ces dispositifs. L'objectif initial de développement des ESA étant presque atteint, un besoin de maillage complémentaire a été identifié pour assurer un meilleur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

⁴ Fondation Médéric Alzheimer - Rapport d'étude n°9 - septembre 2015 - Combien coûte la maladie d'Alzheimer ?

État des lieux dans la région

En 2017, 40 Esad sont autorisées dans la région, dont 17 dans le Nord, 10 dans le Pas-de-Calais, 4 dans la Somme, 4 dans l'Aisne et 5 dans l'Oise. La capacité autorisée de chaque Esad est de 10 places, à l'exception de deux situées dans la Somme (l'Esad d'Acheux-en-Amiénois - 15 places et l'Esad de Péronne – 5 places). Ainsi, les 40 Esad englobent au niveau régional une capacité d'accueil autorisée de 400 places.

La présente étude est un bilan de l'activité réalisée par les Esad de la région au cours de l'année 2016. 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 Esad au niveau régional.



Méthodologie

L'analyse de l'activité 2016 des Esad 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'Esad autorisées dans la région. Toutefois, pour les indicateurs relatifs à la patientèle, l'effectif étudié n'est synthétisé qu'à partir de 39 Esad en raison de l'ouverture d'une Esad en janvier 2017 (Esad de Froissy dans l'Oise). Également, dans le Nord, trois Ssiad (Linselles, Lallaing et Dunkerque) sont porteurs de deux Esad chacun et ont renseigné un seul questionnaire rassemblant l'activité des deux équipes respectives. Cela a ramené l'effectif étudié à 36 questionnaires comprenant, toutefois, l'activité des 39 Esad.

Parmi les limites méthodologiques, on note le remplissage quelquefois approximatif de certains items pour des raisons imputables à l'enquête⁵ ou bien, à la rédaction du questionnaire.⁶

⁵ Par exemple, pour un certain nombre d'Esad, 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.

⁶ Par exemple, l'item sur la répartition des patients selon leur MMSE propose les classifications suivantes : « inférieur à 5 », « de 5 à 15 », « de 15 à 18 » et « de 18 à 30 ». De ce fait, les patients présentant un score de 5, de 15 et de 18 ont été intégrés dans une des deux classifications possibles, selon l'interprétation de chaque enquête.

Ouverture effective des Esad

Dans la région, le déploiement des Esad a débuté en 2009 quand deux Ssiad ont été retenus au niveau national par la 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 2010 : 5 Esad situées à Acheux-en-Amiénois, Amiens, Ardres, Le Nouvion-en-Thiérache et Wasquehal ;
- En 2011 : 9 Esad situées à Aulnoye-les-Valenciennes, Caudry, Lallaing (2 équipes), Linselles, Pierrefonds, Le Quesnoy, Saint-Pol-sur-Ternoise et Thumeries ;
- En 2012 : 7 Esad situées à Aire-sur-la-Lys, Ecoust-Saint-Mein, Locon, Montreuil, Roubaix. En complément, Les Ssiad de Linselles et Dunkerque ont été dotés d'une seconde équipe ;
- En 2013 : 7 Esad situées à Bailleul, Carvin, Compiègne, Denain, Fourmies, Saint-Erme-Outre-et-Ramecourt et Tourcoing ;
- En 2014 : 7 Esad situées à Béthune, Boulogne-sur-Mer, Crèvecœur-le-Grand, Fournes-en-Weppes, Péronne, Senlis, Soissons ;
- En 2015 : 2 Esad situées à Airaines et Villers-Cotterêts ;
- En 2017 : 1 Esad située à Froissy.

Aucune Esad n'a ouvert au cours de l'année 2016. À l'exception de l'Esad de Froissy ouverte en janvier 2017, les 39 autres Esad autorisées et participant à l'étude ont déployé leurs activités durant l'année complète 2016. Ainsi, l'ensemble des 39 Esad a cumulé 468 mois d'ouverture, soit 2 028 semaines d'ouverture.

Porteurs des Esad

Parmi les 37 porteurs des 40 Esad étudiées, 28 (soit 78 %) sont des Ssiad uniques, 5 des Spasad, 3 des GCMS et un est constitué à partir d'une collaboration de plusieurs Ssiad/Spasad. Il existe dans le Nord une diversité plus importante des types de porteurs car on y retrouve l'ensemble de ces quatre classifications.

File active

File active par département

En 2016 et au niveau régional, 3 630 personnes ont été prises en charge par les 39 Esad étudiées, soit une augmentation de 14 % par rapport à l'année précédente (en 2015, la file active régionale a été de 3 111 personnes pour 39 Esad étudiées dont 2 avaient commencé l'activité en cours d'année).

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

File active par Esad

La disparité importante de la file active n'est pas toujours associée au nombre de places autorisées des équipes. En effet, pour les 34 Esad de 10 places chacune, la file active minimale est de 24 (Esad Le Nouvion-en-Thiérache) et celle maximale de 170 (Esad Aulnoye-les-Valenciennes). Pour les 3 Esad de 20 places chacune, la file active minimale est de 96 (Esad Linselles) et celle maximale 238 (Esad Lallaing). La file active de l'Esad de Péronne autorisée à 5 places est de 60 et celle d'Airaines autorisée à 15 places est de 56. Cette disparité de la file active entre les Esad 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.).

File active des Esad entre 2012 et 2016 – Données départementales

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
2012 (12 Esad)		363		318		
2013 (21 Esad)		877		596		
2014 (27 Esad)		1 346		747		
2015 (39 Esad)	188	1 466	248	906	303	3 111
2016 (39 Esad)	241	1 708	264	1 070	347	3 630

Source : ARS - DOMS 2017

File active par place autorisée

Au niveau régional, le rapport entre la file active (3 630) et le nombre de places autorisées des 39 Esad étudiées (390) est de 9,3. Ainsi, dans la région et en 2016, le fonctionnement d'une place d'Esad autorisée a permis la prise en charge de 9 à 10 personnes, ce qui est inférieur aux indications du cahier des charges.⁷

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

Rapport entre la file active les places installées en Esad en 2016

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
File active (39 Esad)	241	1 708	264	1 070	347	3 630
Places installées	40	170	40	100	40	390
Rapport	6,0	10,0	6,6	10,7	8,7	9,3

Source : ARS - DOMS 2017

⁷ Le fonctionnement de 10 places autorisées d'Esad 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 Esad 2011)

Ainsi, pour une place d'Esad installée, on note un nombre de prises en charges plus important dans le Pas-de-Calais et le Nord et moins important dans l'Aisne.

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

Ainsi, pour une place d'Esad autorisée, la prise en charge la moins élevée a été d'approximativement 2 personnes (soit 2,4 par l'Esad de Le Nouvion-en-Thiérache) et la plus élevée d'approximativement 17 personnes (soit 17,2 par l'Esad d'Aulnoye-les-Valenciennes).

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

File active par semaine

Le rapport entre la file active régionale (3 630) et le nombre de semaines d'ouverture (52) des 39 Esad étudiés (2 028) est de 1,78. Ainsi, en 2016, en moyenne, approximativement 2 personnes ont été prises en charge dans la région, par Esad et par semaine.

Étendue du nombre de prises en charge par place autorisée en Esad en 2016

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Minimum parmi les 39 Esad étudiées	2,4 (Esad Le Nouvion-en-Thiérache)	4,8 (Esad Linselles)	4,4 (Esad Senlis)	7,5 (Esad Béthune)	3,7 (Esad Airaines)	2,4 (Esad Le Nouvion-en-Thiérache)
Maximum parmi les 39 Esad étudiées	8,7 (Esad Saint-Erme-et-Ramecourt)	17,2 (Esad Aulnoye-les-Valenciennes)	8,3 (Esad Pierrefonds)	15,3 (Esad Ecoust-Saint-Mein)	13,8 (Esad Acheux-en-Amiénois)	17,2 (Esad Aulnoye-les-Valenciennes)

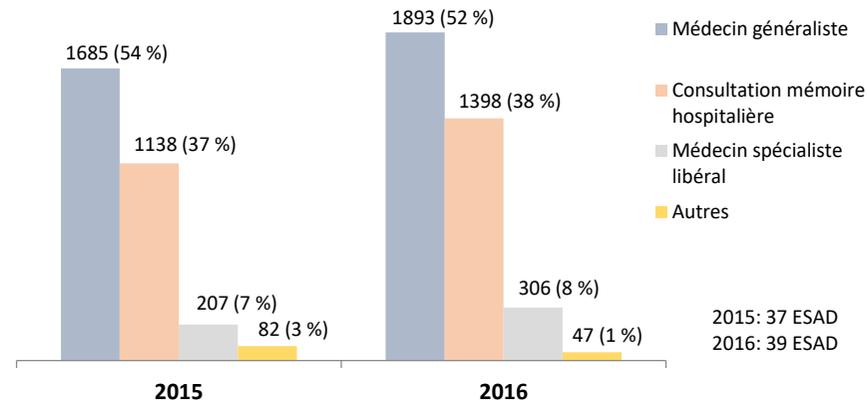
Source : ARS - DOMS 2017

Prescripteurs des séances

Au niveau régional, les médecins généralistes sont les prescripteurs principaux des séances de soin de réhabilitation et d'accompagnement (52 %).

Par rapport à 2015, on note en 2016 généralement les mêmes tendances au niveau des prescripteurs avec, toutefois, une légère augmentation des prescriptions de la part des consultations mémoire (de 36,6 % à 38,3 %) et des médecins spécialistes libéraux (de 6,6 % à 8,3 %). La catégorie « autres prescripteurs » n'a pas été détaillée par les Esad.

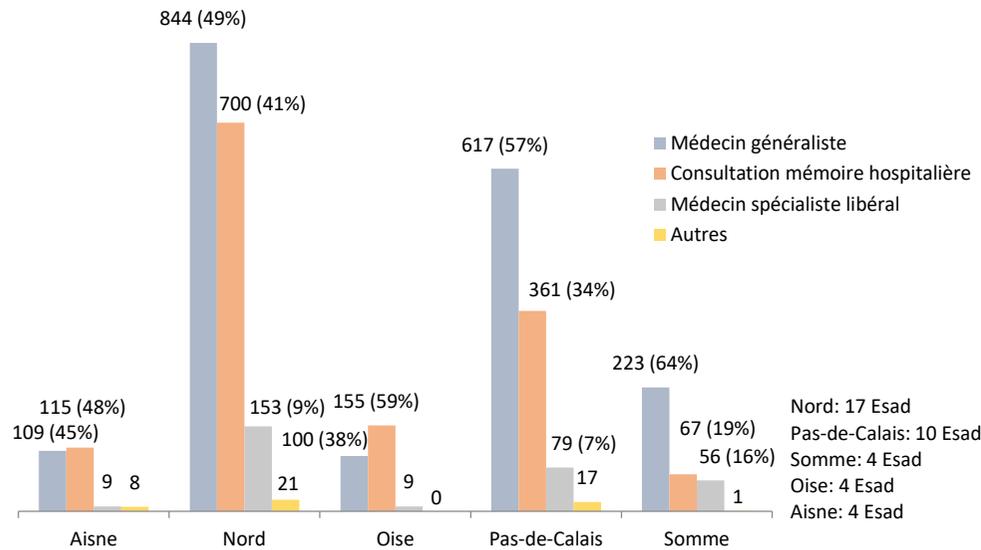
Répartition du nombre de patients selon le prescripteur des séances en 2016



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2016 des Esad

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 (65 %) et dans le Pas-de-Calais (57 %) et celui des consultations mémoire est plus élevé dans l'Oise (59 %). La catégorie « autres prescripteurs » n'a pas été détaillée par les Esad.

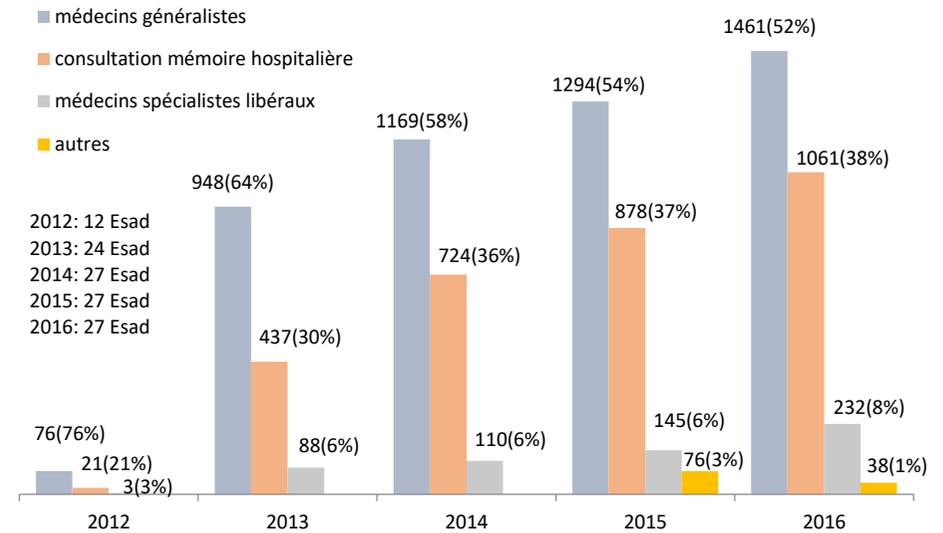
Répartition des patients selon le prescripteur des séances en 2016



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2016 des Esad

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 38 %) et des médecins spécialistes libéraux (de 3 % à 8 %) concomitamment à une baisse de la part des médecins généralistes (de 76 % à 52 %). Cette tendance est également remarquée au niveau régional de 2015 à 2016.

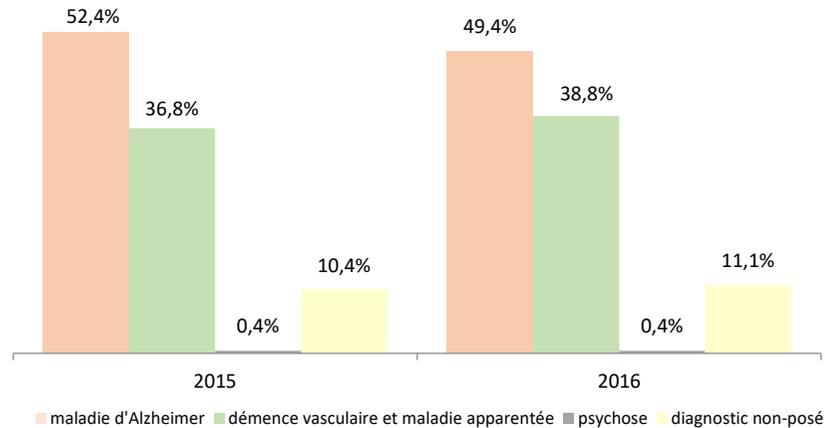
Répartition des patients selon le prescripteur des séances entre 2012 et 2016



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2016 des Esad

Diagnostics des patients

Répartition des patients pris en charge par une Esad en 2016 selon le diagnostic principal



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2016 des Esad

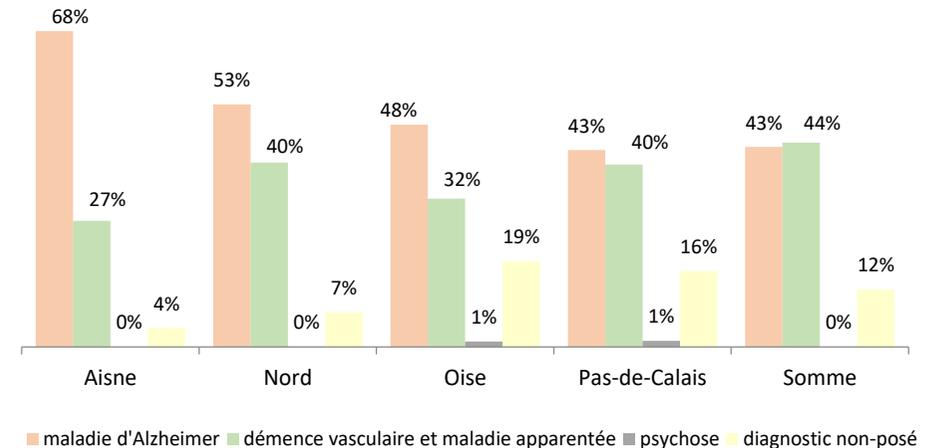
Par rapport à 2015, on note en 2016 et au niveau régional une légère diminution (de 52,4 % à 49,4 %) du pourcentage des patients diagnostiqués d'une maladie d'Alzheimer au profit d'une légère augmentation du pourcentage des patients diagnostiqués d'une démence vasculaire ou de maladie apparentée (de 36,8 % à 38,8 %) et des patients non-diagnostiqués.

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

Ainsi, l'Aisne présente le pourcentage des patients diagnostiqués de la maladie d'Alzheimer le plus élevé (68,4 %) et celui des patients non-diagnostiqués le moins élevé (4,1 %). Dans la Somme, le pourcentage des malades diagnostiqués d'une démence vasculaire et maladie apparentée (44,2 %) dépasse de peu celui des patients diagnostiqués de la maladie d'Alzheimer (43,3 %). Dans l'Oise et le Pas-de-Calais, on note des pourcentages plus importants des patients non-diagnostiqués (18,5 % et respectivement 16,4 %).

Similairement à la tendance régionale, dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, par rapport à 2015 et, plus généralement, depuis 2012, on note en 2016 une légère baisse du pourcentage des patients diagnostiqués de la maladie d'Alzheimer (de 49,9 % à 48,7 %) face à une légère hausse de celui des patients diagnostiqués de démence vasculaire et maladie apparentés (de 38,7 % à 39,8 %). Le pourcentage des patients diagnostiqués de psychose et non-diagnostiqués est stable (de 0,5 % et respectivement de 10,8 %).

Répartition des patients pris en charge par une Esad en 2016 selon le diagnostic principal - Données départementales



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2016 des Esad

Sexe et âge moyen des patients

Au niveau régional, 32 % des patients pris en charge par les 39 Esad étudiées sont des hommes et 68 % sont des femmes. Au fil des années, on note une légère progression des patients femmes (en 2015, elles représentaient 66 %).

L'âge moyen des patients hommes est de 80 ans et varie selon les Esad de 75 ans au minimum à 83 ans au maximum.

L'âge moyen des patients femmes est de 82 ans et varie selon les Esad de 79 ans au minimum à 91 ans au maximum. Comme en 2015, on note en 2016 que l'âge moyen des patients femmes est supérieur à celui des patients hommes.

MMSE (*Mini-mental state evaluation*)

Le cahier des charges stipule que l'accompagnement des Esad 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 39 Esad étudiées (36 questionnaires), le score MMSE moyen varie de 18 à 23. Plus précisément, 4 Esad déclarent un score MMSE moyen de 18, 10 Esad de 19, 9 Esad de 20, 7 Esad de 21, 5 Esad de 22 et enfin, une Esad de 23.

Au niveau régional, 71 % des patients pris en charge par les Esad ont un score MMSE compris entre 18 et 30, 20 % entre 15 à 18, 8% entre 5 et 15 et 1 % inférieur à 5. Soit une répartition sensiblement identique à celle de 2015.

Au regard du score MMSE moyen et de la majeure partie de leur patientèle, les patients pris en charge par les Esad ont un profil conforme aux indications du cahier des charges. Toutefois, on note qu'approximativement 9 % des patients ont eu un score MMSE inférieur à 15 au moment de l'entrée dans l'accompagnement par une Esad.

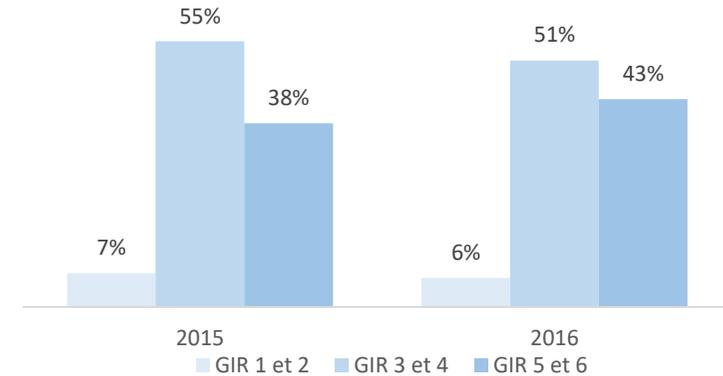
Niveau de dépendance (Gir) des patients

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 2015, on note une augmentation du pourcentage des patients présentant un niveau de dépendance moins importante. Plus précisément, le GIR de 5 à 6 a évolué de 38 % en 2015 à 43 % en 2016.

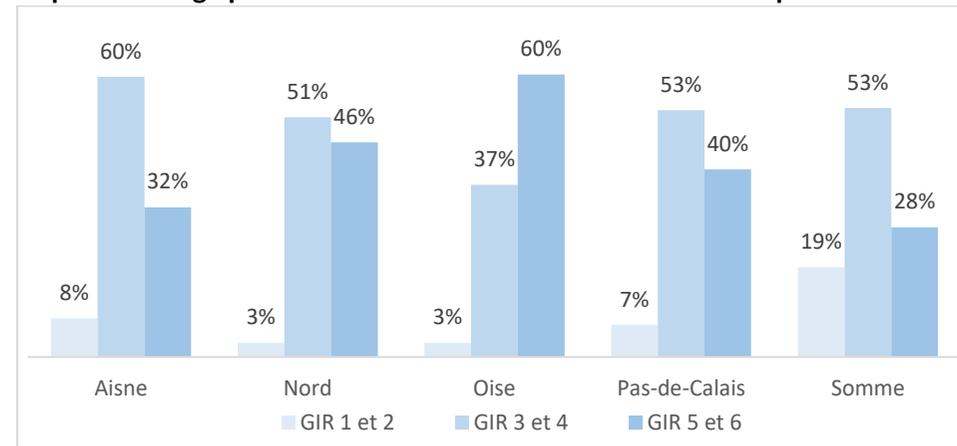
Au niveau départemental, la majeure partie (plus de 50 %) des patients pris en charge par une Esad présente une dépendance modérée, avec un GIR évalué de 3 à 4, à l'exception de l'Oise où le pourcentage des patients présentant une perte d'autonomie faible (GIR de 5 à 6) est le plus important (60 %).

Répartition des patients pris en charge par une Esad en 2016 dans les Hauts-de-France selon leur niveau de dépendance



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2016 des Esad

Répartition des patients pris en charge par une Esad en 2016 selon leur niveau de dépendance – Données départementales



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2016 des Esad

Séances réalisées

Au niveau régional, en 2016, les 39 Esad étudiées ont réalisé un total de 39 711 séances, ce qui correspond à une diminution de 22 % par rapport au total de séances réalisées l'année précédente. Cette diminution corrélée à l'augmentation de 14 % de la file active peut s'interpréter comme une tendance générale au niveau régional d'accentuation des prises en charge de plus courte durée ou avec des séances moins nombreuses.

Le rapport entre le nombre de séances réalisées (39 711) et les mois d'ouverture dans l'année (12) des 39 Esad étudiés (soit 468 mois) est de 85. Ainsi, en moyenne 85 séances ont été effectuées par Esad et par mois (contre 105 en 2015).

Le rapport entre le nombre de séances réalisées (39 711) et la file active (3 630 personnes prises en charge) est de 10,9. Ainsi, une personne prise en charge par les Esad de la région a bénéficié en moyenne d'environ 11 séances. En 2016, le nombre de séances par prise en charge/personne est en baisse par rapport à l'année précédente (en 2015, il a été de 14,4 séances par prise en charge/personne).

Au niveau départemental, le nombre de séances par prise en charge/personne est plus élevé dans l'Oise (12,5) et moins élevé dans le Pas-de-Calais (10,5).

Le cahier des charges stipule que la prestation de l'Esad 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 d'environ 11. Ainsi, dans la région et dans les départements, généralement et en termes de nombre moyen de séances, la prise en charge par les Esad n'est pas excessivement longue ni courte.

Toutefois, l'analyse par Esad 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 moindre nombre de séances par prise en charge est noté pour les Esad de Péronne et de Saint-Pol-sur-Ternoise (9) tandis que le plus élevé est noté pour l'Esad de Le Nouvion-en-Thiérache (18).

Séances réalisées par les Esad en 2016 – Données départementales

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Nombre de séances 2015	ND	ND	ND	ND	ND	44 934
Nombre de séances 2016	2 678	18 646	3 325	11 254	3 808	39 711
File active 2016	241	1 708	264	1 070	347	3 630
Nombre de séances par personnes prises en charge en 2016	11,1	10,9	12,5	10,5	10,9	10,9

Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2016 des Esad

L'enquête a également questionné le nombre de patients ayant bénéficié d'une part, des prises en charge très courtes, de 4 séances ou moins et d'autre part, des prises en charge très longues, de plus de 15 séances.

Parmi les 36 questionnaires (sur les 39 Esad étudiées), 30 déclarent des patients ayant bénéficié de 4 séances ou moins et 12 déclarent des patients ayant bénéficié de plus de 15 séances. Ainsi, pour les Esad de la région, 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).

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

Pour 3 Esad, on remarque un remplissage particulier de cet item, marqué notamment par une indication de leur file active complète dans ces deux catégories proposées. Ainsi, l'Esad de Dunkerque (1^{ère} et 2^{nde} équipe) indique 85% de sa file active ayant bénéficié de plus de 15 séances et 15 % de 4 séances ou moins, l'Esad de Linselles (1^{ère} et 2^{nde} équipes) indique 93 % de sa file active ayant bénéficié de plus de 15 séance et 7 % de 4 séances ou moins et enfin, l'Esad de Tourcoing indique 95 % de sa file active ayant bénéficié de plus de 15 séances et 5 % de 4 séances ou moins. Également, l'Esad de Le Nouvion-en-Thiérache déclare 54 % de sa file active ayant bénéficié de plus de 15 séances. S'il ne s'agit pas d'une erreur de remplissage, on note que la majeure partie des patients accompagnés par ces trois Esad a bénéficié des prises en charges assez longues, de plus de 15 séances, ce qui n'est pas conforme au cahier des charges.

Durée moyenne de prise en charge (en semaines)

Le cahier des charges prévoit que la prestation par l'Esad 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 Esad 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 11 séances de réhabilitation, ce qui exprime que les séances se réalisent en général à un intervalle légèrement plus étendu qu'une semaine.

Au niveau départemental, la durée moyenne de prise en charge la plus courte est repérée dans le Pas-de-Calais (13,8 semaines) tandis que la plus longue l'est dans l'Aisne (17,7 semaines). Les durées moyennes de prise en charge observées pour les Esad des autres départements sont voisines de 15 semaines (15,0 pour le Nord, 15,5 pour la Somme et 16,0 pour l'Oise)

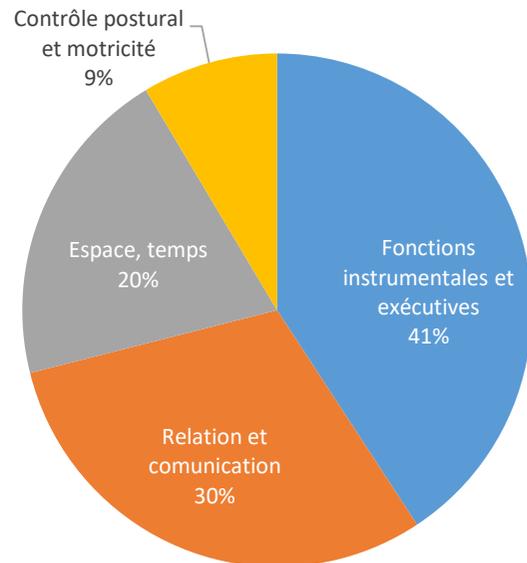
Pour les 36 questionnaires (sur les 39 Esad étudiées), la durée moyenne de prise en charge varie du simple au double : de 11 semaines (pour 5 Esad) à 22 semaines (pour l'Esad de Le Nouvion-en-Thiérache).

Par rapport à 2015, la distribution de la durée moyenne de prise en charge par les Esad ((exprimée en nombre de semaines) semble plus homogène en 2016 qu'en 2015. Ainsi, en 2016, la majeure partie des Esad déclare une durée de prise en charge moyenne de 14 et de 15 semaines et moins d'Esad déclarent des durées de prise en charge moyennes courtes (9 ou 10 semaines) ou très longues (21, 22 et 23 semaines).

Objectif de séances réalisées

En 2016, 41 % des séances réalisées ont eu comme objectif l'amélioration des fonctions instrumentales et exécutives, 30 % la relation et la communication, 20 % l'espace et le temps et 9 % le contrôle postural et la motricité. Les mêmes tendances ont été observées en 2015.

Répartition des séances selon l'objectif fixé à la prescription en 2016

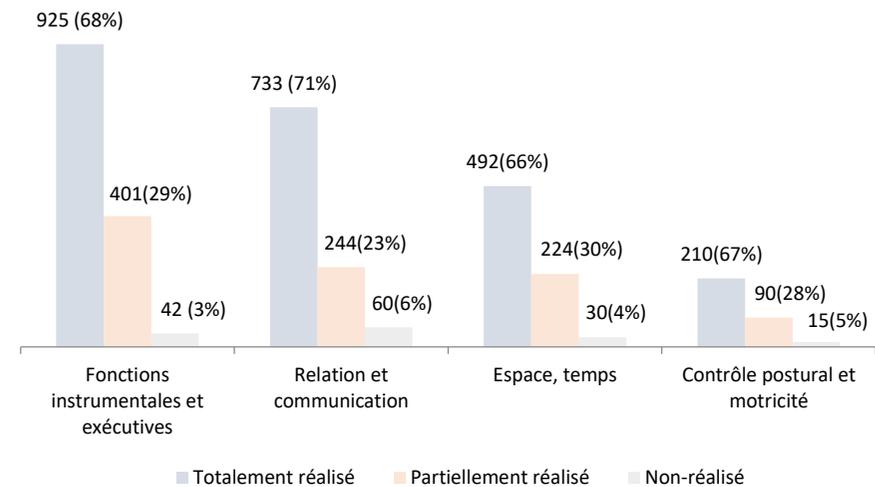


Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2016 des Esad

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 65 % à 70 % totalement réalisé, de 20 % à 30 % partiellement réalisé et d'approximativement 5 % non-réalisé. Les mêmes tendances ont été observées en 2015.

Répartition des séances réalisées selon l'objectif fixé à la prescription et le niveau de réalisation en 2016



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2016 des Esad

Personnel

Le cahier des charges prévoit que le personnel d'une Esad soit constitué d'un effectif de 2,75 ETP constitué d'un infirmier coordinateur (0,25 ETP, soit 9 %), d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien (1 ETP soit 36 %) et d'assistants de soins en gérontologie (1,5 ETP, soit 55 %).

Les 40 Esad étudiées cumulent un effectif de 114,06 ETP dont 10,4 % est occupé par des infirmiers coordinateurs, 22,7 % par des ergothérapeutes, 12 % par des psychomotriciens, 53,8 % est occupé par des assistants de soins en gérontologie et enfin, 0,8% par des aides-soignants/aides médico-psychologiques.

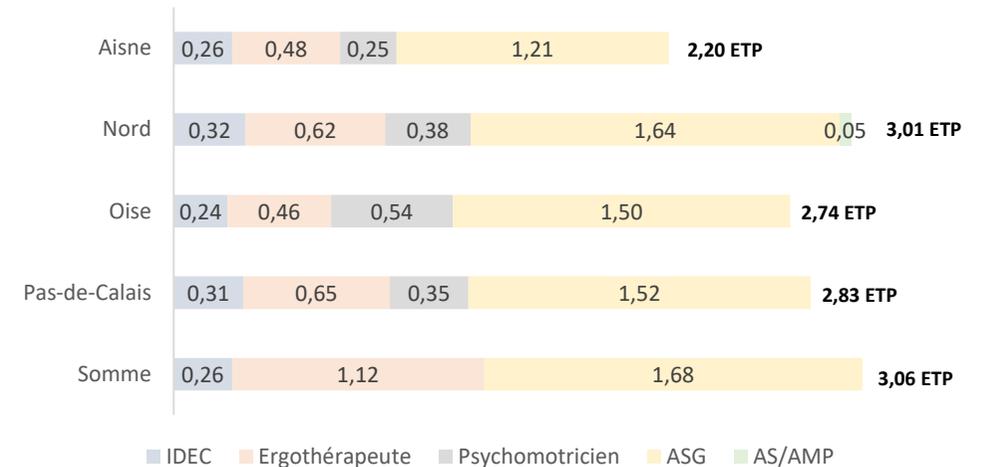
En termes d'effectif de personnes, les 40 Esad étudiées cumulent 212 personnes, dont 119 assistants de soins en gérontologie, 40 infirmiers coordinateurs, 33 ergothérapeutes, 17 psychomotriciens et 3 aides-soignants/aides médico-psychologiques.

Au niveau régional, une Esad comprend en moyenne 5 à 6 personnes (5,3) pour un effectif ETP total de 2,85 (dont 0,29 ETP d'IDE, 0,64 ETP d'ergothérapeute, 0,34 ETP de psychomotricien, 1,53 ETP d'ASG et 0,02 ETP d'AS/AMP). Au niveau départemental, on note quelques spécificités dans la constitution des Esad, tant dans le nombre d'ETP que dans le type de professionnels recrutés.

Ainsi, rapporté au cahier des charges qui prévoit un effectif de 2,75 par Esad, en moyenne une Esad est constituée d'un effectif légèrement plus important dans la Somme (3,06 ETP) et dans le Nord (3,01 ETP) et moins important dans l'Aisne (2,2ETP).

Dans la Somme, aucune des 4 Esad ne dispose d'un psychomotricien. 9 Esad disposent à la fois d'un ergothérapeute et d'un psychomotricien dont 6 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais et 2 dans l'Oise.

**Répartition d'ETP moyen par Esad,
par type de professionnels et par départements en 2016**



Source : ARS – DOMS, Enquête activité 2016 des Esad

Frais de déplacement

L'effectif étudié pour cet item est de 32 questionnaires (35 Esad), 4 ne l'ayant pas renseigné. Ces 32 questionnaires des 35 Esad cumulent un montant de 241 459 euros en frais de déplacement, avec un minimum de 1 164 euros et un maximum de 24 013 euros. En moyenne, on note en 2016 un montant de frais de déplacement de 6 898 euros par Esad, ce qui correspond à une diminution par rapport à 2015 (8 469 euros par Esad).

Rapporté au nombre total de séances réalisées par ces 35 Esad ayant renseigné l'item des frais de déplacement (35 711 séances), il résulte pour l'année 2016 un coût moyen en frais de déplacement de 6,76 euros par séance.

Synthèse des commentaires

35 Esad sur 40 ont renseigné la rubrique des commentaires généraux libres.

Les observations les plus fréquentes concernent :

- une augmentation très importante des demandes de prise en charge/file d'attente ;
- une augmentation d'adressage des patients avec des MMSE inférieurs à 15 ;
- une inadéquation entre le MMSE évalué et les capacités réelles de la personne prise en charge ;
- une insuffisance du nombre de séances prévu par prise en charge (maximum 15) ;
- une absence de relais après la fin de l'intervention ;
- des temps de trajet longs et des frais de déplacement conséquents ;
- une insuffisance du personnel par rapport aux prises en charge réalisées et rapporté aux nouvelles demandes de prise en charge ;
- une difficulté de recrutement, en particulier lors des remplacements pour congés annuels et arrêts maladie ;
- une insuffisante communication sur certains territoires auprès des prescripteurs et au sujet des missions des Esad ;
- un besoin d'un ETP minimal dédié à un psychologue ;

Conclusion

Par rapport à 2015, l'enquête d'activité 2016 des 39 Esad met en évidence une augmentation de la file active (14 %), une diminution du nombre de séances (22 %), une légère augmentation de la part des prescripteurs des consultations mémoire (1,7 %) et des médecins spécialistes libéraux (1,7 %) ainsi qu'une légère progression des patients présentant un GIR 5 et 6 (4,6 %).

Des Esad 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 Esad en ex-Nord-Pas-de-Calais et de 13 Esad 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 Esad. La mesure 22 du PNMD 2014-2019 visant un maillage territorial complet en Esad, une réflexion pour le déploiement de 50 places est en cours afin d'assurer une meilleure équité inter-Esad de la population âgée couverte ainsi qu'une couverture complète dans ces trois départements.

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

Annexes

Sigles

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

G-Sep	Groupe septentrional d'études et de recherche sur la sclérose en plaques	Pasa	Pôle d'activités et de soins adaptés
HAD	Hospitalisation à domicile	PFR	Plateforme d'accompagnement et de répit
HJ	Hôpital de jour	PMND	Plan maladies neuro-dégénératives
HM	Hôpital maritime	RP	Recensement de la population
HT	Hébergement temporaire	Saad	Service d'aide à domicile
IDE	Infirmière diplômée d'État	SAS	Sociétés par actions simplifiées
IDEC	Infirmière diplômée d'État coordinatrice	SLD	Soins de longue durée
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques	Spasad	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
IRM	Imagerie par résonance magnétique	SSRG	Soins de suite et de réadaptation gériatrique
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie	Staps	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
MCI	<i>Mild Cognitive Impairment</i> (troubles cognitifs légers)	TEC	Technicien d'étude clinique
NR	Non réponse	UCC	Unité cognitivo-comportementale
ND	Non disponible	UGSS	Unité gériatrique de soins de suite
OR2S	Observatoire régional de la santé et du social	UHR	Unité d'hébergement renforcée
Paerpa	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie	USLD	Unité de soins de longue durée

Tableaux de résultats

EMG

Lieux d'intervention des EMG en 2016 – Données par département

	Service de médecine	Service de chirurgie	Urgences	Autres lieux	Total
Aisne	65%	24%	11%	0%	100%
Nord	38%	13%	47%	2%	100%
Oise	30%	22%	47%	1%	100%
Pas-de-Calais	21%	7%	66%	5%	100%
Somme	53%	31%	16%	1%	100%
Hauts-de-France	35%	14%	48%	2%	100%

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	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Aisne-Sud	1,5	1	0,2	0,6	0,2	à la demande	à la demande	à la demande	0
Cambresis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Douaisis	1	0	1,8	0,4	0,5	0	0	0	0
Dunkerquois	1,3	0	1	0	0,1	0	0,2	0	0
Flandre Intérieure	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Lille	3,8	0	2,7	0,5	0,9	0	0	0	0
Roubaix - Tourcoing	2	0	4	1,5	1,5	0,8	à la demande	à la demande	à la demande
Sambre Avesnois	0,6	0	1	0,25	0,3	0	0	0	0
Valenciennois	3,1	0	3	1,8	0,6	0	1,1	0	0
Oise-Ouest	0	0	1	0	0,4	0	0	0	0
Oise-Est	2	0	0,5	0,75	0,5	0,5	0	0	0
Arrageois	0,7	0	1,8	0,5	1	0,5	0,5	0	0
Audomarois	1	0	0,8	0	0,3	0	0	0	0
Béthune - Bruay	0	1	0,25	0,4	0,3	0	0	0	0
Boulonnais	0,5	0	2	0,5	0,4	à la demande	à la demande	0	0
Calais	0,5	0	1,6	0,5	0,2	0	0	0	0
Lens - Hénin	1,6	0	2,4	1	0,3	0	0,5	0	0
Montreuillois	0,4	0	0,2	0,1	0	0	0	0,1	0
Somme-Ouest	1	0	1	1	0,5	0	0	0	0
Somme-Centre	1,1	0	1	0	0,5	0	0	0	0
Somme-Est	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - 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	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nord	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Oise	2	0	1,5	0,75	0,9	0,5	0	0	0
Pas-de-Calais	4,7	1	9,05	3	2,5	0,5	1	0,1	0
Somme	2,1	0	2	1	1	0	0	0	0

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

SSRG

Capacité et activité des SSRG en 2016 - Données départementales

	Population de 75 ans et plus	Nombre de lits en SSRG	Lits en SSRG pour 1000 hab. de 75 ans ou plus	Nombre de journées en SSRG	Journées en SSRG pour 1000 hab. de 75 ans ou plus
Aisne	49 529	255	51	86 690	1 750
Nord	198 069	1106	56	365 465	1 845
Oise	58 136	503	87	171 693	2 953
Pas-de-Calais	122 346	513	42	203 159	1 661
Somme	50 680	207	41	73 419	1 449
Hauts-de-France	478 760	2584	54	900 426	1 881

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Modes d'entrée en SSRG – Données départementales

	Admissions directes	Mutations d'un CSG	Autres mutations	Total entrées
Aisne	37%	25%	39%	100%
Nord	15%	40%	45%	100%
Oise	38%	56%	5%	100%
Pas-de-Calais	18%	53%	29%	100%
Somme	20%	26%	54%	100%
Hauts-de-France	23%	43%	34%	100%

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Champ : Modes d'entrée rapportés par 62 SSRG (sur 69 interrogés)

Mode de sortie en SSRG – Données départementales

	Domicile	USLD	Autres transferts sanitaires	Établissements médico-sociaux	Décès	Total sorties
Aisne	59%	4%	17%	14%	7%	100%
Nord	63%	3%	15%	12%	7%	100%
Oise	66%	3%	16%	8%	7%	100%
Pas-de-Calais	62%	5%	13%	11%	9%	100%
Somme	58%	6%	10%	19%	8%	100%
Hauts-de-France	62%	4%	14%	12%	8%	100%

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Champ : Modes de sortie rapportés par 62 SSRG (sur 69 interrogés)

USLD

Personnel des USLD en 2016 (en ETP pour 20 lits) – Résultats par département

	Lits installés (hors UHR)	Total ETP	Gériatre	Non gériatre	IDE	ASH	Aide- soignante	Ergothérapeute ou psychomotricien	Autres personnel
Aisne	200	18,2	0,3	0,2	3,4	3,7	9,1	0,1	1,4
Nord	918	16,0	0,3	0,0	3,3	2,8	8,4	0,1	1,1
Oise	577	17,8	0,2	0,1	3,3	3,2	8,5	0,1	2,4
Pas-de-Calais	568	16,6	0,3	0,1	3,2	3,1	8,8	0,2	1,0
Somme	445	16,3	0,2	0,0	3,6	3,0	8,5	0,1	0,8
Hauts-de-France	2708	16,7	0,3	0,1	3,3	3,1	8,6	0,1	1,3

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - SAE - Traitement OR2S
interrogées

Champ : données portant sur par 46 des 47 USLD

Personnel des USLD en 2016 (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 personnel
Aisne - Centre	44	16,2	0,0	0,6	3,9	0,0	7,6	0,1	4,0
Aisne-Nord	106	19,9	0,3	0,2	3,2	5,3	10,0	0,2	0,8
Aisne-Sud	50	16,7	0,4	0,0	3,7	3,4	8,6	0,0	0,6
Cambrésis	58	12,8	0,2	0,0	3,6	2,1	6,4	0,0	0,5
Douaisis	45	19,8	0,3	0,0	2,7	3,5	11,7	0,3	1,2
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	0,0	1,2
Lille	167	14,1	0,2	0,0	3,6	2,1	7,6	0,1	0,6
Roubaix-Tourcoing	240	17,3	0,4	0,0	3,3	2,4	9,7	0,1	1,4
Sambre Avesnois	100	16,1	0,4	0,0	3,1	3,8	7,6	0,2	1,0
Valenciennois	168	15,6	0,3	0,0	3,2	3,2	7,3	0,1	1,5
Oise-Est	292	17,0	0,3	0,1	3,1	4,4	8,1	0,1	1,0
Oise-Ouest	285	18,7	0,2	0,1	3,5	1,9	8,9	0,2	3,9
Arrageois	120	17,0	0,4	0,0	2,7	2,8	10,7	0,2	0,2
Audomarois	80	15,2	0,3	0,0	3,8	2,5	8,2	0,1	0,6
Béthune-Bruay	100	16,2	0,4	0,0	2,9	3,2	7,7	0,1	1,8
Boulonnais	60	19,7	0,3	0,7	3,0	4,4	10,6	0,3	0,5
Calais	30	18,6	0,2	0,0	2,5	5,3	8,7	0,0	1,8
Lens-Hénin	148	15,5	0,3	0,0	3,3	2,8	7,6	0,2	1,2
Montreuillois	30	17,4	0,3	0,0	4,8	2,7	8,3	0,0	1,2
Somme-Centre	320	15,7	0,1	0,0	3,6	2,7	8,3	0,1	0,9
Somme-Est	60	17,0	0,2	0,2	2,9	2,6	9,3	0,4	1,5
Somme-Ouest	65	18,3	0,5	0,0	4,2	4,6	8,9	0,0	0,2
Hauts-de-France	2708	16,7	0,3	0,1	3,3	3,1	8,6	0,1	1,3

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - SAE - Traitement OR2S
interrogées

Champ : données portant sur par 46 des 47 USLD

UHR

Personnel réservé aux soins en UHR en 2016 (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	19,8	2,5	0,8	7,0	0,0	5,0	0,5	0,5	3,5	1 animatrice et 2,5 ASH
CH de Château-Thierry	8,8	2,0	0,5	2,0	0,0	4,2	0,1			
Polyclinique de Grande Synthe	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Hazebrouck	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CHRU de Lille	4,0	1,0		2,8			0,2			
Centre Féron Vrau	0,4	0,1					0,1	0,2		
CH de Seclin	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
GHLH	9,1	3,0	0,2	3,4	1,1	1,2	0,3	0,0		
CH de Tourcoing	7,4	1,4	0,2	3,2		2,5	0,3			
CH de Douai	1,5		0,3	1,0			0,3			
CH de Valenciennes	16,4	2,0		4,0	0,0	9,3	0,2		1,0	0,75 et 0,2 cadre de santé
CH de Beauvais	12,1	3,5	0,4	3,5		4,6	0,1			
CHI Compiègne-Noyon	12,1	3,2	0,0	1,0	0,0	7,4	0,2		0,3	0,3 cadre de santé
CH de Boulogne	14,3	1,0	0,0	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		2,5	0,2			
Ehpad Bully les Mines	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Lens	39,8	1,0			38,8					
CH d'Arras	8,8	0,5	0,5	4,9		2,8	0,1			
CH du Ternois	13,9	3,6	0,4		8,6		0,4		0,9	
CHI Baie de Somme	6,9	0,1	0,1			6,0		0,2	0,5	0,5 éduc spé
Ensemble	189,3	28,0	3,9	43,2	58,6	45,4	3,2	0,9	6,1	

Champ : 17 UHR répondantes
OR2S

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement

Personnel réservé à la dépendance en UHR en 2016 (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	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Château-Thierry	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,5		
Polyclinique de Grande Synthe	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Hazebrouck	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CHRU de Lille	0,9			0,8				0,1		
Centre Féron Vrau	0,0									
CH de Seclin	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
GHLH	2,6	0,0	0,0	1,4	0,5	0,5		0,2		
CH de Tourcoing	2,4			1,4		1,1		0,0		
CH de Douai	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Valenciennes	4,5					4,0			0,5	
CH de Beauvais	2,1					2,0		0,1		
CHI Compiègne-Noyon	4,2	0,0				3,2		0,3	0,8	0,75 ASH
CH de Boulogne	5,4			1,5	2,4			0,5	1,0	
CH de Calais	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Béthune	1,4					1,3		0,1		
Ehpad Bully les Mines	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Lens	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH d'Arras	3,4			2,1		1,2		0,1		
CH du Ternois	5,0				3,9			0,2	1,0	
CHI Baie de Somme	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Ensemble des 19 UHR	34,0	0,0	0,0	7,1	6,7	14,9	0,0	2,0	3,2	

Champ : 17 UHR répondantes
OR2S

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement

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	739	259	1,8	69%	0%
CH Laon	306	149	2,2	68%	5%
CH Soissons	492	216	1,5	65%	0%
CH Château-Thierry	NR	NR	NR	NR	NR
CM2R - Bailleul	521	144	1,9	65%	17%
CHRU - CM2R Salengro	3178	1070	1,7	55%	17%
CHRU - CM2R Les Bateliers	693	290	1,2	70%	2%
CH Seclin	732	282	1,5	68%	0%
GHICL - Lomme	269	141	1,2	58%	3%
CH Tourcoing	576	262	1,5	67%	0%
CH Roubaix	643	291	1,6	65%	0%
CH Cambrai	204	137	1,6	74%	0%
CH Douai	344	177	1,5	74%	0%
CH Dunkerque	337	193	1,4	64%	1%
CH Sambre Avesnois	371	184	1,2	61%	2%
CH Le Quesnoy	826	158	1,5	NR	NR
CH Valenciennes	1023	458	1,2	68%	1%
CH Beauvais	1061	477	1,6	63%	1%
GHPSO Senlis	753	257	1,8	62%	5%
GHPSO Creil	177	84	1,3	58%	43%
CHI Compiègne-Noyon	540	256	1,8	64%	1%
Fondation Hopale Berck-sur-Mer	264	145	1,4	59%	6%
CH Béthune	1127	323	1,6	68%	1%
CH Arras	271	152	1,2	68%	3%
CHR Saint-Omer	595	213	1,3	63%	2%
CH Boulogne-sur-Mer	309	188	1,1	53%	2%
CH Calais	458	206	1,3	58%	2%
CH Lens	1100	528	1,2	69%	1%
CH Abbeville	770	345	1,6	66%	1%
CM2R - CHU Amiens	2099	999	2,0	55%	15%
Hauts-de-France	20778	8584	1,6	63%	6%

Source : BNA, ARS - DST, DOMS 2017 - 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	1 537	624	1,8	67%	1%
Nord	9 717	3 787	1,5	63%	8%
Oise	2 531	1 074	1,7	63%	5%
Pas-de-Calais	4 124	1 755	1,3	65%	1%
Somme	2 869	1 344	1,9	58%	11%
Hauts-de-France	20 778	8 584	1,6	63%	6%

Source : BNA, ARS - DST, DOMS 2017 - 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	56%	4%	17%	1%	5%	3%	7%	6%	0%	0%	100%
Nord	51%	16%	13%	2%	6%	6%	4%	0%	1%	0%	100%
Oise	67%	4%	10%	1%	3%	2%	10%	2%	0%	0%	100%
Pas-de-Calais	70%	13%	6%	1%	3%	3%	3%	1%	0%	0%	100%
Somme	46%	10%	9%	2%	9%	2%	19%	1%	1%	0%	100%
Hauts-de-France	57%	12%	11%	2%	5%	4%	7%	1%	1%	0%	100%

Source : BNA, ARS - DST, DOMS 2017 - 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	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH Laon	0,2	0,2	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5
CH Soissons	0,2	0,2	0	1	0	0	0	0,5	0	0	0	0	1,9
CH Château-Thierry	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CM2R - Bailleul	0,3	0	0,2	0,1	0	0	0,3	1	1	0	0	0	2,9
CHRU - CM2R Salengro	0,8	3,5	0,5	6,3	1	0	0,7	4,3	3,3	3	1,8	0	25,2
CHRU - CM2R Les Bateliers	0,9	0,05	0,1	0,4	0	0	0,2	0,6	0,8	0	0	0,2	3,25
CH Seclin	0,9	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0	1,9
GHICL	0	0,7	0	1	0	0	0,2	0,4	0,6	0	0	0	2,9
CH Tourcoing	0,4	0,05	0	1,5	0,05	0	0,5	1	0,7	0	0	0	4,2
CH Roubaix	0,8	0,2	0,05	1	0	0	0	1,5	0,5	0	0	0	4,05
CH Cambrai	0,2	0	0	0,5	0	0	0,1	0,1	0,1	0	0	0	1
CH Douai	1	0,1	0,1	1	0	0	0,1	0,5	0,3	0	0	0	3,1
CH Dunkerque	0,3	0,1	0	1,5	0	0	0	0,3	0	0	0	0	2,2
CH Sambre Avesnois	0,2	0,6	0	0,7	0,15	0	0	0,5	0,2	0	0	0,1	2,45
CH Le Quesnoy	0,5	0,02	0	0,4	0,05	0,2	0,1	0,5	1	0	0	0,1	2,87
CH Valenciennes	0,8	0,25	0	1,5	0,25	0	0	0,22	0,1	0	0	0	3,12
CH Beauvais	0,6	0,1	0	2,4	0	0	0	0,5	0	0	0	0	3,6
GHPSO Senlis	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
GHPSO 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	0,5	0	1	0	0	0,1	0,2	0,2	0	0	0	2
CH Béthune	0,2	0,5	0,01	2	0,5	0	0,5	1	1	0	0	0	5,71
CH Arras	0,5	0,25	0,1	1,8	0,05	0	0,25	0,75	0,5	0	0,3	1	5,5
CHRSO	1	0,1	0	1	0	0	0	0,7	0,2	0	0	0	3
CH Boulogne-sur-Mer	0,1	0,7	0	1,5	0,1	0	0	0,4	0	0	0	0	2,8
CH Calais	0,5	0,8	0	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	2,9
CH Lens	0,7	0,4	0,1	1,5	0	0	0,1	0	1	0	0	0	3,8
CH Abbeville	3	1	0	1,5	0	0	0	0,5	0	0	0	0	6
CM2R - CHU Amiens	1	0,5	0,1	2,8	0,5	0	0,5	0,5	2	0	1	0	8,9
Hauts-de-France	15,1	10,82	1,36	34,5	2,65	0,2	3,65	16,47	13,5	3	3,1	1,4	105,75

Source : BNA, ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S clinique

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

UCC

Activité des UCC en 2016 - 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	163	5 380	37
Nord	Douaisis	Clinique Saint Roch - Marchiennes	12	118	4 749	40
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	10	60	2 964	52
Nord	Flandre Intérieure	EPSM Bailleul	15	160	4 637	33
Nord	Lille	CHRU de Lille	12	98	4 735	57
Nord	Lille	CH de Seclin	12	81	4 001	62
Nord	Lille	Groupement hospitalier Loos Haubourdin	10	97	3 270	37
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	12	172	4 332	27
Nord	Sambre Avesnois	CH de Hautmont	20	223	6 769	29
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	10	130	3 198	27
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	14	71	2 763	42
Pas-de-Calais	Lens-Hénin	Polyclinique de Riaumont (Anhac)	12	157	3 839	30
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	9	29	1 069	37

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Activité des UCC en 2016 - Données départementales

	Nombre de lits	Nombre total de séjours (lits et places)	Nombre de journées de + de 24 h	DMS
Aisne	15	163	5380	37
Nord	103	1009	35457	35
Oise	0	0	0	0
Pas-de-Calais	45	387	10869	28
Somme	0	0	0	0
Hauts-de-France	163	1559	51706	33

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - 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	94%	0%	6%	51%	0%	10%	37%	1%	0%
Nord	Douaisis	Clinique Saint Roch - Marchiennes	18%	30%	52%	24%	2%	22%	50%	2%	0%
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	64%	26%	11%	77%	11%	2%	3%	8%	0%
Nord	Flandre Intérieure	EPSM Bailleul	99%	0%	1%	63%	1%	14%	21%	0%	1%
Nord	Lille	CHRU de Lille	40%	55%	5%	42%	5%	19%	29%	3%	2%
Nord	Lille	CH de Seclin	33%	13%	54%	69%	4%	3%	21%	3%	0%
Nord	Lille	Groupement hospitalier Loos Haubourdin	83%	17%	0%	66%	0%	8%	22%	2%	2%
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	43%	56%	1%	65%	2%	3%	30%	1%	0%
Nord	Sambre Avesnois	CH de Hautmont	23%	26%	51%	46%	4%	23%	27%	0%	0%
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	38%	59%	3%	56%	8%	23%	13%	0%	0%
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	58%	27%	15%	50%	3%	19%	23%	6%	0%
Pas-de-Calais	Lens-Hénin	Polyclinique de Riaumont (Anhac)	83%	17%	0%	35%	3%	3%	53%	5%	0%
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	5%	95%	0%	88%	0%	4%	8%	0%	0%

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

Répartition des modes d'entrée en UCC - Données départementales

	Admissions directes	Mutations d'un court séjour	Autres mutations
Aisne	94%	0%	6%
Nord	49%	29%	22%
Oise	0%	0%	0%
Pas-de-Calais	58%	38%	4%
Somme	0%	0%	0%
Hauts-de-France	56%	28%	16%

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - 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	51%	0%	10%	37%	1%	0%
Nord	54%	3%	13%	27%	2%	1%
Oise	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Pas-de-Calais	49%	5%	13%	30%	3%	0%
Somme	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Hauts-de-France	53%	3%	13%	29%	2%	0%

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - 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	assistante sociale	kinésithérapeute	diététicienne	psychologue	ergothérapeute	orthophoniste	Psychomotriciens	STAPS	autre
Aisne	Aisne-Sud	La Renaissance sanitaire	0,9	2	-	7 (4)	5	0,25	0,75	0,15	0,5	0,3	0,1	0,1	0	-
Nord	Douaisis	Clinique Saint Roch - Marchiennes	0,5	2	-	4,5 (2)	4	0,15	1 libéral	0,1	0,2	0,2	0,1 libéral	0,5	0,2	0,05 socio-esthétique
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	1	1	0,2	5,54	3,16	0,3	0,35	0,1	0,22	0,05	-	0,5	0,35	2,69
Nord	Flandre Intérieure	EPSM Bailleul	0,3	1	0,5 psychiatre	16,46	12,26	0,93	-	-	0,3	0,5	0,2	-	-	3,65
Nord	Lille	CHRU de Lille	0,6	1	-	6,6	9,6	0,25	-	0,05	0,8	0,5	-	0,5	-	Cadre de santé 0,5 ASH : 2,20
Nord	Lille	CH de Seclin	mutualisation avec le SSR	2	-	7,8	1	0,2	0,2	présent pour l'ébt	0,1	présent pour l'ébt	0	0,1	-	0,3 cadre de santé
Nord	Lille	Groupement hospitalier Loos Haubourdin	0,5	1	-	5	3	0,2	-	-	0,1	-	-	0,5	-	2 AMP 0,3 Autre
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	0,6	3	0,45 interne	3,65	3,5	0,4	0,2	0,125	0,5	0,6	0,2	0,5	0,5	Cadre de santé: 0,3 Socio-esthéticienne: 0,1 ASH: 2,6
Nord	Sambre Avesnois	CH de Hautmont	1,1	2	0,1	9	7	1	1	0,5	1	1	-	-	0,5	-
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	0,7	1	-	6,2	1	0,5	0,3	0,3	-	0,5	-	1	-	-
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	0,2	1	-	3,8	-	-	-	-	-	-	-	0,5	-	0,8 ash
Pas-de-Calais	Lens-Hénin	Polyclinique de Riaumont (Anhac)	0,5	1	-	4,1	1	-	0,1	-	-	-	-	-	-	responsable infirmier 0,25
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	-	neuropsych 0,5

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - Traitement OR2S

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	Psychomotriciens	STAPS	autre	
Aisne	0,9	2,0	0,0	7,0	5,0	0,3	0,8	0,2	0,5	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	15,1
Nord	4,6	13,0	1,3	58,6	43,5	3,4	1,8	0,9	3,2	2,9	0,4	2,6	1,6	12,7	137,3
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	1,9	4,0	0,0	20,1	3,5	0,7	0,9	0,5	0,0	0,8	0,0	2,0	0,0	1,6	31,9
Somme	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
Hauts-de-France	7,4	19,0	1,3	85,7	52,0	4,3	3,4	1,5	3,7	4,0	0,5	4,7	1,6	14,2	184,2

Source : ARS - DST, DOMS 2017 - 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 : avril 2018