

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Agence Régionale de l'Hospitalisation
NORD - PAS-DE-CALAIS

BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU SROS III EN GERIATRIE

**Résultats de l'enquête annuelle de gériatrie 2008,
Complétés des données PMSI 2007 et assurance maladie 2008 sur la maladie d'Alzheimer et
les syndromes apparentés et des rapports d'activité 2008 des réseaux de santé**

Région Nord Pas-de-Calais

SOMMAIRE

I. ORGANISATION DES FILIERES GERIATRIQUES.....	5
Positionnement déclaré des établissements de santé dans les filières gériatriques.....	5
• Les établissements supports de filière gériatrique.....	5
• Les établissements partenaires de la filière gériatrique.....	7
• Des perspectives de labellisations de filières dans d'autres régions.....	8
• Tableaux des filières par bassin de vie.....	9
Les filières déclarées par les établissements en 2008.....	13
Répartition des sites à activité gériatrique dans la région en 2008.....	13
II. LES COURTS SEJOURS GERIATRIQUES.....	19
Implantation des CSG.....	19
Capacités des courts séjours.....	20
Compétences dédiées aux courts séjours gériatriques.....	22
• Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignantes.....	22
• Evolution des effectifs IDE, AS et gériatres sur 3 années.....	24
• L'équipe pluridisciplinaire.....	25
• Evolution des effectifs de l'équipe pluridisciplinaire sur 3 années.....	27
Activité des courts séjours gériatriques.....	28
• Nombre de séjours générés par les services de court séjour.....	28
• Durée moyenne de séjour.....	30
• Evolution de l'activité régionale des courts séjours sur 3 années.....	32
• Entrées/sorties.....	33
○ Les entrées.....	34
○ Les sorties.....	35
○ Evolution régionale des modes d'entrées et sorties sur 3 ans.....	36
III. LES CONSULTATIONS MULTIDISCIPLINAIRES.....	37
IV. LES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE.....	38
• Implantations.....	38
• Activité.....	38

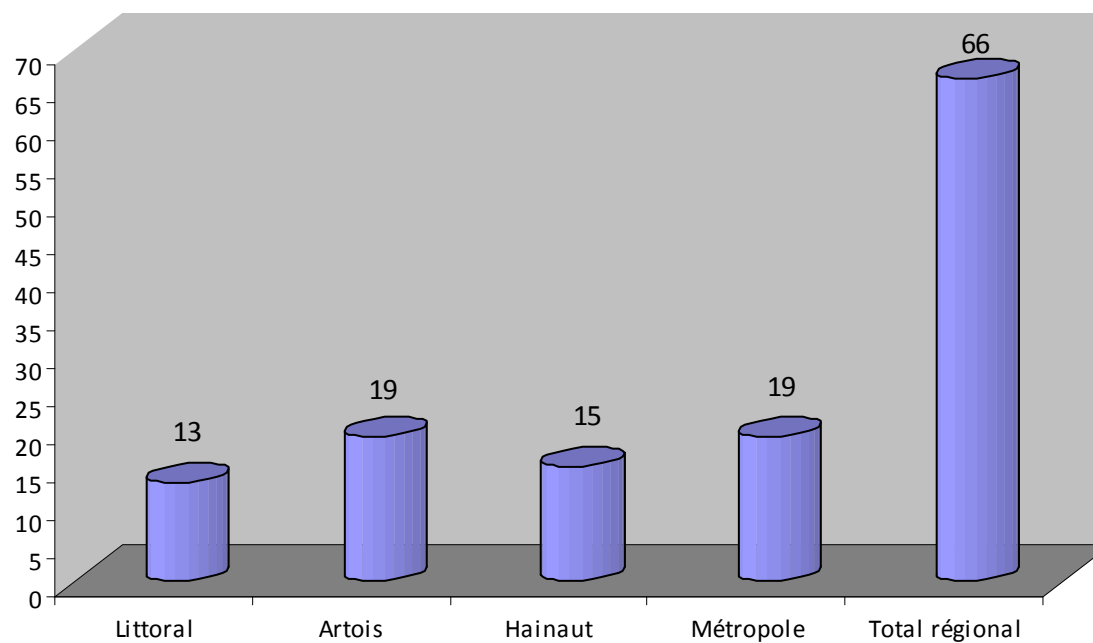
• Personnels.....	38
V. LES HOPITAUX DE JOUR GERIATRIQUES.....	41
• Implantations.....	41
• Activité et personnels.....	41
VI. LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION GERIATRIQUES.....	44
• Les établissements déclarants.....	44
• L'activité des SSR gériatriques.....	44
○ Durée moyenne de séjour et journées.....	46
○ Entrées et sorties.....	46
• Personnels dédiés aux unités de SSR.....	49
VII LA MEMOIRE : L'ACTIVITE HOSPITALIERE ET LES DONNEES D'ASSURANCE MALADIE.....	51
• Nombre de sites de consultations mémoire.....	51
• Personnels des consultations mémoire.....	54
• Activité des consultations des établissements de santé	54
• estimation des malades pris en charge dans la région par les données de l'assurance maladie.....	54
• données PMSI 2007.....	60
○ résultats MCO.....	60
○ résultats SSR.....	69
VIII LES RESEAUX DE SANTE.....	75
• Le réseau régional de la mémoire MEOTIS.....	75
• Les réseaux de santé gériologiques.....	75
○ Personnels et activité globale.....	76
○ Partenaires locaux.....	76
○ Population prise en charge en 2008.....	77
○ Prises en charge en 2008.....	78
Cartes des filières.....	80
CONCLUSION ET PROPOSITIONS.....	86

Données déclaratives issues de l'enquête annuelle de gériatrie 2008 (les données de personnels et nombre de lits sont purement déclaratives, les données d'activité sont issues en partie du PMSI) et validées par le comité technique régional de gériatrie.

90 établissements ont été interrogés : le taux de réponse est de 80%.

66 établissements déclarent une activité gériatrique (court séjour et/ou moyen séjour et/ou SSR et/ou long séjour et/ou consultation mémoire).

Nombre d'établissements de santé déclarant une activité gériatrique en 2008



Source : DRASS - IRS

I. ORGANISATION DES FILIERES GERIATRIQUES

➤ Positionnement déclaré des établissements de santé dans les filières gériatriques

SROS III mars 2006 : Prendre en compte la dimension gériatrique dans tout établissement de santé : formaliser un projet médical gériatrique dans tout établissement, en coordination avec les partenaires extrahospitaliers.

Plan solidarité Grand âge juin 2006 : Labelliser les filières gériatriques par les Agences Régionales d'Hospitalisation : Les CHU, CH, hôpitaux locaux, établissements publics ou privés peuvent faire partie de la filière s'ils répondent au cahier des charges. Les crédits des établissements tiendront compte de la labellisation.

Circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : l'ARH contractualise avec les établissements de santé membres d'une filière de soins gériatriques dans le cadre des CPOM sur les missions que ceux-ci s'engagent à assurer pour la filière.

Procédure régionale de labellisation ARH Nord Pas de Calais décembre 2008 : La labellisation de la filière est conditionnée par la mise en conformité de chacun de ses éléments constitutifs (court séjour gériatrique, hôpital de jour, équipe mobile de gériatrie, SSR gériatrique, USLD) à partir d'un cahier des charges spécifique à chacun d'eux..... La labellisation s'inscrit dans une démarche de territorialisation des soins et de coopération entre les établissements

44 établissements (66,6%) déclarent soit être pivots de filière, soit être partenaires d'une filière, sur 66 qui déclarent avoir une activité en gériatrie.

- **Les établissements supports de filière gériatrique**

Au 15/07/2009, 4 établissements de santé sont labellisés supports de leur filière sectorielle par l'ARH : CHRU, CH de Lens, CH de Seclin et CH de Roubaix. Ces établissements ont des avenants spécifiques dans leur CPOM sur cette question. Un autre établissement est en cours de labellisation : le CH de Boulogne sur mer.

- Les établissements qui se déclarent supports

18 établissements de santé se déclarent supports de leur secteur : toutes les zones de proximité sont concernées. Sur le béthunois, c'est un établissement privé : la clinique Mahaut de Termonde de Béthune. Les zones de proximité de Lille et du versant nord-est ont respectivement 3 et 2 établissements déclarés supports.

Deux établissements de santé sites d'urgences et/ou SMUR et/ou court séjour ne se déclarent pas supports de secteur : CH Béthune, CH Cambrai.

- Les créations des pôles

Les créations des pôles de gériatrie s'étalent de 2006 à 2009. Deux établissements ont leur pôle en cours de constitution : le centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM) et le centre hospitalier de la région de St Omer (CHRISO) pour fin 2009.

- Les unités constituant les pôles

Ils regroupent parfois d'autres unités en dehors de la gériatrie : la RRF (CH Lens, CH Seclin, CH Arras).

Certains pôles sont actuellement incomplets : au CHAM, au CH Armentières et au CH de Dunkerque les courts séjours ouvriront uniquement fin 2009 ; certains établissements n'ont pas encore d'EMG (CH d'Avesnes, CHRISO, clinique Mahaut de Termonde...) ; les hôpitaux de jour restent peu fréquents, même si leur nombre a plus que doublé depuis l'élaboration du SROS III.

Un établissement n'a pas de pôle de gériatrie : à l'hôpital de Calais, la gériatrie est répartie sur 3 pôles (hébergement, soins de suite et médecine).

- Les responsables de pôles

Deux pôles ne sont pas organisés par un gériatre : l'hôpital St Vincent Lille (cardiologue) et le CHRISO (santé publique).

17 pôles déclarés ont un temps de direction et de cadre désignés, seul le CHRISO n'en a pas.

3 pôles sont en cours de constitution : pas de direction dédiée ni de cadre de santé au CH de Douai (création officielle prévue pour le printemps 2009 avec les 3 responsables dédiés), pas de cadre de santé au CHAM, pas de direction désignée en 2008 au CH d'Avesnes.

- Le CPOM

15 établissements sur 18 ont des objectifs liés à la gériatrie dans leur CPOM ou l'avenant : au minimum, il concerne la requalification des USLD.

Les 3 qui n'en ont pas sont : la clinique Mahaut de Termonde, le CH Douai (négociations en cours avec 16 EHPAD), le CHRISO.

Sur la zone de proximité de Béthune, l'établissement qui a le plus important plateau technique n'a pas d'objectif de gériatrie au CPOM et ne déclare aucune activité alors qu'il y existe des SSR gériatriques, USLD et EHPAD : le CH de Béthune.

- Les partenariats

L'ensemble des établissements déclarent des partenariats avec les structures sanitaires (établissements de santé, HAD et réseaux de santé), lorsqu'elles existent sur leur territoire.

Sur 13 zones de proximité des partenariats existent avec des CLIC. Seule la clinique Mahaut de Termonde n'en a pas.

16 établissements sur 18 déclarent avoir des conventions avec des EHPAD : ils sont 5 à utiliser la convention type régionale (allant de 3 à 15 conventions signées par établissement), 5 établissements sont en train de la mettre en place, 6 autres en avaient déjà une avant celle-ci et l'ont gardée, un établissement dit ne pas en avoir (le CHAM).

7 établissements ont développé des formations communes avec ces EHPAD sur des thèmes très divers comme la gestion des risques, la nutrition, la chute, la démence... quand il y a un réseau de santé, les formations ont tendance à s'organiser par son intermédiaire (reper'âge, viel'âge, etc...).

D'autres partenariats existent plus ponctuellement avec la psychiatrie, la cellule d'hygiène hospitalière ou le CLAN.

Programme pour la gériatrie 2006 : OBJECTIF n°2 : Faire contractualiser en tant que "partenaires de la filière gériatrique labellisée" les établissements et structures associés à la filière gériatrique.

- **Les établissements partenaires de la filière gériatrique**

29 établissements se déclarent partenaires d'une filière de gériatrie sectorielle : 14 établissements publics, 6 PSPH, 8 privés.

Aucun établissement ne s'est déclaré sur 3 zones de proximité (en dehors des pivots) : Calaisis, Boulonnais, audomarois. Sur les autres secteurs, ce sont de 1 établissement sur le Cambrésis ou le Montreuillois à 5 sur le Valenciennois.

- L'organisation des pôles

7 établissements publics n'ont pas structuration de la gériatrie en pôle ou sous une autre forme.

Pour les 18 établissements qui ont créé un pôle, 11 sont exclusivement gériatriques et 7 sont partagés avec d'autres spécialités comme les urgences, la médecine interne, l'endocrinologie, l'alcoologie, etc...

11 de ces pôles sont organisés par un gériatre, les autres le sont par un alcoologue, un interniste ou un médecin polyvalent...

- Les CPOM

Sur les 28 établissements qui déclarent une activité gériatrique, tous ont au moins un objectif gériatrique au sein du CPOM ou d'un avenant.

12 établissements disent avoir un partenariat formalisé par une convention avec un établissement de leur territoire qu'ils identifient comme établissement pivot.

Cependant au-delà des établissements qui déclarent une activité dans l'enquête gériatrique, 10 établissements ont un avenant dans leur CPOM concernant la gériatrie et ne se positionnent pas territorialement dans l'enquête et/ou ne déclarent pas d'activité. Ce sont :

- sur le littoral : la clinique de Flandre à Coudekerque-Branche, l'hôpital local d'Aire sur la Lys, la clinique des Drags au Touquet,
- sur l'Artois : le CH de Bapaume, l'HL de St Pol,
- dans le Hainaut : le CH de Cambrai,

- sur la métropole : le CH de Loos-Haubourdin, le CHI de Wasquehal, la clinique St Jean à Roubaix, le CH de Wattrelos.

3 établissements ont une activité de gériatrie non déclarée dans l'enquête et sans avenant au CPOM :

- sur le littoral : le CH d'Hesdin, la fondation Hopale de Berck,

- sur la métropole : la clinique du pont Bertin à la Chapelle d'Armentières.

Par ailleurs, la clinique des 2 caps à Calais déclare une activité de soins de suite gériatriques mais ne se positionne pas sur sa zone de proximité et n'a pas d'avenant au CPOM.

o Les partenariats

La plupart des partenariats développés avec d'autres structures sanitaires concernent la prise en charge des soins palliatifs ou l'organisation avec la ville (par le biais de réseaux notamment).

12 établissements ont développé un partenariat avec un ou deux CLIC.

10 établissements sur 27 déclarant utilisent la convention type régionale avec les EHPAD, un établissement en utilise une autre.

Seulement deux établissements déclarent des formations communes avec des EHPAD.

• Des perspectives de labellisations de filières dans d'autres régions

- o Présentation FHF 09/06/2009 du Pr Jeandel : « la filière est organisée autour d'un établissement support disposant sur site d'un court séjour, d'une équipe mobile gériatrique, et d'un hôpital de jour d'évaluation gériatrique obligatoirement, adossé à une structure des urgences qui comprend des SSR et SLD. Son fonctionnement sera défini dans une convention constitutive. Elle devra rechercher une articulation forte avec les structures médico-sociales et sociales et les réseaux de santé « personnes âgées » par convention sanitaire/MS. Une coordination de la filière doit être organisée et formalisée. »
- o ARH de Bretagne 2009 : objectifs de révision du SROS III en gériatrie (20/03/2009) : « créer un label de filière gériatrique, formaliser la coordination de la filière (médicale, administrative et soignante), Chaque année, l'agence établira un état des lieux de fonctionnement des filières. Il sera fait référence aux indicateurs retenus dans l'enquête annuelle DHOS « Filière de soins gériatriques » dans le cadre de la procédure de labellisation. »
- o ARH Ile de France février 2009 : objectifs du PMT Ile de France en gériatrie : « Identifier par territoire une ou de plusieurs filières de soins gériatriques (comprenant un établissement support avec un CS, une EMG, un pôle ambulatoire gériatrique, une structure des urgences sur site ou par convention, des soins de suites gériatriques et des soins de longue durée) ; Labelliser les filières ; Formaliser les partenariats avec le secteur médico-social, l'HAD et les médecins traitants ».
- o ARH Midi-Pyrénées 2008 : bilan des CPOM avec labellisation de filières (CH Couserans, HL Dax, etc...)

NB : les tableaux qui suivent comprennent les éléments de déclaration des établissements et la vérification de la présence dans chaque CPOM ou avenant d'éléments afférents à la gériatrie.

BASSIN DE VIE DU LITTORAL - 2008				
Etablissement	positionnement déclaré des établissements	existence d'un pôle gériatrique		axe gériatrique au CPOM ou dans un avenant
		dédié ou en commun avec d'autres unités	existence d'un trio de direction (médecin, cadre de santé, directeur)	
Zone de proximité du Dunkerquois				
HM Zuydcoote	partenaire de filière	non	non	avenant
CH Dunkerque	support de filière	2006 pour USLD et EHPAD	oui	avenant
Polyclinique de Grande-Synthe	partenaire de filière	2008 pour urgences et médecine polyvalente et médecine gériatrique	non (uniquement un gériatre)	avenant
clinique de Flandre	non réponse	non réponse	non réponse	avenant
Zone de proximité du Calaisis				
CH Calais	support de filière	structuration des pôles en 2007 avec séparation des unités gériatriques sur 3 pôles	non	structuration de la filière prévue au CPOM
Clinique des 2 caps	non réponse	non réponse	non réponse	non
Zone de proximité de l'Audomarois				
CH St Omer	support de filière	structuration du pôle prévue pour 2009	non (uniquement médecin de santé publique)	non
HL Aire/Lys	non réponse	non réponse	non réponse	avenant
Zone de proximité du Boulonnais				
CH Boulogne	support de filière (labellisation ARH prévue 2009)	janvier 2007	oui	Avenant
Zone de proximité de Berck-Montreuil/mer				
HL Hesdin	non réponse	non réponse	non réponse	non
CH Montreuil	support de filière	structuration prévue en 2009	manque le cadre de santé	structuration de la filière prévue au CPOM
Clinique les Acacias CUCQ	partenaire de filière	structuration prévue en 2010 (gériatrie et soins palliatifs)	gériatre coordonnateur	avenant
clinique des Drags - le Touquet	non réponse	non réponse	non réponse	avenant
Hopale Berck	non réponse	non réponse	non réponse	non

Source : DRASS - IRS

BASSIN DE VIE DE L'ARTOIS - 2008				
Etablissement	positionnement déclaré des établissements	existence d'un pôle gériatrique		axe gériatrique au CPOM ou dans un avenant
		dédié ou en commun avec d'autres unités	existence d'un trio de direction (médecin, cadre de santé, directeur)	
Zone de proximité de Béthune-Bruay				
CH Béthune	non réponse	non réponse	non réponse	non
La Manaie Auchel	partenaire de filière	non	non	avenant
Clinique Mahaut de Termonde	support de filière	création 2006 (CSG et SSR)	oui	non
La Roseraie Bruay-la-Buissière	partenaire de filière	non réponse	non réponse	avenant
CH Les remparts Lillers	non réponse	non réponse	non réponse	non
Zone de proximité de Lens-Liévin				
CH de Lens	support de filière (labellisation ARH 2008)	création mai 2008 en commun avec la RRF	oui	avenant
CH Hénin-Beaumont	partenaire de filière	avec d'autres spécialités : CSG USLD EHPAD SSR addictologie endocrinologie pharmacie radiologie DIM	non	avenant
CH Carvin	partenaire de filière	avec d'autres spécialités : SSR gériatrique et Addictologique, EHPAD	gériatre coordonnateur	avenant
Polyclinique de Riaumont-Liévin (AHNAC)	partenaire de filière	non	non	avenant
Le Surgeon Bully	partenaire de filière	oui (pôle de consultations)	médecin et directeur	avenant
Zone de proximité du Douaisis				
CH Douai	support de filière	création prévue pour 2009 avec CSG SSR - EHPAD/USLD- EMG	gériatre coordonnateur en 2008	non
CH Somain	non réponse	non réponse	non réponse	non
Maison de santé et de cure Lallaing	partenaire de filière	non	non	avenant
Maison de repos La Motte Marchiennes St Roch	partenaire de filière	soins de suite et soins palliatifs (2000)	gériatre coordonnateur	avenant
Zone de proximité de l'Arrageois				
CH d'Arras	support de filière	gériatrie répartie sur 2 pôles : gériatrie (CSG et SSR) et hébergement (USLD et EHPAD)	oui pour les 2 pôles	avenant
CH Bapaume	non réponse	non réponse	non réponse	avenant
Clinique Bon Secours	partenaire de filière	création 2004 pôle SSR gériatrique	coordonné par un gériatre	avenant
CH Frévent	partenaire de filière	non	non	avenant
HL St Pol	non réponse	non réponse	non réponse	avenant

Source : DRASS - IRS

BASSIN DE VIE DU HAINAUT - 2008				
Etablissement	positionnement déclaré des établissements	existence d'un pôle gériatrique		axe gériatrique au CPOM ou dans un avenant
		dédié ou en commun avec d'autres unités	existence d'un trio de direction (médecin, cadre de santé, directeur)	
Zone de proximité du Valenciennois				
CH Valenciennes	support de filière	pôle dédié depuis janvier 2007	oui	avenant
CH Denain	partenaire de filière	pôle unique regroupant l'ensemble des unités médicales depuis sept. 2006	médecin santé publique	avenant
Clinique Villars à Denain	partenaire de filière	pôle SSR gériatriques	médecin gériatre coordonnateur	avenant
Clinique du Parc à St Saulve	non réponse	non réponse	non réponse	non
CH de St Amand	non	non	non	non
CH Le Quesnoy	Partenaire de filière	Pôle dédié depuis 2006	oui	avenant
UL Escaudain	partenaire de filière	non	non	avenant
UL Fresnes	partenaire de filière	non	non	avenant
Zone de proximité de Sambre Avesnois				
CH Avesnes	Support de filière	Pôle dédié	oui	avenant
Hôpital Hautmont	partenaire de filière	pôle SSR et USLD	coordonné par un gériatre et direction	avenant
Hôpital Jeumont	partenaire de filière	pôle SSR-USLD-EHPAD	coordonné par un gériatre et direction	avenant
CH de Maubeuge Sambre Avesnois	Partenaire de filière	pôle en cours de constitution	oui	avenant
CH Fourmies	Non réponse	Non réponse	Non réponse	non
Zone de proximité du Cambrésis				
Clinique St Roch Cambrai	partenaire de filière	pôle SSR et consultation mémoire	coordonné par un gériatre	avenant
CH du Cateau Cambrésis	support de filière	en cours de constitution pour 2009	coordonné par un gériatre et cadre de santé	avenant
CH de Cambrai	non réponse	non réponse	non réponse	avenant

Source : DRASS - IRS

BASSIN DE VIE DE LA METROPOLE - 2008				
Etablissement	Positionnement déclaré des établissements	existence d'un pôle gériatrique		axe gériatrique au CPOM ou dans un avenant
		dédié ou en commun avec d'autres unités	existence d'un trio de direction (médecin, cadre de santé, directeur)	
Zone de proximité de Flandre intérieure				
CH Armentières	support de filière	pôle dédié (sauf CSG)	oui	avenant
CH Bailleul	partenaire de filière	pôle regroupant l'ensemble des unités	coordonné par un gériatre et la direction	avenant
EPSM Bailleul (centre du Mont des Flandres)	non réponse	non réponse	non réponse	non
Clair séjour à Bailleul	Partenaire de filière	Non réponse	Coordonné par un médecin en cours de formation à la gériatrie	non
clinique du pont Bertin	non réponse	non réponse	non réponse	non
Jean XXIII	non réponse	non réponse	non réponse	non
CH Hazebrouck	partenaire de filière	non	non	avenant
Zone de proximité de Lille				
Hôpital de Loos Haubourdin	non réponse	non réponse	non réponse	avenant
CH la Bassée	non réponse	non réponse	non réponse	avenant
CHRU de Lille	support de filière (labellisé ARH 2008)	pôle dédié	oui	avenant
CH Seclin	support de filière (labellisé ARH 2008)	pôle dédié	oui	avenant
CH St Vincent (GHICL)	partenaire de filière	pôle dédié	oui (médecin non gériatre)	avenant
CH St Philibert (GHICL)	support de filière	pôle avec médecine polyvalente	oui	avenant
Clinique de Villeneuve d'Ascq	partenaire de filière	pôle avec CSG et SSR depuis 1985	coordonné par un gériatre	avenant
Zone de proximité du versant nord est				
CH Roubaix	support de filière (labellisé ARH 2008)	pôle dédié	oui	avenant
CH Tourcoing	support de filière	pôle dédié	oui	avenant
CH Wasquehal	non réponse	non réponse	non réponse	avenant
Clinique St Roch Roncq	Partenaire de filière	SSR uniquement	non (gériatre uniquement)	avenant
Clinique Val de Lys Tourcoing	Partenaire de filière	SSR uniquement	Gériatre uniquement	avenant
Clinique St Jean Roubaix	non réponse	non réponse	non réponse	avenant
CH Comines	non réponse	non réponse	non réponse	non
CH Wattrelos	non réponse	non réponse	non réponse	avenant
Source : DRASS - IRS				

➤ Les filières déclarées par les établissements en 2008

SROS III : Les filières gériatriques doivent être implantées sur les territoires définis pour l'organisation de la gériatrie. Dans la région, au moins une filière par zone de proximité doit être développée et plus selon l'importance de la population âgée.

Actuellement, il existe 6 filières internes complètes pour 15 zones de proximité et seules 5 zones de proximité sont dotées d'une filière. Une filière interne complète comporte au minimum un court séjour, une équipe mobile de gériatrie, des consultations gériatriques et un hôpital de jour gériatrique.

En 2008, on comptabilise 2 nouvelles filières déclarées : aux CH de Douai et CH de Boulogne/mer.

Parmi ces 6 filières :

- une appartient au bassin de vie du Littoral : CH Boulogne/mer
- deux à l'Artois : CH Lens, CH Douai
- trois pour la Métropole : CHRU de Lille, CH Seclin, CH Roubaix

mais aucune pour le Hainaut.

➤ Répartition des sites à activité gériatrique dans la région en 2008

Circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : La filière gériatrique doit comprendre au moins un CSG avec hôpital de jour, EMG et consultations, ainsi que des SSR gériatriques, USLD et consultations mémoire (ces trois derniers pouvant être situés dans d'autres établissements par convention ou GCS).

Nombre de sites déclarés par type d'unité de gériatrie en 2008 dans la région

Bassin de vie	CSG	EMG	Hôpital de jour	Consultations mémoire	Cs. Multidisciplinaires	SSR	Filières internes complètes
Littoral	4	2	3	5	3	7	1
Artois	6	4	3	6	5	12	2
Hainaut	5	1	1	7	3	12	0
Métropole	8	6	3	10	8	16	3
Total REGION 2008	23	13	10	28	19	47	6
Total REGION 2007	17	12	5	24	16	36	4

Source : DRASS - IRS

Nb : le nombre de sites de consultations mémoire comprend les sites labellisés ou non, ainsi que les consultations avancées

L'enquête révèle un accroissement du nombre de sites déclarés ayant une activité gériatrique en 2008 :

- une augmentation de 30% du nombre de CSG dans la région,
- +100% du nombre d'Hôpitaux de jour ;
- 1 EMG supplémentaire par rapport à 2007, soit 13
- 3 sites supplémentaires réalisant des consultations mémoire et 3 sites de consultations multidisciplinaires ;
- 11 sites supplémentaires déclarés de SSR Gériatriques.

NB : dans les tableaux qui suivent les filières complètes sont repérées en Bleu.

Structuration des filières internes gériatriques par bassin de vie dans le Nord Pas de Calais en 2008.

BASSIN DE VIE DU LITTORAL							
Etablissement	Court séjour gériatrique (nombre lits)	Equipe mobile de gériatrie (sites)	Hôpital de jour (nombre places)	Consultations mémoire (sites)	Cs. Multidisciplinaires (sites)	USLD (nombre lits avant requalification)	SSR gériatriques (nombre lits)
HM Zuydcoote				labellisé		Projet transfert CHD	60
CH Dunkerque	Projet 2009	Projet 2009	Projet 2010			120	
Polyclinique de Grande-Synthe	16			projet			Projet 2009 (20 lits)
<i>ZP Dunkerquois</i>	<i>16</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>120</i>	<i>60</i>
CH Calais	16		1	labellisée	1	75	
Clinique des 2 caps							15
<i>ZP Calais</i>	<i>16</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>75</i>	<i>15</i>
CH St Omer	20		2	Non labellisée	1	120	60
HL Aire/Lys						160	
<i>ZP Audomarois</i>	<i>20</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>280</i>	<i>60</i>
CH Boulogne	15	1	1	labellisée	1	120	90
<i>ZP Boulonnais</i>	<i>15</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>120</i>	<i>90</i>
HL Hesdin						100	
CH Montreuil	Projet 2009	Projet 2009	Projet		Projet	140	40
Clinique les Acacias CUCQ	Projet 2009	1	projet				15
Hopale Berck				Non labellisée			
Les drags – le Touquet							20
<i>ZP Berck-Montreuil</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>240</i>	<i>75</i>
LITTORAL	67	2	4	5	3	835	300

Source : DRASS - IRS

BASSIN DE VIE DE L'ARTOIS							
Etablissement	Court séjour gériatrique (nombre de lits)	Equipe mobile de gériatrie (sites)	Hôpital de jour (places)	Consultations mémoire (sites)	Cs. Multidisciplinaires (sites)	USLD (lits avant requalification))	SSR gériatriques (lits)
CH Béthune				labellisée		80	
La Manaie Auchel						80	45
Clinique Mahaut de Tenremonde	16				1		40
La Roseraie Bruay-la- Buissière							60
CH Les remparts Lillers						80	
ZP Béthune-Bruay	16	0	0	2	1	240	145
CH de Lens	18	1	3	labellisée	1	183	60
CH Hénin-Beaumont	21			Non labellisée	1	60	30
CH Carvin				Cs avancée du CH Seclin			30
Polyclinique de Riaumont- Liévin	20	1	1	Non labellisée		80	20
Le Surgeon Bully					1		60
ZP Lens-Hénin	59	2	4	4	3	323	200
CH Douai	35	1	1	Projet 2010	1	100	Projet de 20 lits en 2009
CH Somain						60	
Maison de santé et de cure Lallaing						80	60
Maison de repos La Motte Marchiennes St Roch							60
ZP Douaisis	35	1	1	0	1	240	120
CH d'Arras	10	1		labellisée		220	34
CH Bapaume						80	
Clinique Bon Secours							30
CH Frévent						40	
HL St Pol						100	
ZP Arrageois	10	1	0	1	0	440	64
ARTOIS	120	4	5	7	5	1088	529

Source : DRASS - IRS

BASSIN DE VIE DU HAINAUT							
Etablissement	Court séjour gériatrique (nombre lits)	Equipe mobile de gériatrie (sites)	Hôpital de jour (places)	Consultations mémoire (sites)	Cs. Multidisciplinaires (sites)	USLD (lits avant requalification)	SSR gériatriques (lits)
CH Valenciennes	45	1	Projet 2010	labellisée	1	185	
CH Denain	10			Non labellisée		80	40
Clinique Villars à Denain							17
Clinique du Parc à St Saulve							26
CH Le Quesnoy	10	0	3	labellisée	1	80	40
UL Escaudain							60
UL Fresnes							40
ZP Valenciennois	65	1	3	3	2	345	223
CH Avesnes	28	En projet GCS avesnois 2010 *		Projet Cs avancée dans le GCS avesnois 2010	1	37	27
Hôpital Hautmont		En projet EMG avancée GCS avesnois 2010*		Projet Cs avancée dans le GCS avesnois 2010		95	20
Hôpital Jeumont		En projet EMG avancée GCS avesnois 2010 *		Projet Cs avancée dans le GCS avesnois 2010	1	60	25
CH de Maubeuge Sambre Avesnois		En projet EMG avancée GCS avesnois 2010*	En projet GCS avesnois 2010	labellisée			
CH Fourmies						60	20
ZP Sambre Avesnois	28	0	0	1	2	252	65
Clinique St Roch Cambrai				labellisée			28
CH du Cateau Cambrésis	15	Projet dans le CPOM	Projet de demande d'autorisation en 2009	Non labellisée	1	non	30
CH de Cambrai	Projet 2009			Non labellisée		100	
ZP Cambrésis	15	0	0	3	1	100	58
HAINAUT	108	1	3	7	5	697	346

Source : DRASS - IRS

En projet GCS avesnois* : projet d'EMG commune inter-établissements

BASSIN DE VIE METROPOLE							
Etablissement	Court séjour gériatrique (nombre de lits)	Equipe mobile de gériatrie (sites)	Hôpital de jour (places)	Consultations mémoire (sites)	Cs. Multidisciplinaires (sites)	USLD (lits avant requalification)	SSR gériatriques (lits)
CH Armentières	Projet 2010	1			1	150	45
CH Bailleul						30	30
Clair séjour à Bailleul							32
EPSM Bailleul (centre du Mont des Flandres)				Cs avancée du CHRU-CMRR		65	15
Clinique du Pont Bertin – la chapelle d'Armentières							20
CH Hazebrouck					1		
ZP Flandre Lys	0	1	0	1	2	245	142
CHRU de Lille	30	1	5	Labellisée avec 2 sites	1	280	90
Hôpital de Loos Haubourdin				Non labellisée	1	80	
CH Seclin	10	1	3	labellisée	1	120	83
CH St Vincent	25		Projet 2009	labellisée	1		16
CH St Philibert	20	1			1		30
Clinique de Villeneuve d'Ascq	5						15
ZP Lille	90	3	8	4	5	480	234
CH Roubaix	40	1	1	labellisée	1	384	32
CH Tourcoing	20	1	projet	labellisée	1	201	37
CH Wasquehal				Non labellisée		180	60
Clinique St Roch Roncq							30
Clinique Val de Lys Tourcoing							20
Clinique St Jean - Roubaix	20						
CH Wattrelos				Non labellisée			
CH Comines							20
ZP versant Nord Est	80	2	1	4	2	885	199
METROPOLE	170	6	9	10	9	1490	575
Source : DRASS - IRS							

II. LES COURTS SEJOURS GERIATRIQUES

SROS III : La zone de proximité est le territoire de référence de la gériatrie, elle doit être dotée d'au moins un court séjour gériatrique.

Circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : le court séjour gériatrique est l'axe principal autour duquel s'articulent les autres structures de soins de la filière.

➤ **Implantation des CSG**

En 2008, 23 établissements déclarent un service de court séjour gériatrique (CGS), soit 30% de plus qu'en 2007. Le nombre d'unités de CSG a été multiplié par 2 depuis l'élaboration du SROS III (soit 13 établissements supplémentaires). Ce sont 16 établissements publics, 4 PSPH et 3 établissements privés.

Sur les 23 établissements déclarant un service de CSG en 2008 :

- 11 (48%) ont une équipe mobile de gériatrie, ils étaient 9 en 2007 ;
- 10 (43%) déclarent un hôpital de jour gériatrique, soit 4 de plus qu'en 2007 ;
- 18 (78%) développent des consultations mémoire contre 13 en 2007.

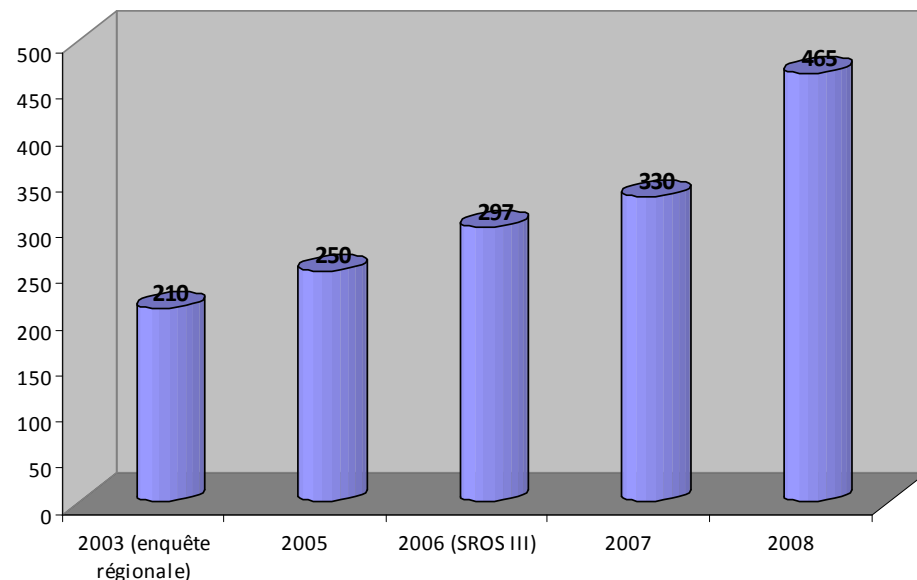
6 établissements sur 23 n'ont pas déclaré de soins de suite identifiés en gériatrie : la Polyclinique de Grande-Synthe, le CH de Calais, le CH de Douai, le CH de Valenciennes, le CH d'Avesnes et la Clinique Saint-Jean à Roubaix. Ils doivent au moins disposer de conventions avec d'autres établissements.

Selon la circulaire de 2007 relative à l'organisation des filières gériatriques, l'implantation des CSG se fait dans des structures disposant d'urgences et d'un plateau technique ou ayant conventionné. Sur les 22 établissements déclarant un CSG, 6 ne disposent pas d'une structure d'urgences : la Clinique Mahaut de Tenremonde, le CH d'Hénin-Beaumont, le CH Le Quesnoy, le CH d'Avesnes, la Clinique de Villeneuve d'Ascq et la Clinique Saint Jean de Roubaix.

13 zones de proximité sur 15 sont dotées d'au moins une unité de CSG, soit deux zones de plus qu'en 2007 : la zone de proximité de Dunkerque et celle de Douai. Les deux zones non pourvues, Montreuil et Flandre Lys, ont un projet en cours pour 2009.

4 établissements supplémentaires ont un projet en cours pour 2009 (CH Dunkerque, CH Cambrai, CH de Montreuil sur mer et clinique des acacias à Cucq) et Un autre établissement en 2010 (CH d'Armentières).

progression du nombre de lits de court séjour gériatrique dans le Nord/Pas de Calais



Source : DRASS - IRS

➤ **Capacité des CSG**

La circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique indique qu'une unité de court séjour gériatrique doit comporter au moins 20 lits.

La capacité totale des lits déclarés de court séjour gériatrique pour le Nord Pas de Calais est de 465 lits en 2008, soit une augmentation de 135 lits par rapport à 2007 et +255 par rapport à 2003.

La capacité moyenne s'élève ainsi à 20 lits par service.

Cependant la forte disparité entre les services persiste : leur capacité variant de 10 à 45 lits. Dans le privé, les 2 unités ont des capacités inférieures ou égales à 15 lits, alors qu'en secteur public 50% des unités ont 20 lits et plus et trois des 4 unités PSPH ont 20 lits et plus.

Bassin de vie	Nb de lits de CSG en 2007	Nb de lits de CSG en 2008	Nb moyen de lits / CSG en 2008
Littoral	42	67	22,3
Artois	65	120	20
Hainaut	88	108	21.6
Métropole	135	170	21.5
Région	330	465	20,2

Source : DRASS - IRS

Les 4 bassins de vie de la région voient une progression de leur nombre de lits de CSG.

Le constat relatif au nombre de lits de CSG pour 10 000 habitants de 75 ans et plus reste le même qu'en 2007 : le Littoral et l'Artois sont les bassins de vie les moins bien pourvus malgré une importante augmentation.

Artois : 7,2 lits/10000 hab. de 75 ans et plus en 2007 ; 12,9 en 2008

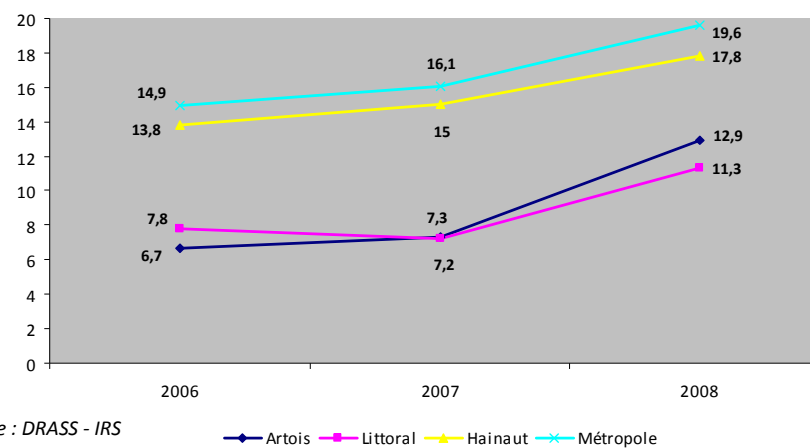
Littoral : 7,3 lits/10000 hab. de 75 ans et plus en 2007 ; 11,3 en 2008

Hainaut : 15 lits/10000 hab. de 75 ans et plus en 2007 ; 17,8 en 2008

Métropole : 16,1 lits/10000 hab. de 75 ans et plus en 2007 ; 19,6 en 2008

Région : : 11,4 lits/10000 hab. de 75 ans et plus en 2007 ; 15,5 en 2008.

Evolution du nombre de lits de CSG pour 10 000 habitants de 75 ans et plus en Nord Pas de Calais



Source : DRASS - IRS

➤ **Compétences dédiées aux courts séjours gériatriques**

- **Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignantes**

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

L'ensemble des CSG de la région est coordonné par un gériatre avec une moyenne de 1.6 ETP/20 lits (+0,1 par rapport à 2007) et ceci malgré l'augmentation du nombre de sites régionaux.

20 établissements ayant un CSG déclarent 38,2 ETP.

L'Artois et la métropole progressent en 2008 avec 1,9 ETP/20 lits (+0,3) et 2 ETP/20 lits (+0,5).

Les bassins de vie du Littoral et du Hainaut disposent de moins d'ETP que les 2 autres, avec respectivement 1,5 et 1,3 ETP/20 lits. Cependant le Hainaut a progressé avec +0,35 ETP/20lits, par rapport à 2007 alors que le littoral est resté identique.

Les zones de proximité les plus déficitaires à moins de 1,5 ETP pour 20 lits sont :

Dunkerquois : 1 ETP/20lits

Valenciennois : 1.2 ETP/20lits

Béthune-Bruay, Cambrésis, Sambre Avesnois : 1.3 ETP/20lits

Le nombre d'infirmières et d'aides soignantes par CSG présente de grandes disparités entre zones de proximité. Le bassin de vie littoral est le mieux pourvu en infirmières (9,9 ETP) et en aides soignantes (11 ETP) par rapport aux moyennes régionales.

Régionalement, les établissements déclarent moins de personnel paramédical avec un total de :

- 182,1 ETP d'IDE (moyenne régionale à 8,6 ETP/20 lits), soit une diminution de 0,6 ETP d'IDE/20 lits par rapport à 2007,

- 206,9 ETP d'aides soignantes (moyenne régionale à 9,7), soit une diminution de 0,4 ETP d'aides soignantes pour 20 lits de CSG.

Nb : les données des tableaux des effectifs qui suivent sont calculées pour 445 lits pour les gériatres puisque la polyclinique de Riaumont à Liévin n'a pas transmis ses données, et sur 425 lits pour les autres personnels car il manque en sus les données de la clinique St Jean à Roubaix.

Personnels dédiés aux courts séjours gériatriques dans les bassins de vie du Nord Pas de Calais en 2008.

Territoires	Nombre de lits de CSG	Gérialres			Autres médecins	ETP non médicaux			
		Nombre	ETP	ETP/20lits	ETP	Aide-soignant(e)	ETP/20lits	IDE	ETP/20lits
Dunkerquois	16	1	0,8	1	2	4	5	4,5	5,6
Calais	16	2	2	2,5	0	11,8	14,8	11,8	14,8
Audomarois	20	2	2	2	0,4	12,4	12,4	10,6	10,6
Boulonnais	15	2	1,3	1,7	NR	8,8	11,7	6,3	8,4
Littoral	67	7	6,1	1,8	2,4	37	11	33,2	9,9
Béthune-Bruay	16	1	1	1,3	?	5	6,3	6,5	8,1
Lens-Hénin	39	5	3,5	1,8	0	13,8	7,1	12,8	6,6
Douais	35	5	3,2	2,4	0,5	13,1	9,7	9,9	7,3
Arrageois	10	1	1	2	NR	7,3	14,6	5	10
Artois	100	12	8,7	1,9	0,5	39,2	8,5	34,2	7,4
Valenciennois	65	5	4	1,2	0,5	34,2	10,5	27,7	8,5
Sambre-Avesnois	28	2	1,8	1,3	0	12	8,6	9	6,4
Cambrésis	15	1	1	1,3	1,6	6,5	8,7	5	6,7
Hainaut	108	8	6,8	1,3	2,1	52,7	9,8	41,7	7,7
Métropole Lilloise	90	14	9,3	2,2	2,1	42	9,9	42	9,9
Versant Nord est	80 (60)	9	7,3	1,8	3,9	36	9	31	7,8
Métropole	170 (150)	23	16,6	2	6	78	10,4	73	9,7
REGION	445 (425)	50	38,2	1,6	11	206,9	9,7	182,1	8,6

Source : DRASS - IRS

NR : non réponse

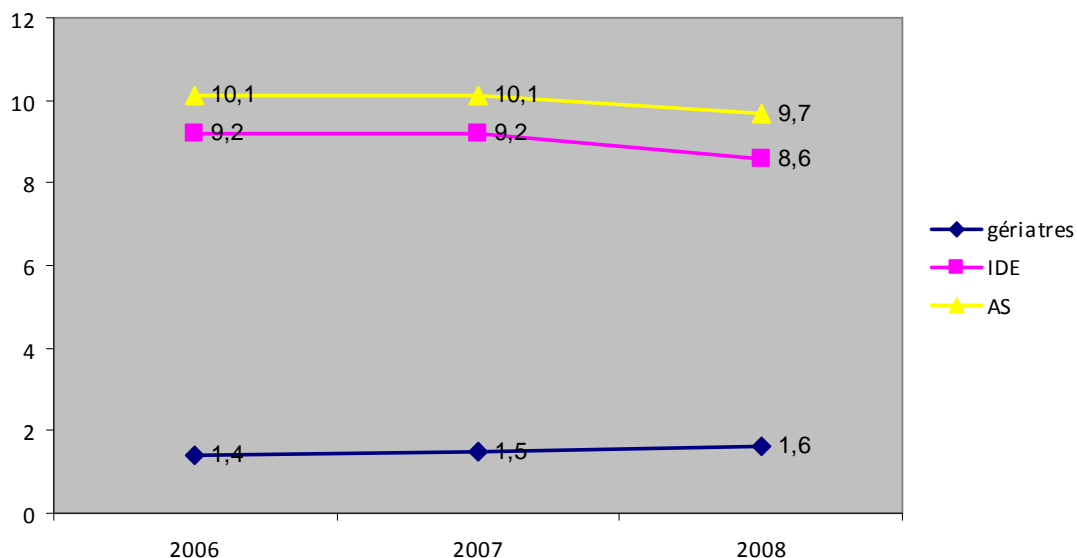
- **Evolution des effectifs IDE, AS et gériatres sur 3 années**

Les effectifs des IDE et AS varient peu sur 3 années.

Les effectifs des gériatres sont stables, malgré les ouvertures de nouveaux services, EMG, HJ. La formation régionale semble répondre aux besoins actuels (notamment grâce à la persistance de la formation par la capacité et le DESCQ). Cette donnée pourrait changer si la formation se fait uniquement par le DES.

Cependant la région a réel déficit de médecins coordonnateurs en secteur médico-social (gériatres ou non) qui persiste depuis le constat fait dans le cadre de l'élaboration du SROS III.

progression des ETP personnels pour 20 lits - région Nord/Pas de Calais



Source : DRASS - IRS

- **L'équipe pluridisciplinaire**

La circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques indique que l'équipe pluridisciplinaire comprend du temps de psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien et assistante sociale.

En 2008, la pluridisciplinarité régresse légèrement dans les unités de CSG et passe de 47% à 43 %, soit dans 9 établissements sur 22 :

- CH Calais
- CH Boulogne/Mer
- CH Lens
- CH Le Quesnoy
- CH Avesnes
- CHRU de Lille
- CH Roubaix
- CH Tourcoing
- Clinique de Villeneuve d'Ascq.

On passe en effet entre 2006, 2007 et 2008 de :

- 92.9 et 93.7% de présence d'assistantes sociales à 100% en 2008
- 71.4 et, 81.2% de présence de kinésithérapeutes à 90% en 2008
- 57,1 et, 62.5 % de présence de diététiciens à 80,9% en 2008
- 50 et 62.5 % de présence de psychologues à 52 % en 2008
- 42,9 et 56.2 % de présence d'ergothérapeutes à 42,8% en 2008
- 43.7% de présence d'orthophonistes en 2007 à 28,5% en 2008

On constate principalement une diminution des effectifs spécialisés : ergothérapeutes, orthophonistes et psychologues.

Beaucoup d'établissements effectuent un partage de personnel interservices, ils n'ont pas de personnel dédié mais ont recours aux interventions à la demande.

Effectifs paramédicaux déclarés pour les unités de CSG dans le Nord Pas de Calais en 2008

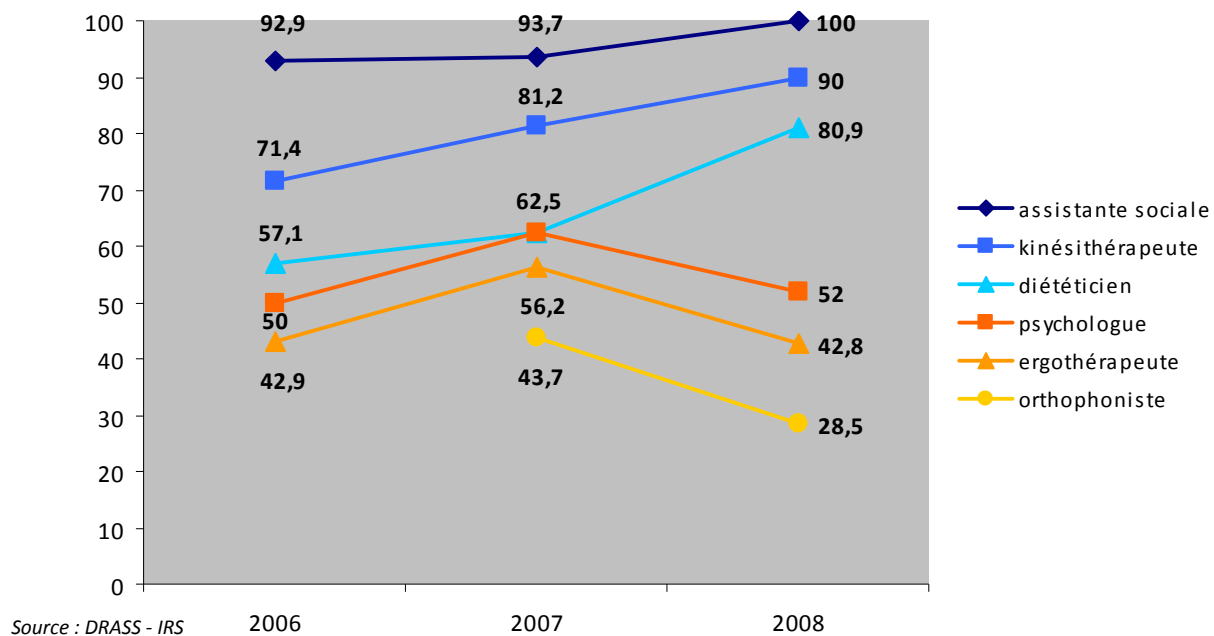
Territoires		Assistantes sociales		Kinésithérapeutes		Diététiciens		Psychologues		Ergothérapeutes		Orthophonistes	
Zone de proximité	Nombre de lits de CSG	ETP	ETP/20 lits	ETP	ETP/20 lits	ETP	ETP/20 lits	ETP	ETP/20 lits	ETP	ETP/20 lits	ETP	ETP/20 lits
Dunkerquois	16	0,5	0,6	0,8	1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Calaisis	16	0,3	0,4	0,4	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
Audomarois	20	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Boulonnais	15	0,4	0,5	0,4	0,5	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Littoral	67	1,7	0,5	2,1	0,6	0,7	0,2	0,4	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1
Béthune-Bruay	16	0,4	0,4		0,0		0,0	0,5	0,6	0,4	0,4	0	0,0
Lens-Hénin	39	0,8	0,4	0,4	0,2	0,2	0,1	0,5	0,3	0,4	0,2	0	0,0
Douaisis	35	0,5	0,3	0,4	0,2	0,1	0,06		0,0	0	0,0	0	0,0
Arrageois	10	0,2	0,4	0,2	0,4		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0
Artois	100	1,8	0,4	1,0	0,2	0,3	0,06	1,0	0,2	0,7	0,2	0,0	0,0
Valenciennois	65	1,5	0,4	1,0	0,3	0,2	0,1	0,6	0,2	0,5	0,2	0,0	0,0
Sambre-Avesnois	28	1,0	0,7	0,8	0,6	0,5	0,4	1,0	0,7	0,5	0,4	0,0	0,0
Cambrésis	15	0,5	0,7	0,5	0,7	0,0	0,0	0,5	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Hainaut	108	3,0	0,5	2,3	0,4	0,7	0,1	2,1	0,4	1,0	0,2	0,0	0,0
Métropole Lilloise	90	2,4	0,6	2,7	0,6	0,9	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,02
Versant Nord est	60	1,0	0,3	0,8	0,3	0,2	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,2	0,06
Métropole	150	3,4	0,4	3,5	0,5	1,1	0,1	0,6	0,1	0,3	0,04	0,3	0,04
REGION	425	9,8	0,5	8,9	0,4	2,8	0,1	4,1	0,2	2,3	0,1	0,7	0,03

Source : DRASS - IRS

- **Evolution des possibilités d'accès des services à une équipe pluridisciplinaire sur 3 années**

On constate en 3 ans une progression des possibilités d'accès à des assistantes sociales, kinésithérapeutes et diététiciennes des courts séjours. Mais ce bon résultat doit être modéré par le temps dédié de ces professionnels aux CSG : en effet, souvent ils sont regroupés dans un pool qui dessert l'ensemble de l'hôpital et le temps consacré en gériatrie peut ainsi y être amoindri. C'est souvent le cas notamment des kinésithérapeutes. Par contre, concernant les psychologues, ergothérapeutes et orthophonistes, même l'accès à ces professionnels se restreint. Les différentes évolutions (plan Alzheimer, plan solidarité grand âge...) intervenues récemment en permettant plus de recrutements en secteur médico-social et ambulatoire (réseaux, SSIAD, etc...) obèrent d'autant les possibilités des équipes hospitalières, alors que le nombre de professionnels n'a pas augmenté. Dans le cadre du plan régional expérimental des métiers, est prévue une augmentation des effectifs des écoles de psychomotriciens et ergothérapeutes dès septembre 2009.

évolution de l'accès des CSG aux différents professionnels de santé (%)



➤ **Activité des courts séjours gériatriques**

La circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise au moins 25 séjours en CSG pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

- **Nombre de séjours générés par les services de court séjour**

Les unités régionales de court séjour ont une progression légère d'activité en 2008 avec 44,9 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en moyenne contre 38 séjours en 2007. Cependant il existe des disparités entre bassins de vie et zones de proximité. Le Littoral est un peu inférieur à la moyenne régionale avec 38,6. C'est la Métropole qui en produit le plus avec 54,7 séjours pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

Les zones de proximité les plus productives sont :

- L'Audomarois avec 101,9 séjours pour 1000 habitants de 75 ans et plus
- Valenciennois avec 81,1
- Douaisis avec 76,9 séjours

Les zones de proximité les plus déficitaires sont, comme en 2007, situées sur l'Artois :

- Berck-Montreuil et Flandre Lys où il n'y pas de court séjour
- Béthune-Bruay 12 séjours et arrageois 18 séjours pour 1000 habitants de 75 ans et plus

Activité des courts séjours gériatriques en 2008 dans la région Nord Pas de Calais par zone de proximité

Territoires	Nombre de lits de Court séjour gériatrique	Nombre d'habitants de 75 ans et plus (projections INSEE 2008)	Nombre de séjours en CSG	Nombre de séjours en CSG pour 1000 habitants de 75 ans et plus	DMS
Dunkerquois	16	17245	559	32,4	9,6
Calaisis	16	10754	414	38,5	10,8
Audomarois	20	8557	872	101,9	7
Berck-Montreuil	0	9904	0	0	0
Boulonnais	15	12597	436	34,6	13
LITTORAL	67	59057	2281	38,6	12,6
Béthune-Bruay	16	23751	285	12	20
Lens-Hénin	59	29614	1652	55,8	18
Douaisis	35	20089	1544	76,9	7,5
Arrageois	10	19769	361	18,3	8,8
ARTOIS	100	93223	3842	41,2	11,4
Sambre Avesnois	28	18515	692	37,4	13,5
Valenciennois	65	27258	2211	81,1	7,9
Cambrésis	15	15026	396	26,4	11,6
HAINAUT	108	60799	3299	54,3	11,6
Métropole Lilloise	90	49142	3066	62,4	10
Versant Nord Est	80	27849	1671	60	13,6
Flandre Lys	0	9564	0	0	0
METROPOLE	170	86555	4737	54,7	11,3
REGION	465	299634	14159	47,3	11,1

. Source : DRASS - IRS

NB : l'ensemble des calculs sont réalisés sur 425 lits, car la polyclinique de Riaumont à Liévin et la clinique St Jean à Roubaix n'ont pas transmis leurs données d'activité.

- **Durée moyenne de séjour**

La durée moyenne de séjour (DMS) régionale baisse en 2008 : elle est de 11,1, contre 13,5 en 2007. L'impact des épidémies d'infections nosocomiales en 2007 avait fait grimper la DMS (de 11,27 en 2006 à 13,5 en 2007).

Les durées moyennes de séjour par bassin de vie correspondent aux différentes études nationales avec une moyenne d'environ 11 jours au-delà de 75 ans.

La DMS varie de 11,3 pour la métropole à 12,6 pour le Littoral. Mais des disparités persistent entre établissements. Trois établissements de l'Artois ont une DMS particulièrement élevée : la Clinique Mahaut de Termonde (20), le CH de Lens (16,3) et le CH d'Hénin-Beaumont (19,7) et quatre en ont une basse : la CHRSO (7), le CH de Denain (7,26), le CH de St Vincent Lille (7,4) et le CH de Douai (7,5).

durée moyenne de séjour 2008 par établissement et zone de proximité

BASSIN DE VIE DU LITTORAL		BASSIN DE VIE DE L'ARTOIS	
Polyclinique de Grande-Synthe	9,6	Clinique Mahaut de Tenremonde	20,02
CH Calais	10,84	CH de Lens	16,3
CH St Omer	7	CH Hénin-Beaumont	19,68
CH Boulogne	13,05	<i>ZP Lens</i>	17,5
Littoral	12,6	CH Douai	7,5
BASSIN DE VIE METROPOLE		CH d'Arras	8,75
CHRU de Lille	12,25	Artois	11,4
CH Seclin	9,06	BASSIN DE VIE DU HAINAUT	
CH St Vincent	7,4	CH Valenciennes	8,92
CH St Philibert	11,14	CH Denain	7,26
<i>ZP Lille</i>	9,8	CH Le Quesnoy	7,47
CH Roubaix	15,87	<i>ZP Valenciennes</i>	8,6
CH Tourcoing	11,04	CH Avesnes	13,5
Clinique de Villeneuve d'Ascq	14	CH du Cateau Cambrésis	11,55
<i>ZP versant nord est</i>	14,05	Hainaut	11,6
Métropole	11,3	région	11,1

Source : DRASS - IRS

9 établissements (dont 3 sur le Hainaut) ont une DMS inférieure à 10, ils étaient 4 en 2007 ; alors que 5 ont une DMS à 14 et plus (ils sont concentrés sur 2 zones de proximité : Lensois et versant nord-est).

Les explications à ces différences sont certainement multiples et dues aux contextes locaux (pratiques des professionnels, partenariats, caractéristiques socio-démographiques,...).

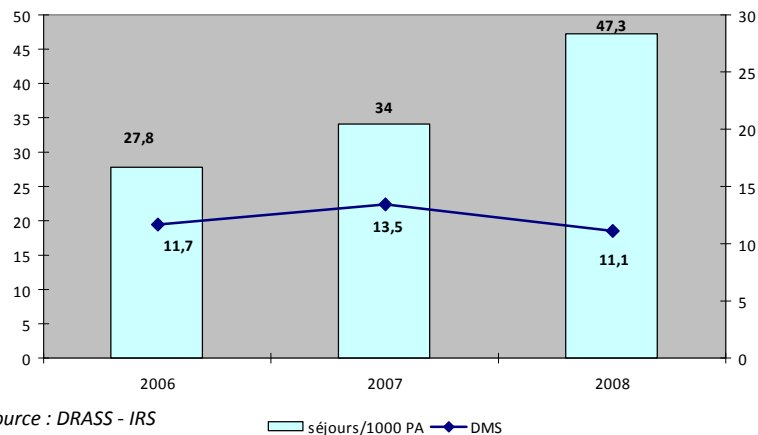
On peut en effet faire différentes hypothèses pour expliquer certaines variations entre zones de proximité :

- concernant le versant nord-est on remarque que la DMS est en moyenne plus élevée malgré des capacités de CSG importantes : les filières d'aval avec les SSR doivent être insuffisamment organisées entre établissements. Par ailleurs à Roubaix est invoqué l'existence de populations socialement très défavorisées : les sorties seraient donc souvent retardées par difficultés d'organisation avec la ville, avec des ré-hospitalisations plus fréquentes.
- Concernant la zone de Lille, les DMS sont globalement correctes pour des courts séjours, hormis pour le CH de st Vincent où elle est basse et nécessiterait d'être explorée.
- Concernant la zone de proximité de Valenciennes, les DMS sont généralement basses. Cela pourrait s'expliquer par une plus grande ancienneté de collaboration entre courts séjours et SSR environnants. De plus les SSR du Valenciennois sont ceux qui réalisent le plus de journées pour 1000 habitants de 75 ans et plus dans la région : 2933.
- Concernant le littoral, le boulonnais est comme la plupart des grandes agglomérations de la région soumise aux aléas des caractéristiques sociodémographiques défavorables, avec un manque de lits de SSR. Le CH de Boulogne étant le seul établissement à pouvoir répondre aux demandes de SSR gériatriques. Par ailleurs, le court séjour gériatrique a une taille insuffisante (il en est prévu une extension).

Un autre facteur vient interférer dans ces données : la plupart des établissements sont en cours de structuration de leur filière. Le SROS III a lancé une dynamique importante de reconnaissances et de créations. Il faut certainement attendre encore quelques années avant de voir poindre une plus grande homogénéité dans les pratiques, mais il faut aussi que les secteurs médico-sociaux et ambulatoires puissent se développer correctement pour répondre en amont et aval des besoins des personnes.

• Evolution de l'activité régionale des courts séjours sur 3 années

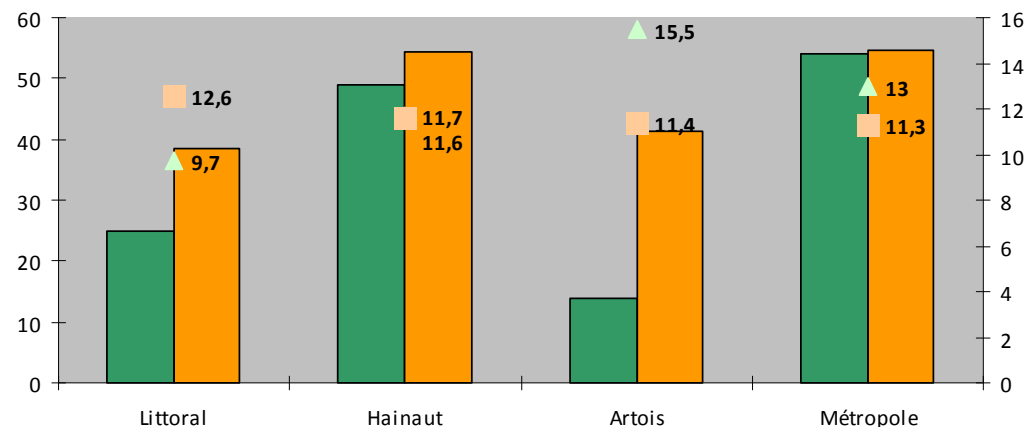
évolution d'activité des CSG du Nord/Pas de Calais



Source : DRASS - IRS

■ séjours/1000 PA ◆ DMS

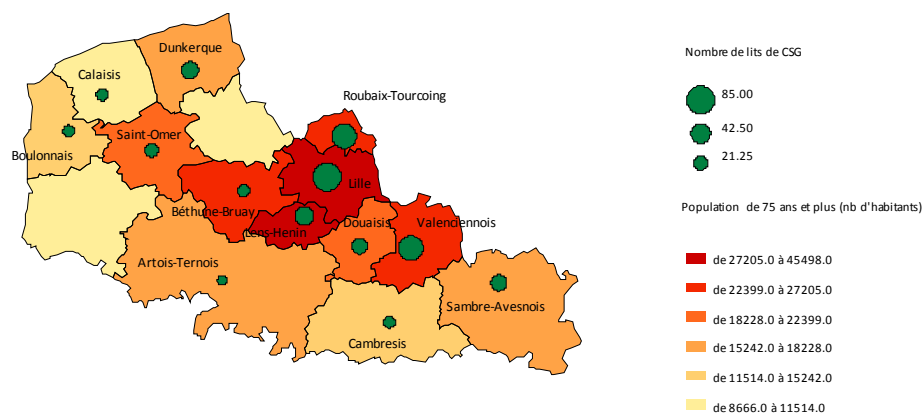
activité des CSG des 4 bassins de vie entre 2007 et 2008



Source : DRASS - IRS

■ nombre de séjours pour 1000 Hab. de plus de 75 ans en 2007
 ■ nombre de séjours pour 1000 Hab. de plus de 75 ans en 2008
 ▲ DMS 2007
 ■ DMS 2008

Implantation et capacité des courts séjours gériatriques par zone de proximité dans le Nord Pas de Calais en 2008



Source : DRASS - IRS

Données : Enquête relative à la filière de soins gériatrique DHOS 2008

- Entrées/sorties

- Les entrées

Circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : L'accès direct des patients doit être privilégié.

Le taux d'admissions directes en court séjour, facteur de meilleure prise en charge, est stable à 31,7%, comme en 2007 (34% au niveau national en 2006 – enquête DHOS).

Le transfert des urgences reste très majoritaire 46,1%, contre environ 43% en 2007 et les mutations internes représentent environ 22,2%. Il existe cependant de grandes disparités entre les services qui s'expliquent peut-être par des pratiques inadaptées ou par le manque de liens formalisés avec les structures médico-sociales, ambulatoires et le secteur libéral.

L'Artois totalise 47,6% d'entrées par les urgences alors que le seul établissement de la zone de proximité de Béthune qui déclare, ne dispose pas d'urgences. Si on ôte les entrées de la clinique Mahaut de Termonde, le taux d'admissions par les urgences de l'Artois passe à 51% : Cela s'explique par les taux réalisés dans les zones de Lens et Arras, respectivement 66,8 et 69,2% d'admissions via les urgences.

Mais plusieurs établissements fonctionnent essentiellement avec les urgences, ce sont : la polyclinique de Grande-Synthe (88,7%) et le CH Boulogne (81,4%), alors qu'ils sont les seuls établissements déclarant de leur zone de proximité.

Le pourcentage de passages par les urgences reste donc très élevé : 61,6 % sur le littoral à 31,5% sur le Hainaut (contre 43 en 2007). A noter que la zone de proximité de Lille passe de 21 à 56,4% d'admissions via les urgences.

Comme en 2007, c'est l'Artois qui réalise le plus d'admissions directes 41,8% (avec plus de 70% sur la zone d'Arras) contre 21,3% sur le Littoral, 26,6% sur le Hainaut et la Métropole 27%.

Les zones de proximité du Dunkerquois, Boulonnais et la métropole lilloise réalisent peu d'entrées directes : 8% ; 15,6% et 17,8 % seulement.

○ **Les sorties**

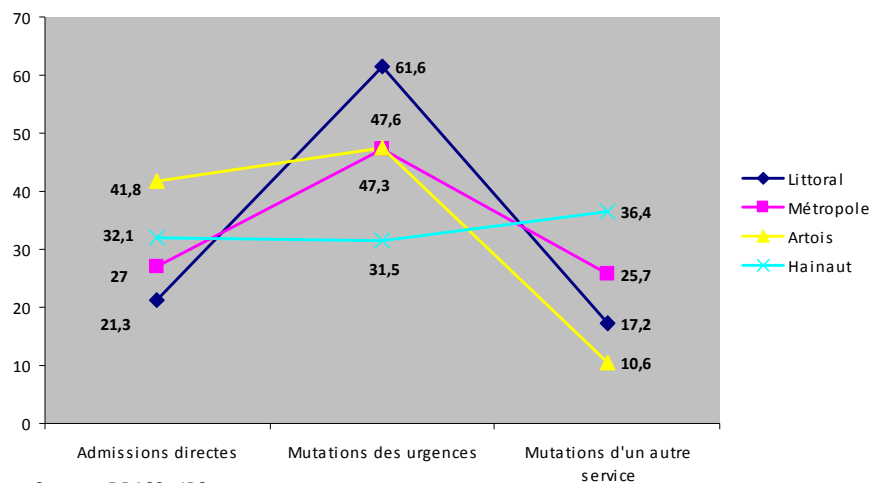
Circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : la préparation de la sortie est réalisée le plus tôt possible.....elle implique une collaboration des différentes structures de la filière et des partenaires sociaux, médico-sociaux et ambulatoires.

Le mode de sortie le plus fréquent reste le retour à domicile qui progresse encore cette année, 57,3% contre 53% en 2007 (37% au niveau national en 2006 – enquête DHOS), au détriment des soins de suite et USLD, 8,4% pour les transferts dans d’autres services (stabilité par rapport à 2007), environ 1,5% pour les USLD (-1% par rapport à 2007).

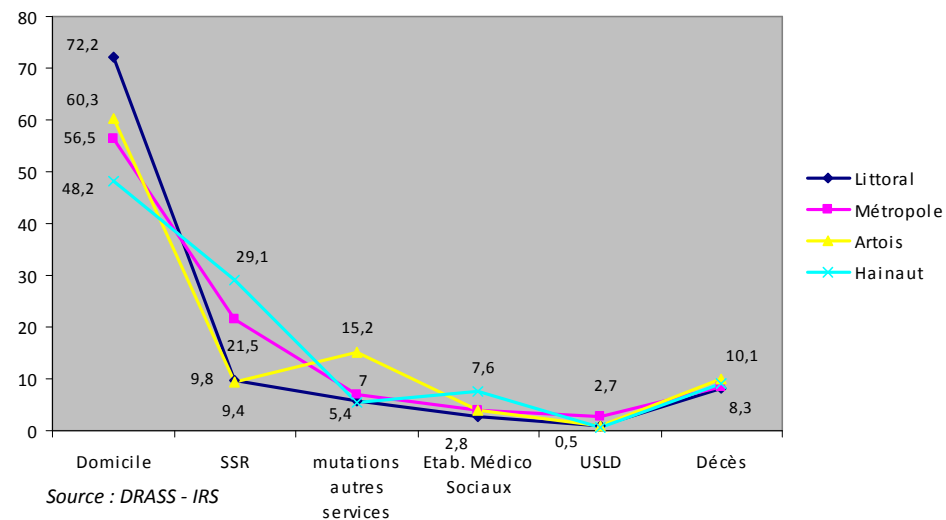
Le taux de transfert en SSR est de 18,9% et reste beaucoup moins fréquent sur l’Artois et le Littoral (9,4 et 9,8%), contre 29,1% sur le Hainaut et 21,5% sur la Métropole (20% en 2006 enquête nationale DHOS).

Les sorties vers des établissements médico-sociaux restent peu fréquentes à 4,8% (8% au niveau national en 2006 – enquête DHOS).

Modes d'entrées en CSG en 2008 (%)



Modes de sorties des CSG en 2008 (%)



Le taux de décès est un peu plus bas qu'en 2007 : 9,1 % contre 10%. Il varie de 4% à 18% selon les établissements avec 8,3% sur le Littoral, 10,1 sur l'Artois, 9,2 sur le Hainaut et 8,4 sur la Métropole (8% au niveau national en 2006 – enquête DHOS).

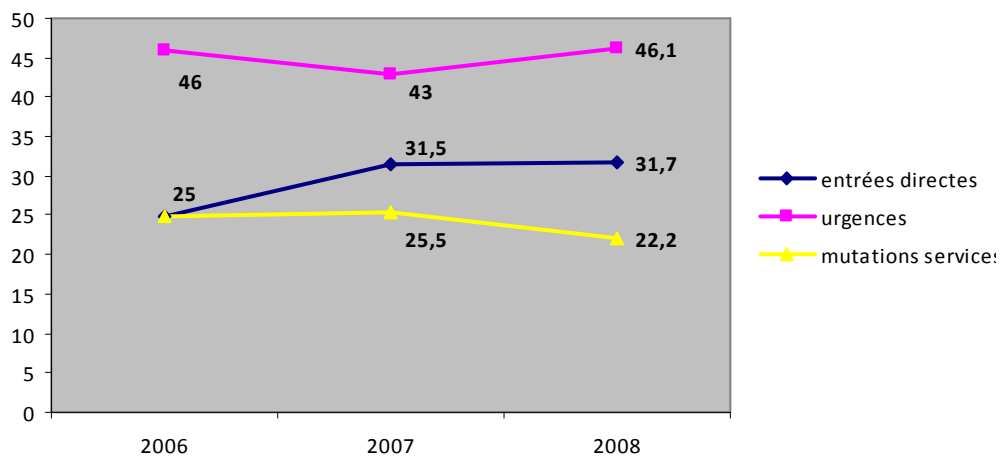
• **Evolution régionale des modes d'entrées et sorties sur 3 ans**

Malgré les différentes ouvertures de CSG les modes d'entrées varient peu sur 3 ans : entre 25 et 32% d'entrées directes.

Par contre concernant les modes de sorties, on remarque sur les 3 années une progression importante des retours à domicile, avec comme corolaire une chute des admissions en SSR et établissements médico-sociaux. Des hypothèses peuvent être formulées sur les chiffres de 2008 :

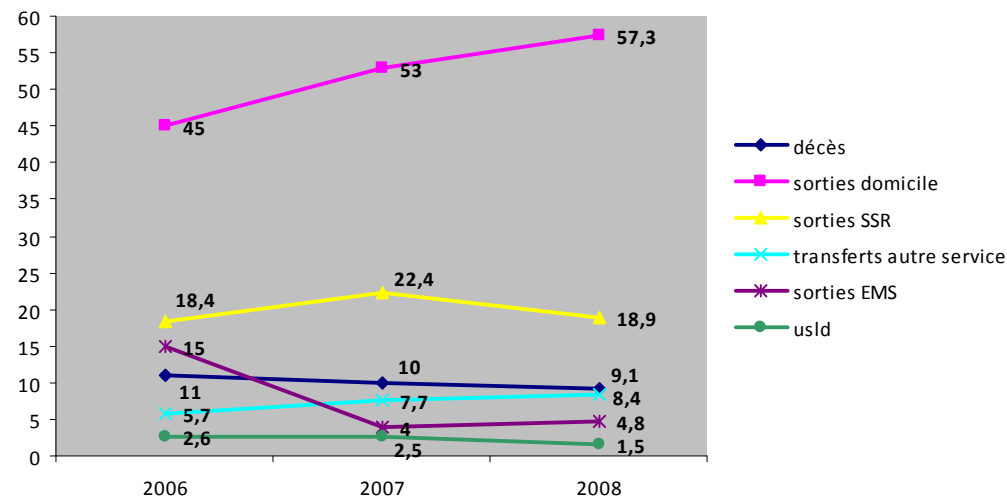
- les préparations des sorties se font plus tôt normalement en CSG et peuvent peut-être permettre ces sorties à domicile : mais les structures ambulatoires suivent-elles pour prendre en charge correctement en aval ? il faudrait pouvoir connaître et étudier les ré-hospitalisations, ce qui n'est pas possible à l'heure actuelle.
- le besoin en sorties vers le SSR était d'au moins 30% dans l'enquête de 2003 pour le SROS III : il n'y a que 4 zones qui ont plus de 30% de sorties SSR : Boulonnais, Cambrésis, Sambre-Avesnois et Arrageois. La reconnaissance de lits gériatriques dans le cadre de la révision du SROS, la mise en place de l'outil trajectoire et l'organisation des filières de gériatrie dans le cadre de PMT sont autant d'atouts pour permettre de mieux fluidifier les parcours à l'avenir.

évolution des modes d'entrée en CSG dans la région Nord/Pas de Calais sur 3 ans (%)



Source : DRASS - IRS

évolution des modes de sorties des CSG sur 3 ans dans la région Nord Pas-de-Calais (%)



Source : DRASS - IRS

Modes d'entrée et de sortie des Courts Séjours Gériatriques en 2008

territoires	MODES D'ENTREE 2008			MODES DE SORTIE 2008					
	Admissions directes	Mutations des urgences	Mutations d'un autre service de Court Séjour	mutations autres services	SSR	USLD	Etablissements Médico-sociaux	Domicile	Décès
BASSIN DE VIE DU LITTORAL	21,3	61,6	17,2	5,8	9,8	0,9	2,8	72,2	8,3
ZP Dunkerquois	8%	88,73	3,2	4,1	1,8	0,5	4,7	80,5	8,4
ZP Calaisis	22,7	35,5	41,8	3,9	2,9			76,3	13,5
ZP audomarois	31,9	46,6	21,6	6,7	5,5	3,2	3,1	78,1	4,7
ZP Boulonnais	15,6	81,4	2,9	8,1	32,3	?	?	45,9	10,3
ZP Berck-Montreuil	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BASSIN DE VIE METROPOLE	27	47,3	25,7	7	21,5	2,7	3,9	56,5	8,4
ZP métropole Lilloise	17,8	56,4	25,8	8,3	22,1	1,2	3,8	58,2	6,5
ZP versant nord-est	45,7	28,8	25,4	4,6	20,6	5,5	4,1	5,3	11,9
ZP Flandre intérieure	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BASSIN DE VIE DE L'ARTOIS	41,8	47,6	10,6	15,2	9,4	1	4	60,3	10,1
ZP béthune-Bruay	51,4	0	48,6	0	0	0	16,5	69,8	13,7
ZP Lens-Hénin	31,9	66,8	1,3	6	18,6	2	5,3	56,2	11,9
ZP Douaisis	47,8	44,5	7,6	24,5	0,9	0,3	?	65,2	8,9
ZP Arrageois	78,4	69,2	22,4	6,1	34,4	2,5	9,1	39,9	7,8
BASSIN DE VIE DU HAINAUT	32,1	31,5	36,4	5,4	29,1	0,5	7,6	48,2	9,2
ZP Valenciennois	30,9	36,4	32,7	5,1	26,4	0,2	7,7	50,4	10,2
ZP Cambrésis	27,4	43,8	28,7	0	31,3	0,3	4,3	56,5	7,5
ZP Sambre Avesnois	38,2	10,1	51,7	9,1	37	1,6	9	36,4	6,9
total régional	31,7	46,1	22,2	8,4	18,9	1,5	4,8	57,3	9,1

Source : DRASS - IRS

III. LES CONSULTATIONS MULTIDISCIPLINAIRES

circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : disposer d'au moins une consultation multidisciplinaire de gériatrie par établissement siège de court séjour.

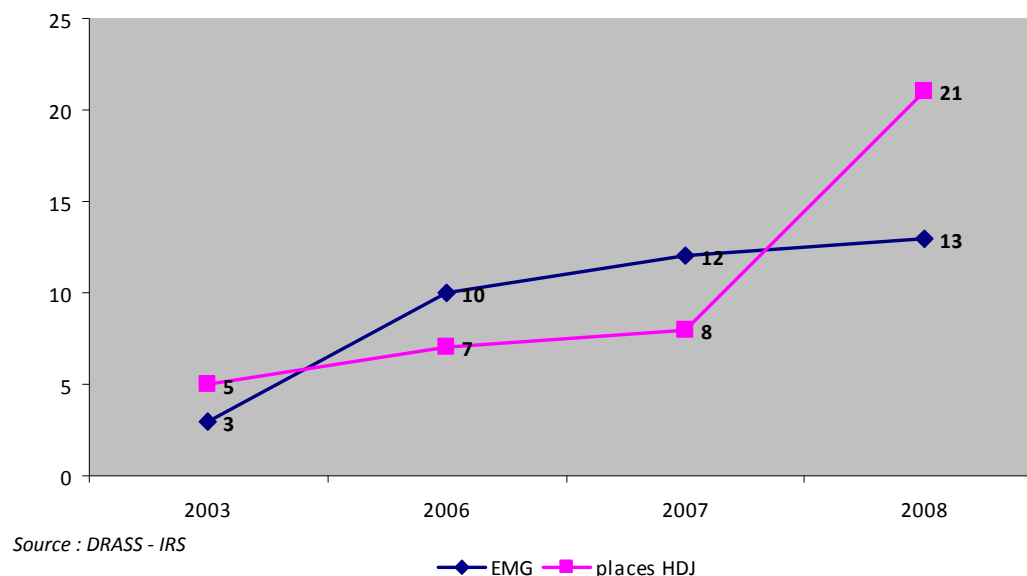
21 établissements ont déclaré pratiquer des consultations multi-disciplinaires de gériatrie, dont des consultations spécialisées : plaies chroniques et cicatrisation, chutes, nutrition...

Ces consultations ne sont pas forcément situées dans les établissements sites de court séjour :

- établissements sites de court séjour n'ayant pas de consultation multidisciplinaire : CH Arras, polyclinique de Grande Synthe, CH de Denain, clinique St Jean, clinique de Villeneuve d'Ascq.
- Etablissements non sites de court séjour et déclarant une consultation multidisciplinaire : CH Armentières, CH Jeumont, CH Hazebrouck, CH Loos-Haubourdin.

La file active de 10 établissements est de 4392 patients, soit 439 patients/Cs et le nombre de consultations est de 15694, soit 923 Cs/établissement.

évolution du nombre d'EMG et des places d'hôpitaux de jour



IV. LES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE

- **Implantations**

circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : l'équipe mobile de gériatrie est installée au sein d'un établissement siège de court séjour.

Les EMG se développent progressivement depuis 2003 : elles sont passées de 3 en 2003 à 10 en 2006 et 12 en 2007 et 13 en 2008 grâce au financement des MIGAC. Deux supplémentaires seront ainsi financées en 2009 : au CHAM et au CH de Dunkerque.

Elles sont inégalement développées sur les différents bassins de vie : Il y en a 2 sur le Littoral, 4 sur l'Artois et 1 sur le Hainaut et 6 sur la métropole. Deux établissements sans court séjour ont une EMG : la clinique des Acacias à Cucq et la polyclinique de Riaumont à Liévin ; alors que 7 établissements sites de court séjour n'en ont pas. Leur développement dépend des financements MIGAC annuels alloués à la région.

- **Activité**

L'activité moyenne des EMG de la région est importante alors que le temps de personnel dédié est équivalent aux données nationales. Elles ont réalisé 11311 évaluations en 2008, soit 943 par EMG ; la moyenne nationale en 2007 était de 528 évaluations par EMG. La file active régionale est de 6451 patients (en moyenne 645 patients par EMG, ils étaient 592 en 2007 et 482 en moyenne nationale).

- **Personnels**

Circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : l'équipe mobile de gériatrie comprend au minimum 1ETP gériatre, 1ETP IDE, 1ETP assistante sociale, des temps de psychologue, ergothérapeute et secrétaire.

Le personnel dédié à ces équipes est très variable d'une équipe à l'autre.

En moyenne sur la région, pour les établissements répondeurs, le taux de personnel (ETP) est légèrement inférieur aux préconisations de la circulaire de 2007 ; cependant les taux régionaux équivalent aux données nationales récentes :

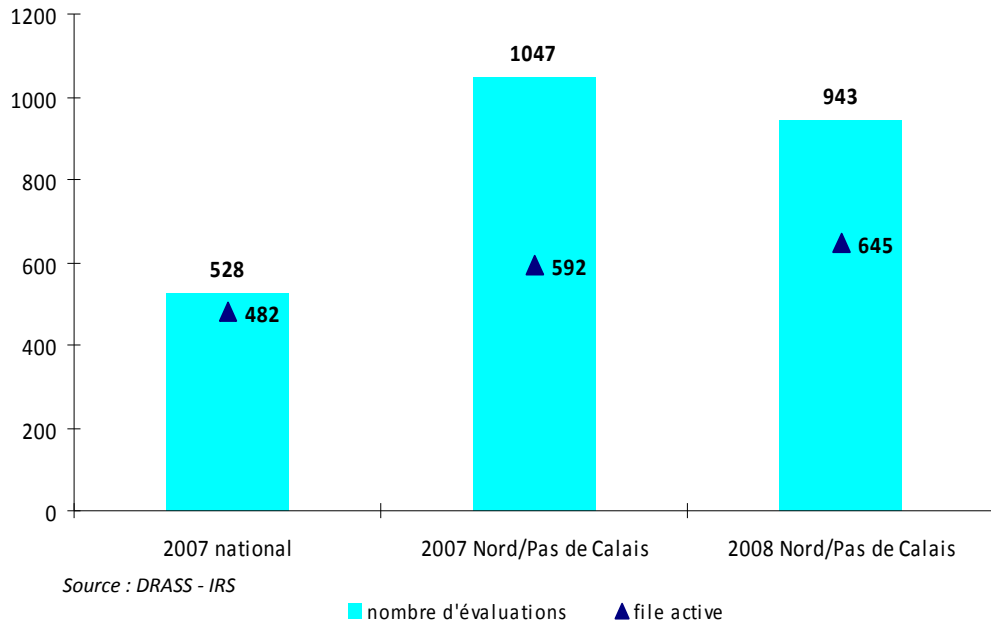
- 0,9 ETP gériatres par EMG contre 0,9 de moyenne nationale en 2007¹ et dans l'enquête de P. Couturier sur 88 EMG en 2008²
- 1,1 ETP d'IDE ; 1,2 en 2007, contre 0,85 dans l'enquête de P. Couturier de 2008,

¹ Résultats de l'enquête gériatrique DHOS 2007

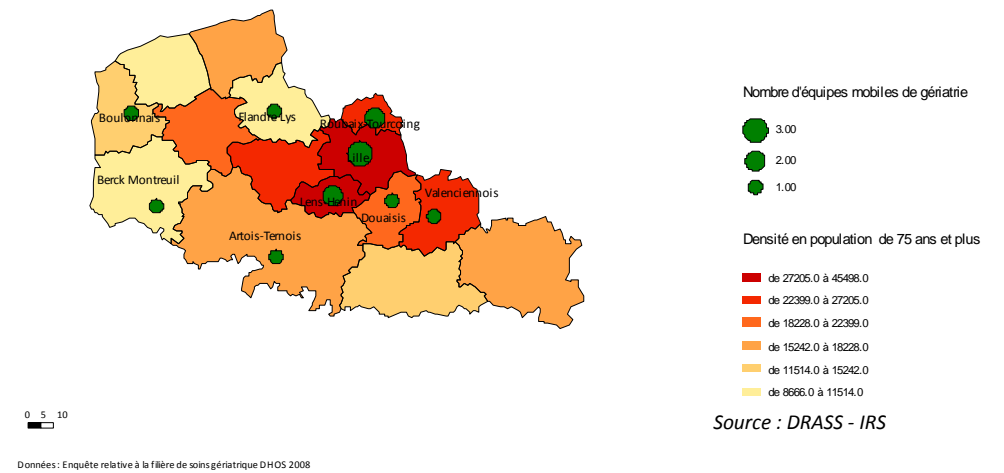
² P. Couturier - les EMG : où en sommes nous ? - IVèmes journées nationales des EMG, Bordeaux mai 2008

- 0,3 ETP d'assistantes sociales, contre 0,55 dans l'enquête de P. Couturier de 2008,
- 0,7 ETP de secrétaires, contre 0,44 dans l'enquête de P. Couturier de 2008
- 1,5 ETP de personnels paramédicaux spécialisés (dont 0,6 ETP d'ergothérapeute contre 0,23 dans l'enquête de P. Couturier, et 0,3 d'ETP de psychologue contre 0,21 dans l'enquête de P. Couturier). Cependant il faut préciser que ces données correspondent aux postes budgétés car dans certains établissements ils sont vacants.

activité moyenne par EMG



Répartition des équipes mobiles de gériatrie dans le Nord Pas de Calais en 2008



activité et personnels des équipes mobiles de gériatrie en 2008

Territoires	Activité 2008		Personnel 2008					
	Nombre de patients	Nombre d'interventions par an	ETP gériatre	ETP médicaux (hors gériatre)	ETP non médicaux			
					IDE	Assistante Sociale	secrétaires	Spécialisés
ZP Dunkerquois	0	0	0	0	0	0	0	0
ZP Calais	0	0	0	0	0	0	0	0
ZP audomarois	0	0	0	0	0	0	0	0
ZP Boulonnais	74	74	0,2	NR	0,5	0,2	NR	NR
ZP Berck-Montreuil	53	66	0,5	0,5	1,2	0,1	0,25	0,5
LITTORAL	127	140	0,7	0,5	1,7	0,3	0,25	0,5
ZP Béthune-Bruay	0	0	0	0	0	0	0	0
ZP Lens-Hénin	2669	2829	2,1	0	2	0,7	0	0,3
ZP Douaisis	562	1124	1	NR	2	NR	0,3	1
ZP Arrageois	504	2708	1	NR	1,25	NR	1,5	3,2
ARTOIS	3735	6661	4,1	0	5,25	0,7	1,8	4,5
ZP Valenciennois	963	1485	1,8	0	1	0,8	0,5	1
ZP Cambrésis	0	0	0	0	0	0	0	0
ZP Sambre Avesnois	0	0	0	0	0	0	0	0
HAINAUT	963	1485	1,8	0	1	0,8	0,5	1
ZP Flandre intérieure	39	39	0,5	0	0	0,5	0,5	1
ZP métropole Lilloise	1587	1887	3,5	0	2,75	0,08	2	3,7
ZP versant nord-est	NR	1099	1	0	3	1	1	1,8
METROPOLE	1626	3025	5	0	5,75	1,58	3,5	6,5
REGION	6451	11311	11,6	0,5	13,7	3,38	6,05	12,5

Source : DRASS - IRS

V. LES HOPITAUX DE JOUR GERIATRIQUES

- implantations

La circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise au moins 5 places par hôpital de jour gériatrique, adossé à un court séjour, et offrant au moins 120 journées/1000 habitants de 75 ans et plus.

La région reste pauvre en hôpitaux de jour qui totalisent peu de places, même s'ils sont passés de 2 sites en 2003 à 5 en 2007 puis 10 en 2008 : 7 zones de proximité en sont dépourvues.

Quant au nombre de places il passe à 21 places pour 10 sites, contre 8 places en 2007.

Mais leur activité progresse sensiblement, pour 9 sites :

- La file active de ces structures est de 1097 patients en 2008 pour l'activité déclarée de 16 places, soit 69 patients/place, contre 43 en 2007.
- Le nombre total de journées réalisées est de 2042 pour l'activité déclarée de 19 places et 8 zones de proximité, soit 12,8 journées/1000 habitants de 75 ans et plus.

- **Activité et personnels**

Le nombre total de journées réalisées est de 2042, soit 108 journées par place. La faible activité de certaines places de jour (CH Calais, CH Boulogne et CH Roubaix) peut s'expliquer par le fait que ces HJ gériatriques sont inclus dans des HJ où d'autres activités médicales sont déployées (neurologie, oncologie, ...) ; n'étant pas dédiés spécifiquement, l'activité gériatrique ne s'y déroule pas sur l'ensemble des journées possibles. Cependant cette activité est en nette progression pour la région.

L'activité des hôpitaux de jour de la région est inférieure aux données nationales disponibles, de même le temps de personnels dédiés (médical, paramédicaux spécialisés et secrétaire). On peut comparer leur activité à une enquête nationale réalisée en 2002 dans les hôpitaux de jour gériatriques en France³ :

- le nombre de patients pris en charge par an et place était de 84 : 69 dans la région,

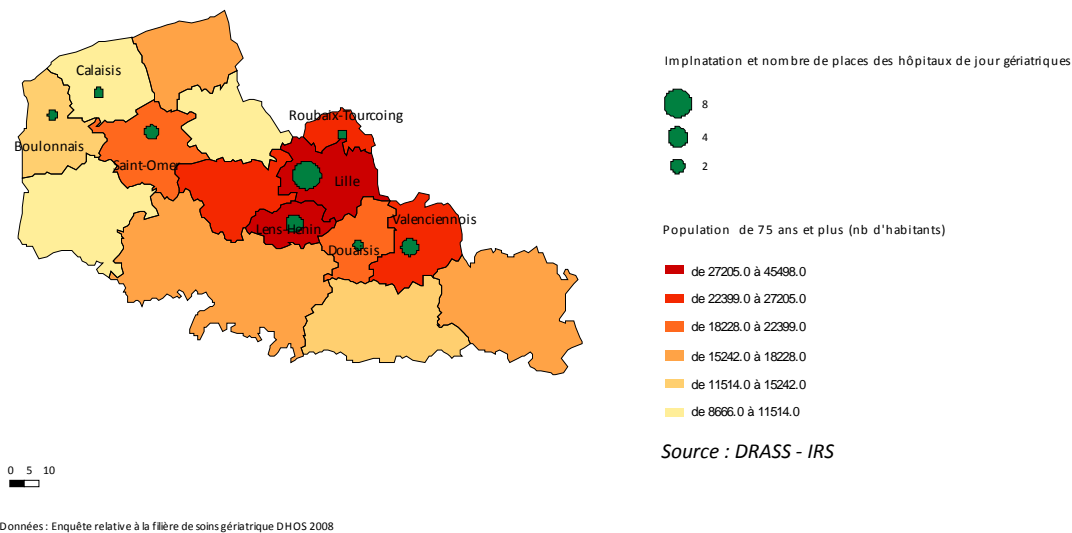
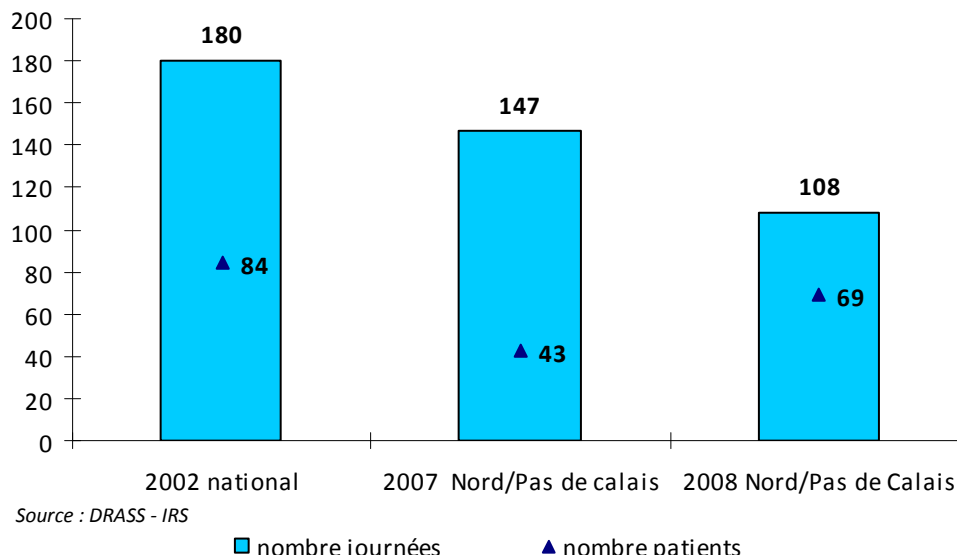
³ Durand-Gassel B. *les hôpitaux de jour gériatriques en France, la revue de gériatrie, tome 27, n°5 mai 2002*

- le nombre de journées par place est d'environ 180 journées contre environ 108 dans la région,
- les personnels se répartissent ainsi pour 5 places (norme de la circulaire de 2007) :
 - 1,1 ETP médical pour 5 places contre 0,7 ETP gériatre dans la région,
 - 1,1 ETP d'IDE contre 1,2 pour la région,
 - 0,6 ETP d'aides-soignantes contre 1,1 dans la région,
 - 0,9 ETP de paramédicaux spécialisés contre 0,6 régional,
 - 0,4 ETP de secrétaire contre 0,3.

NB : l'ensemble des calculs qui précèdent sont réalisés en fonction du nombre de réponses des établissements et au maximum avec 9 sites d'hôpitaux de jour, car la polyclinique de Riaumont n'a pas transmis ses données d'activité et personnels.

Implantation et capacité des hôpitaux de jour gériatriques par zone de proximité dans le Nord Pas de Calais en 2008

activité moyenne des hôpitaux de jour par place



Personnels et activité des hôpitaux de jour en 2008

Territoires	Nombre de places	Activité 2008			Personnel 2008				
		File active	Nombre de nouveaux patients	Nombre total de journées	ETP gériatres	ETP non-médicaux			
						IDE	Aides soignants	Spécialisés	secrétaires
ZP Dunkerquois	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZP Calaisis	1	36		36	NR	NR	NR	NR	NR
ZP audomarois	2	195	175	228	0,25	0,5	0,5	1	0,5
ZP Boulonnais	1	90	NR	90	NR	NR	NR	NR	NR
ZP Berck-Montreuil	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LITTORAL	4	321	325	354					
ZP Béthune-Bruay	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZP Lens-Hénin	3(+1)	NR	NR	727	0,7	1	0,75	1,2	0,7
ZP Douaisis	1	NR	NR	NR	0,3	0,2	0,2	NR	0,1
ZP Arrageois	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARTOIS	5			727					
ZP Valenciennois	3	271	271	418	0,4	1,4	0,55	1	0,3
ZP Cambrésis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZP Sambre Avesnois	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAINAUT	3	271	271	418					
ZP Flandre intérieure	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZP métropole Lilloise	8	476	221	513	0,7	1	NR	0,2	NR
ZP versant nord-est	1	29	29	30	NR	NR	NR	NR	NR
METROPOLE	9	505	250	543					
REGION	21	1097	846	2042	2,35	4,1	2	3,4	1,6

Source : DRASS - IRS

Nb : sur le secteur de Lens, l'activité en regard correspond uniquement à celle du CH de Lens.

VI. LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION GERIATRIQUES

- **Les établissements déclarants**

11 établissements supplémentaires (+ 443 lits) ont déclaré une activité de SSR gériatrique en 2008.

Au total, 47 établissements déclarent des soins de suite gériatriques identifiés pour 1777 lits soit :

- 12 sur l'Artois (529 lits)
- 16 sur la métropole (575 lits)
- 12 sur le Hainaut (346 lits)
- 7 sur le littoral (300 lits)

Ce sont 12 établissements privés, 11 PSPH et 24 établissements publics (dont un EPSM).

En 2008, l'ensemble des zones de proximité ont des déclarations de SSR gériatriques, alors qu'en 2007 3 zones du littoral n'en avaient pas.

Il existe une grande hétérogénéité du nombre de déclarants par zone de proximité allant de 1 à 6 établissements, qui correspond en fait au paysage actuel des soins de suite où certaines zones ont peu d'établissements mais de grande taille ou de plus petits mais dispersés.

Avec une moyenne régionale de 59,3 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus, seul le bassin de vie du littoral est en deçà de la moyenne régionale à 50,8. Cependant il existe aussi dans cette répartition une forte dispersion entre les zones de proximité allant de 13,9 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus dans le Calaisis à 148,5 en Flandre intérieure, avec 4 zones de proximité du littoral en deçà de 40 : Calaisis, Dunkerquois, Arrageois et Cambrésis.

- **L'activité des SSR gériatriques**

- Durée moyenne de séjour et journées

La circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise une activité de 1000 à 2 600 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en SSR gériatrique

L'activité régionale est de 1787 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, contre 1499 journées en 2007.

Les 4 bassins de vie respectent ces préconisations, y compris le littoral grâce aux nouvelles déclarations de 2008 (il est à noter que la clinique des Drags au Touquet n'a donné son activité, ni le CH d'Avesnes).

3 zones de proximité sont en deçà des préconisations de la circulaire (moins de 1000 journées/ 1000 hab. >75 ans) : Dunkerquois (904,4), Sambre-Avesnois sans l'activité du CH d'Avesnes (672,2), Calaisis (470,1).

Deux zones sont au-delà des préconisations (plus de 2600 journées/ 1000 hab. >75 ans) : Berck-Montreuil (3239,4) et Flandre intérieure (3471,4) sans l'activité de Clair séjour à Bailleul.

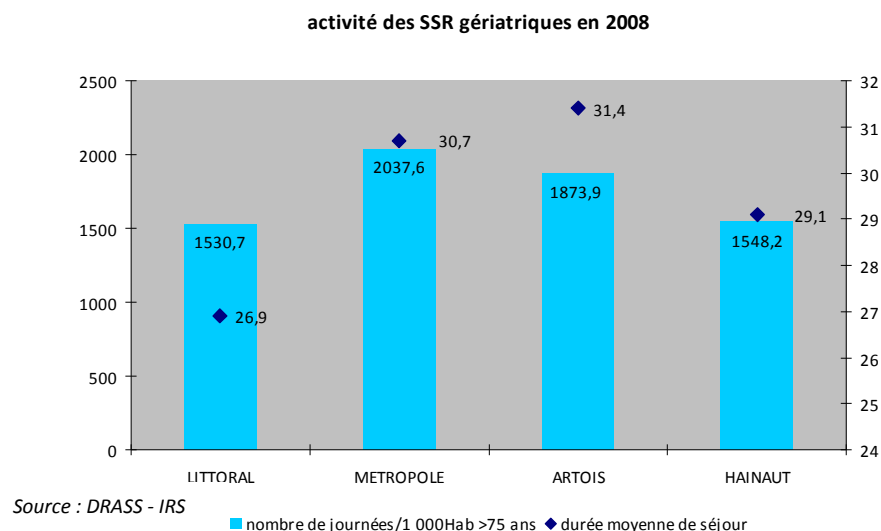
SSR gériatriques déclarés en 2008

territoires	population >75ans en 2008 (projection INSEE)	nombre d'établissements déclarant	nombre de lits déclarés	nombre de lits/10 000 Hab. >75 ans	nombre total de journées	nombre de journées/1 000Hab >75 ans	durée moyenne de séjour
LITTORAL	59057	7	300	50,8	90398	1530,7	26,9
ZP Dunkerquois	17245	1	60	34,8	15597	904,4	26,3
ZP Calaisis	10754	1	15	13,9	5055	470,1	27
ZP audomarois	8557	1	60	70,1	13993	1635,3	42,3
ZP Boulonnais	12597	1	90	71,4	23670	1879	35,2
ZP Berck-Montreuil	9904	3	75	75,7	32083	3239,4	20,3
METROPOLE	86555	16	575	66,4	176365	2037,6	30,7
ZP métropole Lilloise	49142	5	234	47,6	101199	2059,3	32
ZP versant nord-est	27849	6	199	71,5	41966	1506,9	27
ZP Flandre intérieure	9564	5	142	148,5	33200	3471,4	32,3
ARTOIS	93223	12	529	56,7	174686	1873,9	31,4
ZP Béthune-Bruay	23751	3	145	61,1	45874	1931,5	33,2
ZP Lens-Hénin	29614	5	200	67,5	63120	2131,4	34
ZP Douaisis	20089	2	120	59,7	41436	2062,6	30
ZP Arrageois	19769	2	64	32,4	24256	1226,9	25,8
HAINAUT	60799	12	373	61,3	94129	1548,2	29,1
ZP Valenciennois	27258	6	223	81,8	61190	2244,8	29,5
ZP Cambrésis	15026	2	58	38,6	20493	1363,8	25,1
ZP Sambre Avesnois	18515	4	92	49,7	12446	672,2	36,9
REGION	299634	47	1777	59,3	535578	1787,4	29,9

Source : DRASS - IRS

Nb : l'ensemble des données d'activité et personnels sont calculées sans celles de Clair Séjour à Bailleul, ni du CH d'Avesnes qui ne les ont pas transmises.

Au niveau régional, la durée moyenne de séjour des unités de SSR gériatriques diminue sur les 3 années de 29,9 jours contre 31,2 jours en 2007 (elle était de 33 jours en 2006) ; mais il y a cependant aussi plus d'établissements déclarant au fil des années, ce qui peut modifier les données. C'est dans le bassin de vie de l'Artois qu'elle est la plus élevée à 31,4 jours et dans le bassin de vie du littoral qu'elle est la plus faible (26,9 jours), comme en 2007 (malgré un plus grand nombre de déclarants) avec une fourchette allant de 20,3 jours sur la zone de Berck-Montreuil à 36,9 jours en Sambre Avesnois.



○ Entrées et sorties

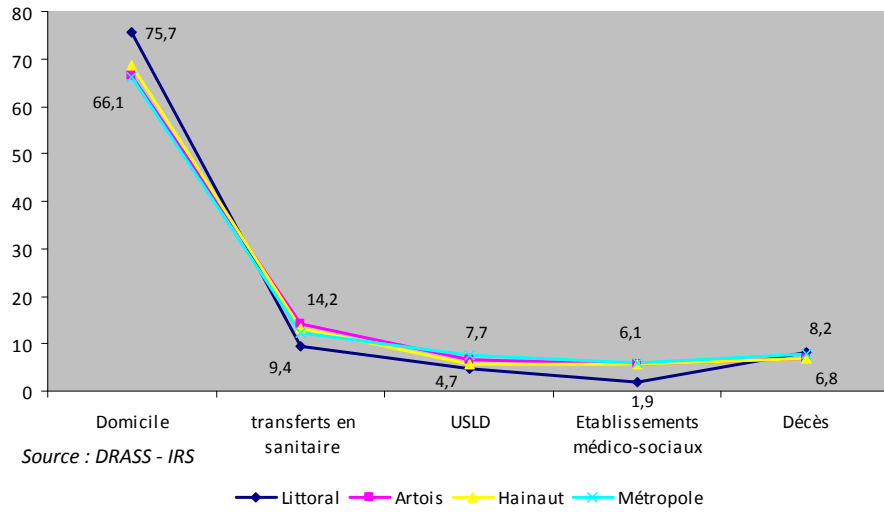
Les admissions directes représentent en moyenne de 23,7% dans les unités SSR gériatriques régionales (22% au niveau national en 2006 – enquête DHOS).

La dispersion est importante puisque selon les zones on a taux d'admission directes de 5,4% dans le Calaisis à 62,8% sur le Béthunois (sur ces deux zones, un seul établissement privé a produit son activité : il n'y a donc pas vraisemblablement de corrélation entre le taux d'admission et le statut public ou privé des établissements). Il faut certainement voir dans cette dispersion une part importante due aux pratiques des unités. De même la différence est importante entre le Dunkerquois à 32% et le Boulonnais à 12% (un seul établissement public déclarant).

Les sorties se font majoritairement vers le domicile avec une moyenne régionale de 68,8% (74% au niveau national en 2006 – enquête DHOS) . la dispersion est de 52,2% en Sambre Avesnois à 93,8% dans le Calaisis. Les transferts vers des établissements médico-sociaux sont relativement peu fréquents : 4,9% (6% au niveau national en 2006 – enquête DHOS).

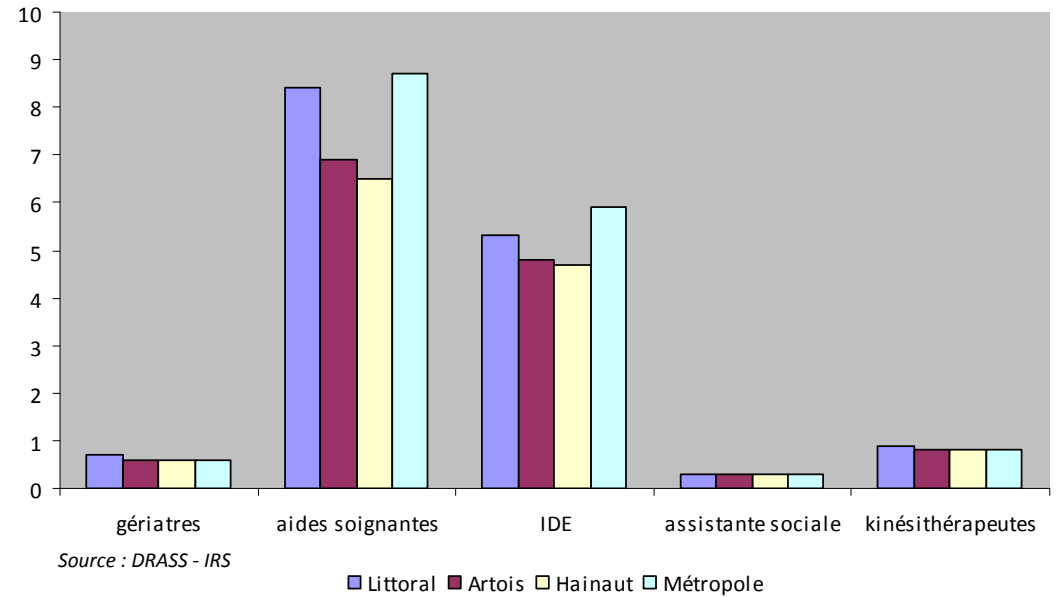
Le taux de décès dans ces unités est en moyenne de 7,5% (8% au niveau national en 2006 – enquête DHOS).

modes de sorties des patients en SSR gériatriques en 2008 (%)



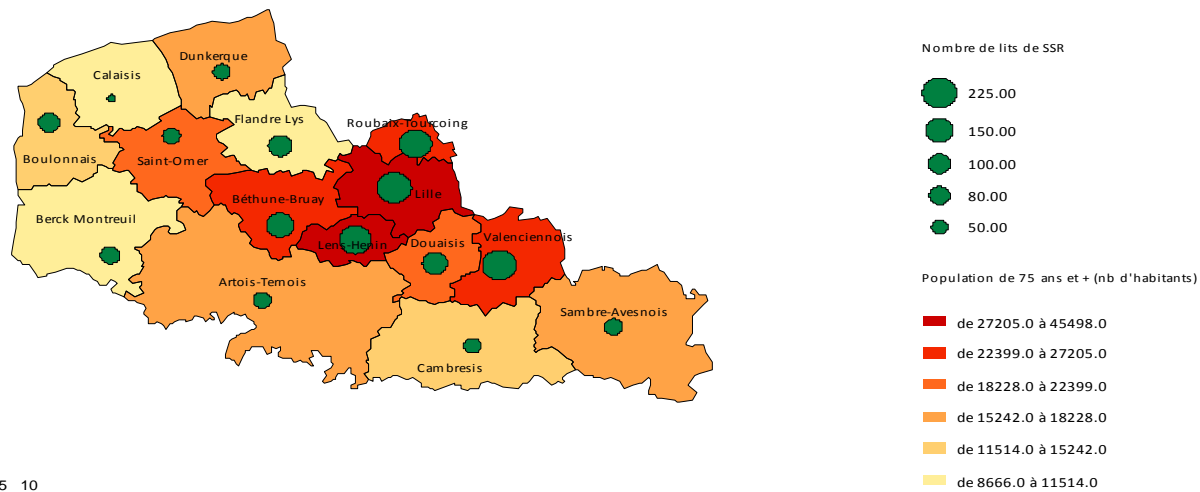
Source : DRASS - IRS

personnels déclarés des SSR gériatriques en 2008 (ETP/20 lits)



Source : DRASS - IRS

Implantation et capacité des SSR gériatriques par zone de proximité dans le Nord Pas de Calais en 2008



0 5 10

entrées et sorties des SSR déclarés gériatriques en 2008 (%)

Territoires	Modes d'entrée 2008	Mode de sortie 2008				
	admissions directes	Domicile	USLD	autres transferts sanitaires	Etablissements médico-sociaux	Décès
ZP Dunkerquois	32,1	88,9	0,6	4,1	3,7	2,8
ZP Calaisis	5,6	93,8	3,4	1,4	0	1,4
ZP audomarois	18,8	60,3	10,5	5,9	0	23,4
ZP Boulonnais	12	71,4	9,4	3,5		12,7
ZP Berck-Montreuil	10,3	74,6	2,5	13,8	2,5	6,6
LITTORAL	14,2	75,7	4,7	9,4	1,9	8,2
ZP Béthune-Bruay	62,8	71,2	6,5	16	3,9	4,5
ZP Lens-Hénin	72,4	61,1	5,5	17,1	10,1	6,3
ZP Douaisis	10,4	69,9	8,8	13,3	0	8,1
ZP Arrageois	5,8	67,5	6	13,9	7,2	5,5
ARTOIS	35,9	66,5	6,7	14,2	5,6	6,9
ZP Valenciennois	13,5	72,1	2,6	12,9	5,9	6,5
ZP Cambrésis	18,1	66,1	15,4	10,3	0,1	6,5
ZP Sambre Avesnois	16,8	52,2	5,8	19,5	14,2	8,4
HAINAUT	14,7	68,6	5,7	13,3	5,6	6,8
ZP Flandre intérieure	32,5	60,3	7,6	16,4	9,9	5,7
ZP métropole Lilloise	15,9	75,3	37	5,3	6,7	8,9
ZP versant nord-est	35,7	58,9	12,1	17,8	3,3	7,9
METROPOLE	26,1	66,1	7,7	12,2	6,1	7,9
REGION	23,7	68,8	6,4	12,4	4,9	7,5

Source : DRASS - IRS

Nb : les données d'entrée et sortie de la zone de Béthune-Bruay sont calculées sans celles de la clinique Mahaut de Termonde qui ne les a pas transmises

- Personnels dédiés aux unités de SSR gériatriques

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 gériatrie. L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins 3 des compétences de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de diététicien, de psychologue, psychomotricien ou orthophonie.

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.

Personnels dédiés aux SSR gériatriques en 2008 (ETP/20 lits)

Territoires	gériatres	Aides soignantes	IDE	assistante sociale	kinésithérapeutes
ZP Dunkerquois	0,7	9,7	6	0,3	1,1
ZP Calais	0,3	4,4	4,4	0,3	0,7
ZP audomarois	0,9	8,2	5,9	0,1	0,7
ZP Boulonnais	0,7	7,9	4,5	0,4	0,9
ZP Berck-Montreuil	1,3	11,3	5,3	0,3	0,9
LITTORAL	0,7	8,4	5,3	0,3	0,9
ZP Béthune-Bruay	0,2	6,5	4,8	0,2	0,8
ZP Lens-Hénin	0,7	6,8	4,8	0,3	0,7
ZP Douais	0,6	7,4	4,7	0,3	1
ZP Arrageois	0,9	6,7	5	0,4	0,9
ARTOIS	0,6	6,9	4,8	0,3	0,8
ZP Valenciennois	0,5	6	4,7	0,3	0,8
ZP Cambrésis	1	7,1	3,8	0,5	1
ZP Sambre Avesnois	0,7	8,2	6,2	0,2	0,9
HAINAUT	0,6	6,5	4,7	0,3	0,8
ZP Flandre intérieure	0,4	8,6	4,6	0,1	0,6
ZP métropole Lilloise	0,7	9,5	6,9	0,3	0,9
ZP versant nord-est	0,5	7,9	5,4	0,2	0,7
METROPOLE	0,6	8,7	5,9	0,3	0,8
REGION	0,6	7,7	5,2	0,3	0,8

Nb : les données des effectifs de la zone de Béthune-Bruay sont calculées sans celles de la clinique Mahaut de Termonde qui ne les a pas transmises

Source : DRASS - IRS

Dans la région, le personnel médical affecté à ces unités représente en moyenne 0,8 ETP/20 lits dont les gériatres 0,6 ETP/20 lits. Quatre unités déclarées ne sont pas coordonnées par un gériatre, donc non en conformité avec le décret en 2008.

Globalement le nombre d'ETP pour 20 lits est moins important qu'en 2007 pour tous les types de personnels, mais il y a eu 11 établissements déclarant en sus.

La présence de personnel spécialisé est peu respectée, selon les exigences du décret.

L'ensemble des services ont accès à un kinésithérapeute et une assistante sociale.

Mais parmi les établissements qui ont répondu, de nombreux services n'ont pas accès à :

- un psychologue : 10
- un diététicien : 12
- un ergothérapeute : 15
- un orthophoniste : 27
- un psychomotricien : 36

Cependant même si les unités ont accès à du personnel spécialisé paramédical, celui-ci reste peu fréquent, à hauteur de 0,2 ETP/20 lits.

présence de personnels spécialisés au sein des SSR gériatriques en 2008

type de personnels	nombre de lits concernés	nombre d'établissements ayant accès à ces professionnels	ETP/20 lits
diététiciennes	979	30	0,2
psychologues	1032	32	0,2
ergothérapeutes	989	27	0,3
orthophonistes	620	15	0,2
psychomotriciens	228	6	0,2
STAPS	254	6	0,3
animateurs sociaux	75	2	0,2

les personnels en jaune sont demandés dans le décret sur les SSR

Source : DRASS - IRS

VII LA MEMOIRE : L'ACTIVITE HOSPITALIERE ET LES DONNEES D'ASSURANCE MALADIE

Circulaire du 30/03/2005 relative à l'application du plan Alzheimer 2004-2007 : l'objectif visé en 2007 est de 1 consultation pour 15 000 habitants de plus de 75 ans et que chaque territoire de santé soit pourvu au moins d'une consultation mémoire.

Circulaire DGS/DHOS/MC3/O1/O2/2009/25 du 28 janvier 2009 relative à la tenue d'assises régionales pour accompagner la mise en œuvre du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 : dresser un état des lieux des dispositifs de prise en charge sanitaire et médico-sociale des malades atteints de la maladie d'Alzheimer.

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, il a été décidé de faire un point sur les données régionales disponibles. Elles sont donc présentées en sus dans ce document.

- **Nombre de sites de consultations mémoire**

Le nombre de consultations mémoire devait être de 1 pour 15 000 habitants de plus de 75 ans, selon la circulaire Alzheimer du 30 mars 2005 : la région a 0,7 consultations labellisées pour 15 000 habitants de plus de 75 ans.

En 2008 il existe 14 consultations labellisées avec le CMRR, avec 17 sites (3 consultations avancées).

Si on ajoute les 11 consultations non labellisées, on arrive à 25 consultations et 28 sites (soit 1,4 pour 15 000).

Pour l'ensemble des consultations, qu'elles soient labellisées ou non, le bassin de vie du Hainaut est à 1,7 sites de consultations pour 15 000 hab.de plus de 75 ans, le littoral à 1,3, l'Artois à 0,8 et la métropole à 1,9. Sachant qu'il existe encore une zone de proximité qui n'en pas développé : le Douaisis, où un projet est en cours.

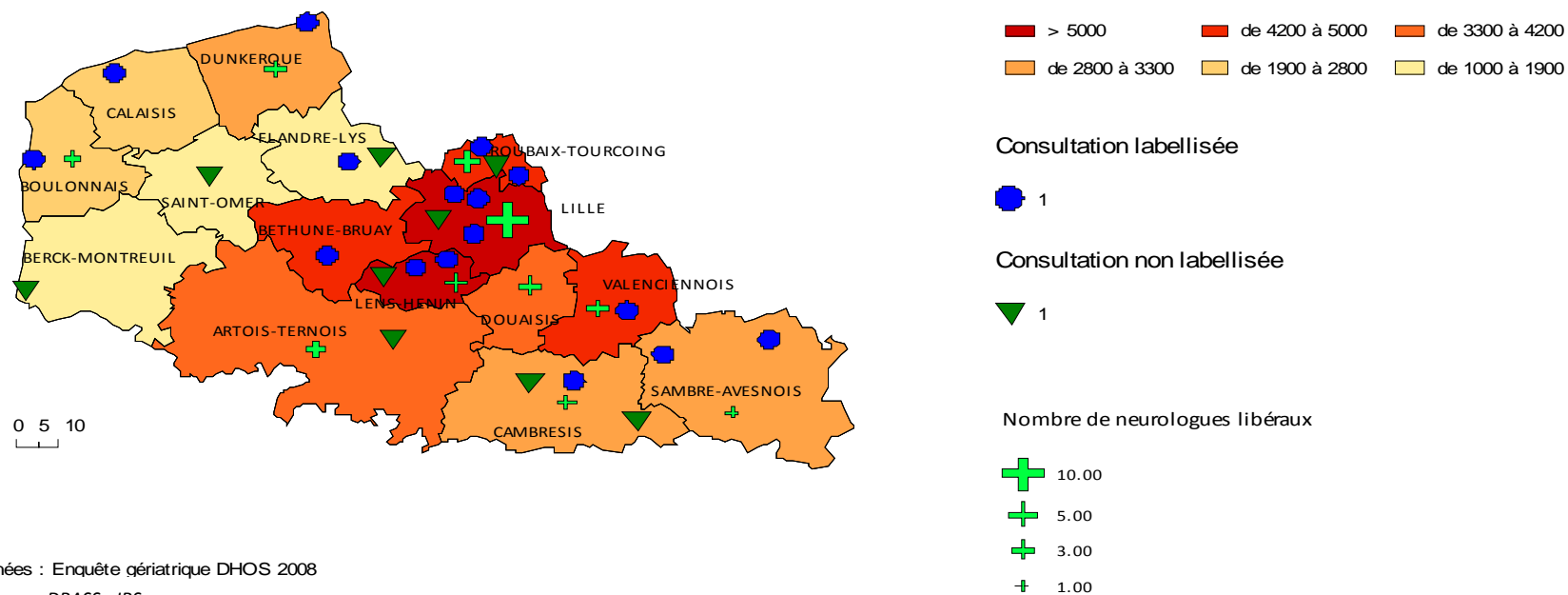
Source : DRASS - IRS

répartition régionale des consultations mémoire en 2008 (labellisées en bleu)							
territoires	population >75ans en 2008 (projection INSEE)	nombre de sites de consultations	nombre de sites de consultation pour 15 000 Hab. >75 ans	territoires	population >75ans en 2008 (projection INSEE)	nombre de sites de consultations	nombre de sites de consultation pour 15 000 Hab. >75 ans
ZP Dunkerquois	17245	1	0,9	ZP de Béthune-Bruay	23751	1	0,6
HM Zuydcoote				CH Béthune			
ZP Calaisis	10754	1	1,4	ZP de Lens-Hénin	29614	3	1,5
CH Calais				CH de Lens			
ZP Audomarois	8557	1	1,7	CH Carvin			
CH St Omer				Polyclinique de Riaumont - Liévin			
ZP Boulonnais	12597	1	1,2	ZP Douaisis	20089	0	0
CH Boulogne				ZP Arrageois	19769	1	0,8
ZP de Berck-Montreuil	8989	1	1,7	CH d'Arras			
HOPALE Berck				ARTOIS	93223	5	0,8
LITTORAL	59057	5	1,3	ZP Valenciennes	27258	3	1,7
ZP de Flandre Lys	9564	2	3,1	CH Valenciennes			
CMMF - Bailleul				CH Denain			
CH Armentières				CH Le Quesnoy			
ZP de métropole Lilloise	47480	5	1,6	ZP de Sambre Avesnois	18515	1	0,8
CMMR - CHRU de Lille				CH Maubeuge			
CH Bâteliers - CHRU Lille				ZP Cambrais	15026	3	3
CH Seclin				Clinique St Roch Cambrai			
CH St Philibert				CH du Cateau Cambrésis			
CH Loos-Haubourdin				CH Cambrai			
ZP versant nord est	27024	4	2,2	HAINAUT	60799	7	1,7
CH Roubaix				REGION (toutes consultations)	299634	28	1,4
CH Tourcoing				Région (consultations labellisées)	299634	14	0,7
CH Wasquehal							
CH Wattrelos							
METROPOLE	86555	11	1,9				

NB : Noter que les sites des bateliers CHRU et le CMMF de Bailleul sont considérés comme des consultations avancées du CMRR du CHRU qui est labellisé ; de même pour le site du CH de Carvin, considéré comme consultation avancée du CH de Seclin.

Répartition des consultations mémoire dans le Nord Pas de Calais en 2008

Estimation du nb de cas de la maladie d'Alzheimer pour la population de 40 ans et +



- **Personnels des consultations mémoire**

Circulaire du 30/03/2005 relative à l'application du plan Alzheimer 2004-2007 : une consultation mémoire est composée d'une équipe pluridisciplinaire avec au moins 0,5 ETP de médecin, 1 ETP psychologue ou orthophoniste formées aux tests psychométriques et un temps de secrétariat.

Sur les sites ayant déclaré leur temps de personnels, on note qu'il y a en moyenne 0,7 ETP médical/consultation labellisée hors CMRR, avec 1 ETP de psychologue.

- **Activité des consultations des établissements de santé**

L'activité des consultations existantes respecte globalement les recommandations de la circulaire de 2005, et progresse chaque année.

Au regard des 28 sites de consultations, l'activité régionale, définie par la circulaire, devrait alors se situer entre 5 000 et 10 000 patients suivis : elle est supérieure à la fourchette avec 14 332 patients suivis contre 11 686 patients en 2007, soit +20 % de plus qu'en 2007.

Ce dispositif est complété par les prises en charge réalisées par les neurologues libéraux : 37 dans la région.

- **estimation des malades pris en charge dans la région par les données de l'assurance maladie**

La part des personnes traitées par anti-cholinestérasiques et anti-glutamatergiques en fonction du nombre de cas estimés en France serait d'environ 32%⁴(estimation faite à partir des ventes des laboratoires pharmaceutiques en France).

Dans la région on peut estimer à partir des données de l'assurance maladie que la part des personnes traitées en 2008 est de 27,6%, mais de 31,3 sur le littoral et 31,9% sur la métropole⁵.

L'INSERM a estimé en 2007 que le nombre de personnes diagnostiquées seraient actuellement en France aux alentours de 50%⁶. Si l'on compare ce taux avec le taux des affections de longue durée (ALD) de la région (puisqu'à priori toute personne diagnostiquée pour démence devrait être prise en charge en ALD), il y a environ 36,9% de personnes diagnostiquées dans la région.

Actuellement le temps entre les premiers symptômes et le diagnostic est estimé à 24 mois en France⁷.

NB : dans les tableaux qui suivent, les données de l'assurance maladie sont agrégées sur certains territoires, correspondant aux territoires des CPAM. Concernant les remboursements de médicaments, il s'agit des anti-cholinestérasiques et anti-glutamatergiques.

⁴ Gallez C. la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés – OPEPS - 2005

⁵ Ces taux sont calculés à partir du nombre de patients ayant eu au moins un remboursement en 2008 d'anti-cholinestérasique et/ou anti-glutamatergique.

⁶ INSERM enjeux scientifiques médicaux et sociétaux – synthèse et recommandations - 2007

⁷ INSERM enjeux scientifiques médicaux et sociétaux – synthèse et recommandations - 2007

personnels des consultations mémoire en 2008

territoires	ETP médicaux 2008	ETP psychologue	ETP orthophoniste	ETP assistante sociale	ETP IDE	ETP secrétaire
ZP du Dunkerquois						
HM Zuydcoote	0,65	0,9	0	0	0	0,5
ZP du Calaisis						
CH Calais	0,4	0,8	0,6	0,4	1	0,8
ZP de l'Audomarois						
CH St Omer	0,8	1	0	0,1	0,2	0,3
ZP du Boulonnais						
CH Boulogne	0,4	1,35	0	0	0,1	0,4
ZP de Berck-Montreuil						
HOPALE Berck	0,55	0,4	0,3	0	0,3	0
LITTORAL	2,25	4,05	0,6	0,5	1,3	2
ZP du Valenciennois						
CH Valenciennes	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH Denain	0,5	0,2	0	0,25	0,1	0,2
CH Le Quesnoy	0,4	0,4	0	0	0,4	0,4
Total ZP Valenciennois	0,9	0,6	0	0,25	0,5	0,6
ZP de Sambre-Avesnois						
CH Maubeuge	0,6	0,9	0,05	0,05	0,5	0,5
ZP du Cambrasis						
Clinique St Roch Cambrai	1	1	0,08	0,25	0,3	0,75
CH du Cateau Cambrésis	0,55	0,2	0	0,2	0	NR
CH Cambrai	0,3	0	0	0	0	NR
Total ZP Cambrésis	1,85	1,2	0,08	0,45	0,3	0,75
HAINAUT	3,35	2,7	0,13	0,75	1,3	1,85

Source : DRASS - IRS

NR = non réponse

personnels des consultations mémoire en 2008 (suite)

territoires	ETP médicaux 2008	ETP psychologue	ETP orthophoniste	ETP assistante sociale	ETP IDE	ETP secrétaire
ZP de Béthune-Bruay						
CH Béthune	0,75	1	0,05	0,05	0,5	1
ZP de Lens-Hénin						
CH de Lens	1,15	1,9	0	0,1	1	NR
CH Carvin	0,2	0,2	0	0	0	NR
Polyclinique de Riaumont - Liévin	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Total ZP Lens-Hénin	1,35	2,1	0	0,1	1	NR
ZP de l'Arrageois						
CH d'Arras	0,1	1	0	0	0	NR
ARTOIS	2,2	4,1	0,05	0,15	1,5	1
ZP de FlandreLys						
CMMF - Bailleul	0,15	NR	NR	NR	1	NR
CH Armentières	0,1	0,4	0	0	0	NR
Total ZP Flandre Lys	0,25	0,4	0	0	1	NR
ZP de la métropole Lilloise						
CMRR - CHRU de Lille	4,25	4	0,4	0,35	4,8	1,5
CH Bâteliers - CHRU Lille	1,35	0,5	NR	0,005	1,3	NR
CH Seclin	0,8	1	0	0	0	0,5
CH St Philibert	0,7	1	0	0,2	0,57	0,2
CH Loos-Haubourdin	0,2	0,3	0,05	0	0	NR
Total ZP de la métropole Lilloise	7,3	6,8	0,45	0,555	6,67	2,2
ZP du versant nord est						
CH Roubaix	0,5	1	0	0	0,6	0,7
CH Tourcoing	0,45	1	0,25	0	0,5	0,5
CH Wattrelos	0,3	0,2	0	0	0,1	0,2
CH Wasquehal	0,45	0,5	0	0,1	0	0,5
Total ZP du versant nord est	1,7	2,7	0,25	0,1	1,2	1,9
METROPOLE	9,25	9,9	0,7	0,655	8,87	4,1
Total consultations non labellisées	4,05	4	0,35	0,65	0,7	1,2
moyenne par consultation non labellisée	0,45	0,4	0,04	0,1	0,1	0,25
total consultations labellisées	13,75	16,95	1,43	1,405	12	7,75
moyenne par consultation labellisée	1,1	1,3	0,1	0,1	0,9	0,6
moyenne par consultation labellisée hors CMRR	0,7	1	0,1	0,1	0,4	0,6

Source : DRASS - IRS

activité des consultations mémoire dans la région et données assurance maladie en 2008

territoires	activité des établissements de santé				population >40 ans (projection INSEE 2006)	nombre de cas estimés de démences en 2006 (enquêtes PAQUID, eurodem et Italie)	données des régimes d'assurance maladie en 2008 (RSI, MSA, CARMi et régime général)			patients ayant au moins eu un remboursement	
	nombre de consultations de neuro-psychologue	Nombre total de consultations médicales	File active 2008	Nombre de nouveaux patients			nombre de nouveaux patients en ALD	nombre de patients	pourcentage ALD par rapport aux cas estimés du territoire concerné	nombre	pourcentage par rapport aux cas estimés du territoire concerné
Zone de proximité du Dunkerquois	210	801	570	277	119365	3009	195	1316	43,7	961	31,9
HM Zuydcoote	210	801	570	277							
Zone de proximité du Calaisis	193	549	526	378	70696	1927				590	30,6
CH Calais	193	549	526	378			260	1559	46		
Zone de proximité de l'Audomarois	247	888	593	295	52906	1465				346	23,6
CH St Omer	247	888	593	295							
Zone de proximité du Boulonnais	282	610	520	410	74722	2224				939	42,2
CH Boulogne	282	610	520	410			245	1572	40,1		
Zone de proximité de Berck-Montreuil	231	10	140	0	51188	1699				396	23,3
HOPALE Berck	231	10	140	0							
TOTAL LITTORAL	1163	2858	2349	1360	368877	10324	700	4447	43,1	3232	31,3
Zone de proximité de Béthune-Bruay	13	1067	804	363	136634	4245				726	17,1
CH Béthune	13	1067	804	363			346	1675	18		
Zone de proximité de Lens-Hénin	17	1699	1551	654	166937	5052				837	16,6
CH de Lens	17	1465	1368	605							
CH Carvin	NR	182	138	14							
Polyclinique de Riaumont - Liévin	NR	52	45	35							
Zone de proximité du Douaisis	0	0	0	0	114168	3398	130	891	26,2	904	26,6
Zone de proximité de l'Arrageois	143	549	383	166	113820	3378	276	1536	45,5	900	26,6
CH d'Arras	143	549	383	166							
TOTAL ARTOIS	173	3315	2738	1183	531559	16073	752	4102	25,5	3367	20,9

Source : DRASS - IRS

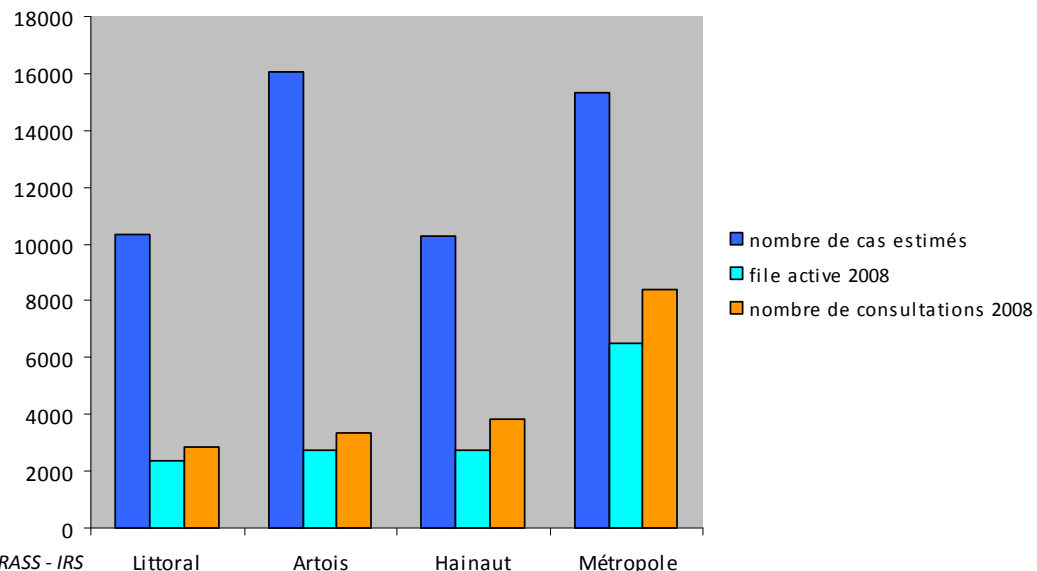
Agence Régionale de l'Hospitalisation - Bilan de la mise en œuvre du SROS III en gériatrie – Nord Pas de Calais 2008. Données au 15/09/09 traitées par l'IRS-DRASS.

activité des consultations mémoire dans la région et données assurance maladie en 2008 (suite)

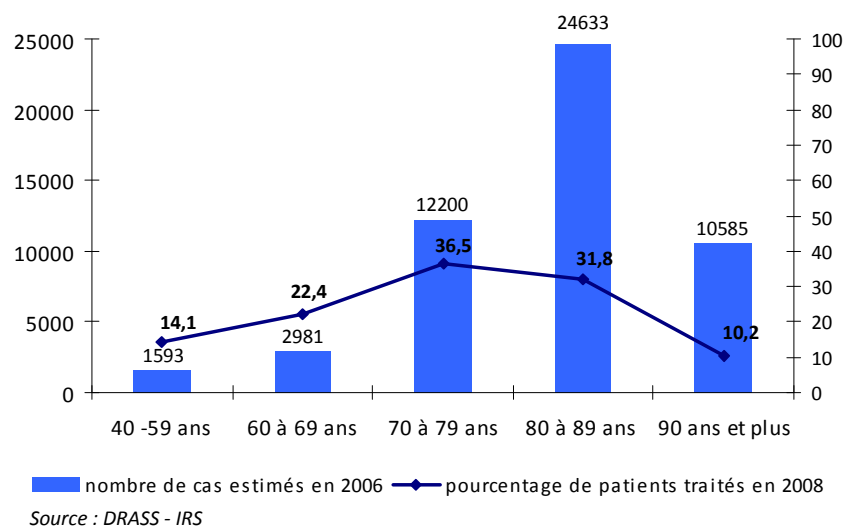
territoires	activité des établissements de santé				population >40 ans (projection INSEE 2006)	nombre de cas estimés de démences en 2006 (enquêtes PAQUID, eurodem et Italie)	données des régimes d'assurance maladie en 2008 (RSI, MSA, CARMI et régime général)				
	nombre de consultations de neuro-psychologue	Nombre total de consultations médicales	File active 2008	Nombre de nouveaux patients			patients en ALD		patients ayant au moins eu un remboursement		
						nombre de nouveaux patients en ALD	nombre de patients	pourcentage ALD par rapport aux cas estimés du territoire concerné	nombre	pourcentage par rapport aux cas estimés du territoire concerné	
Zone de proximité du Valenciennois	539	1576	1571	740	158759	4571	294	1525	33,4	1147	25,1
CH Valenciennes	313	681	740	335							
CH Denain	171	160	169	130							
CH Le Quesnoy	55	735	662	275							
Zone de proximité de Sambre Avesnois	20	1284	402	192	110938	3165	208	1158	36,6	1082	34,2
CH Maubeuge	20	1284	402	192							
Zone de proximité du Cambrésis	543	981	752	296	84686	2532	155	1075	42,5	610	24,1
Clinique St Roch Cambrai	98	491	336	155							
CH du Cateau Cambrésis	329	450	316	141							
CH Cambrai	116	40	100	0							
HAINAUT	4943	3841	2725	1228	35383	10268	657	3758	36,6	2839	27,6
Zone de proximité de Flandre Lys	0	909	614	271	56439	1669	149	889	53,3	714	42,8
CMMF - Bailleul	NR	860	565	222							
CH Armentières	0	49	49	49							
Zone de proximité de Lille	809	5686	4540	1493	309725	8699	539	3387	38,9	2876	33,1
CMMR - CHRU de Lille	562	2683	2178	718							
CH Bateliers - CHRU Lille	NR	1061	1061	NR							
CH Seclin	247	710	536	321							
CH St Philibert	NR	1162	645	454							
CH Loos-Haubourdin	NR	70	120	0							
ZP du versant nord est	780	1800	1366	703	176733	4959	424	2619	52,8	1304	26,3
CH Roubaix	123	402	523	251							
CH Tourcoing	340	662	277	198							
CH Wattrelos	NR	NR	250	80							
CH Wasquehal	317	736	316	174							
METROPOLE	1589	8395	6520	2467	542897	15327	1112	6895	45	4894	31,9
REGION	7868	18409	14332	6238	1797716	51992	3221	19202	36,9	14332	27,6

Source : DRASS - IRS

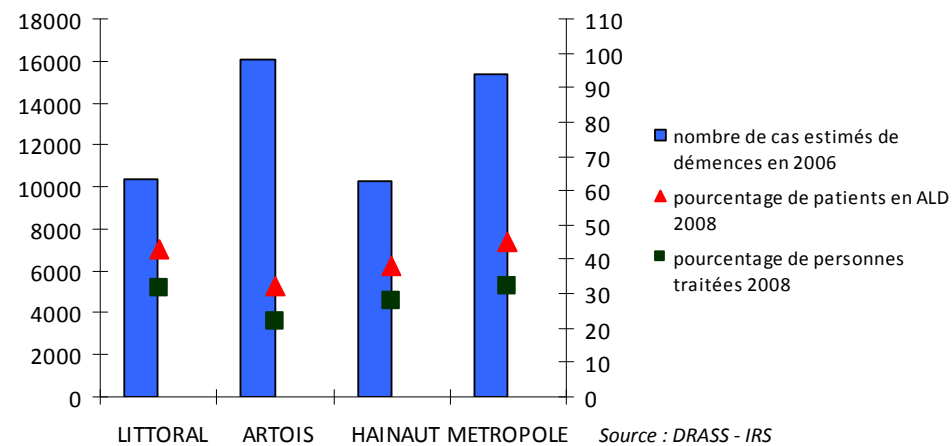
activité des consultations mémoire 2008 en regard du nombre de cas estimés



pourcentages de patients traités selon l'âge en Nord Pas de calais en 2008



estimation des malades alzheimer et apparentés dans le Nord Pas de Calais



- **Données PMSI 2007**

1) Résultats « MCO »

a) Résultats généraux

Nombres de séjours, de patients, selon l'âge et le sexe, de journées réalisées et durée de séjour :

- démence d'Alzheimer en diagnostic principal (DP) : 1 547 séjours ont été réalisés pour 1 340 patients,
- maladie d'Alzheimer en DP : 1 090 séjours ont été effectués pour 1 024 patients,
- autre type de démence en DP : 1 602 séjours ont été réalisés pour 1 510 patients.

Nb : deux cotations CIM10 sont possibles pour l'Alzheimer : « démence Alzheimer » privilégiant la détérioration intellectuelle ou le symptôme et « maladie d'Alzheimer » privilégiant l'étiologie. Parfois une même personne est cotée deux fois : ces doublons ont été éliminés dans le nombre total de patients.

Pathologies ayant donné lieu à une hospitalisation de patients atteint d'une démence d'Alzheimer ou d'une maladie d'Alzheimer

8297 résumés anonymes de séjours (RSA) sélectionnées avec un diagnostic associé significatif (DAS) mentionnant une maladie ou une démence d'Alzheimer sans mention de ces codes en DP. Ces séjours ont été réalisés pour 6191 patients.

Actes d'imagerie médicale

919 actes d'imagerie ont été déclarés dans les séjours réalisés dans les établissements de la région, dont 210 remnographies et 709 scannographies, pour des patients présentant une démence ou une maladie d'Alzheimer en diagnostic principal.

b) Résultats détaillés

Séjours réalisés par les établissements du Nord – Pas de Calais (quel que soit le domicile des patients)

Pathologie principale	Caractéristiques du séjour	Séjours	Journées	DMS
Démence d'Alzheimer		1557	8825	5,86
Maladie d'Alzheimer		1106	5235	4,87
	<i>Sous total « Alzheimer »</i>	<i>2663</i>	<i>14060</i>	<i>5,28</i>
Autres démences		1622	11046	6,96
	Total	4285	25106	5,86

Source : DRASS – IRS, RSA "MCO" 2007.

Tableau N° 1 : répartition du nombre de séjours réalisés en MCO par les établissements de la région et de leurs caractéristiques selon le type de pathologie enregistrée en diagnostic principal, en 2007.

Dans la région, les journées réalisées pour démence ou maladie d'Alzheimer représente 56 % des journées réalisées pour démence. La durée moyenne de séjour, en MCO, est plus longue pour les patients atteints d'autres démences que pour ceux atteints d'une démence ou maladie d'Alzheimer.

Bassin de vie	Pathologies principales		Démence et maladie d'Alzheimer	Autres démences
	Zone de proximité	Population ≥ 75 ans (2007)		
Artois	Artois-ternois	19 159	175	85
	Béthune-Bruay	23 009	142	77
	Douaisis	19 170	45	54
	Lens-Hénin	28 469	759	229
Hainaut	Cambrésis	14 522	82	49
	Sambre-Avesnois	17 784	211	159
	Valenciennois	26 196	151	133
Littoral	Berck-Montreuil	9 540	65	40
	Boulonnais	12 074	118	30
	Calaisis	10 389	108	71
	Dunkerque	16 338	51	22
	Saint Omer	8 219	135	144
Métropole	Flandre-Lys	9 141	21	22
	Lille	47 480	499	426
	Roubaix-Tourcoing	27 024	101	81
Total		288 514	2663	1622

Sources : DRASS – IRS, RSA "MCO" 2007 avec [FINESS = 59* ou 62*]- Projections population 2007 INSEE.

Tableau N° 2 : répartition du nombre de séjours réalisés par les établissements de la région selon leur zone territoriale de rattachement et le type de pathologie enregistrée en diagnostic principal, en 2007.

Les établissements des zones de l'Artois-Ternois, de Béthune et de Lille codent plus facilement une maladie d'Alzheimer qu'une démence d'Alzheimer. Les données cumulées de la démence et de la maladie d'Alzheimer permettent donc une analyse plus proche de la prise en charge de l'Alzheimer.

L'analyse de données cumulées apparemment faibles au regard des données populationnelles (Roubaix-Tourcoing, Béthune-Bruay) nécessite une analyse de l'activité de services hospitaliers développant des prises en charge spécifiques (probable attractivité de Lens sur Béthune).

Bassin de vie	Zone de proximité	Démence d'Alzheimer et Maladie d'Alzheimer	Autres démences
Artois	Artois-ternois	722	628
	Béthune-Bruay	482	414
	Douaisis	432	621
	Lens-Hénin	2774	1050
Hainaut	Cambrésis	668	510
	Sambre-Avesnois	1441	1337
	Valenciennois	856	1232
Littoral	Berck-Montreuil	366	203
	Boulonnais	1135	237
	Calaisis	731	610
	Dunkerque	554	274
	Saint Omer	748	477
Métropole	Flandre-Lys	256	230
	Lille	1340	2007
	Roubaix-Tourcoing	1555	1216
Total		14060	11046

Source : DRASS – IRS, RSA "MCO" 2007 avec [FINESS = 59* ou 62*]

Tableau N° 3 : répartition du nombre de journées enregistrées dans les séjours réalisés par les établissements de la région selon leur zone territoriale de rattachement et le type de pathologie enregistrée en diagnostic principal, en 2007.

Bassin de vie	Zone de proximité	Démence d'Alzheimer	Maladie d'Alzheimer	Autres démences
Artois	Artois-ternois	7,06	2,33	7,39
	Béthune-Bruay	13,00	2,74	5,38
	Douaisis	8,73	12,00	11,50
	Lens-Hénin	2,66	11,25	5,44
Hainaut	Cambrésis	9,06	7,47	10,41
	Sambre-Avesnois	7,52	3,24	8,41
	Valenciennois	6,09	3,82	9,26
Littoral	Berck-Montreuil	6,13	5,15	5,08
	Boulonnais	9,49	10,02	7,90
	Calaisis	10,36	6,23	8,59
	Dunkerque	11,91	8,76	12,45
	Saint Omer	5,56	5,46	3,31
Métropole	Flandre-Lys	11,60	12,73	10,45
	Lille	5,67	1,12	4,71
	Roubaix-Tourcoing	17,34	13,25	15,01

Source : DRASS – IRS RSA "MCO" 2007 avec [FINESS = 59* ou 62*]

Tableau N° 4 : répartition des durées moyennes de séjours (DMS) des séjours réalisés dans les établissements de la région selon leur zone territoriale de rattachement et le type de pathologie enregistrée en diagnostic principal, en 2007.

On note des disparités dans les DMS par zone et par pathologie : la prise en charge d'une démence d'Alzheimer peut nécessiter jusqu'à 17 jours dans la zone de Roubaix-Tourcoing, alors qu'elle n'est que d'un peu moins de 3 jours dans le lensois. Ces disparités nécessitent d'être analysées au regard des pratiques et des objectifs de soins des différents établissements.

Patients domiciliés dans la région pris en charge pour démence d'Alzheimer, autres démences ou maladie d'Alzheimer

Pathologies principales			Autres démences	Démence et maladie d'Alzheimer
Bassin de vie	Zone de proximité	Population ≥ 75 ans (2007)		
Artois	Artois-Ternois	19 159	85	168
	Béthune-Bruay	23 009	106	213
	Douaisis	19 170	65	68
	Lens-Hénin	28 469	198	541
Hainaut	Cambrésis	14 522	53	98
	Sambre-Avesnois	17 784	126	164
	Valenciennois	26 196	152	159
Littoral	Berck-Montreuil	9 540	24	62
	Boulonnais	12 074	31	104
	Calaisis	10 389	78	116
	Dunkerque	16 338	25	49
	Saint-Omer	8 219	106	97
Métropole	Flandre-Lys	9 141	37	37
	Lille	47 480	318	338
	Roubaix-Tourcoing	27 024	99	105
Nord - Pas de Calais, sans précision		-	7	8
Total		288 514	1510	2327

Source : DRASS – IRS, RSA 2007 avec [Domicile = 59* ou 62*]

Tableau N° 5 : répartition des patients domiciliés dans le Nord - Pas de Calais et ayant effectué un ou plusieurs séjours hospitaliers "MCO", selon leur lieu de domicile et selon type de démence prise en charge, en 2007.

L'analyse des données cumulées doit, ici encore, se faire au regard de l'offre de soins : les zones de Roubaix-Tourcoing et de Lens ont une population âgée de plus de 75 ans de même taille mais le nombre de patients domiciliés dans ces mêmes zones pris en charge, pour une démence ou un maladie d'Alzheimer ou une démence d'autre type, varie de 1 à 5.

Pathologie et sexe		Tranches d'âge							Total
		<60	[60,65[	[65,70[	[70,75[	[75,80[	[80,85[	≥85	
Démence et maladie d'Alzheimer	Hommes	26	16	45	84	175	202	149	697
	Femmes	31	19	53	176	347	518	486	1630
Autres Démences	Hommes	29	24	35	84	128	148	116	564
	Femmes	33	20	46	79	224	286	255	943

Source : DRASS – IRS, RSA 2007 avec [code géographique de domicile = 59* ou 62*]

Tableau N° 6 : répartition des patients domiciliés dans le Nord - Pas de Calais et ayant effectué un ou plusieurs séjours hospitaliers "MCO", selon leur âge à l'entrée et selon le type de pathologie enregistrée en diagnostic principal, en 2007.

Motifs d'hospitalisation des patients atteints de démence ou de maladie d'Alzheimer

Le regroupement des diagnostics principaux recueillis selon les catégories à "3 caractères" de la CIM 10 (affections isolées ou groupes de maladies ayant certains caractères communs) distingue, pour 2007, 147 catégories. Le tableau 9 apporte des précisions quand aux pathologies incriminées en détaillant celles des catégories qui regroupent plus de 1% de l'ensemble des diagnostics retrouvés. Les principales catégories de pathologies retrouvées sont :

- "*Autres formes de cardiopathies*", catégorie qui regroupe principalement les péricardites, les endocardites, les atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques, les myocardites, les troubles de la conduction et arythmies cardiaques, les insuffisances cardiaques.
- "*Symptômes et signes généraux*", catégorie qui regroupe les hospitalisations pour fièvre d'origine inconnue, céphalées, douleurs, malaise et fatigue, sénilité, syncope, collapsus, hémorragies, adénopathies....
- « *Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse* ».

Une part non négligeable d'hospitalisation est consacrée à des recours pour des soins spécifiques dont notamment les soins palliatifs et les surveillances de dialyse.

La place des maladies de l'appareil respiratoire est essentiellement due au cumul des catégories « Grippe et pneumopathie » et « Autres maladies de l'appareil respiratoire ».

Il s'agit des patients atteints d'une démence ou d'une maladie d'Alzheimer, hospitalisés pour un autre motif.

Chapitres	Effectifs
Maladies de l'appareil circulatoire	1215
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	1081
Maladies de l'appareil respiratoire	1060
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	1004
Maladies de l'appareil digestif	737
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	584
Maladies de l'appareil génito-urinaire	366
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	364
Maladies du système nerveux	360
Troubles mentaux et du comportement	330
Tumeurs	290
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	234
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	197
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	169
Maladies de l'œil et de ses annexes	162
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	136
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	7
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1
Total	8297

Source :DRASS – IRS, RSA 2007 avec [(DP ≠ F00* et G30*) et (DAS = F00* ou g30*)]

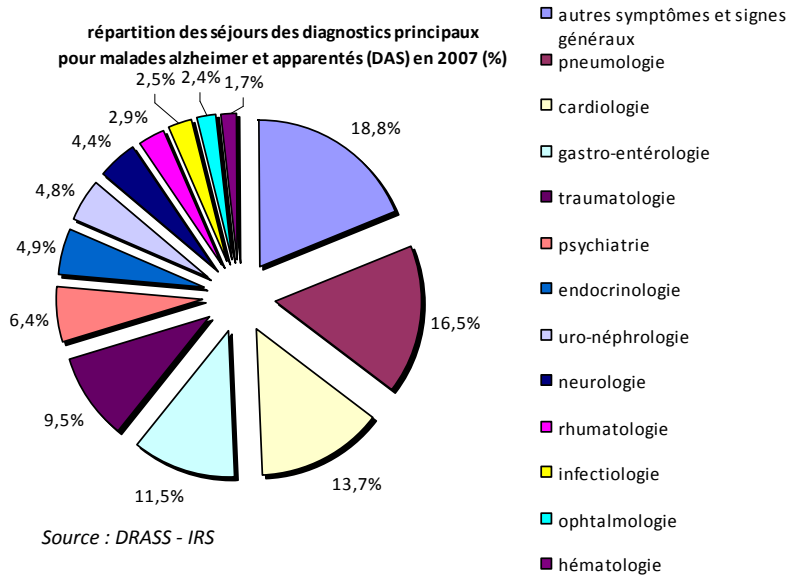
Tableau N° 7 : répartition des diagnostics principaux enregistrés dans les RSA des patients présentant une démence ou une maladie d'Alzheimer en diagnostic associé, selon les chapitres de la CIM 10, en 2007.

Les défaillances de l'appareil circulatoire sont les principaux motifs d'hospitalisation de ces patients. Les pathologies de l'appareil respiratoire, la traumatologie ainsi que des signes et symptômes non spécifiquement rattachés à une pathologie particulière arrivent en second pourvoyeur.

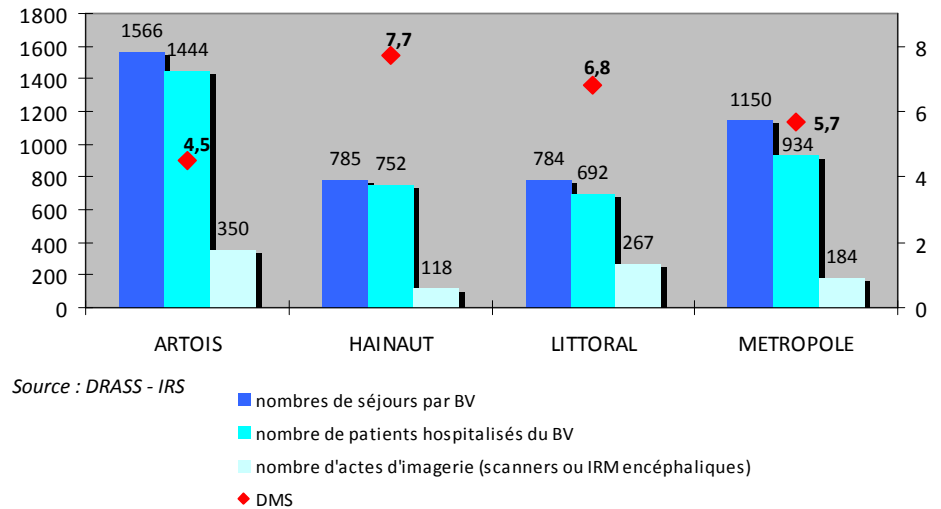
Catégories de classement du DP	Nombre de séjours	% de l'ensemble des séjours
Autres formes de cardiopathies	489	5,89
Symptômes et signes généraux	440	5,30
Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse	437	5,27
Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques	433	5,22
Autres maladies de l'intestin	380	4,58
Grippe et pneumopathie	365	4,40
Affections épisodiques et paroxystiques	272	3,28
Maladies cérébrovasculaires	270	3,25
Autres maladies de l'appareil respiratoire	268	3,23
Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement	195	2,35
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	191	2,30
Anomalies du métabolisme	185	2,23
Symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire	177	2,13
Autres maladies bactériennes	150	1,81
Cardiopathies ischémiques	149	1,80
Affections du cristallin	144	1,74
Lésions traumatiques de la tête	142	1,71
Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	138	1,66
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	130	1,57
Maladies du poumon dues à des agents externes	122	1,47
Autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures	119	1,43
Diabète sucré	114	1,37
Insuffisance rénale	107	1,29
Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire	105	1,27
Anémies nutritionnelles	101	1,22
Symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen	96	1,16
Maladies rénales tubulo-interstitielles	93	1,12
Maladies des artères, artérioles et capillaires	91	1,10
Autres maladies de l'appareil urinaire	89	1,07
Organes digestifs	88	1,06

Source : DRASS – IRS, RSA 2007 avec [(DP ≠ F00* et G30*) et (DAS = F00* ou g30*)et (Code géographique= 59* ou 62*)]]

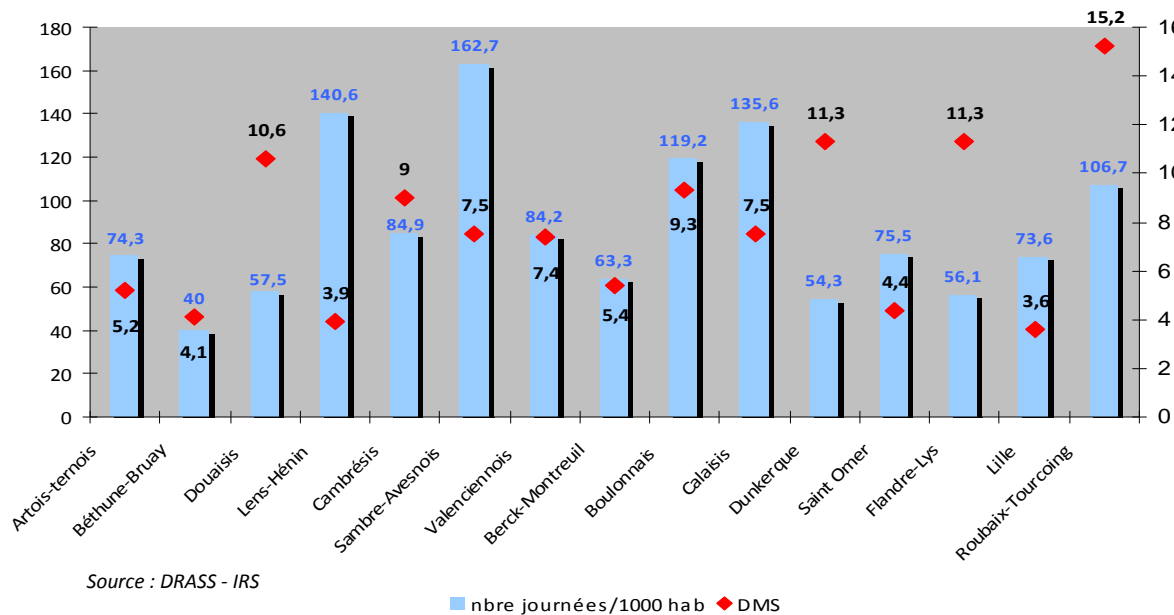
Tableau N° 8 : répartition des séjours effectués pour des patients domiciliés dans la région, avec une démence ou une maladie d'Alzheimer associée, selon les catégories des diagnostics principaux, de plus de 1% des effectifs enregistrés en 2007.



activité MCO 2007 pour les patients déments (DP) par BV



activité MCO 2007 par zone de proximité concernant les malades déments (DP)



Actes d'imagerie réalisés

Bassin de vie	Zone de proximité	Séjours avec démence ou maladie d'Alzheimer en DP		Séjours avec démence ou maladie d'Alzheimer en DAS (sans mention en DP)	
		Scanner	IRM	Scanner	IRM
Artois	Artois-ternois	40	1	61	0
	Béthune-Bruay	54	39	71	0
	Douaisis	11	1	86	1
	Lens-Hénin	116	88	149	39
Hainaut	Cambrésis	14	0	66	2
	Sambre-Avesnois	40	11	97	1
	Valenciennois	52	1	191	2
Littoral	Berck-Montreuil	29	5	36	1
	Bouloonnais	81	8	121	10
	Calaisis	41	27	29	5
	Dunkerque	21	1	59	1
	Saint Omer	54	0	31	0
Métropole	Flandre-Lys	0	0	5	0
	Lille	128	26	292	6
	Roubaix-Tourcoing	28	2	163	3
Total		709	210	1457	71

Sources : DRASS – IRS, RSA 2007 avec [(FINESS = 59* ou 62*) et (DP = F00* ou G30*)] et RSA 2007 avec [(FINESS = 59* ou 62*) et (DAS = F00* ou G320*)] et (DP ≠ F00* et G30*)]

Tableau N° 9 : répartition du nombre d'actes effectués par les établissements pour des patients présentant une démence ou une maladie d'Alzheimer, en DP ou en DAS, selon leur zone territoriale de rattachement, en 2007 .

L'HAS recommande de réaliser une IRM, ou à défaut une tomographie cérébrale sans injection de produit de contraste, pour toute démence de découverte récente.

☞ Sélection des RSA réalisés par les établissements de la région pour des patients atteints de maladie ou de démence d'Alzheimer. Parmi les RSA sélectionnés, dénombrement des codes de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) suivants :

- ACQN001 – Remnographie [IRM] du crâne et de son contenu, sans injection de produit de contraste
- ACQK001 – Scannographie du crâne et de son contenu, sans injection de produit de contraste.

Les résultats sont soumis à la qualité du codage : les actes n'étant pas toujours codés, une sous estimation est possible.

2) Résultats « SSR » (tous services de SSR confondus)

a) Résultats généraux

Sélection restreinte (manifestation morbide principale MMP ou affection étiologique AE = codes des catégories F00 ou G30) :

- 8 899 résumés hebdomadaires de séjour (RHA) cumulant 53 853 journées réalisées par les établissements de la région (pour des patients domiciliés ou non dans la région). Ces RHA s'inscrivent dans 1 650 séjours générant une durée moyenne du séjour, en lien direct avec une démence ou une maladie d'Alzheimer, de 32,64 jours.
- 8 840 RHA ont été produits pour des patients domiciliés dans la région (par des établissements de la région ou non). 7 662 de ces RHA se regroupent autour de 1 181 patients de 81,7 ans d'âge moyen.

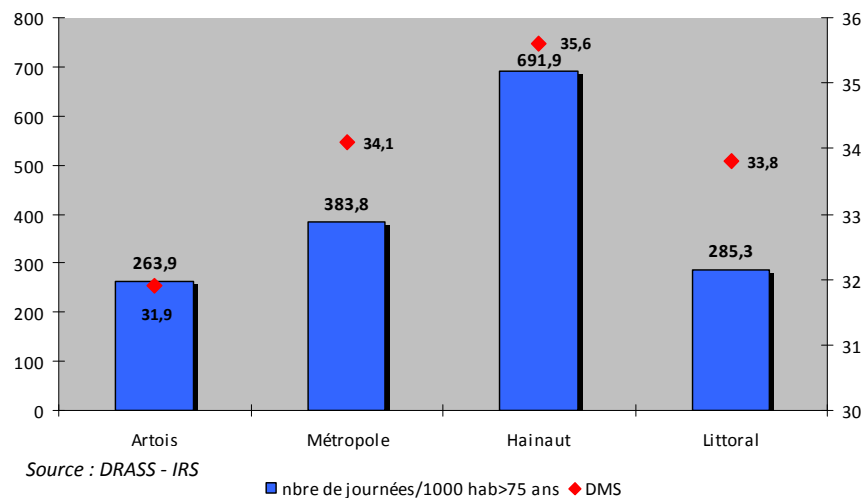
Sélection large (MMP ou AE ou 6 premiers DAS = codes des catégories F00 ou G30)

- 18 232 RHA cumulant 110 226 journées réalisées par les établissements de la région (pour des patients domiciliés ou non dans la région). Ces RHA s'inscrivent dans 3 236 séjours générant une durée moyenne du séjour, en lien direct ou indirect avec une démence ou une maladie d'Alzheimer, de 34,06 jours.
- 18194 RHA ont été produits pour des patients domiciliés dans la région (par des établissements de la région ou non). 15 509 de ces RHA se regroupent autour de 2 292 patients de 82,2 ans d'âge moyen.

☞ Sélection des RHA « SSR » 2007 produits soit :

- pour une prise en charge liée à la démence ou la maladie d'Alzheimer avec la sélection des RHA pour lesquels la MMP ou l'AE sont codées avec un code des catégories F00* ou G30* (« sélection restreinte »),
- pour une prise en charge liée ou dans un contexte de démence ou de maladie d'Alzheimer avec la sélection des RHA pour lesquels la MMP ou l'AE ou au moins l'un des 6 premiers DAS sont codées avec un code des catégories F00* ou G30* (« sélection large »).

activité SSR 2007 par bassin de vie pour les patients déments



b) Résultats détaillés

Séjours réalisés par les établissements du Nord – Pas de Calais

Bassin de vie	Zone de proximité	« Sélection restreinte »			'Sélection large'		
		N Jours	N Séjours	DMS	N Jours	N Séjours	DMS
Artois	Artois-Ternois	2115	56	37,8	3338	106	31,5
	Béthune-Bruay	1601	60	26,7	4233	145	29,2
	Douaisis	2113	69	30,6	5432	162	33,5
	Lens-Hénin	3394	118	28,8	9689	298	32,5
Hainaut	Cambrésis	3146	127	24,8	7600	277	27,4
	Sambre-Avesnois	8356	232	36,0	11834	314	37,7
	Valenciennois	9780	238	41,1	19119	492	38,9
Littoral	Berck-Montreuil	1328	50	26,6	3625	121	30,0
	Boulonnais	7345	205	35,8	9704	273	35,5
	Calaisis	1313	32	41,0	2119	51	41,5
	Dunkerque	656	30	21,9	1208	58	20,8
	Saint-Omer	467	11	42,5	1566	36	43,5
Métropole	Flandre-Lys	2735	83	33,0	3487	102	34,2
	Lille	5340	205	26,0	15488	494	31,4
	Roubaix-Tourcoing	4164	134	31,1	11784	307	38,4
Région		53853	1650	32,6	110226	3236	34,1

Sources : DRASS – IRS, RHA 2007 avec [(FINESS= 59* ou 62*)]et [(MMP ou AE = F00* ou G30*)] et (MMP ou AE ou 6 DAS = F00* ou G30*)]

Tableau N° 10 : répartition des caractéristiques liées aux séjours effectués en SSR et produits en 2007 par les établissements de la région, selon le territoire géographique et le type de sélection réalisées.

Si la plupart des Durées moyennes de séjours (DMS) se situent autour de la moyenne régionale, on constate des écarts importants dans le dunkerquois (DMS = 21j) et dans le Calaisis (DMS = 41j). Ces variations nécessitent d'être interprétées en fonction de l'offre de soins.

Patients domiciliés dans la région pris en charge pour démence ou maladie d'Alzheimer

Type de sélection			« Restreinte »	« Large »
Bassin de vie	Zone de proximité	Population ≥ 75 ans (2007)		
Artois	Artois-Ternois	19 159	54	100
	Béthune-Bruay	23 009	66	133
	Douaisis	19 170	68	154
	Lens-Hénin	28 469	108	230
Hainaut	Cambrésis	14 522	106	207
	Sambre-Avesnois	17 784	179	260
	Valenciennois	26 196	179	340
Littoral	Berck-Montreuil	9 540	37	95
	Boulonnais	12 074	161	219
	Calaisis	10 389	7	19
	Dunkerque	16 338	10	14
	Saint-Omer	8 219	9	33
Métropole	Flandre-Lys	9 141	40	64
	Lille	47 480	102	251
	Roubaix-Tourcoing	27 024	52	169
Région Nord – Pas de Calais, sans précision			3	4
Total Patients			1181	2292

Sources : DRASS – IRS, RHA 2007 et [(Domicile = 59* ou 62*)]et [(MMP ou AE = F00* ou G30*) et (MMP ou AE ou 6 DAS = F00* ou G30*)]

Tableau N° 11 : répartition des patients domiciliés dans la région pour lesquels au moins un RHA a été produit, selon la zone territoriale du domicile et selon le type de sélection relative à la prise en charge de la démence ou de la maladie d'Alzheimer, en 2007.

Pour rappel, il s'agit des patients domiciliés dans la région pour lesquels au moins 1 RHA en lien avec une démence ou une maladie d'Alzheimer a été produit en 2007. Les données rapportées à la population de référence sont à interpréter en fonction de l'offre de soins et des objectifs du SROS III.

Type de sélection et sexe		Tranche d'âge	<60	[60,65[	[65,70[	[70,75[	[75,80[	[80,85[	≥85	total
« Restreinte »	Hommes		3	5	9	32	90	116	87	342
	Femmes		6	7	20	68	156	265	317	839
« Large »	Hommes		4	8	14	56	146	198	163	590
	Femmes		9	12	37	123	291	546	685	1705

Sources : DRASS – IRS, RHA 2007 et [(Domicile = 59* ou 62*)]et [(MMP ou AE = F00* ou G30*) et (MMP ou AE ou 6 DAS = F00* ou G30*)]

Tableau N° 12 : répartition des patients domiciliés dans le Nord - Pas de Calais et ayant bénéficié d'au moins un RHA, selon leur âge à l'entrée et selon le type de sélection relative à la prise en charge de la démence ou de la maladie d'Alzheimer, en 2007.

3) Patients domiciliés dans le Nord – Pas de Calais et concernés par la démence ou la maladie d'Alzheimer

Cet item regroupe les patients qui ont été prise en charge en MCO ou en SSR et pour lesquels, à un moment de leur(s) prise(s) en charge, un diagnostic de démence ou maladie d'Alzheimer a été posé, il s'agit du regroupement des patients suivants :

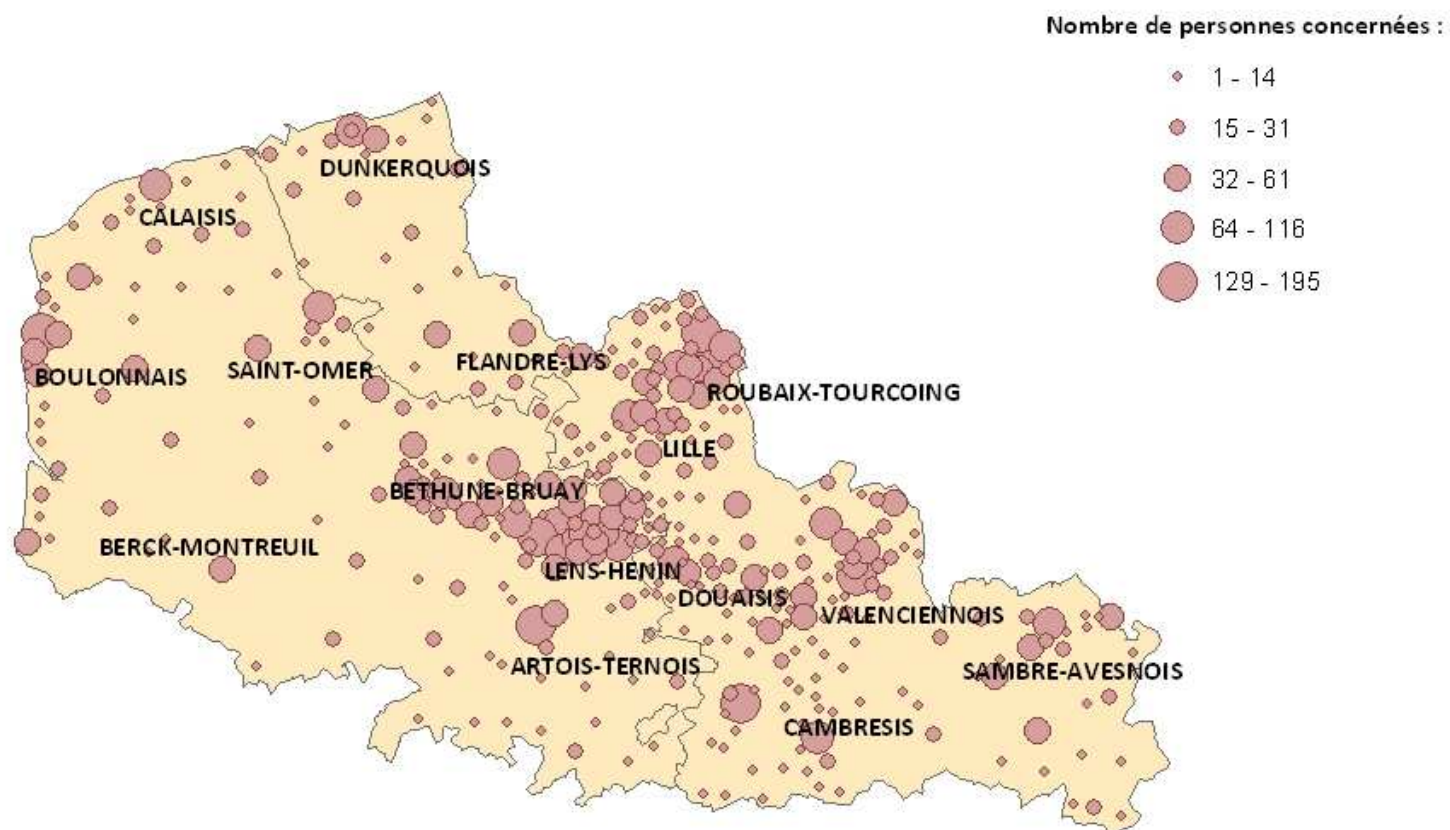
- 1340 patients dont l'un des RSA 2007 présente un diagnostic de démence d'Alzheimer en DP,
- 1024 patients dont l'un des RSA 2007 présente un diagnostic de maladie d'Alzheimer en DP,
- 6191 patients dont l'un des RSA 2007 présente un diagnostic de démence ou de maladie d'Alzheimer en DAS,
- 2292 patients dont l'un des RHA présente un diagnostic de démence ou de maladie d'Alzheimer en MMP ou AE ou DAS.

Parmi ces patients certains ont bénéficiés de l'une ou l'autre des hospitalisations, ils ne sont compté qu'une seule fois : 9169 patients sont concernés.

Bassin de vie	Zone de proximité	P ≥ 75 ans (2007)	Effectifs			N / ≥ 75	Age moyen		
			Hommes	Femmes	Total (N)		Hommes	Femmes	Total
Artois	Artois-Ternois	19 159	172	389	561	29,3	79,2	82,2	81,3
	Béthune-Bruay	23 009	181	514	695	30,2	80,3	81,9	81,5
	Douaisis	19 170	128	347	475	24,8	80,7	82,4	82,0
	Lens-Hénin	28 469	373	1026	1399	49,1	79,7	82,4	81,7
Hainaut	Cambrésis	14 522	160	376	536	36,9	79,3	82,4	81,5
	Sambre-Avesnois	17 784	200	447	647	36,4	79,8	82,5	81,6
	Valenciennois	26 196	264	643	907	34,6	80,3	81,7	81,3
Littoral	Berck-Montreuil	9 540	76	163	239	25,1	78,5	82,2	81,0
	Boulonnais	12 074	148	377	525	43,5	81,0	82,9	82,4
	Calaisis	10 389	82	170	252	24,3	79,2	80,8	80,3
	Dunkerque	16 338	94	226	320	19,6	78,0	83,3	81,7
	Saint-Omer	8 219	83	142	225	27,4	80,0	81,7	81,1
Métropole	Flandre-Lys	9 141	63	177	240	26,3	81,1	82,4	82,0
	Lille	47 480	401	922	1323	27,9	79,7	82,5	81,6
	Roubaix-Tourcoing	27 024	216	530	746	27,6	80,5	83,1	82,3
Nord – Pas de Calais, sans précision			13	66	79	-	86,3	83,0	83,6
Région		288 514	2654	6515	9169	31,5	79,9	82,3	81,6

Sources : DRASS – IRS, [RSA 2007 et (DP ou DAS = F00* ou G30)] et [RHA 2007 et (MMP ou AE ou DAS = F00* ou G30*)]. Projections de population 2007: INSEE.

Tableau N° 13 : caractéristiques des patients domiciliés dans le Nord – Pas de Calais ayant présenté, au cours de l'année 2007, au moins un séjour en MCO ou en SSR au cours duquel un diagnostic de démence ou de maladie d'Alzheimer a été enregistré.



Carte N° 1 : répartition des patients ayant bénéficié d'au moins une hospitalisation en 2007, en "MCO" ou en "SSR", au cours de laquelle un diagnostic de démence ou de maladie d'Alzheimer a été enregistré, selon le lieu de leur domicile.

Sources : PMSI "MCO" et "SSR". Année 2007

Source : DRASS - IRS

VIII les réseaux de santé

- **Le réseau régional de la mémoire MEOTIS**

- **Personnels**

- 4 neuropsychologues interviennent auprès de 33 neurologues libéraux de la région : 1 par bassin de vie.
- 4 IDE coordinatrices apportent leur aide aux médecins généralistes, hors secteurs couverts par des réseaux gérontologiques.
- 4 psycho-sociologues de liaison ont débuté leur activité auprès des familles et malades en 2008. leur mission est centrée sur l'aide aux aidants.

- **Activité**

- Les neuropsychologues ont réalisé 1138 bilans en 2008
- Les IDE coordinatrices ont coordonné 1475 prises en charge auprès des médecins généralistes, dont 408 nouveaux patients d'une moyenne d'âge de 75 ans. Ces patients sont signalés à 70% par des professionnels de santé (34% établissements de santé, 17% médecine de ville, 13% services médico-sociaux) et 30% via les familles elles-mêmes ou les associations de familles.
- Les psycho-sociologues ont réalisé en 2008 52 prises en charge dont 45 pour des aidants (l'âge moyen de ces aidants était de 65 ans et la majorité sont des conjoints), pour 115 visites à domicile. 66% des signalements venaient de MEOTIS et 13% des consultations mémoire. Les motifs de signalement sont à 52% dus à l'épuisement de l'aidant et 48% à l'incompréhension de la maladie.

- **Les réseaux de santé gérontologiques**

Il existe 6 réseaux gérontologiques en 2008 dans la région, dont le réseau Reper'âge de Valenciennes financé depuis 2008. Un 7^{ème} réseau débutera son activité en 2009 : le réseau de Sambre Avesnois.

○ **Personnels et activité globale**

réseaux	personnel 2008 (ETP)							activité 2008	
	coordinateur	IDE	secrétaire	ergothérapeute	assistante sociale	gériatre	psychologue	nouveaux patients	file active*
LHL	1	1	1	0,3	0	1	0,2	181	463
Association EOLLIS	0,7	2	1	0	0	0,8	0,2	191	355
Association "Vie l'Age"	1	2	1	1	0,5	1	0	205	381
Réseau gérontologique du Ternois	0,5	3	0,5	0,3	0	0	0	?	396
Réseau des 7 vallées	0,5	0,5	1	0	0	0	0	48	?
reper'âge (début des prises en charge au 01/10/08)	0,5	0,5	1	0	0	0,3	0	17	17
TOTAL	4,2	9	5,5	1,6	0,5	3,1	0,4		

* : la file active correspond au nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins une prestation en 2008

Source : DRASS - IRS

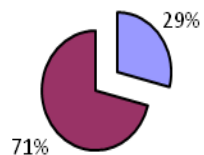
○ **Partenaires locaux**

réseaux	secteur	nombre de professionnels libéraux impliqués					secteur sanitaire		secteur médico-social		
		médecins généralistes	IDE	kiné	pharmaciens	autres	établissements de santé	HAD	SSIAD	SAD	EHPAD, foyers logements
Réseau de soins gérontologiques	Lille/Hellemmes/Lomme	81	23	14	0	1	4	0	0	8	0
Association EOLLIS	cantons Cysoing, Pont à Marcq, Seclin	106	44	41	4	59	5	0	0	0	0
association "Vie l'Age"	Lens	189					3	1	5	11	18
Réseau gérontologique du Ternois	St Pol/Ternoise (174 communes)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
réseau des 7 vallées	canton Hesdin et le Parcq	21	25	16	19	4	3	0	0	0	0
reper'âge	valenciennes, saint Amand, Denain, le Quesnoy	0	0	0	0	0	9	0	0	14	19

- **Population prise en charge**

Les personnes prises en charge sont en majorité des femmes, dont près de 50% ont entre 81 et 90 ans, moyenne d'âge de 82 ans. 35% sont déjà bénéficiaires de l'APA lors de leur prise en charge. 46% vivent seuls et 35% avec leur conjoint. 91% vivent dans une maison.

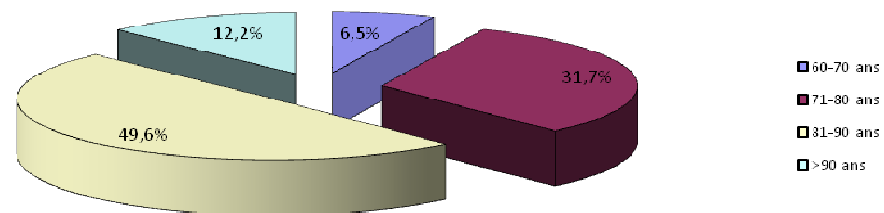
sexe des patients pris en charge dans les réseaux en 2008
(n = 573 patients pour 3 réseaux)



■ hommes ■ femmes

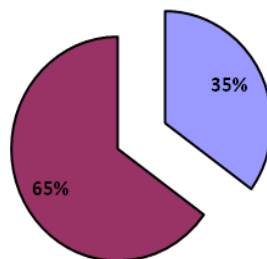
Source : DRASS - IRS

tranche d'âge des patients pris en charge dans les réseaux en 2008 (%)
n = 621 patients pour 3 réseaux



Source : DRASS - IRS

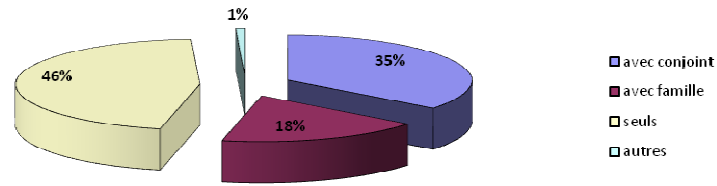
patients bénéficiaires de l'APA pris en charge dans les réseaux en 2008
(n = 367 patients pour 3 réseaux)



Source : DRASS - IRS

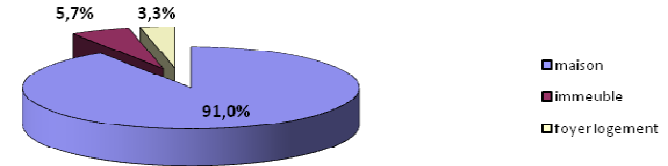
■ oui ■ non

situation des patients à domicile pris en charge dans les réseaux en 2008
(n = 363 patients pour 2 réseaux)



Source : DRASS - IRS

type d'habitation des patients pris en charge dans les réseaux en 2008
(n = 209 patients pour 2 réseaux)

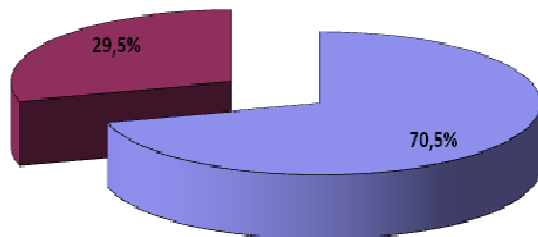


Source : DRASS - IRS

• **prises en charge**

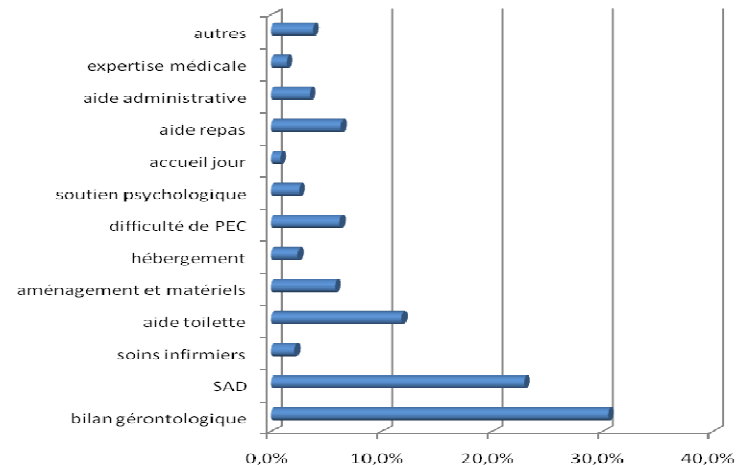
les demandes d'intervention se font surtout au bénéfice de personnes qui sont à domicile (70,5%), et 29,5% au décours d'une hospitalisation. Ce sont essentiellement des demandes de bilans gérontologiques (30%) mais aussi de mise en place d'aides diverses (services à domicile 22%, aide à la toilette 12%, etc...).

cadre de demande d'intervention des réseaux en 2008
(n = 583 demandes pour 4 réseaux)



Source : DRASS - IRS

■ maintien domicile ■ sorties d'hospitalisation



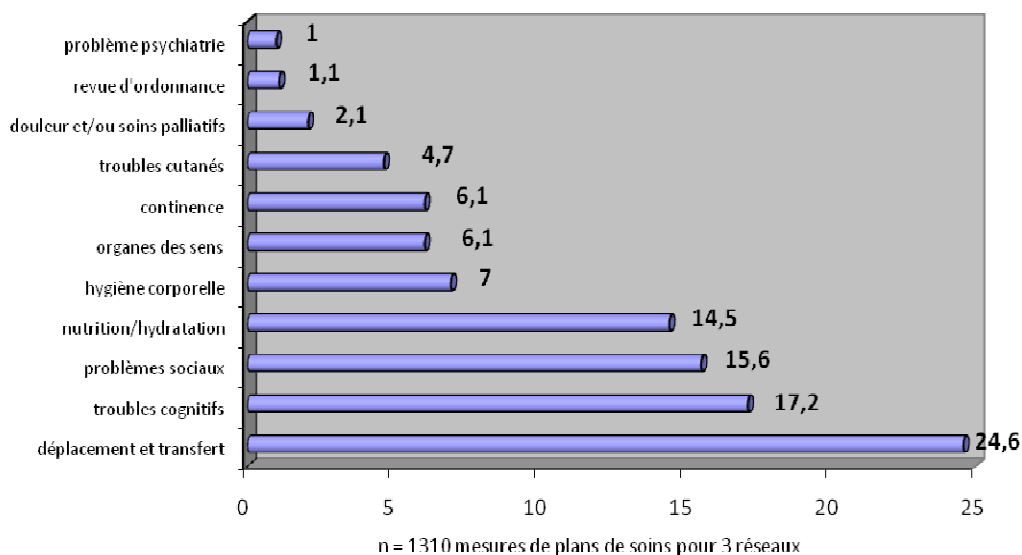
motifs des demandes d'intervention des réseaux en 2008
(n = 712 demandes de 4 réseaux)

Source : DRASS - IRS

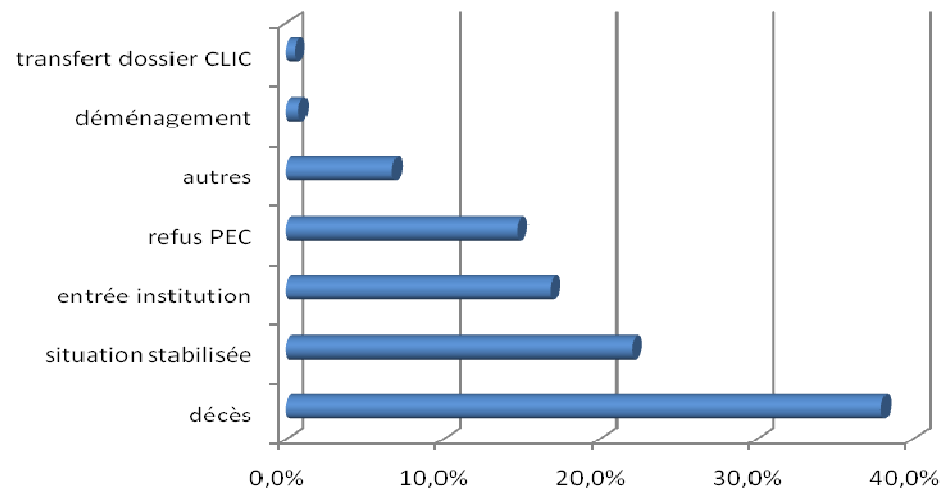
Les mesures préconisées dans les plans de soins sont diverses. En moyenne il est préconisé 3 mesures par personne. Ce sont surtout : des mesures concernant les déplacements et transferts (24,6%), les troubles cognitifs (17,2%), la gestion des problèmes sociaux (15,6%), les problèmes de nutrition et hydratation (14,5%).

Les prises en charge se terminent le plus souvent à cause du décès de la personne (38%), d'une situation médicale qui s'est stabilisée (21%), de l'entrée en institution (16%) ou d'un refus de prise en charge par l'utilisateur (14%).

mesures des plans de soins 2008 (%)



Source : DRASS - IRS

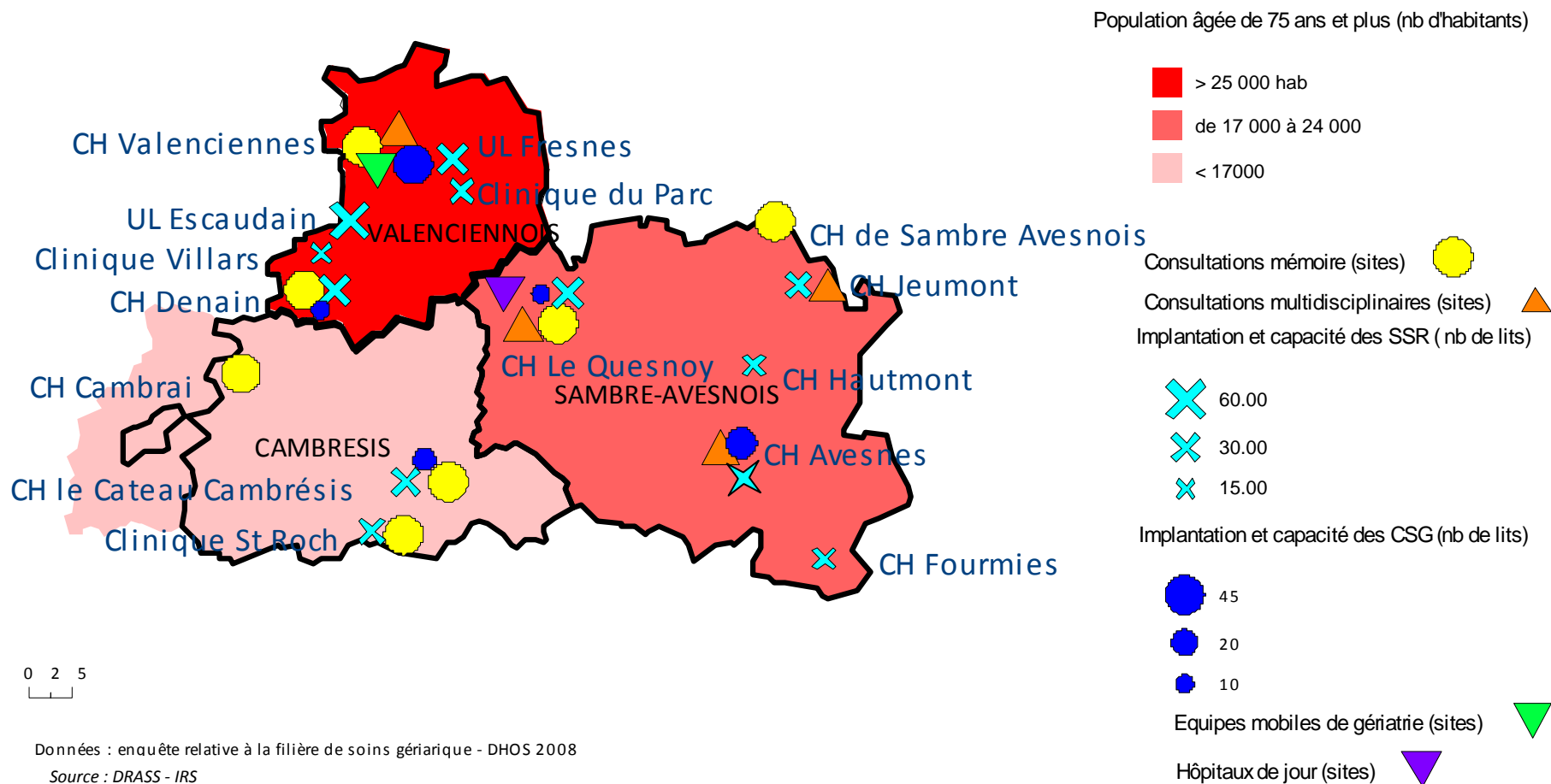


Source : DRASS - IRS

motifs de fin de prises en charge des réseaux en 2008

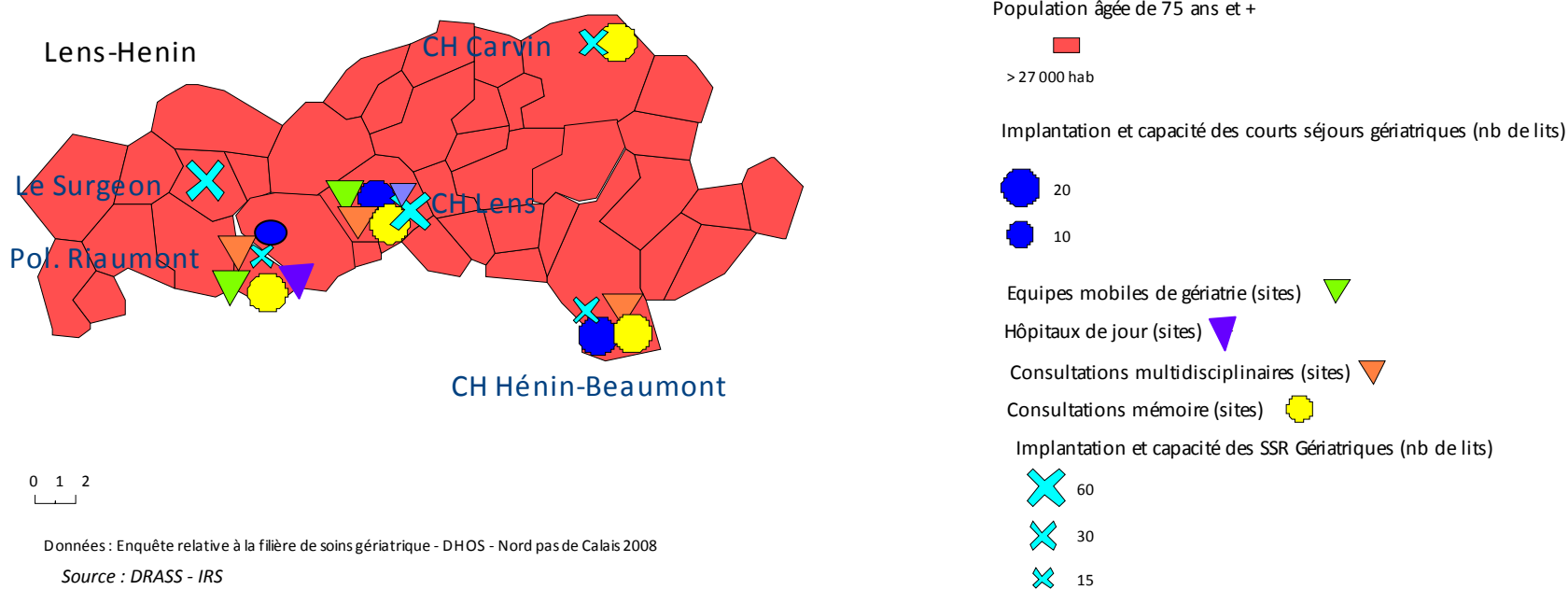
(n = 474 motifs de 3 réseaux)

Structuration de la filière de soins gériatrique du bassin de vie du Hainaut en 2008

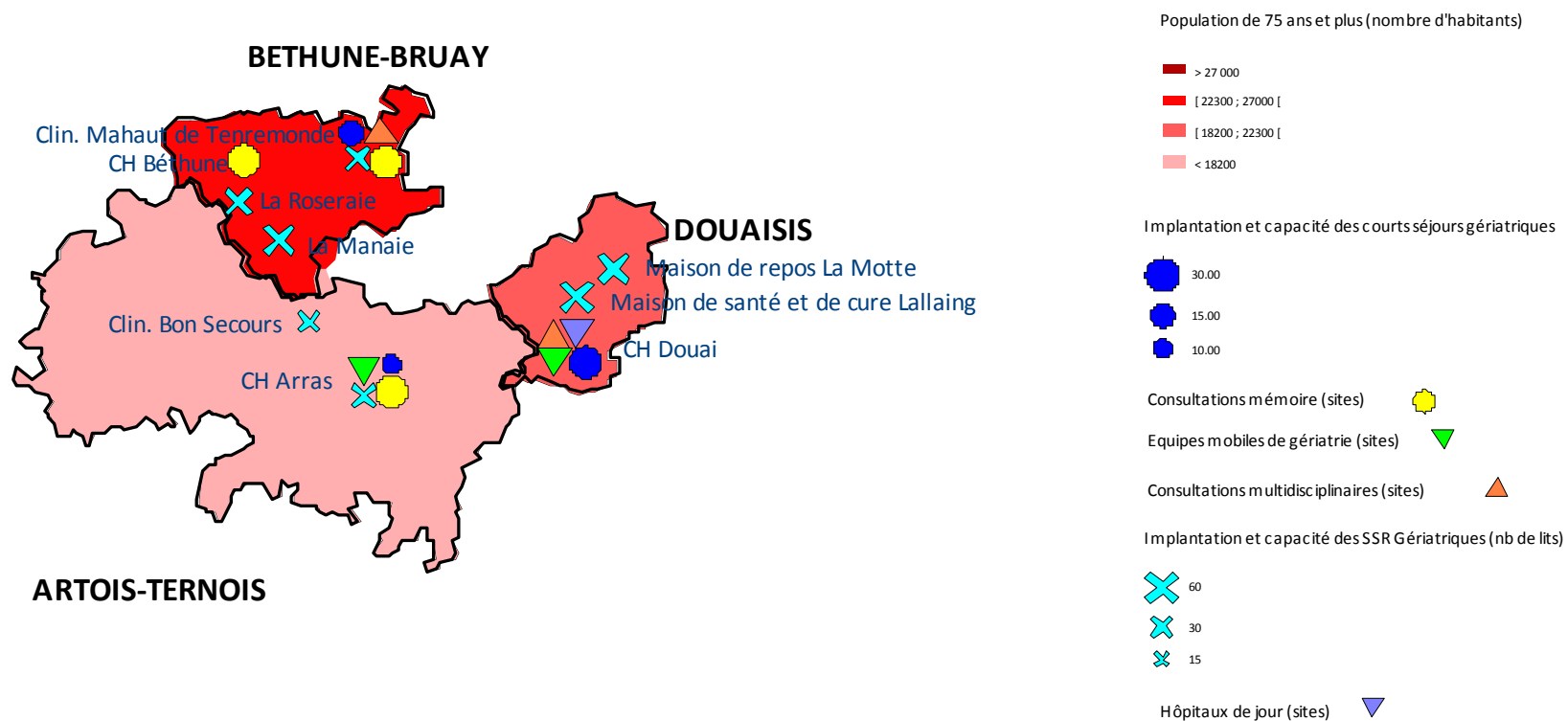


Structuration de la filière de soins gériatrique de la zone de proximité de Lens-Hénin (Artois) en 2008

Région Nord Pas de Calais



Structuration de la filière de soins gériatrique du bassin de vie de l'Artois en 2008 (sans la zone de Lens-Hénin)

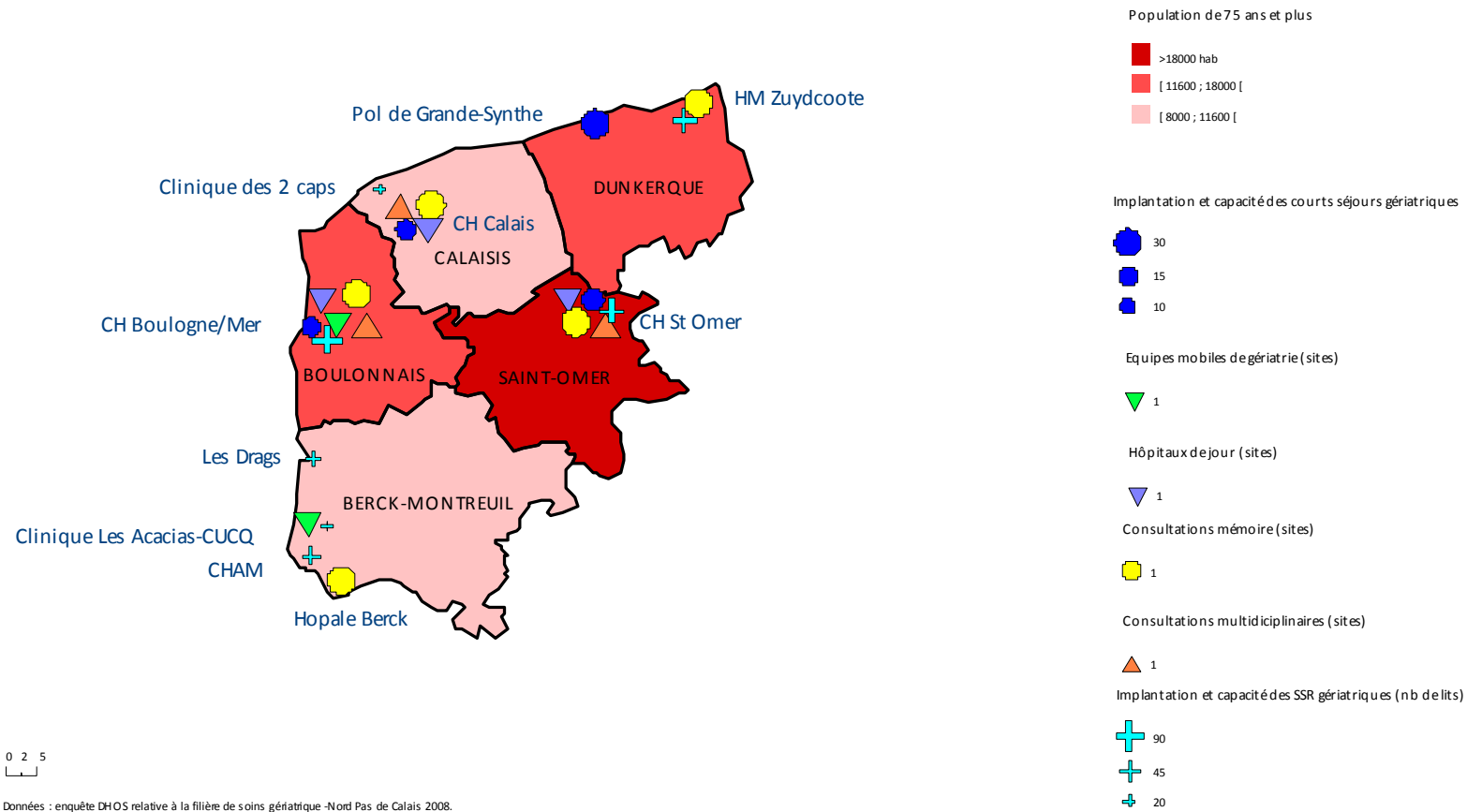


0 2 5

Données : enquête DHOS 2008 relative à la filière de soins gériatrique - Nord Pas de Calais

Source : DRASS - IRS

Structuration de la filière de soins gériatrique du bassin de vie du Littoral en 2008



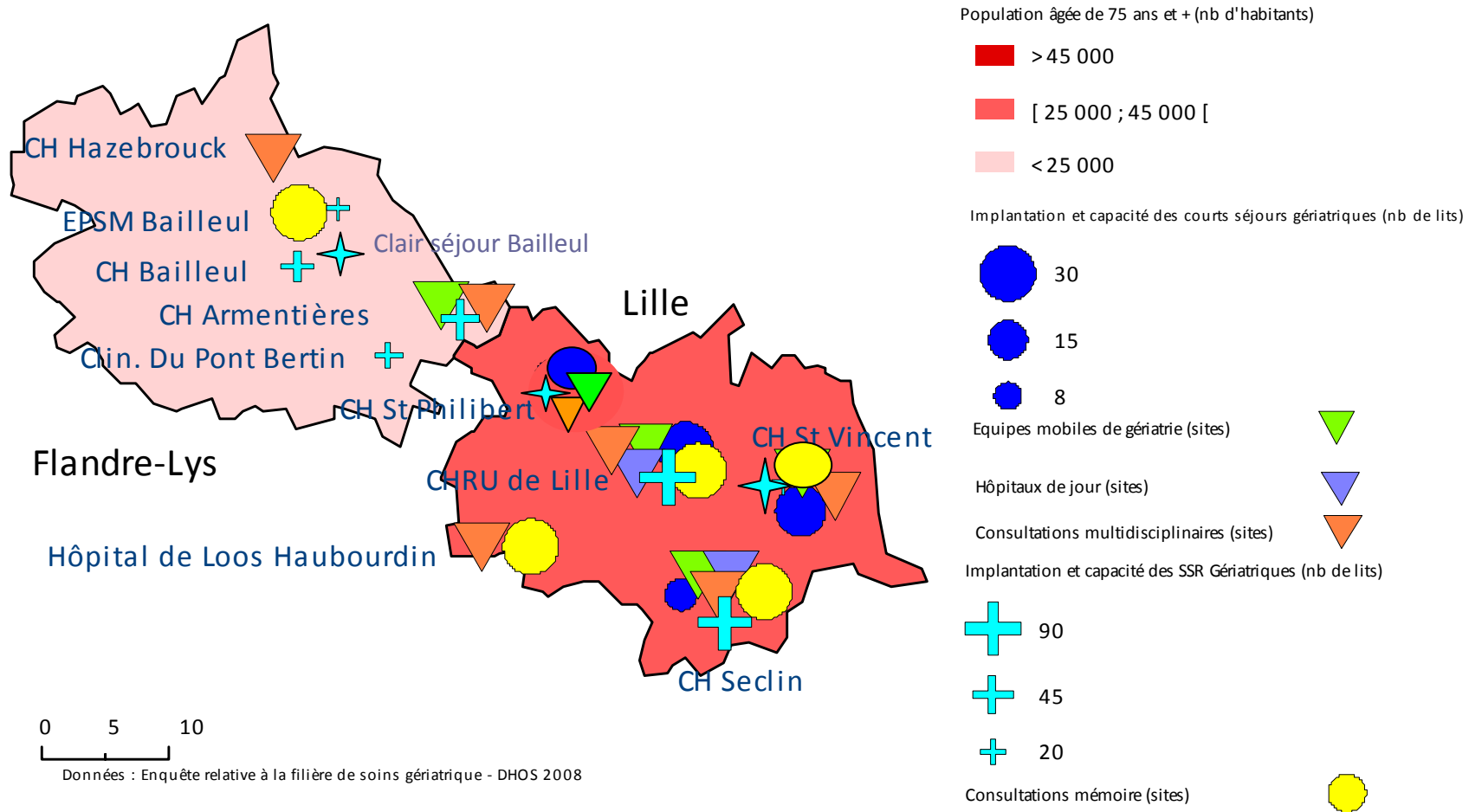
0 2 5

Données : enquête DHOS relative à la filière de soins gériatrique -Nord Pas de Calais 2008.

Source : DRASS - IRS

Structuration de la filière de soins gériatrique de la Métropole en 2008

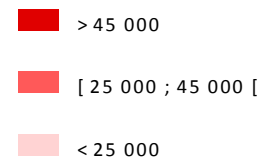
Région Nord Pas de Calais



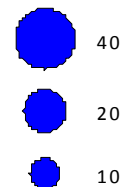
Structuration de la filière de soins gériatrique du versant Nord-Est en 2008

Région Nord Pas de Calais

Population âgée de 75 ans et + (nb d'habitants)



Implantation et capacité des courts séjours gériatriques (nb de lits)



Equipes mobiles de gériatrie (sites)



Consultations mémoire (sites)



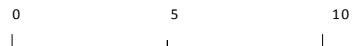
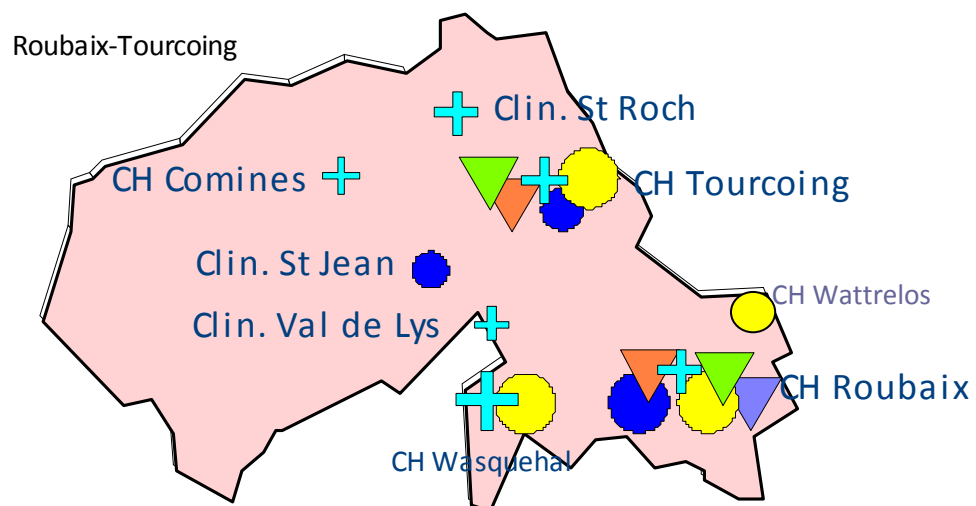
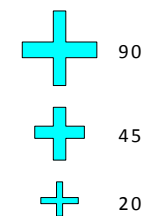
Hôpitaux de jour (sites)



Consultations multidisciplinaires (sites)



Implantation et capacité des SSR Gériatriques (nb de lits)



Données : Enquête relative à la filière de soins gériatrique - DHOS 2008

CONCLUSION ET PROPOSITIONS

Le développement de la gériatrie est net dans la région depuis l'élaboration du SROS III : il reste cependant des efforts importants à produire pour l'amener à un niveau de qualité égal dans toutes les zones de proximité.

Au regard des résultats de l'enquête 2008, on peut proposer les pistes de travail et d'évolution suivantes pour 2009 :

- Labelliser les filières gériatriques au fur et à mesure qu'elles se créent pour valoriser cette activité dans les établissements et entrainer une dynamique locale de coopération inter-établissements et avec le secteur médico-social. Trois labellisations sont prévues en 2009 : CH de Roubaix, CH de Boulogne et CH de Douai.
- poursuivre le développement des structures de prise en charge gériatrique de proximité avec la création ou l'individualisation en 2009 et/ou 2010 de :
 - courts séjours gériatriques : CH Dunkerque, CH de Cambrai, CH de Montreuil, Clinique des acacias à Cucq, CH Armentières
 - équipes mobiles gériatriques : CH de Dunkerque, CH de Montreuil
 - hôpitaux de jour : CH de Valenciennes, GHICL Lomme
 - consultation mémoire : CH de Douai
- favoriser l'augmentation de la qualité de la prise en charge dans les structures existantes, avec en 2009 des renforcements financiers et des pistes de travail :
 - en consultation mémoire : renforcement CHRU site des bateliers et réflexion sur le développement de consultations avancées à partir des sites labellisés sur les territoires où la prise en charge reste insuffisante (Lensois, Sambre Avesnois,...)
 - pour les équipes mobiles de gériatrie : réflexion sur la possibilité d'expérimentations d'EMG extra-hospitalière en 2010 vers la ville avec celle du CH de Roubaix et inter-établissements dans le cadre du GCS de l'Avesnois.
 - pour la recherche sur l'Alzheimer au CMRR (centre mémoire de recherche et de ressource) du CHRU site Roger Salengro, financements nationaux spécifiques dans le cadre du plan Alzheimer (MERI, MIGAC).
 - pour les soins de suite Alzheimer existants : reconnaissances d'UCC aux CMMF de Bailleul et CH de Loos Haubourdin. Reconnaissances d'UCC et renforcement financier aux CH de Boulogne et CH de Seclin (dans le cadre du plan solidarité grand âge), au Château Lamotte à Marchiennes (dans le cadre du plan Alzheimer).
 - pour les UCC financées dans le cadre du plan Alzheimer, l'appel à projets permet la reconnaissance de 3 projets d'unités en 2009 avec financement complémentaire (CH de Roubaix, CH de Lens et CHRU). Ces 3 UCC reconnues en 2009 n'ouvriront pas avant 2011, voire 2012 car des travaux sont à prévoir pour un accueil optimal de ces patients. L'UCC du CH d'Hautmont a été reconnue et ouverte en 2008.

- Une labellisation régionale de l'ensemble des unités de SSR Alzheimer ou UCC (existantes ou supplémentaires grâce au plan Alzheimer) sera réalisée à l'automne 2009, assorties d'un avenant à leur CPOM. Ce sont : le centre du mont des Flandres à Bailleul, CH de Roubaix, CHRU, CH de Loos-Haubourdin, CH de Seclin, Château Lamotte à Marchiennes, CH de Hautmont, CH de Lens, CH de Boulogne. En 2010 et 2011, le plan Alzheimer devrait permettre la reconnaissance de 3 autres UCC (1 par bassin de vie, hormis la métropole). L'ensemble de ces unités auront une visite de contrôle ou de conformité.
- Vu le caractère expérimental des UCC, une étude des patients pris en charge au CH d'Hautmont, CH de Seclin et Château Lamotte à Marchiennes va être réalisée entre juillet 2009 et février 2010 pour connaître la plus value de ce type de structure et tenter de modéliser des éléments pour les autres UCC.
- Participer par l'intermédiaire du COTER de gériatrie à l'élaboration du volet SSR du SROS qui doit permettre la reconnaissance d'unités de SSR gériatriques (décret 2008) à échéance de 2010 et d'unités SSR Alzheimer (plan Alzheimer 2008-2012).
- Favoriser le travail entre sanitaire et médico-social :
 - Etude avec le CHI de Wasquehal sur l'expérimentation de prises en charge par l'équipe mobile de soins palliatifs de résidents en EHPAD
 - Groupe de travail sur les raisons de l'augmentation du recours au SAMU des résidents EHPAD dans le cadre du CODAMUPS Nord.
 - Travail de coopération entre le CHAM et l'expérimentation MAIA du Pas de calais, de même entre le CH de Seclin et la MAIA d'EOLLIS à Phalempin (Ces MAIA devant être des structures de gestion des cas complexes à domicile et de coordination des intervenants au domicile).

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, une journée régionale de réflexion et de sensibilisation sera organisée le 10 novembre 2009 pour laquelle des travaux de synthèse des données épidémiologiques seront menés. Les responsables des filières labellisées participeront à l'organisation de cette journée.

Nb : ces conclusions et propositions ont été validées en commission exécutive de l'ARH le 16 juin 2009.

Remerciements à Mme le Dr Coquelet F (IRS-DRASS) pour les données PMSI, à Mr Souci N (chargé de mission URCAM) pour les données d'activité des réseaux de santé et aux Dr Deligne J (médecin conseil RSI), Mme Weissenbacher E (statisticienne CARM), Dr Benoit E (médecin conseil régime général) et Mr Fernagut D (statisticien MSA) pour les données d'assurance maladie des 4 régimes. L'ensemble des données ont été traitées et synthétisées par l'IRS – DRASS (Dr Defebvre).