



BILAN GERONTOLOGIQUE 2013

DES TERRITOIRES DE SANTE

*A PARTIR DES RESULTATS DE L'ENQUETE ANNUELLE DE GERIATRIE HOSPITALIERE ;
DES RAPPORTS D'ACTIVITE DE TROIS EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE ;
DE L'ENQUETE NATIONALE ALZHEIMER (PASA, ESAD) ;
DU RAPPORT D'ACTIVITE DE 4 PFR ET DU BILAN MAIA 2013 ;
DES DONNEES DE LA BANQUE NATIONALE ALZHEIMER (CONSULTATIONS MEMOIRE) ;
DU BILAN DE LA COUPE PATHOS EHPAD ET DE L'ENQUETE EHPAD ;
DU BILAN DU PROGRAMME AMI-ALZHEIMER ;
DE DEUX ETUDES UNIVERSITAIRES ;
DU RETOUR DE REUNIONS : GESTION DES RISQUES : CHUTES ;
DU BILAN DE LA COOPERATION HAD-SSIAD ;
DU BILAN D'ACTIVITE DE L'EMPG DU CHRU DE LILLE ;
ALD 15, DONNEES PMSI*

Contenu

A.	La Gériatrie	2
1	Les filières gériatriques de la région en 2013	2
2	Les courts séjours gériatriques déclarés.....	6
2.1	L'état des lieux : implantation et capacité	6
2.1.1	Leurs implantations	6
2.1.2	Leurs capacités	7
2.2	L'activité des courts séjours gériatriques	9
2.2.1	Le nombre de séjours générés	9
2.2.2	Leur durée moyenne de séjour	11
2.3	Les modes d'entrées et de sorties.....	13
2.3.1	Les entrées.....	13
2.3.2	Les sorties	15
2.3.3	L'évolution régionale depuis 2006 (sorties et entrées).....	16
2.4	Les compétences des courts séjours gériatriques [ANNEXE 2]	18
2.4.1	Les effectifs de gériatres, IDE et AS	18
2.4.2	L'équipe pluridisciplinaire	21
2.5	Le plan de formation	23
3	Les Equipes Mobiles Gériatriques.....	25
3.1	Leurs implantations	25
3.2	Leurs activités & leurs personnels.....	26
3.3	Synthèse des rapports d'activité des EMG, de Lille, de Valenciennes de l'année 2012	31
3.3.1	Préambule	31
3.3.2	Activité générale en 2013.....	33
3.3.3	Activité intra-hospitalière.....	35
3.3.4	Activité extra-hospitalière	37
3.3.5	Caractéristiques des patients pris en charge par les EMG	39

3.3.6	Personnel des EMG.....	39
4	Les Hôpitaux de Jour Gériatriques.....	40
4.1	Leurs implantations.....	40
4.2	Leurs personnels.....	41
4.3	Leurs activités.....	41
5	Les Soins de Suite et de Réadaptation Gériatriques.....	48
5.1	Les établissements reconnus par l'ARS.....	48
5.2	Leurs activités.....	49
5.2.1	Leurs capacités.....	49
5.2.2	Les durées moyennes de séjour (DMS).....	51
5.2.3	Les modes d'entrée et de sortie.....	54
5.3	Leurs compétences.....	58
5.3.1	Le personnel médical.....	58
5.3.2	Le personnel non médical.....	59
6	Les Unités de Soins Longue Durée.....	61
6.1	L'implantation des USLD en région.....	61
6.2	Leurs activités.....	63
6.3	Leurs compétences.....	65
6.3.1	Personnel médical.....	65
6.3.2	Personnel non médical.....	66
6.4	Les Unités d'Hebergement Renforcees (UHR).....	67
7	Les réseaux gérontologiques.....	73
B.	Les Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes.....	78
1	l'enquête « EHPAD » - données 2013.....	78
1.1	La coopération des EHPAD avec les acteurs du secteur sanitaire.....	78
a.	Avec les centres hospitaliers (CH).....	78
b.	Avec une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).....	81
c.	Avec les services d'Hospitalisation à Domicile (HAD).....	81
d.	Avec les acteurs de la psychiatrie.....	82

1.2	Les coopérations avec les autres établissements sociaux et médico-sociaux pour l'organisation de formations communes et pour les temps de personnels partagés	82
a.	Des coopérations pour l'organisation de formations communes.....	82
b.	Des coopérations pour le partage de temps de personnel.....	83
1.3	Eléments sur le personnel et les contrats de coordination avec les libéraux	83
a.	Les médecins coordonnateurs en EHPAD.....	83
b.	Les difficultés de recrutement rencontrées par les EHPAD	83
c.	Les contrats de coordination avec les professionnels libéraux	84
1.4	Eléments sur le profil des résidents	84
a.	Moyenne d'âge.....	84
b.	Profils des résidents	84
c.	Motifs des départs et durée moyenne de séjour.....	84
1.5	Les outils utilisés dans les EHPAD.....	85
a.	Le modèle unique de dossier d'admission	85
b.	Le suivi des demandes d'admission.....	85
2	Coupe PATHOS en EHPAD	86
	<i>Pour en savoir plus sur les coupes PATHOS : http://ars.nordpasdecalais.sante.fr/Formation-PATHOS.158320.0.html</i>	86
2.1	Préambule	86
2.2	Caractéristiques de la population en EHPAD	86
2.3	Etats pathologiques en EHPAD.....	87
2.4	Profils de soins.....	88
2.5	Répartition des groupes de patients proches (GPP) dans la population en 2013.....	91
2.6	Indicateurs globaux en EHPAD en 2013	93
3	Programme AMI-Alzheimer dans les EHPAD du Nord-Pas-de-Calais	94
3.1	Préambule	94
3.2	Résultats déclaratifs à T0 du programme AMI Alzheimer des EHPAD de Nord-Pas-de-Calais au 13/12/12	95
3.3	Résultats déclaratifs à T1 du programme AMI Alzheimer des EHPAD de Nord-Pas-de-Calais au 31/03/13	97
4	action gdr « Chutes » en ehpad.....	99
4.1	Les indicateurs.....	99
4.2	Indicateurs 1 : Mise en place d'un suivi individuel des chutes au sein de l'EHPAD	100

4.3	Indicateurs 2 : Taux de chutes par résident en 2013	100
4.4	10.4 Indicateurs 3 : Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation en 2013.....	101
5	Prise en charge de l'Urgence dans les Etablissements d'Hébergement de Personnes Agées. Enquête régionale dans le Nord-Pas-de-Calais.....	102
5.1	Introduction :	102
5.2	Méthodes :	102
5.3	Résultats:	103
5.4	Discussion :	105
6	Evaluation de psycho-gériatrie en EHPAD	108
6.1	Préambule : issu du cahier des charges régional	108
6.2	Exemple d'activité en 2013 : l'équipe mobile de psycho-gériatrie du CHRU de Lille.....	109
7	Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers : Rapport sur le respect des droits des usagers (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Nord-Pas-de-Calais)	113
	<i>Si vous souhaitez des informations complémentaires : http://ars.nordpasdecalsais.sante.fr/Tout-savoir-sur-vos-droits.132675.0.html</i>	113
7.1	FOCUS n°5 : L'expérimentation de la présence des représentants des associations d'usagers agréées dans les Conseils de Vie Sociale des EHPAD	113
7.2	FOCUS n°6 : Promouvoir la bientraitance dans le domaine médico-social.....	115
C	Le Plan Alzheimer	117
1	La mesure 1 du « Plan Alzheimer 2008-2012 » relative aux plateformes d'accompagnement et de répit aux aidants familiaux	117
1.1	Activité 2013 Alzheimer – Rapport d'activité de la « Maison des Aidants » de la Métropole Lille	117
1.2	Activité 2013 Alzheimer – Rapport d'activité de la « Maison des Aidants » de Métropole Roubaix Tourcoing	124
1.3	Activité 2013 Alzheimer – Rapport d'activité de la « Maison des Aidants » de la PFR Centre Hospitalier du Ternois – Saint Pol sur Ternoise	129
1.4	Activité 2013 Alzheimer – Rapport d'activité du « Relais des Aidants » de la PFR Centre Hospitalier de Béthune	132
2	Mesure 2 du « Plan Alzheimer 2008-2012 » relative à la formation des aidants	135
2.1	Présentation générale	135
2.2	Etat des lieux dans la région	135
2.3	Méthodologie	135
2.4	Analyse des données des bilans d'activité 2013	137
2.4.1	<i>Données sur la formation</i>	137
2.4.2	<i>Données concernant les aidants.....</i>	139
2.4.3	<i>Données concernant la personne aidée.....</i>	142
3	La mesure 4 du « Plan Alzheimer 2008-2012 » relative à la Labellisation sur tout le Territoire de MAIA.....	143

3.1	Généralité sur les MAIA :	143
3.2	Etat des lieux dans la région:	143
3.3	Méthodologie:	143
3.4	Analyse des données d'activité:	144
3.5	Un exemple : la MAIA dans le Valenciennois-Quercitain	151
4	La mesure 6 du « Plan Alzheimer 2008-2012 » relative aux Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile	154
4.1	Préambule	154
4.2	Structure porteuse	154
4.3	Données de « patientèle »	154
4.4	Répartition des effectifs par type de professionnels	157
5	La mesure 16 du « Plan Alzheimer 2008-2012 » relative aux Pôles d'Activité et de Soins Adaptes	158
	<i>Les données des UHR ont été répertoriées au sein des activités des USLD dans la première partie du document.</i>	<i>158</i>
5.1	Préambule	158
5.2	File active des résidents	158
5.3	Fonctionnement du PASA.....	160
6	ALD 15 – (chiffres de 2012 et 2013)	164
7	Les mesures 11 et 13 du « Plan Alzheimer 2008-2012 » relatives aux Consultations mémoire	167
7.1	Consultations mémoire labellisées dans la région Nord Pas de Calais	167
7.2	Caractéristiques des consultations mémoire inscrites à la BNA	169
7.3	Activité à la BNA :	170
7.4	Compétences en personnel :	172
7.5	Caractéristiques des patients	172
D	autres données	174
1	Conventionnement HAD-SSIAD	174
2	Médicaments pôtentiellement inappropriés et score anticholinergique chez les personnes âgées : une étude en population générale en France	180
3	Les hospitalisations des personnes âgées de 75 ans et plus en service de médecine et de chirurgie dans la région en 2013	192
	Annexe I : La répartition des lits de CSG par établissement de santé.....	204
	Annexe II : Les compétences des CSG par établissement de santé	205
	Annexe III : Répartition des lits et durées moyennes de séjour déclarées des SSR gériatriques par établissement de santé	207
	Annexe IV : Répartition des traitements en UHR.....	208

Annexe V : ETP réservés aux soins et ETP réserves à la dépendance (UHR)	209
Annexe VI : Carte des plateformes de répit ouvertes dans la région.....	211
Annexe VII : Liste des PASA ouverts sur l'ensemble de la région.....	212
Annexe VIII : Carte des Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile dans la région en 2013	214
Annexe IX : Carte Consultations mémoire Labellisé dans la Région	215
Annexe X : Carte des réseaux de santé gériatriques de la région en 2014	216

Avant-propos

C'est, en tout, 62 établissements de santé de la région qui ont été interrogés. Le taux de retour est de 85,5% avec 53 établissements répondeurs. Cependant l'ensemble des établissements ayant des courts séjours gériatriques ou des EMG ont répondu et 43/49 (87,8%) établissements autorisés en soins de suite spécialisés en gériatrie.

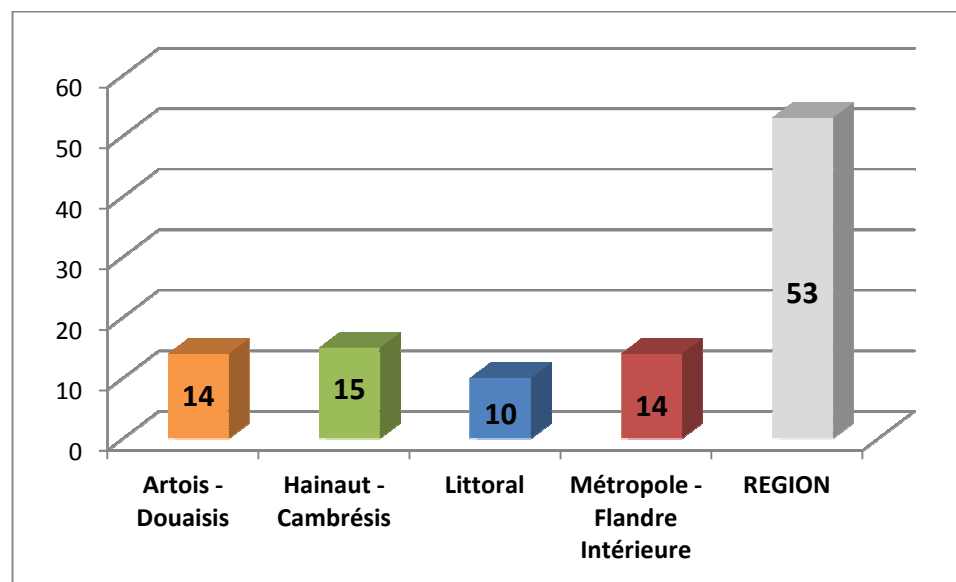


Figure 1 : Les retours de l'enquête annuelle de gériatrie "Territoire de santé"

Source : ARS – DSEE 2014

Si vous souhaitez consulter les données des années précédentes : <http://ars.nordpasdecals.sante.fr/La-geriatrie-dans-la-region.151364.0.html>

A. LA GERIATRIE

1 LES FILIERES GERIATRIQUES DE LA REGION EN 2013

Le SROS-PRS 2012-2016 constate que l'organisation et la reconnaissance de filières et ce, dès 2009, ont largement dépassé les objectifs que le SROS III avait fixés. Il recommande au moins une filière sanitaire et médico-sociale labellisée par zone de proximité.

Les tableaux suivants présentent, par territoire de santé, les déclarations des établissements de santé quant à l'avancée de leur filière de gériatrie. Certaines sont surlignées en bleu car labellisées par l'ARS.

		Positionnement déclaré des établissements "création effective d'une structuration gériatrique interne"	Existence d'un pôle gériatrique	
			Unités-structures constituant le pôle-filière interne	Existence d'un trio de direction (médecin, directeur, cadre de santé)
Territoire de santé de l'Artois-Douais	Zone de proximité de l'Arrageois			
	CH d'Arras	Oui - Création du pôle gériatrie – 02/2014	EHPAD - PASA - USLD - CSG - SSR - UCC - EMEG - Cs mémoire et multidisciplinaires - HJ	Oui
	CH de Bapaume	Oui	EHPAD - SSRg	Oui
	CH de Saint Pol sur Ternoise	Non	SSR Gériatrique - USLD - UHR - EHPAD - UPAD - AJ - HT - Consultation Mémoire de Proximité - Plateforme d'Accompagnement et de Répit	Non
	Zone de proximité de Béthune-Bruay			
	Auchel - La Manaie	Oui		
	Cliniques Anne d'Artois	Oui	Consultation pluridisciplinaire – HJ - CSG - SSR gériatrique - EMG	Oui
	CH de Béthune	Oui - nouveau redécoupage depuis 03/2013	Médecine polyvalente (souhait d'une reconnaissance de CSG) - SSRg et soins palliatifs - HJ - Unité de Soins Palliatifs – EMG - Equipe Mobile de Soins Palliatifs - Rééducation fonctionnelle – USLD - EHPAD - Cs mémoire (pôle Médecine Aiguë)	Oui
	Zone de proximité du Douaisis (GCS « filière gériatrique » pour le territoire)			
	CH de Douai	Oui - Labellisation 2010	CSG - EMG - HJ - SSRg - USLD - UHR - EHPAD - AJ Alzheimer - Cs multidisciplinaires et mémoire	Oui
	Maison de Santé et de cure de Lallaing	NR	SSRg	NR
	Clinique St Roch de Marchiennes	Oui - 12/2012	SSRg - UCC	Oui
	CH de Somain	Oui - 2012	Méd. à orientation gériatrique - SSRg - USLD - EHPAD - SSIAD	Oui
	Zone de proximité de Lens-Hénin			
	CH d'Hénin Beaumont	Oui - 12/2008	CSG - EMG - USLD - EHPAD - SSRg - Cs mémoire – Cs multidisciplinaire - HJ	Oui
	CH de Lens	Oui - Labellisation 2008	CSG - EMG - Cs - HJ - SSRg - SSL - UCC - USLD - EHPAD - ADJ - UHR - HT	Oui
	Polyclinique Riaumont AHNAC de Liévin	Oui – 03/2014	USLD - EHPAD - Med à orientation gériatrique - EMG - Cs	N on
	CH de Carvin	Oui avec le CH de Seclin	USLD - EHPADs	Oui en commun avec Seclin

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 2 : Filières gériatriques 2013 – Déclarations Etablissements « Artois-Douais »

		Positionnement déclaré des établissements "création effective d'une structuration gériatrique interne"	Existence d'un pôle gériatrique	
			Unités-structures constituant le pôle-filière interne	Existence d'un trio de direction (médecin, directeur, cadre de santé)
Territoire de santé du Hainaut-Cambrésis	Zone de proximité du Cambrésis (mise en place d'un GCS « filière gériatrique » en cours)			
	CH de Cambrai	Oui - 01/2007	CSG - EMG - SSRg -HJ - USLD - EHPAD - Cs mémoire – Cs douleur - EMSP	Oui
	Clinique St Roch de Cambrai	Oui – réunion 08/2009	Cs mémoire – Cs de la chute - SSRg	Oui
	CH de Le Cateau	Oui - 02/2012	CSG - SSRg - EHPAD - Accueil de jour Alzh. - Cs mémoire - Plateforme de répit	Oui
	Zone de proximité du Sambre-Avesnois (GCS « filière gériatrique » en cours)			
	CH d'Avesnes	Oui	UGA – SSRG – USLD – EHPAD – HDJ - consultations externes	Oui
	CH de Felleries	Non	SSRg	Non
	CH de Fourmies	Oui	EHPAD – SSR- USLD	Oui
	CH d'Haumont	Non	SSRg - UCC (dont HJ) - EHPAD - USLD	Non
	CH de Sambre Avesnois de Maubeuge	Non	CSG - EMG	Oui
	CH de Jeumont	Oui	SSRg – EHPAD – AJ – Cs multidisciplinaire	Oui
	Zone de proximité du Valenciennois (filière gériatrique territoriale labellisée sans le cadre du GCS « filière gériatrique »)			
	CH de Denain	Oui – 2011	CSG – HJ – SSR polyvalent – SSRg – EHPAD - USLD	Oui
	Clinique St Roch Villars de Denain	Oui - 04/2011	SSRg	Oui
	ULS d'Escaudain	Oui	SSRg	Oui
	CH de Le Quesnoy	Oui - 12/2006	CSG - SSRg – Lits de Soins palliatifs - UCC - USLD - Cs mémoire - HJ - Cs spécialisées - EMG	Oui
	CH de Saint Amand les Eaux	Non	Cs mémoire	Non
	CH de Valenciennes	Oui – 01/2007	CSG - EMG - USLD -EHPAD - HJ- Cs mémoire - UHR - UVA	Oui

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 3 : Filières gériatriques 2013 - Déclarations Etablissements "Hainaut-Cambrésis"

		Positionnement déclaré des établissements "création effective d'une structuration gériatrique interne"	Existence d'un pôle gériatrique	
			Unités-structures constituant le pôle-filière interne	Existence d'un trio de direction (médecin, directeur, cadre de santé)
Territoire de santé du Littoral	Zone de proximité de l'Audomarois			
	CH d'Aire sur la Lys	Non	USLD – PASA (non mis en place)	Oui
	CH de Saint-Omer	Non (en cours)	SSRg - USLD - CSG - HDJ - EMG	Oui
	Zone de proximité du Boulonnais			
	CH de Boulogne	Oui - Labellisation 2009	EHPAD - USLD - UHR - CSG - EMG - HJ - SSRg dont UCC - Cs mémoire	Oui
	Zone de proximité du Calaisis			
	CH de Calais	Non	CSG - SSR - USLD - EHPAD – UHR – Cs mémoire	Oui
	Zone de proximité du Dunkerquois			
	CH de Dunkerque	Oui - 09/2010 Court séjour gériatrique labellisé janvier 2014	CSG dont HJ - EMG - USLD - EHPAD - Cs mémoire	Oui
	Polyclinique de Grande Synthe	Oui	CSG - SSRg	Oui
	Hôpital maritime de Zuydcoote	NR	NR	NR
	Zone de proximité du Montreuillois			
	Clinique Les Acacias de Cucq	Oui - 12/2009	SSRg - CSG - EMG	Oui
	CH d'Hesdin	Non	USLD - EHPAD	Oui
	Hôpital maritime de Berck	NC	SSRg	NC
CH de Montreuil	Oui - 11/2010	CSG - EMG - HJ - SSRg - UCC - USLD – EHPAD - UVA - AJ Alz. - Evaluation gériatrique et Cs mémoire	Oui	

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 4 : Filières gériatriques 2013 - Déclarations Etablissements "Littoral"

		Positionnement déclaré des établissements "création effective d'une structuration gériatrique interne"	Existence d'un pôle gériatrique	
			Unités-structures constituant le pôle-filière interne	Existence d'un trio de direction (médecin, directeur, cadre de santé)
Territoire de santé de la Métropole-Flandre Intérieure	Zone de proximité de la Flandre Intérieure			
	CH d'Armentières	Oui - 01/2007	EMG - SSRg - USLD - EHPAD - CS médico-sociale d'évaluation gériatrique - AJ - CSG - PASA	Oui
	CH de Bailleul	Oui - 12/2006	SSRg - Cs gériatriques	Oui
	EPSM des Flandres	Non	SSRg	Non
	CH d'Hazebrouck	Oui	PASA (Cs gériatriques)	Oui
	Zone de proximité de Lille			
	GHICL (St Philibert et St Vincent de Paul)	Oui - Labellisation en 2011	CSG (St Vincent de Paul et St Philibert) - EMG du GHICL - HJ (St Vincent de Paul et St Philibert) - SSRg (St Vincent de Paul et St Philibert) - Cs de gériatrie sur les 2 sites	Non
	Groupe hospitalier de Loos-Haubourdin	Oui - 2007	SSRg - UCC - EMSPG - UVA - UHR	Oui
	CHRU de Lille	Oui - Labellisation en 2008	CSG - HJ - Cs multidisciplinaire - SSRg dont UCC - USLD dont UHR - EHPAD – EMG – ouverture d’un HJ, SSR, EMG de psychogériatrie en 2013	Oui
	CH de Seclin	Oui - Labellisation en 2008	CSG - HJ - EMG - SSR polypathologique polyvalent locomoteur VADS - UCC - USLD - EHPADs	Oui
	Zone de proximité de Roubaix-Tourcoing			
	Clinique St Roch de Roncq	Non	SSR	Oui
	CH de Roubaix	Oui - Labellisation 2009	CSG - EHPAD – USLD - SSRg - HJ	Oui
	Clinique St Jean HPM de Roubaix	Oui - 08/2009	Cs d'évaluations gér. et mémoire - Médecine gériatrique - HJ - SSRg - EHPAD dont AJ et HT - CSG	Oui
	CH de Tourcoing	Oui - 01/2012	CSG - EMG - HJ - SSR - EHPAD - CS Multi et Mémoire - UHR - PASA	Oui
	Clinique de Villeneuve d'Ascq	Oui - 06/2007	SSRg - CSG	Oui
	CHI de Wasquehal (dont EHPAD Les provinces du Nord)	Oui - 03/2007	SSRg - USLD - EHPAD - SSIAD	Oui

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 5 : Filières gériatriques 2013 - Déclarations Etablissements "Métropole - Flandre Intérieure"

Si vous souhaitez consulter la procédure de labellisation des filières de gériatrie : <http://ars.nordpasdecalsais.sante.fr/La-geriatrie-dans-la-region.151364.0.html>

2 LES COURTS SEJOURS GERIATRIQUES DECLARES

2.1 L'état des lieux : implantation et capacité

2.1.1 Leurs implantations

Le SROS-PRS 2012-2016 annonce que les courts séjours gériatriques seront labellisés par l'ARS. Leur implantation se fait dans les établissements de santé disposant d'une structure des urgences ou ayant conventionné ; Garantissant l'accessibilité à un plateau technique comportant un équipement de radiologie standard, échographie, doppler veineux et artériel, échocardiographie, tomодensitométries, analyses biologiques et d'anatomie pathologique, endoscopies digestives, dans des délais compatibles avec la pathologie du patient ; disposant au minimum de 20 lits.

En 2013, la région compte 29 unités de courts séjours gériatriques déclarées, cette année le Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois de Maubeuge a déclaré une activité de CSG. L'ensemble des zones de proximité est doté au minimum d'un CSG déclaré.

En 2012, 10 établissements de santé ont d'ores et déjà reçus une labellisation de leur court séjour gériatrique (CSG) par l'ARS ; il n'y a pas eu de nouvelles labellisations en 2013, mais de nouvelles demandes en 2014.

Par territoire de santé, les courts séjours labélisés par l'ARS en 2013 sont situés dans les établissements de santé suivants :

- Territoire de santé de l'Artois-Douais : les CH de Douai et de Lens.
- Territoire de santé du Hainaut-Cambrésis : les CH de Valenciennes, Denain et de Le Quesnoy, regroupés en GCS pour leur projet médical
- Territoire de santé du Littoral : le CH de Boulogne sur mer.
- Territoire de santé de la Métropole-Flandre intérieure : les CH de Roubaix, de Seclin, le CHRU de Lille et le GHICL (Saint Vincent et Saint Philibert).

Les établissements déclarant un CSG disposent également :

- D'une équipe mobile gériatrique dans 79,3% des cas, avec 23 établissements en déclarant une ;
- D'un hôpital de jour gériatrique dans 75,9% des cas, avec 22 établissements en déclarant un ;
- D'une consultation mémoire dans 68,9% des cas, avec 20 établissements la développant ;
- D'un SSR « Affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance » dans 93,1% des cas, avec 27 établissements autorisés.

2.1.2 Leurs capacités

Le SROS-PRS 2012-2016 a défini que tout court séjour gériatrique devra posséder au moins 20 lits.

En 2013, la région possède une capacité totale de 725 lits [ANNEXE 1]. Cela représente une augmentation de 66 lits depuis 2012 et de 515 lits depuis 2003. Ainsi, alors qu'en 2012 la capacité moyenne s'élevait à 23,5 lits par unité, en 2013 elle est de 25 lits par CSG, ce qui marque une augmentation de 1,5 lit déclaré. Cependant, la moyenne est à nuancer entre les services puisque la capacité la plus petite est de 10 lits pour un CSG déclaré alors que la plus élevée est de 56 lits.

Territoire de santé	Nombre de lits de CSG					Nbre moyen de lits par CSG en 2013
	2008	2009	2011	2012	2013	
Artois - Douaisis	120	109	142	135	146	29
Hainaut - Cambrésis	108	118	129	129	166	24
Littoral	67	102	125	132	142	20
Métropole - Flandre Intérieure	170	173	241	263	271	30
Région	502	502	637	659	725	25

Figure 6 : CSG - Evolution 2008 - 2013 des capacités des CSG
"Territoire de santé"

Sources : ARS – DSEE 2014

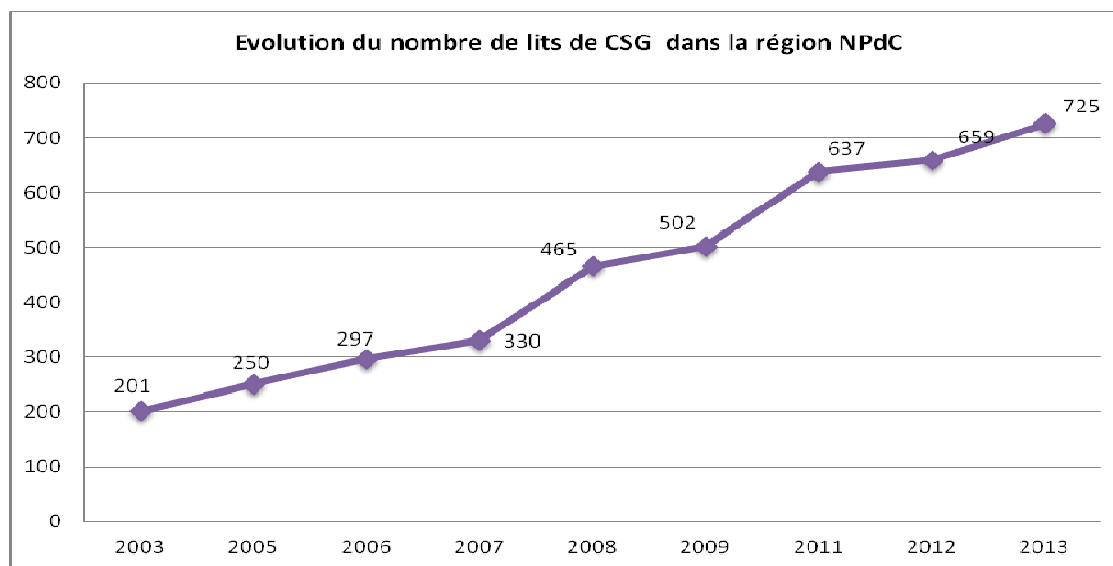


Figure 7 : CSG - Evolution depuis 2003 des capacités des CSG "Région"

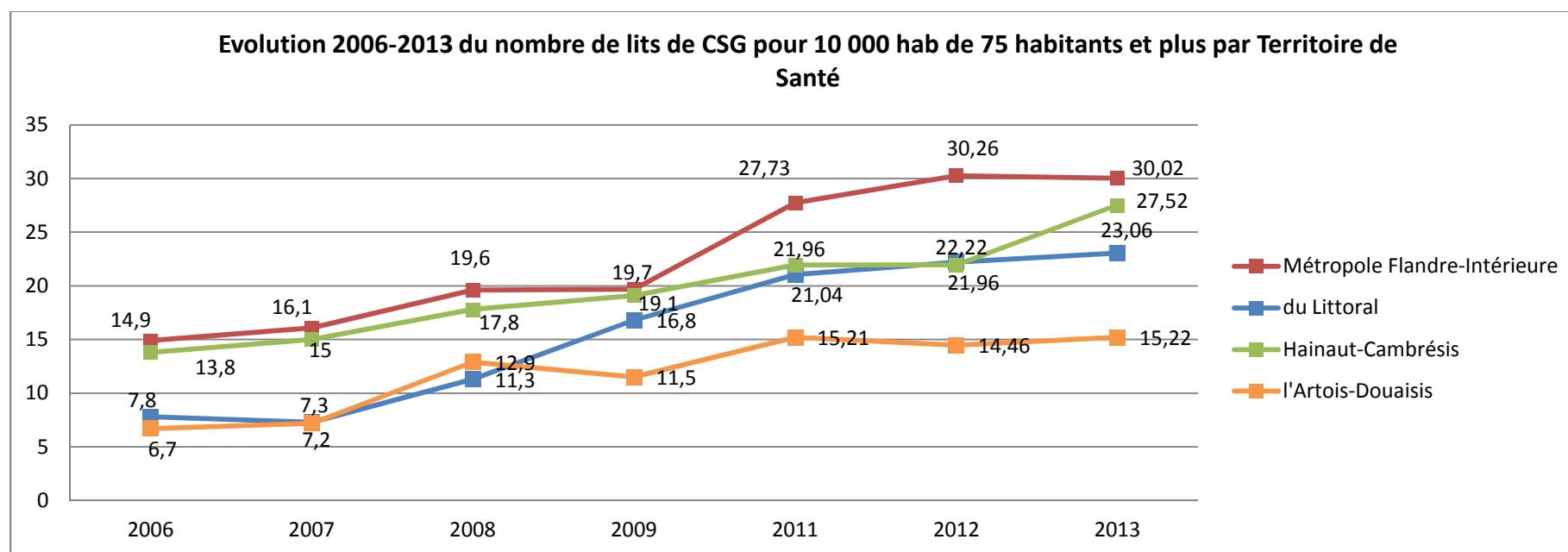
Grâce à l'augmentation du nombre de lits en région depuis 2009, tous les territoires de santé disposent d'une capacité moyenne minimale d'au moins 20 lits. Cependant, 6 établissements possèdent des courts séjours de moins de 20 lits :

- le CH de Béthune
- le CH de Le Quesnoy
- la Clinique de Villeneuve d'Ascq
- CH de Boulogne-sur-Mer
- Polyclinique de Grande-Synthe
- Clinique Les Acacias

Un autre indicateur permet de voir la progression des CSG au sein de la région. Il s'agit du nombre de lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus. Le graphique suivant présente l'évolution depuis 2006.

Au regard de la population âgée et selon les territoires de santé, la capacité se situe entre 15.22 et 30.02 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus, pour une capacité régionale moyenne de 23.53 lits/10 000 habitants.

C'est le territoire de la Métropole-Flandre Intérieure qui en possède le plus et l'Artois-Douais le moins. Ces chiffres sont en légère augmentation comparés aux résultats de l'année 2012, sauf pour la Métropole Flandre-Intérieure marquée par une légère diminution.



Source : ARS – DSEE 2014

Figure 8 : CSG – Evolution 2006-2013 du nombre de lits/10 000 Hab. de 75 et plus "Territoire de santé"

2.2 L'activité des courts séjours gériatriques

2.2.1 Le nombre de séjours générés

Le SROS-PRS 2012-2016 précise que les courts séjours gériatriques devront offrir au moins 25 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière, soit la zone de proximité. Il s'agit, ici, d'une recommandation de la circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Le détail par établissement de santé n'est pas présenté, dans la mesure où il s'agit d'offrir un nombre de séjours par zone de proximité, in fine dans le cadre d'une filière territorialisée.

La progression de la capacité des CSG, constatée à l'échelle régionale depuis 2009, se confirme à travers l'analyse portant sur l'activité. En effet, la moyenne régionale s'élève à 78,73 séjours pour 1 000 habitants alors qu'elle était à 77,15 en 2012. Cependant à la vue de la forte progression du nombre de lits, l'augmentation de l'activité aurait pu être plus importante.

En 2013, à l'échelle des territoires de santé, l'Artois-Douais se situe en dessous de la moyenne régionale avec 55,37 séjours pour 1000 habitants de 75 ans et plus. En 2012, le seul territoire sous la moyenne régionale était également l'Artois-Douais.

Si l'on regarde les chiffres par zone de proximité, la plus productive est le Montreuillois avec, 165.83 séjours pour 1 000 habitants et la moins importante est la Flandre-Intérieure à 31,33 séjours pour 1000 habitants de 75 ans et plus, soit au-dessus des recommandations de la circulaire de 2007. Cependant il faudrait comparer ces chiffres avec les données de consommation de personnes âgées de la même zone pour savoir si certaines populations sont moins hospitalisées en gériatrie.

Tous les établissements offrent au moins 25 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Le tableau suivant présente l'activité de la région pour l'année 2013, par zone de proximité :

	Nombre de lits de Court Séjour Gériatrique	Nombre d'habitants de 75 ans et plus Recensement PA 2010	Nombre de séjours en Court Séjour Gériatrique	Nombre de séjour en CSG pour 1000 habitants de 75 ans et plus
Arrageois	26	20805	1072	51,53
Béthune-Bruay	34	24211	1311	54,15
Douaisis	35	20561	1920	93,38
Lens-Hénin	51	303777	1010	33,25
Artois-Douaisis	126	95954	5313	55,37
Cambrésis	43	14249	1096	76,92
Sambre-Avesnois	48	18239	1195	65,52
Valenciennois	75	27826	2773	99,65
Hainaut-Cambrésis	166	60314	5064	83,96
Audomarois	21	8896	703	79,02
Boulonnais	16	13143	430	32,72
Calaisis	30	10658	808	75,81
Dunkerquois	36	17866	1975	110,55
Montreuillois	39	11017	1827	165,83
Littoral	142	61580	5743	93,26
Flandre Intérieure	20	13663	428	31,33
Lille	151	48072	4855	100,99
Roubaix-Tourcoing	100	28540	2855	100,04
Métropole-Flandre Intérieure	271	90275	8138	90,15
Région	725	308123	24258	78,73

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 9 : CSG 2013 - Activité "Zone de proximité"

2.2.2 Leur durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) se maintient autour de 10,32 jours avec une très légère hausse depuis 2012 (10 jours de DMS). Le **territoire de santé** de la Métropole-Flandre Intérieure présente la DMS la plus élevée, bien qu'elle ne présente pas la **zone de proximité** avec la DMS la plus élevée.

Si l'on regarde à l'échelle des zones de proximité, il y a de fortes disparités qui apparaissent moins évidentes au niveau des territoires de santé. En effet, la DMS la plus faible calculée s'élève à 7,09 (Montreuillois) alors que la plus élevée atteint 16,02 (Lens-Hénin). Ces différences ont certainement des causes multiples et sont dues, notamment, aux contextes locaux (pratiques des professionnels, partenariats, caractéristiques sociodémographiques, offres différentes entre secteurs MCO/SSR/USLD...).

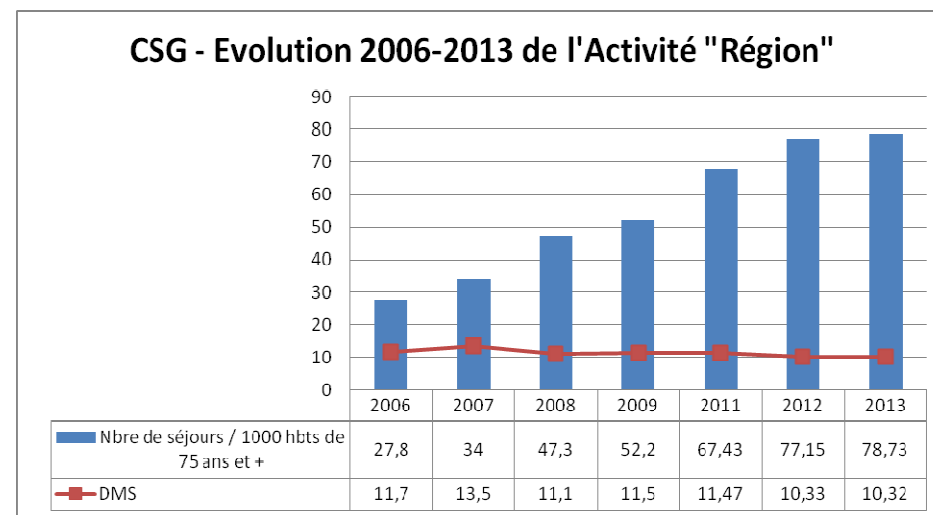
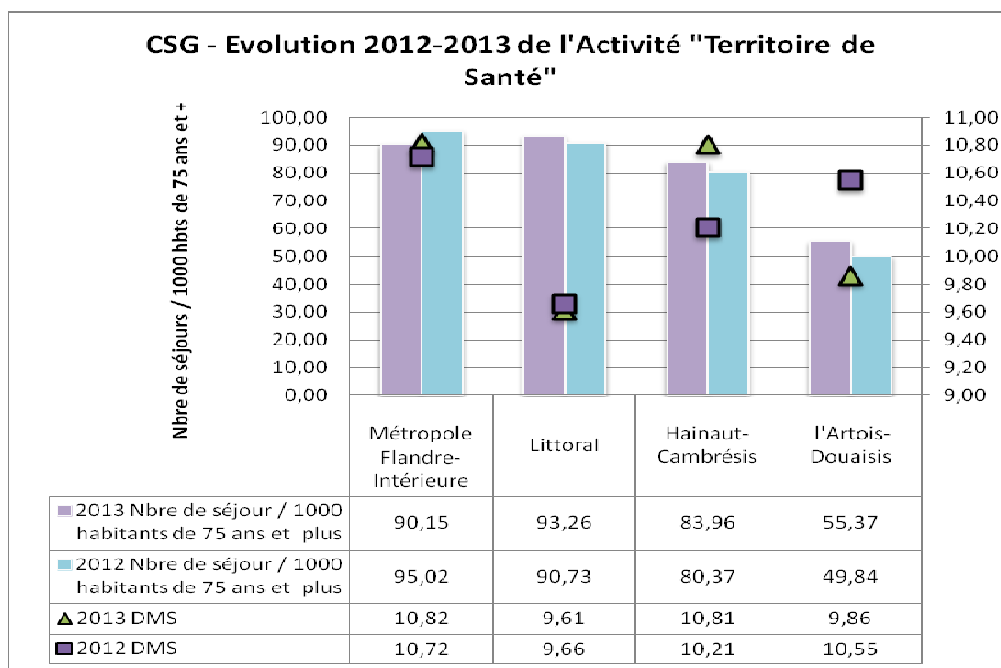
	DMS		DMS		DMS		DMS
CH d'Arras	8,44	CH de Cambrai	11,43	CH de Saint-Omer	10,51	CH d'Armentières	11,8
Arrageois	8,44	CH de Le Cateau	14,16	Audomarois	10,51	Flandre Intérieure	11,8
Clinique Mahaut de Termonde de Béthune	11,66	Cambrésis	11,86	CH de Boulogne	13,3	GHICL St Philibert	9,1
CH de Béthune	10,64	CH d'Avesnes	13,4	Boulonnais	13,3	GHICL St Vincent de Paul	8,7
Béthune-Bruay	11,30	CH de Sambre Avesnois de Maubeuge	10,65	CH de Calais	14,63	CHRU de Lille	12,7
CH de Douai	6,44	Sambre-Avesnois	12,27	Calaisis	14,63	CH de Seclin	10,75
Douaisis	6,44	CH de Denain	12,62	CH de Dunkerque	8,26	Lille	10,67
CH d'Hénin Beaumont	17,71	CH de Le Quesnoy	13,9	Polyclinique Grande Synthe	9,7	CH de Roubaix	11
CH de Lens	15	CH de Valenciennes	7,9	Dunkerquois	8,76	Clinique St Jean HPM de Roubaix	10,7
Lens-Hénin	16,02	Valenciennois	9,76	Clinique Les Acacias de Cucq	5,26	CH de Tourcoing	10,19
Artois-Douaisis	9,86	Hainaut - Cambrésis	10,81	CH de Montreuil	8,59	Clinique de Villeneuve d'ascq	12,3
				Montreuillois	7,09	Roubaix-Tourcoing	10,90
				Littoral	9,61	Métropole - Flandre Intérieure	10,82
Région 29 CSG - DMS : 10,32 jours							

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 10 : CSG 2013 - Durée moyenne de séjour "Etablissements de santé"

Neuf établissements présentent une DMS inférieure à 10 pour l'année 2013. C'est le territoire de santé du Littoral qui compte le plus d'établissements avec une DMS inférieure à 10.

Comme pour l'année 2012, les DMS les plus élevées se trouvent dans les territoires de l'Artois-Douais avec deux établissements présentant une DMS supérieure à 14. Le Hainaut-Cambrésis et le Littoral possèdent également un établissement avec une DMS supérieure à 14.



Les graphiques suivants présentent l'évolution de l'activité des CSG de ces dernières années :

Figure 11 : CSG – Evolution 2006-2013 de l'activité Nord/Pas de Calais "Région"

Sources : ARS – DSEE 2014

Figure 12 : CSG – Evolution de 2011 à 2013 de l'activité "Territoire de santé"

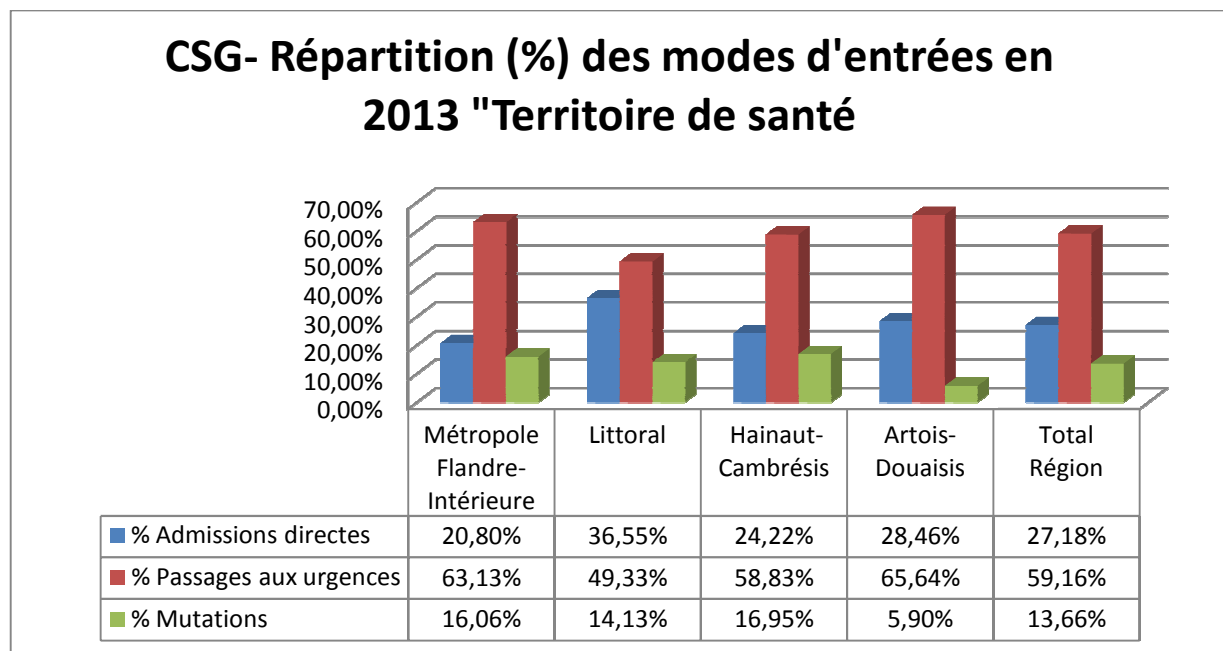
2.3 Les modes d'entrées et de sorties

Le détail par établissement de santé n'est pas présenté, dans la mesure où l'intérêt est de les présenter en parallèle à l'activité des territoires.

2.3.1 Les entrées

Le SROS-PRS 2012-2016 : l'accès direct des patients aux CSG est le mode d'entrée à privilégier.

Le Mode d'entrée « Admissions directes » a augmenté par rapport à l'année 2012 (27.18% en 2013 contre 24.9% en 2012). De son côté, la part du transfert des urgences reste constante, 59.16% en 2013 contre 59.2% en 2012. Les mutations internes, d'un autre service de court séjour continuent leur baisse, elles étaient passées de 21,7% en 2011 à 15.9% en 2012 pour atteindre 13,66% en 2013. Le graphique suivant présente la répartition (en %) des modes d'entrées par territoire de santé :



Source : ARS – DSEE 2014

Figure 13 : CSG - Répartition (%) des modes d'entrées 2013 "Territoire de santé"

Il est intéressant de comparer les chiffres de 2013 à ceux de 2012, par territoire de santé :

	2012			2013		
	Admissions directes	Passage aux urgences	Mutations	Admissions directes	Passages aux urgences	Mutations
Artois-Douaisis	22,4%	67,7%	9,9%	28,46%	65,64%	5,90%
Hainaut-Cambrésis	26,4%	51,3%	22,3%	24,22%	58,83%	16,95%
Littoral	30,1%	52,5%	17,4%	36,55%	49,33%	14,13%
Métropole-Flandre Intérieure	21,9%	63,5%	14,6%	20,80%	60,13%	16,06%
Région	24,9%	59,2%	15,9%	27,94%	59,54%	12,52%

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 14 : CSG – Comparaison 2012-2013 Répartitions (%) des modes d'entrées "Territoire de santé"

L'augmentation des admissions directes est fortement marquée au niveau des territoires de l'Artois-Douaisis et du Littoral.

- L'Artois-Douaisis a un taux d'admissions directes qui a augmenté de plus de 6 points, le taux de passages aux urgences a également légèrement augmenté. Seules les mutations diminuent, elles sont passées de 9,9% à 5,9% ;
- Le Hainaut-Cambrésis connaît quant à lui, une légère diminution des admissions directes et une diminution plus marquée des mutations. A la différence de l'Artois-Douaisis où le pourcentage de passages par les urgences a augmenté, passant de 51,3% à 58,83% ;
- Le Littoral a suivi une évolution similaire à l'Artois-Douaisis, c'est-à-dire une augmentation au niveau des admissions directes et des mutations, mais une baisse au niveau des passages par les urgences ;
- La Métropole – Flandre intérieure est le seul territoire de santé dont le nombre de mutations augmente. Ce dernier passe de 14,6% à 16,06%.

2.3.2 Les sorties

Le SROS-PRS 2012-2016 : La préparation de la sortie du CSG est réalisée le plus tôt possible : elle implique une collaboration des différentes structures de la filière et des partenaires sociaux, médico-sociaux et ambulatoires

De nombreux établissements ont éprouvé des difficultés à renseigner les chiffres. Lorsque la situation se présentait, ces chiffres ont été répartis de manière égale sur les différentes colonnes, afin de ne pas perdre une part d'activité existante.

Le mode de sorties le plus fréquent est le retour à domicile avec 54,10%. Le taux de ce mode de sortie reste relativement constant par rapport à l'année précédente où il se situait à 56.1%.

Les modes de sorties les moins privilégiés sont les sorties vers une USLD (avec 1,46% contre 0,88% en 2012) et vers un EMS (avec 6,73% contre 4,9% en 2012).

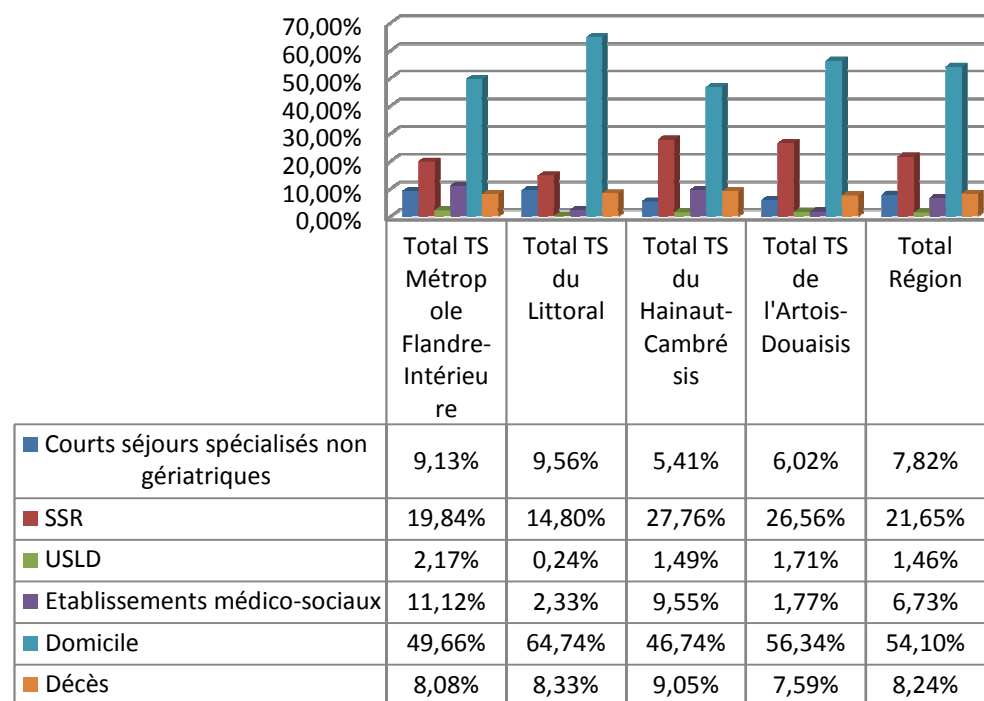
Les mutations vers les autres services augmentent très légèrement par rapport à l'année 2012, ils passent de 6,6% à 7,82%

Le taux de décès est passé de 8,9% à 8,24% et celui de sortie vers un SSR de 22,5% à 21,65% entre 2012 et 2013.

Concernant les SSR, les territoires de l'Artois-Douais et du Hainaut-Cambrésis ont la plus forte moyenne avec 25,56% et 27,76% de leurs sorties en SSR (contre 28,9% et 27,8% en 2012). Malgré une légère augmentation par rapport à 2012 le Littoral reste le territoire où le transfert vers les SSR avec 14,8% est le plus faible (ce chiffre était de 12,7% en 2012)

Le graphique présente la part respective des modes de sorties par territoire de santé :

CSG - Répartition (%) des sorties "Territoire de Santé"



Source : ARS – DSEE 2014

Figure 15 : CSG 2013 – Répartition (%) des modes de sorties "Territoire de

2.3.3 L'évolution régionale depuis 2006 (sorties et entrées)

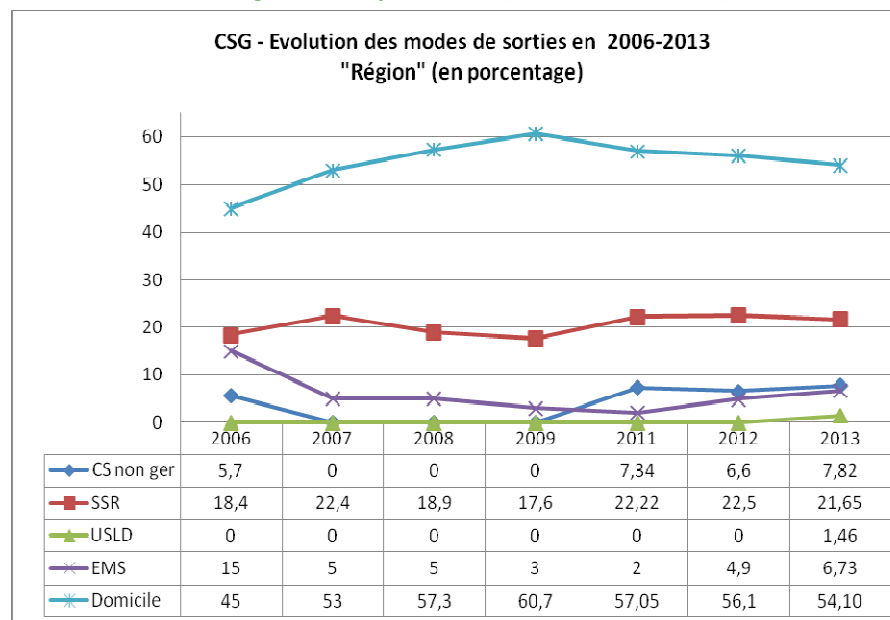


Figure 16 : CSG - Evolution (%) des modes de sorties 2006-2013 "Région"

Sources : ARS – DSEE 2014

**CSG - Evolution des modes d'entrées 2006-2013
"Région"**

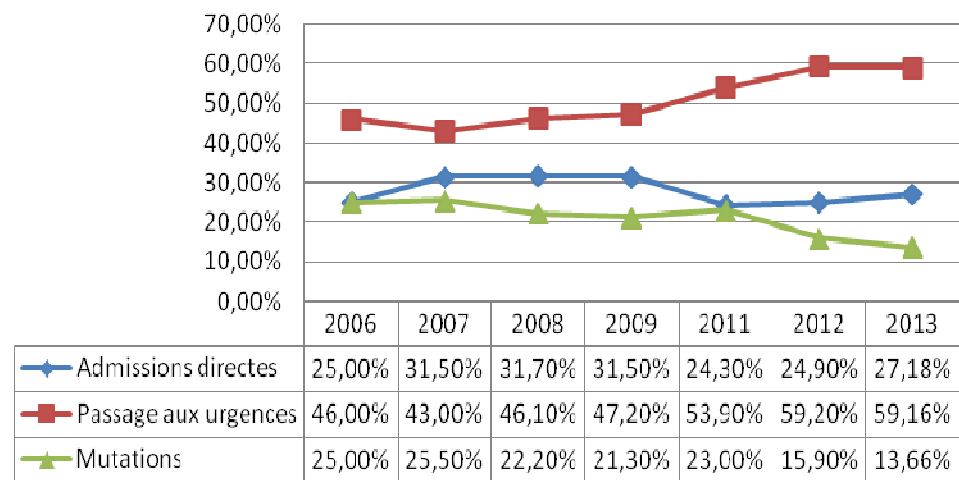


Figure 17 : CSG - Evolution (%) des modes d'entrées depuis 2006 "Région"

Pour les modes de sorties, malgré une légère baisse des retours directs à domicile depuis 2009, il reste celui qui a le plus progressé depuis 2006. Les sorties vers les établissements médico-sociaux représentaient 15% des sorties en 2006, en 2013 ce mode de sortie n'est plus que de 6,73%.

En ce qui concerne les modes d'entrées :

- Les admissions directes augmentent légèrement,
- La part des mutations entre services continue de diminuer pour atteindre les 13,66% en 2013.
- Le nombre de passages aux urgences diminue pour la première fois depuis 2007. Il était de 59,20% en 2012, il est de 59,16% en 2013.

Modes d'entrée (%)				Modes de sortie (%)					
	Admissions directes	Mutations des urgences	Mutations autres que des urgences	CS spécialisés non gériatriques	SSR	USLD	EMS	Domicile	Décès
TS de l'Artois-Douaisis									
Arrageois	10,28%	77,80%	11,92%	9,25%	30,65%	1,12%	2,24%	49,72%	7,01%
Béthune-Bruay	55,49%	41,01%	3,50%	8,71%	34,53%	5,23%	0,22%	43,25%	8,06%
Douaisis	21,58%	74,09%	4,33%	3,39%	21,09%	0,84%	0,37%	67,64%	6,68%
Lens-Hénin	24,23%	73,09%	2,68%	5,15%	25,37%	0,79%	5,35%	53,82%	9,51%
TS du Hainaut-Cambrésis									
Cambrésis	13,19%	75,05%	11,76%	4,95%	33,73%	0,18%	11,09%	43,26%	6,78%
Sambre-Avesnois	30,74%	29,78%	39,48%	6,29%	33,63%	4,95%	18,17%	28,33%	8,63%
Valenciennois	25,74%	64,90%	9,36%	5,23%	23,02%	0,61%	5,45%	55,57%	10,12%
TS du Littoral									
Audomarois	20,06%	68,71%	11,24%	21,32%	9,30%	0,26%	11,50%	47,93%	9,69%
Boulonnais	15,67%	76,96%	7,37%	8,06%	32,49%	0,23%	0,69%	50,46%	8,06%
Calaisis	3,22%	39,98%	56,81%	6,19%	11,01%	0,25%	0,00%	72,15%	10,40%
Dunkerquois	43,88%	49,76%	6,36%	8,12%	9,13%	0,41%	1,12%	71,49%	9,74%
Montreuillois	51,97%	38,65%	9,38%	7,95%	20,80%	0,06%	1,17%	64,68%	5,34%
TS de la Métropole-Flandre Intérieure									
Flandre Intérieure	10,28%	77,80%	11,92%	15,42%	22,66%	2,57%	17,29%	33,64%	8,41%
Lille	13,07%	70,86%	16,06%	10,22%	18,70%	0,41%	10,38%	53,53%	6,76%
Roubaix-Tourcoing	35,83%	47,49%	16,68%	6,36%	21,35%	5,08%	11,44%	45,51%	10,26%
Région	27,18%	59,16%	13,66%	7,82%	21,65%	1,46%	6,73%	54,10%	8,24%

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 18 : CSG 2013 – Taux (%) des modes d'entrée et de sortie "Zone de proximité"

2.4 Les compétences des courts séjours gériatriques [ANNEXE 2]

Pour quelques établissements certaines compétences ne font pas l'objet d'un temps défini en particulier. Elles se font à la demande en fonction des besoins des services et des patients. Ces compétences à la demande n'ont pas été quantifiées par les établissements, elles seront donc absentes de cette analyse.

2.4.1 Les effectifs de gériatres, IDE et AS

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

L'ensemble des CSG de la région est coordonné par un gériatre avec une moyenne de 1,97 ETP gériatre pour 20 lits. Cela représente une baisse de 0,2 points par rapport à 2012 où la moyenne était de 2,17 ETP.

Alors que la Métropole-Flandre-Intérieure et le Littoral sont bien dotés en temps de gériatre avec :

- 2,06 ETP de gériatre pour 20 lits (Métropole-Flandre Intérieure)
- 2,13 ETP de gériatre pour 20 lits (Littoral)

Le Hainaut-Cambrésis et l'Artois-Douaisis sont quant à eux légèrement en dessous des recommandations avec :

- 1,89 ETP de gériatre pour 20 lits
- 1,75 ETP de gériatre pour 20 lits.

Cette baisse est remarquée aussi concernant les IDE et AS. En effet, les IDE diminuent de 0,52 point passant de 10,08 ETP à 9,56 ETP pour 20 lits. Pour les AS, la diminution est de 0,13 point passant de 10,35 ETP à 10,22 ETP pour 20 lits.

Bilan : 66 lits supplémentaires ont été déclarés par rapport à l'année 2012, la région présente ainsi l'équivalent de :

- 3 gériatres en moins ;
- 36.73 ETP supplémentaires d'AS ;
- 20.13 ETP supplémentaires d'IDE.

Les disparités entre territoire de santé persistent encore :

	ETP Gér / 20 lits 2012	ETP Gér / 20 lits 2013	ETP AS / 20 lits 2012	ETP AS / 20 lits 2013	ETP IDE / 20 lits 2012	ETP IDE / 20 lits 2013
Artois-Douais	1,73	1,75	9,30	10,17	8,17	8,71
Hainaut-Cambrésis	2,37	1,89	9,84	10,71	10,06	9,35
Littoral	2,27	2,13	11,30	10,02	10,52	9,67
Métropole-FI	2,24	2,06	10,65	10,06	10,86	10,07
Région	2,17	1,97	10,35	10,22	10,08	9,56

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 19 : CSG - Evolution 2012-2013 Personnels "Territoire de santé"

Ce tableau montre une baisse des ETP gériatres pour 20 lits au niveau du territoire de santé du Hainaut-Cambrésis. Ce chiffre passe de 2,37 ETP / 20 lits à 1,89 ETP / 20 lits.

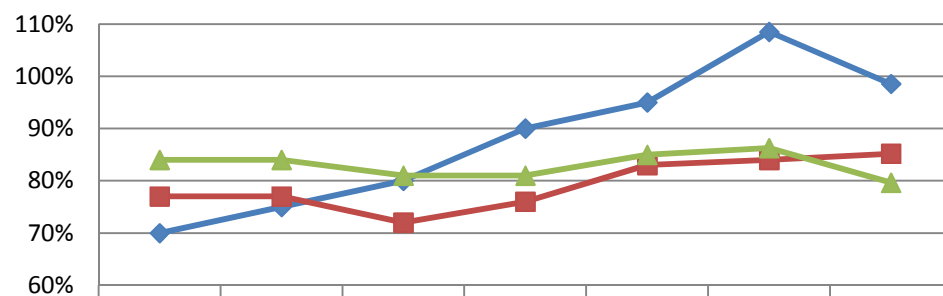
Les compétences des CSG sont présentées, par territoire de santé, dans le tableau suivant :

Nombre de lits	ETP médicaux : Gériatres			ETP non médicaux			
	Nombre	ETP	ETP / 20 lits	ETP AS	ETP AS / 20 lits	ETP IDE	ETP IDE / 20 lits
TS Artois-Douais							
146	15	12,8	1,75	74,23	10,17	23,61	8,71
TS Hainaut-Cambrésis							
166	21	15,7	1,89	88,89	10,71	77,61	9,35
TS Littoral							
142	19	15,1	2,13	71,14	10,02	68,65	9,67
TS Métropole - Flandre Intérieure							
271	33	27,85	2,06	136,34	10,06	136,50	10,07
Région							
725	88	71,45	1,97	370,6	10,22	346,37	9,56

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 20 : CSG 2013 - Effectifs Gériatres, IDE & AS "Territoire de santé"

CSG - Progression 2006-2013 (%) des ETP / 20 lits, Gériatres, IDE, AS - "Région"



100% est la valeur recommandée par la circulaire pour le temps de professionnels en CSG. Ainsi :

-100% gériatres = 2 ETP/20 lits ;

-100% IDE = 12 ETP/20 lits ;

-100% AS = 12 ETP/20 lits.

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 21 : CSG - Progression 2006 - 2013 des ETP/20 lits, Gériatres, IDE & AS "Région"

Au regard des recommandations de la circulaire de 2007

Les ETP de gériatre, ainsi que les ETP d'AS pour 20 lits ont diminué entre 2012 et 2013.

Pour les gériatres, des difficultés de recrutements commencent à se faire sentir dans certains secteurs géographiques malgré la stabilité des effectifs en formation au niveau de la région. Peuvent être en cause : l'augmentation des unités gériatriques et du nombre de lits toutes unités confondues (EMG, CSG, USLD, SSR), mais aussi des difficultés de formations dans les régions proches de la nôtre (Picardie et Normandie).

Seuls les ETP d'IDE pour 20 lits continuent leur progression en passant de 84% à 85,20% des recommandations de la circulaire.

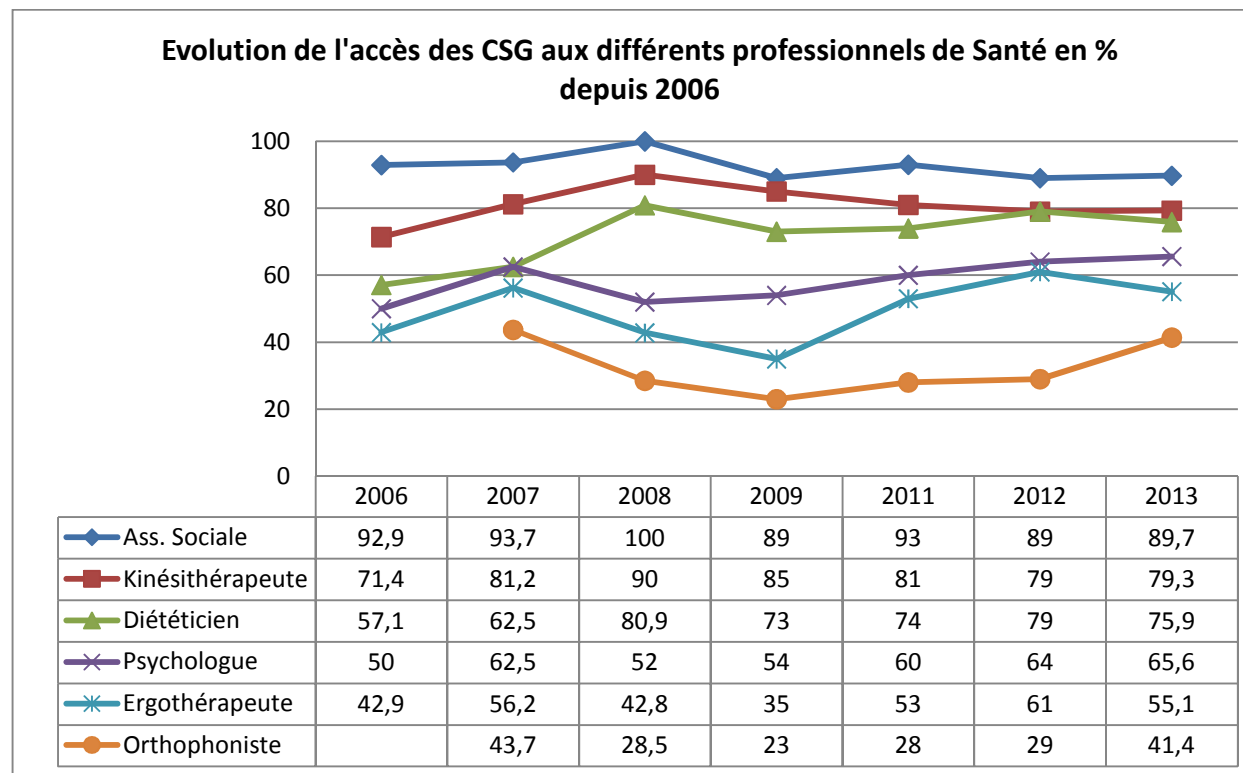
2.4.2 L'équipe pluridisciplinaire

	Ass. Sociale	Kinésithérapeute	Diététicien	Psychologue	Ergothérapeute	Orthophoniste	STAPS	Animateur	Autre
Artois-Douaisis	4,6	1,8	1,3	2	1,3	0,1	0,5	0	8,44
Hainaut-Cambrésis	2,5	3,25	1,14	2	0,95	0,15	0,5	0	10,51
Littoral	1,95	2,5	0,85	0,6	0,2	0,1	0,3	0	14,56
Métropole - Flandre Intérieure	6,95	9,2	3,18	2,07	1,7	2,1	0	0	26,3
Région	16	16,75	6,47	6,67	4,15	2,45	1,3	0	59,81

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 22 : CSG 2013 - Accès des CSG aux différents professionnels de Santé « Territoire de Santé »

Les autres professionnels sont fortement représentés par les ASH, les cadres de santé ou encore les secrétaires.



Source : ARS – DSEE 2014

Figure 23 : Evolution de l'accès des CSG aux différents professionnels de santé (%) depuis 2006

En comparaison à 2012, la pluridisciplinarité se stabilise au sein des CSG :

- Plus de 70% des établissements déclarent avoir un accès à des assistantes sociales, des kinésithérapeutes et des diététiciens
- Entre 50 et 69 % des établissements déclarent avoir accès à des psychologues et des ergothérapeutes
- 41,4 % des établissements déclarent avoir accès à des orthophonistes. L'accès aux orthophonistes a augmenté par rapport à l'année 2012 où il était de 29%

2.5 Le plan de formation

La circulaire N°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 2013, 86,2% des CSG déclarent avoir un plan de formation soit 25 établissements sur 29

En ce qui concerne les établissements déclarant avoir un plan de formation, 21 ont précisé le nombre de personnels formés, soit 84%.

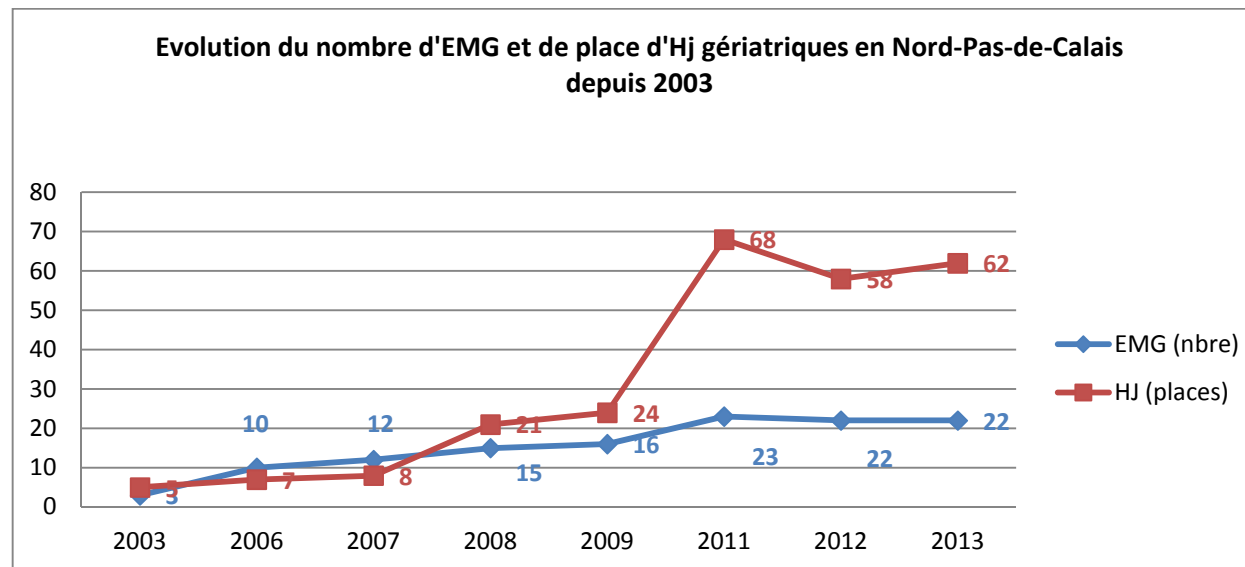
Ainsi, au moins 478 personnes ont été formées durant l'année 2013 (auquel il faut ajouter le personnel de l'établissement du CH de Saint Omer qui a déclaré former 100% de son personnel sans donner de chiffres précis, ainsi que l'ensemble des CH qui n'ont pas précisé le nombre de personnels formés).

Les formations portent sur la bientraitance, la maladie d'Alzheimer, l'accompagnement de la fin de vie, les soins palliatifs, la douleur, les plaies-cicatrisation et escarres...

Les différences entre établissements sont importantes :

- Deux établissements forment plus de 50 personnes ;
- Six établissements forment entre 25 et 50 personnes ;
- Six établissements forment entre 10 et 24 personnes ;
- Cinq établissements forment moins de 10 personnes, en sachant que le taux de formation le plus faible déclaré est de une personne ;

Il y a une baisse dans la déclaration du nombre de personnes formées entre 2012 et 2013, le chiffre est passé de 511 à 478. Il est néanmoins probable qu'un nombre plus important de personnes ait été formé. En effet, tous les établissements n'ont pas retourné leurs chiffres.



Source : ARS – DSEE 2014

Figure 24 : Progression des EMG et HJ - "Région"

3 LES EQUIPES MOBILES GERIATRIQUES

3.1 Leurs implantations

Le SROS-PRS 2012-2016 précise que le travail de proximité autour de la personne destiné à faciliter son parcours suppose une EMG dans au moins chaque zone de proximité. Les EMG sont rattachées aux établissements sites d'urgence et développant une unité de CSG.

Le nombre d'EMG, au sein de la région, est de 22. Il est resté identique au nombre d'EMG de l'année précédente.

Une partie des calculs ne se feront que sur une base des 20 établissements ayant remonté leurs activités.

Le tableau suivant présente leur répartition accompagnée de la file active de chacun :

	Nombre de patients
Métropole Lille-Flandre Intérieure	
CH d'Armentières	291
Saint-Philibert	354
CHRU de Lille	1436
CH de Seclin	470
CH de Tourcoing	308
CH de Roubaix	978
Littoral	
CH Saint-Omer	630
CH de Boulogne-sur-Mer	717
CH de Dunkerque	500
CH de Montreuil	222
Clinique les Acacias Cucq	187

	Nombre de patients
Hainaut-Cambrésis	
CH de Cambrai	450
CH d'Avesnes	NR
CH de Le Quesnoy	70
CH de Valenciennes	974
Artois-Douais	
CH d'Arras	1944
Clinique Anne d'Artois	NR
CH de Béthune	105
CH de Douai	1644
CH d'Hénin-Beaumont	327
CH de Lens	2137
Polyclinique Riaumont Liévin	361

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 25 : EMG 2013 - Répartition & File Active "Etablissements"

Des particularités de fonctionnement sont citées par les établissements :

- *L'EMG du CHRU a traité 56 dossiers par téléphone*
- *L'EMG du CH de Tourcoing fait des formations en intra, des interventions sur l'Unité Tourquennoise de Psychiatrie. Il y a également un début de concertation pour intervention auprès des MAS de secteur (handicapés vieillissants et évaluation mémoire)*
- *L'EMG du CH de Dunkerque fait une consultation avancée de gériatrie dans certains EHPAD partenaires de la filière.*
- *L'EMG du CH de Saint Omer fait des consultations en EHPAD pour 275 patients*
- *L'EMG de la clinique des Acacias intervient principalement en chirurgie*

Ainsi:

- La région possède 14 zones de proximité disposant d'une EMG, financée ou non. De ce fait, seule une zone de proximité dans la région ne possède pas d'EMG, il s'agit du Calaisis.
- L'enquête a permis de recenser 29 CSG dans la région. En conséquence, si l'on ramène ce chiffre aux 22 EMG de la région, le pourcentage de CSG dotés d'une EMG s'élève à 75,9%, alors qu'il était de 82% en 2012. Cependant les CSG ne sont pas toujours implantés dans les établissements sites d'urgences.
- La majeure partie de l'action des EMG est la fluidification des parcours intra-hospitalier des personnes âgées les plus à risque et en particulier lors des hospitalisations non programmées. La politique de l'ARS est donc de financer des EMG dans les établissements sites d'urgences avec CSG et ayant la plus forte activité d'urgences de leur zone de proximité. Ainsi en 2014 ce sont 4 financements complémentaires d'EMG qui seront alloués afin de permettre une couverture d'au moins chaque site d'urgence principal de chaque zone de proximité, soit CH de Calais, CH de St Omer, CH de Cambrai et CH de Maubeuge.

3.2 Leurs activités & leurs personnels

La circulaire N°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 Ass. Sociale et du temps de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétaire.

Les tableaux suivants présentent en détails le personnel rattaché à l'EMG avec l'activité qu'il a réalisée durant l'année 2013 :

Source : ARS – DSEE 2014

	Activité 2013				Personnel 2013				
	File active (nombre de patients)	Nbre d'interventions dans les services	Nbre d'interventions aux urgences	Nbre total d'interventions	ETP gériatres	ETP non médicaux			
						IDE	Ass. Sociale	Secrétaire	Spécialisés (ETP - qualif)
CH d'Arras	1944	289	623	912	1	2	0,5	1,5	1 Neuro – 1 Ergo – 1 Diét
Cliniques Anne d'Artois	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Béthune	105	177	16	193	0,5	0,25	0,5	0,3	0
CH de Douai	1644	1144	500	1644	0,5	1,3	0,4	0,3	1
CH d'Hénin Beaumont	327	580	0	580	0,1	1	0	0	0
CH de Lens	2137	561	1576	2137	1	1,5	0	0,2	0,2 Ergo
Polyclinique Riaumont AHNAC de Liévin	361	157	286	443	0,5	0,8	0,5	0,1	0
Artois-Douais	6518	2908	3001	5909	3,6	6,85	1,9	2,4	

Figure 26 : EMG 2013 - Activité & Personnel « Artois-Douais »

Source : ARS – DSEE 2014

	Activité 2013				Personnel 2013				
	File active (nombre de patients)	Nbre d'interventions dans les services	Nbre d'interventions aux urgences	Nbre total d'interventions	ETP gériatres	ETP non médicaux			
						IDE	Ass. Sociale	Secrétaire	Spécialisés (ETP - qualif)
CH de Cambrai	450	157	290	447	0,7	1	0	0	0
CH d'Avesnes	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Le Quesnoy	70	70	0	70	0,1	0,1	0	0,1	0
CH de Valenciennes	974	530	504	1034	1,8	1	1	0,5	1 Ergo
Hainaut-Cambrésis	1494	757	794	1551	2,6	2,1	1	0,6	

Figure 27 : EMG 2013 - Activité & Personnel « Hainaut-Cambrésis »

Source : ARS – DSEE 2014

	Activité 2013				Personnel 2013				
	File active (nombre de patients)	Nbre d'interventions dans les services	Nbre d'interventions aux urgences	Nbre total d'interventions	ETP gériatres	ETP non médicaux			
						IDE	Ass. Sociale	Secrétaire	Spécialisés (ETP - qualif)
CH de Saint Omer	630	334	75	409	0,6	1	0,8	0,4	0,7 Psycho – 0,2 Cadre de santé
CH de Boulogne sur Mer	717	198	614	812	0	1	1	0,5	0
CH de Dunkerque	500	283	266	549	1,4	1	0,5	0,5	0
CH de Montreuil	222	167	55	222	0,4	1,0	0,25	0,25	0,2
Clinique les Acacias Cucq	187	187	0	187	0	0,2	0,1	0,5	1 ETP : Psycho – Diét - Ass Soc – Ortho – Kiné - Stoma
Littoral	2256	1169	1010	2179	2,4	4,2	2,65	2,15	

Figure 28 : EMG 2013 - Activité & Personnel « Littoral »

Source : ARS – DSEE 2014

	Activité 2013				Personnel 2013				
	File active (nombre de patients)	Nbre d'interventions dans les services	Nbre d'interventions aux urgences	Nbre total d'interventions	ETP gériatres	ETP non médicaux			
						IDE	Ass. Sociale	Secrétaire	Spécialisés (ETP - qualif)
CH d'Armentières	291	217	74	291	0,5	0,5	1	0	0
GHICL	354	569	71	640	0,9	0,5	0	0	0
CHRU de Lille	1436	1056	630	1686	2,0	1	0	0,5	0
CH de Seclin	470	247	240	487	0,9	1,2	0,4	0,5	0
CH de Roubaix	978	1588	774	2362	1	2,5	1	1	0,8 Psycho
CH de Tourcoing	308	198	248	446	1	1	0,5	0,5	1
Métropole-Flandre Intérieure	3837	3875	2037	5912	6,3	6,7	2,9	2,5	

Figure 29 : EMG 2013 - Activité & Personnel « Métropole-Flandre intérieure »

Source : ARS – DSEE 2014

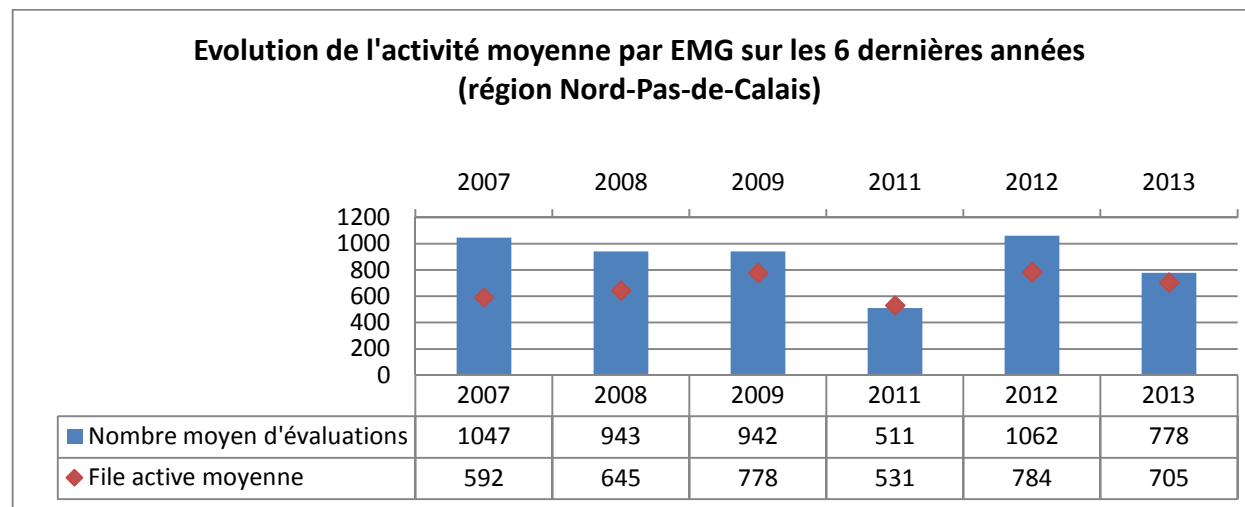
	Activité 2013				Personnel 2013			
	File active (nombre de patients)	Nbre d'interventions dans les services	Nbre d'interventions aux urgences	Nbre total d'interventions	ETP gériatres	ETP non médicaux		
						IDE	Ass. Sociale	Secrétaire
Région : 22 EMG	14 105	8709	6842	15551	14,9	19,85	8,45	7,65

Figure 30 : EMG 2013 - Activité & Personnel Région Nord Pas de Calais

En ce qui concerne l'activité des EMG :

- La file active de la région s'élève à 14 105 patients en 2013, alors qu'en 2012, elle était à 13 437 patients. La moyenne de la file active passe à 705 patients par EMG. Ce calcul est effectué sur 20 EMG puisque le CH d'Avesnes et la clinique Anne d'Artois n'ont pu retourner leur activité.
- Cette moyenne était de 784 patients/EMG en 2012. La différence par rapport à 2012 peut s'expliquer par le fait que le calcul de 2012 ne s'est fait que sur 17 EMG.
- Le nombre d'interventions est de 15 551 en 2013 alors qu'en 2012, il était de 18 216. En conséquence, la moyenne d'interventions par EMG passe de 1062 en 2012, à 778 en 2013. A noter que pour l'année 2012, les interventions extra-hospitalières étaient prises en compte, ce n'est pas le cas pour l'enquête 2013.
- Sur un total de 15 551 interventions déclarées, 44% se déroulent aux urgences alors qu'en 2012, c'étaient 39% des interventions.

L'activité moyenne par EMG dans la région sur les cinq dernières années :



Source : ARS – DSEE 2014

Figure 31 : EMG 2007-2013 - Evolution de l'activité moyenne région Nord Pas de Calais

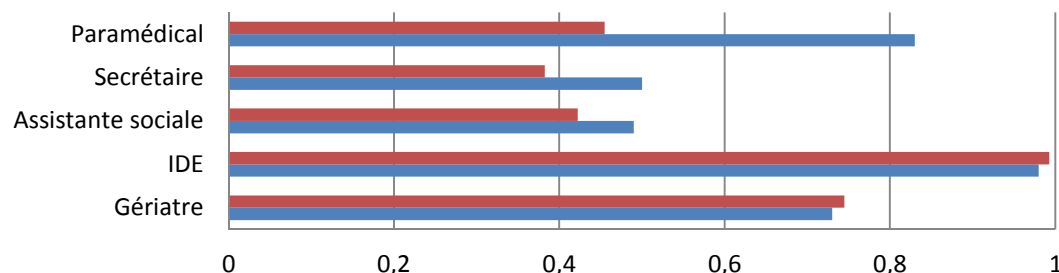
En ce qui concerne le personnel rattaché aux EMG :

- Le personnel présent est variable d'une EMG à une autre. Les catégories les plus représentées sont les IDE et les gériatres (seules l'EMG de la Clinique Anne d'Artois n'a pas de poste de gériatre et l'EMG du CH de Béthune a son poste non pourvu).
- Les paramédicaux spécialisés sont 1,5 fois moins représentés que les gériatres avec 9,2 ETP toutes spécialités confondues.
- A l'échelle de la région, le taux de personnel (en ETP) est inférieur aux recommandations de la circulaire, sauf pour le temps IDE qui s'y approche :

	ETP moyen/EMG – Région 2012	ETP moyen/EMG – Région 2013	Recommandations Circulaire, ETP/EMG
Gériatre	0,73	0,75	1
IDE	0,98	0,99	1
Assistante sociale	0,49	0,42	1
Secrétaire	0,5	0,38	Temps
Paramédical	0,83	0,46	Temps

L'évolution en personnel des EMG dans la région entre 2012 et 2013:

Comparaison du personnel 2012/2013



	Gériatre	IDE	Assistante sociale	Secrétaire	Paramédical
■ Régional 2013	0,75	0,99	0,42	0,38	0,46
■ Régional 2012	0,73	0,98	0,49	0,5	0,83

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 32 : EMG 2012-2013 - Evolution du personnel « NPdC »

Il y a une légère augmentation des gériatres et des IDE et une légère baisse des autres catégories de personnel.

3.3 Synthèse des rapports d'activité des EMG, de Lille, de Valenciennes de l'année 2012

3.3.1 Préambule

— L'équipe Mobile de Gériatrie du CHRU de Lille :

L'EMG du CHRU de Lille a été mise en place le 1er juin 2005. L'équipe travaille avec les services du CHRU et intervient par ailleurs à l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) de façon systématique et quotidienne la semaine depuis novembre 2006.

Depuis février 2007, une antenne gériatrique est par ailleurs organisée sur l'accueil porte des urgences médicales et chirurgicales. S'en suit une antenne gériatrique est présente en traumatologie à partir de 2012. Ces antennes travaillent 5 demi-journées pour les urgences et deux demi-journées pour la traumatologie.

L'Equipe reçoit des appels émanant de l'équipe médico-sociale des services du CHRU, les visites sont effectuées rapidement après ces appels.

De plus, des consultations de gériatrie sont organisées à distance pour des problèmes cognitifs, de chutes ou une évaluation gériatrique, voire une hospitalisation de jour en gériatrie.

→ **L'Equipe Mobile d'Information et d'Orientation Gériatrique de Valenciennes :**

L'EMIOG existe au sein du CH de Valenciennes depuis janvier 2006. Au sein du CH de Valenciennes, l'équipe intervient aux urgences et dans les services MCO. L'arrivée d'un nouveau médecin en novembre (sur un poste d'interne en projet professionnel initialement) a permis de débiter l'activité de psychiatrie fin 2012.

Pour les urgences :

- l'EMIOG propose systématiquement un passage à l'UHCD chaque matin ;
- au SAU, elle intervient sur appel téléphonique débouchant soit sur une intervention sur place, soit sur un avis téléphonique.

Quant aux services MCO :

- l'EMIOG reçoit la demande d'intervention par fax, téléphone ou formulaire informatisé.
- L'EMIOG réalise une activité spécifique en unité d'hémodialyse, en oncogériatrie, participe au programme d'aide aux aidants et est en collaboration forte avec le réseau de santé gérontologique Repér'âge. L'EMIOG organise également des suivis gériatriques en HdJ et en consultations.

→ **L'équipe Mobile Gériatrique Inter-EHPAD de Denain :**

L'EMGIE de Denain fait partie du GCS filière gériatrique du Territoire du Valenciennois et a débuté son activité courant mars 2012. L'EMGIE intervient sur les territoires du CLIC Amandinois, du CLIC Valenciennes Est, du CLIC Valenciennes Ouest, du CLIC Denais et environs et du CLIC Plateau de Mormal. L'EMGIE en 2013 a augmenté son secteur géographique d'action sur les 53 EHPAD du territoire, elle est intervenue dans :

- 24 EHPAD en juin 2013
- 28 EHPAD en décembre 2013
- 30 EHPAD en février 2014

3.3.2 Activité générale en 2013

Interventions :

En 2013,

- L'EMG du CHRU de **Lille** a réalisé 1686 interventions pour une file active de 1436 patients (1492 si on ajoute les 25 interventions téléphoniques extérieures et intra-hospitalières);
- L'EMG du CH de **Valenciennes** a réalisé 1071 interventions pour une file active de 974 patients. La majoration de la file active en 2013 s'explique en partie par le recrutement d'un second médecin à l'EMIOG
- L'EMG inter-EHPAD de Denain a réalisé 51 interventions sur 19 EHPAD différents.

Cela représente une moyenne de :

- 1,17 intervention par patient pour l'EMG du CHRU de **Lille** ;
- 1,08 intervention par patient pour l'EMG du CH de **Valenciennes**.
- 1,80 intervention par patient pour l'EMG **inter-EHPAD du CH de Denain**

	Activité 2012		
	Nombre d'interventions effectuées	File active	Nbre moyen d'intervention / patient
EMG Lille	1686	1436	1,17
EMG Valenciennes	1071	974	1,1
EMG Denain	51		1,80

Les lieux d'interventions se répartissent de la manière suivante :

- EMG du CHRU de **Lille** : 62,6 % dans les services du CHRU de Lille, 37,4 % au niveau des urgences
- EMG du CH de **Valenciennes** : 47,5 % dans les services MCO (hors HD), 50,5 % aux urgences, 2% en service de dialyse.
- EMGIE de **Denain** : 60,8 % des prises en charge ont eu lieux à Valenciennois, 23,5 % dans l'Amandinois, 9,8% dans le Quercitain, 5,9 % dans le Denaisis.

Motifs des demandes d'intervention :

- Le rapport d'activité de l'EMG du CHRU de **Lille** précise les 3 motifs de demande d'intervention dans les services du CHRU suivants :
 - o Motif médical : 54% des interventions ;

- o Orientation du patient : 46% des interventions

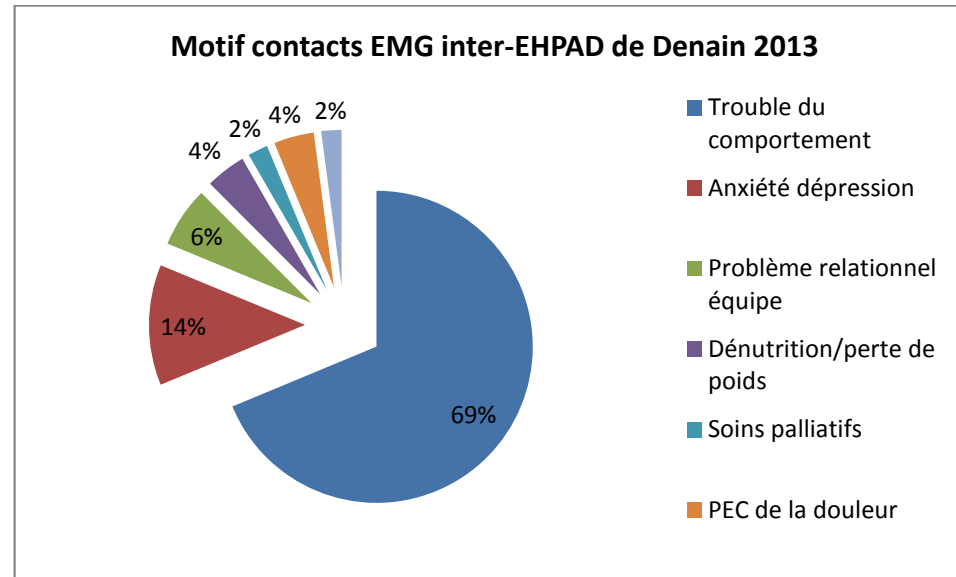
→ L'EMG du CH de **Valenciennes** différencie les motifs d'appel selon le lieu d'intervention :

- o Dans les services MCO, les motifs de la demande concernent :
 - l'évaluation gériatrique standardisée (40,2%) ;
 - les bilans de troubles cognitifs et de comportement (24%) ;
 - des prises en charges sociales complexes (10,9%) ;
 - l'orientation vers une filière gériatrique (6,24%) ;
 - la proportionnalité des soins (6,1%) ;
 - les bilans de chute (5,28%) ;
 - les bilans de perte d'autonomie (4,48%) ;
 - les autres motifs évoqués sont autres, oncogériatrie et éducation de la famille
- o Aux urgences la prise en charge EMIOG reste une évaluation globale du patient centrée sur l'orientation du patient et les possibilités de retour à domicile. Les motifs d'appels les plus fréquents sont :
 - les chutes ;
 - les troubles de mémoire ou du comportement ;
 - les problèmes de maintien à domicile.
- o En hémodialyse pas de précisions sur la manière dont se répartissent les 22 interventions

→ L'équipe Mobile Gériatrique **Inter-EHPAD de Denain** évoque les motifs d'appel suivants :

- o Troubles du comportement
- o Altération de l'état général
- o Chute
- o Dénutrition
- o Prise en charge de la douleur

Ci-dessous un tableau plus détaillé concernant les motifs d'interventions (48 motifs exprimés sur les 51 interventions déclarées)



3.3.3 Activité intra-hospitalière

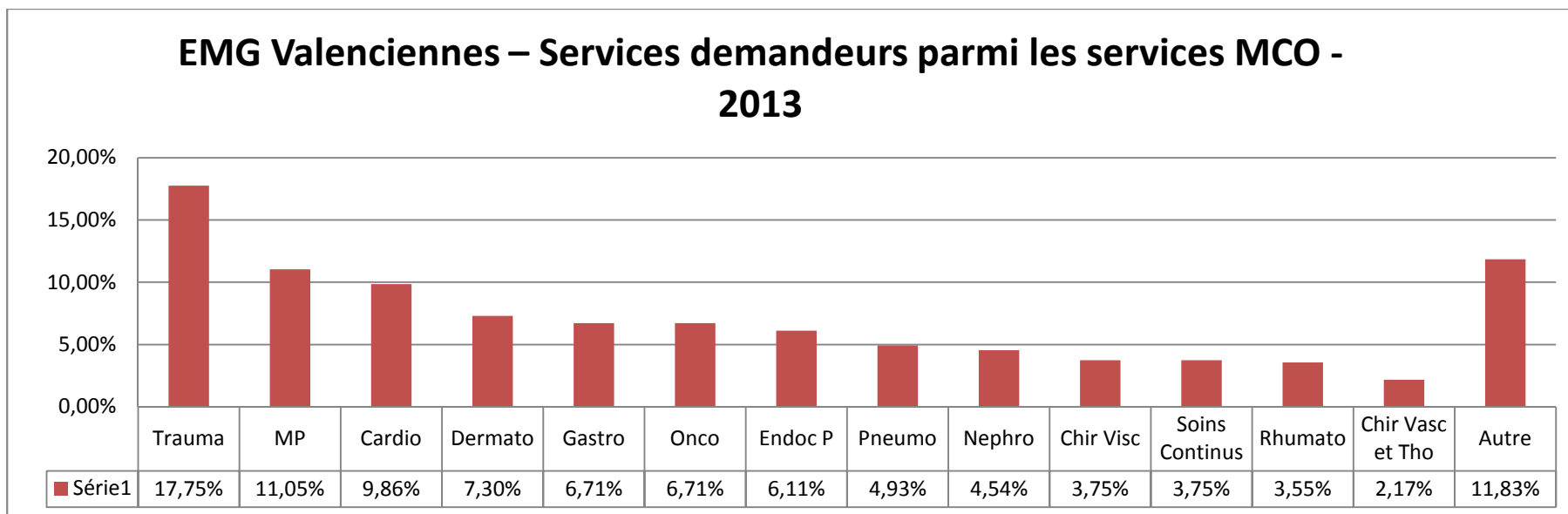
Interventions intra-hospitalières :

En 2013,

- L'EMG du CHRU de **Lille** a réalisé 1686 interventions intra-hospitalières pour 1436 patients pris en charge :
 - o Services MCO : 613 patients pris en charge (augmentation de 17% de la file active dans les services)
 - o Hébergement des urgences : 167 patients
 - o Antenne gériatrique aux urgences : 447 patients pris en charge (augmentation de 68 % de l'activité)
 - o Antenne gériatrique en traumatologie : 209 patients pris en charge
- L'EMG du CH de **Valenciennes** a réalisé 1071 interventions intra-hospitalières pour 974 patients.

Services initiateurs de la demande d'intervention de l'EMG :

- Au CHRU de **Lille**, l'EMG intervient suite à la demande :
 - o Des urgences ;
 - o Des services MCO.
- Au CH de **Valenciennes**, les demandes sont initiées par :
 - o Les urgences : 47,5% des demandes. Parmi les demandes faites par les urgences, 58% sont faites par l'UHCD et 42% par le SAU. La majorité des patients est vue en UHCD mais on constate une **augmentation nette de l'activité au SAU par rapport à 2012** (42 % au lieu de 21%). On peut donc parler d'une prise en charge plus rapide avec des retours à domicile précoces ;
 - o Les services MCO : 50.5% des demandes. Le graphique suivante présente la répartition des services demandeurs parmi les services MCO du CH de Valenciennes :



- o Le service de dialyse : 2% des demandes ;

Délai entre l'entrée du patient au CH et la demande d'intervention de l'EMG :

- Au CHRU de **Lille**, le délai médian entre l'entrée du patient et la demande d'intervention est de 7 jours
- L'EMG du CH de **Valenciennes** précise un délai moyen de 4,9 jours entre l'entrée du patient dans les services MCO et la demande d'intervention de l'EMG.

Délai entre la demande d'intervention et la première intervention de l'EMG :

- Au CH de **Valenciennes**, le délai moyen d'intervention déclaré après appel du service est de 0,4 jour.

Durée moyenne de séjour des patients vus par l'EMG :

Cette année pas de précisions quant à la durée moyenne de séjour des patients au niveau des EMG.

Modes de sorties :

Pas de précisions sur les modes de sortie cette année.

3.3.4 **Activité extra-hospitalière**

EMG de Valenciennes :

- 45% des patients vus bénéficient de l'organisation d'un suivi gériatrique après la sortie d'hospitalisation (répartis en 45% de consultations mémoire, 48% HDJ, 5% signalement réseau, 2% hospitalisations programmées)
- 133 médecins traitants ont été contactés par téléphone
- Ainsi que 23 IDE libérales
- Le lien avec les pharmaciens a été renforcé
- Travail effectué avec le CLIC, la MAIA et l'EMGIE (liens à développer)
- Collaboration avec le réseau Reper'âge

EMGIE de Denain :

- Prises en charges : 51 interventions sur 19 EHPAD différents, avec une moyenne de 1,80 passage par prise en charge
- Origine des demandes d'intervention :

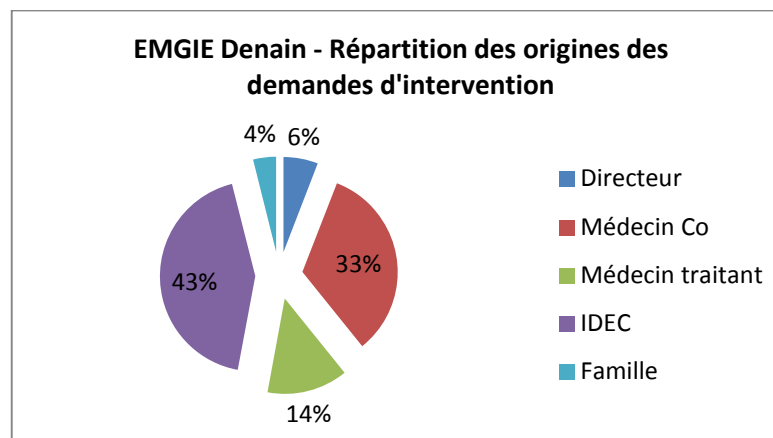


Figure 33 : EMGIE Denain – Répartition des origines des demandes d'intervention - 2013

- Délai d'intervention : l'EMGIE déclare un délai moyen de 4,58 jours entre la demande d'intervention et l'intervention de l'EMGIE en EHPAD
- Orientation sur le territoire :
 - o 92,16 % : prise en charge sur place
 - o 5,88 % : Hospitalisation CSG
 - o 1,96 % : liaison psychiatrie

3.3.5 Caractéristiques des patients pris en charge par les EMG

Age des patients pris en charge par les EMG:

- EMG de **Lille** : De manière globale (interventions en service et aux urgences), l'âge moyen des patients est de 82,5 ans
- EMG du CH de **Valenciennes** : La moyenne d'âge des patients pris en charge par l'EMG du CH de Valenciennes est de 83 ans. Ce qui correspond à la moyenne d'âge de la population accueillie à l'UCSG qui est de 84 ans

Sexe des patients pris en charge par les EMG :

- EMG de **Lille** : 70% de femmes et 30% d'hommes
- EMG de **Valenciennes** : 67% de femmes et 33% d'hommes

Dépendance des patients pris en charge par les EMG :

- Pour mesurer l'autonomie de ses patients, l'EMG du CHRU de **Lille** a utilisé l'échelle ADL. L'équipe recense un score moyen de 2/6 et une médiane à 1/6. Les patients sont donc très dépendants.
- L'EMG de **Valenciennes** a également utilisé l'échelle ADL. Elle obtient un score moyen de 2,5/6, score identique aux urgences et dans les autres services. Ce score est le même qu'en hémodialyse.

3.3.6 Personnel des EMG

- L'équipe de l'EMG du CHRU de **Lille** est constituée :
 - d'un ETP infirmier,
 - de 2 ETP médicaux,
 - de 0.5 ETP secrétaire,
 - un poste d'interne est alloué depuis novembre 2009,
 - un poste d'externe est alloué depuis octobre 2013
- Pour son fonctionnement, l'équipe de l'EMG de **Valenciennes** est composée :
 - cadre de santé,
 - assistante sociale,
 - assistante spécialiste
 - infirmier,

- o praticien hospitalier,
 - o secrétaire,
 - o ergothérapeute,
- L'équipe de l'EMGIE de **Denain** se compose des effectifs suivants :
- o 0.80 ETP infirmier,
 - o 0.40 ETP gériatre,
 - o 0.20 ETP psychologue,
 - o 0.20 ETP secrétaire,
 - o 0,20 ETP psychiatre depuis novembre 2013

4 LES HOPITAUX DE JOUR GERIATRIQUES

4.1 Leurs implantations

Le SROS-PRS 2012-2016 préconise au moins 5 places par hôpital de jour gériatrique, adossé à un court séjour, et offrant au moins 120 journées/1 000 habitants de 75 ans et plus.

22 établissements ont retourné une activité d'hôpital de jour gériatrique (HJG) pour 62 places. Depuis 2012, le nombre de ces établissements est constant (en 2012, 22 hôpitaux de jour pour 58 places). Les calculs sont faits sur la base de 22 établissements déclarants.

Les CH d'Avesnes et de Calais n'ont pas retourné leur activité.

Sur l'ensemble des établissements répondants, il n'y a pas 22 unités d'hospitalisation de jour car pour beaucoup d'établissements cette activité ne représente qu'un équivalent d'une ou deux places incluses dans un hôpital de jour de médecine.

En prenant en compte le retour des établissements, seule la zone de proximité de Flandre-intérieure ne dispose pas d'HJ. Cette dernière était couverte en 2012 par le CH d'Armentières qui cette année n'a pas déclaré d'activité.

4.2 Leurs personnels

La circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise de disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum de : 1 ETP de médecin gériatre ; 1,5 ETP d'IDE ; 0,5 ETP d'AS ; du temps de psychologue, diététicien, podologue, assistant social et secrétaire pour 5 places.

Au sein de la région, les personnels se répartissent de la manière suivante, pour 5 places : *(calculs réalisés en fonction du nombre de réponses des établissements)*

	Année 2013	Bilan 2012	Recommandations circulaire
ETP de gériatre :	0,55 ETP	0,52 ETP	1 ETP
ETP d'IDE :	1,08 ETP	1,17 ETP	1,5 ETP
ETP d'AS :	0,71 ETP	0,79 ETP	0,5 ETP
ETP de paramédicaux spécialisés :	1,45 ETP	1,39 ETP	Temps
ETP de secrétaire :	0,56 ETP	0,7 ETP	Temps

4.3 Leurs activités

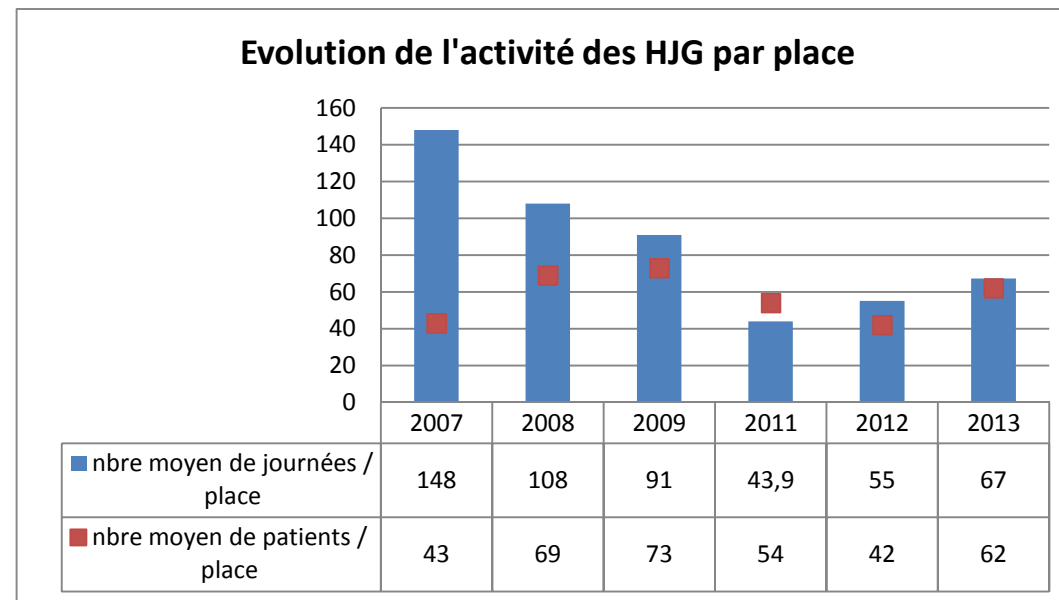
La file active est passée de 2 434 patients pris en charge en 2012 à 3 985 patients en 2013. Néanmoins, 3 files actives n'avaient pas été renseignées en 2012, ce qui peut en partie expliquer cette forte différence (3 places du CH de Lens, 3 places du CH Le Quesnoy et 3 places du CH de St Omer).

L'activité moyenne par place passe de 42 patients en 2012 à 64 patients par place en 2013.

Le nombre de journées réalisées est passé de 3 194 journées en 2012 pour 58 places à 4 168 journées en 2013 pour une activité déclarée de 62 places. Le nombre de journées réalisées pour 1 000 habitants a augmenté, avec une moyenne passant de 10,7 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en 2012 à 13,5 journées en 2013.

Cela représente une moyenne de 67 journées réalisées par place, elle était de 55 journées par place, en 2012.

A noter que la plupart des HJG ne sont pas individualisés, mais souvent intégrés à un hôpital de jour de médecine ou à un service de médecine.



Source : ARS – DSEE 2014

Figure 34 : évolution de l'activité des Hôpitaux de jour de médecine gériatrique

Les tableaux suivants présentent le fonctionnement et le personnel dédié aux hôpitaux de jour, par établissement des territoires de santé :

	Fonctionnement - Activité					Personnels				
	Nombre de places	File active	Nbre de nouveaux patients	Nbre total de journées	Nbre de journées bilan Alzheimer	ETP gériatres	ETP non médicaux			
							IDE	AS	Spécialisés	Secrétaire
	Zone de proximité de l'Arrageois									
CH d'Arras	?	8	6	8	0	?	personnel commun à l'HJ médecine			
	Zone de proximité de Béthune-Bruay									
Clinique Anne d'Artois	3	496	93	496	58	0,5	1,42	1,42	0,71 Psy - 0,42 Ergo - 0,35 Kiné - 0,15 Diét - 0,10 Pédicure - 0,35 Ass. Sociale - 0,05 Orthophoniste	0,2
CH de Béthune	2	17	3	24	268	0,1	Personnel commun à l'HJ médecine			
	Zone de proximité du Douaisis									
CH de Douai	1	137	137	152	94	0,3	1	4		
	Zone de proximité de Lens-Hénin									
CH d'Hénin Beaumont	2	26	26	27	27	0,1				
CH de Lens	3	654	549	654	460	0,75	1	0,6	0,1 Kiné - 0,1 Ergo - 0,6 Psy - 0,2 Ass. Sociale	1
Polyclinique Riaumont AHNAC de Liévin	NR	142	NR	143	58	0,3				0,2
Artois-Douaisis	11	1480	814	1504	965					

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 35 : Hôpitaux de jour de médecine gériatrique 2013 - Personnel & Activité "Artois-Douaisis"

	Fonctionnement - Activité					Personnels				
	Nombre de places	File active	Nbre de nouveaux patients	Nbre total de journées	Nbre de journées bilan Alzheimer	ETP gériatres	ETP non médicaux			
							IDE	AS	Spécialisés	Secrétaire
	Zone de proximité du Cambrésis									
CH de Cambrai	3	79	79	79		0,2	3,82	1		2
	Zone de proximité du Sambre-avesnois									
CH d'Avesnes	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	Zone de proximité du Valenciennois									
CH de Denain	4	61	30	61	40	0,2	0,	0,2	0,5 ETP au total dont 0,1 Diét - 0,2 Neuro-psy - 0,1 Kiné - 0,1 Ass. Sociale	0,5
CH de Le Quesnoy	3	200	204	204			0,8	0	0,1 (Kiné,Ergo, Ass. sociale, Orthophoniste)	0,2
CH de Valenciennes	3	412	392	412	152	0,5	0,8	0,2	0,5 Ergo - 0,5 Neuro-psy	0,8
Hainaut-Cambrésis	13	752	705	756	192					

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 36 : Hôpitaux de jour de médecine gériatrique 2013 - Personnel & Activité "Hainaut-Cambrésis"

	Fonctionnement - Activité					Personnels				
	Nombre de places	File active	Nbre de nouveaux patients	Nbre total de journées	Nbre de journées bilan Alzheimer	ETP gériatres	ETP non médicaux			
							IDE	AS	Spécialisés	Secrétaire
	Zone de proximité de l'Audomarois									
CH de Saint-Omer	3	238	238	238	162	0,4	0,4	0,2	Kiné 0,1 - Diét 0,2 - Neuropsych 0,4 - Psycho 0,2 - Ass Soc 0,1	0,2
	Zone de proximité du Boulonnais									
CH de Boulogne	1	14	14	14	14	0,05	0,1	0,1		
	Zone de proximité du Calaisis									
CH de Calais	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	Zone de proximité du Dunkerquois									
CH de Dunkerque	4	110	109	110	81	0,5	Personnel mutualisé avec le CSG			
	Zone de proximité du Montreuillois									
CH de Montreuil	3	43	43	43	36	0,2	0,5	0	0,1 Cadre - 0,1 kiné - 0,15 neuropsych - 0,15 ergo - 0,1 diét - 0,03 assis. Soc.	0,1
Littoral	11	405	404	405	293					

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 37 : Hôpitaux de jour de médecine gériatrique 2013 - Personnel & Activité "Littoral"

	Fonctionnement - Activité					Personnels				
	Nombre de places	File active	Nbre de nouveaux patients	Nbre total de journées	Nbre de journées bilan Alzheimer	ETP gériatres	ETP non médicaux			
							IDE	AS	Spécialisés	Secrétaire
	Zone de proximité Flandre Intérieure									
CH d'Armentières	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR			
	Zone de proximité de Lille									
CHRU de Lille	5	516	NC	601	304	1	1	1	0,8 Diét - 0,2 Pédicure - 0,8 Ass. Soc - 0,8 Psy - 0,3 Ergo	0,5
CH de Seclin	5	277	NC	346	138	0,1	1	0	0,8	0,5
St Philibert	5	110	110	110	NR	0,3	0,4	0,4	0,35 ergo - 0,2 kiné - 0,1 diét - 0,1 psycho	0,25
St Vincent de Paul	5	207	207	207	NR	0,3	Pool unité Ambulatoire Adulte		0,35 ergo - 0,2 kiné - 0,1 diét - 0,25 psycho	Renfort UAA
	Zone de proximité Roubaix-Tourcoing									
CH de Roubaix	1	70	70	71	48	0	mutualisation			
Clinique St Jean HPM de Roubaix	5	52	52	52	16	1	1	0	kiné 3 libéraux - psycho 1 - diét 0,8 - ergo 0,6 - ass soc 0,9 (dont 0,4 ETP en partenariat avec Santelys	0,5
CH de Tourcoing	1	116	116	116	116	mutualisation				
Métropole - Flandre Intérieure	27	1348	555	1503	622					

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 38 : Hôpitaux de jour de médecine gériatrique 2013 - Personnel & Activité "Métropole - Flandre intérieure"

Fonctionnement - Activité				
Nombre de places	File active	Nbre de nouveaux patients	Nbre total de journées	Nbre de journées bilan Alzheimer
Artois-Douaisis				
11	1480	814	1504	965
Hainaut-Cambrésis				
13	752	705	756	192
Littoral				
11	405	404	405	293
Métropole - Flandre Intérieure				
27	1348	555	1503	622
Région				
62	3985	2478	4168	2072

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 39 : Hôpitaux de jour de médecine gériatrique 2013 - Activité "Région"

5 LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION GERIATRIQUES

Les SSR possèdent une autorisation spécialisée depuis le décret de 2008. Dès lors, certains peuvent développer 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.

5.1 Les établissements reconnus par l'ARS

Le SROS-PRS 2012-2016 annonce une répartition des SSR gériatriques par zone de proximité.

La liste des autorisations, pour l'année 2013, par zone de proximité est celle-ci :

→ Territoire de Santé de l'Artois-Douaisis :

Zone de proximité de l'Arrageois : les CH d'Arras, de Bapaume et l'Hôpital Local de St Pol ;

Zone de proximité de Béthune-Bruay : le CH de Béthune et les Cliniques de Mahaut de Termonde et d'Anne d'Artois ;

Zone de proximité du Douaisis : les CH de Douai et de Somain, la Maison de Santé et de Cure Médicale de Lallaing ainsi que la Clinique Saint Roch Marchiennes ;

Zone de proximité de Lens-Hénin : les CH de Lens, d'Hénin Beaumont et de Carvin.

→ Territoire de Santé de l'Hainaut-Cambrésis :

Zone de proximité du Cambrésis : la Clinique Saint-Roch Cambrai et les CH de Cambrai et de Le Cateau ;

Zone de proximité de Sambre-Avesnois : les CH d'Avesnes, de Jeumont et d'Hautmont ainsi que l'Hôpital de Felleries-Liessies ;

Zone de proximité du Valenciennois : les CH de Valenciennes, Denain et Le Quesnoy ainsi que la Clinique Saint Roch et l'ULS d'Escaudain.

→ Territoire de Santé du Littoral :

Zone de proximité de l'Audomarois : le CH de Saint-Omer ;

Zone de proximité du Boulonnais : le CH de Boulogne-sur-Mer ;

Zone de proximité du Calaisis : le CH de Calais ;

Zone de proximité du Dunkerquois : l'Hôpital Maritime de Zuydcoote et la Polyclinique GS ;

Zone de proximité du Montreuillois : l'Hôpital Maritime de Berck, le CH de l'Arrondissement de Montreuil Sur Mer et la Clinique des Acacias.

→ **Territoire de Santé de la Métropole – Flandre Intérieure :**

Zone de proximité de la Flandre intérieure : les CH d'Armentières et de Bailleul ainsi que le Centre Médical du Mont de Flandre ;

Zone de proximité de Lille : les CH d'Haubourdin, de Loos et de Seclin, le CHRU de Lille, la Clinique de la Mitterie et le GHICL (Saint Vincent et Saint Philibert) ;

Zone de proximité de Roubaix-Tourcoing : les CH de Roubaix, de Tourcoing, de Wattrelos CH Intercommunal de Wasquehal et les Cliniques de Villeneuve d'Ascq, Saint Jean et Saint Roch.

Les analyses suivantes portent sur les seuls établissements ayant déclaré leur service de SSR gériatrique en fonctionnement. Ainsi, n'ont pas été comptabilisés pour l'année 2013 : Les cliniques Mahaut de Termonde et Anne d'Artois pour l'Artois-Douais ; l'HM de Zuydcoote pour le Littoral ; les CH de Wattrelos, la clinique Saint Roch ainsi que la Clinique de la Mitterie pour la Métropole – Flandre intérieure ; cela représente, en 2013, 86% des établissements autorisés, avec un total de 43 établissements sur 49 (les CH de Loos et Haubourdin ont fusionné).

5.2 Leurs activités

La circulaire N°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 et plus en SSR gériatrique. Une unité de soins de suite gériatriques doit disposer au minimum de 20 lits.

5.2.1 Leurs capacités

En 2013, sur les établissements déclarants, il y a un total de 1 561 lits [ANNEXE 3] au sein de la région répartis comme suit : 388 lits pour l'Artois-Douais, 395 lits pour le Hainaut-Cambrésis, 251 lits pour le Littoral et 527 lits pour la Métropole – Flandre Intérieure. En 2012, pour 38 établissements déclarants, il y avait 1 421 lits.

L'hétérogénéité très importante en 2012 s'amointrit en 2013. En témoigne le ratio nombre de lits/SSRg, par territoire de santé, les disparités y sont faibles:

- **Artois-Douais** : 29,85 lits par SSRg ;
- **Hainaut-Cambrésis** : 32,92 lits par SSRg ;
- **Littoral** : 31,38 lits par SSRg ;
- **Métropole – FI** : 31,00 lits par SSRg.

Ainsi, chaque territoire de santé dispose en moyenne des 20 lits par SSRg recommandés dans la circulaire. Seuls quatre établissements en ont moins: le CH de Cambrai avec 10 lits, le GHICL dont l'unité de Saint-Vincent a 16 lits, l'EPSM des Flandres avec 15 lits et le GH de Loos-Haubourdin avec 10 lits.

	Population de plus de 75 ans - Recensement PA 2010	Nbre d'établissements répondants	Nbre de lits déclarés	Nbre de lits / 10 000 hbts de plus de 75 ans	Nbre total de journées	Nbre de journées / 1 000 hbts de plus de 75 ans
Arrageois	20805	3	90	43,26	31901	1533,33
Béthune-Bruay	24211	2	38	15,70	12935	534,26
Douaisis	20561	3	150	72,95	25423	1236,47
Lens-Hénin	30377	3	110	36,21	21685	713,86
Artois-Douaisis	95954	11	388	40,44	91944	958,21
Cambrésis	14249	3	75	52,64	22099	1550,92
Sambre-Avesnois	18239	4	97	53,18	24400	1337,79
Valenciennois	27826	5	223	80,14	68503	2461,83
Hainaut-Cambrésis	60314	12	395	65,49	115002	1906,72
Audomarois	8896	1	30	33,72	886	99,60
Boulonnais	13143	1	90	68,48	27777	2113,44
Calaisis	10658	1	30	28,15	9619	902,51
Dunkerquois	17866	1	25	13,99	8054	450,80
Montreuillois	11017	3	76	68,98	35843	3253,43
Littoral	61580	7	251	40,76	82179	1334,51
Flandre Intérieure	13663	3	90	65,87	26981	1974,75
Lille	48072	5	206	42,85	63854	1328,30
Roubaix-Tourcoing	28540	5	231	80,94	77824	2726,84
Métropole - Flandre Intérieure	90275	13	527	58,38	168659	1868,28
Région	308123	43	1561	50,66	457784	1485,72

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 40 : Soins de suite gériatriques 2013 - Capacité et population "Zone de proximité"

Les disparités sont plus présentes au niveau des zones de proximité comme le montre le tableau ci-dessus. Le nombre de lits pour 10 000 habitants de plus de 75 ans va de 13,99 pour la ZP du Dunkerquois à 80,94 pour la ZP de Roubaix-Tourcoing.

L'Artois-Douaisis ne présente pas le nombre de lits le plus faible déclaré, pourtant il est le territoire où le nombre de journées pour 1 000 habitants de plus de 75 ans est le plus faible avec 958,21 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

La région, dans sa globalité, présente un nombre de journées / 1 000 habitants de 75 ans et plus relativement correct au regard des recommandations de la circulaire avec un peu plus de 1 485 journées.

Concernant le nombre journées / 1 000 habitants de plus de 75 ans, à l'échelle des zones de proximité, la moins productrice est l'Audomarois avec 99,60 journées pour 1 000 Hab. > 75 ans alors que celle qui produit le plus est le Montreuillois qui présente 3 253,43 journées pour 1 000 Hab. > 75 ans, site de gros établissements de SSR.

5.2.2 Les durées moyennes de séjour (DMS)

Au niveau régional, la DMS reste, relativement, stable depuis 2009 (30,5 en 2009, 30,39 en 2011 et 30,98 en 2012, 31,20 en 2013). La DMS la plus élevée, des territoires de santé, se situe au niveau de la Métropole – Flandre Intérieure et la plus faible au niveau de l'Artois Douaisis.

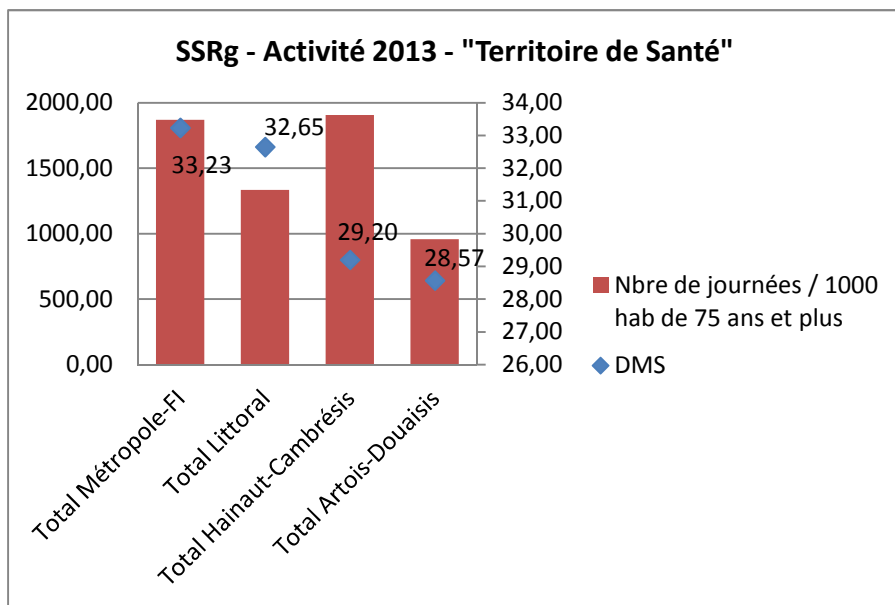
A noter que le calcul des DMS par territoire de santé s'est fait en reprenant le nombre de journées de plus de 24h sur le nombre total de séjours. Certaines données peuvent donc être différentes de celles déclarées par les établissements. De plus certaines DMS n'ont pu être calculées, car une donnée (soit le nombre de journée de plus de 24h, soit le nombre total de séjours) était absente ou inexploitable.

	Nbre d'établissements répondants	Nbre de lits déclarés	Nbre total de journées	DMS
Arrageois	3	90	31901	26,43
Béthune-Bruay	2	38	12935	27,82
Douaisis	3	150	25423	24,78
Lens-Hénin	3	110	21685	42,12
Artois-Douaisis	11	388	91944	28,57
Cambrésis	3	75	22099	24,45
Sambre-Avesnois	4	97	24400	31,90
Valenciennois	5	223	68503	31,21
Hainaut-Cambrésis	12	395	115002	29,20
Audomarois	1	30	886	34,08
Boulonnais	1	90	27777	41,77
Calaisis	1	30	9619	44,53
Dunkerquois	1	25	8054	27,39
Montreuillois	3	76	35843	27,24
Littoral	7	251	82179	32,65
Flandre Intérieure	3	90	26981	29,14
Lille	5	206	63854	35,73
Roubaix-Tourcoing	5	231	77824	32,95
Métropole - Flandre Intérieure	13	527	168659	33,23
Région	43	1561	457784	31,20

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 41 : Soins de suite gériatriques 2013 – DMS "Zone de proximité"

Certaines zones de proximité atteignent des durées moyennes de séjour de plus de 40 jours..



Le graphique suivant présente, par territoire de santé, la DMS comparée avec le nombre de journées pour 1 000 Hab. de 75 ans et plus :

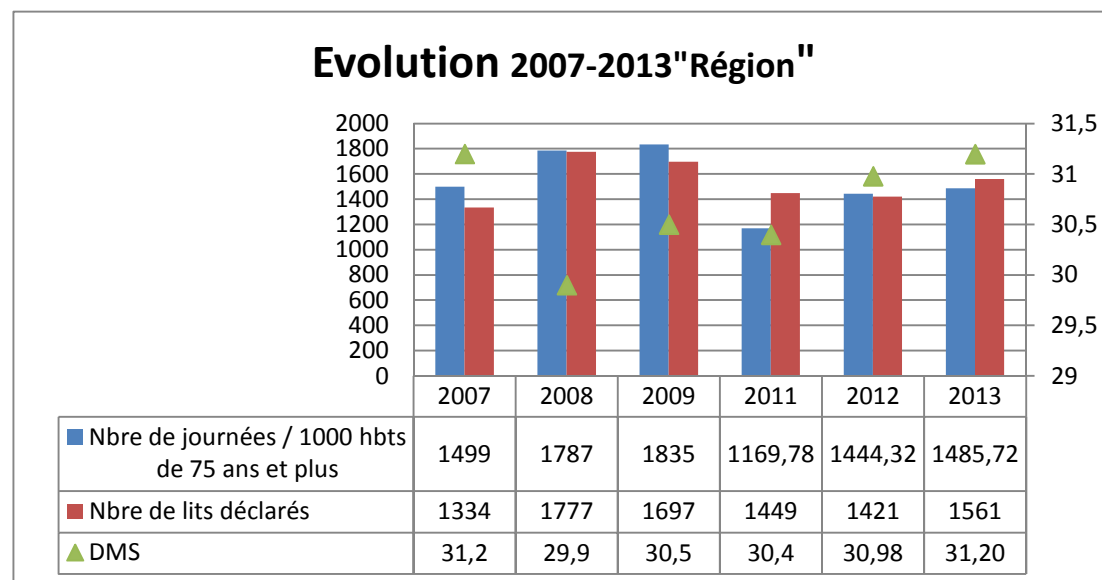
Figure 42 : Soins de suite gériatriques 2013 - Activité "Territoire de santé"

Sources : ARS – DSEE 2014

Evolution régionale depuis 2007 avec le parallèle des lits déclarés :

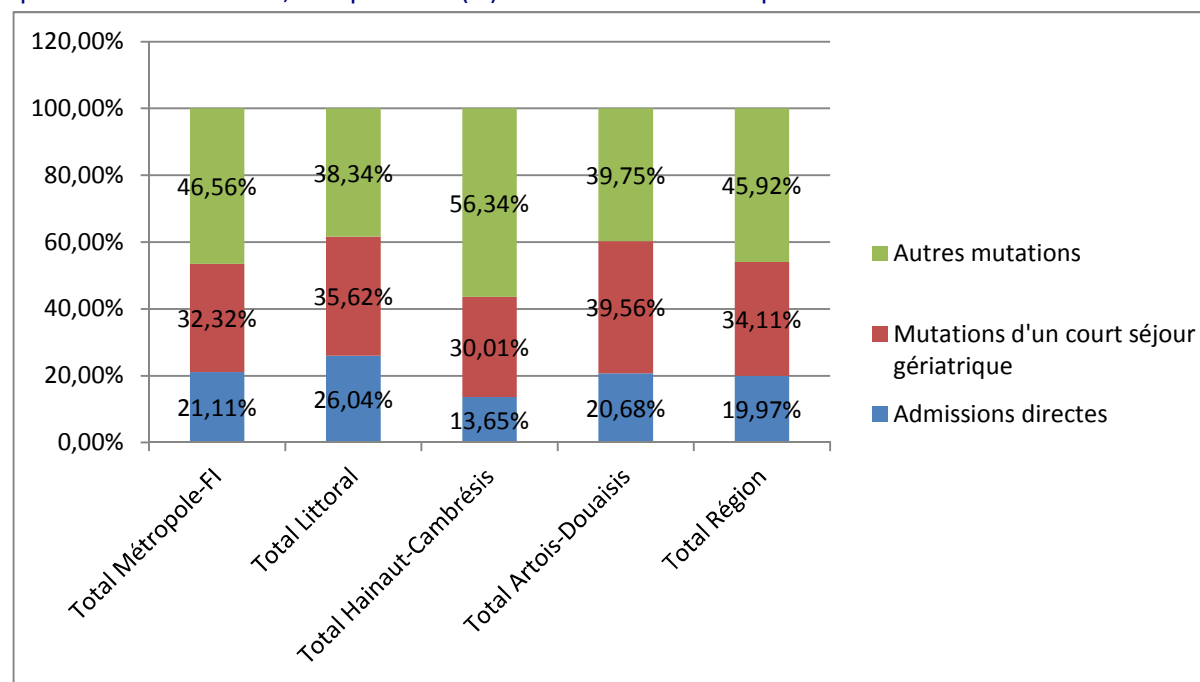
Figure 43 : Soins de suite gériatriques – Evolution 2007-2013 "Région"

Sources : ARS – DSEE 2014



5.2.3 Les modes d'entrée et de sortie

Le graphique suivant présente par territoire de santé, la répartition (%) des modes d'entrées pour l'année 2012 :



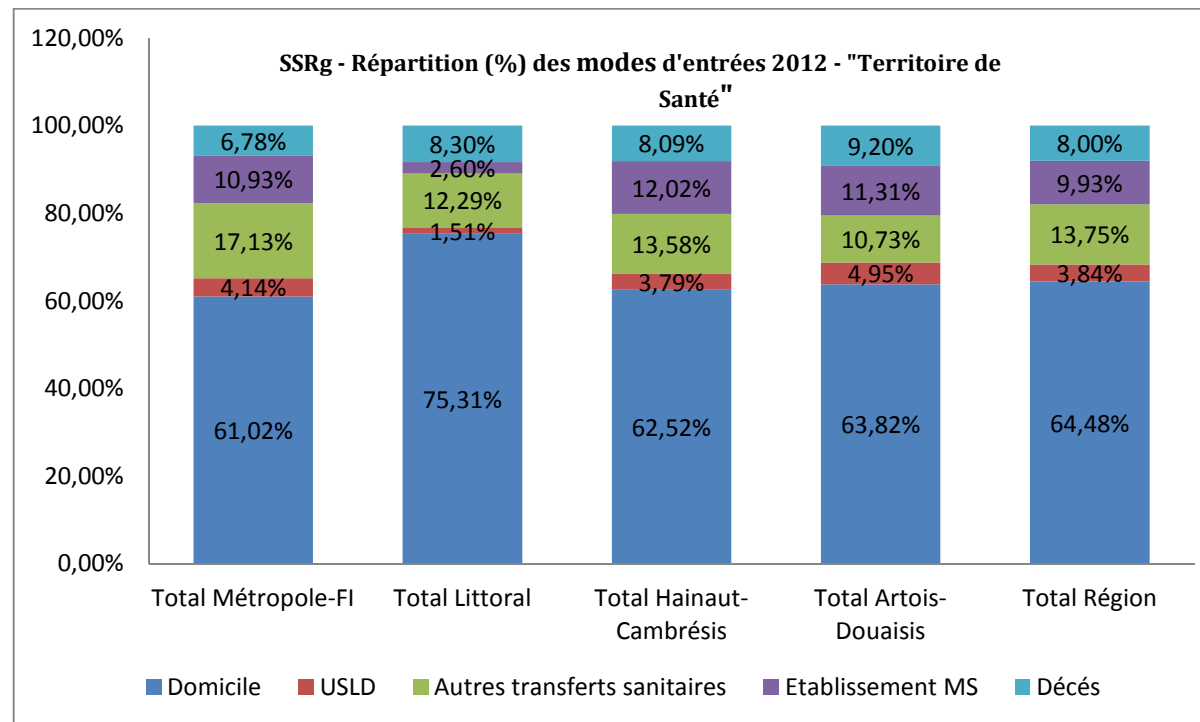
Source : ARS – DSEE 2014

Figure 44 : Soins de suite gériatriques 2013 - Répartition (%) des modes d'entrées - "Territoire de santé"

Les admissions directes représentent 19,97% des modes d'entrées en 2013, ce chiffre est constant par rapport à 2012 où elles représentaient 20,1%.

Les mutations en provenance d'un court séjour gériatrique diminuent (40,4% en 2012 contre 34,11% en 2013). De ce fait, les mutations « autres » gagnent 6,17 points depuis 2012, passant de 39,75% à 45,92 % en 2013.

A l'échelle des territoires de santé, la dispersion entre les modes d'entrées peut s'expliquer par les différences de pratique des unités.



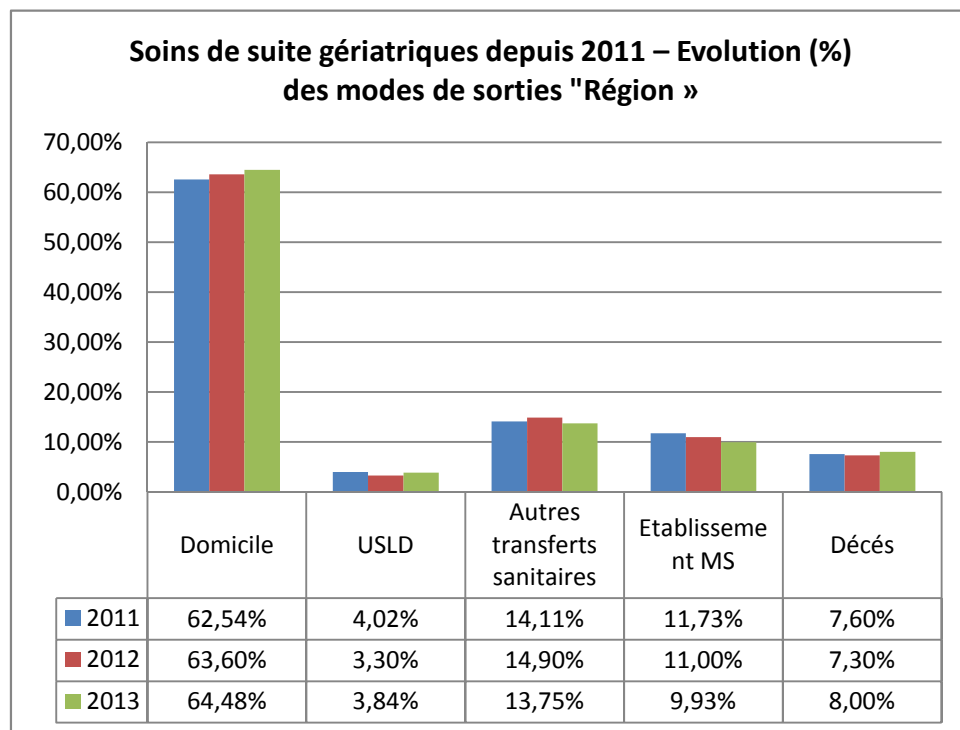
Source : ARS – DSEE 2014

Figure 45 : Soins de suite gériatriques 2013 - Répartition (%) des modes de sorties - "Territoire de santé"

Les sorties se font majoritairement vers le domicile avec une moyenne régionale de 64,48%, soit +0,88 points depuis 2012. Malgré les écarts de 14,29 points (61,02% pour la Métropole Flandre-Intérieure à 75,31% pour le Littoral), ce mode de sortie est le plus représenté à l'échelle des territoires de santé également.

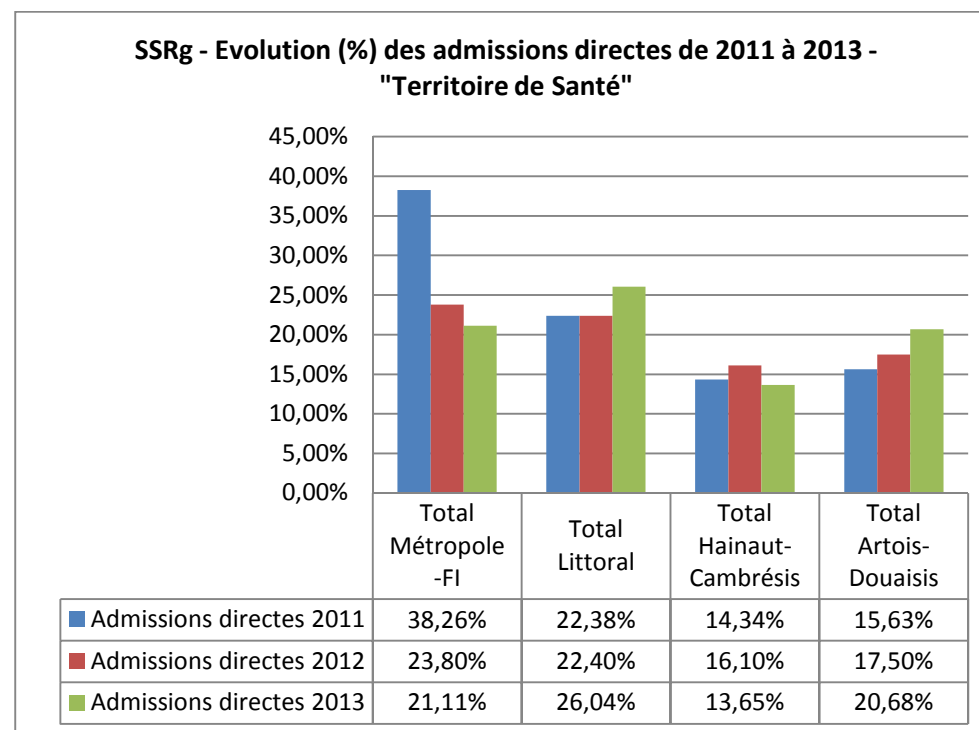
Au niveau régional :

- depuis 2012, les décès sont passés de 7,3% à 8% en 2013.
- Les transferts vers les établissements médico-sociaux diminuent légèrement (11,0% en 2012 et 9,93% en 2013).
- Les sorties vers USLD restent stables (3,3% en 2012 et 3,84% en 2013).
- Les autres transferts sanitaires ont diminué de 1,15 points en représentant 13,75% des modes de sorties en 2013.



Sources : ARS – DSEE 2014

Figure 47 : Soins de suite gériatriques depuis 2011 - Evolution (%) des admissions directes "Territoire de santé"



Sources : ARS – DSEE 2014

Figure 46 : Soins de suite gériatriques depuis 2011 – Evolution (%) des modes de sorties "Région »

Le tableau suivant présente, par zone de proximité, la répartition (%) des modes d'entrées et de sorties pour l'année 2013 :

	Modes d'entrée 2013			Modes de sorties 2013				
	Admissions directes	Mutations CSG	Autres mutations	Domicile	USLD	Autres transferts sanitaires	EMS	Décès
Arrageois	30,72%	8,78%	60,50%	63,54%	6,19%	8,60%	12,30%	9,37%
Béthune-Bruay	8,60%	91,18%	0,22%	53,11%	5,56%	12,00%	17,33%	12,00%
Douaisis	12,46%	52,32%	35,23%	70,51%	4,46%	11,38%	5,19%	8,46%
Lens-Hénin	32,76%	17,80%	49,44%	58,15%	3,82%	11,79%	17,46%	8,79%
Artois-Douaisis	20,68%	39,56%	39,75%	63,82%	4,95%	10,73%	11,31%	9,20%
Cambrésis	14,48%	31,78%	53,74%	71,85%	2,45%	8,29%	12,27%	5,14%
Sambre-Avesnois	10,95%	51,08%	37,97%	53,94%	6,84%	19,84%	13,23%	6,15%
Valenciennois	14,58%	19,08%	66,34%	62,22%	3,05%	13,14%	11,39%	10,19%
Hainaut-Cambrésis	13,65%	30,01%	56,34%	62,52%	3,79%	13,58%	12,02%	8,09%
Audomarois	11,54%	88,46%	0,00%	61,54%	11,54%	7,69%	11,54%	7,69%
Boulonnais	7,07%	18,95%	73,98%	68,33%	1,06%	15,84%	2,11%	12,67%
Calaisis	8,33%	88,89%	2,78%	78,11%	0,00%	4,98%	0,00%	16,92%
Dunkerquois	35,56%	64,44%	0,00%	82,65%	0,00%	12,59%	0,00%	4,76%
Montreuillois	38,65%	29,80%	31,55%	77,08%	2,12%	11,62%	3,69%	5,49%
Littoral	26,04%	35,62%	38,34%	75,31%	1,51%	12,29%	2,60%	8,30%
Flandre Intérieure	25,03%	23,26%	51,72%	55,16%	2,18%	14,22%	21,79%	6,65%
Lille	14,44%	26,03%	59,53%	59,91%	5,05%	19,60%	8,66%	6,77%
Roubaix-Tourcoing	25,12%	41,29%	33,59%	64,35%	4,17%	16,23%	8,40%	6,85%
Métropole - FI	21,11%	32,32%	46,56%	61,02%	4,14%	17,13%	10,93%	6,78%
Région	19,97%	34,11%	45,92%	64,48%	3,84%	13,75%	9,93%	8,00%

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 48 : Soins de suite gériatriques 2013 - Modes d'entrées et de sorties déclarés "Zone de proximité"

5.3 Leurs compétences

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 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.

5.3.1 Le personnel médical

En 2013, l'ensemble des unités SSRg déclare être coordonné par un gériatre.

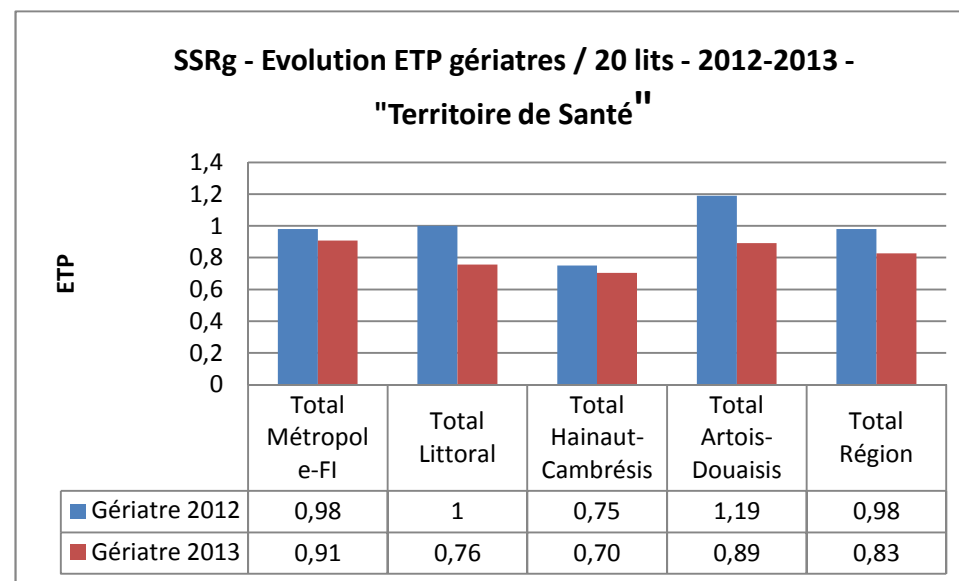
Pour le fonctionnement des 43 SSRg, il y a un total de 92 gériatres avec 64,60 ETP déclarés, il y a un nombre supérieur gériatre pour moins d'ETP par rapport à 2012 (87 gériatres pour 69,3 ETP).

Rapporté au ratio de 20 lits, cela représente 0,83 ETP gériatre, il y a une diminution de 0,15 point par rapport à l'année précédente.

Le graphique suivant présente l'évolution du nombre de gériatres en ETP pour 20 lits, entre 2012 et 2013 : il y a une diminution des ETP gériatres dans chaque territoire de santé.

Concernant les qualifications des médecins non gériatres, il y a eu 16,53 ETP déclarés (médecin DIM, Interne,...). Cela représente, donc, un ratio de 0,21 ETP médical/20 lits. Soit une très légère augmentation par rapport à 2012 où il s'établissait à 0,20 ETP.

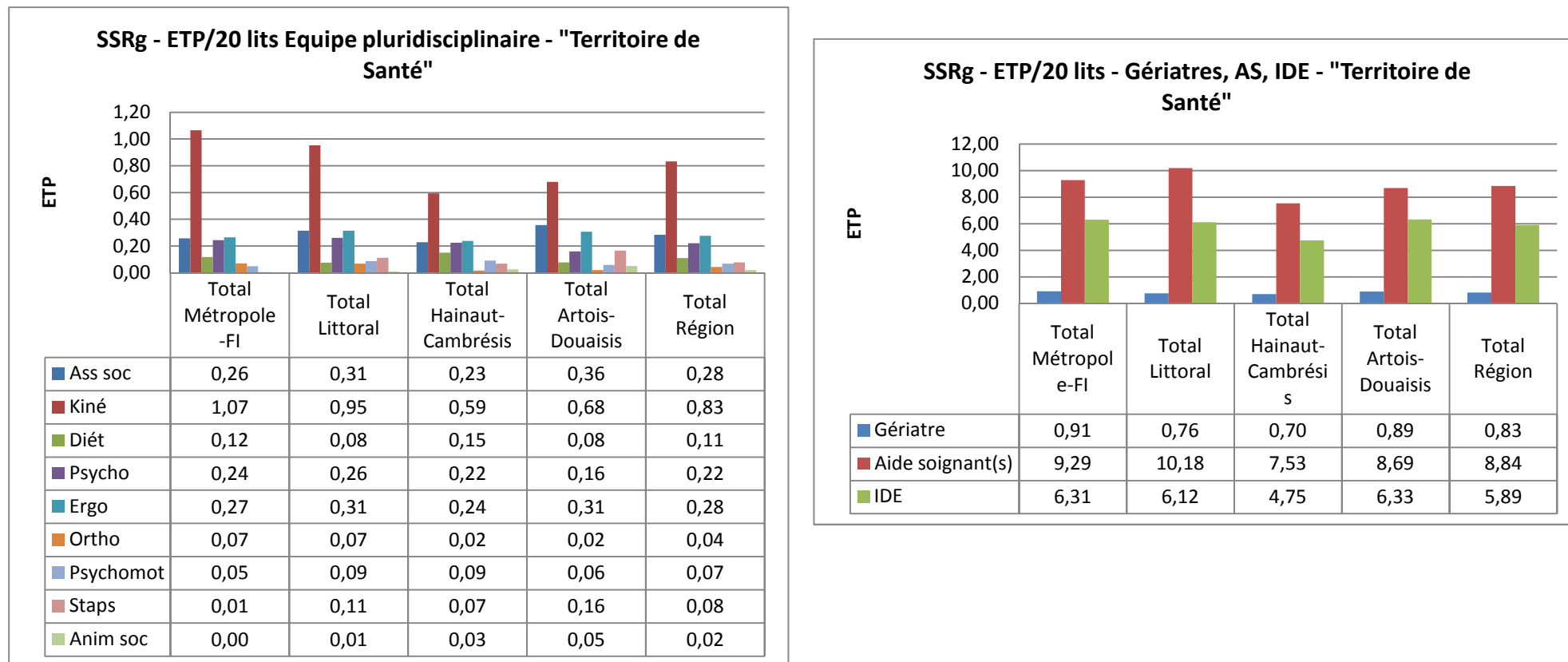
Source : ARS – DSEE 2014 Figure 49 : Soins de suite gériatriques 2012-2013 – Evolution (ETP/20 lits) Gériatres "Territoire de santé"



5.3.2 Le personnel non médical

La présence de personnels spécialisés est globalement respectée selon les exigences du décret.

Les graphiques suivant présentent les personnels dédiés, en 2013 pour 20 lits, par territoire de santé :



Source : ARS – DSEE 2014

Figure 50 : Soins de suite gériatriques 2013 - ETP/20 lits Personnels dédiés "Territoire de santé"

Le tableau suivant présente les ETP pour 20 lits des personnels déclarés, par zone de proximité, pour l'année 2013 :

	Gériatre	Autres médecins	Aide soignant(s)	IDE	assistante sociale	Kiné	Diét	Psy	Ergo	Ortho	Psychomot	STAPS
Arrageois	0,80	0,11	10,33	7,55	0,33	0,62	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11
Béthune-Bruay	1,32	0,05	9,34	5,39	0,21	1,32	0,00	0,00	0,79	0,00	0,00	0,00
Douais	0,76	0,25	7,46	5,09	0,25	0,65	0,06	0,11	0,26	0,05	0,07	0,16
Lens-Hénin	1,00	0,02	8,78	7,35	0,56	0,55	0,05	0,42	0,45	0,00	0,11	0,27
Artois-Douais	0,89	0,13	8,69	6,33	0,36	0,68	0,08	0,16	0,31	0,02	0,06	0,16
Cambrésis	1,01	0,45	8,59	6,40	0,37	0,73	0,09	0,44	0,51	0,03	0,08	0,05
Sambre-Avesnois	0,58	0,21	7,28	3,09	0,14	0,52	0,41	0,40	0,43	0,00	0,00	0,00
Valenciennois	0,65	0,34	7,28	4,91	0,22	0,58	0,06	0,08	0,06	0,02	0,13	0,10
Hainaut-Cambrésis	0,70	0,33	7,53	4,75	0,23	0,59	0,15	0,22	0,24	0,02	0,09	0,07
Audomarois	0,67	0,67	8,27	6,40	0,53	0,47	0,13	0,33	0,20	0,13	0,00	0,07
Boulonnais	0,53	0,22	12,03	5,79	0,18	0,99	0,00	0,11	0,22	0,06	0,11	0,00
Calais	1,07	0,00	8,67	5,33	0,40	0,67	0,00	0,22	0,60	0,13	0,00	0,00
Dunkerquois	1,20	0,00	9,21	6,88	0,40	0,40	0,24	0,40	0,40	0,00	0,32	0,40
Montreuillois	0,79	0,37	9,66	6,45	0,33	1,39	0,12	0,38	0,33	0,05	0,05	0,21
Littoral	0,76	0,21	13,43	9,78	0,55	1,05	0,12	0,25	0,47	0,03	0,09	0,25
Flandre Intérieure	0,67	0,00	10,49	7,42	0,41	0,18	0,02	0,13	0,18	0,03	0,00	0,00
Lille	0,88	0,68	86,02	57,10	2,10	9,03	0,71	1,11	1,63	0,05	0,80	0,15
Roubaix-Tourcoing	1,02	0,23	7,31	4,95	0,25	0,83	0,20	0,37	0,29	0,10	0,04	0,00
Métropole - Flandre Intérieure	0,91	0,15	9,29	6,31	0,26	1,07	0,12	0,24	0,27	0,07	0,05	0,01
Région 2013	0,83	0,21	8,84	5,89	0,28	0,83	0,11	0,22	0,28	0,04	0,07	0,08
Région 2012	0,98	0,20	7,96	5,59	0,26	0,69	0,12	0,17	0,20	0,04	0,05	0,06

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 51 : Soins de suite gériatriques 2013 - ETP/20 lits Personnels dédiés "Zone de proximité"

En comparaison avec l'année précédente, une légère augmentation de tous les effectifs hors gériatre est observée, notamment pour les aides-soignants qui augmentent de quasiment 1 ETP/20 lits, ces augmentations permettent de se rapprocher des objectifs de la circulaire.

Les effectifs de gériatres ont diminué de -0,15 ETP/20 lits pour atteindre 0,83 ETP/20 lits.

Le SROS-PRS 2012-2016 annonce l'écriture d'un volet complémentaire au SROS-PRS sur la base du décret prévu en 2012 (Attendu, aujourd'hui en 2013).

Dans le cadre du « Plan Alzheimer 2008-2012 », des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) peuvent être individualisées en USLD. Le plan prévoit la création de 9 UHR en USLD.

6.1 L'implantation des USLD en région

La fin de la requalification nationale des USLD date de 2010 dans la région.

En ce qui concerne l'année 2013, voici la répartition des USLD par zone de proximité, avec les UHR rattachées à ces unités :

→ Territoire de Santé de l'Artois-Douaisis :

Zone de proximité de l'Arrageois : CH d'Arras ; CH du Ternois (20 places d'UHR)

Zone de proximité de Béthune-Bruay : CH de Béthune (ouverture de 14 places UHR 6/01/2014) ; Etablissement la Manaie

Zone de proximité du Douaisis : CH de Somain ; CH de Douai (15 places d'UHR)

Zone de proximité de Lens-Hénin : CH d'Hénin-Beaumont ; Polyclinique de Riaumont Lievin ; CH de Lens (10 places d'UHR)

→ Territoire de Santé du Hainaut-Cambrésis :

Zone de proximité du Cambrésis : CH de Cambrai ;

Zone de proximité de Sambre-Avesnois : CH d'Hautmont ; CH d'Avesnes ; CH de Fourmies ;

Zone de proximité du Valenciennois : CH de Le Quesnoy ; CH de Valenciennes (20 places d'UHR) ;

→ Territoire de Santé du Littoral :

Zone de proximité du Montreuillois : CH d'Hesdin ; CH de l'Arrondissement de Montreuil ;

Zone de proximité du Boulonnais : CH de Boulogne (UHR en EHPAD)

Zone de proximité du Calaisis : CH de Calais (14 places d'UHR)

Zone de proximité du Dunkerquois : CH de Dunkerque ;

Zone de proximité de l'Audomarois : CH d'Aire sur la Lys ; CH de Saint-Omer

→ **Territoire de Santé de la Métropole – Flandre Intérieure :**

Zone de proximité de la Flandre intérieure : CH d'Armentières ;

Zone de proximité de Roubaix-Tourcoing : les CH de Roubaix ; CH Tourcoing (14 places d'UHR) ; CH Intercommunal de Wasquehal.

Zone de proximité de Lille : CH de Seclin ; CHRU de Lille (13 places d'UHR). Le CH de Loos-Haubourdin possède également une autorisation d'UHR (12 places) (EHPAD), mais pas d'USLD.

La région possède un total de 28 Unités de Soins Longue Durée, soit une moyenne de deux USLD par zone de proximité.

6.2 Leurs activités

	Nbre de lits USLD (hors UHR si existe)	file active 2013	Nombre de journées	DMS (en jours)		Nbre de lits USLD (hors UHR si existe)	file active 2013	Nombre de journées	DMS (en jours)
CH d'Arras	110	113	ND	ND	CH de Cambrai	58	103	ND	ND
CH de Saint Pol sur Ternoise	10	NR	ND	ND	Cambrésis	58	103		
Arrageois	120	113			CH d'Avesnes	30	NR	ND	ND
CH de Béthune	60	95	ND	ND	CH de Fourmies	30	6	ND	ND
Auchel - La Manaie	40	40	ND	ND	CH d'Haumont	40	58	ND	ND
Béthune-Bruay	100	135			Sambre-Avesnois	100	64		
CH de Douai	45	86	ND	ND	CH de Denain	NR	NR	ND	ND
CH de Somain	30	41	ND	ND	CH de Le Quesnoy	38	NR	ND	ND
Douaisis	75	127			CH de Valenciennes	70	104	ND	ND
CH d'Hénin Beaumont	60	39	ND	ND	Valenciennois	108	104		
CH de Lens	40	52	ND	ND	Hainaut-Cambrésis	266	271		
Polyclinique Riaumont AHNAC de Liévin	40	31	ND	ND					
Lens-Hénin	140	122							
Artois-Douaisis	435	497							

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 52 : USLD 2013 – Activité Artois-Douaisis et Hainaut-Cambrésis

	Nbre de lits USLD (hors UHR si existe)	file active 2013	Nombre de journées	DMS (en jours)		Nbre de lits USLD (hors UHR si existe)	file active 2013	Nombre de journées	DMS (en jours)
CH d'Aire sur la Lys	30	59	ND	ND	CH d'Armentières	60	89	ND	ND
CH de Saint-Omer	50	57	ND	ND	Flandre Intérieure	60	89		
Audomarois	80	116			CHRU de Lille	107	103	ND	ND
CH de Boulogne	60	NR	ND	ND	CH de Seclin	60	93	ND	ND
Boulonnais	60	NR			Lille	167	196		
CH de Calais	30	53	ND	ND	CH de Roubaix	120	157	ND	ND
Calaisis	30	53			CH de Tourcoing	60	103	ND	ND
CH de Dunkerque	90	27	ND	ND	CHI de Wasquehal	60	88	ND	ND
Dunkerquois	90	27			Roubaix - Tourcoing	240	348		
CH d'Hesdin	30	7	ND	ND	Métropole - Flandre Intérieure	467	633		
CH de Montreuil	30	14	ND	ND					
Montreuillois	60	21							
Littoral	320	217							

	Nbre de lits USLD (hors UHR si existe)	file active 2012	Nombre de journées	DMS (en jours)
Région	1488	1618	ND	ND

Source : ARS – DSEE – 2014

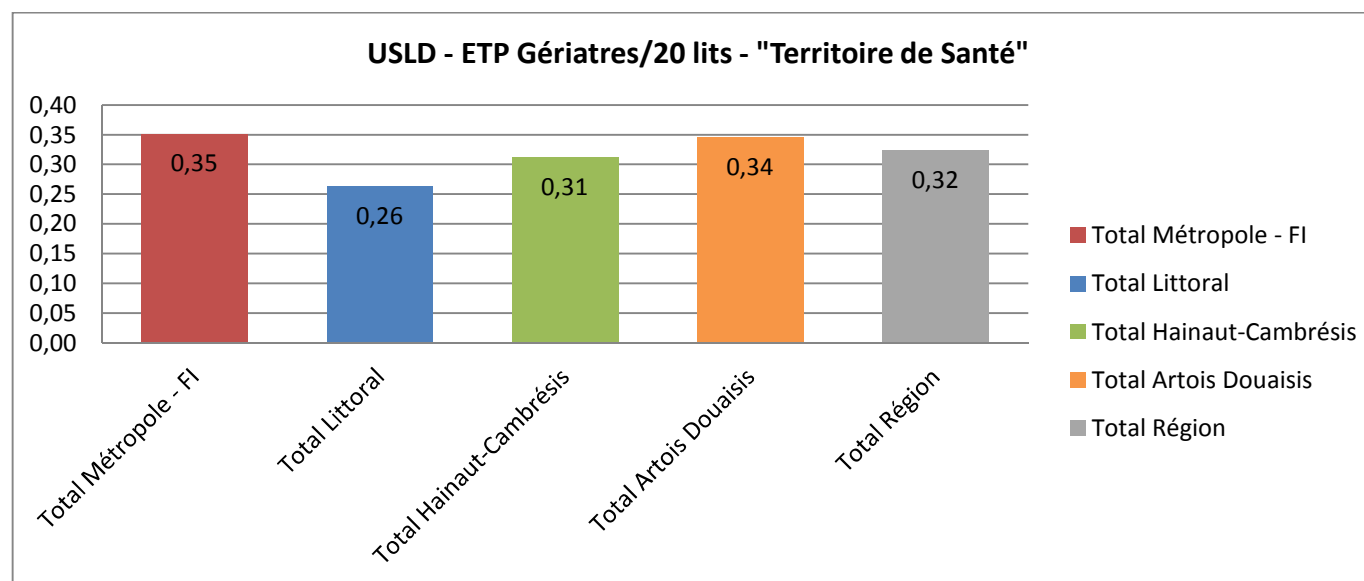
Figure 53 : USLD 2013 – Activité Littoral, Métropole-Flandre Intérieure et Région

Les 28 USLD ayant retourné leurs données déclarent une capacité régionale de 1 488 lits installés. Ainsi, en 2013, les USLD de la région ont pris en charge 1 618 patients, soit une moyenne régionale de 57,8 patients par USLD.

6.3 Leurs compétences

6.3.1 Personnel médical

Les graphiques suivant présentent le personnel dédié, en 2013 pour 20 lits, par territoire de santé :



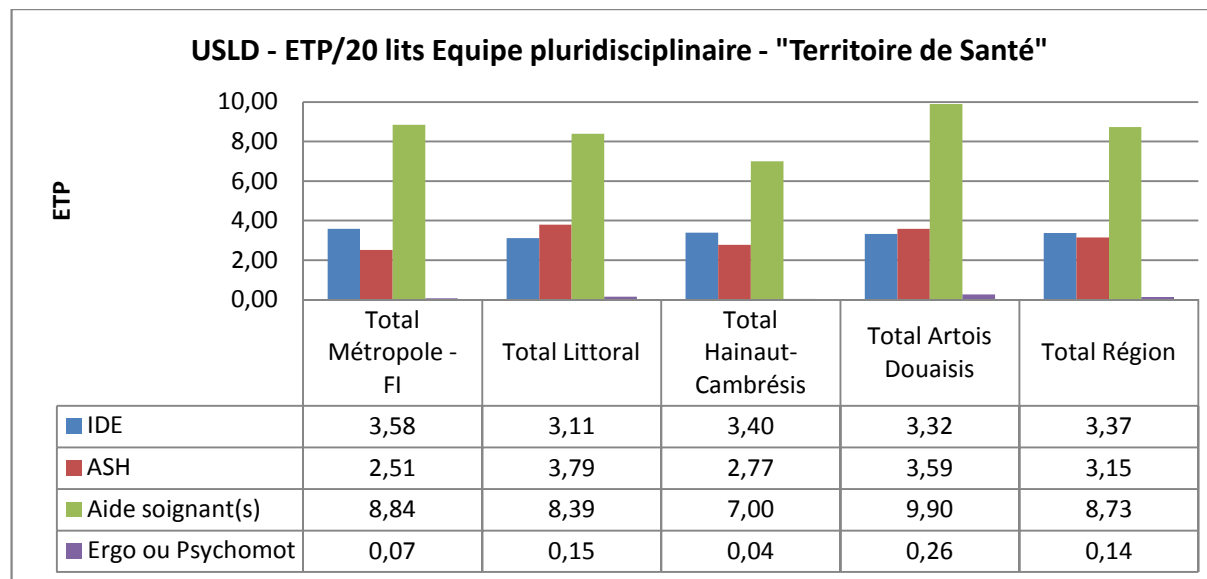
Source : ARS – DSEE 2013

Figure 54 : USLD 2012 – ETP gériatres/20 lits – « Territoire de Santé »

La majorité des USLD de la région sont dotées d'au moins un temps de gériatre. Seules les USLD des CH d'Aire sur la Lys, d'Hesdin et du Ternois ne possèdent pas de gériatre mais ce sont des (ex-)hôpitaux locaux. L'enquête recense 24,05 ETP de gériatres exerçant en USLD. Rapporté au ratio de 20 lits, cela représente 0,32 ETP gériatre / 20 lits, avec une amplitude de 0,26 ETP/20 lits au niveau du Littoral à 0,35 ETP/20 lits en Métropole-Flandre Intérieure.

6.3.2 Personnel non médical

Le graphique suivant présente les personnels dédiés, en 2013 pour 20 lits, par territoire de santé :



Source : ARS – DSEE 2014

Figure 55 : USLD 2013 – ETP/20 lits Personnels dédiés – "Territoire de Santé"

6.4 Les Unités d'Hebergement Renforcees (UHR)

Les UHR peuvent être implantées en deux lieux, soit au sein d'un EHPAD, soit en USLD. Les objectifs du plan Alzheimer 2008-2012 étaient d'ouvrir un total de 17 UHR sur la région répartit de la manière suivante :

- 9 en USLD
- 7 en EHPAD

L'ensemble des autorisations prévues en EHPAD ont été délivrées dont une autorisation supplémentaire à coût constant : soit 8 au lieu de 7 prévues. En USLD, seules quatre autorisations sur les neuf prévues ont été délivrées à ce jour. Des projets existent mais n'ont pu se concrétiser pour le moment en USLD. Par contre, l'ARS va permettre l'augmentation du nombre d'UHR en EHPAD dès 2014 afin de tenter de couvrir l'ensemble des zones de proximité.

	USLD	EHPAD
CH de Lens		10 places (12/2011)
CH de Béthune		14 places (06/01/2014) – pas d'activité en 2013
CH du Ternois	20 places (01/04/2012)	
L'Aquarelle AHNAC		12 places – pas d'activité déclarée
CH de Douai	15 places (13/10/2010)	
Artois-Douaisis		
CH de Jeumont		Projet de développement de 14 lits d'UHR
CH de Valenciennes	20 places (14/09/2010)	
Hainaut-Cambrésis		
CH de Boulogne		14 places (02/11/2011)
CH de Calais		14 places (11/2011)
Littoral		
CHRU Lille	13 places (15/09/2010)	
CH Loos-Haubourdin		12 places (05/2013)
CH de Tourcoing		14 places (01/11/11)
Métropole-Flandre Intérieure		
Total Région	68 places	104 places

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 60 : UHR 2013 – Nombre de places dédiés par type d'autorisation – "Par établissement"

Sur les 12 établissements possédant une Unité d'Hébergement Renforcée, 9 ont retourné leurs indicateurs : CH de Lens, CH du Ternois, CH de Douai, CH de Valenciennes, CH de Boulogne, CH de Calais, CHRU de Lille, GH de Loos-Haubourdin, CH de Tourcoing. Cela représente 4 UHR en USLD et 5 en EHPAD pour un nombre total de 172 places.

Nombre de patients, durée moyenne de séjour, âge moyen des patients, MMSE et diagnostic

159 MAMA ont été pris en charge au sein de ces 9 UHR pour une file active de 178 patients. Ci-dessous un tableau présentant le nombre de MAMA pris en charge ainsi que la file active par établissement :

On dénombre ainsi une prise en charge déclarée de MAMA égale à :

- 47 pour l'Artois-Douaisis
- 32 pour le Hainaut-Cambrésis
- 41 pour le Littoral
- 39 pour le Métropole-Flandre Intérieure

	Nbre de place	MAMA ¹ PEC	File Active
CH de Lens	10	10	14
CH de Béthune	14	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013
CH du Ternois	20	28	28
L'Aquarelle AHNAC	12	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée
CH de Douai	15	9	15
Artois-Douaisis			
CH de Jeumont	14	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013
CH de Valenciennes	20	32	29
Hainaut-Cambrésis			
CH de Boulogne	14	19	21
CH de Calais	14	22	30
Littoral			
CHRU Lille	13	10	10
CH Loos-Haubourdin	12	12	12
CH de Tourcoing	14	17	19
Métropole-Flandre Intérieure			
Total Région	172	159	178

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 61 : UHR 2013 –File active – “Par établissement”

¹ MAMA : malade Alzheimer ou malade apparenté

Les chiffres déclarés concernant la durée moyenne de séjour ne figureront pas dans cette enquête, car certains établissements ont exprimé cette durée en mois alors qu'elle était demandée en semaine.

Néanmoins, il est possible de mettre en valeur l'âge moyen des patients, ainsi que le MMSE (Mini Mental State Examination) moyen transmis par chaque établissement disposant d'une UHR :

	Age moyen	MMSE moyen à l'entrée	Nbre de MMSE < 15 à l'entrée
CH de Lens	83	10	12
CH de Béthune	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013
CH du Ternois	83	6	6
L'Aquarelle AHNAC	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée
CH de Douai	83	10	6
Artois-Douaisis			
CH de Jeumont	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013
CH de Valenciennes	80	5	19
Hainaut-Cambrésis			
CH de Boulogne	73	14	12
CH de Calais	79	10	8
Littoral			
CHRU Lille	82	2	8
CH Loos-Haubourdin	79,5	4	12
CH de Tourcoing	77,37	7	15
Métropole-Flandre Intérieure			

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 62 : UHR 2013 –Caractéristiques Résidents – “Par établissement”

Au niveau régional, le MMSE moyen à l'entrée d'une UHR est donc de 7,85.

Sur l'ensemble de ces MMSE, le nombre de MMSE < à 15 à l'entrée est de 98, ce qui représente environ 55% de la file active totale et 61% des MAMA pris en charge.

Les NPI-ES moyen sont quant à eux variables d'un établissement à l'autre, en effet les scores vont de 6 à 63. A noter que 5 UHR sur 9 déclarent un NPI-ES supérieur à 50. N'ayant que les NPI-ES moyen par établissement, il n'est pas possible dans ce bilan de calculer un score moyen au niveau régional.

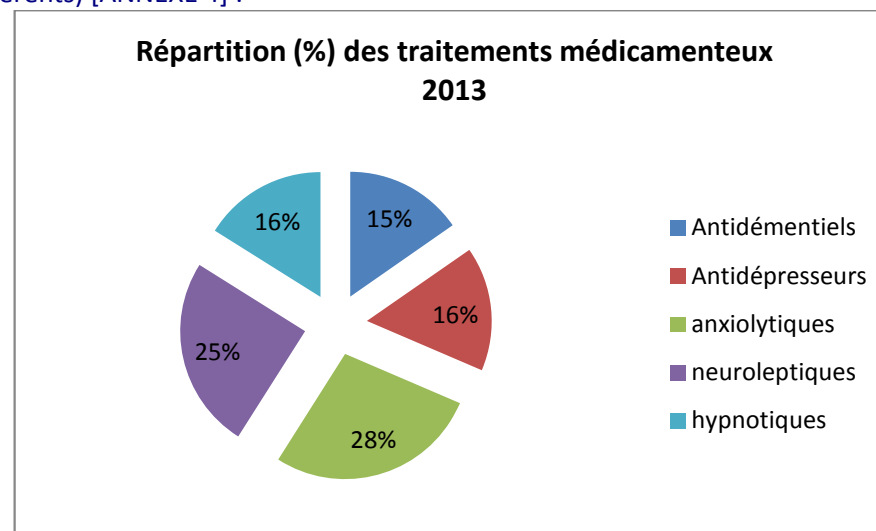
Très peu de structures ont précisé le diagnostic principal des résidents admis. Néanmoins pour celles l'ayant fait, il en ressort une même réponse, le diagnostic principal est celui de maladie d'Alzheimer. Les diagnostics secondaires évoqués sont les suivants : démence mixte, maladie à corps de Lewy, DFT, syndrome de Korsakoff, APP, Psychoses.

Les thérapeutiques médicamenteuses

Une grande partie des résidents en UHR sont sous traitement médicamenteux. Parmi les différents médicaments, on retrouve des :

- Anti-démentiels
- Antidépresseurs
- Anxiolytiques
- Neuroleptiques
- Hypnotiques

Les traitements les plus utilisés sont les anxiolytiques suivis des neuroleptiques. Une répartition plus détaillée est reprise dans le schéma suivant (les résidents peuvent prendre plusieurs traitements différents) [ANNEXE 4] :



Source : ARS – DSEE 2014

Figure 63 : UHR 2013 –Répartition des traitements médicamenteux

Seules 3 UHR sur 9 hébergent des résidents ne prenant aucun traitement cité ci-dessus. Cela représente un total de 10 personnes.

Les thérapeutiques non-médicamenteuses

- 100% des établissements déclarent réaliser un maintien ou une réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes,
- 100% des établissements déclarent réaliser un maintien ou une réhabilitation des capacités cognitives restantes,
- 100% des établissements déclarent réaliser une mobilisation des fonctions sensorielles,
- 89,9% des établissements déclarent réaliser un maintien du lien social des résidents (Le CH de Douai n'a pas renseigné l'onglet).

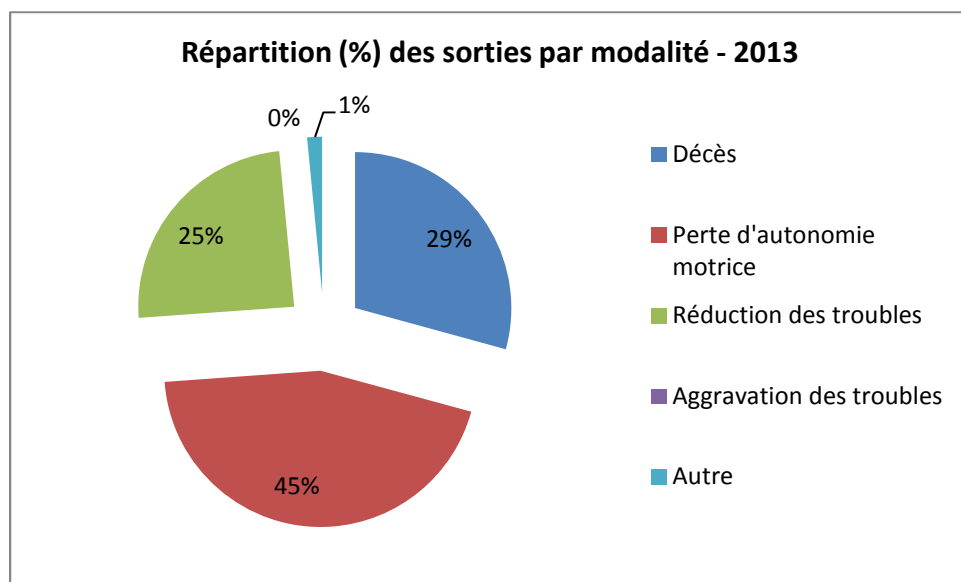
A noter que le Centre Hospitalier de Valenciennes déclare réaliser une activité de relaxation.

Les sorties

La répartition des sorties selon l'état clinique est présentée dans le graphique : décès, perte d'autonomie motrice, réduction des troubles, aggravation des troubles, autres..

La modalité de sortie dominante est la perte d'autonomie qui représente 45% des modes de sorties.

Seul le CH de Valenciennes a déclaré une modalité de sortie autre qui est : « une non adaptation à l'unité et syndrome de glissement »



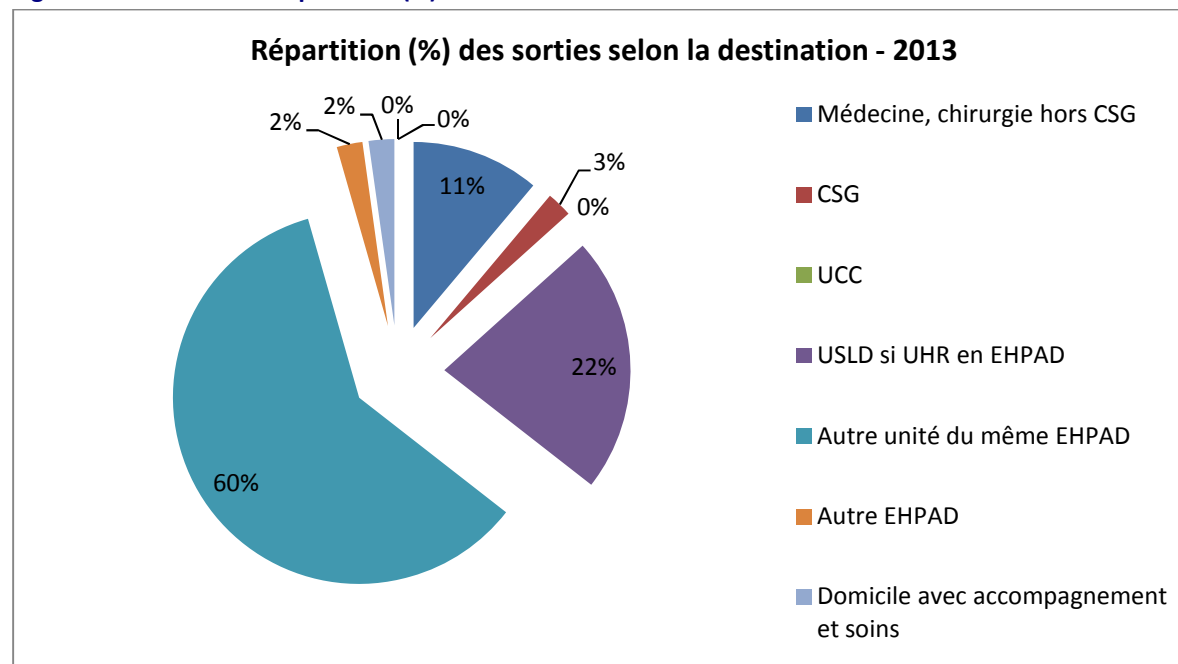
Source : ARS – DSEE 2014

Figure 64 : UHR 2013 – Répartition (%) des sorties selon l'état clinique - 2013

Les sorties peuvent aussi s'appréhender en fonction de la destination du résident, ainsi la répartition se présente de la manière suivante :

Source : ARS – DSEE 2014

Figure 65 : UHR 2013 – Répartition (%) des sorties selon la destination - 2013



Une grande majorité des sorties des résidents se fait vers une autre unité du même EHPAD (60%).

Les personnels [ANNEXE 5] et les partenariats

Concernant le personnel de soins, tous les UHR fonctionnent avec la présence d'une IDEC. Le CH de Lens n'a déclaré aucun temps de médecin coordonnateur pour son UHR.

La totalité des établissements déclarent avoir des partenariats, cependant dans la plupart des cas, les modalités de ces partenariats n'ont pas été renseignées.

Dans le cadre de la « restructuration » des missions conférées aux réseaux gérontologiques, il a été élaboré un nouveau cahier des charges présenté ci-après.

Pour en savoir plus : <http://ars.nordpasdecals.sante.fr/La-geriatrie-dans-la-region.151364.0.html>

Définition et objectifs

Un réseau de santé en gérontologie participe à la prise en charge à domicile :

- d'une personne âgée,
- avec une fragilité médicale, associée ou non à une fragilité psycho-sociale, la rendant à haut risque de dépendance physique et/ou psychique,
- dont l'état rend critique le maintien à domicile ou le retour à domicile après une hospitalisation, malgré sa volonté,
- après son accord (ou celui de son représentant légal) et celui de son médecin traitant.

Ses objectifs sont de deux ordres :

1. dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation :
Organiser la continuité de la prise en charge entre l'hôpital et la ville après une hospitalisation pour :
 - éviter la rupture de continuité des soins,
 - assurer un retour à domicile durable et de qualité après un séjour hospitalier.
 - prévenir la survenue d'évènements de santé défavorables incluant les ré hospitalisations évitables (= non programmées dans les 30 jours suivant la sortie).
2. dans le cadre d'une expertise gériatrique à domicile :
Dépister les pathologies gériatriques en collaboration avec le médecin traitant, établir un diagnostic des besoins de la personne âgée et orienter si nécessaire et de manière ciblée vers la filière gériatrique de territoire dans le but de :
 - favoriser le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales,
 - éviter les hospitalisations et les passages par les urgences inadaptés et/ou répétés.

Cependant le réseau pourra être amené également à expérimenter de nouveaux modes de prise en charge à domicile, uniquement dans le cadre d'un accord avec l'agence régionale de santé (exemple : éducation thérapeutique sur la iatrogénie), grâce à des financements complémentaires, mais en aucun cas sur le budget alloué pour l'activité "réseau" par l'ARS au titre du FIR.

Public cible

Le réseau de santé gériatrique prend en charge prioritairement :

- une personne âgée de 75 ans et plus,
- avec une fragilité médicale, associée ou non à une fragilité psycho-sociale, la rendant à haut risque de dépendance physique et/ou psychique,
- vivant au domicile privé (sont exclus les substituts de domicile médicalisé type EHPAD ou structures pour handicapés).

Cependant la région Nord/Pas de Calais possède un recours trop tardif aux soins qui se répercute au 3^{ème} âge avec des personnes plus rapidement dépendantes (taux le plus élevé en France d'allocataires APA de moins de 75 ans, espérance de vie moyenne d'environ 5 ans inférieure à la moyenne nationale).

Ainsi toute personne de 60 ans et plus peut être prise en charge par le réseau si elle présente une poly-pathologie, avec risque psycho-social, rendant précaire le maintien à domicile, et en particulier les malades Alzheimer ou apparentés (MAMA).

En revanche, sont exclus les malades chroniques avec mono-pathologie, sans autre facteur de risque psychosocial, hors MAMA, de moins de 75 ans, qui relèvent alors d'autres dispositifs adultes.

Missions du réseau de santé gériatrique

Deux types d'activités et leurs modalités d'intervention

Dans le cadre des sorties d'hospitalisation

Le réseau est sollicité par l'hôpital, et pour ce faire, il a fait connaître à ses partenaires hospitaliers, ses missions et objectifs, et fixé avec eux les modalités d'interpellation et les procédures de travail (qui pourront être produits sur demande de l'ARS).

- Signalements et première intervention

L'équipe du réseau ne se substitue pas à l'équipe hospitalière (service social, soignants, ergothérapeute, équipe mobile...). Elle prend le relai des professionnels hospitaliers pour venir en appui des intervenants de premiers recours, pour les aider dans la définition et la mise en place du PPS à domicile et dans la coordination de leurs actions.

S'il est sollicité dans ce cadre par un autre partenaire ou une famille, le réseau vérifie la justification de son intervention et réoriente si besoin (en temps que porte d'entrée de la MAIA).

Dans les situations les plus lourdes, une concertation peut avoir lieu à l'hôpital entre le réseau, l'équipe hospitalière, le patient et sa famille.

Trois situations peuvent être identifiées

O Patients ayant bénéficié d'une EGS (évaluation gériatrique standardisée) à l'hôpital complète ou partielle

Ce sont des patients issus de la filière gériatrique : court séjour gériatrique, SSR, hôpital de jour, EMG. Quand la décision de sortie est prise, le réseau est interpellé préférentiellement par l'EMG ou les soignants des services gériatriques, conformément aux procédures préétablies et en lien avec le médecin traitant. Il y a alors besoin d'un suivi et d'une réévaluation par le réseau à domicile des actions initiales proposées par l'hôpital, pour s'assurer de la bonne coordination des intervenants et de l'acceptation des aides par le patient et l'entourage, mais dans un temps limité.

O Patients n'ayant pas bénéficié d'une EGS à l'hôpital

Ce sont des patients correspondant au public cible en réseau gérontologique, mais non évalués. Ils sont issus de court séjour médecine ou chirurgie (neurologie, cardiologie...) et des urgences. Le réseau est interpellé préférentiellement par le médecin du service ou le service social, conformément aux procédures préétablies, en lien avec le médecin traitant. L'EGS sera alors réalisée par le réseau au domicile, afin de permettre la mise en place d'un PPS et d'un suivi à domicile.

O Patients pris en charge par le réseau en suites d'hospitalisation et ré-hospitalisés en cours de suivi (quand l'hospitalisation est connue du réseau)

Le réseau sert d'intermédiaire entre l'équipe du domicile et l'hôpital, avec la filière gériatrique, l'EMG et/ou le service social pour les hospitalisations hors filière et/ou le service hospitalier lui même.

Le réseau pourra préconiser le réajustement des aides, suite à la ré-hospitalisation, après une visite de suivi à domicile lors de la sortie.

- Place de l'intervention du réseau dans le PPS

Le PPS sera proposé à l'usager par le coordonnateur désigné et validé avec le médecin traitant. Une réunion de synthèse est réalisée, si possible, en présence des professionnels du 1er recours afin de pouvoir coordonner les actions préconisées par celui-ci.

Le réseau peut être à l'initiative du PPS (coordonnateur) dans le cadre des sorties d'hospitalisation dans le temps de son intervention ou participer à l'élaboration et au suivi du PPS.

- Suivis et fin de prise en charge

Les suivis à domicile par l'IDE coordinatrice du réseau sont généralement au nombre de deux, en sus de la visite de retour à domicile.

Ce suivi a une durée de 6 mois au maximum pour la majorité des personnes, sauf nouvelle interpellation ou hospitalisation modifiant le PPS. Il permet de vérifier la réalisation des actions prévues et d'identifier les adaptations nécessaires des actions ou des objectifs. Il nécessite donc des contacts et des échanges réguliers avec les partenaires de la prise en charge et si besoin une réunion de synthèse.

Lors de la seconde visite de suivi à domicile, la situation est réévaluée et une sortie du réseau peut être envisagée.

Un référent (professionnel ou aidant familial) est alors nommé et assurera l'alerte en cas de besoin.

Dans tous les cas, le réseau informe de la sortie : le médecin traitant, la personne âgée et son aidant, le référent.

Dans le cadre de l'expertise gériatrique à domicile :

- Condition des Signalements

L'expertise peut être sollicitée par le médecin traitant et/ou le pharmacien pour les situations à hauts risques iatrogéniques repérés par eux, dans le cadre notamment d'une revue de l'ordonnance.

Le réseau peut également proposer une EGS, notamment dans le cadre de l'utilisation de l'outil PMSA-réseaux.

Enfin, l'expertise à domicile peut être sollicitée par les autres partenaires du premier recours, CLIC et gestionnaires de cas MAIA.

L'expertise gériatrique au domicile doit être globale et non se limiter à une prise en charge partielle de la personne âgée (chute ou dénutrition ou iatrogénie ou psycho-gériatrie...).

Elle fera l'objet d'une synthèse avec les partenaires concernés. Le réseau participe à l'élaboration du PPS. Il peut prévoir une visite de suivi à distance dans certains cas.

Selon les situations, si une expertise gériatrique est demandée par un professionnel du premier recours (libéraux ou salariés), un gestionnaire de cas, un accompagnateur CLIC, celui-ci pourra être présent lors de l'EGS.

Dans tous les cas, toutes les demandes sont étudiées et réorientées vers l'interlocuteur adéquat, si la situation ne répond pas aux critères d'inclusion dans le réseau à savoir :

- o la personne âgée doit relever du profil ciblé par le réseau gériatrique,
- o l'accord du médecin traitant, de la personne âgée et/ou de son référent doit être recueilli.

- L'expertise gériatrique à domicile :

- o nécessite une EGS. Elle repère entre autre les facteurs physiques, psychologiques, sociaux, cognitifs et environnementaux pouvant affecter la personne âgée fragile et compromettre sa sécurité à domicile,

O conduit à la participation du réseau à l'élaboration du Plan Personnalisé de Santé (PPS) pour permettre et favoriser :

- une prise en charge optimale sur le plan sanitaire,
- un recours à l'offre de soins et d'accompagnement adapté et justifié,
- les relais ville-hôpital,
- une adaptation et un renforcement des aides si nécessaire,
- un soulagement des aidants.

- Place du réseau dans le PPS

Elaboré conjointement par le binôme médecin gériatre / infirmier en collaboration avec le médecin traitant, le PPS est mis en place avec son accord, celui de la personne âgée et/ou de son référent. L'expertise gériatrique peut permettre de déclencher la création d'un PPS ou participe à ce PPS. Cependant la mise en œuvre du PPS repose sur les acteurs impliqués à domicile et est coordonnée par le médecin traitant.

Personnels nécessaires

La notion d'expertise gériatrique existe lorsque les différentes activités réalisées sont organisées et complétées par l'analyse d'un médecin spécialisé en gériatrie.

L'organisation de l'évaluation gériatrique au domicile est laissée à l'appréciation de chaque réseau de santé en fonction des besoins des personnes : consultation en binôme médecin/infirmier ou consultation infirmière puis expertise médicale au domicile ou sur pièce si l'EGS a été faite préalablement par l'hôpital et en l'absence de nouvelle difficulté repérée par l'IDE.

Pour réaliser ces missions, un réseau de santé gériatrique doit bénéficier au minimum d'un binôme formé à la gériatrie :

- un temps de gériatre,
- un infirmier spécialisé et/ou expérimenté en gériatrie pour réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS). Cette compétence de l'IDE est laissée à l'appréciation du gériatre, mais doit pouvoir être explicitée (diplôme ou expérience pour l'infirmière gériatrie (ayant travaillé dans une unité de gériatrie
- au minimum 3 ans ou ayant une formation reconnue type DUSG de Lille II).

Le guide national des réseaux préconise 150 à 200 patients par IDE/an.

D'autres compétences peuvent être mobilisables au sein des réseaux, mais à mettre au regard des ressources locales disponibles : ergothérapeute, diététicienne, psychologue, assistante sociale...

B. LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

1 L'ENQUETE « EHPAD » - DONNEES 2013

L'amélioration de l'articulation entre l'offre médico-sociale et l'offre de soins est un objectif prioritaire inscrit dans le schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS) et le schéma régional de l'organisation des soins de l'Agence Régionale de Santé Nord - Pas-de-Calais. Elle contribue à fluidifier les parcours des personnes âgées en perte d'autonomie et représente donc un enjeu majeur.

Dans ce cadre, l'ARS lance une enquête annuelle par questionnaire auprès de l'ensemble des EHPAD de la région afin de suivre les avancées en matière de coopération entre les EHPAD et les différents acteurs du secteur sanitaire. Les résultats de cette enquête permettent de contribuer au suivi du SROMS et mettent en avant les progrès et les points à améliorer sur ce thème. L'enquête apporte également des éléments sur le personnel et les résidents.

Sur les 371 EHPAD² existants dans la région, 204 ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de **55%** :

- 67% des EHPAD du Hainaut Cambrésis,
- 55% des EHPAD de la Métropole,
- 52% des EHPAD du littoral et
- 47% des EHPAD de l'Artois-Douais.

1.1 La coopération des EHPAD avec les acteurs du secteur sanitaire

a. Avec les centres hospitaliers (CH)

Sur les 204 EHPAD répondants, **93% ont déclaré avoir formalisé une convention de partenariat avec un centre hospitalier**, soit 189 établissements. La totalité des EHPAD répondants du Littoral est conventionnée avec un CH. Les EHPAD des autres territoires sont 91%.

Le contenu des conventions a fait l'objet d'une analyse.

² Les 371 EHPAD correspondent aux sites géographiques existants au 1^{er} janvier 2014

Il apparaît que les conventions signées avec les CH contiennent en moyenne 8 dispositions.

Les dispositions **les plus représentées** au sein des conventions sont :

- Pour plus de 85% des EHPAD, celles relatives à l'**hospitalisation** (admission à l'hôpital, sortie d'hospitalisation et entrée en urgence).
- L'**accès aux consultations, mémoires et gériatriques, et à l'hôpital de jour gériatrique** ; **82%** des EHPAD ont intégré cette disposition dans leur convention.

Pour **50 à 60% des EHPAD**, sont intégrées les dispositions relatives à la prise en charge en soins palliatifs, à un séjour en soins de suite et de réadaptation, au partage de bonnes pratiques et aux formations communes, aux recours à l'équipe mobile gériatrique et à l'équipe d'hygiène hospitalière.

Les dispositions **les moins représentées** sont :

- Pour moins de 20% des EHPAD, celles relatives au **partage de temps de personnel** médical et paramédical.
- Les séjours en **unité d'hébergement renforcée**, pour 25% des EHPAD.

Présentation globale des résultats sur le contenu des conventions EHPAD/CH par territoire de santé - 2013

	METROPOLE - FI	LITTORAL	HAINAUT - CAMBRESIS	ARTOIS - DOUAISIS	TOTAL	Total réponses positives sur les 189 EHPAD conventionnés ayant renseigné
Nb EHPAD répondants	68	33	56	47	204	
Nb EHPAD conventionnés avec un CH	62 91%	33 100%	51 91%	43 91%	189 93%	
L'hospitalisation						
Admission directe à l'hôpital	57 93%	21 84%	34 81%	38 95%*	150	89%
Sortie Hospitalisation	57 93%	21 84%	30 71%	38 95%	146	87%
Hospitalisation en urgence	53 87%	21 84%	31 74%	39 98%	144	86%
Les prestations spécifiques						
Equipe Mobile Gériatrique	23 38%	14 56%	28 67%	25 63%	90	54%
Accès consultations et hôpital de jour gériatrique	52 85%	17 68%	36 86%	32 80%	137	82%
Recours Equipe Hygiène Hospitalière	26 43%	11 44%	26 62%	23 58%	86	51%
Les séjours spécifiques						
Soins Palliatifs	40 66%	12 48%	29 69%	26 65%	107	64%
Séjour Unité d'Hébergement Renforcé	7 11%	2 8%	19 41%	14 35%	42	25%
Séjour Soins de Suite et de Réadaptation	33 54%	13 52%	25 60%	29 73%	100	60%
P. en Ch. en Unité Cognitivo-Comportementale	11 18%	3 8%	21 50%	22 55%	57	34%
Les professionnels						
Partage de bonnes pratiques communes	36 59%	12 48%	29 69%	26 65%	103	61%
Formations communes	41 67%	8 32%	24 57%	19 48%	92	55%
Partage temps de personnels Médical	10 16%	3 12%	4 10%	10 25%	27	16%
Partage temps personnels Paramédical	9 15%	2 8%	11 26%	8 20%	30	18%

*95% des EHPAD du territoire de santé Artois-Douais ont intégré la disposition « admission directe à l'hôpital » dans leur convention avec les CH.

b. Avec une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)

Sur les 204 EHPAD répondeurs, 64% ont déclaré avoir une convention avec une EMSP, soit 131 EHPAD.

Les résultats sont disparates selon les territoires : les EHPAD de la Métropole sont 82% à avoir une convention avec une EMSP contre 46% des EHPAD du Hainaut-Cambrésis.

Sur les 131 EHPAD conventionnés, **38% ont organisé des formations communes** (soit 48 EHPAD), déployant ainsi 80 formations. La moitié de ces formations a été mise en place par les 22 EHPAD de Lille.

Aussi, **39% d'entre eux, soit 51 EHPAD, ont déployé près de 220 actions de soutien auprès des soignants.** Les EHPAD de Lille et Béthune-Bruay sont particulièrement actifs : ils ont mené respectivement 88 et 69 actions de soutien.

c. Avec les services d'Hospitalisation à Domicile (HAD)

Sur les 204 EHPAD répondeurs, 73% ont conventionné avec une HAD, soit 148 EHPAD.

Précisément, 76% des EHPAD du Littoral, 75% des EHPAD de la Métropole, 74% des EHPAD de l'Artois Douais, 66% des EHPAD du Hainaut Cambrésis.

Sur l'année 2013, les EHPAD ont déclaré que 156 résidents avaient été pris en charge par une HAD.

Les motifs de prise en charge :

- 69% pour des « pansements complexes ».
- 52% pour les « soins palliatifs ».
- 22% pour de la « nutrition entérale ».
- 10% pour des « soins de nursing lourds ».

Les délais d'intervention :

- 67% des EHPAD ont indiqué un délai d'intervention du service HAD inférieur à une semaine,
- 54%, un délai inférieur à trois jours,
- 18%, un délai supérieur à quatre semaines (*tensions repérées dans le secteur de Lille et de Lens-Hénin*)

d. Avec les acteurs de la psychiatrie

55% des EHPAD ont formalisé une convention de coopération pour une prise en charge psychiatrique, soit 113 établissements. Précisément : 67% des EHPAD du Littoral, 62% des EHPAD de l'Artois-Douais, 57% des EHPAD de la Métropole, 41% des EHPAD du Hainaut Cambrésis.

Pour la moitié d'entre eux, les conventions sont signées avec un établissement public de santé mentale. Pour un tiers, avec un centre hospitalier.

1.2 Les coopérations avec les autres établissements sociaux et médico-sociaux pour l'organisation de formations communes et pour les temps de personnels partagés

a. Des coopérations pour l'organisation de formations communes

68% des EHPAD répondants coopèrent avec d'autres établissements pour l'organisation de formations communes. Pour 43% d'entre eux, ces coopérations sont formalisées par le biais d'une convention.

Les EHPAD de la Métropole collaborent davantage avec des établissements de santé (68%) qu'avec d'autres EHPAD (60%), en particulier ceux de Lille et de Roubaix-Tourcoing. C'est également le cas pour les EHPAD du Hainaut-Cambrésis (77% contre 66%).

Par contre, pour les EHPAD du Littoral et de l'Artois-Douais, l'organisation de formations se développe davantage avec d'autres EHPAD qu'avec des établissements de santé.

Les thèmes de formation abordés :

- l'« hygiène » pour 66% des EHPAD
- la « maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées » pour 61%
- la « fin de vie » pour 59%
- la « bientraitance » pour 58%
- la « nutrition » pour 42%

b. Des coopérations pour le partage de temps de personnel

34% des EHPAD répondants partagent du temps de personnel avec d'autres structures. Il n'y a pas d'écart majeur entre les territoires de santé. Pour 69% d'entre eux, ces coopérations sont formalisées par une convention.

Le partage de temps de personnel est plus fréquent entre EHPAD (69%), qu'entre EHPAD et établissement de santé (55%). C'est particulièrement le cas pour les EHPAD du Littoral (67% contre 33%). Les EHPAD du Hainaut-Cambrésis présentent des résultats homogènes (63% et 61%).

Les personnels partagés sont :

- pour 48% des EHPAD, des médecins coordonnateurs,
- pour 27%, des IDE,
- pour 24%, des aides-soignants
- dans une moindre mesure, des psychologues (notamment dans le Hainaut) et des ergothérapeutes, (en particulier dans la Métropole et le Hainaut).

1.3 Eléments sur le personnel et les contrats de coordination avec les libéraux

a. Les médecins coordonnateurs en EHPAD

Sur les 204 EHPAD répondants, 92% ont déclaré avoir un médecin coordonnateur, soit 188 EHPAD.

55% d'entre eux le partagent avec d'autres EHPAD.

Concernant leur qualification, un tiers des médecins coordonnateurs a une « capacité de gériatrie » (35%) ou un « DU médecin coordonnateur en EHPAD » (34%). Les autres ont soit une attestation de formation commune ou un DU de gériatrie.

57% des EHPAD ne sont pas conformes au temps d'exercice du médecin coordonnateur prévu au décret du 2 septembre 2011.

b. Les difficultés de recrutement rencontrées par les EHPAD

Près de 60% des EHPAD estiment rencontrer des difficultés de recrutement :

- d'aides-soignants pour 59% d'entre eux (en particulier sur les zones de Lille, Valenciennois, Lens-Hénin)
- de médecins coordonnateurs pour 41% (en particulier sur le Valenciennois, le Douaisis, le Cambrésis)
- d'ergothérapeutes pour 36% (en particulier sur le Valenciennois, le Cambrésis)

c. Les contrats de coordination avec les professionnels libéraux

Les médecins traitants :

- 85% des EHPAD répondeurs ont déclaré l'intervention de médecins traitants auprès des résidents (3049 médecins traitants sont intervenus dans les 201 EHPAD répondeurs)
- Parmi eux, 19% ont signé un contrat de coordination.

Les masseurs – kinésithérapeutes :

- 84% des EHPAD ont un masseur-kinésithérapeute qui intervient au sein de leur EHPAD.
- 55% d'entre eux ont signé un contrat de coordination.

1.4 Eléments sur le profil des résidents

a. Moyenne d'âge

La moyenne d'âge des résidents présents au sein des EHPAD répondeurs au 31 décembre 2013 est de **84.2 ans** et la moyenne d'âge à l'entrée est de 83.7 ans. Les résidents des EHPAD de Roubaix-Tourcoing sont les plus jeunes, avec une moyenne d'âge de 79,3 ans. Ceux des EHPAD de l'Audomarois et de Lens-Hénin présentent les moyennes d'âge les plus élevées avec respectivement 87 et 86 ans.

b. Profils des résidents

Sur les 14 579 résidents présents au 31 décembre 2013 au sein des EHPAD répondeurs :

- **52% présente la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée**
- 4% sont reconnus handicapés de plus de 60 ans (541 personnes)
- 0.5% sont reconnus handicapés de moins de 60 ans (74 personnes)

c. Motifs des départs et durée moyenne de séjour

Les départs définitifs sont dus pour :

- **58%** à un décès dans l'établissement,

- **23%** à un décès lors d'une hospitalisation,
- 19% à d'autres motifs (retours à domicile, transfert vers un autre établissement, rapprochement familial).

La durée moyenne de séjour pour ces départs définitifs était pour:

- 17% des EHPAD répondeurs, inférieure à un an,
- **36%, entre 1 et 3 ans,**
- 34%, entre 3 et 5 ans,
- 11%, 5 ans et plus.

1.5 Les outils utilisés dans les EHPAD

a. Le modèle unique de dossier d'admission

Depuis le 1^{er} juin 2012, un modèle unique de dossier est utilisé pour les demandes d'admission des personnes âgées en EHPAD.

Tous les EHPAD répondeurs ont indiqué connaître cet outil, excepté un EHPAD sur Lille. Au jour de l'enquête, la quasi-totalité l'avait mis en place.

b. Le suivi des demandes d'admission

70% des EHPAD disposent d'un outil afin de suivre les flux des demandes d'admission.

Précisément :

- 80% des EHPAD de l'Artois.
- 77% des EHPAD du Littoral,
- 70% des EHPAD de la Métropole,
- 62% des EHPAD du Hainaut.

2 COUPE PATHOS EN EHPAD

Pour en savoir plus sur les coupes PATHOS : <http://ars.nordpasdecalsais.sante.fr/Formation-PATHOS.158320.0.html>

2.1 Préambule

PATHOS est un outil élaboré en partenariat par le Syndicat National de Gériatrie Clinique et le service médical de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Le modèle PATHOS évalue à partir des situations cliniques observées tous les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.

L'outil de « coupe transversale », la coupe PATHOS, donne la photographie des pathologies et des soins requis d'une population à un moment donné.

La synthèse suivante reprend les données du bilan régional 2013 des validations PATHOS, en comparaison avec le bilan national de 2013. Parmi les 402 EHPAD autorisés dans le Nord-Pas-de-Calais, 56 EHPAD ont fait l'objet d'une validation PATHOS dans le cadre de la négociation du renouvellement de leur convention tripartite.

2.2 Caractéristiques de la population en EHPAD

	National 2013	NPdC 2013
Nombre d'EHPAD	1406	56
Nombre de résidents	99 450	3 691
Age moyen	85,7 ans	84,7
% femmes	74,4 %	76,3 %
Age moyen femmes	86,9 ans	85,9

Source : ARS – DOMS – 2014 / CNSA 2014

Caractéristiques des résidents en EHPAD – « NPdC » et « National » - 2013

Les 56 EHPAD de la région ayant fait l'objet d'une validation PATHOS prenaient en charge 3 691 résidents au moment de la réalisation des coupes.

L'âge moyen des résidents a augmenté par rapport à 2012 passant de 83,6 à 84,7 ans. Cet âge moyen reste inférieur à celui calculé à l'échelle nationale.

Le pourcentage de femmes résident en EHPAD en 2013 dans le Nord-Pas-de-Calais est légèrement supérieur aux chiffres que l'on retrouve au niveau national, cependant les femmes prises en charge dans le Nord-Pas-de-Calais sont en moyenne plus jeune.

De manière globale, dans le Nord-Pas-de-Calais comme sur le reste du territoire national, les femmes sont plus nombreuses en EHPAD et également plus jeune.

2.3 Etats pathologiques en EHPAD

Les experts gériatres recensent 50 états pathologiques dans l'outil PATHOS. Ils recouvrent l'ensemble des situations rencontrées en gériatrie.

Un état pathologique est défini par toute expression d'un dysfonctionnement (symptômes, diagnostic, syndrome). Chaque état pathologique recouvre parfois plusieurs maladies différentes dont la prise en charge requise va utiliser les mêmes types de moyens. Exemple : les divers troubles du rythme quels qu'ils soient vont mobiliser les mêmes investigations (ECG, échocardiogramme, etc.)³.

Le tableau ci-après recense le nombre moyen de pathologies par résident en EHPAD. La moyenne est d'environ 8 pathologies dans la région comme au niveau national.

Le tableau ci-contre énumère les 8 pathologies les plus présentes chez les résidents en EHPAD. Par rapport aux données nationales, certaines pathologies sont plus présentes dans les EHPAD du Nord-Pas-de-Calais :

- HTA
- Trouble du comportement
- Syndrome abdominal
- Diabète

D'autres le sont un peu moins :

- Etat dépressif
- Insuffisance cardiaque
- Dénutrition

L'hypertension artérielle est la pathologie la plus présente au sein des EHPAD, 59% au niveau national et 63,4% au niveau régional des résidents présentent cette pathologie. Au niveau régional plus d'un résident sur deux présente une démence, 50% des résidents ont des troubles du comportement et/ou un syndrome abdominal. Ces chiffres n'ont que très légèrement évolué par rapport aux données de l'année 2012.

³ CNSA, Guide de formation PATHOS - Formation nationale 2014

	EHPAD - 2013	
	National	NPdC
Nombre moyen de pathologies par patient	?	8,11 %
% HTA	59%	63,4 %
% Démence	55 %	54,3 %
% Troubles du comportement	48 %	50,8 %
% Etat dépressif	38 %	33,5 %
% Syndrome abdominal	44 %	50,6 %
% Insuffisance cardiaque	21 %	19,1 %
% Dénutrition	27 %	21,0 %
% Diabète	15 %	16,5 %

Source : ARS – DOMS – 2014 / CNSA 2014

Etats pathologiques en EHPAD – « NPdC » et « National » - 2013

2.4 Profils de soins

L'état pathologique seul ne suffit pas à indiquer les moyens à utiliser pour sa prise en charge. Il faut le caractériser par son « ambiance » de soins nécessaires, correspondant à un profil de soins. Ce dernier est à choisir parmi 12 profils proposés dans l'outil PATHOS, pour qualifier chaque état pathologique identifié chez un patient :

Profil T1 : nécessite des soins médicaux et techniques importants, le pronostic vital est en jeu au quotidien ;

Profil T2 : nécessite des soins médico-techniques d'équilibration et de surveillance rapprochée. Le patient est dans un état clinique imposant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière 24 heures sur 24 ;

Profil P1 : Prise en charge psychiatrique d'un état de crise ;

Profil P2 : Prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapique ;

Profil R1 : Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle ;

Profil R2 : Rééducation d'entretien, le plus souvent collective, ou rééducation discontinue et allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive ;

Profil CH : Soins locaux complexes et longs chez les opérés récents ou toute plaie importante. Le profil CH suppose que l'infirmière est mobilisée au moins 20 minutes tous les jours ou tous les deux jours ;

Profil DG : Soins induits par une pathologie « froide » non encore diagnostiquée ;

Profil M1 : Accompagnement psychologique et technique lourd, soins palliatifs des « mourants lucides » ;

Profil M2 : Accompagnement d'un état crépusculaire conduisant au décès à plus ou moins longue échéance, soins de confort des « mourants non lucides » ;

Profil S1 : Surveillance épisodique programmée des affections chroniques ;

Profil S0 : Aucun soin médical ou technique

	EHPAD 2013	
	National	NPdC
T1 Pronostic vital au quotidien	0,09 %	0,0 %
T2 Equilibration surveillance rapprochée	8,83 %	6,0 %
P1 Prise en charge psy de crise	2,05 %	1,4 %
P2 Psychothérapie soutien réhabilitation	48,78 %	47,1 %
R1 Rééducation intensive	1,87 %	2,9 %
R2 Rééducation allégée	26,61 %	31,7 %
CH Plaies pansements	4,33 %	4,7 %
DG Diagnostic	4,63 %	5,5 %
M1 Etat terminal (lourd)	0,42 %	0,4 %
M2 Etat terminal	1,4 %	1,3 %
S1 Surveillance	98,95 %	99,0 %
S0 Aucun soin	55,36 %	48,9 %

Source : ARS – DOMS – 2014 / CNSA 2014

Profils de soins en EHPAD – « NPdC » et « National » - 2013

Le profil de soins le plus représenté autant dans la région qu'au niveau national est le profil S1. Quasiment 100% des résidents en EHPAD nécessitent une surveillance régulière pour une ou des pathologies chroniques. Ce niveau correspond :

- Surveillance au long cours des pathologies chroniques stabilisées et de leur traitement, pansements simples, préparation et dispensation médicamenteuse
- surveillance épisodique de situations particulières, bilans programmés (hebdomadaires, mensuels)
- comprend les protocoles thérapeutiques d'adaptation des doses d'insuline, perfusions sous cutanées en prévention de la déshydratation, prise en charge de la dénutrition avec surveillance de l'alimentation...

Ensuite, on relève que près de 50% des résidents ne nécessitent d'aucun soin médical ou technique. Ils correspondent au profil S0 :

- États pathologiques stabilisés et séquellaires.
- signalés car pouvant générer et expliquer une perte d'autonomie
- ne requérant aucun soin technique, aucune surveillance particulière
- cas particuliers : démence non traitée et évoluée - S0, incontinence - S0

Dans la région, 47,1% des résidents relèvent du profil de soins P2 « Psychothérapie soutien réhabilitation » :

- niveau de soins psychiatriques et psychothérapiques pour prendre en charge, surveiller et traiter des troubles neuropsychiatriques diagnostiqués, mobilisant surtout les paramédicaux
- s'applique aux états pathologiques caractérisés et non aux symptômes
- psychothérapie ordonnancée pas exclusive des psychologues, concerne l'ensemble de l'équipe soignante (formée)

On note également que près d'un résident sur 3 requiert d'une rééducation allégée (R2) :

- niveau de soins rééducation et de réadaptation fonctionnelle quotidienne de 20 à 30 minutes par jour, par un kinésithérapeute et/ou un autre rééducateur pour une personne coopérative et en capacité d'en tirer un bénéfice (compréhension)
- évaluation inscrite au dossier, objectifs de rééducation
- la mobilisation passive des patients alités pour des affections aiguës ou subaiguës, ou porteurs d'escarres, ou en état terminal est comprise dans les profils de ces EP

Enfin, 6,0% des résidents relèvent du profil de soins T2 « Equilibration surveillance rapprochée ». Il s'agit, en présence d'un état pathologique sérieux mais n'engageant pas de risque vital immédiat, de tous les soins médicaux et techniques importants concernant un patient sous traitement continu. Ce profil implique des soins plus lourds incluant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière 24 heures sur 24.

Les autres profils de soins concernent moins de 6% de la population des EHPAD.

Les résultats de la région sont comparables à l'ensemble des EHPAD du territoire national.

2.5 Répartition des groupes de patients proches (GPP) dans la population en 2013

Les populations définies par la combinaison « état(s) pathologique(s)+profil(s) de soins » sont classées par le logiciel PÄTHOS en « soins médico-techniques importants » (« SMTI ») et « non SMTI » et peuvent être subdivisées en « 9 Groupes de Patients Proches » (« GPP »).

Les SMTI correspondent à la nécessité d'une prise en charge par une structure disposant de ressources humaines et matérielles suffisantes pour assumer correctement et en toute sécurité des pathologies « lourdes » évolutives et/ou instables, sans préjuger de la nature de cette structure. Un patient est classé « SMTI » quand il présente un ou plusieurs couples état pathologique – profil imposant le plus souvent une permanence infirmière 24 heures sur 24 et une surveillance médicale rapprochée pluri-hebdomadaire. Les SMTI s'appliquent aux profils de soins T1, P1, M1, T2 et certains profils R1 (comme la rééducation respiratoire). De ce fait, les SMTI en EHPAD ne peuvent concerner que quelques SMTI « temporaires » correspondant à des états aigus brefs et réversibles.

Un patient est classé « non SMTI » quand la prise en charge est moins lourde. Les « non SMTI » s'appliquent aux autres profils de soins P2, R2, CH, DG, M2, S1, S0.

Les 9 Groupes de Patients Proches sont exclusifs les uns des autres et rassemblent des personnes ayant des besoins quantitativement et qualitativement comparables. Un indicateur comptabilise combien il y a de personnes dans l'établissement dans chacun des 9 GPP.

Les 9 GPP sont les suivants :

- SMTI :
 - o GPP 1 : Pronostic vital (T1)
 - o GPP 2 : Psychiatrie de crise (P1)
 - o GPP 3 : Rééducation lourde (certains R1)
 - o GPP 4 : Mourants lucides (M1)
 - o GPP 5 : autres SMTI (dont les T2)

- Non SMTI :
 - o GPP 6 : Déments déambulants (P2)
 - o GPP 7 : Mourants non lucides (M2)
 - o GPP 8 : Soins légers (S1 et S0)
 - o GPP 9 : Autres non SMTI

	EHPAD 2013	
	National	NPdC
GPP 1	0,09 %	0,0 %
GPP 2	2,04 %	1,4 %
GPP 3	0,75 %	1,2 %
GPP 4	0,42 %	0,4 %
GPP 5	9,15 %	6,5 %
GPP 6	27,65 %	29,2 %
GPP 7	1,25 %	1,1 %
GPP 8	24,19 %	23,6 %
GPP 9	34,46 %	36,4 %

Source : ARS – DOMS – 2014

Groupe de Patients Proches en EHPAD – « NPdC » et « National » - 2013

Au sein des EHPAD de la région :

- 23,6 % des résidents sont classés dans le GPP 8 et nécessitent des soins légers pour des pathologies chroniques stabilisées.
- 29,2 % des résidents se retrouvent dans le GPP6. Ce sont essentiellement des déments déambulants donc susceptibles d'être perturbateurs.
- 6,5 % des résidents appartiennent au GPP 5. Ce dernier comprend les profils de soins qui correspondent à un état clinique imposant une surveillance médicale pluri-hebdomadaire et une permanence infirmière 24 heures sur 24.
- 36,4 % des résidents font partie du GPP 9.

La répartition nationale des résidents dans les différents GPP est similaire à celle de la région.

2.6 Indicateurs globaux en EHPAD en 2013

Le PMP (Pathos Moyen Pondéré) est un indicateur global de charge en soins pour la prise en charge de poly-pathologies dans une population donnée. Le PMP exprime la « lourdeur en soins médicaux d'un malade moyen », comme le GMP (GIR moyen pondéré) exprime la « lourdeur en soins de base d'un malade moyen ».

Le GIR moyen pondéré (GMP) des 56 EHPAD du Nord-Pas-de-Calais est de 696. Ce score est très proche du score national, les résidents pris en charge dans les EHPAD du Nord-Pas-de-Calais ont donc un niveau de dépendance semblable.

Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) régional est très légèrement inférieur au PMP national. Le PMP, calculé par le logiciel Pathos à l'issue de la saisie de l'ensemble des données de la coupe, détermine le niveau de soins nécessaires pour l'EHPAD, se traduisant par des moyens financiers.

Le pourcentage régional de SMTI est inférieur au pourcentage national. Il est de 9,6 % dans notre région, contre 12,6% sur l'ensemble du territoire national.

	EHPAD 2013	
	National	NPdC
Nombre d'EHPAD	1 406	56
Nombre de résidents	99 450	3691
GMP*	693	696
PMP	198	195
% SMTI	12,46	9,6

**GMP déclaratif pour les EHPAD ayant saisi le GIR*

Source : ARS – DOMS – 2014

Figure70 : Indicateurs globaux en EHPAD – « NPdC » et « National » - 2013

Par rapport aux données de 2012, il est à souligner que le GMP et le pourcentage SMTI sont légèrement inférieurs pour cette année 2013. Le PMP à quant à lui augmenté passant de 192 à 195 en 2013.

3 PROGRAMME AMI-ALZHEIMER DANS LES EHPAD DU NORD-PAS-DE-CALAIS

Les points qui suivent présentent pour rappel le programme AMI-Alzheimer et les résultats de la démarche d'alerte T0 comme ils ont été présentés dans le bilan gériatrique 2012. Il sera ajouté les résultats de la démarche de maîtrise T1.

3.1 Preamble

Dans le cadre du programme national 2012 de Gestion du Risque en EHPAD, défini par les ARS et l'Assurance Maladie, le programme « AMI-Alzheimer » (Alerte et Maîtrise de la iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer), développé par la Haute Autorité de Santé (HAS), a été lancé auprès des EHPAD de la région.

Ce programme a pour objectif de réduire l'usage inapproprié des neuroleptiques (en divisant par trois les prescriptions de neuroleptiques) dans la maladie d'Alzheimer et d'améliorer la prise en charge des troubles du comportement des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou démence apparentée.

La démarche générale consiste à :

- éviter la prescription non appropriée en amont en appliquant les nouvelles recommandations sur les alternatives non médicamenteuses et les nouvelles techniques de soins dans les troubles du comportement notamment ;
- repérer la prescription des neuroleptiques par un indicateur d'alerte iatrogénique simple à recueillir par tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge ;
- arrêter la prescription non appropriée en aval par un indicateur de maîtrise (révision de chaque cas en s'assurant du diagnostic et de la pertinence de la prescription).

Le pilotage de ce programme est assuré par un partenariat ARS/Assurance Maladie. Ainsi, dans la région, quatre réunions territoriales d'information et d'échanges sur les bonnes pratiques professionnelles liées aux soins, avec un focus sur les prescriptions de neuroleptiques, ont été organisées au cours du dernier trimestre de l'année 2012. Aussi Lors de ces réunions ont été présentés le programme AMI-Alzheimer et sa démarche ainsi que le nouvel outil du programme Mobiquat⁴ sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

⁴ Mobiquat est un organisme national destiné à promouvoir l'amélioration des pratiques professionnelles sur des thématiques correspondant à des besoins identifiés. Il est soutenu sur le plan scientifique par la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie (SFGG) et il est financé par la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie (CNSA).

Cette démarche concerne tous les EHPAD de la région et s'effectue en deux temps :

1°) démarche d'alerte T0 :

- Il s'agit d'évaluer, dans chaque EHPAD, le taux de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et ayant une prescription de neuroleptique depuis plus d'un mois ou de façon répétée dans l'année 2012 (au moins 2 prescriptions).

2°) démarche de maîtrise T1 et T2 :

- Taux de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée dont la prescription de neuroleptiques a fait l'objet d'un contact par le médecin coordonnateur auprès du médecin prescripteur ;
- Taux de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée avec prescription de neuroleptiques confirmée et argumentée par le médecin prescripteur.

Lors des réunions territoriales qui se sont déroulées en septembre et octobre 2012, il était demandé aux EHPAD de renvoyer à l'ARS les indicateurs T0 pour le 15 novembre 2012 et les indicateurs T1 pour le 31 mars 2013. Des indicateurs T2 similaires à T1 étaient à transmettre par les EHPAD à l'ARS pour le 30 septembre de 2013 afin d'amorcer un engagement pérenne des EHPAD dans cette démarche, cependant ces derniers ne sont toujours pas disponibles.

3.2 Résultats déclaratifs à T0 du programme AMI Alzheimer des EHPAD de Nord-Pas-de-Calais au 13/12/12

Au total, 231 EHPAD ont retournés les résultats de la démarche d'alerte T0 à l'ARS, représentant 63% des EHPAD de la région. Les taux de réponse par territoire sont les suivants :

- **Artois-Douaisis** : 62 EHPAD (63,3% des EHPAD du territoire) ;
- **Hainaut-Cambrésis** : 52 EHPAD (61,9% des EHPAD du territoire) ;
- **Littoral** : 45 EHPAD (72,6% des EHPAD du territoire) ;
- **Métropole-Flandre Intérieure** : 72 EHPAD (59,0% des EHPAD du territoire).

Zone de proximité	Nombre d'EHPAD ayant répondu au T0	Capacité installée	Nombre d'Alz dans les EHPAD	% d'Alz dans les EHPAD	Nombre d'Alz sous NL depuis plus d'un mois	Taux T0 (%)
Arrageois	15	1254	635	50,6%	140	22,0%
Béthune-Bruay	17	842	535	63,5%	117	21,9%
Douaisis	17	1367	731	53,5%	222	30,4%
Lens-Hénin	13	1020	628	61,6%	143	22,8%
Total Artois-Douaisis	62	4483	2529	56,4%	622	24,6%
Cambrésis	13	863	500	57,9%	190	38,0%
Sambre-Avesnois	16	1151	601	52,2%	170	28,3%
Valenciennois	23	1726	822	47,6%	176	21,4%
Total Hainaut-Cambrésis	52	3740	1923	51,4%	536	27,9%
Audomarois	5	477	190	39,8%	47	24,7%
Boulonnais	14	949	547	57,6%	114	20,8%
Calaisis	6	636	358	56,3%	71	19,8%
Dunkerquois	7	615	285	46,3%	45	15,8%
Montreuillois	13	1043	379	36,3%	131	34,6%
Total Littoral	45	3720	1759	47,3%	408	23,2%
Flandre Intérieure	18	1244	534	42,9%	95	17,8%
Lille	35	2847	1695	59,5%	246	14,5%
Roubaix-Tourcoing	19	1741	909	52,2%	169	18,6%
Total Métropole-FI	72	5832	3138	53,8%	510	16,3%
Total Région	231	17775	9349	52,6%	2076	22,2%

Source : ARS – DOMS - 2013

Figure 71 : Résultats déclaratifs à T0 du programme AMI-Alzheimer des EHPAD de la région au 31/12/12

Les 231 EHPAD ayant répondu à l'étape T0 du programme AMI-Alzheimer ont déclaré 9349 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (ou maladie apparentée), soit plus de la moitié des patients résidant en EHPAD. Parmi ces résidents Alzheimer, 22,2% avaient une prescription de neuroleptiques depuis plus d'un mois. Le territoire de santé de la métropole-Flandre Intérieure est le territoire où l'on déclare le moins de patients Alzheimer sous neuroleptiques (16,3%) et le territoire du Hainaut-Cambrésis où l'on en déclare le plus (27,9%). Les deux autres territoires sont proches de la moyenne régionale.

Néanmoins, si l'on observe les résultats par zone de proximité, le Cambrésis, le Montreuillois et le Douaisis ont un taux de patients Alzheimer sous neuroleptiques supérieur à 30%.

L'étape suivante est donc l'analyse des résultats de la démarche de maîtrise (T1 et T2).

3.3 Résultats déclaratifs à T1 du programme AMI Alzheimer des EHPAD de Nord-Pas-de-Calais au 31/03/13

Au total, 92 EHPAD ont retourné les résultats de la démarche de maîtrise à T1, cela représente 25,1% des EHPAD de la région. Les taux de réponses par territoire sont les suivant :

- **Artois-Douaisis** : 15 EHPAD (15,3% des EHPAD du territoire);
- **Hainaut-Cambrésis** : 29 EHPAD (34,5% des EHPAD du territoire);;
- **Littoral** : 21 EHPAD (33,9% des EHPAD du territoire);;
- **Métropole-Flandre Intérieure** : 27 EHPAD (22,1% des EHPAD du territoire);.

Zone de proximité	Nombre d'EHPAD ayant effectué la première démarche de maîtrise	Pourcentage d'EHPAD ayant effectué la première démarche de maîtrise	Nombre de résidents Alzheimer sous NL (A)	Nombre de résidents Alzheimer sous prescription de NL argumentée (B)	Taux T1 (%)
Arrageois	4		12	11	91,7
Béthune-Bruay	2		14	8	57,1
Douaisis	3		23	19	82,6
Lens-Hénin	6		64	42	65,6
Total Artois-Douaisis	15	15,3 %	113	80	70,8
Cambrésis	2		13	6	46,2
Sambre-Avesnois	6		40	19	47,5
Valenciennois	21		144	102	70,8
Total Hainaut-Cambrésis	29	34,5 %	197	127	64,5
Audomarois	2		25	22	88,0
Boulonnais	8		53	49	92,5
Calaisis	1		4	2	50,0
Dunkerquois					
Montreuillois	10		100	82	82,0
Total Littoral	21	33,9 %	182	155	85,2
Flandre Intérieure	11		51	39	76,5
Lille	9		46	30	65,2
Roubaix-Tourcoing	7		103	89	86,4
Total Métropole-FI	27	22,1 %	200	158	79,0
Total Région	92	25,1 %	692	520	75,1

Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 72** : Résultats déclaratifs à T1 du programme AMI-Alzheimer des EHPAD de la région au 31/03/13

Les 92 EHPAD ayant répondu à l'étape T1 du programme AMI-Alzheimer ont déclaré 692 résidents sous NL et 520 résidents Alzheimer sous prescription de NL argumentée.

Sur cette première mesure de la maîtrise, le taux de maîtrise (B/A) au niveau de la région est de 75,14%. Il va de 64,5% pour le territoire de santé du Hainaut-Cambrésis à 85,2% pour le territoire de santé du Littoral.

Si on observe les chiffres par territoire de proximité, le taux de maîtrise le plus élevé est de 92,5 pour le Boulonnais, le moins élevé est de 46,2 pour le Cambrésis.

Le nombre moyen de résidents Alzheimer sous NL diminue pour passer de 8 à 6 par EHPAD

Note : Les chiffres concernant l'étape T2 correspondant à la deuxième mesure de la maîtrise ne sont pas encore disponibles.

4 ACTION GDR « CHUTES » EN EHPAD

4.1 Les indicateurs

Toujours dans le cadre de Gestion des Risques en EHPAD, le thème de 2013 est « la prévention des chutes en EHPAD ». Il fait suite au thème sur la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD et sur la réduction de la prise de neuroleptiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer dont les chiffres ont été actualisés ci-dessus.

Pour en savoir plus sur les démarches de GDR en EHPAD : <http://ars.nordpasdecalais.sante.fr/Gestion-du-risque-en-EHPAD.158316.0.html>

Dans le cadre de cette GDR, un certain nombre d'indicateurs ont été transmis en rapport avec le thème retenu :

- Indicateur 1 : Mise en place d'un suivi individuel des chutes au sein de l'EHPAD
- Indicateur 2 : Taux de chutes par résident en 2013
- Indicateur 3 : Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation en 2013

L'ensemble de ces indicateurs étaient à transmettre pour le 17 janvier 2014.

Territoire de santé	Nombre d'EHPAD installés	Nombre d'EHPAD représentés aux réunions GDR 2013	Nombre EHPAD ayant répondu aux indicateurs	
Artois-Douais	98	43	46	46,9%
Métropole - FI	122	71	67	54,9%
Littoral	78	41	41	52,6%
Hainaut-Cambrésis	93	45	51	54,8%
Total Région	391	200	205	52,4%

Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 73 : Liste des EHPAD ayant transmis leurs indicateurs au 17 janvier 2014**

Au niveau régional 205 EHPAD ont répondu aux indicateurs. Cela représente 52,4 % des EHPAD installés et 102,5 % des EHPAD représentés aux réunions GDR 2013.

Le retour le plus élevé est sur le territoire du Hainaut-Cambrésis 54,8% des EHPAD installés ayant retourné leurs indicateurs. Le plus faible est sur le territoire de l'Artois-Douais avec un retour de 46,9% des EHPAD installés.

4.2 Indicateurs 1 : Mise en place d'un suivi individuel des chutes au sein de l'EHPAD

Indicateur 1	Mise en place d'un suivi individuel des chutes				
Territoire de santé	OUI		NON		Pas de réponse
Artois-Douaisis	39	84,8 %	7	15,2 %	
Métropole - FI	55	82,1 %	12	17,9 %	
Littoral	31	75,6 %	9	22,0 %	1
Hainaut-Cambrésis	46	90,2 %	4	7,8 %	1
Total Région	171	83,4 %	32	15,6 %	2

Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 74 : Résultats – Mise en place d'un suivi individuel des chutes**

171 EHPAD répondants déclarent avoir mis en place un suivi individuel des chutes contre 32 qui déclarent ne pas réaliser ce suivi. 2 EHPAD n'ont pas répondu à ce premier indicateur.

Le territoire de santé du Hainaut-Cambrésis avec 90,2% de ses établissements répondants qui déclarent assurer le suivi des chutes de manière individuelle a le meilleur score de la région. A contrario le territoire de santé du Littoral présente le plus faible score avec 75,6% des EHPAD déclarant avoir mis en place un suivi individuel des chutes.

4.3 Indicateurs 2 : Taux de chutes par résident en 2013

Le taux de chute par résident se calcule de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de résidents ayant chuté au moins une fois au cours des 12 mois}}{\text{Nombre total de résidents}}$$

Pour information, l'ANESM propose aux EHPAD de mettre en place cet indicateur dans le cadre de leur évaluation interne.

Source : ARS – DOMS – 2014 Figure 75 :
Résultats – Taux de chutes par résident en 2013

Indicateur 2	Taux de chutes par résident en 2013
Territoire de santé	
Artois-Douais	51,46 %
Métropole - FI	52,07 %
Littoral	50,76 %
Hainaut-Cambrésis	48,16 %
Total Région	50,70 %

Au niveau régional 1 résident sur 2 a fait une chute au moins une fois au cours des 12 mois précédant le rendu de l'enquête. En effet le taux régional de chutes est de 50,70 % pour cette année 2013.

Seul le territoire du Hainaut-Cambrésis est en dessous de cette moyenne régionale avec un taux de chute à peine supérieur à 48 %

La Métropole-Flandre Intérieure quant à elle déclare le taux de chute le plus élevé avec 52,0 %

4.4 10.4 Indicateurs 3 : Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation en 2013

Le taux de chute ayant entraîné une hospitalisation en 2013 :

$$\frac{\text{Nombre de résidents ayant entraîné une hospitalisation complète de plus de 24 h}}{\text{Nombre total de chutes}}$$

Source : ARS – DOMS – 2014 Figure 76 :
Résultats – Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation en 2013

Indicateur 3	Taux ayant entraîné une hospitalisation en 2013
Territoire de santé	
Artois-Douais	5,47 %
Métropole - FI	3,78 %
Littoral	4,41 %
Hainaut-Cambrésis	4,32 %
Total Région	4,42 %

L'Artois-Douais a le taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation le plus élevé de la région avec un score égale à 5,47 %. Le taux de chute le plus bas est de 3,78% et est observé sur la Métropole – Flandre Intérieure. Le taux de chutes régional est quant à lui égal à 4,42 %.

L'ensemble des données évoquées ici, ainsi que les conclusions, constats, discussion apportés sont issus de l'enquête « Prise en charge de l'Urgence dans les établissements d'hébergement de personnes âgées ». Enquête régionale Nord-Pas-de-Calais effectuée sous la direction du Pr Wiel (co-auteurs : V. Wiel-Fournier, P. Mauriau-court, F. Puisieux, H. Hubert). Cette enquête a été publiée dans « La revue de gériatrie ». Nous en présentons ici une synthèse.

5.1 Introduction :

Cette étude prospective avait pour but de réaliser un état des lieux des difficultés humaines, matérielles et organisationnelles rencontrées par les équipes soignantes des EHPA dans la gestion des situations d'urgence rencontrées chez les résidents de ces établissements.

5.2 Méthodes :

Cette enquête est :

- Descriptive
- Prospective
- Multicentrique régionale
- Non comparative

Elle a été réalisée au niveau des 4 zones de proximité suivantes :

- Métropole Lilloise
- Le Dunkerquois
- Le Valenciennois
- Le Cambrésis

L'enquête repose sur deux questionnaires :

- Le premier s'adressait aux directeurs de l'établissement, il recueillait
 - Les différentes caractéristiques administratives de l'établissement
 - La capacité d'accueil
 - L'âge moyen des pensionnaires
 - Le Groupe Iso Ressource (GIR) moyen pondéré (GMP)

- Le niveau d'informatisation
 - La présence d'un dossier médical et son accessibilité
 - La composition du personnel et l'existence de directives en cas d'urgence pour un pensionnaire dans l'établissement
- Le second s'adressait aux différents personnels de l'établissement (soignants et non-soignants / de jour et de nuit). Il comportait 4 sections :
- Une démographique
 - Une sur le dossier médical
 - Une sur le suivi des pensionnaires
 - Une sur la prise en charge de l'urgence

5.3 Résultats:

103 établissements ont participé à l'enquête sur les 166 établissements contactés :

- 91 EHPAD
- 11 foyer-logements
- 1 domicile collectif non-médicalisé
- Soit une capacité d'accueil de 6979 personnes avec 66 établissements ayant une capacité d'accueil supérieure à 60 pensionnaires

Concernant les résidents :

- L'âge moyen était de 83,5 ans
- Le GMP global moyen était d'environ 639 dont celui spécifique aux EHPAD à 698

103 questionnaires « directeurs » et 903 questionnaires « personnels » ont été remplis :

- 397 aides-soignantes
- 180 IDE
- 116 auxiliaires de vie
- 101 ASH
- 1 médecin traitant
- 19 médecins coordonnateurs
- 6 gardiens
- 73 autres

- 10 non-renseignés

L'âge moyen des personnels était de 39,4 ans (min : 18- max : 66) et la population était majoritairement féminine (92,8%). 23,2% avait une ancienneté de plus de 10 ans et 53,2% de moins de 5 ans.

Concernant les données comparées entre les directions et les personnels sur le dossier médical (son accessibilité le jour, la nuit et les WE et les traitements et consignes de soins inscrites), il n'existe une différence significative entre les déclarations de la direction et celles des personnels que sur une zone de proximité uniquement.

L'existence d'une convention de soins avec le centre hospitalier référent de territoire était connue dans 41 à 71% des cas. Elle restait moins connue par les AS.

Concernant les établissements :

- Un recueil des situations d'urgences rencontrées existait sous forme d'un registre dans 15,4% des établissements,
- Des protocoles de prises en charge étaient présents dans 70,2% des établissements,
- 57 établissements disposaient d'un chariot d'urgence, 59 d'oxygène, 99 de tensiomètres et 53 de saturomètres.

Concernant les personnels :

- 93% déclaraient connaître les gestes d'urgence
- 22% se sentaient suffisamment formés
- 85% ont été confrontés à une situation « d'urgence »
- Dans ces situations d'urgence les personnels faisaient appel :
 - Au SAMU dans 83% des cas
 - Au médecin traitant dans 66,3% des cas
 - Au médecin de garde dans 63,2% des cas
 - Aux sapeurs-pompiers dans 62,9% des cas

A noter que le fait de se sentir à l'aise ou non était dépendant de la catégorie socioprofessionnelle ; les personnels les moins qualifiés se sentaient les plus mal à l'aise avec les situations d'urgences.

Les causes quel que soit la zone de proximité sont :

- traumatiques dans 59,5% des cas
- de nature respiratoire dans 39,6% des cas
- de nature neurologique dans 39,4% des cas
- de nature cardiologique dans 26,9% des cas

Quant au problème de fin de vie :

- il était facilement abordé pour 68,4% des cas
- Les consignes de limitation de soins existaient dans le dossier médical dans 72% des cas
- En cas de détresse vitale, le SAMU était appelé le premier dans 31% des cas

Les besoins exprimés dans la question ouverte « Quelles sont, selon vous, les améliorations à apporter pour optimiser la prise en charge de l'urgence médicale dans votre établissement ? » sont les suivant :

- Formation aux gestes et soins d'urgence (51,5%)
- Besoins en matériel (matériel d'aspiration, saturomètre)
- Renforcement des effectifs
- Nécessité des protocoles actualisés
- Tenue du dossier du patient
- Meilleure disponibilité du médecin de garde

5.4 Discussion :

La participation à cette enquête a été importante. Les EHPAD y sont prédominants par rapport aux foyer-logements, en effet ces derniers ont des fonctions résidentielles et se sentent moins impliqués dans cette prise en charge.

Le personnel de ces structures est fréquemment confronté à ces situations d'urgence, cela peut s'expliquer par :

- L'âge moyen des personnes vivant en institution (83,5 ans)
- Par un niveau de dépendance élevé (GMP moyen de 698)
- Les polypathologies dont est atteint la majorité des résidents

Pour éviter toutes hospitalisations inutiles, deux questions principales doivent être abordées :

- La capacité qu'ont les personnels des EHPA à faire face aux situations d'urgences :
 - Le fait de se sentir à l'aise ou non dans la prise en charge d'une situation d'urgence dépend fortement du statut du personnel. Les IDE se sentent plus « à l'aise » que les ASH qui se sentent globalement et majoritairement « mal à l'aise ». Les établissements qui ont été enquêtés souffrent d'un manque de soignants, notamment la nuit, les week-ends et les jours fériés. Les répondants sont nombreux à avoir exprimé le besoin de renforcer la présence soignante la nuit. Cette problématique a été soulevée dans l'étude d'Estryn-Behar [1] concernant la situation des professionnels dans

les établissements accueillants des personnes âgées ou handicapées. Les conséquences sont une charge de travail élevée, un manque de communication au sein des équipes soignantes, mais aussi des difficultés des EHPA pour libérer le personnel afin qu'il puisse se former, accompagné d'un manque d'attractivité pour ces métiers.

Seul 22% du personnel se sent bien formé aux gestes. De plus, il y a une faible ancienneté des personnels, en effet plus de 50% d'entre eux ont moins de 5 ans d'activité, c'est un facteur à prendre en compte.

Certains recours aux organismes de secours, ainsi que certaines hospitalisations pourraient être évités si le matériel adéquat était disponible au sein de ces structures. En effet la capacité des personnels à faire face à une situation d'urgence dépend aussi des moyens matériels disponibles au niveau de l'établissement.

La bonne tenue du dossier médical des résidents est également un facteur de qualité de prise en charge d'une situation d'urgence. Son accès à tout intervenant soignant est important, de même la généralisation du dossier de liaison d'urgence informatisé. Il y a un manque de précisions dans le dossier médical. En effet même si l'accès à ce dossier est bon de jour comme de nuit, ainsi que le weekend, les traitements et les consignes de soins sont reportés de manière plus hétérogène, notamment en ce qui concerne la fin de vie. Ce manque de précision dans le dossier médical sur le niveau de prise en charge est retrouvé dans la littérature [2]. Cela se traduit à un fort recours au SAMU en première intention.

Enfin la capacité de prise en charge d'une situation d'urgence passe par la bonne orientation du résident quand l'hospitalisation est inévitable. Or l'existence de convention avec un établissement de soins est insuffisamment connu des personnels soignants, notamment des aides-soignantes. L'efficacité et l'optimisation des liens avec la filière gériatrique du centre hospitalier référent, notamment par appel direct des gériatres des équipes mobiles de gériatrie, permettrait des entrées directes en gériatrie évitant un passage aux urgences pas toujours indiqué.

- La prévention et l'anticipation des situations d'urgences

- Si la prévention et l'anticipation incombe à l'ensemble de l'équipe soignante, le médecin coordinateur et les médecins traitants sont en première ligne :
 - Les prescriptions anticipées ont un réel intérêt, un axe d'amélioration se situe certainement dans la formation et l'accompagnement à la prise en charge d'une personne en fin de vie
 - Dans cette enquête le motif de recours le plus fréquent est les traumatismes qui sont en premier lieu les conséquences des chutes, un axe d'amélioration serait d'optimiser la prévention de la chute :
 - Par une meilleure formation des professionnels
 - Par une sécurisation des lieux
 - Par un accès facilité à une consultation de prévention de la chute à l'extérieur ou au sein des établissements [3]

- Cette enquête a montré les efforts réalisés dans la prévention de la dénutrition et des escarres ainsi que dans la prévention vaccinale
 - Cette enquête a également montré une grande hétérogénéité dans les suivis neurologiques, psychologiques et psychiatriques liés aux contraintes locales de chaque territoire.
- Le médecin coordonnateur est également responsable de l'élaboration des protocoles/procédures, de la bonne tenue des dossiers médicaux. En plus de participer à la formation gériatologique du personnel, il facilite les relations entre les médecins libéraux et assure la coordination avec les prestataires de santé. Il contribue enfin à l'organisation de la permanence des soins et s'assure qu'il existe une réponse aux besoins médicaux [4].

A cette enquête, seuls 19 médecins coordonnateurs ont répondu et le taux des médecins libéraux ayant répondu est encore plus faible. Or les personnels interrogés ont clairement exprimé la nécessité de disposer de protocoles actualisés, d'une bonne tenue du dossier du résident et d'une meilleure disponibilité du médecin de garde. Dans une étude d'Estryn-Behar et coll.[2], 30,5% des soignants de maison de retraite se plaignaient de l'absence de médecin disponible lors d'une urgence.

Cette étude intéressante met en lumière un certain nombre de besoins repérés par les personnels des EHPAD qui peuvent trouver des réponses dans l'application des bonnes pratiques gériatriques, la formation, la prévention (type outils Mobiquil), l'élaboration de protocoles et leur application, l'ouverture des EHPAD vers leurs partenaires pour des conventionnements :

- Formation des personnels aux gestes d'urgence et acquisition de matériel adéquat,
- Formation à l'accompagnement de fin de vie (dont préparation des directives anticipées) et conventionnement avec l'établissement de santé de leur territoire et l'HAD,
- Formation des personnels au risque de chutes, conventionnement avec les établissements ayant des consultations gériatriques,
- Formation des personnels aux risques de dénutrition et escarres, conventionnement avec l'HAD,
- Formation des personnels à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées, conventionnement avec les consultations mémoire, UCC et UHR,
- Conventionnement avec les établissements disposant d'équipe de consultation de psycho-gériatrie.

[1] Garrigue R, Mauriauourt P, Goldstein P. Particularités de la régulation médicale des appels primaires des personnes âgées au SAMU-Centre 15. *Urgences* 2002 ; 31 : 309-314.

[2] Estryn-Behar M, Salbreux R, Paoli MC, Le Nezet O. La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. *Rev Gériatr* 2007 ; 32 : 95-110.

[3] Puisieux F, Pollez B, Deplanque D, Di Pompeo C, Pardessus V, Thevenon A, Dewailly P. Successes and setbacks of the falls consultation: report on the first 150 patients. *Am J Phys Med Rehab* 2001 ; 80 : 909-915.

[4] Kaltenbach G, Berthel M. Missions et fonctions du médecin coordonnateur en EHPAD. *NPG* 2005 ; 5 : 28-31.

6 EVALUATION DE PSYCHO-GERIATRIE EN EHPAD

6.1 Préambule : issu du cahier des charges régional

Les objectifs d'évaluation gériatrique et psychiatrique des personnes âgées résidant en EHPAD sont multiples :

- dresser un bilan et, en réponse, orienter vers la prise en charge existante la plus adaptée aux besoins, en évitant tout déplacement superflu ;
- concourir, voire permettre le maintien ou une meilleure intégration en institution ;
- participer à prévenir, entendre et soulager l'épuisement des aidants professionnels et des proches ;
- éviter l'hospitalisation autant que faire se peut.

Le public visé est les personnes de 60 ans et plus ayant des besoins en psycho-gériatrie, des problèmes cognitifs, de comportement ou psychiatriques. Cette consultation est réalisée par un médecin gériatre formé à la psychiatrie du sujet âgé et aux troubles cognitifs ou d'un psychiatre formé à la gériatrie. Le personnel est complété par les équipes du secteur de la psychiatrie qui peuvent être appelés par les médecins pour compléter leur intervention.

La consultation est programmée, elle mobilise les réponses existantes dans les 2 champs, psychiatrie et gériatrie, sans prise en charge au long cours. Sont réalisés :

- des bilans et avec suite à la demande de confrères travaillant en secteur médico-social ;
- des soutiens à l'intervention ou à l'évaluation pour les médecins traitants et médecins coordonnateurs ;
- des soutiens à l'intervention pour les professionnels des EHPAD
- des formations du personnel de l'EHPAD à partir des évaluations individuelles

L'intervention est réalisée par le biais des équipes soignantes de l'EHPAD. Afin d'éviter tout déplacement intempestif, la personne est rencontrée dans son cadre de vie habituel, l'EHPAD. Cette évaluation conduit à des propositions de « prises de soins » pouvant aller jusqu'à l'hospitalisation. Ces propositions thérapeutiques résultent d'une concertation pluridisciplinaire associant autant que peut se faire le médecin traitant, les intervenants de l'institution et les proches. A noter que le médecin traitant demeure le médecin prescripteur.

Dans le cas où un suivi psychiatrique se justifie, il sera mis en place par l'équipe de secteur dont il relève.

La consultation peut :

- être sollicité pour une évaluation sur demande d'un EHPAD pour l'entrée en UHR, pour un séjour en UCC ou en SSRg
- organiser un bilan, mémoire ou gériatrique, en hôpital de jour de médecine gériatrique avec l'établissement correspondant
- être amenée à participer au développement d'un projet de consultations de télé médecine sur son territoire
- met en œuvre des interventions et/ou formations pour les EHPAD dans le but de la réduction de la iatrogénie médicamenteuse

La consultation coordonne ses actions avec les unités d'hospitalisation pour personnes âgées des établissements de santé du territoire couvert et les services de psychiatrie, les CS mémoire, les structures d'accueil à temps partiel et les équipes de secteurs psychiatriques du territoire. Elle est le chaînon manquant de la filière de prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiques en situation d'alerte en institution.

6.2 Exemple d'activité en 2013 : l'équipe mobile de psycho-gériatrie du CHRU de Lille

L'activité de la consultation a démarré en septembre 2013.

Les EHPAD partenaires

L'EMPG du CHRU de Lille travaille avec 15 EHPAD différents (le nombre de place indiqué correspond à l'hébergement complet et temporaire) :

- | | |
|---|---|
| - Saint Jean LILLE, 80 places | - La Goelette LILLE, 25 places |
| - Notre Dame de l'Espérance LILLE, 205 places | - Les Hauts d'Amandi FACHES, 80 places |
| - Marguerite Yourcenar LILLE, 93 places | - L'Arche LILLE, 80 places |
| - Daudet LILLE, 35 places | - Résidence Saint Maur LA MADELEINE, 142 places |
| - Rachelle Méresse LILLE, 27 places | - Ehpad Bailleul RONCHIN, 76 places |
| - Les camanettes LILLE, 26 places | - Résidence d'Automne LILLE, 90 places |
| - Marie Laurencin LILLE, 24 places | - L'Age Bleu ROUBAIX, 114 places |
| - Vert Feuillage LILLE, 25 places | |

Les indicateurs de la consultation en psycho-gériatrie

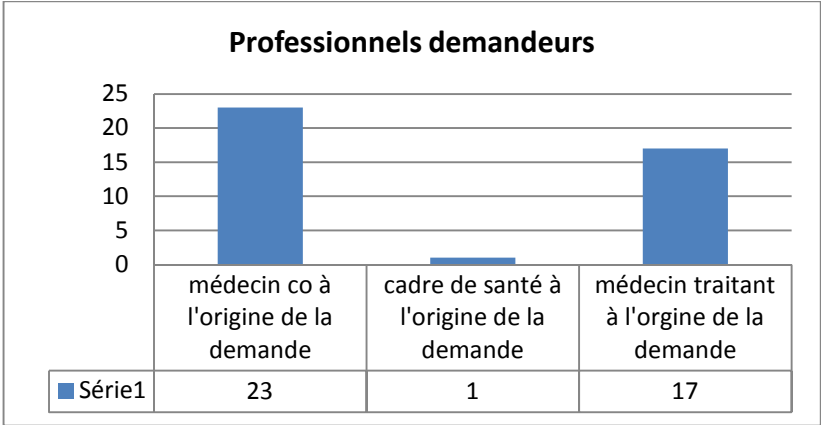
L'EMPG a réalisé 30 consultations sur l'année pour un nombre de patient égal à 23. Cela représente environs 1,3 consultation par patient. Pour réaliser ces 30 consultations, l'EMPG s'est déplacé 26 fois pour un total de 279 kilomètres parcouru

Origine et pathologie dominante de la demande

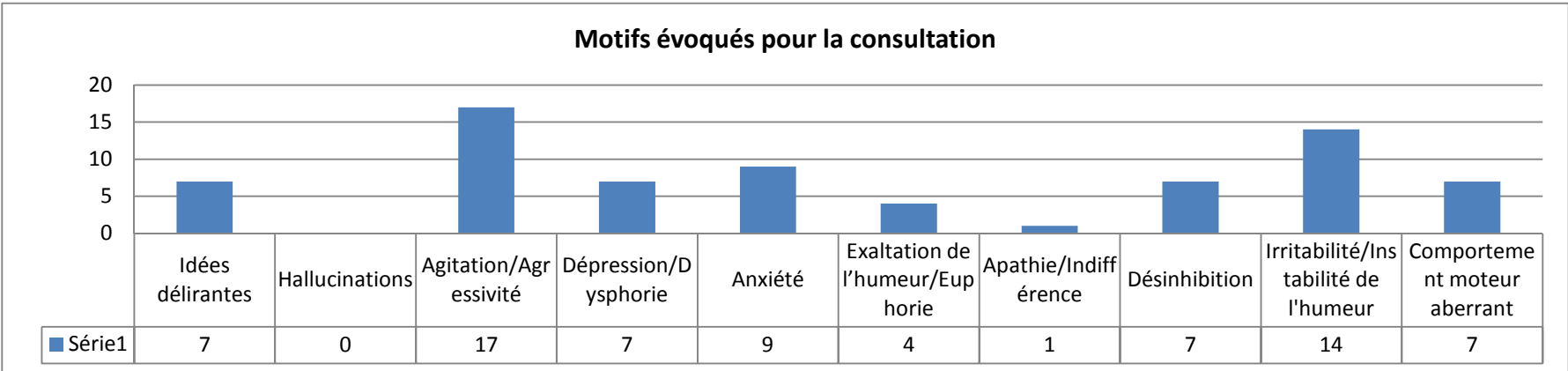
La demande peut être faite par un ou plusieurs professionnels. Donc pour une seule et même intervention les professionnels demandeurs peuvent être multiples. Ainsi pour les 30 interventions, les demandes se répartissent de la manière suivante :

Les demandes sont essentiellement faites par le médecin coordinateur et/ou le médecin traitant. Sur l'ensemble des patients différents vus sur l'année 11 présentaient une dominante « démence » (soit 48%), 11 présentaient une dominante « psychiatrique » (soit 48%) et 1 patient présentait une dominante « démence et psychiatrique » (soit 2%).

Source : ARS – DSEE – 2014 **Figure 77 : Professionnels demandeurs d'une évaluation psycho-gériatrique**



Pour une même demande, il peut y avoir plusieurs motifs différents. Le bilan relève 79 motifs évoqués qui se répartissent de la manière suivante :

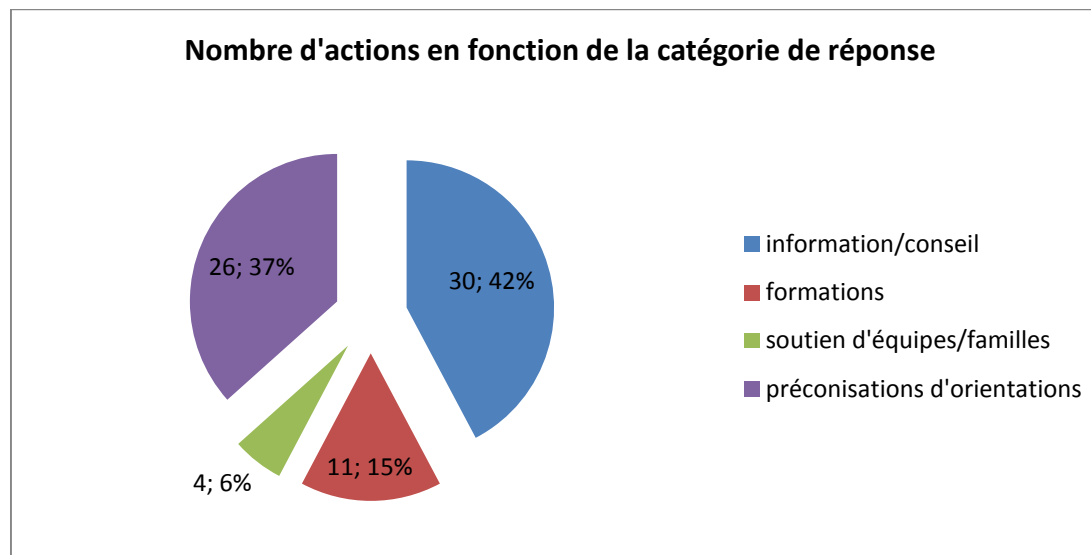


Les motifs les plus couramment exprimés pour une demande de consultation sont l'agitation / l'agressivité et l'irritabilité / l'instabilité d'humeur. A noter qu'aucune demande n'a été faite pour les hallucinations.

Source : ARS – DSEE – 2014 **Figure 78 : Motifs évoqués pour la consultation de psycho-gériatrique**

Les réponses apportées aux EHPAD

71 actions au total ont été proposées aux EHPAD à la suite de la consultation de l'EMPG. Ces actions se classent en 4 catégories différentes : information/conseil ; formations ; soutien d'équipes/familles ; préconisation d'orientation. Le graphique suivant montre le nombre d'actions suivant sa catégorie :



Source : ARS – DSEE – 2014 **Figure 79 : Les actions proposées aux EHPAD en fonction de la catégorie de réponse**

L'information et le conseil sont les catégories de réponses le plus souvent apportées face aux situations rencontrées (42%) suivi de préconisations d'orientations (37%). L'équipe peut préconiser des orientations « intra EHPAD » ou des orientations « extra EHPAD » :

intra Ehpad		extra Ehpad	
ressources internes	18	CMP	2
autres équipes mobiles	0	court séjour gériatrique	0
secteur psychiatrique/CMP (équipe de liaison)	2	Court séjour	0
ajustement thérapeutique	21	Court séjour psychiatrique	0
		Hospitalisation de jour	0
		SSR	0
		UCC	2
		PASA/UVA	2
		UHR	0
		consultation mémoire	3
		consultation /exploration spécialisée autre	7
		urgences	0
		Autres	0

7 COMMISSION SPECIALISEE DANS LE DOMAINE DES DROITS DES USAGERS : RAPPORT SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS (CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE NORD-PAS-DE-CALAIS)

Si vous souhaitez des informations complémentaires : <http://ars.nordpasdecalsais.sante.fr/Tout-savoir-sur-vos-droits.132675.0.html>

7.1 FOCUS n°5 : L'expérimentation de la présence des représentants des associations d'usagers agréées dans les Conseils de Vie Sociale des EHPAD

L'expérimentation visant à faire siéger un représentant d'usagers d'associations agréées dans les Conseils de Vie Sociale des EHPAD a été lancée le lundi 27 janvier 2014 lors d'une réunion spéciale de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA. Cette réunion a été l'occasion pour les représentants des usagers, les directeurs des EHPAD et les présidents des conseils de vie sociale (CVS) de se rencontrer et d'échanger.

Le contexte de cette expérimentation :

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA a fait part de son souhait à l'ancien Directeur Général de l'ARS, Daniel Lenoir, de permettre à un représentant d'association agréée d'être présent au sein des conseils de vie sociale des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) au côté des représentants des résidents et que cette mesure puisse figurer à titre expérimental dans le SROSMS⁵.

Par ailleurs la CRSA avait formulé une préconisation en ce sens dans son rapport 2008 sur les droits des usagers.

Le DGARS, favorable à cette expérimentation qui contribue au renforcement des droits des usagers, a décidé d'inscrire cette mesure sous l'objectif « renforcer l'efficience au bénéfice de l'utilisateur » du SROSMS et d'en faire un levier d'action pour améliorer la place de l'utilisateur.

Le calendrier de l'expérimentation :

Le phasage de cette expérimentation a été élaboré en deux temps :

D'une part, le 3 juin 2013, un appel à candidature a été lancé auprès des associations d'usagers agréées. A l'issue de cet appel à candidature, 14 représentants d'usagers ont ensuite été sélectionnés.

Le 18 octobre 2013, le lancement d'un appel à candidature auprès des EHPAD pour participer à l'expérience a été réalisé. Au total, 15 EHPAD ont répondu à l'appel.

Après quelques remaniements, actuellement il existe 14 représentants d'usagers qui siègent au sein de 14 CVS d'EHPAD.

Le rôle du représentant d'usagers :

⁵ Schéma Régional de l'Organisation des Soins Médico-Sociale

Le rôle du représentant d'usagers au sein du CVS est de venir en soutien aux usagers présents dans les CVS en apportant un regard différent et complémentaire dans l'intérêt du conseil de vie sociale. Cette démarche constitue un levier d'action pour contribuer au renforcement des droits des usagers et améliorer leur place.

Le représentant d'association :

- participera au CVS à titre consultatif ;
- apportera son regard et son expertise de représentant d'usagers en toute indépendance et conformément au fonctionnement du CVS sur les sujets traités au sein du CVS ;
- concourra à la promotion des droits des usagers.

Attention : la personne désignée ne représente pas la seule association dont elle est issue mais s'attache à prendre en compte l'ensemble des problématiques des usagers afin de pouvoir participer de la façon la plus active et large possible aux travaux du conseil de vie sociale.

Rappel du rôle et des missions d'un conseil de vie sociale :

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a institué le conseil de vie sociale destiné à garantir les droits des usagers en associant les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement d'accueil.

Le conseil de vie sociale doit être obligatoirement installé dans chaque établissement ou service assurant un hébergement, un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail. Il concerne par exemple les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), les foyers de vie pour adultes handicapés, les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les instituts médico-éducatifs (IME). Sont concernées également les structures d'aide à domicile telles que les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Le conseil de vie sociale comprend au moins :

- deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge (et leurs suppléants),
- s'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux (et son suppléant),
- un représentant du personnel,
- un représentant de l'organisme gestionnaire.

Les membres du conseil sont élus pour une durée d'un an au moins, et de trois ans au plus, renouvelable. Le président du conseil est élu par et parmi les membres représentants les personnes accueillies ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les familles ou les représentants légaux. Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative. Le conseil peut appeler toute personne à participer à ses réunions à titre consultatif en fonction de l'ordre du jour.

Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

Le conseil se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président qui fixe l'ordre du jour des séances.

Le conseil de la vie sociale est une structure permettant l'expression du résident et sa participation à la vie de l'établissement. Véritable outil de démocratie participative, il permet, grâce à des réunions régulières, d'améliorer sensiblement le dialogue entre les résidents, leurs proches et les professionnels. L'analyse de son fonctionnement permet d'apprécier le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.

Attribution du label 2013 « droits des usagers de la santé » :

Cette expérimentation a reçu le label 2013 « droits des usagers de la santé » attribué par la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA. Le label et le concours, qui existent depuis l'année 2011, récompensent les expériences exemplaires et les projets innovants menés en Région en matière de promotion des droits des patients.

Suivi et évaluation de l'expérimentation :

La durée de l'expérimentation est de deux ans et prendra fin au mois de janvier 2016.

Les EHPAD doivent transmettre les comptes rendus des CVS à l'ARS

Un retour d'expériences des représentants des usagers un an après le lancement de l'expérimentation, en janvier 2015, aura lieu à travers une réunion spéciale de la commission spécialisée « droits des usagers ».

En fin d'expérimentation, en 2016, un questionnaire d'évaluation sera adressé aux membres des CVS et une réunion bilan sera organisée en présence des participants à l'expérimentation.

7.2 FOCUS n°6 : Promouvoir la bientraitance dans le domaine médico-social

Programme régional d'inspection 2013 :

La promotion de la bientraitance peut être analysée au regard des inspections menées dans le cadre du programme régional d'inspection établi par l'Inspection Générale Régionale⁶ (IGR) en 2013 dans le champ médico-social.

Ces inspections ont été réalisées dans le cadre du programme de prévention et de lutte contre la maltraitance, à l'aide de la grille de niveau 2 extraite du guide DGAS de repérage des facteurs de risque de maltraitance en établissements médico-sociaux (juillet 2002). La grille de niveau 2 permet une analyse plus approfondie de l'organisation et de fonctionnement d'un établissement.

En 2013 il a été décidé d'inscrire au programme régional d'inspection 20 inspections d'établissements (contre 23 en 2012).

Sur ces 20 inspections prévues, 16 ont été réalisées (10 dans le secteur PA et 10 dans le secteur PH). En plus de ce programme, 11 inspections supplémentaires ont été diligentées suite à des signalements ou réclamations (7 dans le secteur PA et 4 dans le secteur PH).

Le programme national de lutte contre la maltraitance prévoyait l'inspection de 35 établissements du Nord-Pas-de-Calais sur ce thème. En réalisant un total de **27 inspections sur ce thème en 2013**, l'ARS Nord-Pas-de-Calais a atteint un taux de réalisation du programme national de lutte contre la maltraitance de 77 % (même taux de réalisation que l'année dernière).

Questionnaire ANESM :

Le rapport annuel de l'année 2012 fait état des résultats de l'enquête nationale « bientraitance en EHPAD » réalisée en 2010 par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) exploitée en région. La prochaine enquête de ce type aura lieu en 2015.

La politique menée par l'ARS Nord-Pas-de-Calais en matière de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance :

L'ARS Nord-Pas-de-Calais mène une politique incitative en matière de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance : cet objectif est inscrit au SROMS 2012 – 2016. De ce fait, l'ARS participe de sa propre initiative à la mise en oeuvre de plans de formation dans les Etablissements et services Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) en les soutenant financièrement. Chaque année, elle consacre un volume important de crédits à cette thématique. En 2012, ce ne sont pas moins de 745 609 € dont 562 705 € à destination des EHPAD qui ont été dispensés. Ces formations sont largement axées sur la bientraitance.

Par ailleurs, une vigilance particulière sur la démarche qualité est exercée par l'ARS notamment lors des visites d'évaluations dans le cadre des négociations de conventions tripartites. Le modèle type de convention tripartite comporte un volet « qualité de l'accompagnement » sur le respect des droits des usagers, la réaffirmation de la place des résidents et des familles, la qualité des prestations délivrées, l'amélioration de la qualité et la promotion de la bientraitance.

⁶ L'IGR assure le pilotage de la fonction Inspection/Contrôle au sein de l'ARS Nord-Pas-de-Calais. Chaque année un programme régional d'inspection est établi par l'IGR sur la base de priorités nationales arrêtées en commission nationale de programmation, et de priorités régionales.

C LE PLAN ALZHEIMER

Pour en savoir plus : <http://ars.nordpasdecals.sante.fr/Plan-Alzheimer.151363.0.html>

1 LA MESURE 1 DU « PLAN ALZHEIMER 2008-2012 » RELATIVE AUX PLATEFORMES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE REPIT AUX AIDANTS FAMILIAUX

Cette mesure vise à soutenir les familles des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou apparentées. Cette mesure passe par le développement et la diversification de structures de répit adaptées aux besoins des patients et des aidants. L'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais a autorisé depuis 2009, 8 plateformes de répit. La carte de des plateformes de répit dans la région en [ANNEXE 6].

1.1 Activité 2013 Alzheimer – Rapport d'activité de la « Maison des Aidants » de la Métropole Lille

La plateforme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux la MAISON DES AIDANTS Métropole Lille a été créée le 28 novembre 2011, par décision du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais, dans le cadre d'un appel à candidature. La Maison des Aidants est gérée par l'Association du Centre Féron-Vrau, association sans but lucratif. Ouverte le 4 juin 2012, elle accueille les aidants familiaux depuis le 4 septembre 2012.

A noter que cette structure a redéfini le périmètre de son territoire suite à l'obtention d'un appel à candidature. Cela a permis l'ouverture, le 03 juin 2013, d'une nouvelle plateforme de répit sur le secteur de la Direction Territoriale de Roubaix-Tourcoing (voir après).

Les objectifs de la « Maison des Aidants » :

La MAISON DES AIDANTS a pour vocation d'offrir aux aidants familiaux un espace de convivialité, de répit, d'entretien de la vie sociale, d'activités de loisirs et de détente, des formations et un accueil ponctuel des personnes aidées.

La «MAISON DES AIDANTS a également pour mission de fédérer l'offre de répit proposée aux aidants familiaux par de multiples partenaires de la Métropole Lilloise, à lui donner davantage de lisibilité et d'ampleur, à mutualiser les moyens des acteurs du territoire et à compléter l'offre actuelle par des actions nouvelles dans un but de toucher davantage d'aidants et de leur apporter du soutien.

A ce titre, plusieurs partenaires sont à ce jour impliqués dans l'activité de la plateforme : les CLIC, les accueils de jour, les structures d'hébergement temporaire, les MAIA, le réseau Méotis, les réseaux et plateformes gérontologiques, les médecins traitants, France Alzheimer, les associations d'aidants, les CCAS, les services de soutien à domicile, les caisses de retraite, les responsables personnes âgées – personnes handicapées du Conseil Général du Nord....

Fonctionnement de la plateforme :

L'accueil des aidants familiaux se fait par :

- 1 ETP de psychologue (0,6 ETP en 2012, ce temps a donc été majoré)
- 0,4 ETP d'hôtesse aide-soignante
- 1 ETP de responsable coordinatrice (mutualisé avec la PFR de Roubaix-Tourcoing)

L'agencement de « La Maison des aidants » de la Métropole Lille permet d'accueillir :

- les aidants de manière individuelle
- ou en soutien collectif
- les aidés conjointement aux aidants
- ou de manière séparée grâce à la présence d'une aide soignante dédiée

Parallèlement à cet accueil principal à Lille, la psychologue de le MAISON DES AIDANTS peut proposer des entretiens suivant les besoins dans les différents CLIC ou à domicile lorsque l'aidant est dans l'impossibilité de se déplacer.

L'accueil du public s'effectue sur 4 plages différentes :

- mardi (14h / 17h)
- jeudi (14h / 19 h pour assurer l'accueil des aidants ayant une activité professionnelle)
- vendredi (14h / 17h)
- samedi (9h / 12h pour accueillir les aidants de malades jeunes qui travaillent encore ou les aidants qui habitent hors de la région et viennent pour le week-end rencontrer leurs parents dépendants sur la Métropole Lilloise)

A noter que les aidants peuvent également être accueillis sur rendez-vous en dehors de ces horaires. De plus l'équipe de la MAISON DES AIDANTS reste joignable par téléphone du mardi matin au samedi matin.

Activités 2013 :

→ Profil des aidants accompagnés

o Nombre d'aidants accompagnés :

Les aidants « accompagnés » sont les aidants ayant suivis au moins un entretien individuel ou une activité collective :

	2012	2013
Nombre d'aidants accompagnés	92	219
Nombre de nouveaux aidants	92	127
Nombre de sorties		39
Dont décès		10
Dont transferts		28
Dont entrée en EHPAD		1
Nombre de présents au 31/12	92	180

Au 31/12/13, 180 aidants composaient donc la file active (11 aidants inclus en moyenne chaque mois en 2013). De plus 117 aidants ayant uniquement passé un appel téléphonique reçoivent les différentes informations de la structure sans qu'ils n'y aient de dossier individuel créé.

o Age des aidants et lien avec l'aidé

- Age moyen des nouveaux aidants : 64 ans
- En réalité deux populations :
 - o Les conjoints avec une moyenne d'âge de 72,7 ans,
 - o Les enfants avec une moyenne d'âge de 55 ans.

D'autres liens aidant-aidé existent, sœur, petite-fille,...mais ils sont très minoritaires.

Sur les 223 aidants⁷ accompagnés en 2013 : 114 étaient les conjoints, 103 étaient les enfants, 6 avaient d'autres liens avec l'aidé.

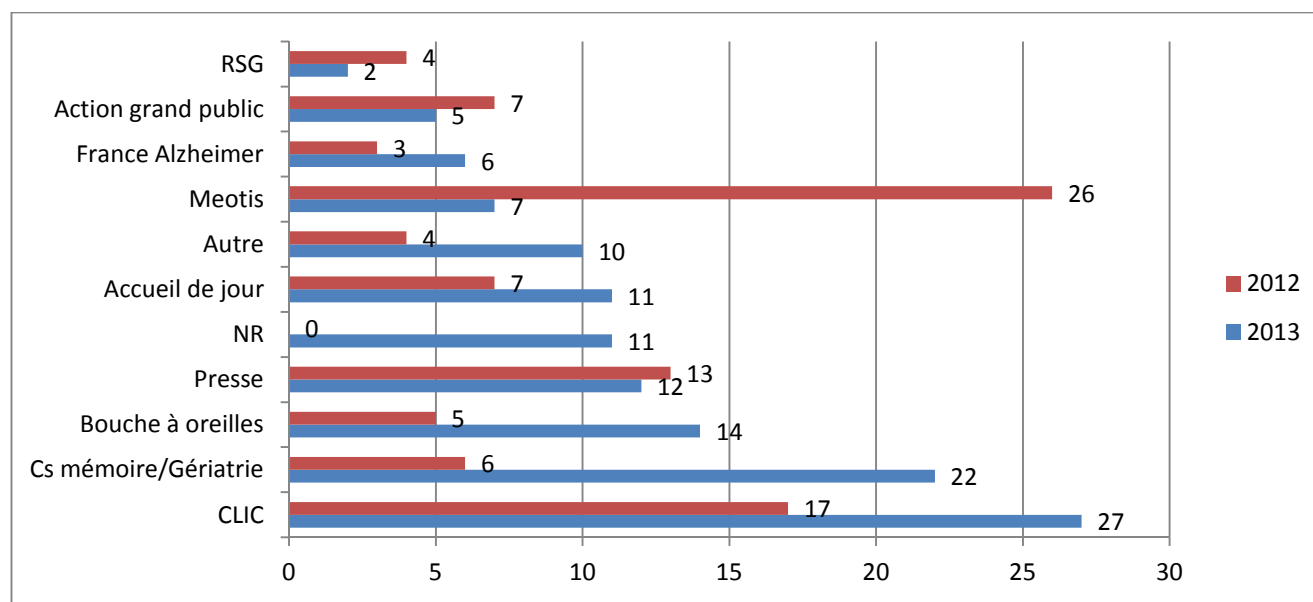
⁷ 4 aidants accompagnants 2 aidés

o Répartition hommes/femmes

- 170 aidants accompagnés sont des femmes, soit 78% du total des aidants,
- 49 aidants accompagnés sont des hommes, soit 22% du total des aidants.

Tout comme en 2012, il y a une majorité de femme parmi les aidants accompagnés.

o Orientation des aidants vers le MAISON DES AIDANTS comparaison 2012 / 2013



Source : ARS – DSEE – 2014 **Figure 80 : Origine des demandes vers la maison des aidants**

Alors qu'en 2012, MEOTIS était le pourvoyeur principal de la MAISON DES AIDANTS, c'est aujourd'hui les CLICS (21%) et les Cs mémoires et gériatrique (17%) qui orientent le plus. Comme le montre le graphique, l'orientation des aidants est donc variée.

o Motifs des premières demandes en 2013 :

- Soutien individuel pour 57 aidants
- Soutien au sens large (répit/structure) pour 21 aidants
- Soutien collectif pour 20 aidants
- Activité de loisirs pour 18 aidants
- Découverte MAM pour 11 aidants

Par rapport à 2012, d'avantage d'aidants s'autorisent à solliciter directement la plateforme pour du soutien individuel ou collectif

— Profil des aidés

o Nombre / sexe / âge des aidés accompagnés

- 215 aidés(8) dont 123 nouveaux
- 48% des aidés sont des hommes
- 52% des aidés sont des femmes
- Age moyen des aidés passe de 77 ans en 2012 à 79,4 ans en 2013
- Concernant les patients jeunes, il y a eu au total 22 depuis l'ouverture de la plateforme. Cependant au 31/12/2013, seuls 14 d'entre eux restent accompagnés : 6 ont suivi leur aidant sur la plateforme de Roubaix, 1 est décédé, 1 a vu son aidant orienté vers le CMP.

En tout 48 aidés différents ont été accueillis au cours de l'année 2013 pour 323 participations au total. Il faut néanmoins noter de grands écarts concernant ces participations, en effet, il y a 1 à 81 participations par aidé.

Les aidés sont accueillis 2 heures en moyenne à chaque fois. Il y a en général 1 à 5 aidants présents conjointement.

⁸ 4 des 219 aidants partagent le même aidé / 4 aidés étaient déjà décédés à l'arrivée de l'aidant / 4 aidants prennent en charge un 2^{ème} aidé

O Pathologie des aidés

La très grande majorité des aidés souffrent de la maladie d'Alzheimer (64%) ou apparentée (16%). Les autres pathologies sont autres pathologies neurologiques, des troubles fonctionnels, des cancers, des maladies génétiques, des troubles psychiatriques. 15 aidés étaient en cours de diagnostic en 2013.

→ Participation des aidants

Les missions de la MAISON DES AIDANTS ont été réparties selon 3 axes :

- Les entretiens individuels
- Le soutien collectif
- Les loisirs et le maintien social

O Les entretiens réalisés

- 41 aidants ont été reçus sans rendez-vous principalement par la psychologue
- 194 entretiens ont été réalisés par la coordinatrice
 - o 104 entretiens téléphoniques
 - o 89 entretiens dans les locaux de LA MAISON DES AIDANTS (dont 11 sans rendez-vous)
 - o 1 à domicile
- 203 entretiens ont été réalisés par la psychologue
 - o 45 entretiens téléphoniques
 - o 4 entretiens à domicile
 - o 129 entretiens dans les locaux de LA MAISON DES AIDANTS
 - o 25 dans les CLICs du territoire
- 1 entretien réalisé par l'aide soignante

O Les activités proposées

- 8 activités de « soutien collectif »

- o Le groupe d'entraide dénommé « truc et astuces du quotidien », les thématiques sont parfois à l'initiative des aidants eux-mêmes
- o Les informations grand public
- o Le groupe de parole « fermé », proposé sur 6 mois et a réuni 8 résidents de manière régulière
- o Les formations des aidants familiaux
- o Un groupe de parole financé par le CLIC RESPA
- o Les ateliers diététiques
- o Les visites de l'accueil de jour
- o Les informations juridiques

Les activités les plus plébiscitées ont été : les séances d'informations juridiques, les formations et les groupes de paroles.
Les visites collectives d'accueil de jour n'ont quant à elles attirées que peu de monde.

- 6 activités de « loisir et lien social pour l'aidant »
 - o Le Qi gong permettant le renforcement musculaire et l'acquisition de techniques respiratoires
 - o Atelier d'initiation à l'informatique
 - o Les jeux de société
 - o La sophrologie
 - o La socio-esthétique
 - o Atelier Art Plastiques, cette activité sera suspendue en 2014 faute à un manque de financements et de participants
- 4 activités de « loisir et lien social pour le couple aidant-aidé »
 - o 14 rencontres conviviales
 - o Le chant-choral
 - o Les sorties loisirs
 - o Un séjour de vacances

1.2 Activité 2013 Alzheimer – Rapport d'activité de la « Maison des Aidants » de Métropole Roubaix Tourcoing

La plateforme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux la "Maison des Aidants – Métropole Roubaix Tourcoing" a été créée le 03 décembre 2012, par décision du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais, dans le cadre d'un appel à candidature. La Maison des Aidants est gérée par l'Association du Centre Féron-Vrau, association sans but lucratif, déjà gestionnaire de la MAISON DES AIDANTS Métropole Lille. Ouverte le 3 juin 2013, elle a été inaugurée le 11 octobre de cette même année.

Les objectifs de la « Maison des Aidants » Roubaix Tourcoing :

Les objectifs de cette MAISON DES AIDANTS sont les même que sont homologues de Métropole Lille.

A ce titre, plusieurs partenaires sont à ce jour impliqués dans l'activité de la plateforme : les CLIC, les accueils de jour, les centres hospitaliers, les structures d'hébergement temporaires, les MAIA, le réseau MEOTIS, les associations locales (comme Roubaix Alzheimer), les CCAS, les services de soutien à domicile, les caisses de retraites, les responsables pôle autonomie du Conseil Général du Nord...

Fonctionnement de la plateforme :

L'accueil des aidants familiaux se fait par :

- 0,8 ETP de psychologue
- 0,5 ETP d'hôtesse aide-soignante
- 1 ETP de responsable coordinatrice (mutualisé avec la PFR de Métropole Lille)

L'agencement de « La Maison des aidants » de Roubaix Tourcoing permet d'accueillir :

- les aidants de manière individuelle
- ou en soutien collectif
- les aidés conjointement aux aidants
- ou de manière séparée grâce à la présence d'une aide soignante dédiée

Parallèlement à cet accueil, la MAISON DES AIDANTS est présente sur tout le territoire grâce aux consultations et aux groupes de parole animés par la psychologue.

L'accueil du public s'effectue sur 4 plages différentes :

- lundi (14h / 17h)
- vendredi (14h / 17h)
- samedi (journée complète, permet de proposer des « vacances à la journée » et la prise du déjeuner en commun)
- Les mardis et jeudis après-midi sont consacrés aux activités

A noter que les aidants peuvent également être accueillis sur rendez-vous en dehors de ces horaires. De plus l'équipe de la MAISON DES AIDANTS reste joignable par téléphone du lundi au vendredi de 9h30 à 17h30.

Activités 2013 :

→ Profil des aidants accompagnés

o Nombre d'aidants accompagnés :

Les aidants « accompagnés » sont les aidants ayant suivis au moins un entretien individuel ou une activité collective :

	2013
Nombre d'aidants accompagnés	108
Nombre de nouveaux aidants	108
Nombre de sorties	7
Dont décès aidés	4
Dont à l'initiative de l'aidant	2
Dont entrée en EHPAD	1
Nombre de présents au 31/12	101

Au 31/12/13 101 aidants composaient donc la file active. De plus 99 aidants ayant uniquement passé un appel téléphonique reçoivent les différentes informations de la structure sans qu'ils n'y aient de dossier individuel créé.

o Age des aidants et lien avec l'aidé

- Age moyen des nouveaux aidants : 65 ans
- En réalité deux populations :
 - o Les conjoints avec une moyenne d'âge de 74 ans
 - o Les enfants avec une moyenne d'âge de 54,5 ans

D'autres liens aidant-aidé existent, nièce, petite-fille,...mais ils sont très minoritaires.

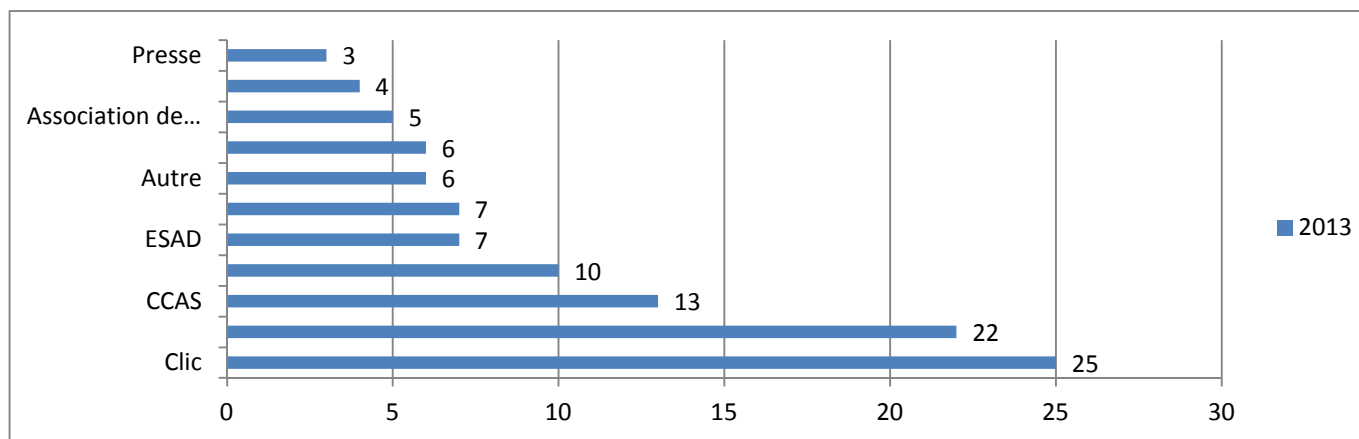
Sur les 108 aidants accompagnés en 2013 : 55 étaient les conjoints, 48 étaient les enfants, 5 avaient d'autres liens avec l'aidé.

o Répartition hommes/femmes

- 87 aidants accompagnés sont des femmes, soit 81% du total des aidants
- 21 aidants accompagnés sont des hommes, soit 19% du total des aidants

Il y a une majorité de femme parmi les aidants accompagnés.

o Orientation des aidants vers le MAISON DES AIDANTS 2013



Source : ARS – DSEE – 2014 **Figure 81 : Origine des orientations vers la maison des aidants**

Les pourvoyeurs principaux de LA MAISON DES AIDANTS Roubaix Tourcoing sont le CLIC et MAISON DES AIDANTS Métropole Lille. L'orientation des aidants est variée.

o Motifs des premières demandes en 2013 :

- Soutien collectif pour 40 aidants
- Découverte MAM pour 26 aidants
- Soutien psychologique individuel pour 21 aidants
- Soutien administratif pour 14 aidants
- Activités de loisirs pour 7 aidants

➤ Profil des aidés

o Nombre / sexe / âge des aidés accompagnés

- 101(9) personnes aidées
- 49% des aidés sont des hommes
- 51% des aidés sont des femmes
- Age moyen des aidés est de 79 ans en 2013

En tout 63 aidés différents ont été accueillis au cours de l'année 2013 pour 323 participations au total. Il faut néanmoins noter que certaines personnes ont profité de cette opportunité une seule fois, d'autres jusqu'à 6 fois.

Les aidés sont accueillis en moyenne 2h. Il y a en général 1 à 3 aidés présents simultanément.

o Pathologie des aidés

La très grande majorité des aidés souffrent de la maladie d'Alzheimer (64 aidés) ou apparentée (18 aidés). Les autres pathologies sont des autres pathologies neurologiques, des troubles fonctionnels, des troubles psychiatriques. 7 aidés étaient en cours de diagnostic en 2013.

⁹ 8 bénéficient du soutien de 2 aidants

→ Participation des aidants

o Les entretiens individuels

- 9 entretiens ont été réalisés par la coordinatrice
 - o 6 entretiens téléphoniques
 - o 3 entretiens dans les locaux de LA MAISON DES AIDANTS, 2 à Lille, 1 à Roubaix
- 71 entretiens ont été réalisés par la psychologue
 - o 1 dans les locaux d'un EHPAD partenaire
 - o 3 rendez-vous n'ont pas été honorés par les aidants
 - o 7 entretiens téléphoniques
 - o 5 entretiens au CLIC de Roubaix, 3 au CLIC de Tourcoing
 - o 12 entretiens à domicile
 - o 40 entretiens dans les locaux de la Maison des Aidants ; 2 aidants sont venus accompagnés de leur proche qui a été accueilli par l'aide-soignante

o Les activités proposées

- 5 activités de « soutien collectif »
 - o Les formations des aidants familiaux
 - o Les groupes d'entraide « trucs et astuces »
 - o Le groupe de partage
 - o Les séances d'informations collectives
 - o Le temps d'échanges pour les aidants de malades jeunes

Les activités les plus plébiscitées ont été : les séances d'informations juridiques, les formations et les groupes de paroles.

Les visites collectives d'accueil de jour n'ont quant à elles attirées que peu de monde.

- 3 activités de « loisir et lien social pour l'aidant »
 - o L'atelier d'initiation à l'informatique
 - o Les séances de sophrologie
 - o L'atelier détente et bien être

- 7 activités de « loisir et lien social pour le couple aidant-aidé »
 - o L'atelier Loisirs créatifs
 - o Les journées détente
 - o Les séances d'art-thérapie
 - o 2 séances « comme au cinéma »
 - o 2 rencontres conviviales et 5 accueils libres
 - o Le chant-choral

1.3 Activité 2013 Alzheimer – Rapport d'activité de la « Maison des Aidants » de la PFR Centre Hospitalier du Ternois – Saint Pol sur Ternoise

Les objectifs de la plateforme :

Cette plateforme est destinée aux aidants soutenant un proche de plus de 60 ans présentant une MAMA ou une perte d'autonomie. Elle permet également d'aider les aidants des malades Alzheimer de moins de 60 ans.

Fonctionnement de la plateforme :

Les locaux de la plateforme se trouvent dans l'enceinte du CH du Ternois dans les locaux de l'Association Gériatrique du Ternois.

Au sein de cette plateforme, on retrouve : un coordonnateur, une assistante de coordination, une assistante de soins en gériatrie, un psychologue, un médiateur familial.

L'accueil des aidants familiaux, des professionnels et des différents partenaires se fait par le coordonnateur ou l'assistante de coordination. Cet accueil est permis par une permanence :

- Du lundi au jeudi (8h30 / 17h)
- vendredi (8h30 / 16h)
- des visites à domicile, sur rendez-vous, peuvent être prévues

De plus la plateforme dispose d'un accueil téléphonique, d'une adresse mail et d'un site internet.

Elle dispose de plusieurs outils afin d'assurer son fonctionnement (plaquette, fiche de contact, contrat de répit,...) ainsi qu'un pôle de documentation.

Activités 2013 :

o Comparatif global entre 2012 et 2013

	2012	2013
Personnes aidantes	47	100
Personnes venues à la PFR	33	63
Appels téléphoniques	89	907
Répît au domicile	272 h	993 h
Visite au domicile	19	58
Nombres de personnes ayant sollicitées plusieurs fois la PFR	40	58

Ainsi en 2013, il y a eu 100 aidants accompagnés au sein de la plateforme d'accompagnement et de répît.

o Age des aidants et lien avec l'aidé

- Age moyen des aidants : 65 ans

Tranche d'âge	30-39 ans	40 et 49 ans	50 et 59 ans	60 et 69 ans	70 et 79 ans	80 et 89 ans	90 ans et plus
Nombres d'aidants	5	5	23	24	20	22	1

Le nombre d'aidant se répartit de manière homogène entre 50 et 89 ans. Il y a très peu d'aidants de 49 ans et moins et très peu d'aidants de 90 ans et plus. Sur les 100 aidants accompagnés : 44 (44%) aidants sont des enfants ou beaux-enfants et 52 (52%) aidants sont les conjoints. D'autres liens aidants-aidés existent au sein de cette plateforme, mais ils sont minoritaires : nièce, petite-fille, amie.

La plateforme précise que :

- 42 aidants sont toujours en activités,
- 52 aidants sont retraités.

o Répartition hommes/femmes

- 76 aidants accompagnés sont des femmes, soit 76% du total des aidants
- 24 aidants accompagnés sont des hommes, soit 24% du total des aidants

Il y a une majorité de femme parmi les aidants accompagnés.

➤ Profil des aidés

○ Nombre / âge des aidés accompagnés / Pathologie

- 86 personnes aidées,
- Age moyen des personnes aidées est de 79 ans,
- La très grande majorité des aidés souffrent de la maladie d'Alzheimer (47 aidés). Il y a également des aidés en perte d'autonomie (25 aidés) et des maladies apparentées à Alzheimer (14 aidés).

➤ Participation des aidants

- La plateforme organise pour les aidants du répit à domicile
- Les activités

- Les activités d'écoute et de soutien

- Atelier des aidants avec une psychologue
- La formation des aidants familiaux – sur 5 demi-journées
- La visite à domicile
- Le groupe de parole « apporter du soutien »
- Les ateliers créatifs du lundi
- Soutien psychologique individuel

- Les activités culturelles et de loisirs

- Sortie à Belval
- Sortie au musée du Louvre-Lens
- Sortie au jardin de Marie Ange
- Sortie au marché de Noël d'Amiens
- Séances de Qi Gong – 1 fois par mois

1.4 Activité 2013 Alzheimer – Rapport d'activité du « Relais des Aidants » de la PFR Centre Hospitalier de Béthune

Le Relais des aidants, plateforme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux de l'Artois a ouvert le 6 décembre 2012.

Les objectifs de la plateforme :

Par la mise en place de cette plateforme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux, l'objectif du Centre Hospitalier de Béthune – Beuvry était de renforcer la coordination des professionnels de santé dans l'accompagnement des patients et de leur famille. Le Relais a pour objectif l'accueil de tous les aidants naturels et ce sans conditions d'âge :

- Les aidants de personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie cognitive et/ou fonctionnelle
- Les aidants de personnes de moins de 60 ans souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, diagnostiquées ou en cours de diagnostic
- Le couple aidant/aidé dont le lieu de résidence se situe sur le territoire couvert par le Relais des Aidants
- Les aidants dont le proche est entré en institution, ou récemment décédé.

Fonctionnement de la plateforme :

L'accueil des aidants familiaux se fait par :

- 1 ETP infirmière coordinatrice, elle est la première sollicitée
- 0,5 ETP assistante de Soins en Gériatrie, son temps a été augmenté à 1 ETP car les besoins ont augmenté, elle organise la disponibilité de l'aidant en prenant en charge l'aidé
- 0,3 ETP psychologue (depuis le 1er mars 2014)
- Une neurologue qui assure la coordination de la plateforme

La plateforme le « Relais des Aidants » se trouve dans l'enceinte du Centre Hospitalier de Béthune – Beuvry dans un local, proche du Centre de la Mémoire, dans le hall d'accueil des Explorations Fonctionnelles. A noter qu'il n'est pas nécessaire d'entrer dans les locaux du Centre Hospitalier pour accéder à cette plateforme.

Le Relais des Aidants couvre le territoire de l'Artois. C'est le territoire le plus important du Pas-de-Calais en termes de population.

Le Relais des Aidants est ouvert au public tous les après-midis, du lundi au vendredi, de 13h30 à 16h30. De plus l'équipe est joignable par téléphone du lundi matin au vendredi soir, ainsi que par adresse mail.

En dehors de ces horaires, les aidants peuvent être accueillis avec ou sans rendez-vous dès lors qu'un membre de l'équipe est disponible. Lorsque l'aidant est dans l'impossibilité de se déplacer, un membre de l'équipe du Relais des Aidants se déplace au domicile de cet aidant.

Activités 2013 :

→ Profil des aidants accompagnés

o Nombre et sexe des aidants accompagnés :

	2012	2013
File-active aidants	19	151

Parmi ces 151 personnes suivies 39 (26%) sont des hommes et 112 (74%) sont des femmes. Au sein du Relais des Aidants les aidants sont majoritairement des femmes.

o Ages des aidants accompagnés

Tranche d'âge	Nombre d'aidants
18-60 ans	63
61-80	64
80 ans et plus	24

→ Profil des aidés accompagnés

o Nombre et sexe des aidés accompagnés :

	2012	2013
File-active aidants	4	42

o Ages des aidants accompagnés

Tranche d'âge	Nombre d'aidants
18-60 ans	4
61-80	16
80 ans et plus	22

→ Participation des aidants

o Mission de soutien psycho-social

- Entretien individuel
- Actions d'informations, d'écoute, de conseils, de soutien des aidants

o Développement d'actions d'éducation thérapeutique

- Formations spécifiques sur la Maladie d'Alzheimer
- Une autre formule d'éducation thérapeutique est en ce moment en cours d'évaluation, il s'agit de goûter-rencontres permettant un contact entre aidants familiaux et aidants professionnels

o Développement d'actions de répit

- Activités axées sur le mieux-être
- Détente et relaxation
- Ateliers de socio-esthétique

o Activités de loisirs et de sorties

- Loisirs et sorties
- Séjours de répit

o Développement de formules innovantes de répit

- Développer des prestations à la journée ou à la demi-journée. Une réflexion est engagée afin de développer cette nouvelle prestation

Le Relais des Aidant a fonctionné 48 semaines sur l'année 2013.

2.1 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 sous forme d'atelier d'« information-sensibilisation » 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 de mobiliser les ressources internes et externes afin de construire un projet de vie avec le malade, tout en se préservant* ». Le cahier des charges indique que cette action de formation s'adresse aux aidants qui viennent en aide, pour les activités de la vie quotidienne, à titre non-professionnel, en partie ou totalement, à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie apparentée.

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, les aides, l'accompagnement, communiquer et comprendre, et être « l'aidant principal ».

2.2 Etat 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 formation des aidants. En 2011, la poursuite du déploiement de cette mesure a été confiée aux Agences Régionales de Santé et depuis, 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.

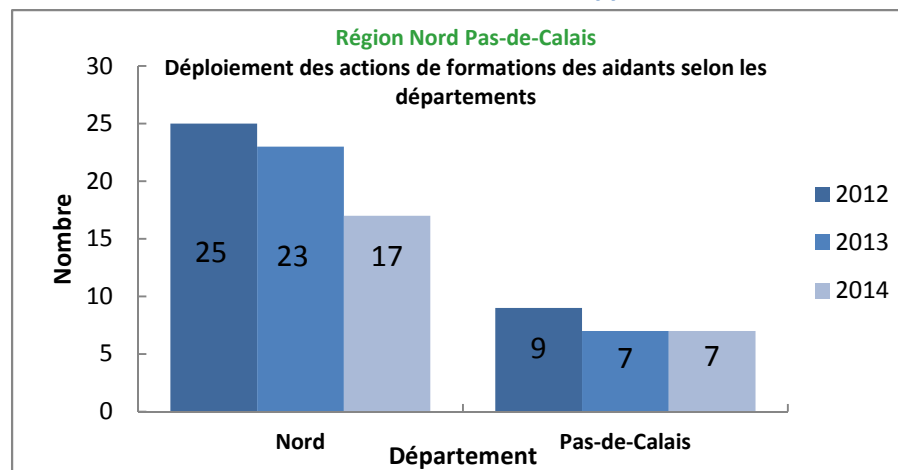
Lors de l'appel à candidatures de 2011, 34 actions de formation ont été retenues et financées par l'ARS pour une mise en place en 2012. En 2012, 30 actions de formation ont été retenues pour une réalisation en 2013 et 24 actions de formation ont été retenues en 2013 pour une mise en œuvre au cours de l'année 2014.

2.3 Méthodologie

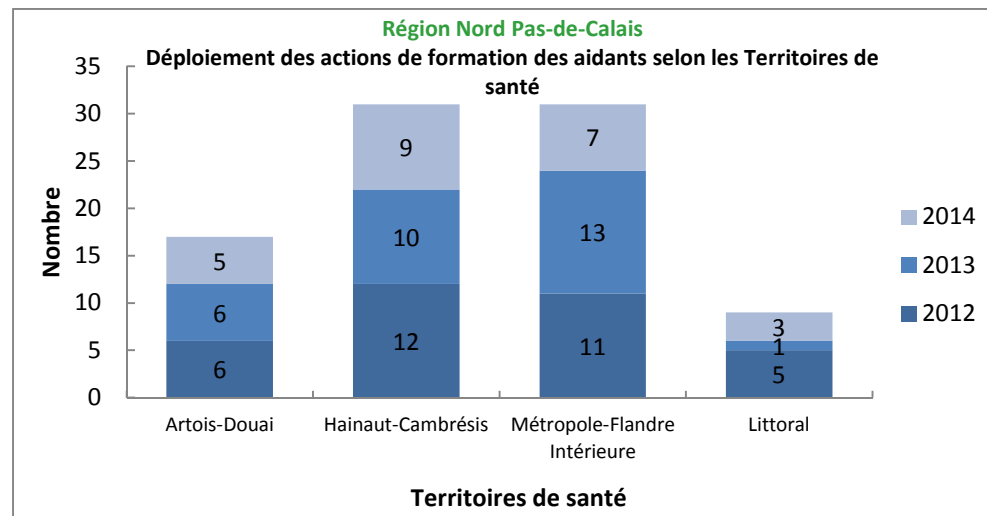
Cette analyse a été effectuée sur la base des bilans des actions de formation mises en place sur l'année 2013. Plus précisément, sur un total de 30 actions retenues et financées par l'ARS, 26 ont été réalisées : 2 actions n'ont pas pu être exploitées en raison de la cessation d'activité du porteur et 2 autres actions sont mises en place courant 2014.

Parmi les 26 actions de formations réalisées, seulement 24 ont été retenues pour l'étude. Les bilans de 2 actions de formation ont été exclus de l'analyse en raison de données incomplètes.

Déploiement selon les départements, les Territoires de santé selon les résultats d'appels à candidature

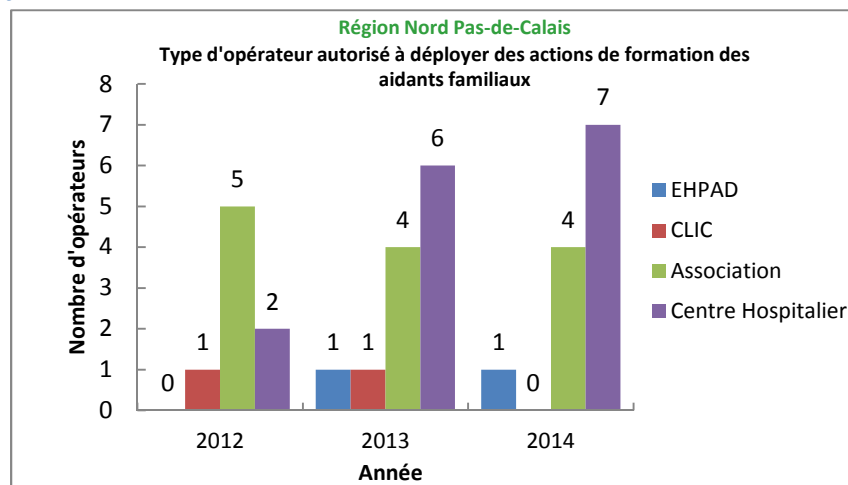


Les actions de formation des aidants familiaux autorisées sont principalement déployées dans le département du Nord (soit 65 actions sur 88 en total) et dans une moindre mesure dans le Pas-de-Calais (soit 23 actions sur 88 en total).



Depuis 2012, les **territoires de santé** Métropole-Flandre Intérieur et Hainaut-Cambrésis ont eu un avis favorable au déploiement d'un plus grand nombre d'actions de formation (31 actions chacun). Ensuite, l'Artois-Douaisis a pu déployer un total de 12 actions et 5 prévues en 2014, tandis que le Littoral se positionne en dernière place avec seulement 9 actions de formation dont 1 en 2013 et 3 prévues cette année.

Etude selon le type de porteur de projet



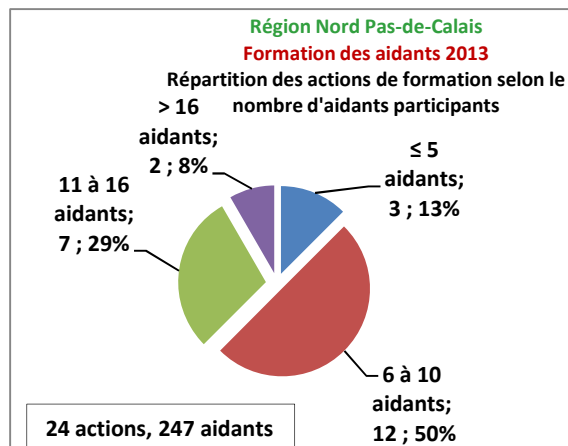
Dans la région, les opérateurs ayant développé des actions de formation sur 2012 était principalement des Associations (soit 5 opérateurs sur 8). En 2013, et pour celles prévues sur 2014, ce sont essentiellement les Centres Hospitaliers qui réalisent les actions de formation des aidants familiaux (soit 13 opérateurs sur 24), c'est-à-dire un total de 12 actions de formations en 2013, et 11 prévues en 2014. On peut aussi noter l'absence de réalisation d'actions de formation par les CLIC sur 2014.

2.4 Analyse des données des bilans d'activité 2013

2.4.1 Données sur la formation

Au total, 247 aidants ont participé aux 24 actions de formation retenues pour cette étude. Cela fait en moyenne 10 aidants par action (10.29).

Si cette moyenne correspond aux critères prévus par le cahier des charges, il existe une variation significative du nombre d'aidants participants entre les différentes actions mises en place.



Ainsi, si 9 ont pu mobiliser plus de 11 aidants, pour 12 actions la file active a été de 6 à 10 aidants et pour 3 autres actions elle a été inférieure ou égale à 5 aidants. Par ailleurs, une action a réussi à mobiliser 24 aidants en sachant que ceux-ci ont choisi de venir aux modules qui les intéressaient le plus (en moyenne 8 à 17 aidants par module) et donc de ne pas assister à la totalité du programme proposé.

Le cahier des charges prévoit que la file active pour une session de formation doit être de minimum 10 aidants, mais que la constitution des groupes peut varier de 8 à 15 aidants.

Pour certaines actions de formation, il subsiste un écart important entre le nombre d'aidants inscrits et celui des aidants participants. Les raisons principalement mentionnées sont relatives aux problèmes de santé de l'aidant ou de l'aidé, aux difficultés de transport pour venir à la formation et à l'absence d'une solution d'accompagnement du proche malade pendant la formation de l'aidant principal.

On note également une variation importante du nombre de séances de formation réalisées qui oscille entre 3 et 10 selon l'action. De ce fait, l'intervalle de temps accordé pour la réalisation de l'action varie également de manière significative. Pour les 24 actions étudiées, l'intervalle de temps entre la première et la dernière séance de formation varie d'1 à 11 mois. Même si la plupart des actions de formation ont duré entre 2 et 4 mois, plusieurs ont été organisées dans un intervalle plus large, de respectivement 6, 7, 9 et 11 mois.

La durée des séances de formation est également variable selon les actions réalisées. Dans la plupart des cas, les séances ont duré entre 1h30 et 3 heures. Les principaux lieux de réalisation des actions de formation ont été les Centres Hospitaliers, les EHPAD et les PlateFormes de Répit.

L'assiduité des aidants a également été très variable selon les actions réalisées. Si de manière générale et d'un point de vue quantitatif, on note une présence variable, voire même une diminution progressive du nombre d'aidants participants au fur et à mesure de la réalisation des séances, d'un point de vue qualitatif, on note une progression de la satisfaction des aidants à travers leur participation aux différents modules de formation.

Le bilan de 9 actions indique une demande importante de suivi de la part des aidants participant aux actions de formation. Ainsi, certains opérateurs ont envisagé des modalités d'accompagnement spécifiques afin de poursuivre le soutien aux aidants apporté à travers la formation. Plusieurs solutions ont été envisagées, comme par exemple des groupes de réflexion de type « café des aidants », des groupes de parole au sein des associations, des rencontres mensuelles dans des EHPAD ou des prestations au sein des plateformes de répit (entretiens individuels de soutien psychologique ou aide aux démarches administratives).

Un opérateur indique que les aidants participants ont proposé la réalisation d'un module complémentaire au sujet de la fin de vie de la personne aidée.

Difficulté à mobiliser les aidants

Plusieurs opérateurs ont fait part de leur difficulté à mobiliser les aidants. Selon les bilans d'activité, les actions qui ont réuni le plus grand nombre de participants sont celles réalisées de manière conjointe avec d'autres acteurs de terrain qui ont un rôle direct auprès des aidants ou auprès du couple aidant-aidé (plateformes de répit, CLIC, associations, consultations mémoire, EHPAD, accueils de jour). Le partenariat concerne non seulement la communication du projet auprès des aidants, mais également l'identification des possibles intervenants et la mutualisation des ressources, par exemple la mise à disposition d'un moyen de transport adapté, d'un espace repérable et facile d'accès pour les aidants ou d'une solution d'accompagnement de la personne aidée durant la formation.

Les principaux freins identifiés lors de la mobilisation des aidants en amont et au cours des actions de formation sont relatifs à la mobilité, à l'état de souffrance ressenti par l'aidant et à la prise en charge du malade durant la formation.

Difficultés à mobiliser les intervenants

Ces difficultés concernent d'une part, la mobilisation d'un *intervenant aidant-témoin* qui partage son expérience auprès des aidants participants à la formation. En raison des situations difficiles liées notamment à un problème de santé, à l'institutionnalisation ou au décès du proche, plusieurs interventions des aidants n'ont pas pu être réalisées.

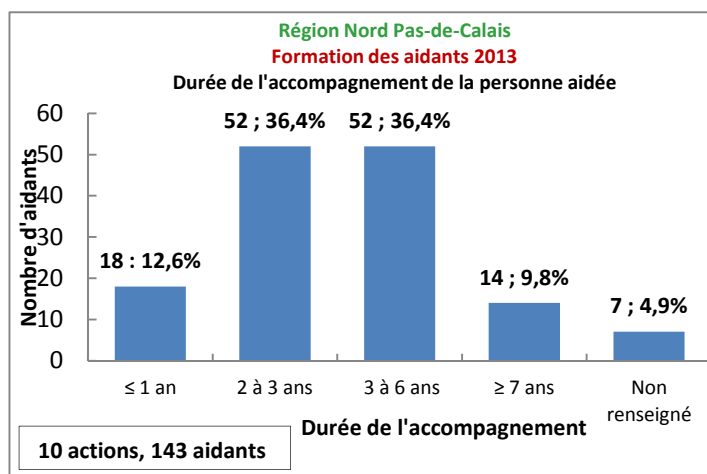
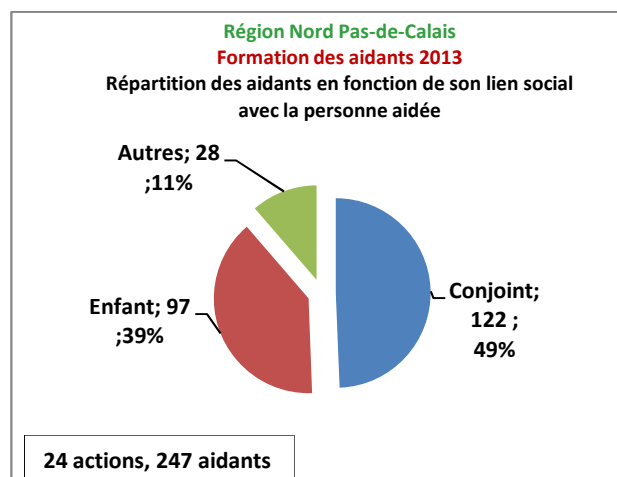
D'autre part, des difficultés ont été rencontrées lors de la mobilisation des *intervenants professionnels extérieurs*, en particulier des médecins spécialistes libéraux (neurologues et gériatres)..

2.4.2 Données concernant les aidants

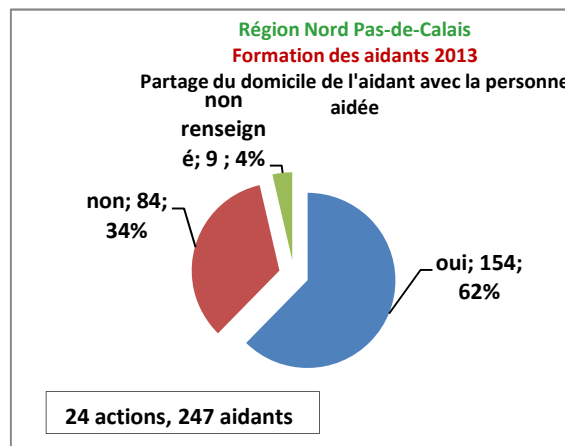
Le cahier des charges prévoit que l'action de formation doit constituer une offre de proximité et s'inscrire dans une logique de partenariat avec les acteurs du territoire, afin de permettre aux aidants les plus isolés de bénéficier de cette prestation. La plupart des opérateurs a réalisé la communication et

l'information auprès des aidants en partenariat avec d'autres acteurs : EHPAD, CLIC, Centres Hospitaliers, MAIA, Services de soins et d'aide à domicile, Associations, etc.

L'orientation des aidants vers les actions de formation s'est faite principalement par les Centres Hospitaliers (24%), les CLIC (19%) et les « autres » acteurs (25%). Ces derniers sont des membres de la famille, des aidants, le réseau Méotis, les CCAS, les SSIAD, la MSA. La presse locale a également été citée à plusieurs reprises en tant que point d'information et d'orientation vers ce type d'action.



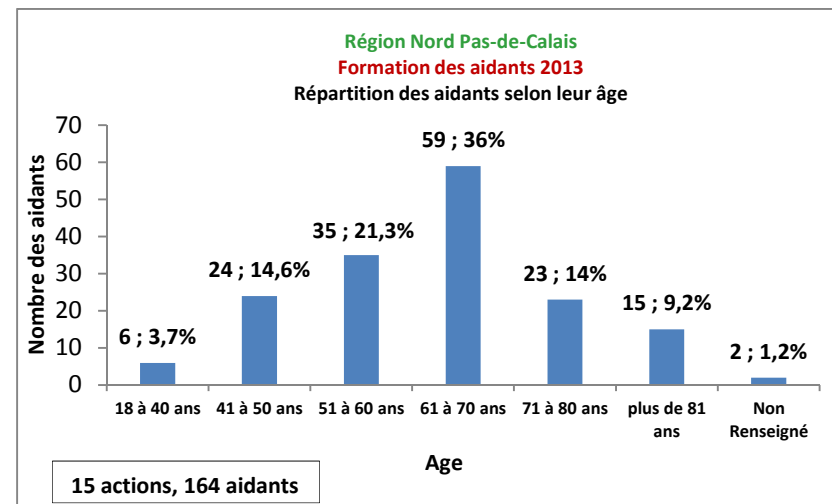
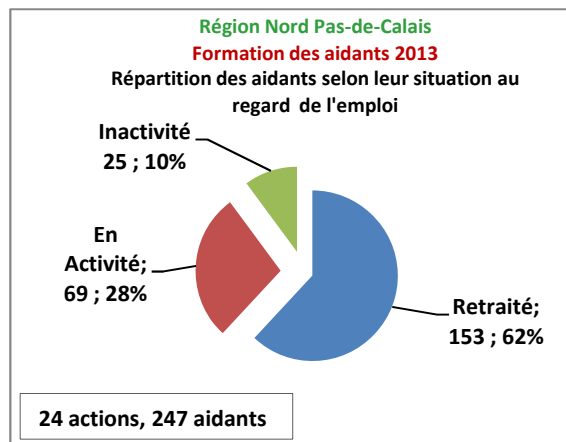
Les aidants participant aux actions de formation sont principalement des femmes (72%) et la majorité des aidants sont des conjoints (50%) et des enfants (39%). Les « autres » aidants (11%) sont des frères et sœurs, des petites enfants, des gendres, des nièces ou des amis de la personne aidée. Dans la majorité des cas (62%), les aidants participants aux actions de formation partagent leur domicile avec la personne aidée : aidants conjoints et enfants principalement.



Pour la majorité des aidants participant aux actions de formation, cela fait 2 à 6 ans qu'ils accompagnent la personne aidée. 49% des aidants accompagnent leur proche malade depuis moins de trois ans. Pour 9.8% des aidants, la durée d'accompagnement est supérieure à 7 ans.

Les aidants sont majoritairement des retraités (62%), 28% sont en activité et 9% sont en inactivité (hors retraite).

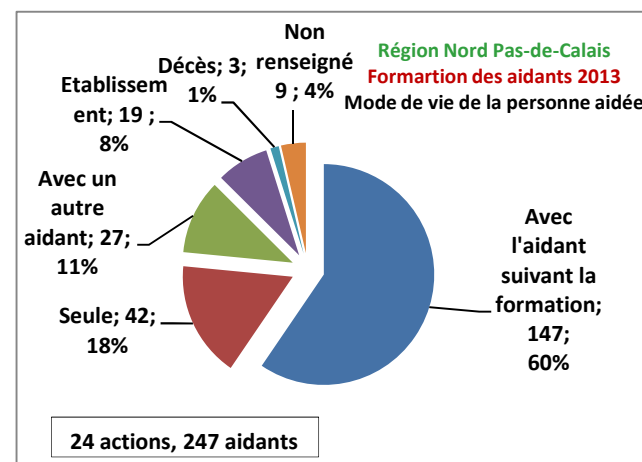
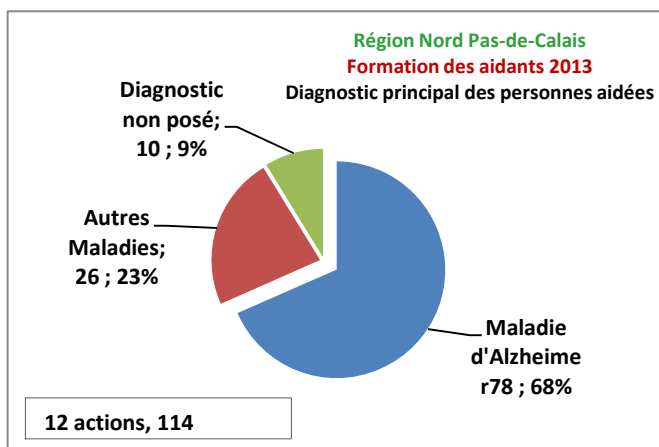
Un aidant sur 3 (soit 36%) participant aux actions de formation est âgé de 61 à 70 ans (conjoints de la personne aidée principalement). Les aidants de moins de 60 ans (principalement des enfants et petits-enfants) participent à hauteur de 40% (39.6).



2.4.3 Données concernant la personne aidée

62% des personnes aidées vivent avec l'aidant qui a suivi la formation, 18% vivent seules, 11% vivent avec un autre aidant et 8% bénéficient d'un accompagnement permanent dans un établissement (EHPAD, UHR, hôpital, etc.). Pour trois aidants ayant suivi la formation, le proche aidé est décédé.

Pour la majeure partie des aidants (68%), le proche aidé est atteint de la maladie d'Alzheimer. Un seul porteur a renseigné l'information concernant le type des autres maladies ou apparentées (23%) : les démences à Corps de Lewy, le syndrome de Korsakoff et le syndrome de Benson.



Les témoignages des aidants mettent en évidence leur satisfaction vis-à-vis de la formation à laquelle ils ont participé et soulignent l'intérêt de ce type d'action.

Pour les aidants, les principales contributions de cette formation sont l'amélioration des connaissances au sujet de la maladie et de ses retentissements sur le comportement du malade, l'apprentissage des nouvelles attitudes à adopter dans l'accompagnement du malade et le renseignement sur les différents services et aides dont ils peuvent bénéficier.

3 LA MESURE 4 DU « PLAN ALZHEIMER 2008-2012 » RELATIVE A LA LABELLISATION SUR TOUT LE TERRITOIRE DE MAIA

3.1 Généralité sur les MAIA :

La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie ou présentant des troubles cognitifs nécessite de multiples interventions, réalisées par des professionnels de différents domaines : sanitaire, médico-social et social. Afin de mieux articuler ces différentes interventions, le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en place de dispositifs MAIA. Ces MAIA développent un processus d'intégration des partenaires au sein d'un « guichet unique », de plus elles mettent en place un service de gestion des cas complexes pour les personnes vivant à domicile.

La population concernée est celle des personnes atteintes de MAMA et plus largement celle des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. L'équipe est formée d'un pilote et de deux à trois gestionnaires de cas formés à un DIU spécifique.

3.2 Etat des lieux dans la région:

Le déploiement des MAIA dans la région a débuté en 2009 ; la région ayant été retenue pour expérimenter ce type de dispositif. La généralisation du dispositif a commencé en 2011. En 2013 un total de 13 MAIA a été autorisé. Ce nombre sera de 16 pour l'année 2014 soit plus de 94% de l'objectif de l'ARS NPdC qui est de 17 MAIA sur l'ensemble de la région.

3.3 Méthodologie:

L'analyse de l'activité 2013 des dispositifs MAIA s'est effectuée principalement sur la base de deux outils :

- La fiche d'indicateurs
- Le rapport annuel d'étape

En 2013 :

- Seules les 10 premières MAIA sont opérationnelles
- Sur ces 10 MAIA, seules 6 ont effectué leur activité d'intégration et de gestion de cas durant l'année complète
- Les 4 autres MAIA ont commencé leur activité de gestion de cas entre mai et octobre 2013
- Les MAIA créées en 2013 et 2014 n'intègrent pas cette étude

La mise en œuvre d'une MAIA suit le cours de trois phases spécifiques :

- L'implantation de la concertation et la création du guichet intégré
- Le lancement de la gestion de cas

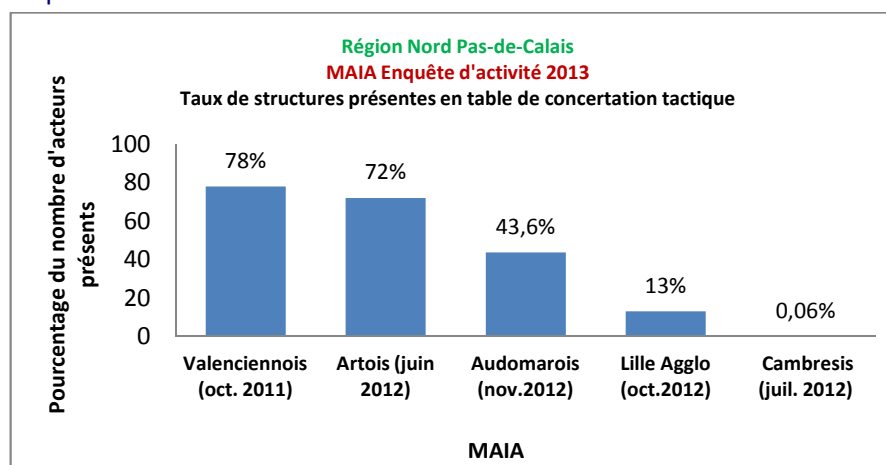
- L'obtention du label « qualité MAIA »

3.4 Analyse des données d'activité:

→ Tables de concertation stratégiques

Les tables de concertations réunissent les acteurs, financeurs et décideurs de la planification et du réajustement de l'offre de services sur le territoire. Elles sont composées de responsables d'établissement et de services ainsi que des professionnels de santé libéraux du territoire :

- Pour les 10 MAIA, la table tactique a été organisée de une à quatre fois dans l'année.
- 5 MAIA ont transmis le taux d'acteurs présent à ces tables de concertations :

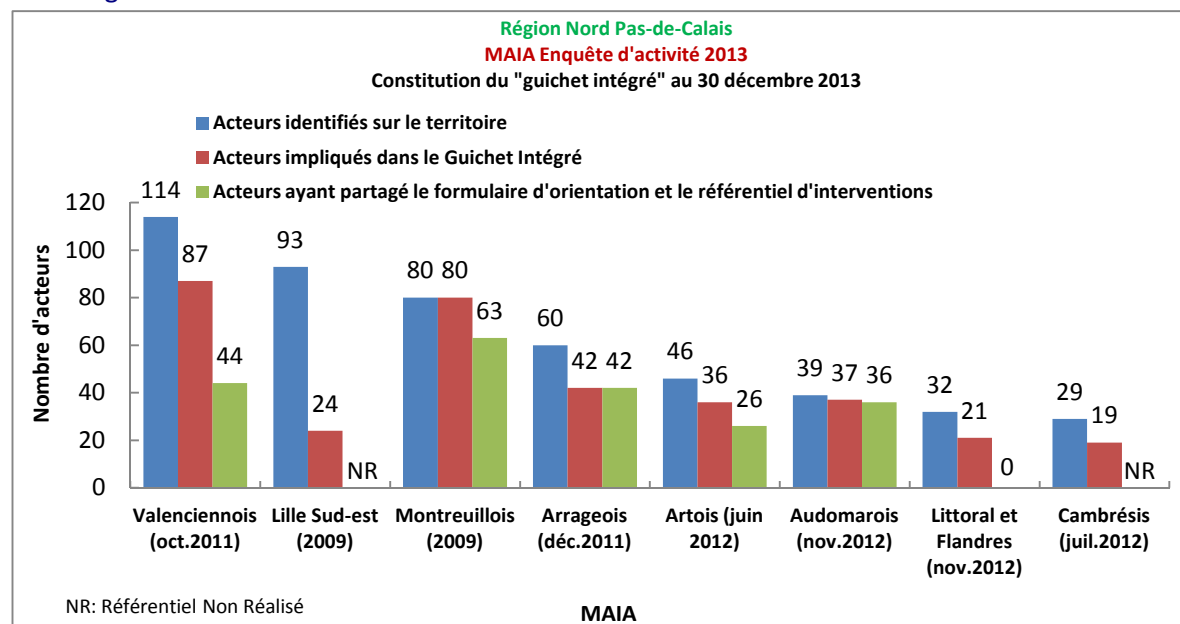


Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 82 : Taux de structures présentes e table de concertation tactique**

Il y a une grande disparité entre les MAIA quant au taux de participation des différents acteurs. Alors que la MAIA du Valenciennois déclare près de 80% d'acteurs présents, la MAIA du Cambrésis n'en déclare que 0,06%.

→ Guichet intégré

Afin de simplifier l'ensemble des démarches, d'accès aux soins, aux aides, aux services d'accompagnement, mais également de repérer de manière plus efficace les situations complexes, les MAIA mettent en place un processus d'intégration des acteurs locaux au sein d'un guichet unique. Le graphique suivant met en relief l'état de la constitution du guichet intégré au 30 décembre 2013 de 8 MAIA. :



Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 83 : Constitution du « guichet intégré »**

Cette intégration au « guichet unique » et sa logique de coresponsabilité implique un changement des pratiques pour les professionnels. De ce fait la constitution du guichet nécessite du temps et s'opère durant les premières années d'installation de la MAIA. Le « guichet intégré » des 4 premières MAIA est donc davantage construit pas rapport à celui des MAIA installées en 2012.

Pour les 6 MAIA ayant eu une activité complète sur toute l'année 2013 :

- 432 acteurs identifiés sur le territoire
- 306 ont intégré le guichet unique, soit 70,8%
- 211 partagent les outils communs, soit 48,7%

→ Acteurs impliqués dans le « guichet intégré »

Les services qui participent le plus au guichet intégré sont :

- Les CCAS
- Les hôpitaux
- Les SSIAD
- Les services sociaux

Les acteurs qui ont à la fois intégré le guichet unique et partagé les outils communs sont principalement :

- Les CLIC avec 76% des acteurs identifiés
- Les EMS-APA avec 55% des acteurs identifiés

D'autres acteurs participent à ce guichet intégré, il est possible de citer : les réseaux, les HAD, les plateformes de répit ou encore les Services d'Aides à Domicile, la Maison Départementale des Personnes Handicapée (MDPH), les Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile (ESAD), les EHPAD,...

D'autres parts plusieurs rapports font part d'un désinvestissement progressif de la part des caisses de retraite ainsi que des partenariats difficile à construire avec des associations de la protection judiciaire, des services de secteurs psychiatriques et certains médecins généralistes.

→ Gestionnaires de cas

Au total :

- 27 gestionnaires de cas sur les 10 MAIA ayant une formation initiale de :
 - 12 assistants sociaux
 - 9 infirmiers
 - 2 Ergothérapeutes
 - 1 conseiller en économie sociale et familiale
 - 1 psychologue
 - 1 neuropsychologue
 - 1 responsable de secteur d'aide à domicile
- 25,90 ETP

Toutes les MAIA disposent d'une équipe de gestionnaires de cas composée d'au moins un infirmier à l'exception de la MAIA du Montreuillois et du Cambrésis. Cette présence infirmière est recommandée pour faciliter l'échange des informations à caractère médical.

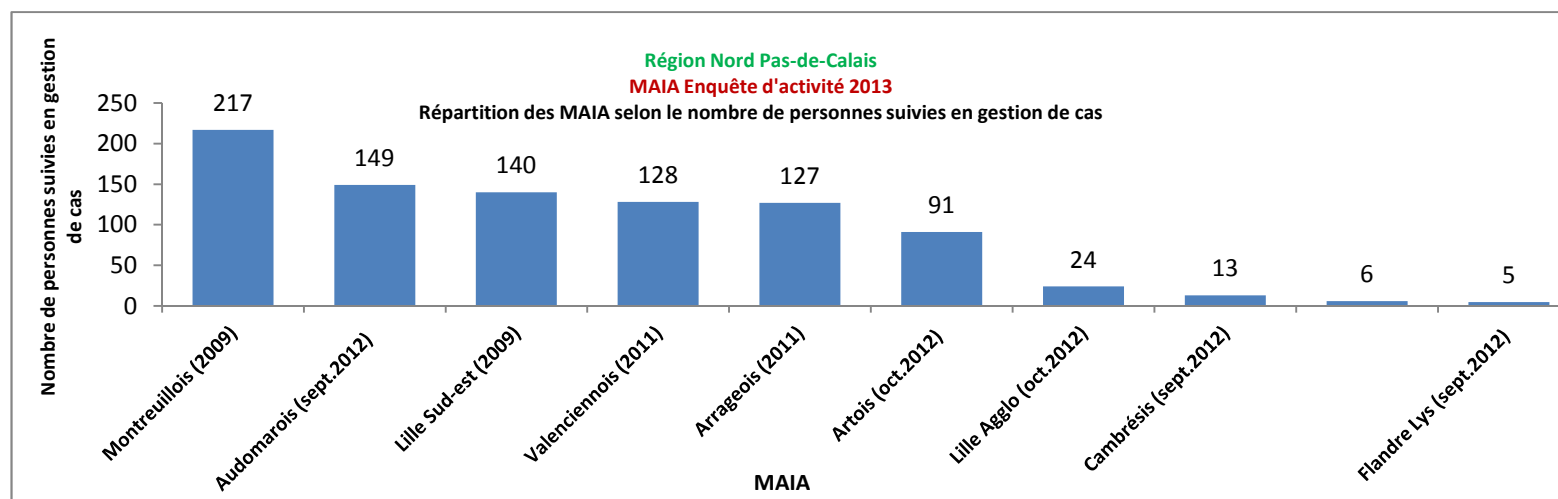
Quelle que soit leur formation initiale, tous les professionnels recrutés en tant que gestionnaire de cas doivent obtenir un Diplôme Interuniversitaire (DIU) en « gestion de cas » qui se déroule à Lille II depuis 2013. Sur les 27 gestionnaires de cas :

- 5 sont diplômés depuis la formation suivie en 2010
- 5 sont diplômés depuis la formation de 2012-2013
- 17 suivent actuellement la formation

→ [File active](#)

Total 2013 :

- 900 personnes accompagnées en gestion de cas
- 576 personnes ont été admises en 2013
- 324 ont été admises en 2012, dont la gestion de cas s'est poursuivie en 2013



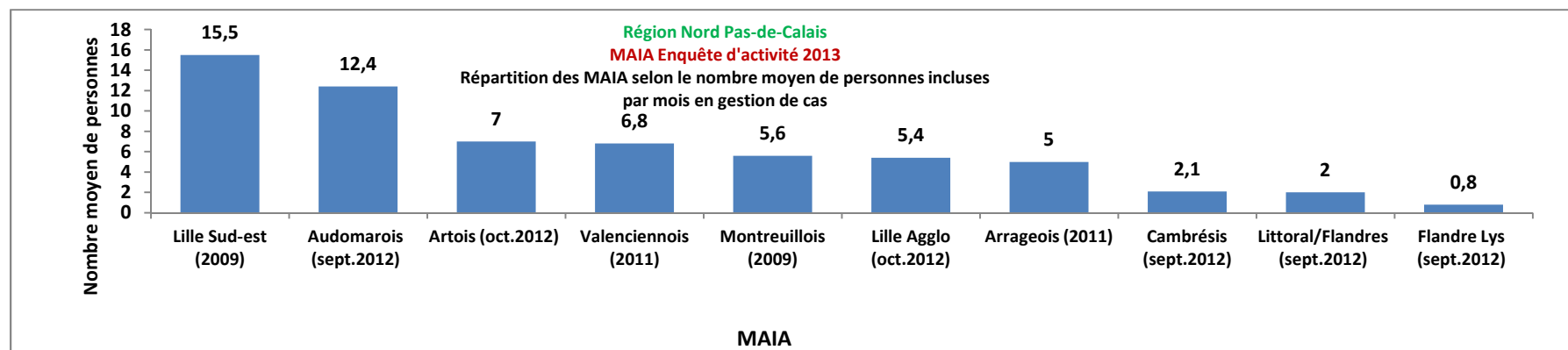
Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 84 : Répartition des MAIA selon le nombre de personnes suivies en gestion de cas**

En comparaison à 2012 et pour les 4 premières MAIA installées, le nombre de personnes suivies en gestion de cas a fortement évolué

MAIA	2012	2013
Montreuillois	151	217
Lille Sud-est	114	140
Valenciennois	44	128
Arrageois	44	127

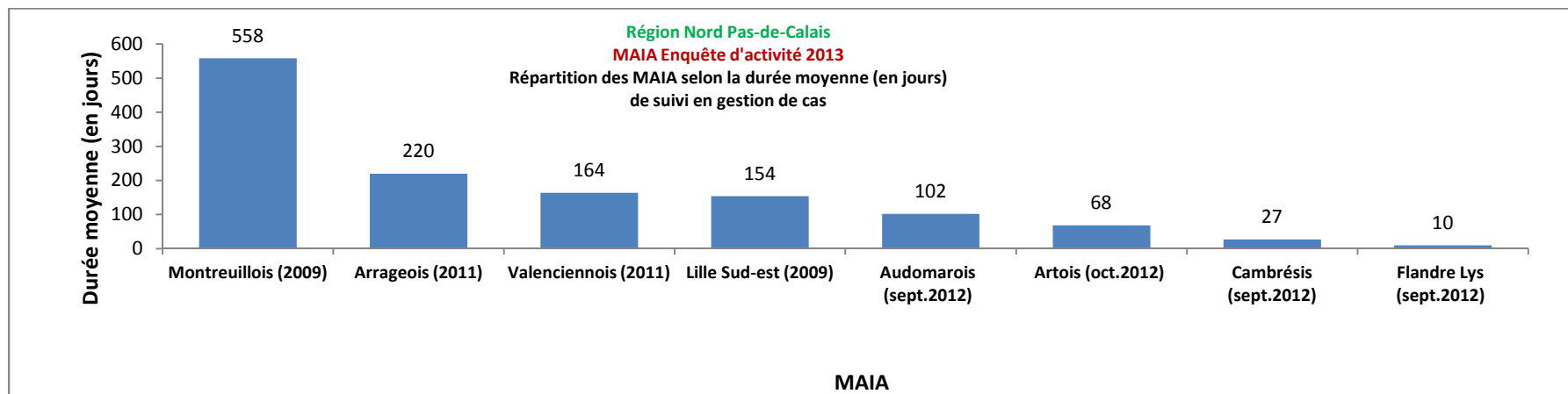
En moyenne :

- 6,3 personnes admises en gestion de cas par mois (néanmoins, variation importante selon les territoires, de 0,8 à 15,5 personnes admises)



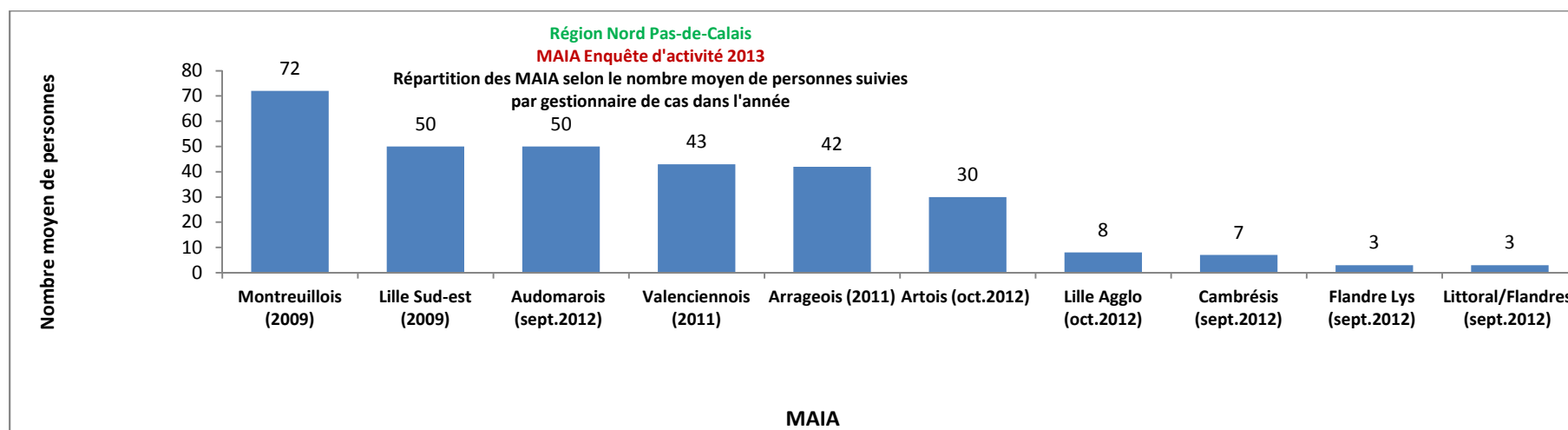
Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 85 : Répartition des MAIA selon le nombre de personnes incluses par mois en gestion de cas**

- La durée de suivi en gestion de cas est de 163 jours (la durée moyenne maximale est de 558 jours, la minimale de 10 jours. Cette forte amplitude entre les durées moyennes de suivi souligne une disparité significative entre les pratiques professionnelles de gestion de cas).



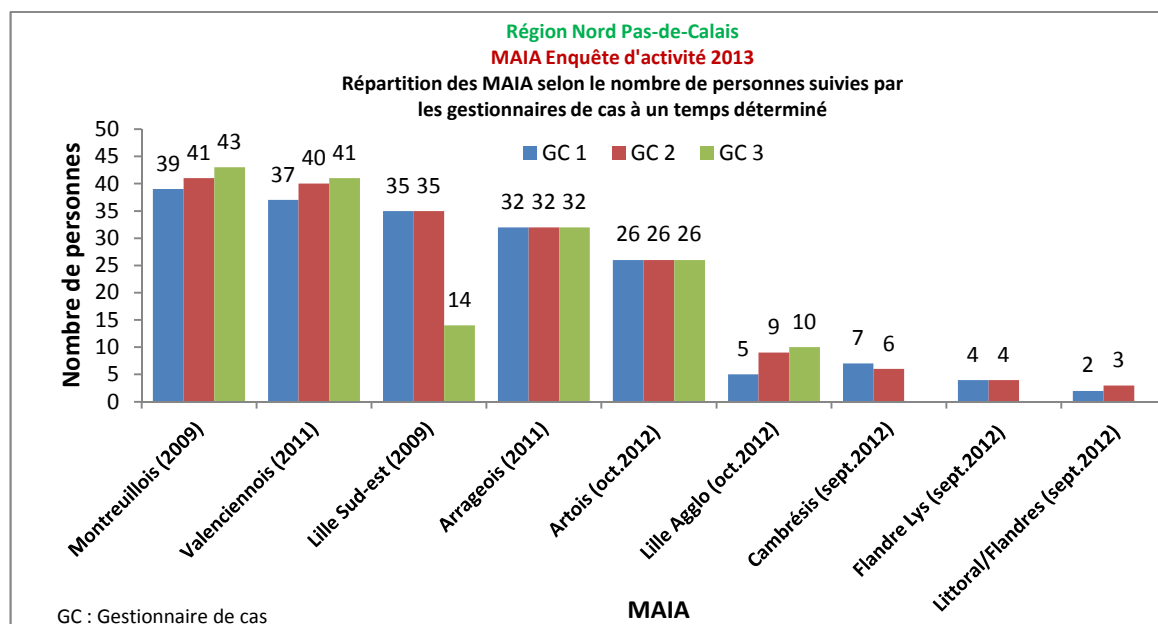
Source : ARS – DOMS – 2014 Figure 86 : Répartition des MAIA selon la durée moyenne (en jours) suivies en gestion de cas

- Un gestionnaire de cas a suivi en moyenne 30 personnes sur l'année, il subsiste néanmoins une différence significative entre les MAIA comme le montre le tableau ci-après :



Source : ARS – DOMS – 2014 Figure 87 : Répartition des MAIA selon le nombre moyen de personnes suivies par gestionnaire de cas dans l'année

Le cahier des charges prévoit un nombre maximal de 40 dossiers actifs par gestionnaire de cas. 9 MAIA sur 10 ont indiqué le nombre de personnes suivies par les gestionnaires à un temps donné :



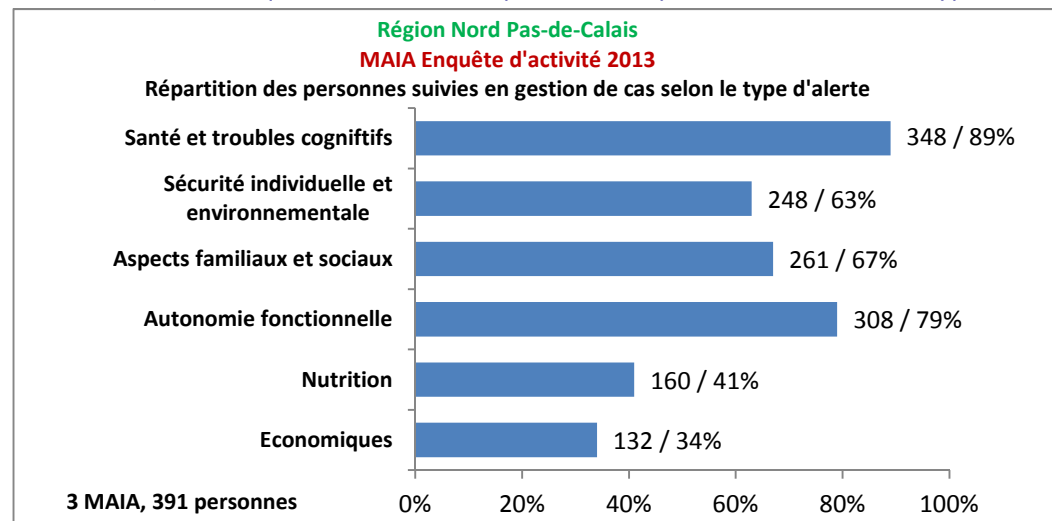
Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 88 : Répartition des MAIA selon le nombre moyen de personnes suivies par gestionnaire de cas à un temps déterminé**

Les outils retenus pour cette étude n'ont pas permis d'avoir plus de précisions au sujet du profil des personnes suivies en gestion de cas. Toutefois, les bilans de l'activité de gestion de cas réalisés par 3 MAIA ont donné quelques informations sur ces profils.

- Focus sur la MAIA de l'Arrageois
 - Les personnes suivies en gestion de cas souffrent de :
 - Problèmes de mémoire (98%)
 - Troubles du comportement (90%)
 - 53% des personnes sont admises en ALD15 et sont atteintes de la «maladie d'Alzheimer ou d'autres démences apparentées »
 - 48% des personnes souffrent à la fois de deux affections médicales de longue durée, dont une de type Alzheimer (ALD+ALD15)
 - Répartition des personnes suivies en gestion de cas selon la grille AGGIR
 - 57% de personnes connaissant une perte d'autonomie modérée (GIR 3 et 4)

- 21% présentent une perte sévère d'autonomie (GIR 1 et 2)
- La classification GIR n'est pas connue pour 22% des personnes

La complexité d'une situation suivie en gestion de cas dépend également des facteurs économiques, sociaux, familiaux, psychologiques ou environnementaux. 3 MAIA (Arrageois, Valenciennois et Montreuillois) ont indiquées le nombre de personnes réparties en fonction du type d'alerte que présente leur situation :



Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 88 : Répartition des personnes suivies en gestion de cas selon le type d'alerte**

Les alertes sur l'état de santé de la personne et les troubles cognitifs s'accompagnent souvent de problèmes familiaux et/ou sociaux et de problèmes liés à la perte d'autonomie. Plus de 83% des personnes suivies en gestion de cas présentent plus de deux types d'alertes.

3.5 Un exemple : la MAIA dans le Valenciennois-Quercitain

La MAIA couvre le territoire du Valenciennois- Quercitain. Elle a été autorisée par décision du DG ARS NPDC du 16 mai 2011 et est portée le Groupement de Coopération Sanitaire Filière gériatrique du Territoire du Valenciennois, groupement de coopération sanitaire de droit public, ayant pour objet de définir la filière gériatrique du territoire du Valenciennois, ses conditions d'organisation à travers les axes du projet médical gériatrique de territoire.

Le projet de la MAIA du Valenciennois-Quercitain a été travaillé lors de la fenêtre d'appel à projet visant la généralisation des MAIA du 1er février au 15 mars 2011 sur le territoire de l'ARS NPDC, par les 5 Centres Locaux d'Information et de Coordination, le Réseau de santé gériatrique Reper'âge, le Réseau régional de la Mémoire MEOTIS, l'Association France Alzheimer Nord et les professionnels du territoire.

1 pilote et 3 gestionnaires de cas gèrent l'activité de la MAIA sur le valenciennois et le Quercitain.

Bilan 2013

Bilan de l'intégration en 2013

Depuis septembre 2011, le dispositif d'intégration MAIA a été présenté à 435 professionnels

Les 3 tables 2013 ont été enrichies de nouvelles désignations. 324 structures étaient représentées à la dernière table de concertation tactique

Le guichet intégré :

87 services participent à la démarche de guichet intégré, 44 partagent les outils communs

Bilan de la gestion de cas en 2013

Origine des professionnels ayant orienté les 121 personnes suivies en gestion de cas au cours de l'année 2013 : Ce sont essentiellement des adressages des établissements de santé (22%), du réseau de santé (20%), du réseau Méotis (16%), des CLIC (14%), des services à la personne (8%), des consultations mémoire (4%).

En 2013 :

- 81 personnes orientées
- 80 orientations validées
- 42 situations de 2012 poursuivies en 2013
- 65 évaluations multidimensionnelles finalisées, 14 en cours au 31 décembre 2013
- 45 réévaluations finalisées
- 63 personnes incluses en gestion de cas
- 112 PSI rédigés
- 36 sorties (déménagement, décès, refus de la personne et des aidants)
- 87 personnes / 94 ont des troubles cognitifs diagnostiqués ou non au moment de l'orientation vers la gestion de cas
- Sur les 94 personnes dont l'évaluation est finalisée
 - o 60 ont des troubles du comportement
 - o 93 sont en alerte sur la santé
 - o 36 sont en alerte sur la situation nutritionnelle
 - o 80 sont en alerte sur les aspects familiaux et sociaux
 - o 94 sont alertes sur l'autonomie fonctionnelle
 - o 54 sont en alerte sur la sécurité environnementale
 - o 60 sont en alerte sur les aspects économiques

- o 38 vivent un isolement problématique
 - o 9 ont une protection juridique effective
 - o 94 ont un médecin traitant
- délai entre la demande et 1ère visite : 10 jours
- délai entre 1ère visite et présentation du PSI : 30 jours

4.1 Préambule

Les Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile sont composées de professionnels formés à la réadaptation, à la stimulation et à l'accompagnement des malades et de leur entourage dès le début de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Il s'agit d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute et d'assistants de soins en gériatrie (aides soignants et/ou des aides médico-psychologiques ayant suivi une formation complémentaire). Il constitue une équipe spécialisée au sein d'un SSIAD. Les interventions de l'ESAD sont réalisées sur prescription du médecin généraliste, spécialiste ou de la consultation mémoire. 26 ESAD sont autorisées, au 10 juin 2013, 23 ESAD sont en fonctionnement [ANNEXE 8] :

- En 2009, 2 ESAD expérimentales sont créées ; une dans le Dunkerquois et la seconde à Lens-Hénin ;
- En 2010, 8 ESAD sont créées ; dans la Sambre Avesnois, le Douaisis (2 équipes), Roubaix-Tourcoing, Lille, le Valenciennois, l'Arrageois et le Calais ;
- En 2011, 7 ESAD sont créées ; une à Béthune-Bruay, une dans le Montreuillois, une dans l'Audomarois, une dans le Cambrésis, une en Flandre intérieure, une à Lille et une dans l'Arrageois
- En 2012, 9 ESAD ont été créées ; dans le Dunkerquois, au niveau de Lens-Hénin, dans le Sambre-Avesnois, à Roubaix-Tourcoing (4 équipes), Valenciennois, à Béthune-Bruay.

En 2013, seule la zone de proximité du Boulonnais ne possède pas d'ESAD.

L'analyse a été réalisée sur les données brutes de l'enquête Alzheimer campagne 2014 – Activité 2013. Des comparaisons seront faites par rapport aux données de l'enquête campagne 2013 – Activité 2012. Pour cette année le nombre d'ESAD répondant à l'enquête est de 21.

4.2 Structure porteuse

Sur les 20 ESAD répondants à cet item, 80% ont un porteur unique, 3 ESAD sont portées par une collaboration de plusieurs SSIAD/SPASAD (15%) et 1 ESAD est portée par un GCSMS.

4.3 Données de « patientèle »

File active et caractéristiques des patients

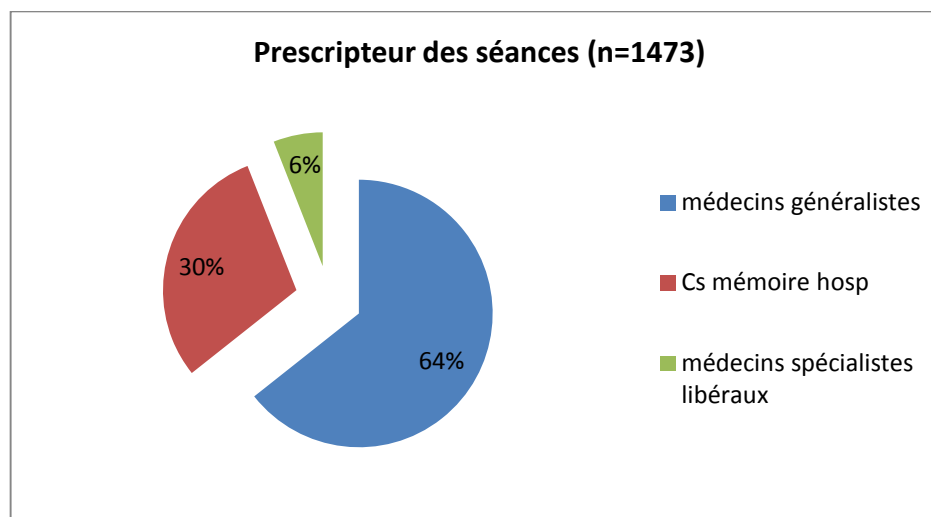
La file active en 2013 :

- 1473 patients pour 21 ESAD ayant répondu (en 2012 ce chiffre était de 681 pour 12 ESAD) dont 1016 femmes, soit 69%

- Il y a donc 70 patients par ESAD en moyenne avec une répartition allant de 3 à 194
- Selon les ESAD, l'âge moyen des femmes va de 72 à 86 ans et celui des hommes va de 71 à 85 ans
- La durée moyenne de prise en charge est de 8 à 17 semaines selon les ESAD

Prescripteur des séances

En 2013 le prescripteur principal reste le médecin traitant avec 64% des prescriptions, néanmoins ce chiffre est en baisse par rapport à 2012 (75,9%) au profit d'une augmentation des prescriptions par les Cs mémoire hospitalière (21,4% en 2012 et 30% en 2013) et d'en une moindre mesure par les médecins spécialistes libéraux (2,6% en 2012 et 6% en 2013).

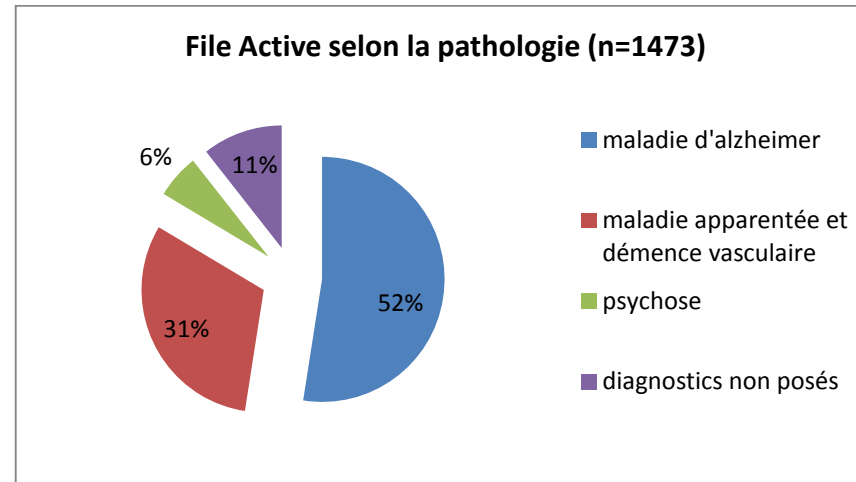


Source : ARS – DSEE – 2014 **Figure 89 : Répartition des séances d'ESAD**

File active 2013 selon leur pathologie

Comme en 2012, les pathologies les plus fréquemment retrouvées sont la maladie d'Alzheimer (52%) et les maladies apparentées et démences vasculaires (31%). La part des maladies apparentées et des démences vasculaires marque une légère baisse au profit de l'augmentation des psychoses qui passent de 0,3% à 6%.

Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 90 :**
File active selon la pathologie du patient



Nombre de séances par patient

Le nombre de séance :

- total pour l'ensemble des ESAD de la région est de 16046 soit une moyenne de 11 séances par patients (le cahier des charges prévoit un maximum optimal de 15 séances)
- supérieur à 15 bénéficié à 196 patients
- égal ou inférieur à 4 a bénéficié à 219 patients

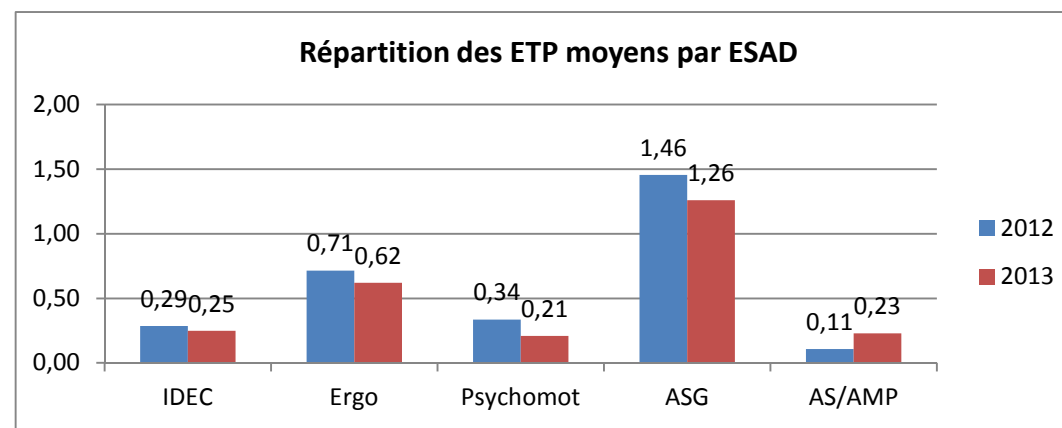
La majorité des prises en charges se fait donc avec un nombre de séance compris entre 4 et 15.

A noter que le profil moyen des patients est le suivant, le MMSE varie de 18 à 23 selon l'ESAD. Le GIR régional est le suivant :

- GIR 5/6 : 560
- GIR 3/4 : 807
- GIR 1/2 : 106

Les ESAD ne prennent que très peu de patients fortement dépendant ; près de 55% des personnes prises en charge sont GIR 3 ou 4.

4.4 Répartition des effectifs par type de professionnels



Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 91 : Répartition des ETP moyens par ESAD**

Parmi les 21 ESAD, il y a toujours la présence d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien. Alors qu'en 2012, 1 ESAD déclaré ne pas avoir d'ASG, en 2013 le minimum d'ASG est de 2 dans chaque ESAD. A noter que 2 ESAD n'ont pas d'IDEC ; 2 ESAD déclarent avoir une AS/AMP.

5 LA MESURE 16 DU « PLAN ALZHEIMER 2008-2012 » RELATIVE AUX POLES D'ACTIVITE ET DE SOINS ADAPTES

Les données des UHR ont été répertoriées au sein des activités des USLD dans la première partie du document.

5.1 Préambule

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure

Au 30 juin 2013 58 PASA ont pu être labellisés sur les 92, soit 63% de la cible :

- 44 dans le département du Nord représentant 602 places
- 14 dans le département du Pas-de-Calais représentant 188 places

Néanmoins tous les PASA labellisés ne sont pas installés, en effet à cette date on compte 34 PASA ouverts sur l'ensemble de la région [ANNEXE 7]

L'analyse a été réalisée sur les données brutes de l'enquête Alzheimer campagne 2014 – Activité 2013. Des comparaisons seront faites par rapport aux données de l'enquête campagne 2013 – Activité 2012. Le nombre de PASA répondant à l'enquête est de 40, cependant 12 n'ont donné aucune réponse. Sur les 28 PASA restant, certains n'ont pas répondu à toutes les propositions.

5.2 File active des résidents

Nombre de résidents pris en charge

Parmi les 26 répondants concernant le nombre de prise en charge, les PASA ont déclarés une file active régionale de 774 personnes :

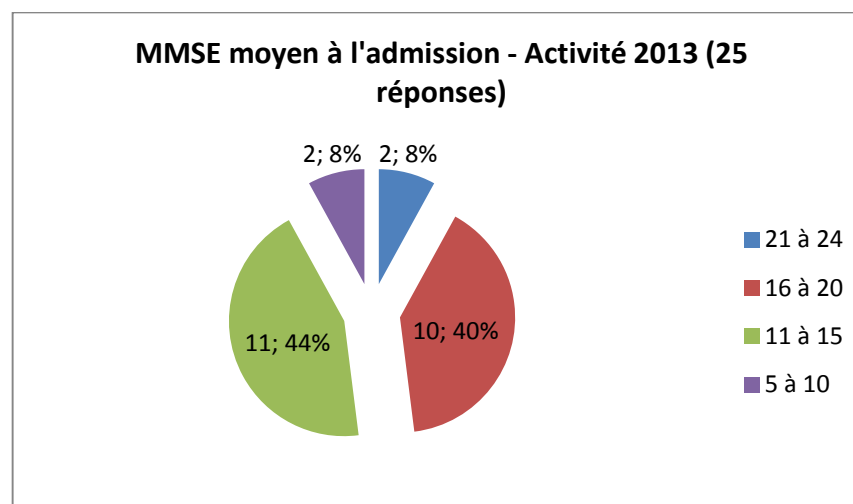
- 585 femmes, soit 75,58% avec un âge moyen allant de 72 à 94 ans selon le PASA
- 189 hommes, soit 24,42% avec un âge moyen allant de 71 à 89 ans selon le PASA

Selon les PASA, cette file active varie de 14 à 96 soit une moyenne de 29 bénéficiaires par structure. Par rapport à 2012, il y a donc une augmentation de la file active minimale, moyenne et maximale, en effet cette dernière variée de 13 à 55 résidents et un PASA assurait en moyenne la prise en charge de 23 personnes.

MMSE moyen à l'admission

On observe des disparités concernant le MMSE, en effet ce dernier varie de 10 à 23 selon le PASA.

La grande majorité des PASA, soit 84%, ont un MMSE moyen à l'admission compris entre 11 et 20. Ce chiffre est sensiblement le même qu'en 2012, il correspond au cahier des charges des PASA qui prévoit une prise en charge réservée aux malades d'Alzheimer présentant des troubles du comportement modérés, avec un MMSE variant de 11 à 19.



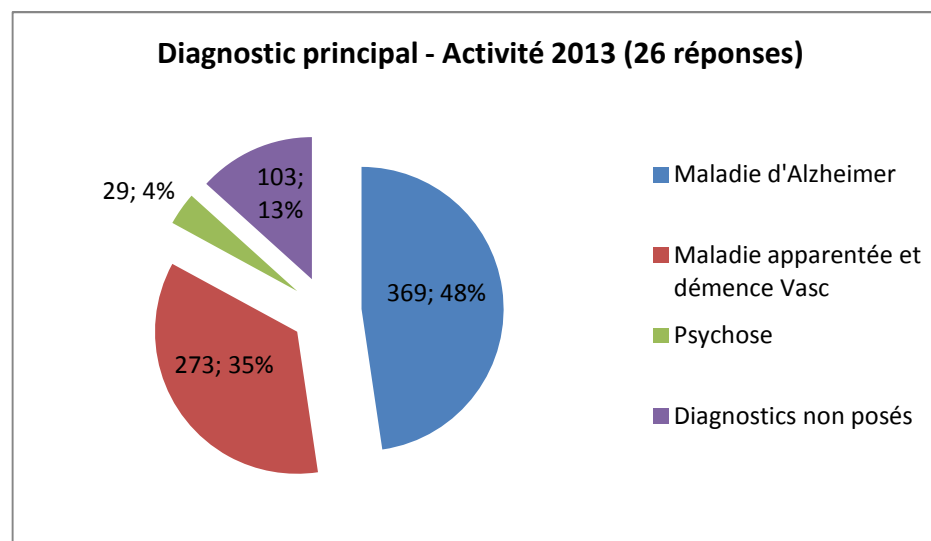
Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 92 : MMSE moyen à l'admission – Activité 2013**

NPI-ES

Lors de l'admission au sein des PASA en 2013, les moyennes des scores F*G (fréquence multiplié par gravité) du NPI-ES (Inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante) se situent entre 5 et 35. Le score le plus élevé (F*G) pour l'item le plus important pour le bénéficiaire allait de 5 à 16 selon le PASA.

Diagnostic principal

Le diagnostic principal est en majeure partie la maladie d'Alzheimer avec 369 résidents diagnostiqués comme tel, soit 48% des personnes en PASA. Le second diagnostic le plus fréquemment posé en PASA est la maladie apparentée Alzheimer et les démences vasculaires qui représentent 273 individus, soit 35%.



Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 93 : Diagnostic principal des résidents en PASA – Activité 2013**

Bien que la file active ait augmenté entre 2012 et 2013 la répartition des diagnostics reste la même. En effet, comme l'année précédente la part des résidents n'ayant aucun diagnostic posé est de 13%.

5.3 Fonctionnement du PASA

Généralités :

- 4 PASA sur 27 sont éclatés,
- La surface intérieure des PASA varie entre 53 et 400m². La surface moyenne est de 154m² alors qu'elle était de 329m² en 2012,
- La surface moyenne extérieure est de 695m² contre 535m² en 2012. Cette moyenne est relevée par le fait qu'un PASA déclare 9000m² de surface extérieure.

Nombre de jours d'ouverture

21 PASA sur 25 ayant répondu à cet item sont ouverts 5 jours dans la semaine, soit 81% des Pôles d'Activité et de Soins Adaptés. 1 PASA est ouvert 4 jours par semaine et 4 le sont 7 jours par semaine.

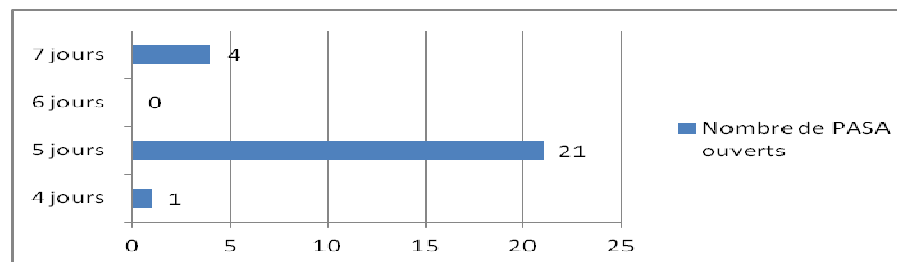


Figure 94 : Nombre de jours d'ouverture des PASA par semaine – Activité 2013

Source : ARS – DOMS – 2014

Activités

La quasi-totalité des PASA ayant répondu proposent les activités suivantes :

- ateliers autour de la cuisine et de la conception des repas
- ateliers de stimulations cognitives ou de la mémoire
- ateliers autour de la gymnastique, la motricité, la relaxation
- ateliers artistiques
- activités sociales en groupes
- jardinage, zoothérapie

Sorties du PASA

Un total de 266 sorties a été comptabilisé sur l'ensemble de la région en 2013. La moyenne des sorties par PASA est donc de 10,23 avec une variation allant de 0 à 42 sorties selon les établissements. Les motifs sont divers :

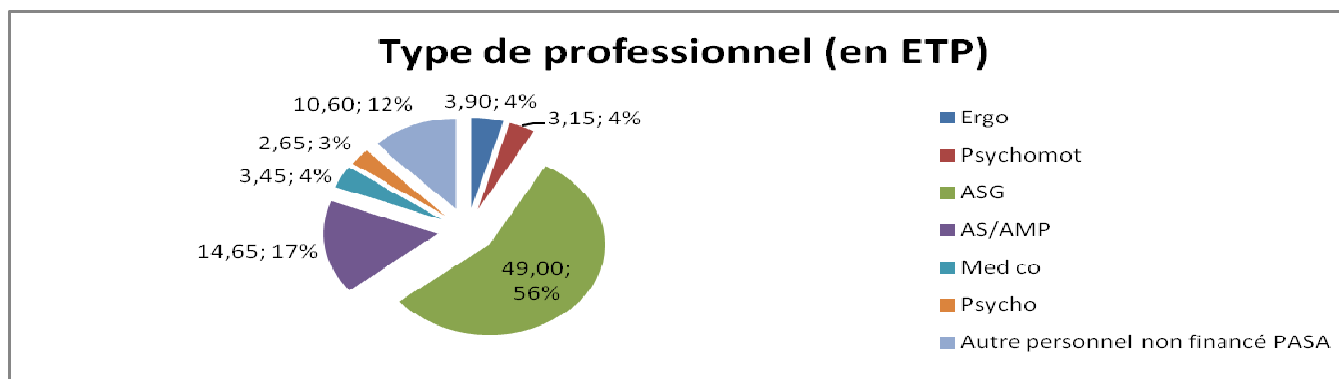
- Perte d'autonomie motrice dans 21% des cas
- Réduction des troubles du comportement dans 6% des cas
- Aggravation des troubles du comportement (passage de troubles modérés à sévères) dans 18% des cas
- Décès dans 29% des cas

- Autres dans 26% des cas
 - o Non adhésion
 - o Changement de structure
 - o Sorties des critères
 - o Pas de bénéfices à la PEC
 - o Décès

Répartition des effectifs par type de professionnels

Au niveau régional, il y a en moyenne 3,4 ETP par PASA. Néanmoins, très peu sont à temps plein, c'est pourquoi les effectifs au sein de ces pôles sont importants, en effet ont dénombré 6,85 personnes en moyenne y travaillant. En 2012 ces chiffres étaient comparables avec une moyenne de 3,2 ETP pour 6 personnes salariées.

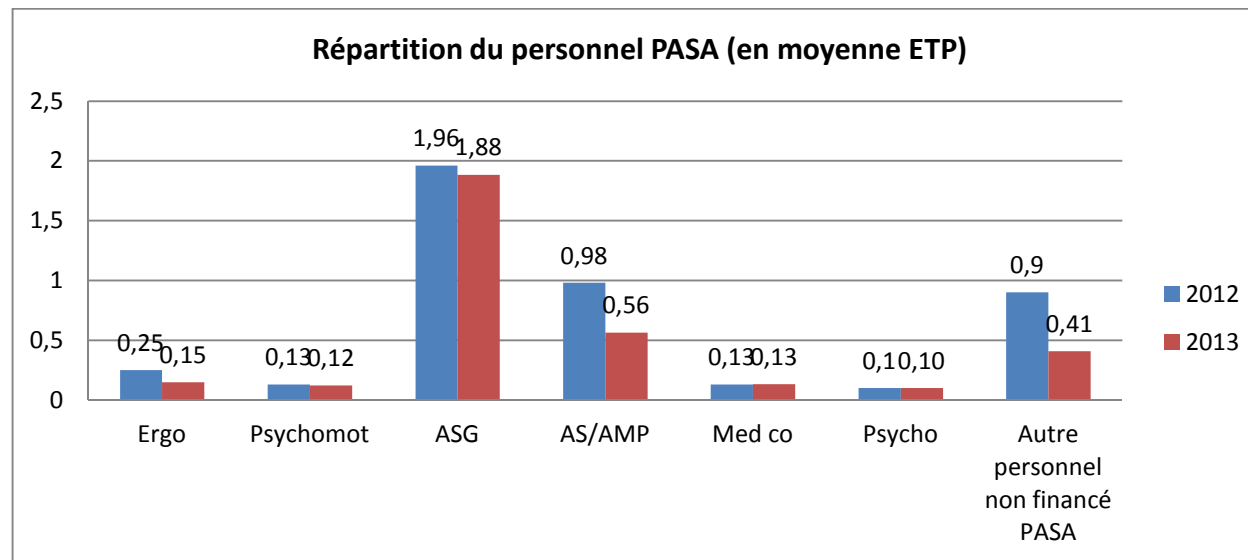
Le personnel est en majorité soignant, les PASA de la région présente notamment 63 assistants de soins en gérontologie représentant un équivalent de 49 ETP (soit 56% des ETP de la région). On trouve également 33 aides-soignants ou aides médico-psychologiques représentant 14,65 ETP (soit 16,76% des ETP de la région). Le panel est complété par d'autres professions visibles sur le tableau ci-après :



Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 95 : Type de professionnels exerçant en PASA**

La part des autres personnels non financé PASA n'est pas négligeable, elle représente 12% des ETP régionaux.

Ci-dessous la répartition moyenne du personnel par PASA :



Source : ARS – DOMS – 2014 **Figure 95 : Type de professionnels exerçant en PASA**

Prévalence et Incidence des personnes inscrites à l'ALD 15 en 2012 et 2013 dans la région Nord-Pas-de-Calais

D'après la source de la base inter-régimes, la prévalence et l'incidence de l'ALD 15 ont été évaluées dans notre région en 2012 et 2013. Cela correspond aux inscriptions en affections de longue durée de la maladie d'Alzheimer et des autres démences.

ATTENTION : A partir de 2013, les données sont croisées entre inscriptions en ALD, données des remboursements et personnes décédées : ce croisement évite les doubles comptes des années précédentes et rend les données plus précises, mais génère une comparaison difficile avec les années antérieures.

Zone de proximité	Prévalence 2012	Incidence 2012	Prévalence 2013	Incidence 2013
Arrageois	1 558	253	1 504	268
Béthune-Bruay	2 019	295	1 689	299
Douais	1 395	216	1 163	232
Lens-Hénin	2 217	360	1 681	322
Artois-Douais				
Cambrésis	1 125	189	1 060	194
Sambre-Avesnois	1 366	205	1 265	226
Valenciennois	2 132	330	1 886	361
Hainaut-Cambrésis				
Audomarois	681	125	624	122
Boulonnais	1 124	156	983	155
Calais	802	138	746	126
Dunkerquois	1 452	260	1 411	250
Montreuillois	790	114	669	143
Littoral				
Flandre Intérieure	1 074	196	863	164
Lille	3 912	647	3 793	644
Roubaix-Tourcoing	2 469	374	2 335	400
Métropole - FI				
Région	24 116	3 858	21 672	3 906

Source : ARS- DSEE – 2012(à partir des données inter-régimes)

Figure 96 : Prévalence et Incidence de l'ALD 15 - Région – 2012 et 2013

La prévalence est ici définie comme le nombre de personnes inscrites en ALD15 selon l'année concernée (non pas l'ensemble des malades diagnostiqués).
L'incidence, quant à elle, est définie comme le nombre de nouvelles inscriptions en ALD dans l'année concernée (non pas le nombre de nouveaux cas diagnostiqués).

Zone de proximité	Prévalence 2013	population>74 ans (INSEE 2010)	taux de prévalence 2013 pour 10 000 hab	Incidence 2013	population>74 ans (INSEE 2010)	taux d'incidence 2013 pour 10 000 hab
Arrageois	1 504	20 805	723	268	20 805	129
Béthune-Bruay	1 689	24 211	698	299	24 211	123
Douais	1 163	20 561	566	232	20 561	113
Lens-Hénin	1 681	30 377	553	322	30 377	106
Artois-Douais						
Cambrésis	1 060	14 249	744	194	14 249	136
Sambre-Avesnois	1 265	18 239	694	226	18 239	124
Valenciennois	1 886	27 826	678	361	27 826	130
Hainaut-Cambrésis						
Audomarois	624	8896	701	122	8896	137
Boulonnais	983	13143	748	155	13143	118
Calais	746	10658	700	126	10658	118
Dunkerquois	1 411	17866	790	250	17866	140
Montreuillois	669	11017	607	143	11017	130
Littoral						
Flandre Intérieure	863	13663	632	164	13663	120
Lille	3 793	48072	789	644	48072	134
Roubaix-Tourcoing	2 335	28540	818	400	28540	140
Métropole - FI						
Région	21 672	308 123	703	3 906	308 123	127

Source : ARS- DSEE – 2012(à partir des données inter-régimes)

Figure 96 : taux de Prévalence et Incidence de l'ALD 15 - Région – 2013

En 2013, on recense 21 672 inscrits en ALD 15 dans la région Nord-Pas-de-Calais, dont 3 906 sont de nouvelles inscriptions. Le taux de prévalence régionale de l'ALD 15 est de 703 inscriptions pour 10 000 habitants de 75 ans et plus. La zone de proximité où l'on recense le plus d'inscrits en ALD 15 est la zone de Lille avec 3 793 inscrits. Cette zone fait également partie du territoire de santé qui compte le plus d'ALD.

Toutefois, rapportée au nombre d'habitants, les taux de prévalence les plus élevés sont observés dans les zones de proximité de Roubaix-Tourcoing, Lille et Dunkerque où le taux de prévalence est supérieur à 750 pour 10 000 habitants de 75 ans et plus en 2013.

Néanmoins, les zones de proximité où l'on recense les taux d'incidence les plus élevés sont le Dunkerquois et le versant nord est avec 140 nouvelles inscriptions en ALD pour 10 000 habitants en 2013. Le taux d'incidence régionale est de 127 pour 10 000 habitants en 2013.

7.1 Consultations mémoire labellisées dans la région Nord Pas de Calais

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 :

- **CMRR** : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche. 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 référent de territoire**. 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.

Territoire de Santé	Cs mémoire de territoire labellisées	Cs mémoire de proximité labellisées
Artois-Douaisis	CH Béthune	CH du Ternois
	CH d'Arras	GHPA
	CH Lens	CH Carvin
	CH Douai	
Hainaut-Cambrésis	CH Cambrai	CH Le Cateau
	Clinique Saint-Roch de Cambrai	CH Jeumont
	CH Valenciennes	CH Haumont
	CH Le Quesnoy	CH Denain ?
	CH Maubeuge	CH Saint-Amand
Littoral	HM Zuydcoote	CH Arrondissement de Montreuil
	CH Calais	
	CH Boulogne	
	Hopale Berck	
	CH Saint-Omer	
Métropole - FI	EPSM Mont Flandres Bailleul	CH Wasquehal Clinique Saint-Jean
	CH Tourcoing	
	CH Roubaix	
	GHICL	
	CHRU Bateliers (+Salengro)	
	CHRU Salengro CM2R	
	CH Seclin	

Source : BNA 2013

Figure 97: Consultations mémoire – Cs mémoire labellisées de territoire et de proximité – « Région » - 2013

Vous trouverez en [ANNEXE 9] la carte des consultations mémoire labellisées en 2013. Par rapport aux données présentées l'année dernière, la Cs mémoire de proximité de la clinique Saint-Jean a été labellisée.

7.2 Caractéristiques des consultations mémoire inscrites à la BNA

Dans la région, les consultations mémoires inscrites à la BNA sont :

- 25 centres de mémoire (CM),
- 1 centre mémoire de ressource et de recherche (CMRR de Lille-Bailleul)
- 2 cabinets de spécialistes libéraux (SL)

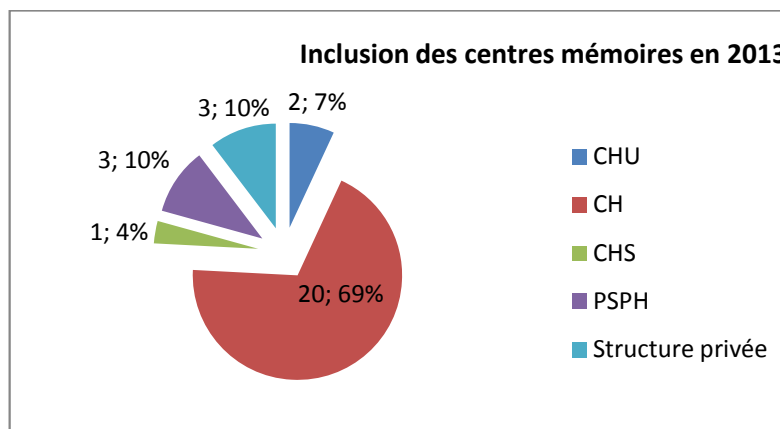
	Labellisation		Appartenance à un réseau (A)		Géographie des Centres	
	Oui	Non	Oui	Non	Mono-site	Multi-sites
Région NPdC	64,52%	35,48%	100%	0%	82,76%	17,24%
National	71,40%	28,60%	53,39%	46,61%	68,22%	31,78%

Source : BNA 2013

Figure 98 : Consultations mémoire - Labellisation, Réseau et Implantation des centres - Région et National – 2013

(A) Centres déclarant participer au réseau CM2R

La grande majorité des centres mémoires réalisant les consultations est incluse au sein de Centres Hospitaliers publics. En effet sur les 29 centres ayant renseignés cette information à la BNA 20 déclarent être implantés dans un établissement public. Au niveau national, les centres mémoires sont, pour 59% d'entre eux, implantés dans les CH publics.



Source : BNA 2013

Figure 99 : Cs mémoire – Inclusion des centres mémoires - Région - 2013

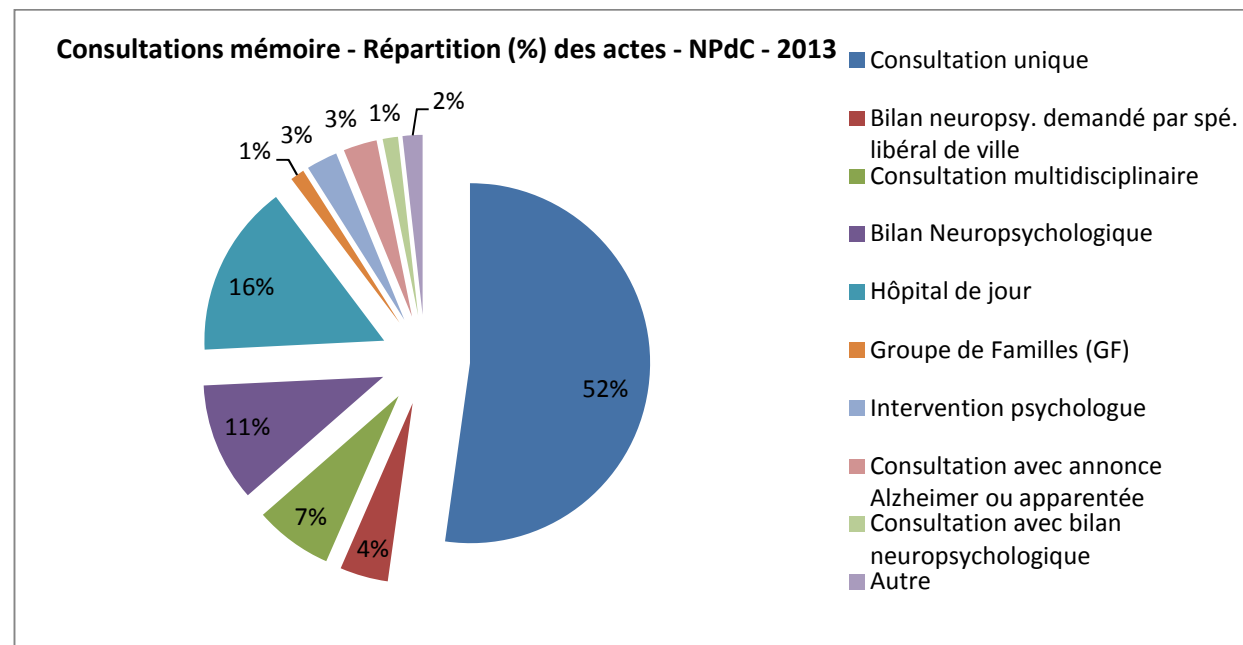
7.3 Activité à la BNA :

En 2013, dans la région Nord-Pas-de-Calais, 15 528 patients ont bénéficié d'une consultation mémoire, dont 5 606 sont des nouveaux patients pris en charge. La file active régionale représente 8% de la file active nationale. Ainsi, la file active moyenne par centre dans notre région est de 597 patients (529 patients hors CM2R). Néanmoins, on observe de grandes disparités entre les centres.

Pour une file active régionale de 15 528 patients, les centres de la région ont réalisé 19 549 actes au cours de l'année 2013. Cela représente une moyenne d'actes par patients de 1,26.

Les centres réalisent différents types d'actes. La répartition des principaux actes est présentée par le schéma ci-dessous :

Les "Autres" actes comprennent les interventions d'une infirmière, d'une assistante sociale ou des actes avec un groupe de patients.



Source : BNA 2013

Figure 100: Cs mémoire - Répartition (%) des actes - Région - 2013

Ainsi, on observe que plus de la moitié des actes des centres mémoire sont des consultations uniques, 16% sont des bilans en hôpital de jour et 11% concernent des bilans neuropsychologiques.

Pour réaliser ces actes, les centres de la région sont ouverts en moyenne 5,32 demi-journées en consultation, contre 6,33 demies-journées au national.

Les patients pris en charge pour des consultations mémoire proviennent essentiellement :

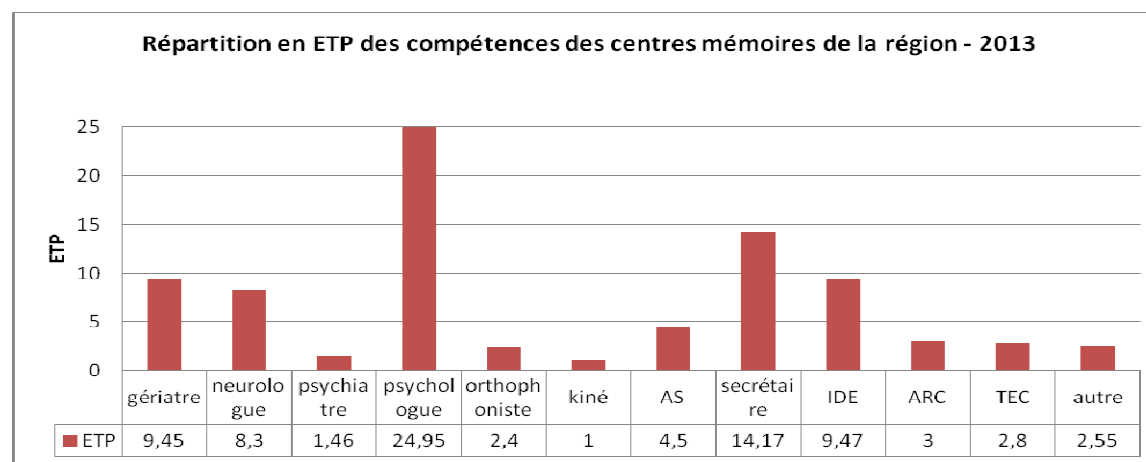
- d'un médecin généraliste (59,3%)
- d'un neurologue (13,1%)
- d'un autre spécialiste (3,8%)
- d'un service d'hospitalisation (4,4%)
- d'une admission directe (5,4%)
- d'un gériatre (9,5%)
- d'un psychologue (2,1%)
- Autres (2,3%)

La Banque Nationale Alzheimer permet d'évaluer le délai moyen entre le premier diagnostic et la première consultation ainsi que le délai moyen entre la première consultation et le bilan neuropsychologique :

- délai moyen entre le premier diagnostic et la première consultation : 1,11 année en région ainsi 1,07 année au national ;
- délai moyen entre la première consultation et le bilan neuropsychologique : 259 jours en région contre 140 jours au national.

- Source : BNA 2013

- **Figure 56 : Cs mémoire - Répartition (ETP) des compétences - Région - 2013**



7.4 Compétences en personnel :

Pour leur fonctionnement, l'ensemble des centres de la région emploient 19,21 ETP médicaux et 64,84 ETP non-médicaux.

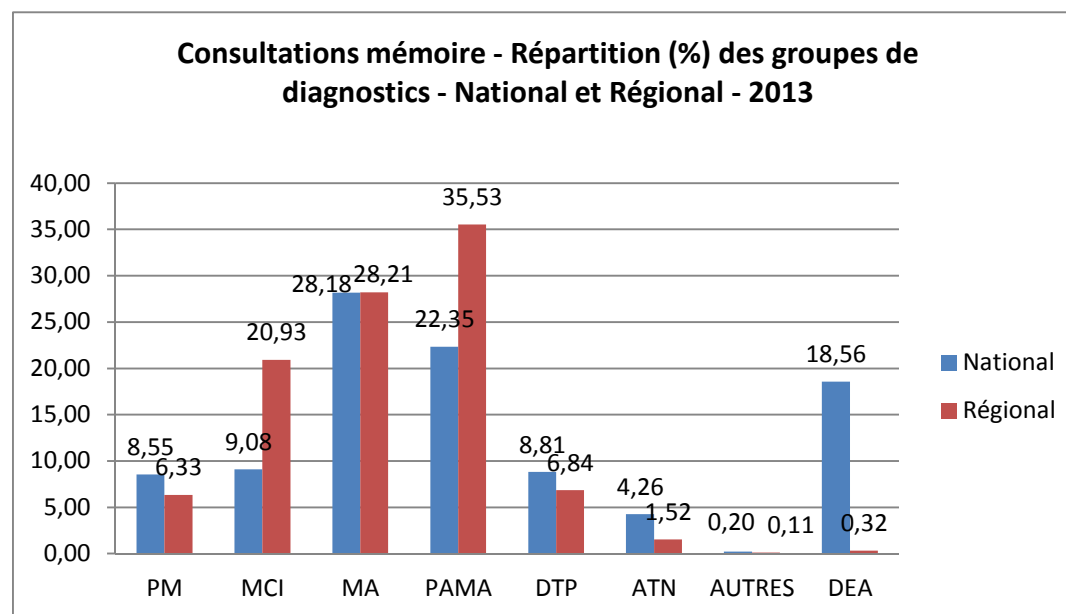
Ainsi, cela représente une moyenne régionale de 808 patients par ETP médical par an (contre une moyenne nationale de 517,2 patients par ETP médical et par an) et une moyenne régionale de 239,5 patients par ETP non-médical par an (contre une moyenne nationale de 217,9 patients par ETP non-médical et par an).

7.5 Caractéristiques des patients

Dans la région, 64,1% des patients pris en charge pour des consultations mémoire sont des femmes et 35,9% des hommes. La répartition nationale est similaire à celle de la région. Dans la région, leur moyenne d'âge est de 77,4 ans (contre 78,2 ans au niveau national). Toutefois on recense un patient de 19 ans pour le plus jeune et de 103 ans pour le plus âgé.

63,03% des patients sont diagnostiqués « déments », 29,58% ont des

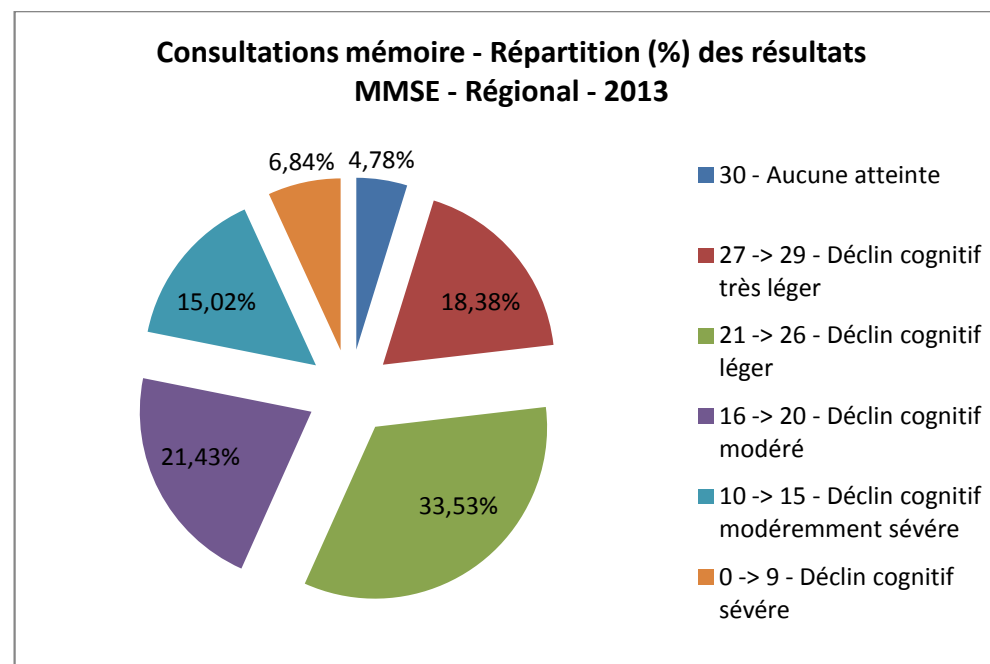
- PM : Plainte Mnésique
- MCI : « Mild Cognitive Impairment » : trouble cognitif léger de type amnésique
- MA : Maladie d'Alzheimer
- PAMA : Pathologies Associées à une Maladie d'Alzheimer
- DTP : Dépression et autres Troubles Psychiatriques
- ATN : Autres Troubles Neurologiques
- DEA : Diagnostic en attente



Source : BNA 2013

Figure 57 : Cs mémoire - Répartition (%) des groupes de diagnostics - Régional et National

Concernant les patients suivant une consultation mémoire dans la région, entre 3 et 4 patients sur 10 sont diagnostiqués ayant une pathologie associée à la maladie d'Alzheimer (contre 22,05% au niveau national), plus d'un quart des patients ont une maladie d'Alzheimer et 22% ont un trouble cognitif léger de type amnésique. Les résultats au MMSE des différents patients pris en charge pour des consultations mémoire dans la région sont présentés par la figure suivante.



Source : BNA 2013

Figure 58 : Cs mémoire - Répartition (%) des résultats MMSE - Région - 2013

Près de 34% des patients pris en charge pour des consultations mémoire dans la région ont un score au MMSE évalué entre 21 et 26 correspondant à un déclin cognitif léger, 22% ont un déclin cognitif modéré et 15% ont un déclin cognitif modérément sévère. On observe également 6% des patients diagnostiqués comme ayant un déclin cognitif sévère. Cette répartition est semblable à la répartition observée sur l'activité 2012. La répartition nationale est similaire à la répartition régionale.

D AUTRES DONNEES

1 CONVENTIONNEMENT HAD-SSIAD

Pour en savoir plus : <http://ars.nordpasdecalais.sante.fr/HAD-SSIAD.158216.0.html>

Introduction

Lors de la journée régionale de rencontre du 03 juin 2013, réunissant les HAD et les SSIAD du Nord-Pas-de-Calais, a été présentée la convention de collaboration HAD/SSIAD élaborée par un groupe de travail composé de représentants de ces services.

Il était prévu qu'une phase test sur l'utilisation de cette convention serait réalisée de septembre à décembre 2013 et qu'une première évaluation serait effectuée par l'ARS et présentée au groupe de travail lors d'une réunion fixée au 27 juin 2014.

Pour ce faire, il a été demandé :

- aux HAD de faire remonter leur grille d'évaluation de coopération ainsi qu'un tableau de synthèse des conventions signées avec les SSIAD de leur secteur d'intervention
- aux SSIAD de faire remonter le nombre de demandes d'admission et de liaison établies concernant les personnes handicapées et le nombre de fiches acceptées

Pour mémoire, cette convention stipule qu'une information annuelle est prévue par l'article 8 : Information à l'ARS de la convention :

Au 30 avril de l'année n+1 :

- l'HAD transmet à l'ARS la grille d'évaluation de la coopération HAD-SSIAD jointe en annexe et un tableau de synthèse des conventions signées avec les SSIAD de son secteur d'intervention.
- Le SSIAD transmet à l'ARS le nombre de fiches de demandes d'admission et de liaison établies concernant les personnes handicapées et le nombre de fiches acceptées.

Concernant les services ou structures d'HAD

12 HAD sur 15 ont retourné leur grille d'évaluation, soit 80% des HAD de la région Nord-Pas-de Calais. 3 HAD n'ont donc pas retourné leurs indicateurs.

Concernant les SSIAD

8 SSIAD sur les 46 ayant une autorisation PH ont fait remonter le nombre de demandes d'admission et de liaison établies concernant les personnes handicapées, ainsi que le nombre de fiches acceptées. Soit 17,4% des SSIAD de la région Nord-Pas-de-Calais ayant une autorisation pour moins de 60 ans.

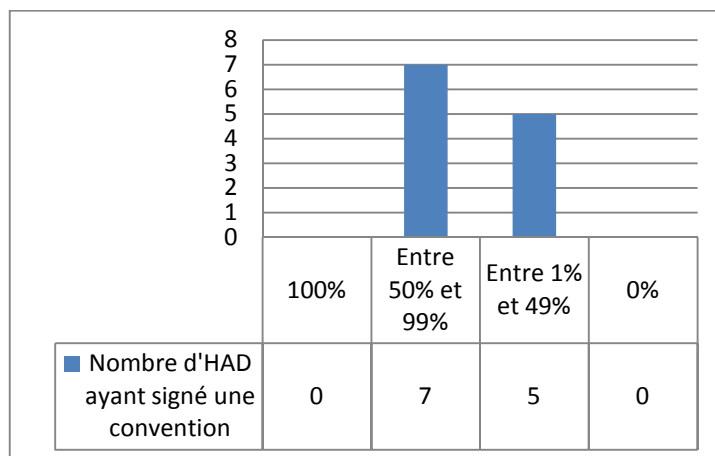
Pour l'ensemble de ces 8 SSIAD, le constat est le même, aucune demande d'admission et de liaison n'a été faite concernant une personne handicapée.

Conventions signées sur la région Nord-Pas-de-Calais

Les 12 HAD ayant retourné leurs indicateurs ont signé un total de 62 conventions. A préciser que le total de SSIAD sur la région est de 124.

Après analyse des indicateurs transmis par les HAD, on remarque qu'au niveau de la zone de proximité OU de la zone d'intervention :

- HAD ont signé une ou des conventions avec entre 50 et 99% des SSIAD de leur zone de proximité OU de leur zone d'intervention ;
- HAD ont signé une ou des conventions avec entre 1 et 49% des SSIAD de leur zone de proximité OU de leur zone d'intervention ;

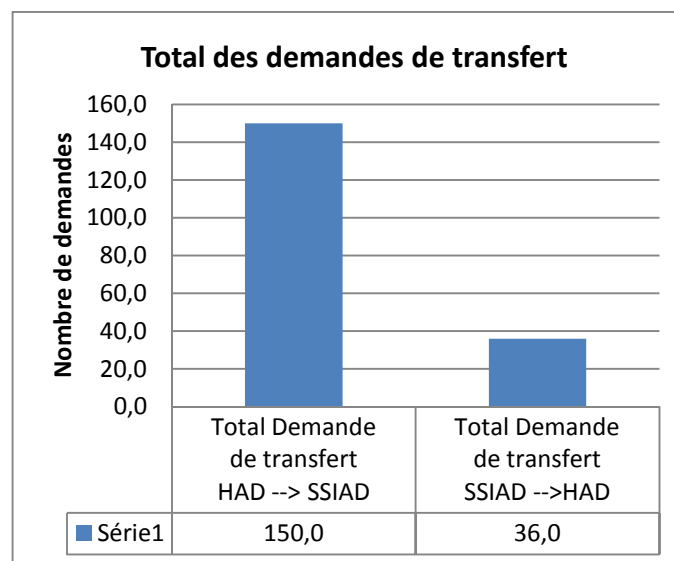


Nombre d'HAD ayant signé des conventions avec les SSIAD en 2013

ARS – DOMS - 2014

Les transferts HAD vers SSIAD et SSIAD vers HAD

Le total des demandes de transfert est de 186. Il y a eu 150 demandes de transfert vers les SSIAD contre 36 demandes de transfert vers une HAD, soit 4,2 fois plus de demandes de transfert vers un SSIAD que vers une HAD. Cependant, il est à noter ici une grande disparité entre HAD concernant les demandes de transfert. En effet le nombre de demandes de transfert vers les SSIAD va de 0 demande à 41 demandes. Le constat est le même pour les transferts vers les HAD, les demandes vont de 0 à 15.



Nombre de demandes de transferts entre SSIAD et HAD en 2013

ARS – DOMS - 2014

Ratio des fiches remplies / demandes d'admission-transfert vers SSIAD

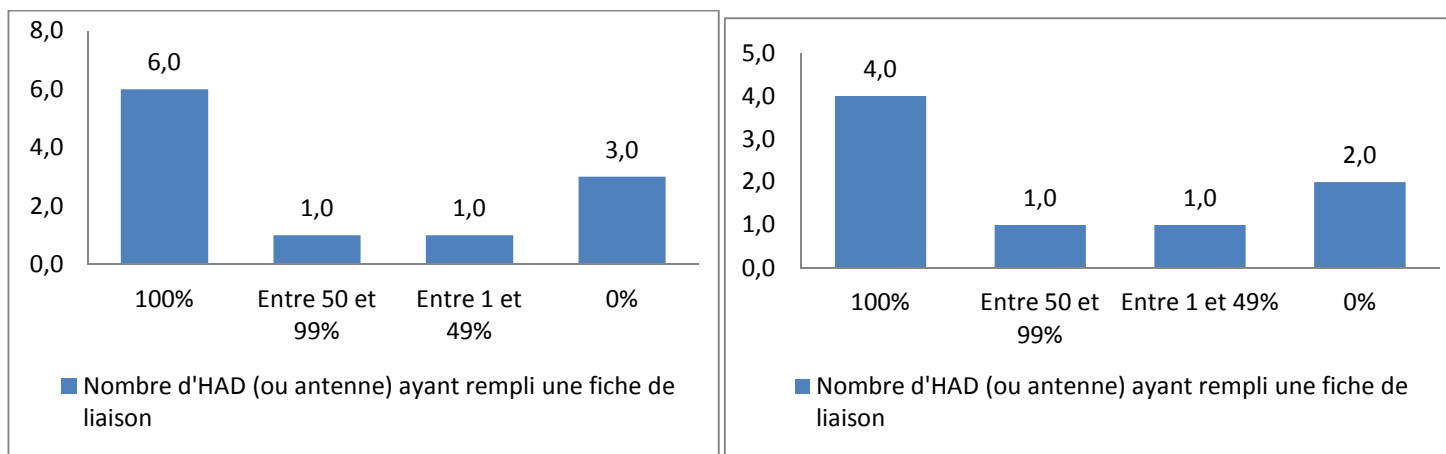
- Pour 6 HAD, 100% de fiches de liaison ont été remplies à la suite d'une demande de transfert vers un SSIAD,
- Pour 1 HAD, entre 50 et 99% de fiches de liaison ont été remplies à la suite d'une demande de transfert vers un SSIAD,
- Pour 1 HAD, entre 1 et 49% de fiches de liaison ont été remplies à la suite d'une demande de transfert vers un SSIAD,
- Pour 3 HAD, 0% de fiches de liaison ont été remplies à la suite d'une demande de transfert vers un SSIAD.

1 HAD sur les 12 répondantes n'est pas prise en compte dans le graphique car elle n'a pas fait de demandes de transfert vers un SSIAD.

Ratio des fiches remplies / demandes d'admission-transfert vers HAD

- Pour 4 HAD, 100% de fiches de liaison ont été remplies à la suite de demandes de transfert de la part des SSIAD
- Pour 1 HAD, entre 50 et 99% de fiches de liaison ont été remplies à la suite de demandes de transfert de la part des SSIAD
- Pour 1 HAD, entre 1 et 49% de fiches de liaison ont été remplies à la suite de demandes de transfert de la part des SSIAD
- Pour 2 HAD, 0% de fiches de liaison ont été remplies à la suite de demandes de transfert de la part des SSIAD

4 HAD sur les 12 répondantes ne sont pas prises en compte dans le graphique car elles n'ont pas eu de demandes de transfert de la part d'un SSIAD.



demandes d'admission-transfert vers SSIAD en 2013

demandes d'admission-transfert vers HAD en 2013

ARS – DOMS - 2014

Acceptation des demandes

Acceptation des demandes par les SSIAD

Sur les 150 demandes de transfert des HAD vers un SSIAD, 109 ont été acceptées, soit 72,7% des demandes.

Acceptation des demandes par les HAD

Sur les 36 demandes de transfert des SSIAD vers un HAD, 31 ont été acceptées, soit 86,1% des demandes. A noter qu'une demande n'a pu aboutir pour cause de décès.

Délai d'admission moyen

SSIAD vers HAD

6 HAD sur 12 ont accepté les demandes de transfert provenant de SSIAD.

Sur les demandes ayant été acceptées par les HAD, le délai d'admission moyen est de :

- 1 jour pour 3 HAD
- 1,4 jour pour 1 HAD
- 5 jours pour 2 HAD

Une fois la demande acceptée, 4 HAD sur 6 (66,6%) admettent le patient dans un délai moyen de moins de 3 jours.

Pour rappel, l'Article 3.1 de la convention : préparation en amont de la prise en charge dit que:

Le délai entre l'évaluation et la prise en charge souhaitée en HAD est de trois jours ouvrables maximum.

HAD vers SSIAD

11 HAD/ 11 ayant fait une demande ont vu leurs demandes de transfert acceptées par un ou des SSIAD.

Sur les demandes ayant été acceptées par les SSIAD, les délais d'admission moyens sont extrêmement hétérogènes selon les déclarations des différents HAD : de 3,5 jours à 85 jours.

Audit annuel

Rappel : sur la fiche d'évaluation de la coopération HAD-SSIAD, il est demandé aux HAD de réaliser un audit annuel sur 10 fiches de demandes pour mesurer la qualité des renseignements inscrits sur la fiche admission/liaison.

Sur les 11 HAD ayant retourné l'enquête, seules 5 HAD ont rempli 10 fiches ou plus, sur ces 5 HAD, 3 ont déclaré avoir réalisé un audit sur 10 fiches. Cela représente 60% des HAD.

Remarque sur les conventions signées

Les conventions déclarées signées n'ont pas toutes été signées sur la période de test. En effet :

- 12 conventions ont été signées sur la période de test (septembre à décembre 2013),
- 22 ont été signées en 2014,
- 11 ne sont pas datées,
- 13 ont des dates de signatures antérieures à la date de diffusion de la convention régionale.
- 2 HAD n'ont pas envoyé la synthèse de leur convention, cela correspond à 4 conventions

Cela implique que certaines conventions signées ne correspondent pas à la nouvelle convention régionale.

2 MEDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS ET SCORE ANTICHOLINERGIQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES : UNE ÉTUDE EN POPULATION GÉNÉRALE EN FRANCE¹⁰

Vous pouvez retrouver les données détaillées de ce travail sur le lien de l'ARS : <http://ars.nordpasdecalais.sante.fr/Geriatrie-Plan-Alzheimer.120067.0.html>

Introduction

Le nombre de médicaments prescrits a augmenté constamment en France et dans les pays occidentaux au cours des dernières années et les personnes âgées en sont les principaux consommateurs [1–3]. Les principales raisons de cette évolution sont l'augmentation de la durée de vie et l'augmentation secondaire des pathologies chroniques [4]. Many studies have shown that suboptimal or inappropriate prescribing is highly prevalent in older people and is associated with an increased risk of ADEs, increased morbidity, mortality, and healthcare utilization [5]. Inappropriate prescribing includes the use of potentially inappropriate medications (PIM), the misuse of medications (dose or duration), the prescription of medications with potentially serious drug-drug or drug-disease interactions, the overuse or underuse of medications. PIMs are defined as drugs with a potential risk that is higher than their potential benefit to the patient, particularly when safer alternative therapies exist for the same condition [6].

Plusieurs outils ont été développés afin d'identifier les PIMs chez les patients âgés. Les critères de Beers sont les plus souvent utilisés dans la littérature mais ces critères ne sont pas adaptés à la situation européenne [7]. La disponibilité des médicaments, la pratique clinique et les systèmes de santé sont différents de ceux présents aux USA. Récemment, la liste française de Laroche a été proposée pour la détection des PIMs en France et en Europe [8]. Son utilisation sur un large échantillon représentatif a permis d'estimer la prévalence des PIMs à 53.6% en France [9]. Les autorités françaises ont depuis conduit une politique incitant à diminuer la prescription de PIMs, notamment des vasodilatateurs cérébraux, et il semble important de vérifier si des politiques de santé publique ont permis de diminuer les PIMs en France sur la base d'une large population de personnes âgées.

Les principes actifs à effet anticholinergique sont souvent identifiés de manière spécifique dans les outils de détection des PIMs [7,8]. En effet, la consommation de médicaments à effet anticholinergique est associée à une augmentation du risque de chutes, de troubles cognitifs, de syndrome confusionnel et de mortalité [10–13]. Cependant, ces listes ne prennent pas en compte le fait que de nombreux médicaments ont des effets anticholinergiques faibles qui peuvent se cumuler entre-eux ou aux anticholinergiques forts. Des scores ont donc été développés en tenant compte des effets cliniques connus et de de l'activité anticholinergique sérique et l'anticholinergic Drug Scale a été proposée pour déterminer le potentiel anticholinergique d'une ordonnance [14,15]. Cependant, cette question du risque lié à l'effet anticholinergique reste peu connue des praticiens et la prévalence des ordonnances à effet anticholinergique élevé en population générale est indéterminée.

L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des PMI et des prescriptions à effet anticholinergique élevé dans une large population de personnes de 75 ans et plus vivant dans une région française.

¹⁰ Beuscart JB et al CHRU de Lille, ARS Nord Pas de Calais, accepté dans « drugs and aging »

Patients et Méthodes

Étude et source des données

Nous avons mené une étude observationnelle en utilisant les ordonnances facturées en pharmacie de ville entre le 1er janvier 2012 et le 31 mars 2012 dans la région Nord-Pas-de-Calais, France. Le nombre de personnes de plus de 75 ans vivant dans le Nord-Pas-de-Calais était estimé en 2010 à 303,577 personnes pour une population totale de 4,035,269 habitants (INSEE). Les données étaient issues du Système Informationnel de l'Assurance Maladie du Nord-Pas-de-Calais et concernent les ordonnances des patients affiliés au régime général de la sécurité Sociale. Ce système d'assurance de santé (*health insurance*) couvre 65.9% des personnes de plus de 75 ans dans la région Nord-Pas-de-Calais. Les données exploitées ne concernent pas les personnes vivant en EHPAD avec pharmacie à usage interne et les personnes assurées à un autre régime.

Au total, 209,411 personnes âgées de plus de 75 ans étaient éligibles pour l'étude. Les personnes qui n'ont pas eu de prescription remboursée durant l'étude (n=255 ; 0.1%) ou qui n'ont pas eu de prescription comprenant au moins 1 principe actif per os ou injectable (n=1,177 ; 0.6%) ont été exclues de l'étude. L'analyse a donc porté sur les prescriptions facturées durant 3 mois à 207,979 personnes âgées de plus de 75 ans.

Données extraites

Toutes les ordonnances délivrées et facturées en pharmacie de ville ont été extraites sur la période étudiée. L'ensemble des données étaient anonymisées. Les caractéristiques des ordonnances comprenaient un identifiant du patient (numéro anonyme), les médicaments prescrits, le médecin prescripteur (numéro anonyme), le pharmacien ayant délivré l'ordonnance (numéro anonyme), la date de prescription et la date de délivrance. Les caractéristiques des patients comprenaient l'âge, le sexe et le lieu de vie (domicile ou EHPAD).

Classification des médicaments

Les médicaments étaient codés selon le système Anatomical Therapeutic Classes (ATC). Seuls les principes actifs per os ou injectables ont été comptabilisés. Les collyres, pommades et aérosols ont été exclus de cette étude.

Prescriptions médicamenteuses inappropriées (PIM): les prescriptions étaient classées comme étant inappropriées selon la liste de Laroche [8]. Un patient exposé à un PIM était défini comme un patient pour qui les prescriptions extraites comprenaient au moins une fois un PIM (variable dichotomique). La liste française de Laroche comprend différents médicaments classés en 34 classes et trois groupes principaux : 1) médicaments ayant un rapport risque/bénéfice discutable, 2) médicaments ayant une efficacité discutable, 3) médicaments ayant à la fois un rapport risque/bénéfice et une efficacité discutables. Les critères comprenant

une situation clinique particulière (critères 21-25) et ceux basés sur la dose prescrite (critères 14 et 27) n'ont pas été pris en compte car la base de données ne comprenait pas ces informations.

Effet anticholinergique de l'ordonnance : L'effet anticholinergique de l'ordonnance a été mesuré à l'aide de l'Anticholinergic Drug Scale adaptée selon l'étude récente de Duran et al. [15]. Dans cette échelle, les principes actifs sont cotés de manière ordinale de zéro à trois. Le niveau zéro correspond à une absence d'activité anticholinergique connue et le niveau trois correspond à une activité anticholinergique élevée. Le score anticholinergique de l'ordonnance était obtenu en additionnant les niveaux de tous les médicaments prescrits sur l'ordonnance. Ce score était calculé pour chaque ordonnance. Pour un patient donné, seule l'ordonnance ayant le score anticholinergique le plus élevé était retenue pour l'analyse.

Analyse statistique

Chaque variable numérique était décrite par sa moyenne et sa déviation standard (D.S.) si le test de normalité (Shapiro-Wilk) n'était pas rejeté ou par la médiane et les premier et troisième quartiles (Q1, Q3) dans le cas contraire. Les variables en classes étaient décrites par leur fréquence et leur pourcentage. La corrélation entre les variables a été testée par le test de Spearman.

Résultats

Patients

Entre le 1er janvier 2012 et le 31 mars 2012, 207,979 personnes âgées de plus de 75 ans ont eu au moins une ordonnance remboursée contenant un principe actif per os ou injectable, soit 99.3 % des personnes éligibles et 65.6% des personnes de plus de 75 ans vivant dans la région étudiée. La majorité des patients vivaient à domicile. Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 1.

La polymédication est liée au nombre d'ordonnances plus qu'au nombre de lignes par ordonnance

Il existait une différence importante entre le nombre de principes actifs par ordonnance et le nombre total de principes actifs reçus par patient. Ce résultat est présenté en Figure 1. Le nombre de principes actifs par ordonnance était souvent relativement faible, avec 57.4% (n=491,455) ordonnances comprenant seulement un à quatre principes actifs. En regard, seuls 18.2% (n=37,911) patients ont reçus moins de cinq principes actifs. Le nombre médian de principes actifs distincts par patient était de huit principes actifs (moyenne $\pm$ DS : 8.3 ± 4.2) et 35.1% (n=73,071) patients ont reçu plus de 10 principes actifs sur les trois mois de l'étude. Cette différence s'expliquait par le fait que les patients ont eu un nombre moyen de 4.1 (DS : 2.0) ordonnances sur les 3 mois de l'étude (range : 1 to 29). Il existait une corrélation positive forte entre le nombre d'ordonnances prescrites et le nombre de principes actifs reçus durant l'étude (cor=0.61 ; p<0.0001).

Prescriptions médicales inappropriées

La prescription d'au moins un PIM a été identifiée chez 32.6% (n=67,863) patients. Les classes médicamenteuses et les principes actifs retrouvés dans plus de 3.0% des PIM sont présentés dans le tableau 2 pour les patients vivant à domicile et en EHPAD. Les quatre classes médicamenteuses les plus impliquées dans la population totale étaient les vasodilatateurs cérébraux (29.8%), les médicaments à effet anticholinergique (24.2%), les benzodiazépines à longue demi-vie (22.0%) et les antihypertenseurs centraux (19.4%). Ces classes médicamenteuses se répartissaient différemment selon que les patients vivaient à domicile ou en EHPAD. Les vasodilatateurs cérébraux étaient retrouvés dans 30.7% des PIM chez les patients vivant à domicile contre 15.5% des PIM chez les patients vivant en EHPAD. A l'inverse, les médicaments anticholinergiques étaient retrouvés dans presque une PIM sur deux (45.3%) chez les patients vivant en EHPAD contre 23.0% des PIM chez les patients vivant à domicile.

Au total, 64 principes actifs différents étaient impliqués dans les PIM (la liste complète est disponible en supplementary data ; eTable 1). Cependant, quatre principes actifs étaient très souvent retrouvés dans les PIM: Ginko Biloba (19.3%), Hydroxyzine (15,9%), Rilmelidine (14.7%), et Bromazepam (14.7%). Ces quatre principes actifs étaient ainsi impliqués chez presque deux tiers (64.4%, n=46,668) des cas avec PIM.

Effet anticholinergique des ordonnances

Presqu'un patient vivant en ville sur dix (n=18,747 ; 9.4%) et un patient vivant en EHPAD sur quatre (n=2,231 ; 24.0%) ont eu une ordonnance ayant un score ADS supérieur ou égal à trois. Parmi ces 20,978 patients, 15,4% (n=3,235) n'étaient pas détectés comme ayant eu une PIM selon la liste de Laroche.

Les principes actifs présents dans plus de 3.0% des ordonnances à score ADS élevé chez les patients vivant à domicile et en EHPAD sont présentés en tableau 3. Parmi les principes actifs ayant des effets anticholinergiques élevés (niveau ADS = 3), l'Hydroxyzine était le plus souvent impliqué et retrouvé dans une ordonnance sur deux (n=10,792 ; 51.4%). L'oxybutinine était retrouvée dans plus d'une ordonnance sur dix (n=2,465 ; 11.8%). Parmi les principes actifs ayant des effets anticholinergiques faibles (niveau ADS = 1), le furosémide et le tramadol étaient les principes actifs les plus souvent retrouvés. Au total, 59 principes actifs à effet anticholinergique étaient impliqués dans les ordonnances à score ADS élevé. La liste complète est proposée en supplementary data (eTable 2).

Discussion

Notre étude a montré qu'en moyenne, les personnes âgées de plus de 75 ans se sont vues prescrire en trois mois plus de 8 principes actifs différents. Cette polymédication est due au nombre d'ordonnances plus qu'au nombre de lignes par ordonnance. En effet, plus de 50% d'entre elles ont reçu quatre ordonnances ou plus en trois mois. Un nombre élevé d'ordonnance était associé à un nombre élevé de principes actifs distincts reçus en trois mois. Les données de l'étude ne nous permettaient pas de préciser si les modifications correspondaient à l'introduction de nouveaux principes actifs au long cours, à des changements de principes actifs ou au traitement d'une affection intercurrente. Cependant, ce résultat suggère des modifications fréquentes des traitements médicamenteux chez la personne très âgée. Ces modifications peuvent être source d'une mauvaise compréhension du traitement par le patient, d'une moins bonne observance, et d'erreurs de prise médicamenteuse [16]. Ce résultat montre également que l'analyse d'une seule ordonnance ne permet pas d'estimer correctement le risque de polymédication chez un patient âgé et souligne l'importance de la conciliation médicamenteuse chez les patients âgés.

Les PIM étaient fréquentes dans notre étude, présentes chez presque un patient âgé sur trois (32,8%). Dans les études, la prévalence des PIM varie entre 11.5 et 62.5% en fonction du pays, de l'âge des patients inclus et des critères utilisés [17]. Dans trois études réalisées en Europe en population générale chez des personnes de 65 ans ou plus, le taux de PIM a été estimé à 14.7% en Finlande (critères de Beers), 18.0% en Italie (critères de Beers), 25.5% en Allemagne (PRISCUS List) [18–20]. La prévalence des PIM chez les patients âgés semble donc plus importante en France que chez ses voisins européens. La prévalence de PIM retrouvée dans notre étude est cependant inférieure à celle retrouvée dans un large échantillon représentatif de la population française [9]. Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que de nombreux vasodilateurs cérébraux ne sont plus remboursés depuis l'étude de Bongue et al. [21]. La baisse des PIM observée dans notre étude concernait toutes les classes médicamenteuses, y compris les benzodiazépines et les médicaments anticholinergiques. L'ensemble de ces résultats suggèrent une efficacité des mesures de santé publique réalisées en France, permettant une évolution favorable des prescriptions chez le sujet âgé. Quatre principes actifs étaient impliqués de manière massive dans les PIM : Ginko Biloba, Hydroxizine, Bromazepam et Rilmenidine. Ce résultat contraste avec les études réalisées dans d'autres pays, où les principes actifs souvent impliqués sont plus nombreux [18,20,22]. Ce résultat nous semble intéressant en termes de santé publique car il est envisageable de diminuer efficacement les PIM chez les patients très âgés en insistant sur l'éviction de ces principes actifs. Les études récentes concernant l'intérêt du Ginko Biloba dans les troubles cognitifs sont contradictoires [23,24]. Il convient donc d'être prudent sur les recommandations concernant ce principe actif. Par contre, la prescription massive d'Hydroxizine et de Bromazepam était particulièrement inappropriée chez le sujet âgé [6–8]. Enfin, la Rilmenidine peut aisément être remplacée par d'autres antihypertenseurs mieux adaptés chez le sujet âgé [25].

Il existe peu de données sur la prévalence des prescriptions à effet anticholinergique élevé en population générale. Notre étude montre que le nombre de patients exposés à une ordonnance à effet anticholinergique élevé était important, retrouvé chez un patient sur dix sur l'ensemble de la population. Ce résultat est proche de celui retrouvé chez des patients hospitalisés ou des patients consultant pour des troubles de la mémoire [26,27]. Un patient sur quatre vivants en EHPAD était exposé à au moins une ordonnance ayant un score ADS élevé. Les résidents d'EHPAD présentent plus souvent des troubles cognitifs, une dépendance ou d'autres syndromes gériatriques associés à une plus grande sensibilité aux médicaments anticholinergiques [28]. Ce sont donc les patients les

plus sensibles qui étaient exposés le plus souvent aux anticholinergiques. L'Hydroxizine était le principe actif le plus impliqué dans les ordonnances à score ADS élevé.

Notre étude objectivait une prescription massive d'Hydroxizine, particulièrement inadaptée chez les sujets âgés. Cette prescription était responsable de la moitié des ordonnances à fort potentiel anticholinergique, notamment chez les sujets les plus fragiles. Ce résultat est surprenant car la prescription d'Hydroxizine était beaucoup plus faible dans d'autres études. Elle représentait par exemple 2.4% des PIM en Allemagne et 2.6% des PIM au Japon [20,29]. Notre étude montre donc que l'analyse de données issues des systèmes d'assurance maladie permet d'identifier des habitudes de prescription inadaptées spécifiques à un territoire donné. Ce type de résultat peut aider les pouvoirs publics à mieux orienter les efforts à fournir auprès des prescripteurs et des consommateurs pour améliorer l'usage du médicament chez les sujets âgés.

Nos résultats sont issus de l'analyse de toutes les prescriptions reçues par les patients de 75 ans et plus affiliés au régime général dans le Nord-Pas-de-Calais. La population étudiée représentait 65.6% des personnes de 75 ans et plus vivant dans cette région. Nos résultats nous semblent donc représentatifs et fiables sur la population étudiée.

Cependant, certaines limites doivent être soulignées. Les résultats obtenus sont dépendant du référentiel utilisé. Nous avons choisi d'utiliser la liste de Laroche car elle est mieux adaptée que la liste de Beers pour les sujets européens. Par ailleurs, nous ne disposions pas des comorbidités caractérisant les patients. Or la présence de comorbidités est liée au risque de polymédication [30]. Les informations sur l'automédication étaient par définition non accessibles car l'automédication n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie. Cependant, les principes actifs disponibles en automédication en France ne figurent pas dans la liste des PIM de Laroche et n'ont pas d'activité anticholinergique recensée dans l'ADS [8,14]. De plus, la place de l'automédication est moins forte en France que dans les autres pays européens, l'essentiel des médicaments consommés est donc prescrit par les médecins [31]. Enfin, notre étude apporte des informations sur les prescriptions médicales et les médicaments délivrés en pharmacie. Il n'est pas possible de dire dans quelle proportion les médicaments délivrés ont été consommés.

Conclusion

L'étude qui a porté sur 65.6% des personnes de 75 ans et plus de la région Nord-Pas-de-Calais (France) a révélé que la prescription de PMI et de médicaments à effet anticholinergique fort était très fréquente dans cette population. La prescription massive d'Hydroxizine et de Bromazepam était particulièrement inadaptée. La multiplicité des ordonnances suggérait des modifications fréquentes des traitements médicamenteux chez la personne très âgée sur une courte période, dont l'impact sur l'observance et le risque d'ADE mériterait d'être analysé dans des études complémentaires.

Références

1. Hovstadius B, Hovstadius K, Astrand B, Petersson G. Increasing polypharmacy - an individual-based study of the Swedish population 2005-2008. *BMC Clin. Pharmacol.* 2010;10:16.
2. Haider SI, Johnell K, Thorslund M, Fastbom J. Trends in polypharmacy and potential drug-drug interactions across educational groups in elderly patients in Sweden for the period 1992 - 2002. *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* 2007;45:643-653.
3. Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. *J. Clin. Pharm. Ther.* 2007;32:113-121.
4. Marengoni A, Rizzuto D, Wang H-X, Winblad B, Fratiglioni L. Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2009;57:225-230.
5. Hamilton HJ, Gallagher PF, O'Mahony D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatr.* 2009;9:5.
6. Matanović SM, Vlahovic-Palcevski V. Potentially inappropriate medications in the elderly: a comprehensive protocol. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2012;68:1123-1138.
7. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch. Intern. Med.* 1997;157:1531-1536.
8. Laroche M-L, Charmes J-P, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2007;63:725-731.
9. Bongue B, Laroche ML, Gutton S, Colvez A, Guéguen R, Moulin JJ, et al. Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2011;67:1291-1299.
10. Ancelin ML, Artero S, Portet F, Dupuy A-M, Touchon J, Ritchie K. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: Longitudinal cohort study. *Br. Med. J.* 2006;332:455-458.
11. Landi F, Russo A, Liperoti R, Cesari M, Barillaro C, Pahor M, et al. Anticholinergic drugs and physical function among frail elderly population. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2007;81:235-241.
12. Huang K-H, Chan Y-F, Shih H-C, Lee C-Y. Relationship between potentially inappropriate anticholinergic drugs (PIADs) and adverse outcomes among elderly patients in Taiwan. *J. Food Drug Anal.* 2012;20:930-937+985.
13. Lampela P, Lavikainen P, Garcia-Horsman JA, Bell JS, Huupponen R, Hartikainen S. Anticholinergic drug use, serum anticholinergic activity, and adverse drug events among older people: A population-based study. *Drugs Aging.* 2013;30:321-330.
14. Carnahan RM, Lund BC, Perry PJ, Pollock BG, Gulp KR. The anticholinergic drug scale as a measure of drug-related anticholinergic burden: Associations with serum anticholinergic activity. *J. Clin. Pharmacol.* 2006;46:1481-1486.
15. Durán CE, Azermi M, Stichele RHV. Systematic review of anticholinergic risk scales in older adults. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2013;69:1485-1496.
16. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* 2011;9:11-23.

17. Guaraldo L, Cano FG, Damasceno GS, Rozenfeld S. Inappropriate medication use among the elderly: a systematic review of administrative databases. *BMC Geriatr.* 2011;11:79.
18. Leikola S, Dimitrow M, Lyles A, Pitkälä K, Airaksinen M. Potentially inappropriate medication use among Finnish non-institutionalized people aged ≥ 65 years: a register-based, cross-sectional, national study. *Drugs Aging.* 2011;28:227-236.
19. Maio V, Yuen EJ, Novielli K, Smith KD, Louis DZ. Potentially inappropriate medication prescribing for elderly outpatients in Emilia Romagna, Italy: a population-based cohort study. *Drugs Aging.* 2006;23:915-924.
20. Amann U, Schmedt N, Garbe E. Prescribing of potentially inappropriate medications for the elderly: an analysis based on the PRISCUS list. *Dtsch. Ärztebl. Int.* 2012;109:69-75.
21. Montastruc F, Laffont M, Bagheri H, Montastruc J-L. Potentially inappropriate medications in the elderly in France: a study in community pharmacies in 2011–2012. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2013;69:741-742.
22. Lima TJV de, Garbin CAS, Garbin AJÍ, Sumida DH, Saliba O. Potentially inappropriate medications used by the elderly: prevalence and risk factors in Brazilian care homes. *BMC Geriatr.* 2013;13:52.
23. Vellas B, Coley N, Ousset P-J, Berrut G, Dartigues J-F, Dubois B, et al. Long-term use of standardised Ginkgo biloba extract for the prevention of Alzheimer's disease (GuidAge): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol.* 2012;11:851-859.
24. Amieva H, Meillon C, Helmer C, Barberger-Gateau P, Dartigues JF. Ginkgo biloba extract and long-term cognitive decline: a 20-year follow-up population-based study. *PloS One.* 2013;8:e52755.
25. Chaudhry KN, Chavez P, Gasowski J, Grodzicki T, Messerli FH. Hypertension in the elderly: some practical considerations. *Cleve. Clin. J. Med.* 2012;79:694-704.
26. Wawruch M, Macugova A, Kostkova L, Luha J, Dukat A, Murin J, et al. The use of medications with anticholinergic properties and risk factors for their use in hospitalised elderly patients. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* 2012;21:170-176.
27. Bhattacharya R, Chatterjee S, Carnahan RM, Aparasu RR. Prevalence and predictors of anticholinergic agents in elderly outpatients with dementia. *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* 2011;9:436-441.
28. Mintzer J, Burns A. Anticholinergic side-effects of drugs in elderly people. *J. R. Soc. Med.* 2000;93:457-462.
29. Akazawa M, Imai H, Igarashi A, Tsutani K. Potentially inappropriate medication use in elderly Japanese patients. *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* 2010;8:146-160.
30. Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging.* 2011;28:509-518.
31. Coulomb A, Baumelou A. Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution, [Internet]. [cité 13 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000030/0000.pdf>

Légendes des Figures et Tableaux

Figure 1 : Nombre de principes actifs par ordonnance et nombre total de principes actifs distincts reçus par patient au cours des trois mois de l'étude.

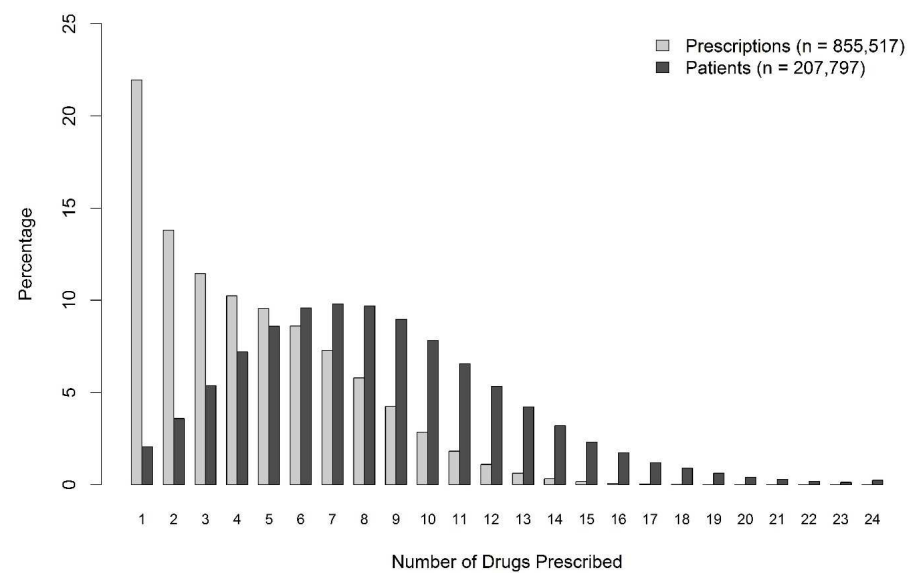


Table 1: caractéristiques des patients inclus dans l'étude.

		Patients (n=207,979)
Age [years; mean (S.D.)]		81.7 (5.1)
Female		67.2% (139,777)
Living in Nursing Home		4.5% (9,284)
Number of prescriptions [mean (SD)]		4.1 (2.0)
Number of drugs during 3 months		
	< 5	18.2% (37,911)
	[5 - 9]	46.6% (96,997)
	[10 - 14]	27.1% (56,388)
	[15 - 19]	6.7% (14,058)
	≥ 20	1.3% (2,625)
Potentially Inappropriate Medications		32.6% (67,863)
Prescriptions with ADS score ≥ 3		10,0% (20,978)

Abbreviations: SD: Standard Deviation; ADS: Anticholinergic Drug Scale

Table 2: Distribution of the drug classes and drugs in potentially inappropriate medications (PIM) observed in the French elderly aged 75 years and over living in the Nord-Pas-de-Calais region. Only drugs observed in at least 3.0% of PIMs were reported (complete list in *eTable 1*).

PIM Category (Laroche List) Corresponding Drugs	Patients living at home (n=198,695)		Patients living in nursing home (n=9,284)	
	Number	Percentage of PIM	Number	Percentage of PIM
<i>Cerebral Vasodilators</i>	24,623	30.7	707	15.4
Ginkgo Biloba	12,699	19.8	369	10.3
Naftidrofuryl	3,164	4.9	100	2.8
Piracetam	2,019	3.1	74	2.1
Nicergoline	1,992	3.1	46	1.3
Dihydroergocristine	1,509	2.3	37	1
<i>Drugs with anticholinergic properties</i>	18,439	23	2,074	45.3
Hydroxyzine	9,419	14.7	1,375	38.3
Oxybutynine	2,310	3.6	155	4.3
Amitriptyline	1,704	2.7	95	2.6
Solifenacine	1,494	2.3	69	1.9
Alimemazine	1,112	1.7	140	3.9
Cyamemazine	477	0.7	98	2.7
<i>Long-Acting Benzodiazepines</i>	17,816	22.2	821	17.9
Bromazepam	9,498	14.8	313	8.7
Prazepam	2,171	3.4	167	4.6
Clonazepam	1,857	2.9	106	2.9
Clorazepate Potassique	1,225	1.9	77	2.1
<i>Antihypertensive agents</i>	15,830	19.7	678	14.8
Rilmenidine	9,654	15	340	9.5
Nicardipine	3,283	5.1	271	7.5
Moxonidine	1,265	2	22	0.6
<i>Antibiotics</i>	1,507	2.3	191	5.3
<i>Gastrointestinal drugs</i>	510	0.6	19	0.4
<i>Muscle Relaxants</i>	487	0.6	80	1.7
<i>Other cardiovascular drugs</i>	354	0.4	8	0.2
<i>Hypoglycemic drugs</i>	79	0.1	0	0.0
<i>NSAIDs</i>	43	0.1	1	0.0

Table 3: Distribution of the drugs observed in the prescriptions with an ADS score ≥ 3 in the French elderly aged 75 years and over living in the Nord-Pas-de-Calais region. Only drugs observed in at least 3.0% of these prescriptions were reported (complete list in *eTable 2*).

Drugs	Patients living at home (n=198,695)		Patients living in nursing home (n=9,284)	
	Number	Percentage of prescription with ADS score ≥ 3	Number	Percentage of prescription with ADS score ≥ 3
High potency anticholinergic				
Hydroxyzine	9,417	50.2	1,375	61.6
Oxybutynine	2,310	12.3	155	6.9
Amitriptyline	1,699	9.1	95	4.3
Clomipramine	561	3.0	36	1.6
Trihexyphenidyl	240	1.3	91	4.1
Medium potency anticholinergic				
Ranitidine	602	3.2	21	0.9
Low potency anticholinergic				
Furosemide	5,014	26.7	636	28.5
Tramadol	3,916	20.9	210	9.4
Domperidone	2,164	11.5	224	10.0
Alprazolam	1,976	10.5	281	12.6
Codeine	1,680	9.0	3	0.1
Digoxine	1,464	7.8	179	8.0
Loperamide	1,230	6.6	44	2.0
Paroxetine	1,007	5.4	183	8.2
Citalopram	517	2.8	145	6.5
Risperidone	457	2.4	289	13.0
Warfarine	437	2.3	70	3.1

Abbreviation: ADS: Anticholinergic Drug Score

3 LES HOSPITALISATIONS DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS EN SERVICE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE DANS LA REGION EN 2013

Ce travail concerne la base régionale du PMSI 2013 pour les personnes âgées hospitalisées plus de 24 heures en médecine et chirurgie (ou plus de 0 jour en vocabulaire PMSI). (hors CMD 90 « erreurs et autres séjours inclassables » et CMD 28 « séances »)

1. données générales en médecine et chirurgie hors séjours de 0 jour

Consommation régionale

Les établissements de la région ont réalisé 158 107 séjours de plus de 24h pour 95 077 personnes âgées de 75 ans et plus de la région, soit 1,7 séjour par personne.

Soit ce sont 30,9% des personnes âgées de 75 ans et plus de la région qui ont été hospitalisées plus de 24h au moins une fois dans un établissement de la région en 2013, en service de médecine ou de chirurgie.

En 2013, 29,6% de ces séjours pour les adultes concernent les personnes âgées de 75 ans et plus ; 27% des personnes hospitalisées en médecine ou chirurgie plus de 24h sont des personnes âgées de 75 ans et plus alors qu'elles représentent 10,43% des adultes de cette région.

activité consommation en dehors des fuites (PMSI 2013) – région Nord Pas de Calais			
séjours	chirurgie	médecine	total
PA>75 ans	44 168	113 939	158 107
total région 20-74 ans	151 403	225 095	376 498
%PA	22,58%	33,61%	29,57%
patients	chirurgie	médecine	total
PA>75 ans	37 416	71 162	95 077
total région 20-74 ans	134 510	151 043	258 323
%PA	21,76%	32,03%	26,90%

ARS – DOS – unité PMSI - 2014

Le taux de recours

Tableau : taux de recours (%) à l'hospitalisation par tranche d'âge en médecine et chirurgie (ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

Tranches d'âge	Nord		Pas de Calais		Région	
	chirurgie	Médecine	chirurgie	Médecine	chirurgie	Médecine
20 – 74 ans	54,87	81,75	55,10	83,35	54,95	82,33
> 74 ans	143,29	368,64	133,58	354,95	139,54	363,35

Tableaux : taux de recours (%) à l'hospitalisation en médecine et chirurgie (ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

Tableau : taux de recours (%) à l'hospitalisation par tranche d'âge en médecine et chirurgie et par zones de proximité (ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

>74 ans

Zones de proximité	ASO	Nb séjours	taux de recours
ARRAGEOIS	C	2659	127,81
AUDOMAROIS	C	1348	151,53
BETHUNE BRUAY	C	2992	123,58
BOULONNAIS	C	1717	130,64
CALAISIS	C	1497	140,46
CAMBRESIS	C	1942	136,29
DOUAISIS	C	2908	141,43
DUNKERQUOIS	C	2756	154,26
FLANDRE INTERIEURE	C	2045	149,67
LENS HENIN	C	4270	140,57
LILLE	C	6311	131,28
MONTREUILLOIS	C	1408	127,80
ROUBAIX TOURCOING	C	4168	146,04
SAMBRE AVESNOIS	C	2571	140,96
VALENCIENNOIS	C	4300	154,53
ARRAGEOIS	M	5853	281,33
AUDOMAROIS	M	3652	410,52
BETHUNE BRUAY	M	8556	353,39
BOULONNAIS	M	4165	316,90
CALAISIS	M	3464	325,01
CAMBRESIS	M	4896	343,60
DOUAISIS	M	7004	340,64
DUNKERQUOIS	M	6010	336,39
FLANDRE INTERIEURE	M	5574	407,96
LENS HENIN	M	12348	406,49
LILLE	M	16350	340,11
MONTREUILLOIS	M	4192	380,50
ROUBAIX TOURCOING	M	10854	380,31
SAMBRE AVESNOIS	M	7852	430,51
VALENCIENNOIS	M	10955	393,70
		154617	

20 à 74 ans

Zones de proximité	ASO	Nb séjours	taux de recours
ARRAGEOIS	C	7757	47,64
AUDOMAROIS	C	5169	65,50
BETHUNE BRUAY	C	10329	53,85
BOULONNAIS	C	6211	59,04
CALAISIS	C	6111	58,53
CAMBRESIS	C	6204	58,91
DOUAISIS	C	9590	59,25
DUNKERQUOIS	C	10205	60,22
FLANDRE INTERIEURE	C	6368	53,18
LENS HENIN	C	12769	53,72
LILLE	C	22658	46,36
MONTREUILLOIS	C	4224	56,70
ROUBAIX TOURCOING	C	15453	57,88
SAMBRE AVESNOIS	C	8267	54,51
VALENCIENNOIS	C	13970	61,38
ARRAGEOIS	M	10281	63,14
AUDOMAROIS	M	7076	89,67
BETHUNE BRUAY	M	15131	78,88
BOULONNAIS	M	9149	86,98
CALAISIS	M	7913	75,79
CAMBRESIS	M	8334	79,14
DOUAISIS	M	14493	89,54
DUNKERQUOIS	M	13250	78,19
FLANDRE INTERIEURE	M	9923	82,87
LENS HENIN	M	22669	95,36
LILLE	M	35237	72,10
MONTREUILLOIS	M	7201	96,67
ROUBAIX TOURCOING	M	22991	86,12
SAMBRE AVESNOIS	M	12513	82,51
VALENCIENNOIS	M	21309	93,63
		362755	

Tableau : Population par tranche d'âge et par zone de proximité – Données 2010 INSEE – pour calculer les taux de recours

Zone de proximité ARS	<20 ans	>74 ans	20-74 ans	Total général
ARRAGEOIS	62495	20805	162825	246125
AUDOMAROIS	31565	8896	78913	119374
BETHUNE BRUAY	76601	24211	191813	292625
BOULONNAIS	43666	13143	105191	162000
CALAISIS	45522	10658	104406	160586
CAMBRESIS	41823	14249	105305	161377
DOUAISIS	66127	20561	161854	248542
DUNKERQUOIS	66808	17866	169460	254134
FLANDRE INTERIEURE	49685	13663	119738	183086
LENS HENIN	100100	30377	237709	368186
LILLE	189159	48072	488696	725927
MONTREUILLOIS	26973	11017	74494	112484
ROUBAIX TOURCOING	126311	28540	266962	421813
SAMBRE AVESNOIS	62694	18239	151651	232584
VALENCIENNOIS	94147	27826	227585	349558
Total général	1083676	308123	2646602	4038401
total Pas de Calais	386922	119107	955351	1461380
Total Nord	696754	189016	1691251	2577021

La durée de séjour

Tranches d'âge	ASO	Nb séjours	Nb journées	DMS
De 75 à 79 ans	C	15749	117037	7,43
	M	32709	229730	7,02
De 80 à 84 ans	C	14204	110039	7,75
	M	35897	280779	7,82
De 85 à 89 ans	C	8906	73650	8,27
	M	27896	240954	8,64
De 90 à 94 ans	C	3549	30056	8,47
	M	13089	116518	8,90
95 ans et plus	C	484	3546	7,33
	M	2134	18243	8,55
Total général		154617	1220552	7,89

DMS par tranche d'âge pour les personnes âgées en médecine et chirurgie – PMSI 2013
(ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

La DMS est de 7,89 en services de médecine/chirurgie en 2013 pour les 75 ans et plus : avec l'augmentation de l'âge la DMS semble augmenter essentiellement en médecine.

DMS PMSI	De 75 à 79 ans		De 80 à 84 ans		De 85 à 89 ans		De 90 à 94 ans		95 ans et plus		Total général
ZP	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	
ARRAGEOIS	6,66	6,63	6,98	7,23	7,46	7,88	7,07	7,81	8,58	7,04	7,19
AUDOMAROIS	7,53	6,46	7,50	7,69	8,34	8,41	8,18	8,63	6,71	9,27	7,63
BETHUNE BRUAY	8,10	7,09	8,57	7,95	9,78	9,03	9,37	8,69	7,00	8,40	8,23
BOULONNAIS	7,47	6,32	7,75	7,07	8,52	7,57	7,16	8,35	5,94	7,97	7,28
CALAISIS	7,26	7,72	8,20	9,19	8,72	10,80	9,14	11,16	4,31	9,72	8,96
CAMBRESIS	7,98	7,83	7,91	8,70	8,59	9,03	8,49	9,42	6,73	8,83	8,49
DOUAISIS	6,97	6,93	6,99	7,52	7,65	7,82	7,15	7,46	6,76	7,88	7,34
DUNKERQUOIS	7,16	6,73	7,17	7,66	7,09	8,17	8,60	7,75	7,79	9,11	7,42
FLANDRE INTERIEURE	7,71	6,81	7,80	7,78	7,36	8,57	10,22	8,72	7,53	7,59	7,82
LENS HENIN	7,71	6,49	7,50	7,62	7,87	8,40	8,22	8,95	6,62	8,47	7,66
LILLE	7,44	7,36	8,26	7,86	8,81	9,00	8,86	9,46	9,11	9,23	8,23
MONTREUILLOIS	7,16	7,04	7,85	7,53	7,96	8,46	7,19	8,41	7,28	8,66	7,70
ROUBAIX TOURCOING	6,95	7,28	7,65	8,07	8,39	8,74	9,06	9,05	7,98	8,79	8,03
SAMBRE AVESNOIS	8,15	7,35	8,58	8,20	8,76	9,36	9,64	9,89	5,89	8,41	8,47
VALENCIENNOIS	7,38	7,11	7,46	7,61	8,10	8,33	7,79	8,78	7,67	8,18	7,72
Total général	7,43	7,02	7,75	7,82	8,27	8,64	8,47	8,90	7,33	8,55	7,89

DMS par tranche d'âge pour les personnes âgées en médecine et chirurgie par zone de proximité – PMSI 2013 (ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

Modes d'entrée

- Passages aux urgences en secteur public et ESPIC : des séjours avec DMS plus élevées

Les données présentées sont celles des établissements publics et ESPIC qui ont une activité individualisée d'urgence.

Tableau : Durées moyennes de séjour en secteur public et ESPIC avec ou sans passages aux urgences (ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

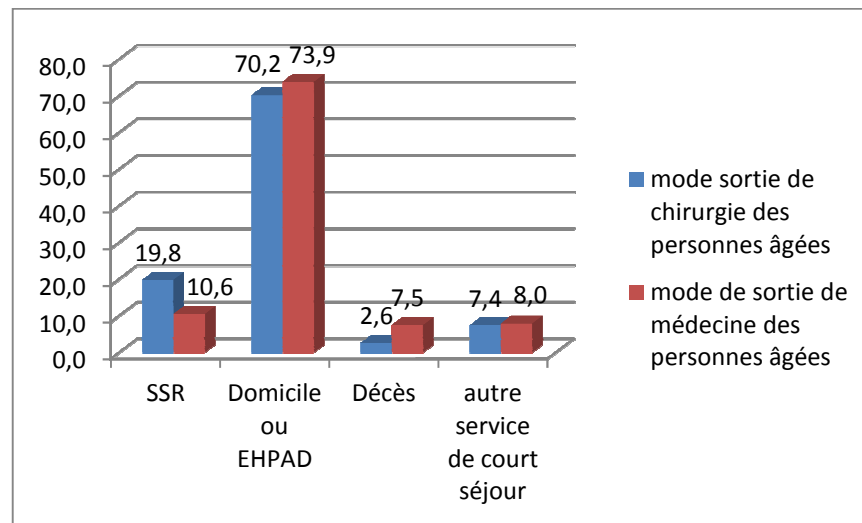
Activité des secteurs publics et ESPIC	médecine				chirurgie				TOTAL
	20-74 ans	20-74 ans	>74 ans	>74 ans	20-74 ans	20-74 ans	>74 ans	>74 ans	
	Nb séjours	DMS	Nb séjours	DMS	Nb séjours	DMS	Nb séjours	DMS	
Sans passages aux urgences	83505	4,64	27722	6,86	50510	6,21	11836	8,12	173573
Avec passages aux urgences	91116	5,30	60436	8,75	21760	6,83	11904	9,91	185216
TOTAL	174 621		88 158		72 270		23 740		358 789
% des passages aux urgences	52,18%		68,55%		30,11%		50,14%		51,62%

modes de sortie

Modes de sortie des plus de 75 ans après hospitalisation en médecine ou chirurgie :

Mode de sortie du champ PMSI-MCO	ASO	Nb séjours
SSR	C	8 751
Domicile ou EHPAD	C	30 989
Décès	C	1141
AUTRE CHIRURGIE	C	3287
SSR	M	12 096
Domicile ou EHPAD	M	84 197
Décès	M	8583
AUTRE MEDECINE	M	9063

(ARS – DOS – unité PMSI – 2014)



Graphique : part (%) des modes de sorties selon les types de services pour les personnes de 75 ans et plus en 2013
(ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

Séjours avec sortie SSR :

Tableau : activité 2013 en médecine et chirurgie pour les plus de 75 ans avec sorties SSR
(ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

Activité en MC avec transferts SSR pour personnes de 75 ans et plus (consommation PMSI 2013)	médecine		chirurgie	
	nombre	% 75 ans et plus par rapport au nombre total de transferts SSR adultes	nombre	% 75 ans et plus par rapport au nombre total de transferts SSR adultes
Séjours	12107	66,60%	8753	50,50%
Patients	10 660	66,70%	8 214	50,50%
Journées	167401	66,30%	106979	49,60%
DMS	13,83		12,22	

Tableau : comparaison par tranche d'âge des DMS et médianes de séjours
en médecine et chirurgie et avec transfert en SSR en 2013

(ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

Tranches d'âge	Activité (PMSI 2013)	médecine		chirurgie	
		DMS	médiane	DMS	médiane
20-74 ans	Globale MC	4,9	2	5,3	3
	MC avec transfert SSR	14	10	12,7	9
> 74 ans	Globale MC	7,9	6	7,8	6
	MC avec transfert SSR	13,8	12	12,2	9

Les ré-hospitalisations des 75 ans et plus

Etude du PMSI 2013 sur la consommation des territoires.

Nombre de ré-hospitalisations par zone de proximité à J7, J30, J60, J90 (hors erreurs, hors séances, hors fuites)

Commentaires : Le calcul des ré-hospitalisations pose de multiples questions méthodologiques car il est réalisé toutes pathologies confondues et quel que soit le motif de ré-hospitalisation. Les pathologies chroniques et les cancers notamment sont inclus au même titre que toute pathologie aiguë. Faut-il prendre en compte les ré-hospitalisations à J0 ? Ou faut-il les écarter ? Que faire des transferts ? Faut-il exclure/inclure les ré-hospitalisations après un séjour de DMS 0 jour ? Ces questions sont encore plus prégnantes dès lors que le travail est réalisé tous âges confondus ; en effet, il y a lieu de penser que l'échantillon des personnes de 75 ans et plus présente une certaine homogénéité.

Dans le travail ci-dessous, deux hypothèses ont été travaillées :

- Exclusion ou inclusion des séjours de 0 jours (l'exclusion correspond à la définition initiale). Pour autant, il a semblé que les exclure pouvait être excessif, car des ré-hospitalisations peuvent avoir lieu après une chirurgie ambulatoire notamment.
- Avec ou sans les ré-hospitalisations à J0, jour de sortie du séjour précédent.

Il en résulte, pour l'année 2013, **en excluant les séjours d'une durée de 0 jour** :

- 158 107 séjours ont été consommés par les PA (selon les critères définis dans le chapitre 1 – consommation régionale / cf. chapitre 1)
 - o Dont 154 617 séjours à destination de malades résidant dans le Nord-Pas de Calais.
- 35 721 malades ont été hospitalisés au moins deux fois dans l'année (dont 35 487 du Nord Pas de Calais) pour un total de séjours de 98 848 (dont 97 270 pour des malades de la région)
- 63 127 séjours correspondent à des ré-hospitalisations, en comptabilisant les ré-hospitalisations à J0
- 62 736 séjours correspondent à des ré-hospitalisations, en excluant les ré-hospitalisations à J0

Tableau : Consommation 2013 en Région Nord Pas de Calais et hors région,
exclusion des séjours de 0 jour,(définition initiale)
avec les ré-hospitalisations le jour de la sortie (à J0)

(ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

ZP de résidence des malades	Nb réhosp dans les 7 jours	Nb réhosp dans les 30 jours	Nb réhosp dans les 60 jours	Nb réhosp dans les 90 jours	Nb réhosp à 6 mois	Nb total de réhospitalisations à 12 mois
ARRAGEOIS	330	1258	1929	2321	2841	3111
AUDOMAROIS	354	1021	1420	1669	1999	2152
BETHUNE BRUAY	682	1974	2903	3480	4258	4615
BOULONNAIS	194	857	1352	1605	1977	2172
CALAIS	211	685	1096	1336	1676	1833
CAMBRESIS	341	1123	1689	2013	2434	2697
DOUAIS	401	1499	2285	2796	3431	3737
DUNKERQUOIS	499	1587	2317	2705	3271	3552
FLANDRE INTERIEURE	524	1482	2141	2451	2941	3206
LENS HENIN	1121	3094	4472	5269	6416	6974
LILLE	1080	3672	5662	6737	8282	9086
MONTREUILLOIS	276	937	1421	1685	2090	2247
ROUBAIX TOURCOING	655	2306	3586	4341	5397	5923
SAMBRE AVESNOIS	877	2248	3070	3562	4245	4580
VALENCIENNOIS	668	2469	3879	4615	5718	6245
Malades hors région et CP "999"	185	480	661	757	930	997
Total général	8398	26692	39883	47342	57906	63127

Tableau : Consommation 2013 en Région Nord Pas de Calais et hors région,
exclusion des séjours de 0 jour, (définition initiale)
en dehors des ré-hospitalisations le jour de la sortie (à J0)
(ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

ZP de résidence des malades	Nb réhosp dans les 7 jours	Nb réhosp dans les 30 jours	Nb réhosp dans les 60 jours	Nb réhosp dans les 90 jours	Nb réhosp à 6 mois	Nb total de réhospitalisations à 12 mois
ARRAGEOIS	304	1232	1903	2295	2815	3085
AUDOMAROIS	339	1006	1405	1654	1984	2137
BETHUNE BRUAY	647	1939	2868	3445	4223	4580
BOULONNAIS	189	852	1347	1600	1972	2167
CALAIS	185	659	1070	1310	1650	1807
CAMBRESIS	332	1114	1680	2004	2425	2688
DOUAIS	355	1453	2239	2750	3385	3691
DUNKERQUOIS	471	1559	2289	2677	3243	3524
FLANDRE INTERIEURE	515	1473	2132	2442	2932	3197
LENS HENIN	1106	3079	4457	5254	6401	6959
LILLE	1019	3611	5601	6676	8221	9025
MONTREUILLOIS	275	936	1420	1684	2089	2246
ROUBAIX TOURCOING	631	2282	3562	4317	5373	5899
SAMBRE AVESNOIS	835	2206	3028	3520	4203	4538
VALENCIENNOIS	664	2465	3875	4611	5714	6241
Malades hors région et CP "999"	140	435	616	712	885	952
Total général	8007	26301	39492	46951	57515	62736

En incluant les séjours d'une durée de 0 jour (mais hors séances CMD28), les résultats sont :

- 215 189 séjours ont été consommés
 - o Dont 210 357 séjours à destination de malades résidant dans le Nord-Pas de Calais.
- 51 452 malades ont été hospitalisés au moins deux fois dans l'année (dont 50 365 du Nord Pas de Calais) pour un total de 145 976 séjours (dont 143 369 pour des malades du NPdC)
- 94 524 séjours correspondent à des ré-hospitalisations, en comptabilisant les ré-hospit à J0
- 92 093 séjours correspondent à des ré-hospitalisations, en excluant les ré-hospit à J0

Tableau : Consommation 2013 en Région Nord Pas de Calais et hors région,
inclusion des séjours de 0 jours,
avec les réhospitalisations le jour de la sortie (à J0)
(ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

ZP de résidence des malades	Nb réhosp dans les 7 jours	Nb réhosp dans les 30 jours	Nb réhosp dans les 60 jours	Nb réhosp dans les 90 jours	Nb réhosp à 6 mois	Nb total de réhospitalisations à 12 mois
ARRAGEOIS	565	1996	3038	3651	4500	4910
AUDOMAROIS	498	1490	2074	2396	2867	3085
BETHUNE BRUAY	1097	3072	4606	5512	6837	7405
BOULONNAIS	295	1186	1856	2178	2660	2927
CALAISIS	295	957	1515	1843	2316	2525
CAMBRESIS	570	1681	2532	2985	3680	4050
DOUAISIS	545	2040	3241	3960	4879	5342
DUNKERQUOIS	693	2131	3252	3823	4607	4971
FLANDRE INTERIEURE	1205	2777	3762	4233	4966	5341
LENS HENIN	1580	4509	6654	7847	9502	10292
LILLE	1871	5817	8742	10397	12835	14042
MONTREUILLOIS	362	1226	1891	2250	2757	2977
ROUBAIX TOURCOING	1163	3742	5717	6848	8476	9292
SAMBRE AVESNOIS	1424	3246	4391	5087	6117	6569
VALENCIENNOIS	1155	3695	5740	6802	8291	8995
Malades hors région et CP « 999 »	334	798	1073	1275	1629	1801
Total général	13652	40363	60084	71087	86919	94524

Tableau : Consommation 2013 en Région Nord Pas de Calais et hors région,
avec séjours de 0 jour,
en dehors des réhospitalisations le jour de la sortie (à J0)
(ARS – DOS – unité PMSI – 2014)

ZP de résidence des malades	Nb réhosp dans les 7 jours	Nb réhosp dans les 30 jours	Nb réhosp dans les 60 jours	Nb réhosp dans les 90 jours	Nb réhosp à 6 mois	Nb total de ré-hospitalisations dans les 12 mois
ARRAGEOIS	501	1932	2974	3587	4436	4846
AUDOMAROIS	411	1403	1987	2309	2780	2998
BETHUNE BRUAY	936	2911	4445	5351	6676	7244
BOULONNAIS	281	1172	1842	2164	2646	2913
CALAISIS	276	938	1496	1824	2297	2506
CAMBRESIS	483	1594	2445	2898	3593	3963
DOUAISIS	468	1963	3164	3883	4802	5265
DUNKERQUOIS	612	2050	3171	3742	4526	4890
FLANDRE INTERIEURE	717	2289	3274	3745	4478	4853
LENS HENIN	1439	4368	6513	7706	9361	10151
LILLE	1476	5422	8347	10002	12440	13647
MONTREUILLOIS	332	1196	1861	2220	2727	2947
ROUBAIX TOURCOING	994	3573	5548	6679	8307	9123
SAMBRE AVESNOIS	1117	2939	4084	4780	5810	6262
VALENCIENNOIS	882	3422	5467	6529	8018	8722
Malades hors région et CP « 999 »	296	760	1035	1237	1591	1763
Total général	11221	37932	57653	68656	84488	92093

CONCLUSION

L'ensemble des données ci-jointes prouve cette année encore le dynamisme des établissements, services et dispositifs dédiés aux personnes âgées et à leurs aidants de cette région ; ainsi que leur volonté à connaître et faire connaître les résultats de leurs activités pour faire avancer la réflexion sur les prises en charge au service des usagers.

2014 aura été l'année du déploiement de dispositifs pour plus d'équité sur les territoires. Désormais l'ensemble des zones de proximité est couvert avec des autorisations d'équipes mobiles de gériatrie (EMG), de plateformes de répit aux aidants et d'équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD). L'ARS a par ailleurs étendu les territoires et conforté les missions des réseaux gériatriques. De nouvelles MAIA ont été autorisées et l'ARS poursuit le déploiement des UHR et des PASA.

2014 verra aussi de nouvelles expérimentations avec l'autorisation de 20 places de SSIAD de nuit sur le Béthunois et le Valenciennois Quercitain, mais aussi le déploiement progressif du parcours de santé PAERPA du Valenciennois Quercitain.

Ce travail a pu être réalisé grâce au concours des différentes directions de l'ARS : DSEE, DOMS, DOS.

Nous formulons des remerciements particuliers à l'ensemble des professionnels, établissements et services qui ont bien voulu nous apporter dans les délais les données demandées ou leurs rapports d'activité pour enrichir cette synthèse. Grâce à de meilleures connaissances et compréhensions de l'activité et du fonctionnement du système de santé, l'ARS peut ajuster au mieux les dispositifs et accompagner les projets avec les acteurs.

Artois-Douaisis - Total : 135	
Zone de proximité de l'Arrageois	
CH d'Arras	26
Zone de proximité de Béthune-Bruay	
Clinique Anne d'Artois	20
CH de Béthune	14
Zone de proximité du Douaisis	
CH de Douai	35
Zone de proximité de Lens-Hénin	
CH d'Hénin Beaumont	24
CH de Lens	27

Littoral - Total : 132	
Zone de proximité de l'Audomarois	
CH de Saint-Omer	21
Zone de proximité du Boulonnais	
CH de Boulogne	16
Zone de proximité du Calaisis	
CH de Calais	30
Zone de proximité du Dunkerquois	
CH de Dunkerque	20
Polyclinique Grande Synthe	16
Zone de proximité du Montreuillois	
Clinique Les Acacias de Cucq	15
CH de Montreuil	24

Hainaut-Cambrésis - Total : 129	
Zone de proximité du Cambrésis	
CH de Cambrai	23
CH de Le Cateau	20
Zone de proximité du Sambre-Avesnois	
CH d'Avesnes	28
CH de Sambres Avesnois de Maubeuge	20
Zone de proximité du Valenciennois	
CH de Denain	20
CH de Le Quesnoy	13
CH de Valenciennes	42

Métropole-FI - Total : 263	
Zone de proximité de la Flandre Intérieure	
CH d'Armentières	20
Zone de proximité de Lille	
GHICL St Philibert	30
GHICL St Vincent de Paul	25
CHRU de Lille	56
CH de Seclin	40
Zone de proximité de Roubaix-Tourcoing	
CH de Roubaix	40
Clinique St Jean HPM de Roubaix	30
CH de Tourcoing	20
Clinique de Villeneuve d'ascq	10

ANNEXE II : LES COMPETENCES DES CSG PAR ETABLISSEMENT DE SANTE

Artois-Douaisis - 135 lits							
	ETP Médicaux : Gériatres			ETP Non-Médicaux			
	Nombre	ETP	ETP / 20 lits	ETP AS	ETP AS / 20 lits	ETP IDE	ETP IDE / 20 lits
Zone de proximité de l'Arrageois							
CH d'Arras	3,00	2,60	2,00	12,70	9,77	11,20	8,62
Zone de proximité de Béthune-Bruay							
Clinique Anne d'Artois	1,00	1,00	1,00	8,50	8,50	11,00	11,00
CH de Béthune	2,00	1,80	2,57	10,83	15,47	7,56	10,80
Zone de proximité du Douaisis							
CH de Douai	4,00	3,50	2,00	17,30	9,89	15,65	8,94
Zone de proximité de Lens-Hénin							
CH d'Hénin Beaumont	2,00	1,60	1,33	10,50	8,75	7,00	5,83
CH de Lens	3,00	2,30	1,70	14,40	10,67	11,20	8,30

Hainaut-Cambrésis - 129 lits							
	ETP Médicaux : Gériatres			ETP Non-Médicaux			
	Nombre	ETP	ETP / 20 lits	ETP AS	ETP AS / 20 lits	ETP IDE	ETP IDE / 20 lits
Zone de proximité du Cambrésis							
CH de Cambrai	3,00	2,40	2,09	13,14	11,43	11,30	9,83
CH de Le Cateau	2,00	2,00	2,00	8,75	8,75	5,21	5,21
Zone de proximité du Sambre-Avesnois							
CH d'Avesnes	2,00	1,30	0,93	14,00	10,00	10,80	7,71
CH de Sambres-Avesnois de Maubeuge	4,00	3,00	3,00	12,00	12,00	12,00	12,00
Zone de proximité du Valenciennois							
CH de Denain	2,00	1,60	1,80	10,00	10,00	6,80	6,80
CH de Le Quesnoy	3,00	1,20	1,85	6,00	9,23	5,50	8,46
CH de Valenciennes	5,00	4,00	1,90	25,00	11,90	26,00	12,38

Littoral - 132 lits							
	ETP Médicaux : Gériatres			ETP Non-Médicaux			
	Nombre	ETP	ETP / 20 lits	ETP AS	ETP AS / 20 lits	ETP IDE	ETP IDE / 20 lits
Zone de proximité de l'Audomarois							
CH de Saint-Omer	3,00	1,90	1,27	12,40	11,81	10,00	9,52
Zone de proximité du Boulonnais							
CH de Boulogne	2,00	1,80	2,25	7,20	9,00	6,10	7,63
Zone de proximité du Calaisis							
CH de Calais	4,00	4,00	2,67	11,60	7,73	10,50	7,00
Zone de proximité du Dunkerquois							
CH de Dunkerque	3,00	3,00	3,00	11,90	11,90	13,60	13,60
Polyclinique Grande Synthe	1,00	1,00	1,25	7,99	9,99	9,21	11,51
Zone de proximité du Montreuillois							
Clinique Les Acacias de Cucq	2,00	0,50	0,67	7,00	9,33	6,00	8,00
CH de Montreuil	4,00	2,90	2,42	13,05	10,88	13,24	11,03
Métropole-Flandre Intérieure - 263 lits							
	ETP Médicaux : Gériatres			ETP Non-Médicaux			
	Nombre	ETP	ETP / 20 lits	ETP AS	ETP AS / 20 lits	ETP IDE	ETP IDE / 20 lits
Zone de proximité de la Flandre Intérieure							
CH d'Armentières	3,00	2,00	2,00	6,60	6,60	4,20	4,00
Zone de proximité de Lille							
GHICL St Philibert	5,00	5,00	3,33	12,17	8,11	14,00	9,33
GHICL St Vincent de Paul	3,00	3,00	2,40	8,57	6,86	9,70	7,76
CHRU de Lille	6,00	4,00	1,43	35,00	12,50	34,30	12,25
CH de Seclin	5,00	4,20	2,10	20,90	10,45	21,00	10,50
Zone de proximité de Roubaix-Tourcoing							
CH de Roubaix	4,00	3,60	1,80	28,80	14,40	26,60	13,30
Clinique St Jean HPM de Roubaix	2,00	1,80	1,20	8,50	5,67	12,00	8,00
CH de Tourcoing	4,00	4,00	4,00	12,30	12,30	10,70	10,70
Clinique de Villeneuve d'ascq	1,00	0,25	0,50	3,50	7,00	4,00	8,00

ANNEXE III : REPARTITION DES LITS ET DUREES MOYENNES DE SEJOUR DECLAREES DES SSR GERIATRIQUES PAR ETABLISSEMENT DE SANTE

Artois-Douaisis		
	Nombre des lits	DMS
Zone de proximité de l'Arrageois		
CH Arras	24	28,81
CH Bapaume	26	30,48
CH du Ternois	40	
Zone de proximité de Béthune-Bruay		
CH Béthune	38	31
Clinique Mahaut de Termonde	Pas de déclaration en 2013	
Clinique Anne d'Artois	Pas de déclaration en 2013	
Zone de proximité du Douaisis		
CH de Douai	25	25,7
CH de Somain	20	
Maison de Santé et de Cure Médicale	60	33,67
SAS Clinique Saint-Roch - Marchiennes	45	26,2
Zone de proximité de Lens-Hénin		
CH de Lens	50	31,8
CH Hénin Beaumont	30	43,9
CH Carvin	30	41,84
Hainaut-Cambrésis		
	Nombre des lits	DMS
Zone de proximité du Cambrésis		
CH de Cambrai	10	20,45
CH Le Cateau	30	21,97
Clinique Saint-Roch Cambrai	35	27,1
Zone de proximité du Sambre-Avesnois		
CH Avesnes	27	28,4
Hôpital Fellerries-Liessies	24	
CH Hautmont	21	32,15
CH Jeumont	25	37
Zone de proximité du Valenciennois		
CH Valenciennes	45	47,35
CH Denain	40	31,93
Clinique Saint-Roch	50	30,9
CH Le Quesnoy	28	23,9
ULS d'Escaudain	60	41,28

Métropole - Flandre intérieure		
	Nombre des lits	DMS
Zone de proximité de la Flandre Intérieure		
CH de Bailleul	30	28
CH d'Armentières	45	30,2
EPSM des Flandres	15	30,22
Zone de proximité de Roubaix-Tourcoing		
CH de Roubaix	48	32,29
CHI Wasquehal	60	36,85
Clinique de Villeneuve d'Ascq	30	30,6
Clinique Saint Jean	56	34,77
Clinique Saint Roch	Pas de déclaration en 2013	
CH de Wattrelos	Pas de déclaration en 2013	
CH de Tourcoing	37	30,57
Zone de proximité de Lille		
CH Loos-Haubourdin	10	45,5
CHRU de Lille	92	40,75
CH de Seclin	58	43,34
GHICL - SV	16	20,4
GHICL - SP	30	28,4
Clinique de la Mitterie	Pas de déclaration en 2013	
Littoral		
	Nombre des lits	DMS
Zone de proximité du Montreuillois		
Clinique les Acacias de Cucq	20	19,75
HM de Berck	36	50,29
CH de Montreuil	20	27,21
Zone de proximité du Boulonnais		
CH Boulogne sur mer	90	34,7
Zone de proximité du Calaisis		
CH de Calais	30	44,5
Zone de proximité du Dunkerquois		
HM de Zuydcoote	Pas de déclaration en 2013	
Polyclinique Grande-Synthe	25	27,6
Zone de proximité de l'Audomarois		
CH St-Omer	30	34,08

ANNEXE IV : REPARTITION DES TRAITEMENTS EN UHR

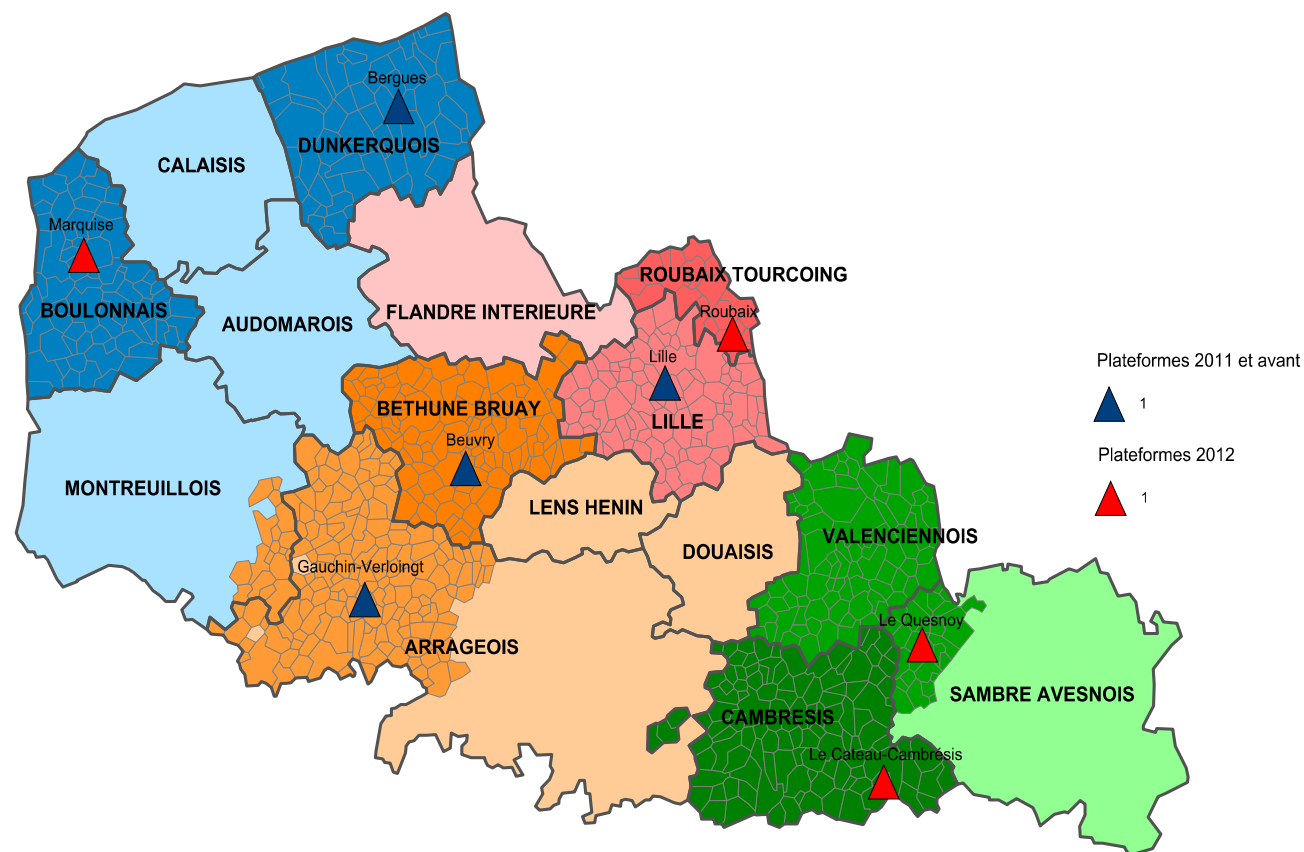
	Nombre de résidents traités par:				
	Antidémantiels	Antidépresseurs	anxiolytiques	neuroleptiques	hypnotiques
CH de Lens	5	5	14	10	13
CH de Béthune	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013
CH du Ternois	5	2	4	11	3
L'Aquarelle AHNAC	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée
CH de Douai	9	6	7	6	7
Artois-Douaisis					
CH de Jeumont	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013
CH de Valenciennes	5	13	13	8	5
Hainau-Cambrésis					
CH de Boulogne	0	4	5	3	1
CH de Calais	4	2	4	6	6
Littoral					
CHRU Lille	2	2	3	6	1
CH Loos-Haubourdin	2	6	10	4	1
CH de Tourcoing	8	2	12	11	5
Métropole-Flandre Intérieure					
Région	40	42	72	65	42

ANNEXE V : ETP RESERVES AUX SOINS ET ETP RESERVES A LA DEPENDANCE (UHR)

	ETP réservés aux soins															
	IDEC		Ergo/psychomot		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	
	budgetés	réels	budgetés	réels	budgetés	réels	budgetés	réels	budgetés	réels	budgetés	réels	budgetés	réels	budgetés	réels
CH de Lens	0,5	0,5			1,4	1,4			1,05	1,05						
CH de Béthune	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013
CH du Ternois	3,8	3,8	1,1	1,1	5,1	5,1	0,7	0,7			0,21	0,09				
L'Aquarelle AHNAC	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée
CH de Douai	0,25	0,25	0,1	0,1	0,7	0,7	0	0	5,6	5,6	0	0,1	0	0	0	0,2
Artois-Douais																
CH de Jeumont	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013
CH de Valenciennes		2				4,8		0		8,71		0,2				0,75
Hainaut-Cambrésis																
CH de Boulogne	1	1	0,5	0,5	4	4	4	4	3	3		0,2				
CH de Calais	3	3	0,2	0	6	6	0	0			0,17	0,17		0		
Littoral																
CHRU Lille	1	1			3,5	3,5					0,3	0,3	0,1	0,1	0,25	0,25
CH Loos-Haubourdin	3	3	0,2	0,2	2,1	2,1			2,8	2,8	0,25	0,25				
CH de Tourcoing	0,25	0,25	0,4	0,4	4,9	4,9			1,4	1,4	1	1			2,75	2,75
Métropole-Flandre Intérieure																
Région	12,8	14,8	2,5	2,3	27,7	32,5	4,7	4,7	13,85	22,56		2,31	0,1	0,1	3	3,95

ETP réservés à la dépendance																
IDEC		Ergo/psychomot		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		
budgétés	réels	budgétés	réels	budgétés	réels	budgétés	réels	budgétés	réels	budgétés	réels	budgétés	réels	budgétés	réels	réels
CH de Lens				0,6	0,6			0,45	0,45							
CH de Béthune	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013
CH du Ternois				2,3	2,3	0,3	0,3					0,13	0,13			
L'Aquarelle AHNAC	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée	Pas d'activité déclarée
CH de Douai	0	0	0	0	0	0,3	0	0	0	2,4	0	0	0	0	0	0
Artois-Douais																
CH de Jeumont	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013	Pas d'activité en 2013
CH de Valenciennes										3,73						0,5
Hainaut-Cambrésis																
CH de Boulogne												0,5	0,5			1,5
CH de Calais	0,825	0,825						7,25	7,25	0,03	0,03	0,1	0			
Littoral																
CHRU Lille					1,5	1,5										
CH Loos-Haubourdin					0,9	0,9			1,2	1,2			0,2	0,2		
CH de Tourcoing					2,1	2,1			0,6	0,6			0,125	0		
Métropole-Flandre Intérieure																
Région	0,825	0,825	0	0	7,4	7,7	0,3	0,3	9,5	15,63	0,03	0,03	1,055	0,83	0	2

PLATEFORMES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE REPIT REGION NORD-PAS-DE-CALAIS



0 5 10 km

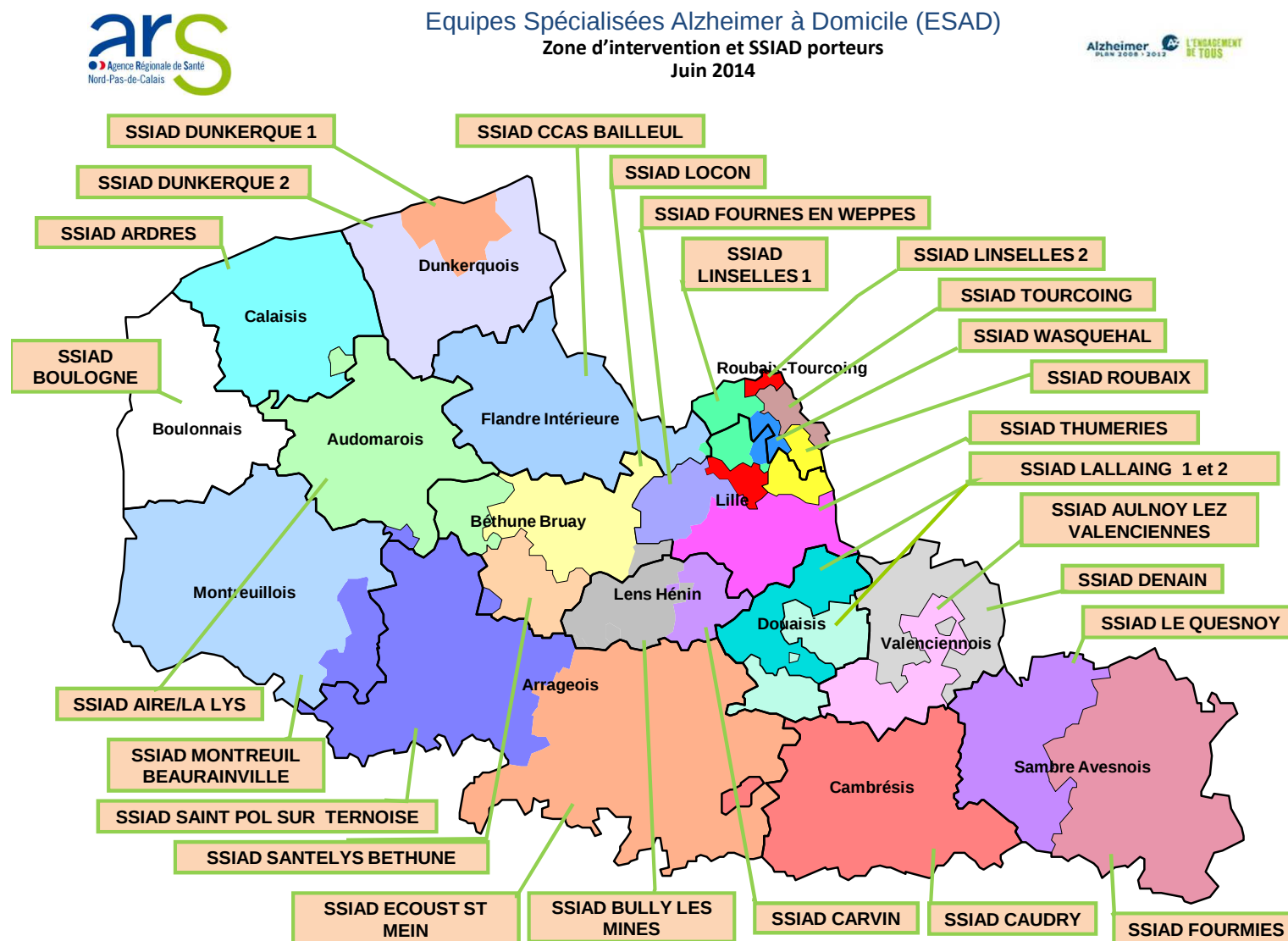
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

ANNEXE VII : LISTE DES PASA OUVERTS SUR L'ENSEMBLE DE LA REGION

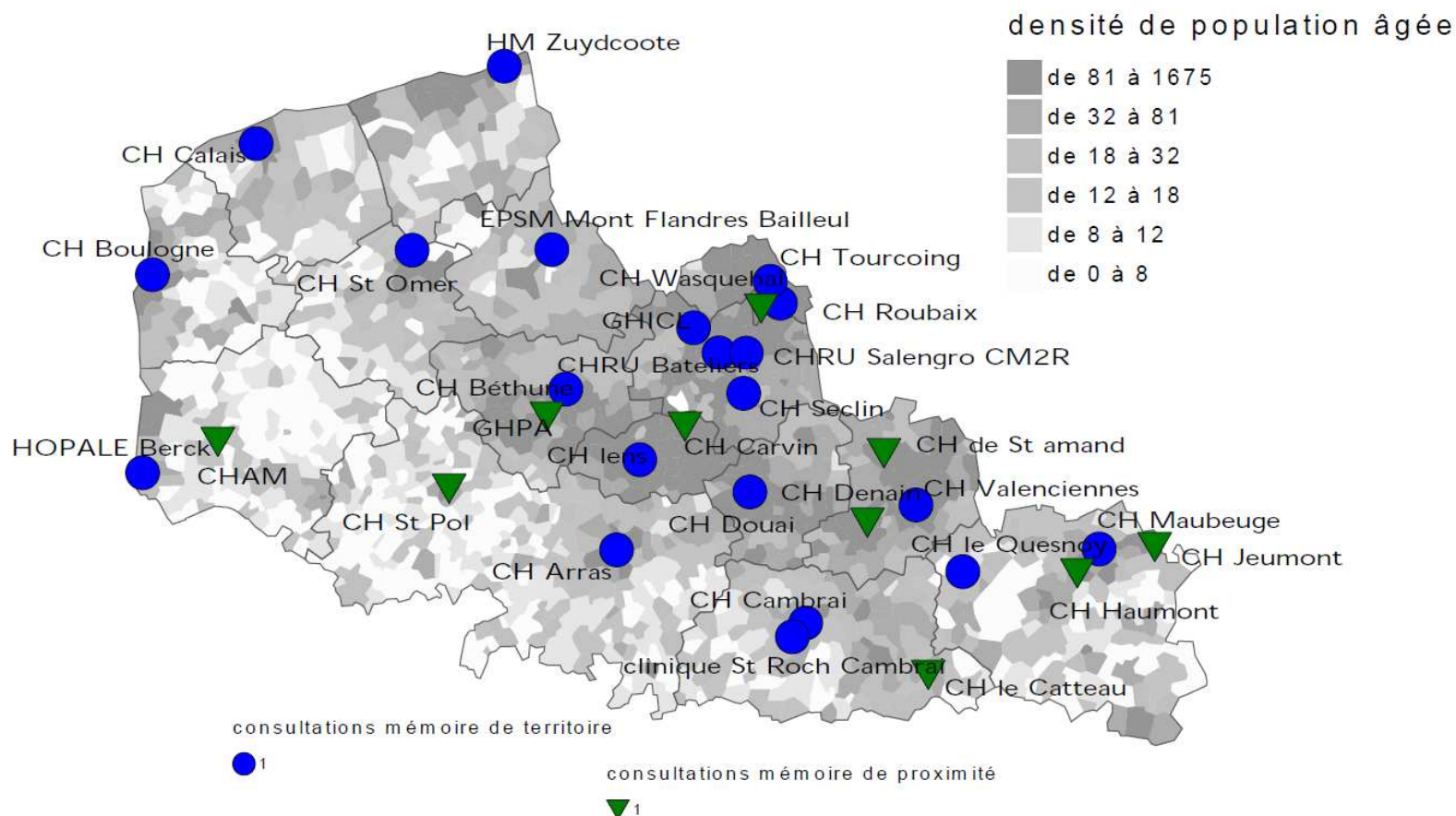
Territoire	Zone de proximité	COMMUNE	NOM et ADRESSE EHPAD	TEL
METROPOLE - FLANDRE INTERIEURE	FLANDRE-INTERIEURE	ARMENTIERES	EHPAD "Françoise de Luxembourg" du C.H.23 rue Delattre de Tassigny - 59280 ARMENTIERES	03.20.48.10.30
	FLANDRE-INTERIEURE	HAZEBROUCK	EHPAD "Le clos des tilleuls" du C.H.1 rue de l'Hôpital - BP 209 - 59190 HAZEBROUCK	03.28.42.67.00
	FLANDRE-INTERIEURE	PERENCHIES	EHPAD "Domaine des Tuileries" - Parc de la Tuilerie7 place des Anciens Combattants - 59840 PERENCHIES	03.20.22.44.38
	FLANDRE-INTERIEURE	STEENWERCK	EHPAD "Résidence Abbé Lefrançois"24 rue du Stade - 59181 STEENWERCK	03.28.49.96.59
	LILLE	LA MADELEINE	EHPAD "Tiers Temps Saint Maur"15 avenue Saint Maur - 59110 LA MADELEINE	03.20.15.68.68
	LILLE	LILLE	EHPAD "Marguerite de Yourcenar" - Centre Feron Vrou117 rue de Condé - BP 255 - 59019 LILLE	03.20.78.59.62
	LILLE	LILLE	EHPAD "Notre Dame de l'Espérance" - Centre Feron Vrou291 bd Victor Hugo - BP 255 - 59019 LILLE	03.20.78.59.51
	LILLE	LOMME	EHPAD "gilbert forestier"952 av. de Dunkerque - 59160 LOMME	03.20.17.63.23
	LILLE	SECLIN	EHPAD du C.H.Avenue des marronniers - BP 109 - 59471 SECLIN	03.20.62.70.02
	LILLE	WAMBRECHIES	EHPAD "Résidence Obert"2 bis rue Obert - 59118 WAMBRECHIES	03.20.63.60.60
	ROUBAIX-TOURCOING	NEUVILLE-en-FERRAIN	EHPAD "la fleur de l'âge"20 bis allée des sports - 59960 NEUVILLE-en-FERRAIN	03.20.94.09.28
	ROUBAIX-TOURCOING	QUESNOY-sur-DEULE	EHPAD "les lys blancs"55 rue Saint Vincent - 59890 QUESNOY-sur-DEULE	03.20.78.92.47
	ROUBAIX-TOURCOING	ROUBAIX	EHPAD "les verts pré" du C.H.Rue Pierre de Coubertin - 59100 ROUBAIX	03.20.99.32.56
	ROUBAIX-TOURCOING	ROUBAIX	EHPAD "les Orchidées"5 rue Henri Bossut - 59100 ROUBAIX	03.20.66.79.79
	ROUBAIX-TOURCOING	TOURCOING	EHPAD "Résidence Mahaut de Guisnes" du C.H.155 rue du Président Coty - 59200 TOURCOING	03.20.69.47.00

Territoire	Zone de proximité	COMMUNE	NOM et ADRESSE EHPAD	TEL
LITTORAL	AUDOMAROIS	LONGUENESSE	EHPAD "Raymond Dufay" place de l'Hôtel de ville - 62967 LONGUENESSE CEDEX	03.21.38.90.80
	AUDOMAROIS	ARQUES	EHPAD "les Fontinettes" 15 rue Vaillant Couturier - 62510 ARQUES	03.21.12.27.61
	DUNKERQUOIS	BOURBOURG	EHPAD "Oliver Varlet" 17 rue verte - 59630 BOURBOURG	03.28.22.29.41
	MONTREUILLOIS	HUBY SAINT LEU	EHPAD "Gabrielle Hielle" Rue du 11 Novembre BP 59 - 62140 HUBY SAINT LEU	03.21.90.13.00
	MONTREUILLOIS	MONTREUIL-sur-MER	EHPAD "Saint Walloy" - CHAM16 place Saint Walloy - 62170 MONTREUIL-sur-MER	03.21.90.15.80
ARTOIS - DOUAISIS	ARRAGEOIS	CORBEHEM	EHPAD "La Quiétude" 293 rue de Gouy - 62112 CORBEHEM	03.27.88.88.62
	ARRAGEOIS	DAINVILLE	EHPAD "Résidence Dainville" Avenue de l'hippodrome - 62000 DAINVILLE	03.21.24.43.50
	BETHUNE-BRUAY	VERQUIN	EHPAD "Sainte Camille" 1 rue Desmazières - BP 5 - 62131 VERQUIN	03.21.68.75.40
	DOUAISIS	LAMBRES-lez-DOUAI	EHPAD "les Fontinettes" 250 rue Clémenceau - 59552 LAMBRES-lez-DOUAI	03.27.88.79.05
	DOUAISIS	SIN-LE NOBLE	EHPAD "Pierre Wautriche" 74 avenue Roger Salengro - 59450 SIN-le-NOBLE	03.27.71.32.71
	LENS-HENIN	CARVIN	Maison de Retraite "les Orchidées" Rue Baggio - 62220 CARVIN	03.21.77.47.45
HAINAUT-CAMBRESIS	CAMBRESIS	CAUDRY	EHPAD "Léonce Bajart" du C.H.1 bd du 8 mai 1945 - BP 194 - 59544 CAUDRY	03.27.75.57.57
	CAMBRESIS	HONNECOURT	EHPAD "la Joncquière" 1 rue Gouzeaucourt - 59266 HONNECOURT	03.27.78.55.06
	SAMBRE-AVESNOIS	HAUTMONT	EHPAD du C.H.136 rue Gambetta - 59330 HAUTMONT	03.20.63.60.20
	SAMBRE-AVESNOIS	LE QUESNOY	EHPAD "Résidence Vauban" du C.H.25 rue Jean Jaurès - 59530 LE QUESNOY	03.27.09.22.00
	VALENCIENNOIS	BOUCHAIN	EHPAD "Dronsart" 60 rue Anthénor Cauchy - 59111 BOUCHAIN	03.27.35.70.21
	VALENCIENNOIS	MARQUETTE-en-OSTREVANT	EHPAD "le champ d'or" Rue Nicolas Galliez - 59252 MARQUETTE-en-OSTREVANT	03.27.35.55.55
	VALENCIENNOIS	QUIEVRECHAIN	EHPAD "les Feuillantines" Rue du Long - 59920 QUIEVRECHAIN	03.20.19.06.00
	VALENCIENNOIS	SAINT AMAND-les-EAUX	EHPAD "Résidence Estreelle" 43 place du 11 novembre - 59230 SAINT AMAND-les-Eaux	03.27.22.96.49

ANNEXE VIII : CARTE DES EQUIPES SPECIALISEES ALZHEIMER A DOMICILE DANS LA REGION EN 2013



consultations mémoire labellisées- 2013



ANNEXE X : CARTE DES RESEAUX DE SANTE GERIATRIQUES DE LA REGION EN 2014



Territoires d'intervention des Réseaux de santé gériatriques du Nord-Pas-de-Calais - Août 2014

