



**ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES  
ISSUES DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ  
DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICOSOCIAUX**

***ACTIVITÉ 2013***

*Septembre 2014*

**Dr Bernard Ledéser**, *Directeur technique d'études CREAI-ORS LR*

**Inca Ruiz**, *Conseillère technique CREAI-ORS LR*



## Table des matières

<b>I</b>	<b>Contexte et objectif de l'étude</b>	5
<b>II</b>	<b>Méthodologie</b>	6
II.1	Méthodologie de l'enquête	6
II.2	Méthodologie de l'apurement des données	7
II.2.1	Accueil de jour	8
II.2.2	Hébergement temporaire	9
II.2.3	Équipes spécialisées Alzheimer à domicile	10
II.2.4	Pôles d'activité et de soins adaptés	11
II.2.5	Unités d'hébergement renforcées	12
II.3	Méthodologie de l'analyse	12
<b>III</b>	<b>Les unités d'Accueil de Jour (AJ) pour personnes âgées en 2013</b>	14
III.1	Profil des unités AJ	14
III.1.1	Capacité d'accueil des unités d'AJ	15
III.1.2	Locaux des unités d'AJ	18
III.1.3	Projet d'établissement spécifique	18
III.1.4	Partenariats	19
III.2	Activité des unités d'accueil de jour	21
III.2.1	Plage d'ouverture	21
III.2.2	Personnels d'accompagnement et de soins dédiés aux usagers de l'accueil de jour	22
III.2.3	Bénéficiaires et fréquentation	26
III.2.4	Ratio d'exploitation	28
III.2.5	Liste d'attente	30
III.2.6	Organisation des transports	30
III.2.7	Accueil itinérant	32
III.2.8	Activités à destination des aidants familiaux	32
III.3	Financements et coûts	33
III.3.1	Tarifs journaliers	33
III.3.2	Dotation financière extra-légale (Conseil général, autre provenance)	34
III.4	Communication autour de l'accueil de jour	34
<b>IV</b>	<b>Les unités d'Hébergement Temporaire (HT) pour personnes âgées en 2013</b>	35
IV.1	Profil des établissements	35
IV.1.1	Capacité d'accueil	36
IV.1.2	Projet d'établissement spécifique	36
IV.1.3	Partenariats	36
IV.2	Activité des unités d'hébergement temporaire	37
IV.2.1	Nombre de journées d'ouverture	37
IV.2.2	Ratio d'exploitation	38
IV.2.3	Bénéficiaires et fréquentation	39
IV.2.4	L'entrée en hébergement temporaire et les motifs de recours	41
IV.2.5	Période de l'année	42
IV.2.6	La sortie d'hébergement temporaire	43
IV.3	Financements et coûts	43
IV.3.1	Tarif journalier	43
IV.4	Communication autour de l'hébergement temporaire	44
IV.5	Difficultés rencontrées par les établissements d'hébergement temporaire	45

<b>V</b>	<b>Les Équipes Spécialisées Alzheimer à Domicile en 2013 (ESAd)</b> .....	46
V.1	Profil des équipes spécialisées Alzheimer à domicile .....	46
V.1.1	Structure porteuse .....	46
V.1.2	Date d'ouverture .....	46
V.1.3	Couverture territoriale et populationnelle.....	47
V.2	Activité des équipes spécialisées Alzheimer à domicile.....	48
V.2.1	Patients reçus .....	48
V.2.2	Diagnostic motivant la demande.....	49
V.2.3	Score au Mini Mental State Examination (MMSE) et niveau de dépendance .....	49
V.2.4	Nombre de séances et prescripteurs .....	51
V.2.5	Objectif principal des séances d'ESAd.....	52
V.3	Professionnels constituant les ESAd.....	53
V.4	Frais de déplacements.....	55
<b>VI</b>	<b>Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés en 2013 (PASA)</b> .....	56
VI.1	Profil des pôles d'activités et de soins adaptés.....	56
VI.1.1	Implantation des PASA .....	56
VI.1.2	Structure porteuse .....	56
VI.1.3	Date d'ouverture et de labellisation, subvention d'investissement .....	58
VI.2	Activité des pôles d'activités et de soins adaptés .....	58
VI.2.1	Résidents pris en charge.....	58
VI.2.2	Score au Mini Mental State Examination (MMSE) .....	59
VI.2.3	Diagnostics posés pour les résidents.....	59
VI.2.4	Troubles psycho comportementaux.....	60
VI.3	Fonctionnement des pôles d'activités et de soins adaptés .....	62
VI.3.1	Typologie des PASA .....	62
VI.3.2	Activités .....	63
VI.3.3	Sorties des PASA.....	64
VI.3.4	Ressources en personnel.....	65
<b>VII</b>	<b>Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) pour personnes âgées en 2013</b> .....	67
VII.1	Profil des unités d'hébergement renforcées.....	67
VII.1.1	Implantation des UHR .....	67
VII.1.2	Les structures porteuses .....	68
VII.1.3	Date d'ouverture et subvention d'investissement.....	69
VII.1.4	Nombre de places en UHR .....	70
VII.2	Activités des unités d'hébergement renforcées .....	70
VII.2.1	Résidents pris en charge.....	70
VII.2.2	Score au Mini Mental State Examination (MMSE) .....	70
VII.2.3	Diagnostics posés pour les résidents.....	71
VII.2.4	Troubles psycho comportementaux.....	72
VII.3	Fonctionnement des unités d'hébergement renforcées .....	73
VII.3.1	Typologie des UHR.....	73
VII.3.2	Les sorties de l'UHR.....	74
VII.3.3	Ressources en personnel.....	76
VII.3.4	Partenariat(s).....	77
<b>VIII</b>	<b>Synthèse, discussion et recommandations pour les enquêtes ultérieures</b> .....	79
<b>IX</b>	<b>Table des illustrations</b> .....	81

## I Contexte et objectif de l'étude

La maladie d'Alzheimer est considérée comme un enjeu de santé publique non seulement dans notre pays mais aussi au niveau mondial à tel point que l'Organisation mondiale de la santé considère qu'il s'agit du problème de santé le plus grave pour le XXI<sup>e</sup> siècle.

Il s'agit d'une maladie qui est rare avant 65 ans mais dont la fréquence augmente de façon importante avec l'âge, passant de 2 à 4 % de la population touchée à partir de 65 ans pour atteindre 15 % chez les personnes les plus âgées. On estime ainsi entre 800 000 et un million le nombre de personnes touchées dans notre pays.

Pour faire face à ce défi, les gouvernements successifs ont mis en œuvre, depuis le tournant du siècle, des plans Alzheimer. Le 3<sup>e</sup>, couvrant la période 2008-2012 a prévu, notamment, le développement, la reconnaissance ou le renforcement de différents services adaptés aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Il s'agit en particulier :

- de la mesure 1 visant au développement et à la diversification des structures de répit au travers des accueils de jour (AJ) et des hébergements temporaires (HT),
- de la mesure 6 avec le renforcement du soutien à domicile par le développement d'équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD),
- de la mesure 16 favorisant le développement au sein des EHPAD d'unités adaptées que ce soit des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) ou des unités d'hébergement renforcées (UHR).

Le nouveau plan, en cours de préparation, devrait porter sur la période 2014-2018.

Aujourd'hui, près de 4 400 structures ont installé un ou plusieurs de ces services.

Depuis 2008, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), mettent en œuvre une enquête annuelle permettant une remontée d'information sur les caractéristiques, l'activité et le financement des services développés dans le cadre du plan Alzheimer. Initialement, cette enquête annuelle ciblait les accueils de jour et les hébergements temporaires. Depuis l'enquête 2012 (portant sur l'activité 2011), sont également concernés les équipes spécialisées Alzheimer à domicile, les pôles d'activité et de soins adaptés et les unités d'hébergement renforcées.

Le champ et le contenu de ces remontées d'informations sont définis annuellement. Pour l'enquête 2013 portant sur l'activité 2012, une simplification a été apportée à certains questionnaires pour en faciliter le remplissage.

Comme pour l'année précédente, l'analyse des données collectées a été confiée au CREAI-ORS Languedoc-Roussillon. Ce rapport présente successivement les analyses de l'activité des structures d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, des équipes spécialisées Alzheimer à domicile, des pôles d'activité et de soins adaptés et des unités d'hébergement renforcées.

## II Méthodologie

### II.1 Méthodologie de l'enquête

Pour la réalisation de cette enquête, un fichier de 4 390 structures a été constitué par extraction du fichier FINESS (Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux). Cette extraction a concerné l'ensemble des établissements et services autorisés dans un des départements français (y compris ultra marins) et ayant une autorisation pour une des cinq activités ciblées par l'enquête :

- accueil de jour ;
- hébergement temporaire ;
- équipes spécialisées Alzheimer à domicile ;
- pôles d'activité et de soins adaptés ;
- unités d'hébergement renforcées.

Pour les accueils de jour et les hébergements temporaires, seules les structures ayant une capacité installée d'au moins une place ont été interrogées (les années précédentes, toutes les structures ayant une activité autorisée de ce type, que celle-ci soit ou non installée, étaient interrogées).

Le tableau ci-dessous présente la répartition des structures interrogées selon leur activité et leur catégorie. Comme une structure peut être autorisée pour plusieurs des activités listées, la somme des effectifs est supérieure au nombre total de structures interrogées.

**Tableau 1 : Répartition des structures interrogées selon leur catégorie et leur activité.**

	Accueil de jour		Hébergement temporaire		Équipes spécialisées Alzheimer à domicile		Pôles d'activité et de soins adaptés		Unités d'hébergement renforcées	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Maison de retraite	1479	85,1	2670	98,3	0	0,0	960	100,0	83	72,8
Logement foyer	3	0,2	13	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Centre de jour pour personnes âgées	248	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SPASSAD	0	0,0	0	0,0	24	5,7	0	0,0	0	0,0
SSIAD	0	0,0	0	0,0	398	94,3	0	0,0	0	0,0
Établissement de soins de longue durée	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	31	27,2
Établissement d'accueil temporaire pour personnes âgées	7	0,4	34	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>1737</b>	<b>100,0</b>	<b>2717</b>	<b>100,0</b>	<b>422</b>	<b>100,0</b>	<b>960</b>	<b>100,0</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>

Source : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – Exploitation : CREA-ORS LR

Les outils de recueil d'information sont constitués d'un bordereau décrivant la structure porteuse et d'un questionnaire pour chacune des cinq activités explorées. Les questionnaires utilisés pour l'année 2013 ont fait l'objet de simplifications pour les Pôles d'activité et de soins adaptés (PASA)<sup>1</sup>, les Unités d'hébergement renforcées (UHR)<sup>2</sup> et les Équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAd)<sup>3</sup>. Pour les activités d'accueil de jour (AJ) ou d'hébergement temporaire (HT), les questionnaires sont identiques à ceux de l'année précédente. Le bordereau structure est également identique à celui utilisé l'année précédente.

Chacune des structures ciblées par l'enquête a été destinataire d'un courrier de présentation de l'enquête adressé par la CNSA et la DGCS, les invitant à compléter en ligne sur un site internet sécurisé les questionnaires les concernant. À chaque structure, un identifiant et un mot de passe spécifique étaient communiqués avec ce courrier. Le site de collecte des réponses est resté ouvert et accessible aux structures du 5 mai au 11 juillet. Trois relances ont été effectuées par message électronique ou par téléphone auprès des structures qui ne s'étaient pas connectées au site et auprès de celles n'ayant pas validé leur saisie. Une assistance téléphonique était à disposition des structures concernées par l'étude. À l'issue de la période d'ouverture du site de collecte, les données ont été extraites et transmises pour analyse au CREAI-ORS Languedoc-Roussillon.

## II.2 Méthodologie de l'apurement des données

Après préparation des bases de données pour chacun des dispositifs étudiés, la phase de validation a porté sur le taux de complétude des questionnaires.

Pour chacun des dispositifs, nous avons identifié, en dehors de la fiche d'identification, le nombre de questions « principales » c'est-à-dire auxquelles toutes les structures interrogées disposant du service étudié devaient répondre et le nombre de questions filtrées (c'est-à-dire dont la nécessité d'y répondre était conditionnée par une question antérieure). Certains groupes de questions ont été traités comme une seule question à renseigner : c'est le cas par exemple des questions sur le personnel. Pour celles-ci, le fait de répondre à une seule des questions du bloc suffisait pour considérer que le bloc de questions avait été renseigné. Ainsi, il a été possible de déterminer, pour chaque structure, le nombre de questions auxquelles elle devait répondre et le nombre de questions auxquelles elle avait effectivement répondu. En se basant sur le choix de niveau de complétude retenu pour les

---

<sup>1</sup> Pour les PASA ont été supprimées les parties portant sur : la nature du trouble principal, le type de prescription médicamenteuse, la sécurisation du PASA, les sorties selon la destination et les moyens financiers.

<sup>2</sup> Pour les UHR, ont été supprimées les parties portant sur : la nature du trouble principal, le type de prescription médicamenteuse, la sécurisation du PASA, les sorties selon la destination et les moyens financiers.

<sup>3</sup> Pour les ESAd, ont été supprimées les questions sur la dotation globale de financement et le montant total des dépenses.

analyses de l'année précédente pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire – questionnaire retenu pour l'analyse à partir de 20 variables renseignées – nous avons déterminé le seuil correspondant en taux de variables renseignées. Ce seuil est de plus des deux tiers des variables renseignées. Avec cette méthode, nous disposons d'un seuil homogène pour chacune des activités étudiées, quel que soit le nombre de variables constituant le questionnaire.

## II.2.1 Accueil de jour

Les données du fichier FINESS ayant servi de base pour l'enquête permettent d'identifier 1 737 structures autorisées pour un accueil de jour (AJ) ayant une capacité installée en accueil de jour d'au moins une place. De plus, 40 structures non identifiées comme disposant d'un accueil de jour dans le fichier FINESS ont indiqué proposer ce service.

La base interrogée en 2014 est moins large que l'année précédente, seules les structures ayant une capacité installée non nulle étant interrogées en 2014 alors que précédemment, l'ensemble des structures autorisées avaient été interrogées, quel que soit le nombre de places installées.

**Tableau 2 : Participation des structures à l'enquête et taux de complétude– Accueil de jour Année 2013**

Proportion de variables principales renseignées	Activité AJ répertoriée dans FINESS		Activité AJ non répertoriée dans FINESS mais signalée par les structures		Ensemble des structures ayant une activité AJ en 2013	
	n	%	n	%	n	%
Aucune - pas de réponse	540	31,1 %	2	5,0 %	542	30,5 %
1 à 33 %	62	3,6 %	5	12,5 %	67	3,8 %
34 à 66 %	88	5,1 %	3	7,5 %	91	5,1 %
67 à 99 %	1 024	59,0 %	30	75,0 %	1 054	59,3 %
100 % - toutes les variables	23	1,3 %	0	0,0 %	23	1,3 %
<b>Total</b>	<b>1 737</b>		<b>40</b>		<b>1 777</b>	
<b>Taux de participation</b>	<b>69 %</b>		<b>95 %</b>		<b>69 %</b>	
<b>Taux de complétude &gt; 66 % sur questionnaires renseignés</b>	<b>87,5 %</b>		<b>78,9 %</b>		<b>87,2 %</b>	

Source : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – Exploitation : CREAI-ORS LR

Le taux de questionnaires non renseignés est en progression par rapport à l'année précédente, passant de 24 % à 31 %. De plus, si on se concentre sur les seules structures ayant une capacité installée en accueil de jour non nulle, le taux de participation est quand même en recul par rapport à l'année précédente, passant de 76 % à 69 %.



Le niveau de complétude est en progression par rapport à l'année précédente : 87,2 % des structures ayant répondu en 2014 ont complété plus des deux tiers des variables principales contre 79,5 % des structures ayant répondu en 2013.

## II.2.2 Hébergement temporaire

Le fichier FINESS permet d'identifier 2 718 structures autorisées pour une activité d'hébergement temporaire (HT) ayant une capacité installée d'au moins une place d'hébergement temporaire. De plus, 48 structures non identifiées comme proposant un hébergement temporaire dans le fichier FINESS ont indiqué offrir ce service. Comme pour les accueils de jour, la base des structures interrogées en 2014 est moins large qu'en 2013, excluant des structures ayant une activité installée enregistrée comme nulle dans FINESS et qui avaient été interrogées l'année précédente.

**Tableau 3 : Participation des structures à l'enquête et taux de complétude- Hébergement temporaire Année 2013**

Proportion des variables principales renseignées	Activité HT répertoriée dans FINESS		Activité HT non répertoriée dans FINESS mais signalée par les structures		Ensemble des structures ayant une activité HT en 2013	
	n	%	n	%	n	%
Aucune - pas de réponse	1 107	40,7 %	2	4,2 %	1 109	40,1 %
1 à 33 %	87	3,2 %	1	2,1 %	88	3,2 %
34 à 66 %	144	5,3 %	5	10,4 %	149	5,4 %
67 à 99 %	1 162	42,8 %	32	66,7 %	1 194	43,2 %
100 % - toutes les variables	218	8,0 %	8	16,7 %	226	8,2 %
<b>Total</b>	<b>2 718</b>		<b>48</b>		<b>2 766</b>	
<b>Taux de participation</b>	<b>59 %</b>		<b>96 %</b>		<b>60 %</b>	
<b>Taux de complétude &gt; 66 % sur questionnaires renseignés</b>	<b>85,7 %</b>		<b>87,0 %</b>		<b>85,7 %</b>	

Source : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – Exploitation : CREA-ORS LR

Comme pour les accueils de jour, le taux de questionnaires non renseignés est en progression par rapport à l'année précédente, passant de 31 à 40 %.

Le recul de participation persiste cependant si on se concentre sur les seules structures ayant une capacité installée en hébergement temporaire non nulle, passant de 69 % en 2012 à 59 % en 2013.

En revanche, le niveau de complétude reste stable d'une année sur l'autre : 85,7 % des questionnaires complétés sur l'activité 2013 en hébergement temporaire ont plus des deux tiers des variables principales renseignées (86 % en 2012).

### II.2.3 Équipes spécialisées Alzheimer à domicile

Le fichier initial permet d'identifier 425 équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAd). Aucune équipe spécialisée Alzheimer à domicile non répertoriée dans le fichier initial ne s'est signalée en 2013.

**Tableau 4 : Participation des structures à l'enquête taux de complétude– Équipes spécialisées Alzheimer à domicile Année 2013**

Proportion de l'ensemble des variables renseignées	Activité ESAd répertoriée dans FINESS en 2013	
	Total n	%
Aucune - pas de réponse	41	9,6 %
1 à 33 %	6	1,4 %
34 à 66 %	7	1,6 %
67 à 99 %	186	43,8 %
100 % - toutes les variables	185	43,5 %
<b>Total</b>	<b>425</b>	
<b>Taux de participation</b>	<b>90 %</b>	
<b>Taux de complétude &gt; 66 % sur questionnaires renseignés</b>	<b>96,6 %</b>	

Source : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – Exploitation : CREAI-ORS LR

Une légère progression de la participation est observée pour les équipes spécialisées Alzheimer à domicile en 2013 : 90 % contre 89 % l'année précédente.

La proportion de questionnaires complétés ayant plus des deux tiers des variables principales renseignées est en forte progression passant de 86,0 % en 2012 à 96,6 % en 2013.

## II.2.4 Pôles d'activité et de soins adaptés

Le fichier FINESS permet d'identifier 960 structures proposant un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) (870 structures en 2012). En sus, 50 structures non identifiées comme ayant un PASA dans le fichier FINESS ont indiqué offrir ce service en 2013.

**Tableau 5 : Participation des structures à l'enquête et taux de complétude– Pôles d'activité et de soins adaptés Année 2013**

Proportion de l'ensemble des variables renseignées	Activité PASA répertoriée dans FINESS		Activité PASA non répertoriée dans FINESS mais signalée par les structures		Ensemble des structures ayant une activité PASA en 2013	
	n	%	n	%	n	%
Aucune - pas de réponse	332	34,6 %	0	0,0 %	332	33,9 %
1 à 33 %	27	2,8 %	3	6,0 %	30	3,0 %
34 à 66 %	33	3,4 %	1	2,0 %	34	3,4 %
67 à 99 %	346	36,0 %	30	60,0 %	376	37,2 %
100 % - toutes les variables	222	23,1 %	16	32,0 %	238	23,6 %
<b>Total</b>	<b>960</b>		<b>50</b>		<b>1 010</b>	
<b>Taux de participation</b>	<b>65 %</b>		<b>100 %</b>		<b>67 %</b>	
<b>Taux de complétude &gt; 66 % sur questionnaires renseignés</b>	<b>90,4 %</b>		<b>92,0 %</b>		<b>90,6 %</b>	

Source : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – Exploitation : CREAL-ORS LR

Une légère progression de la participation des structures répertoriées dans FINESS comme structures proposant un pôle d'activité et de soins adaptés, est observée pour l'année 2013. Deux tiers d'entre elles (65 %) ont complété le questionnaire, contre 61 % l'année précédente.

Le niveau de complétude est en progression par rapport à l'année précédente : 90,6 % des structures ayant répondu en 2014 ont complété plus des deux tiers des variables principales contre 84 % des structures ayant répondu en 2013.

## II.2.5 Unités d’hébergement renforcées

Le fichier ayant servi au lancement de l’enquête recense 114 structures proposant une unité d’hébergement renforcée (UHR). De plus, 32 structures non identifiées comme unités d’hébergement renforcées dans le fichier FINESS ont indiqué offrir ce service.

**Tableau 6 : Participation des structures à l’enquête et taux de complétude– Unités d’hébergement renforcées Année 2013**

Proportion de l’ensemble des variables renseignées	Activité UHR répertoriée dans FINESS		Activité UHR non répertoriée dans FINESS mais signalée par les structures		Ensemble des structures ayant une activité UHR en 2013	
	n	%	n	%	n	%
Aucune - pas de réponse	33	28,9 %	0	0,0 %	33	22,6 %
1 à 33 %	4	3,5 %	5	15,6 %	9	6,2 %
34 à 66 %	4	3,5 %	2	6,3 %	6	4,1 %
67 à 99 %	44	38,6 %	19	59,4 %	63	43,2 %
100 % - toutes les variables	29	25,4 %	6	18,7 %	35	24,0 %
<b>Total</b>	<b>114</b>		<b>32</b>		<b>146</b>	
<b>Taux de participation</b>	<b>71 %</b>		<b>100 %</b>		<b>77 %</b>	
<b>Taux de complétude &gt; 66 % sur questionnaires renseignés</b>	<b>90,1 %</b>		<b>78,1 %</b>		<b>86,7 %</b>	

Source : Données d’activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – Exploitation : CREAI-ORS LR

Comme pour les pôles d’activité et de soins adaptés, une meilleure participation est également observée pour les structures répertoriées dans FINESS comme structures proposant une unité d’hébergement renforcée (UHR) en 2013 : 71 % alors que le taux de participation était de 63 % l’année précédente.

Le niveau de complétude est en progression par rapport à l’année précédente : 86,7 % des structures ayant répondu en 2014 ont complété plus des deux tiers des variables principales contre 81 % des structures ayant répondu en 2013.

## II.3 Méthodologie de l’analyse

Le plan d’analyse utilisé pour les rapports sur l’activité 2012 des structures ciblées par l’enquête a été repris pour les accueils de jour et les hébergements temporaires. Pour les trois autres activités (ESAd, PASA et UHR), le plan d’analyse 2012 a été simplifié pour tenir compte des modifications apportées aux questionnaires. Ont été rajoutées, au plan d’analyse utilisé pour ce rapport sur l’activité 2013, des comparaisons avec l’année précédente (Activité 2012) qui ont été effectuées à partir de tests statistiques (Test de Khi-2 et Test de Student).

Après apurement des fichiers, en excluant les structures déclarant ne pas exercer l'activité ciblée, et celles ayant un taux de complétude inférieur ou égal à deux tiers des variables principales renseignées, le fichier obtenu sur l'activité 2013 a été fusionné à celui utilisé l'année précédente permettant de tester de façon systématique les évolutions entre 2012 et 2013. Les analyses ont été conduites avec le logiciel SPSS 15.0 en utilisant les techniques d'analyses descriptives. Les questions ouvertes ont été traitées avec le logiciel Sphinx Lexica en analysant les fréquences d'occurrence des mots.

Lorsque des comparaisons ont été faites entre les données d'activité 2013 et celles des années antérieures, celles-ci ont fait l'objet de tests statistiques pour déterminer si les différences entre deux années pouvaient être dues à des fluctuations liées au hasard ou s'il s'agissait de différences réelles d'une année sur l'autre. Dans la suite du document, quand il est indiqué qu'une variation est observée d'une année sur l'autre, c'est qu'elle est statistiquement significative et que, en conséquence, elle ne peut être expliquée par les seules fluctuations dans le temps liées au hasard.

### III Les unités d'Accueil de Jour (AJ) pour personnes âgées en 2013

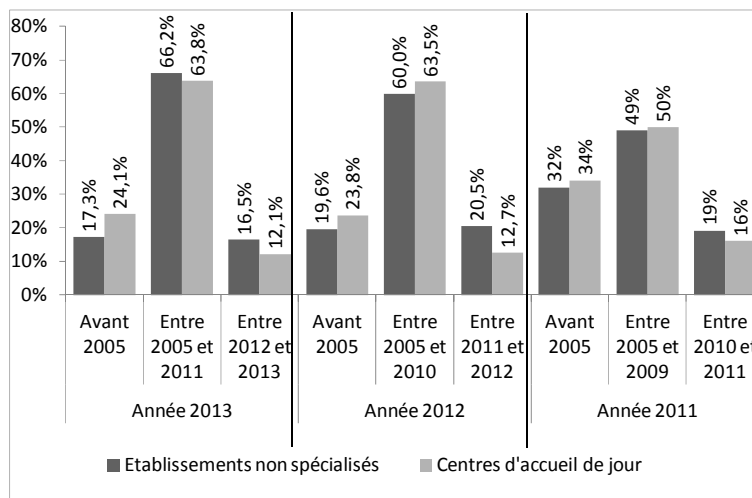
Lors du lancement de l'enquête 2013 sur l'activité des établissements médicosociaux, 1 737 structures étaient identifiées comme autorisées à avoir une activité d'accueil de jour avec une capacité installée non nulle. Au cours de l'enquête, 40 autres structures ont indiqué avoir une activité d'accueil de jour. Parmi ces 1 777 structures, 1 235 (69,0 %) ont répondu à tout ou partie du questionnaire. Un certain nombre de structures n'ont pas été retenues pour l'analyse car elles avaient répondu à moins des deux tiers des questions composant le questionnaire : ce sont 700 structures concernées. Au total, l'analyse porte donc sur 1 077 structures (dont 30 non identifiées lors du lancement de l'étude). Parmi ces structures, 79,6 % ont répondu également à l'enquête précédente (soit 857 structures).

#### III.1 Profil des unités AJ

Au total, 1 077 structures ont répondu à l'enquête et déclaré avoir une activité d'accueil de jour en 2013 et ont été retenues pour l'analyse. Elles étaient 1 171 en 2012. Comme l'année précédente, huit unités d'accueil de jour sur dix (81,8 %) sont dans des maisons de retraite (82,4 % en 2012) et 18,0 % sont des centres autonomes d'accueil de jour (17,2 % en 2012). Le reste (0,2 %, soit deux unités) est adossé à des établissements de soins de longue durée ou d'accueil temporaire pour personnes âgées. Dans les résultats qui suivent, les établissements d'accueil de jour en maison de retraite et les deux unités adossées à d'autres types d'établissements sont dénommés « établissements non spécialisés ».

En 2013, la majorité des unités d'accueil de jour avaient commencé leur activité récemment, c'est-à-dire après janvier 2005 : huit unités sur dix (81,5 %) dont 15,7 % d'entre elles en 2012 ou 2013. En 2012, 79,6 % des AJ avaient un début d'activité récent dont 24,0 % en 2011 ou 2012. Il est important de noter que 10,1 % (109 structures) des unités n'ont pas indiqué leur date d'ouverture dans l'enquête 2013.

**Graphique 1 : Année d'ouverture**



**Non réponses en 2013** : 109 structures (10,1 %)

**Note de lecture** : En 2013, 17,3 % des établissements non spécialisés avaient débuté leur activité d'AJ avant 2005.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source** : Données d'activité 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

En 2013, pour les unités d'accueil de jour créées depuis deux ans au plus, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre la proportion d'établissements non spécialisés et d'établissements spécialisés (centres d'accueil de jour) (en 2012, une différence avait été observée).

Par rapport à l'année précédente, en 2013, la proportion d'établissements non spécialisés proposant de l'accueil de jour depuis deux ans au plus est plus faible (16,5 % en 2013 contre 20,5 % en 2012).

### III.1.1 Capacité d'accueil des unités d'AJ

En 2013, la capacité d'accueil installée des unités d'accueil de jour est en moyenne de 8,1 places ( $\pm 4,8$  places<sup>4</sup>). Cette moyenne reste stable (elle était de 7,6 places en 2012). La médiane reste également inchangée par rapport à l'année précédente, elle est de 6 places.

Les structures retenues pour l'analyse ont, en moyenne, une capacité supérieure à celle des structures n'ayant pas participé ou n'ayant pas été retenues : 7,9 places ( $\pm 4,8$ ) contre 6,2 ( $\pm 4,0$ ).

<sup>4</sup> Après une moyenne, la valeur entre parenthèses précédée du signe  $\pm$  correspond à son écart-type. Celui-ci donne une idée de la distribution et de la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus l'écart-type est élevé, plus la dispersion des valeurs autour de la moyenne est importante.

**Tableau 7 : Capacité d'accueil installée selon le type d'unité**

ANNEE 2013	Nombre de structures	Capacité totale installée	Moyenne	Écart-Type	Médiane
Centres d'accueil de jour	194	2 564	13,2	± 4,6	12
Établissements non spécialisés	883	6 208	7,0	± 4,1	6
<b>Ensemble</b>	<b>1 077</b>	<b>8 772</b>	<b>8,1</b>	<b>± 4,8</b>	<b>6</b>

**Note de lecture** : En 2013, la capacité moyenne installée des 194 centres d'accueil de jour est de 13,2 places.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source** : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Parmi les accueils de jour retenus pour l'analyse, les centres d'accueil de jour offrent davantage de places que les établissements non spécialisés : 13,2 places en moyenne installées dans les centres d'accueil de jour contre 7,0 places dans les établissements non spécialisés (13,2 contre 6,5 en 2012). Par rapport à l'année précédente, les moyennes restent stables en 2013.

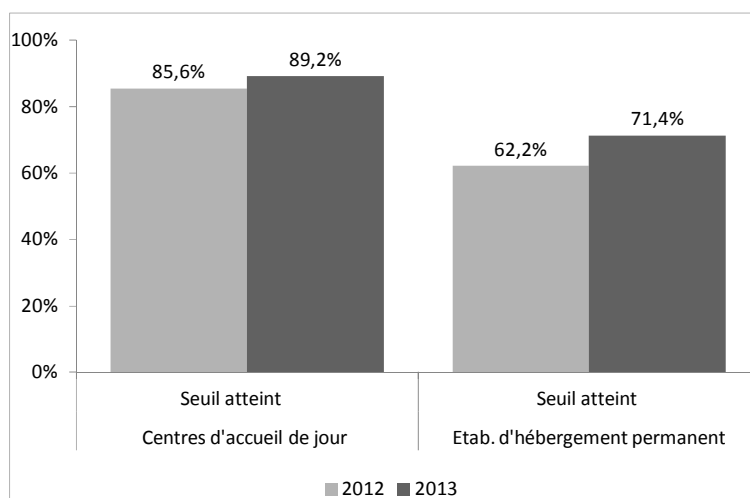
Comme l'année précédente, un centre d'accueil de jour sur dix (11,9 %) a une capacité d'accueil supérieure ou égale à 20 places en 2013 (11,9 % en 2012). Concernant les établissements non spécialisés, la moitié d'entre eux disposent de moins de 6 places d'accueil de jour en 2013 (la médiane était également de 6 places en 2012).

La circulaire DGCS/A3/201/78 du 15 février 2010 et le décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 demandent que la capacité minimale des unités d'accueil de jour ne soit pas inférieure à six places lorsque l'unité est organisée au sein d'un établissement pratiquant l'hébergement permanent et à dix places pour un accueil de jour autonome, sauf cas particuliers.

Sur l'ensemble des structures ayant répondu à l'enquête et déclaré avoir une activité d'accueil de jour en 2013, une augmentation de la proportion des structures atteignant la capacité minimale préconisée par la réglementation est observée entre 2012 et 2013 passant de 66,3 % à 74,7 %. Le niveau d'atteinte du seuil préconisé pour les centres d'accueil de jour reste stable en 2013 par rapport à 2012 : il est atteint dans 89,2 % des cas en 2013 (85,6 % en 2012). Pour les établissements d'hébergement permanent, le seuil réglementaire est atteint dans 71,4 % des cas (62,2 % en 2012), soit une proportion qui continue de progresser en 2013.



## Graphique 2 : Atteinte du seuil réglementaire



**Note de lecture** : En 2013, 89,2 % des centres d'accueil de jour atteignent le seuil fixé par la réglementation.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Parmi les établissements d'hébergement permanent n'ayant pas atteint le seuil de six places prévu dans le décret (uniquement des maisons de retraite en 2013 et comme en 2012), plus de la moitié de ces unités (54,2 %) déclarent avoir l'intention de solliciter une augmentation de capacité pour atteindre ce seuil (52,5 % en 2012) et 30,0 % envisagent de pratiquer un regroupement avec d'autres structures (dans le cadre de GCSMS par exemple) (28,8 % en 2012). Ces proportions observées restent stables entre 2012 et 2013.

A proportion identique à l'année précédente, 15,8 % de ces petites unités songent arrêter l'activité d'accueil de jour : elles étaient 18,6 % en 2012.

**Tableau 8 : Intentions déclarées pour atteindre le seuil de places d'accueil de jour**

	2010	2011	2012	2013
Solliciter une augmentation de capacité	55 %	52 %	52,5 %	54,2 %
Pratiquer un regroupement avec d'autres structures (GCSMS...)	24 %	26 %	28,8 %	30,0 %
Arrêter l'activité d'accueil de jour	21 %	23 %	18,6 %	15,8 %

**Non réponses en 2013** : 12 structures (4,8 %)

**Note de lecture** : En 2013, 54,2 % des structures n'ayant pas atteint la capacité seuil fixée par la réglementation ont l'intention de solliciter une augmentation de capacité.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source** : Données d'activité 2010, 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

### III.1.2 Locaux des unités d'AJ

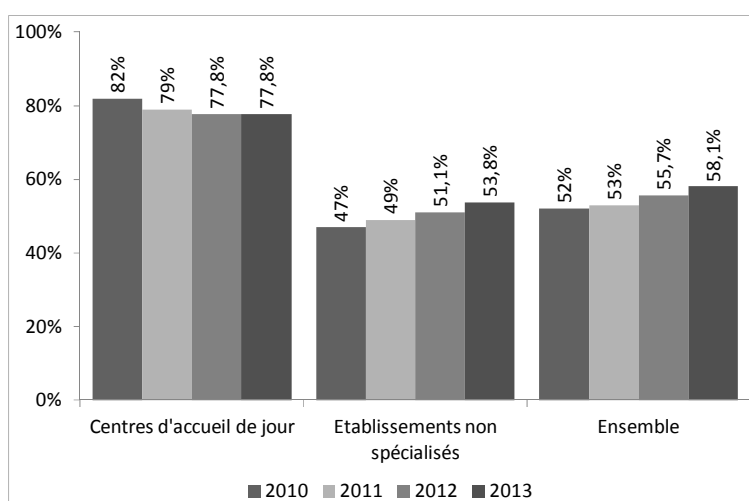
En 2013, la proportion de structures ayant répondu à l'enquête et déclaré avoir une activité d'accueil de jour avec des locaux dédiés à cette activité continue d'augmenter en 2013 (77,1 % en 2012 et 82,0 % en 2013). Comme l'année précédente, les unités d'accueil de jour ayant déclaré ne pas disposer de locaux dédiés sont dans 92,2 % des cas, des maisons de retraite (93,3 % en 2012) ; dans 7,8 % des cas, des centres d'accueil de jour (6,4 % en 2012) et le reste, des établissements d'accueil temporaire pour personnes âgées. Ces unités d'accueil de jour ne disposant pas de locaux dédiés, proposent en moyenne 4,7 places d'accueil de jour ( $\pm 3,5$ ) (4,6 places en moyenne en 2012).

Concernant les centres d'accueil de jour, neuf sur dix (92,2 %) disposent de locaux dédiés en 2013, proportion stable par rapport à 2012 (91,5 %). Dans un cas sur sept (14,0 %), ces centres d'accueil de jour sont situés au sein d'un EHPAD ou d'un hôpital (20,6 % en 2012). Comme l'année précédente, les centres ainsi situés proposent un nombre de places en accueil de jour plus limité que les centres d'accueil de jour situés en dehors d'un EHPAD ou d'un hôpital : 11,0 places en moyenne ( $\pm 3,9$ ) contre 13,6 places ( $\pm 4,6$ ). En 2012, ces valeurs étaient de même ordre de grandeur : respectivement de 11 places et 13 places en moyenne.

### III.1.3 Projet d'établissement spécifique

En 2013, près de six structures sur dix (58,1 %) ont fait part de l'existence d'un projet d'établissement spécifique pour une activité d'accueil de jour. Cette proportion est nettement plus élevée pour les centres d'accueil de jour (77,8 %) que pour les établissements non spécialisés (53,8 %). Les évolutions entre 2012 et 2013 ne sont pas statistiquement significatives et ceci quel que soit le type d'unité d'accueil de jour.

**Graphique 3 : Existence d'un projet d'établissement spécifique**



**Non réponses en 2013** : 20 structures (1,8 %)

**Note de lecture** : En 2013, 77,8 % des accueils de jour ont un projet d'établissement spécifique.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

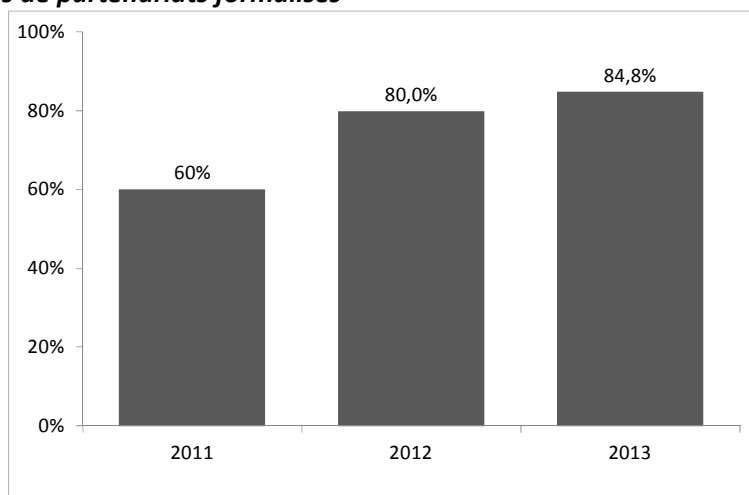
**Source** : Données d'activité 2010, 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Au sein des établissements non spécialisés ayant déclaré l'existence d'un projet d'établissement spécifique, comme pour l'année précédente mais avec un écart plus important, ce type de projet est plus fréquemment envisagé dans les grandes unités d'accueil de jour (6 places ou plus) que dans les plus petites. La proportion de ce type de structure atteignant le seuil recommandé de 6 places ou plus continue d'augmenter en 2013. Ainsi, les trois quarts (75,8 %) des établissements non spécialisés d'au moins 6 places déclarent un projet spécifique pour l'accueil de jour en 2013 (67,3 % en 2012) contre 24,2 % des établissements non spécialisés n'atteignant pas le seuil recommandé de 6 places (32,7 % en 2012).

### III.1.4 Partenariats

En 2013, 84,8 % des structures ayant répondu à l'enquête et pratiquant une activité d'accueil de jour ont déclaré avoir établi au moins un lien formalisé avec une autre structure. Cette proportion continue de progresser (80,0 % en 2012).

**Graphique 4 : Liens de partenariats formalisés**



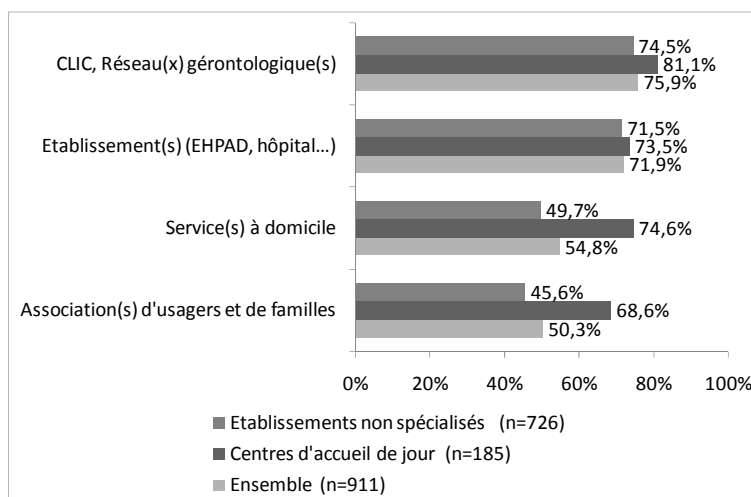
**Note de lecture :** En 2013, 84,8 % des établissements ont au moins un lien de partenariat formalisé avec une autre structure.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source :** Données d'activité 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

Parmi l'ensemble des unités d'accueil de jour ayant déclaré avoir établi au moins un lien formalisé avec une autre structure, trois quarts (75,9 %) d'entre elles disent avoir formalisé des liens avec un ou des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ou des réseaux gérontologiques (77,6 % en 2012). Viennent en deuxième position les liens formalisés avec des établissements (du type EHPAD, hôpitaux...). Sept unités d'accueil de jour sur dix (71,9 %) ont cité ce type de partenariat (69,7 % en 2012). Un partenariat avec les services à domicile a été cité par 54,8 % des unités d'accueil de jour (50,9 % en 2012) et avec les associations d'usagers et de familles par la moitié (50,4 % en 2012). L'ensemble des proportions reste stable entre 2012 et 2013.

**Graphique 5 : Type de partenariats formalisés – Année d'activité 2013**



**Note de lecture** : En 2013, 74,5 % des établissements non spécialisés ont un partenariat formalisé avec au moins un CLIC ou un réseau gérontologique.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source** : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAMI-ORS LR

Pour la plupart des partenariats établis (à l'exception d'un partenariat avec des établissements de type EHPAD, hôpital...), les centres d'accueil de jour ont déclaré avoir davantage de liens formalisés avec d'autres partenaires que les établissements non spécialisés et plus particulièrement ceux n'atteignant pas le seuil de six places. La proportion des structures ayant déclaré au moins un partenariat avec des établissements (de type EHPAD, Hôpital...) ne diffère pas selon le type de structures spécialisées en accueil de jour ou non. Aucune évolution significative n'a pu être mise en évidence entre 2012 et 2013.

Parmi l'ensemble des unités d'accueil de jour ayant déclaré avoir établi au moins un lien formalisé avec une autre structure, un quart d'entre elles (25,4 %) a déclaré avoir des liens avec les quatre types de structures indiquées (CLIC, services à domicile, établissements de type EHPAD, hôpital,... et associations d'usagers et de familles), proportion stable entre 2012 et 2013 (23,9 % en 2012).

Au sein des centres d'accueil de jour, ce sont 45,4 % d'entre eux qui ont l'ensemble des partenaires proposés (38,5 % en 2012). Comme l'année précédente, un établissement non spécialisé sur cinq (20,2 %) l'a déclaré également (20,1 % en 2012).

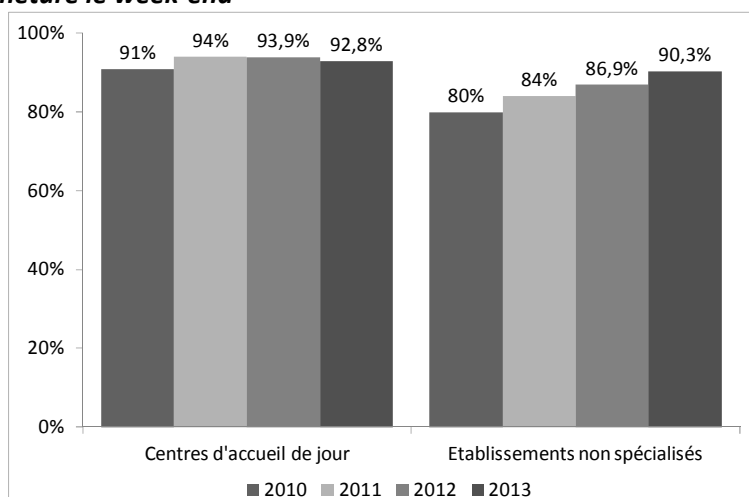
Les liens formalisés avec d'autres partenaires restent établis par les unités d'accueil de jour ayant répondu à l'enquête 2013, sur des proportions équivalentes à celles observées en 2012.

## III.2 Activité des unités d'accueil de jour

### III.2.1 Plage d'ouverture

En 2013, neuf unités d'accueil de jour sur dix (90,8 %) sont fermées en fin de semaine. Cette proportion est en augmentation par rapport à celle observée en 2012 (88,1 %). La fermeture le week-end concerne en 2013 autant les unités des centres d'accueil de jour que les établissements non spécialisés (en 2012 cela concernait davantage les centres d'accueil de jour). Ceci est dû à une augmentation significative entre 2012 et 2013 de la proportion d'établissements non spécialisés ayant déclaré une fermeture le week-end de leur activité d'accueil de jour, atteignant ainsi une proportion quasi équivalente à celle des centres d'accueil de jour.

**Graphique 6 : Fermeture le week-end**



**Non réponses en 2013 :** 13 structures (1,2 %)

**Note de lecture :** En 2013, 92,8 % des centres d'accueil de jour sont fermés le week-end.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source :** Données d'activité 2010, 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

En moyenne, les unités d'accueil de jour ayant répondu à l'enquête 2013 sont autorisées à ouvrir 258 jours par an ( $\pm 40,3$ ). Cette valeur reste équivalente à celle observée dans l'enquête 2012 (261 jours par an en moyenne  $\pm 46,1$ ).

En 2013, quatre unités d'accueil de jour sur dix (41,3 %) indiquent que le nombre de journées de présence en accueil de jour par semaine, par bénéficiaire, est plafonné. Cette proportion est proche de celle notée l'année précédente : 38,9 % en 2012. La mention d'un tel plafond reste en 2013 un peu plus fréquente dans les centres d'accueil de jour que dans les établissements non spécialisés : 51,3 % contre 39,1 % en 2013 (47,0 % contre 37,3 % en 2012). Comme pour l'enquête précédente, ce plafonnement pour l'ensemble des unités d'accueil de jour est en moyenne de 3,8 jours par semaine en 2013 ( $\pm 1,1$ ).

Les bénéficiaires peuvent également s'inscrire au sein du dispositif pour un accueil sur des demi-journées : cette modulation de l'accueil de jour est proposée par 54,2 % des unités

d'accueil de jour ayant répondu à l'enquête, proportion équivalente à celle notée en 2012 (56,4 % en 2012).

### III.2.2 Personnels d'accompagnement et de soins dédiés aux usagers de l'accueil de jour

Comme pour l'enquête précédente, les aides-soignants (65,2 %), les psychologues (57,1 %), les aides médico-psychologiques (56,5 %), et les infirmiers (52,9 %) sont les personnels d'accompagnement et de soins qui interviennent dans le plus grand nombre d'unités d'accueil de jour (respectivement 66,6 %, 54,3 %, 56,3 % et 52,0 % en 2012). L'ensemble de ces proportions reste équivalent à celles notées en 2012.

Au sein des centres autonomes d'accueil de jour, ces quatre professions sont encore plus fréquemment citées. Notamment, les professions d'infirmier sont davantage citées dans les centres autonomes d'accueil de jour (81,7 %) que dans les établissements non spécialisés (46,0 %) (76,9 % contre 45,9 % en 2012).

Cependant, les temps de présence de ces professionnels dans les unités d'accueil de jour, autonomes ou non, ne sont pas identiques et, en équivalent temps plein (ETP), les aides-soignants et les aides médico-psychologiques se détachent nettement de toutes les autres professions. Ils représentent chacun autour de 30 % des ETP des unités d'accueil de jour, comme en 2012. Pour l'ensemble des unités d'accueil de jour, les psychologues n'en représentent que 4,4 % et les infirmiers 8,1 % (respectivement 4,4 % et 8,5 % en 2012).

Ainsi, le taux d'encadrement moyen est d'1,03 ETP d'aide-soignant pour 10 places d'accueil de jour en 2013 et de 0,85 ETP d'aide médico-psychologique, tandis que le taux d'encadrement en infirmier est en moyenne de 0,25 ETP (0,26 en 2012) et celui des psychologues de 0,14 ETP pour 10 places d'accueil de jour installées (0,13 en 2012).

Comme lors de l'enquête précédente, la présence des autres professions est moins importante. Des médecins-coordonnateurs interviennent dans un tiers des unités d'accueil de jour (32,6 %) mais pour une quotité de temps faible. Le taux d'encadrement en médecin-coordonnateur reste inchangé en 2013 et est de 0,04 ETP pour 10 places d'accueil de jour installées (0,04 en 2012). Un cinquième (22,1 %) des unités d'accueil de jour déclare recourir aux services d'un animateur (24,2 % en 2012) ; 35,1 % à ceux d'un ASH (34,8 % en 2012) et 12,4 % à ceux d'un auxiliaire de vie sociale (11,8 % en 2012), pour un temps d'intervention proche de celui des psychologues. Une unité d'accueil de jour sur cinq (20,6 %) fait intervenir un ergothérapeute en 2013 (19,7 % en 2012) et 12,7 % un psychomotricien (12,3 % en 2012). L'ensemble de ces proportions reste équivalent à celles notées en 2012.

Par ailleurs, la proportion d'unités d'accueil de jour ayant précisé faire intervenir d'autres professionnels que ceux figurant dans la liste proposée a augmenté entre 2012 et 2013 passant de 28,7 % à 31,8 %. La proportion des effectifs en ETP pour ces « autres »

professionnels a également augmenté en 2013. Ils représentent 7,4 % des ETP cumulés de l'ensemble des structures en 2013 contre 5,4 % en 2012.

Au total, les unités d'accueil de jour offrent un encadrement moyen en personnel d'accompagnement et de soins équivalent à 3,14 temps plein pour 10 places installées (3,03 en 2012).

Le taux d'encadrement moyen est légèrement plus élevé dans les établissements non spécialisés (3,15 temps plein pour 10 places installées en 2013) que dans les centres autonomes d'accueil de jour (3,10 temps plein pour 10 places installées en 2013). C'était l'inverse en 2012.

**Tableau 9 : Encadrement en personnel d'accompagnement et de soins**

ANNÉE 2013		Part des AJ ayant au moins un intervenant du type	Répartition des effectifs en ETP par type de fonction	Taux d'encadrement moyen pour 10 places <sup>5</sup>
Centres d'accueil de jour n=191	Aide-soignant	73,3 %	26,3 %	0,82
	AMP (Aide Médico-Psychologique)	74,9 %	30,6 %	0,95
	AVS (Auxiliaire de Vie Sociale)	27,2 %	5,6 %	0,17
	Animateur	19,4 %	2,7 %	0,09
	Psychologue	72,3 %	5,2 %	0,16
	Infirmier	81,7 %	11,7 %	0,36
	Médecin coordonnateur	32,5 %	1,0 %	0,03
	Ergothérapeute	21,5 %	2,1 %	0,06
	Psychomotricien	26,7 %	2,5 %	0,08
	ASH (Agent des Services Hospitaliers)	33,0 %	4,3 %	0,13
	Autres	46,1 %	7,8 %	0,24
	<b>Pers. d'accompagnement et de soins</b>	<b>98,5 %</b>	<b>100 %</b>	<b>3,10</b>
Établissements non spécialisés n=794	Aide-soignant	63,2 %	35,4 %	1,12
	AMP (Aide Médico-Psychologique)	52,1 %	25,9 %	0,81
	AVS (Auxiliaire de Vie Sociale)	8,8 %	2,7 %	0,08
	Animateur	22,8 %	3,8 %	0,12
	Psychologue	53,4 %	4,0 %	0,13
	Infirmier	46,0 %	6,6 %	0,21
	Médecin coordonnateur	32,6 %	1,2 %	0,04
	Ergothérapeute	20,4 %	2,3 %	0,07
	Psychomotricien	9,3 %	0,8 %	0,03
	ASH (Agent des Services Hospitaliers)	35,6 %	10,0 %	0,31
	Autres	28,3 %	7,3 %	0,23
	<b>Pers. d'accompagnement et de soins</b>	<b>89,9 %</b>	<b>100 %</b>	<b>3,15</b>
Ensemble n=985	Aide-soignant	65,2 %	32,8 %	1,03
	AMP (Aide Médico-Psychologique)	56,5 %	27,2 %	0,85
	AVS (Auxiliaire de Vie Sociale)	12,4 %	3,5 %	0,11
	Animateur	22,1 %	3,5 %	0,11
	Psychologue	57,1 %	4,4 %	0,14
	Infirmier	52,9 %	8,1 %	0,25
	Médecin coordonnateur	32,6 %	1,2 %	0,04
	Ergothérapeute	20,6 %	2,2 %	0,07
	Psychomotricien	12,7 %	1,3 %	0,04
	ASH (Agent des Services Hospitaliers)	35,1 %	8,3 %	0,26
	Autres	31,8 %	7,4 %	0,23
	<b>Pers. d'accompagnement et de soins</b>	<b>91,5 %</b>	<b>100,0</b>	<b>3,14</b>

**Note de lecture :** En 2013, 73,3 % des centres autonomes d'accueil de jour emploient au moins un aide-soignant (AS). Les AS y constituent 26,3 % du personnel d'accompagnement et de soins en ETP. Le taux d'encadrement en AS est de 0,82 ETP pour 10 places installées.

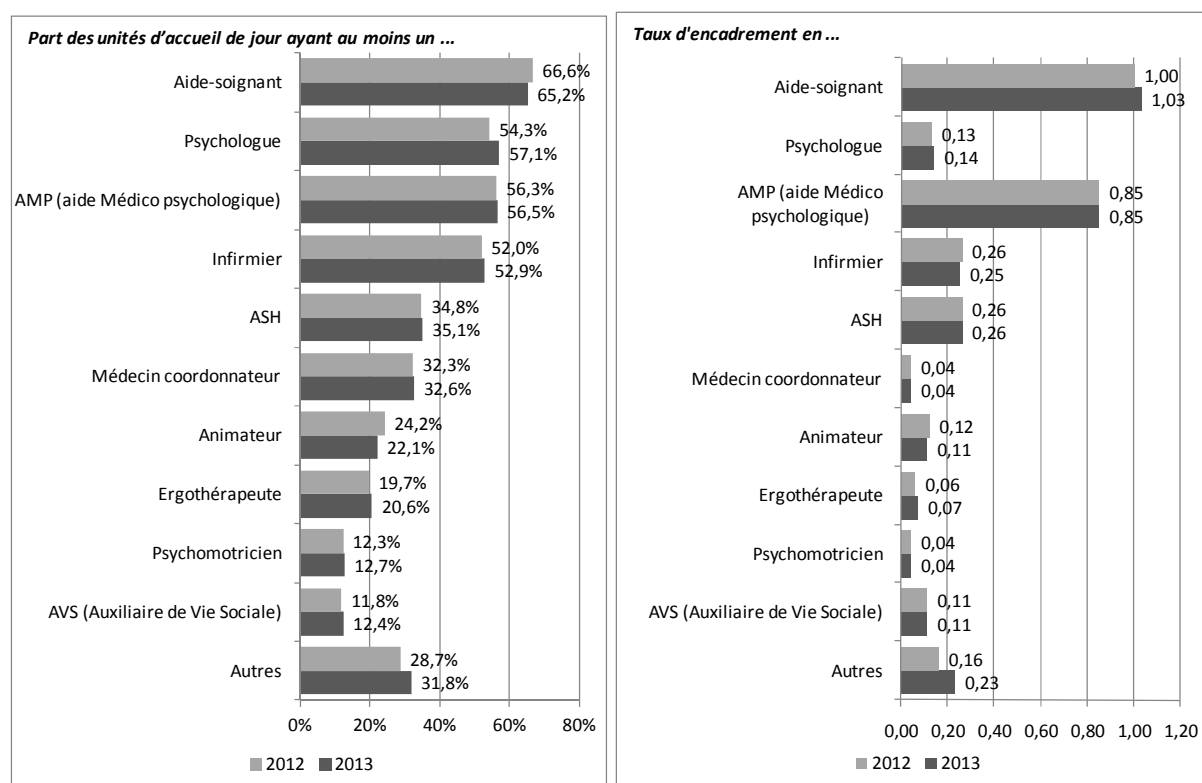
**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source :** Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAM-ORS LR

<sup>5</sup> Taux d'encadrement moyen pour 10 places = (nombre d'ETP/nombre de places installées) \* 10 places



**Graphique 7 : Encadrement en personnel d'accompagnement et de soins**



**Non réponses en 2013 :** 92 structures (8,5 %)

**Note de lecture :** En 2013, 65,2 % des unités d'accueil de jour emploient au moins un aide-soignant en 2013 soit 1,03 temps plein d'aide-soignant pour 10 places installées.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source :** Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREA-ORS LR

Parmi l'ensemble des unités d'accueil de jour ayant répondu à l'enquête 2013, 22,6 % (soit 244 structures) ont cité avoir un budget autonome pour faire intervenir au moins une personne autre que d'accompagnement ou de soins, dont 61,1 % sont des centres autonomes d'accueil de jour et 38,9 % des établissements non spécialisés. L'ensemble de ces proportions est équivalent à celles notées en 2012.

**Tableau 10 : Encadrement des unités d'accueil de jour en personnel autre que d'accompagnement et de soins**

ANNÉE 2013	Effectifs en ETP par type de fonction	Taux d'encadrement moyen pour 10 places
<b>Centres d'accueil de jour (n=147)</b>	<b>115,5</b>	<b>0,57</b>
Direction	43,8	0,22
Administration	48,1	0,24
Autres	23,6	0,12
<b>Etablissements non spécialisés (n=95)</b>	<b>29,8</b>	<b>0,43</b>
Direction	5,2	0,08
Administration	14,7	0,21
Autres	9,9	0,14
<b>Ensemble (n=242)</b>	<b>145,4</b>	<b>0,53</b>
Direction	49,1	0,18
Administration	62,8	0,23
Autres	33,5	0,12

**Non réponses en 2013** : 2 structures (0,8 %)

**Note de lecture** : En 2013, le taux d'encadrement moyen du personnel de direction dans les centres autonomes d'accueil de jour est de 0,22 pour 10 places installées.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source** : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAL-ORS LR

Les centres d'accueil de jour ayant un budget autonome organisent leur unité autour d'un personnel de direction et d'administration équivalent à 0,46 temps plein en moyenne pour 10 places installées en 2013 (0,39 en 2012).

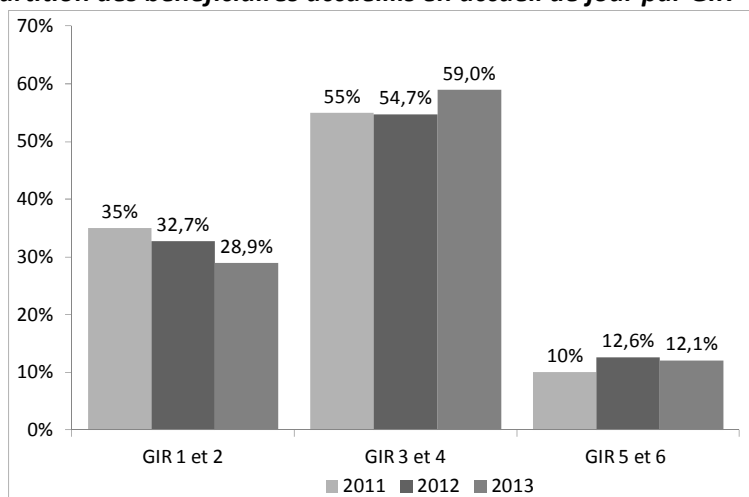
### III.2.3 Bénéficiaires et fréquentation

En 2013, les structures ayant une activité d'accueil de jour ont, en moyenne, accueilli davantage de bénéficiaires différents qu'en 2012 (27,6 contre 24,7 en 2012). Elles ont réalisé en moyenne davantage de journées : 1 171 journées contre 1 096 en moyenne en 2012. Chaque personne âgée reçue est venue en moyenne 42,3 jours sur l'année 2013 (44,4 en 2012).

Lorsque la distinction a pu être établie par le répondant, les malades Alzheimer (ou maladies apparentées) représentent 88,1 % de la clientèle accueillie en 2013 en moyenne sur l'ensemble des structures d'accueil de jour (87,7 % en 2012) et 91,3 % dans les centres autonomes d'accueil de jour. Dans ces dernières structures, l'augmentation par rapport à l'année précédente (90,0 % en 2012) est significative.

Comme l'année précédente, les personnes accueillies en 2013 restent surtout des personnes en GIR 3-4 (59,0 %) et, dans une moindre mesure, en GIR 1-2 (28,9 %). Les personnes peu ou pas dépendantes (GIR 5-6) ne représentent que 12,1 % des personnes accueillies en 2013. La proportion des personnes en GIR 3-4 accueillies en 2013 est à la hausse, passant ainsi de 54,7 % en 2012 à 59,0 % en 2013. En revanche, la proportion des personnes en GIR 1-2 accueillies en 2013 est à la baisse passant ainsi de 32,7 % en 2012 à 28,9 % en 2013. Cette baisse est en prolongement de ce qui était observé entre 2011 et 2012.

**Graphique 8 : Répartition des bénéficiaires accueillis en accueil de jour par GIR**



**Non réponses en 2013** : 136 structures (14,4 %)

**Note de lecture** : En 2013, 28,9 % des personnes accueillies en accueil de jour présentaient un GIR 1 ou 2.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source** : Données d'activité 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Comme l'année précédente, les centres autonomes d'accueil de jour ont reçu en moyenne davantage de personnes âgées que les établissements non spécialisés : 52 personnes accueillies en moyenne dans les centres autonomes d'accueil de jour contre environ 19 dans les autres structures. Ces chiffres restent identiques à ceux notés en 2012. Les centres autonomes d'accueil de jour ont donc réalisé davantage de journées : 2 312 journées en moyenne en 2013 (2 234 en moyenne en 2012) contre 918 journées en moyenne en 2013 pour les autres unités (856 en moyenne en 2012). L'ensemble des moyennes notées en 2013 sont en augmentation par rapport à l'année précédente.

Comme l'enquête précédente, une place en accueil de jour sert à trois personnes différentes sur l'année 2013. En effet, le ratio du nombre de bénéficiaires différents reçus dans l'année sur le nombre de places installées vaut en moyenne 3,3 (3,1 en 2012). Il vaut 3,9 en moyenne pour les centres autonomes d'accueil de jour (3,9 en 2012), contre 3,1 en moyenne dans les autres structures (2,9 en 2012). Ces moyennes restent équivalentes à celles notées en 2012.

Une des questions posées porte également sur le nombre de personnes différentes accueillies au sein de l'unité d'accueil de jour, ainsi que sur leur nombre de jours de présence au cours de la semaine de référence du 2 au 8 décembre 2013. Pendant cette semaine, 16 personnes en moyenne auraient été accueillies dans les unités d'accueil de jour (14 en 2012), la plupart étant des malades Alzheimer ou apparentés. Cette moyenne est à la hausse entre 2012 et 2013.

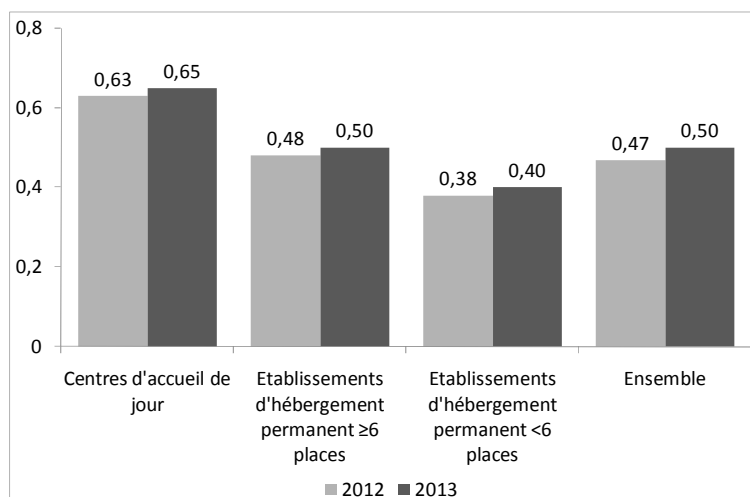
Comme l'année précédente, les centres autonomes d'accueil de jour ont reçu davantage en moyenne de personnes durant la semaine d'activité investiguée que les établissements non spécialisés : en 2013, 31 personnes en moyenne contre 13 personnes en moyenne. La moyenne notée en 2013 dans les établissements non spécialisés est à la hausse, passant ainsi de 11 en 2012 à 13 en 2013. Celle notée dans les centres autonomes d'accueil de jour reste équivalente à celle notée en 2012 (30 personnes).

En moyenne, les bénéficiaires ont fréquenté l'unité d'accueil de jour 2,1 jours la semaine du 2 au 8 décembre 2013 (2,1 jours en 2012). En 2013, les séjours restent équivalents entre les centres autonomes d'accueil de jour (1,9 jours en moyenne) (2,1 jours en 2012) et les établissements non spécialisés (2,2 jours en moyenne) (2,1 jours en 2012).

#### III.2.4 Ratio d'exploitation

Parmi les structures d'accueil de jour ayant un nombre de jours réalisés non nul, un nombre de jours d'ouverture autorisés par an non nul, une capacité installée non nulle et un nombre de bénéficiaires différents accueillis non nul, un ratio d'exploitation a pu être calculé en faisant le rapport entre le nombre de journées effectuées en AJ sur le nombre de jours d'ouverture autorisés multiplié par le nombre de places d'AJ installées. On obtient ainsi un ratio d'exploitation qui s'il vaut « 1 » signifie que chacune des places installées est occupée chaque jour d'ouverture autorisé. Les valeurs trouvées sont inférieures ou égales à 1 pour 845 structures (78,5 % de l'ensemble des structures d'accueil de jour ayant répondu à l'enquête 2013, proportion qui reste stable entre 2012 et 2013).

**Graphique 9 : Ratio d'exploitation moyen par type d'accueil de jour**



**Non réponses en 2013** : 232 structures (21,5 %)

**Note de lecture** : En 2013, le ratio d'exploitation moyen dans les centres d'accueil de jour est de 0,65 (soit 65 % des capacités utilisées).

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Sur l'ensemble de l'année 2013, le ratio d'exploitation est plus élevé que l'année précédente et il est en moyenne de 0,50 (0,47 en 2012). Il est compris entre 0,48 et 1,00 dans la moitié des unités (0,55 et 0,96 en 2011).

Il faut noter que le ratio d'exploitation des accueils de jour qui ont ouvert en 2012<sup>6</sup> est significativement plus faible (0,42) que celui des structures ayant ouvert il y a plus longtemps : 0,53 pour celles ayant ouvert entre 2005 et 2011 et 0,60 pour celles ayant ouvert avant 2005.

Le ratio moyen des centres autonomes d'accueil de jour est supérieur à cette moyenne : 0,65 en 2013 (0,63 en 2012). Ce ratio d'exploitation de l'ensemble des unités d'accueil de jour reste en 2013, identique à la moyenne dans les unités des établissements d'hébergement permanent ayant au moins 6 places d'accueil de jour : 0,50 en 2013 (0,48 en 2012).

En revanche, il est inférieur à cette moyenne (0,40 en 2013 et 0,38 en 2012) dans les unités des établissements d'hébergement permanent de moins de 6 places d'accueil de jour. Un examen attentif de l'évolution du ratio d'exploitation entre 2012 et 2013 montre que, pour les établissements inclus à la fois dans l'analyse de 2012 et dans celle de 2013, le ratio d'exploitation reste stable (0,51 en 2012 et 0,53 en 2013) (pour 660 établissements). Pour les 161 établissements qui n'avaient pas répondu en 2012 et qui ont été retenus dans l'analyse uniquement pour 2013, le ratio d'exploitation est plus bas, à 0,41.

<sup>6</sup> Les structures ayant ouvert en cours d'année 2013 ne sont pas prises en compte dans cette comparaison qui nécessite de pouvoir observer un fonctionnement en année pleine.

### III.2.5 Liste d'attente

Près de trois structures pratiquant l'accueil de jour sur dix (28,0 %) disent avoir une liste d'attente en 2013. Cette proportion reste équivalente à celle notée en 2012 (25,0 % en 2012). Comme l'année précédente, cette situation reste plus fréquente dans les centres autonomes d'accueil de jour – 40,0 % (36,9 % en 2012) – que dans les autres structures – 25,3 % (22,5 % en 2012). L'ensemble de ces proportions reste stable entre 2012 et 2013.

Comme l'année précédente, davantage de personnes sont inscrites sur liste d'attente dans les centres autonomes d'accueil de jour que dans les établissements non spécialisés : 9,5 personnes en moyenne dans les centres autonomes d'accueil de jour (9,2 personnes en moyenne en 2012) contre 6,3 dans les établissements non spécialisés (5,5 en moyenne en 2012). Sur l'ensemble des structures d'accueil de jour ayant déclaré avoir une liste d'attente en 2013, 7,1 personnes sont inscrites en moyenne (6,4 en moyenne en 2012). L'ensemble de ces moyennes reste stable entre 2012 et 2013.

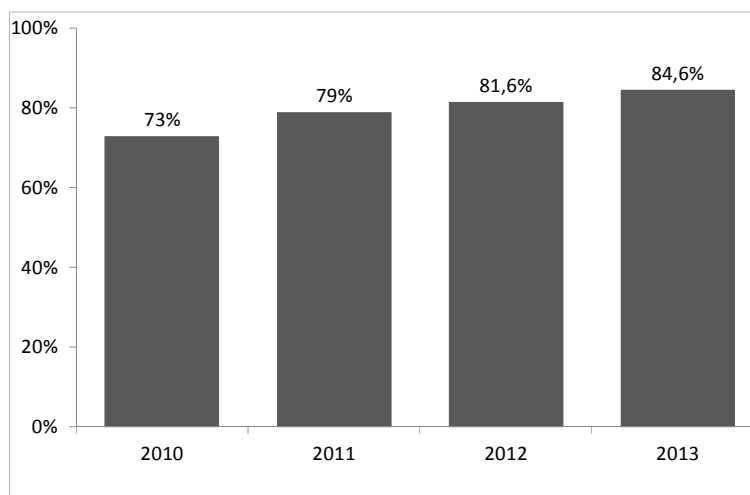
Les listes d'attente restent en 2013, un peu plus fréquentes dans les établissements d'hébergement permanent disposant d'au moins 6 places d'accueil de jour (26,5 %) que dans les plus petites (22,3 %) (24,2 % contre 19,8 % en 2012). Ces proportions restent stables entre 2012 et 2013.

### III.2.6 Organisation des transports

En 2013, 84,6 % des structures pratiquant l'accueil de jour déclarent avoir mis en place une organisation du transport pour les personnes accueillies. Si l'évolution par rapport à 2012 (81,6 %) n'est pas significative, celle-ci l'est par rapport à la situation observée en 2010, année au cours de laquelle 73 % des accueils de jour proposaient ce service.

Cette disposition est un peu plus fréquente dans les centres autonomes d'accueil de jour (92,3 %) que dans les établissements non spécialisés (82,9 %). Ces proportions restent stables entre 2012 et 2013. En effet, les valeurs observées en 2012 étaient de 91,5 % dans les centres autonomes d'accueil de jour contre 79,6 % dans les établissements non spécialisés.

## Graphique 10 : Organisation des transports



**Non réponses en 2013 :** Aucune structure

**Note de lecture :** En 2013, 84,6 % des accueils de jour avaient mis en place une organisation des transports pour les personnes accueillies.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source :** Données d'activité 2010, 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

Comme l'année précédente, les établissements d'hébergement permanent d'au moins 6 places d'accueil de jour offrent plus souvent ce service (89,2 %) que les plus petites unités (67,1 %) (88,5 % contre 64,7 % en 2012). Ces proportions restent stables entre 2012 et 2013.

En 2013, près de neuf structures d'accueil de jour sur dix (88,9 %) ont mis en place un système de transport (86,3 % en 2012). Parmi ces 957 structures concernées en 2013 :

- 46,7 % déclarent avoir confié cette charge à un prestataire extérieur (46,1 % en 2012) ;
- 45,8 % déclarent qu'il s'agit d'une prise en charge par l'unité d'accueil de jour (véhicule propre) (43,4 % en 2012).
- 39,6 % ont prévu un dédommagement aux familles pour les frais liés au transport de leurs proches (41,0 % en 2012) ;

L'ensemble de ces proportions reste stable entre 2012 et 2013.

En moyenne, un établissement exerçant l'accueil de jour et ayant mis en place un système de transport aurait dépensé environ 21 120 € pour l'organisation des transports en 2013 (19 920 € en 2012).

Rapporté à la capacité installée (non nulle), cela représente en moyenne environ 2 349<sup>7</sup> € par place installée<sup>8</sup> en 2013 (2 350 € en 2012).

<sup>7</sup> 2 461 € sur 697 observations en excluant les structures ouvertes en 2013.

<sup>8</sup> Les établissements ayant répondu à cette question ont en moyenne plus de places d'AJ que les autres (9 places en moyenne contre 6).

Les structures qui déclarent le montant des crédits reçus de l'Assurance Maladie pour financer les transports (59,1 % de l'ensemble des structures en 2013) auraient touché en moyenne environ 26 750 € sur l'année 2013 (25 020 € en 2012), ce qui représente à peu près en moyenne 2 990 € par place installée d'accueil de jour en 2013 (3 130 € en 2012).

L'ensemble de ces moyennes reste stable entre 2012 et 2013.

Peu d'unités d'accueil de jour mentionnent un montant de crédits reçus en provenance du Conseil général à cet effet. Cette proportion reste stable entre 2012 et 2013 : elle est de 9,9 % en 2013 (10,0 % en 2012). Les montants distribués sont moindres que ceux alloués par l'Assurance maladie : environ 12 790 € en moyenne sur l'année 2013 contre 12 600 € en 2012 soit, en moyenne 1 400 € par place installée (1 460 € environ en 2012). Toutefois, il faut préciser que les montants déclarés (pour les dépenses comme pour les crédits) varient considérablement d'un établissement à l'autre. L'ensemble de ces moyennes reste stable entre 2012 et 2013.

### **III.2.7 Accueil itinérant**

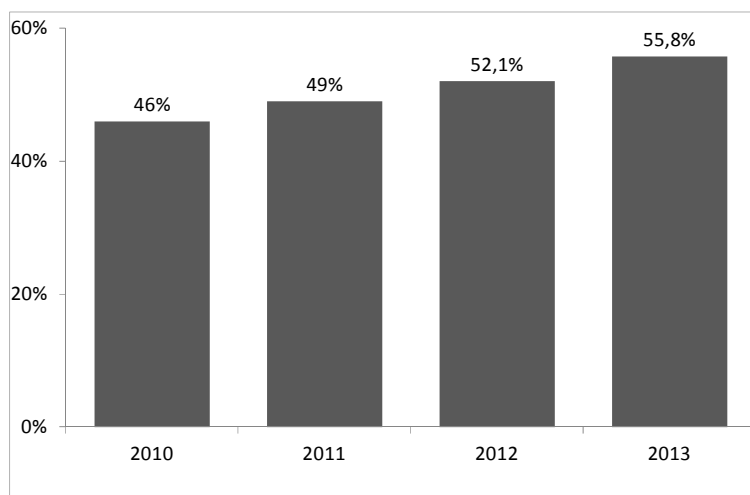
En 2013, certaines structures proposent un accueil de jour itinérant. Ce dispositif reste encore rare puisqu'il ne concerne que 44 établissements, représentant 4,1 % de l'ensemble des établissements ayant répondu à l'enquête (3,2 % en 2012). Cette proportion reste stable entre 2012 et 2013 de même que par rapport aux années précédentes.

### **III.2.8 Activités à destination des aidants familiaux**

En 2013, 55,8 % des structures pratiquant l'accueil de jour déclarent avoir mis en place une activité à destination des aidants familiaux. Cette proportion reste stable entre 2012 et 2013. Elles étaient 52,1 % en 2012.



### Graphique 11 : Activités à destination des aidants familiaux



**Non réponses en 2013 :** 3 structures (0,3 %)

**Note de lecture :** En 2013, 55,8 % des structures ont développé des activités à destination des aidants familiaux.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2013.

**Source :** Données d'activité, 2010, 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREA-ORS LR

Comme l'année précédente, ce dispositif reste beaucoup plus courant dans les centres autonomes d'accueil de jour (80,9 %) que dans les établissements non spécialisés (50,2 %) (78,1 % contre 46,7 % en 2012). Cette activité reste aussi plus fréquente en 2013 dans les établissements d'hébergement permanent aux unités d'au moins six places (55,0 %) que dans les plus petites (37,8 %) (52,6 % contre 36,6 % en 2012). L'ensemble de ces proportions reste stable entre 2012 et 2013.

## III.3 Financements et coûts

### III.3.1 Tarifs journaliers

Le tarif journalier d'hébergement moyen des personnes accueillies dans l'année au sein des unités d'accueil de jour atteint 27,36 € en moyenne en 2013 (26,83 € en moyenne en 2012). Comme l'année précédente, dans sept cas sur dix (71,7 %), le tarif journalier moyen se situe entre 20 et 40 €. Le tarif journalier d'hébergement moyen reste en 2013, un peu plus élevé dans les centres autonomes d'accueil de jour (28,94 €) que dans les structures non spécialisées (27,02 €).

Ces tarifs journaliers moyens restent équivalents à ceux notés en 2012. En 2012, ils étaient de 28,87 € dans les centres autonomes d'accueil de jour et 26,41 € dans les structures non spécialisées.

Le tarif dépendance journalier des personnes est de :

- en GIR 1 ou 2 : 18,67 € en moyenne en 2013 (18,14 € en 2012). Ce tarif s'élève à 25,36 € en moyenne en centres autonomes d'accueil de jour (24,67 € en 2012) ;

- en GIR 3 ou 4 : 13,23 € en moyenne en 2013 (12,80 € en 2012). Ce tarif s'élève à 18,65 € en moyenne en centres autonomes d'accueil de jour (18,37 € en 2012) ;
- en GIR 5 ou 6 : 7,18 € en moyenne en 2013 (6,73 € en 2012). Ce tarif s'élève à 10,47 € en moyenne en centres autonomes d'accueil de jour (11,64 € en 2012).

L'ensemble de ces tarifs moyens reste stable entre 2012 et 2013.

### III.3.2 Dotation financière extra-légale (Conseil général, autre provenance)

En 2013, seuls 12,1 % des structures pratiquant l'accueil de jour déclarent avoir reçu une dotation financière extra-légale du Conseil général (12,6 % en 2012), et une sur dix (10,9 %) une dotation extra-légale d'une autre provenance (CRAM, communes, financements privés...) (9,5 % en 2012). Comme l'année précédente, ces proportions restent plus élevées dans les centres autonomes d'accueil de jour pour une dotation du Conseil général (28,3 %) et pour une dotation provenant d'une autre source (27,0 %) (respectivement 30,6 % et 24,0 % en 2012).

L'ensemble de ces proportions reste stable entre 2012 et 2013.

### III.4 Communication autour de l'accueil de jour

En 2013, la proportion de structures d'accueils de jour déclarant avoir une démarche de communication concernant l'accueil de jour sur son territoire a augmenté, passant de 81,2 % en 2012 à 86,1 % en 2013. Malgré une hausse de la proportion de cette démarche dans les établissements non spécialisés entre 2012 et 2013, celle-ci reste un peu plus fréquente dans les centres autonomes d'accueil de jour (91,2 % en 2013 et 91,0 % en 2012) que dans les établissements non spécialisés (85,0 % en 2013 et 79,2 % en 2012).

## IV Les unités d'Hébergement Temporaire (HT) pour personnes âgées en 2013

Au moment du lancement de l'enquête portant sur l'activité 2013 des établissements médicosociaux, 2 718 structures étaient identifiées dans FINESS comme autorisées à avoir une activité d'hébergement temporaire et en avoir installé au moins une place. Au cours de l'enquête, 48 autres structures ont indiqué avoir une activité d'hébergement temporaire. Parmi ces 2 766 structures, 1 657 (59,1 %) ont répondu à tout ou partie du questionnaire. Un certain nombre de structures n'ont pas été retenues pour l'analyse : 11 car elles ont indiqué ne pas avoir d'activité d'hébergement temporaire et 237 car elles avaient répondu à moins des deux tiers des questions composant le questionnaire. Au total, l'analyse porte donc sur 1 409 structures (dont 34 non identifiées lors du lancement de l'étude).

### IV.1 Profil des établissements

La quasi-totalité des 1 409 établissements ayant complété le volet « hébergement temporaire » de l'enquête sont des établissements non spécialisés dans le sens où ils assurent de l'hébergement permanent de personnes âgées à titre d'activité principale. Il s'agit alors presque exclusivement de maisons de retraites (EHPAD ou non). Seulement 16 structures (1,1 %) sont des établissements spécialisés dans l'hébergement temporaire des personnes âgées. Cette proportion est en recul par rapport aux années précédentes (1,1 % en 2013, 2 % en 2011 et 3 % en 2010). Il faut noter le taux important de non réponse (ou de réponse partielle) au questionnaire de la part des établissements spécialisés : ce taux est de 53 % (47 % en 2012), et il est de 49 % pour les établissements non spécialisés (41 % en 2012).

Dans un quart des cas (25,8 %), les établissements n'ont pas renseigné la date de début de leur activité d'hébergement temporaire. Ce taux est proche de celui noté les années précédentes : 24 % en 2012 comme en 2011. Quand l'information est disponible, on constate que plus des trois quarts des établissements (77,0 %) ont débuté leur activité d'hébergement temporaire après 2003. Cette proportion était de près de 80 % en 2010, de 72 % en 2011 et de 75 % en 2012. Pour plus d'un établissement sur deux (53,7 %), ce début d'activité est encore plus récent, ayant débuté en 2008 ou après. Notons que 89 établissements (8,5 % des cas où cette information est renseignée) ont débuté leur activité au cours de l'année 2013.

#### IV.1.1 Capacité d'accueil

Les établissements ayant répondu au volet « Hébergement temporaire » de l'enquête déclarent avoir un total de 5 132 places installées, soit une moyenne de 3,6 places ( $\pm 3,6^9$ ) par établissement. Les structures retenues pour l'analyse ne diffèrent pas, en termes de capacité, de celles qui n'ont pas été retenues.

La diminution du nombre moyen de places enregistrées depuis 2010 se poursuit : 3,9 en 2010, 3,8 en 2011 et 3,7 en 2012. Près de la moitié des établissements (48,1 %), comme les années précédentes, ne disposent que d'une ou deux places d'hébergement temporaire. Seulement 6,0 % des établissements disposent de 10 places ou plus (6,9 % en 2012, 5 % en 2011 et un peu plus de 10 % en 2010). Quinze des seize établissements spécialisés ayant répondu ont plus de 10 places alors que cette proportion n'est que de 5,0 % parmi les établissements non spécialisés. Ces établissements spécialisés offrent en moyenne 20,3 ( $\pm 9,4$ ) places installées contre 3,5 ( $\pm 3,0$ ) pour les établissements non spécialisés.

#### IV.1.2 Projet d'établissement spécifique

Seulement 19,0 % des établissements répondants indiquent être dotés d'un projet d'établissement spécifique à l'activité d'hébergement temporaire. Cette proportion est identique à celle observée les années précédentes (17,6 % en 2012, 19 % en 2011 et 18 % en 2010). Ceci est plus fréquent dans les établissements spécialisés : 62,5 % sont dans ce cas (10 établissements sur 16). Cette proportion ne diffère pas sur le plan statistique de celle observée l'année précédente : 80 % des établissements spécialisés avaient un projet d'établissement spécifique en 2012. Elle est également similaire à celle observée en 2011 (59 %).

#### IV.1.3 Partenariats

Les établissements signalent dans 70,9 % des cas l'existence de liens formalisés avec d'autres catégories de structures ou d'établissements pour le fonctionnement des places d'hébergement temporaire. Cette proportion est identique à celle observée en 2012 et 2011 et supérieure à celle de 2010 (plus de 60 %). Dans 18,9 % des cas, les liens existent avec une seule catégorie de structures, dans 24,0 % avec deux, dans 16,9 % avec trois et, plus rarement (10,3 %), avec les quatre catégories de structures proposées dans le questionnaire.

---

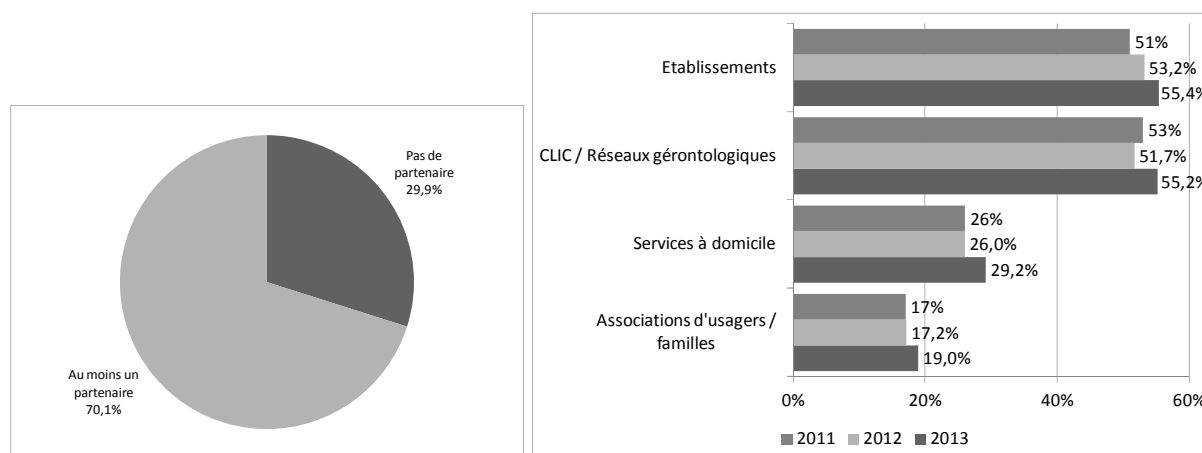
<sup>9</sup> Après une moyenne, la valeur entre parenthèses précédée du signe  $\pm$  correspond à son écart-type. Celui-ci donne une idée de la distribution et de la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus l'écart-type est élevé, plus la dispersion des valeurs autour de la moyenne est importante.

Dans le détail, ces liens formalisés sont noués :

- avec un ou des établissements d'hébergement (EHPAD, hôpital...) dans 55,4 % des cas (53,2 en 2012, 51 % en 2011 et 42 % en 2010) ;
- avec un ou des CLIC ou avec des réseaux gérontologiques dans 51,7 % des cas (51,7 % en 2012, 53 % en 2011 et 45 % en 2010) ;
- avec un ou des services à domicile (SAD ou SSIAD) dans 29,2 % des cas (26,0 % en 2012, 26 % en 2011 et 23 % en 2010) ;
- avec une ou des associations d'usagers ou de familles dans 19,0 % des cas (17,2 % en 2012, 17 % en 2011 et moins de 13 % en 2010).

La proportion d'établissements ayant développé des partenariats n'apparaît pas significativement différente, selon qu'il s'agisse d'établissements spécialisés d'hébergement temporaire ou non.

**Graphique 12 : Part des établissements d'hébergement temporaire ayant des partenariats et type de structures partenaires**



**Note de lecture** : 70,1 % des établissements ont, en 2013, au moins un partenaire et 55,4 % d'entre eux sont en partenariat avec un établissement. (NB : les hébergements temporaires peuvent avoir plusieurs partenaires, la somme des différents types de partenariats est donc supérieure à 100 %).

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2013.

**Source** : Données d'activité 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

## IV.2 Activité des unités d'hébergement temporaire

### IV.2.1 Nombre de journées d'ouverture

Le taux de réponse à la question sur le nombre de jours d'ouverture autorisés par an s'est stabilisé en 2013 : le taux de valeurs manquantes est de 13,3 %, alors qu'il était de 13,2 % en 2012 ; il était de 19 % en 2011 et de 36 % en 2010.

Les établissements déclarant une activité d'hébergement temporaire ont une autorisation pour, en moyenne, 350 journées d'ouverture par an ( $\pm 48$ ). Cette moyenne n'a pas évolué par rapport aux années précédentes (347 en 2012, 346 en 2011 et 350 en 2010). La plupart des établissements (85,8 %) sont autorisés à ouvrir tous les jours de l'année (85,7 % en 2012, 81 % en 2011 et 87 % en 2010).

Plus de la moitié (53,5 %) des établissements ayant indiqué le nombre de jours d'ouverture par an autorisés ont précisé un nombre de journées d'ouverture autorisées pour les malades Alzheimer ou apparentés. Cette proportion était identique (53,2 %) en 2012 alors qu'elle n'était que de près de 40 % en 2011. Le nombre de journées d'ouverture autorisées pour les malades Alzheimer ou apparentés est en moyenne de 347 jours ( $\pm 59$ ). En 2012 et 2011, cette moyenne était identique. Dans 86,1 % des cas, l'ouverture pour ces malades est autorisée tous les jours de l'année (84,3 % en 2012, 81 % en 2011 et plus de 85 % en 2010).

Plus des deux tiers des établissements (64,5 %) indiquent que le nombre de journées de présence par an, par résident, est plafonné (62,1 % en 2012, 60 % en 2011 et en 2010). Dans ce cas, le plafond est en moyenne de 116 jours ( $\pm 65$ ) par an. Cette moyenne varie peu d'une année sur l'autre : 112 jours en 2012, 118 jours en 2011 et 115 en 2010.

#### IV.2.2 Ratio d'exploitation

Le ratio d'exploitation permet de connaître le niveau d'occupation des places d'hébergement temporaire. Il est obtenu en divisant le nombre de journées effectuées en hébergement temporaire en 2013 par le produit du nombre de journées d'ouverture autorisées et le nombre de places installées. Si toutes les places installées étaient occupées tous les jours d'ouverture autorisées, ce ratio vaudrait 1. Il se trouve que dans un certain nombre de cas – 9,0 % - la valeur obtenue est supérieure à 1, indiquant que l'établissement a effectué plus de journées d'hébergement temporaire que ce qui est possible, compte-tenu du nombre de journées d'ouverture autorisées et du nombre de places installées. La proportion d'établissements dans cette situation est stable d'une année sur l'autre (8,9 % en 2012, 10 % en 2011 et 8 % en 2010). Il faut noter que, comme les années précédentes, cette situation est plus rare dans les établissements autorisés à ouvrir tous les jours de l'année (6,4 %) que dans les autres (25,3 %).

En centrant l'analyse sur les établissements ayant un ratio d'exploitation inférieur ou égal à 1, la valeur moyenne observée est de 0,57 ( $\pm 0,29$ ). Le ratio d'exploitation moyen était de 0,56 en 2012 et de 0,55 en 2011. Cette évolution entre 2012 et 2013 n'est pas statistiquement significative.

### IV.2.3 Bénéficiaires et fréquentation

En 2012, les structures déclarant une activité d'hébergement temporaire ont reçu en moyenne 19,8 ( $\pm 40,0$ ) personnes différentes. Les valeurs observées en 2012 et 2011 étaient respectivement de 19,0 et 17.

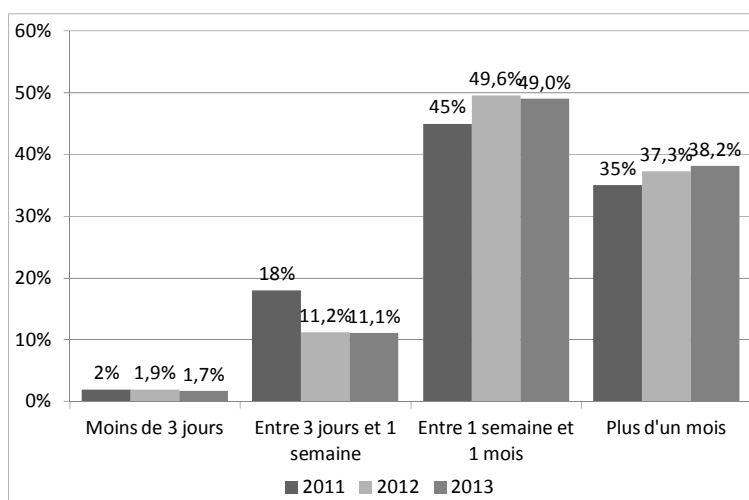
En moyenne par établissement, 893 ( $\pm 2\,406$ ) journées d'hébergement temporaire ont été réalisées en 2013 (853 en 2012, 771 en 2011 et 860 en 2010). L'écart-type atteint 2 406, soit près de trois fois la moyenne, indiquant une très grande dispersion autour de la moyenne du nombre moyens de journées par structure. Ces journées se sont réparties sur 24,3 séjours en moyenne (24,7 séjours en 2012 et 26 séjours en 2011 comme en 2010). Là-aussi, la dispersion autour de la moyenne du nombre de séjours est importante, l'écart-type ayant comme valeur 56,4. Les évolutions entre 2012 et 2013 ne sont pas statistiquement significatives.

En divisant le nombre de journées effectuées en moyenne par le nombre de séjours moyens, on obtient une estimation de la durée moyenne d'un séjour, soit 36,7 jours (5 semaines). On peut également estimer le nombre moyen de séjours par personne en divisant le nombre moyen de séjours par le nombre moyen de bénéficiaires : chaque bénéficiaire a fait ainsi en moyenne 1,2 séjour en hébergement temporaire en 2013 (1,3 séjour en 2012, 1,5 en 2011 et 1,3 en 2010). Dans les établissements spécialisés, la durée moyenne de séjour estimée et le nombre moyen de séjour par bénéficiaire sont quasiment similaires, mais différent de ce qui avait été observé en 2011 : durée moyenne de séjour de 27,8 jours et une moyenne de 1,6 séjour par bénéficiaires.

Une place d'hébergement temporaire a bénéficié en moyenne à 6,1 ( $\pm 9,9$ ) personnes différentes en 2013 (5,8 ( $\pm 4,5$ ) en 2012). Cette valeur ne diffère pas significativement entre les établissements spécialisés (6,9  $\pm$  5,2) et les établissements non spécialisés (6,1  $\pm$  10,0). Elle ne différait pas non plus les années précédentes.

Près de la moitié des séjours (49,0 %) ont duré entre une semaine et un mois en 2012, proportion similaire à celle observée l'année précédente. La part des séjours de plus d'un mois se stabilise en 2013 à 38,2 % : elle était de 37,3 % en 2012 contre 35 % en 2011 et 33 % en 2010. Les séjours courts (entre 3 jours et une semaine) se stabilisent également à 11,1 % en 2013 : 11,2 % des séjours, alors que cette part était de 18 % en 2011 et de 15 % en 2010. La proportion de séjours très courts (un ou deux jours) est stable mais très limitée : 1,7 %.

**Graphique 13 : Répartition des durées de séjours pour les personnes accueillies en hébergement temporaire**



**Non réponses en 2012** : 244 structures (17,3 %)

**Note de lecture** : 1,7 % des séjours en hébergement temporaire en 2013, durait moins de 3 jours.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2013.

**Source** : Données d'activité 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Pour les malades Alzheimer, les gestionnaires d'établissements déclarent, en premier choix, que la durée de séjour la plus fréquente se situe entre une semaine et un mois, avant les séjours de plus d'un mois. Cette hiérarchie est renforcée lorsqu'on s'intéresse au second choix exprimé par les établissements. Les chiffres obtenus en 2013 sont proches de ceux observés en 2012.

**Tableau 11 : Durée de séjour la plus fréquemment observée par les gestionnaires pour les malades Alzheimer (n=949)**

	Moins de trois jours		De 3 jours à 1 semaine		De 1 semaine à 1 mois		Plus d'un mois	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
<b>Citée en 1<sup>er</sup> choix</b>	2,1 %	1,4 %	9,9 %	9,8 %	50,3 %	49,2 %	35,8 %	39,7 %
<b>Citée en 2<sup>nd</sup> choix</b>	1,9 %	1,6 %	16,9 %	14,9 %	34,1 %	34,4 %	30,4 %	30,0 %

**Note de lecture** : 1,4 % des établissements d'hébergement temporaire déclare que la durée de séjour la plus fréquente en 2013 était de moins de 3 jours et 1,6 % déclare qu'il s'agit de la 2<sup>e</sup> durée la plus fréquente.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2013.

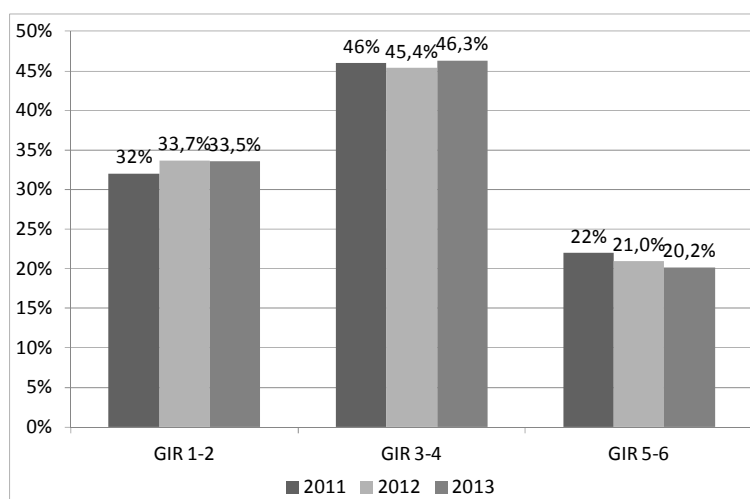
**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Près des trois cinquièmes (79,8 %) des personnes ayant bénéficié d'un hébergement temporaire en 2013 ont un niveau de dépendance moyen (GIR<sup>10</sup> 3 ou 4) ou lourd (GIR 1 ou 2). Cette proportion est similaire à ce qui était observé les années précédentes. Ainsi, un tiers (33,5 %) des bénéficiaires relève du GIR 1 ou 2 et 46,3 % du GIR 3 ou 4.

<sup>10</sup> GIR : Groupe iso-ressources



**Graphique 14 : Répartition des personnes accueillies par niveau de dépendance**



**Non réponses en 2013** : 227 structures (15,0 %)

**Note de lecture** : 33,5 % des personnes accueillies en 2013 en hébergement temporaire relevaient du GIR 1 ou 2.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2013.

**Source** : Données d'activité 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

#### IV.2.4 L'entrée en hébergement temporaire et les motifs de recours

Près de la moitié (47,3 %) des établissements déclarant une activité d'hébergement temporaire indiquent avoir une liste d'attente en 2013. Cette proportion est stable par rapport aux années précédentes. Contrairement aux années précédentes, une différence significative existe sur ce critère, selon le type d'établissement : les listes d'attente sont retrouvées plus fréquemment (83,3 % des cas) dans les établissements spécialisés que dans ceux qui ne le sont pas (47,0 %). Par contre, cette proportion ne varie pas en fonction de la capacité d'accueil installée.

Dans la très grande majorité des cas (83,3 %), comme les années précédentes (83,4 % en 2012, 83 % en 2011 et 80 % en 2010), les établissements d'hébergement temporaire organisent leur activité principalement autour de séjours programmés. Les séjours non programmés, organisés en urgence, représentent la pratique principale d'un établissement sur sept (16,7 %). Cette proportion, comme les années précédentes, ne varie pas selon le type ou la taille de l'établissement.

Les séjours de répit et de relais ainsi que les vacances des aidants non professionnels sont les motifs de recours les plus fréquemment cités par les gestionnaires d'établissement : trois fois sur cinq (60,3 %) comme premier motif et une fois sur six (16,7 %) en second motif. La préparation à une entrée en hébergement permanent vient en second lieu comme premier motif de recours (19,1 %) mais est le plus souvent citée en second motif (32,0 %). Les sorties d'hospitalisations, y compris en soins de suite et réadaptation, viennent en troisième rang comme 1<sup>er</sup> motif (15,4 % des cas) et en deuxième rang comme second motif (23,6 % des cas). Si l'hospitalisation de l'aidant est peu souvent citée comme 1<sup>er</sup> motif de recours (3,3 %), elle est citée près d'une fois sur cinq (17,3 %) en second motif. Enfin, les problèmes liés au

logement (inadaptation ou indisponibilité) sont des motifs de recours beaucoup moins souvent cités.

Cette hiérarchie des motifs de recours, telle qu'elle est observée en 2013, est assez similaire à celle qui avait été relevée en 2012.

**Tableau 12 : Motifs de recours à l'hébergement temporaire les plus fréquemment observés**

	Répit / relais de l'aidant non professionnel (dont vacances)		Sortie d'hospitalisation (dont SSR)		Hospitalisation de l'aidant		Inadaptation ou indisponibilité (travaux...) du logement		Préparation à une entrée en hébergement permanent	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
<b>1<sup>er</sup> motif</b>	60,6 %	60,3 %	16,2 %	15,4 %	4,0 %	3,3 %	0,6 %	0,6 %	17,6 %	19,1 %
<b>2<sup>nd</sup> motif</b>	19,6 %	16,7 %	21,7 %	23,6 %	17,8 %	17,3 %	3,6 %	3,3 %	30,3 %	32,0 %

**Note de lecture** : 60,3 % des établissements d'hébergement temporaire déclarent que les séjours de répit ou de relais de l'aidant non professionnel sont le motif le plus fréquent de recours à l'hébergement temporaire en 2013 et 16,7 % déclarent qu'il s'agit du 2<sup>nd</sup> motif le plus fréquent.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

#### IV.2.5 Période de l'année

Les deux tiers (66,1 % - comme en 2012 : 66,3 %) des établissements ayant une activité d'hébergement temporaire indiquent que cette prestation est plus souvent sollicitée à certaines périodes de l'année. Cette proportion ne varie pas significativement selon le type d'établissement.

La période estivale est la plus souvent sollicitée : 60,0 % de l'ensemble des établissements citent le mois d'août comme étant une période de l'année davantage sollicitée et 57,4 % le mois de juillet (en 2012, respectivement 61,5 % et 58,5 %). L'autre période citée, bien que beaucoup moins fréquemment - 30,2 % - est la période hivernale, de décembre à mars, en dehors des vacances scolaires ; cette période était citée par la même proportion d'établissements en 2012. Parmi les périodes de vacances scolaires au cours de l'année, c'est pendant celles de Noël qu'un accroissement des sollicitations est le plus souvent noté (par 17,3 % des établissements), avant celles de Pâques (10,0 %) et celles de février ou de la Toussaint (6,1 % et 4,7 %). Ces proportions sont très proches de celles citées en 2012. Dans une proportion un peu moindre qu'en 2012 (7,7 % versus 9,2 %), les établissements précisent d'autres périodes : celles qui sont le plus souvent citées correspondent aux périodes encadrant les vacances estivales, juin et septembre, voire mai-juin et septembre-octobre.

## IV.2.6 La sortie d'hébergement temporaire

Près d'un établissement sur cinq (17,8 %) déclare avoir mis en place un dispositif spécifique de préparation du retour à domicile des bénéficiaires de l'hébergement temporaire, sans changement par rapport aux années précédentes (18,1 % en 2012, 19 % en 2011 et 2010). Les établissements spécialisés sont significativement plus nombreux dans ce cas, 50,0 % (35,0 % en 2012, 46 % en 2011 et 41 % en 2010), alors que cette proportion est de 17,4 % dans les établissements non spécialisés.

Le retour à domicile est la destination de sortie la plus fréquemment citée en 1<sup>er</sup> choix (66,9 % des cas). Il est également fréquemment cité en second choix par les répondants, mais il est alors en deuxième rang en fréquence. L'accueil en hébergement permanent vient ensuite, cité une fois sur quatre en premier choix et plus de deux fois sur cinq en second choix. C'est cette destination qui est la plus fréquemment citée en second choix. La sortie vers le domicile d'un proche est la troisième destination en ordre de fréquence de 1<sup>er</sup> choix mais à un niveau bien moindre (5,8 %). Enfin, l'hospitalisation, y compris en unité de soins de longue durée, est une destination de sortie beaucoup plus rarement citée.

Les résultats de 2013 concernant les destinations de sortie les plus fréquemment observées ne diffèrent pas significativement de ceux notés en 2012.

**Tableau 13 : Destinations de sortie après le séjour en hébergement temporaire les plus fréquemment observées (n=1 369)**

	Domicile de l'utilisateur		Domicile d'un proche (non conjoint)		Hébergement permanent		Hôpital (dont USLD)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
<b>Citée en 1<sup>er</sup> choix</b>	67,6 %	66,9 %	7,5 %	5,8 %	24,1 %	27,0 %	1,1 %	0,8 %
<b>Citée en 2<sup>nd</sup> choix</b>	19,3 %	21,2 %	17,0 %	17,6 %	44,9 %	43,8 %	3,6 %	3,7 %

**Note de lecture :** En 2013, 66,9 % des établissements d'hébergement temporaire déclarent que le retour au domicile de l'utilisateur est la destination de sortie la plus fréquente et 21,2 % le citent en 2<sup>nd</sup> choix.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2013.

**Source :** Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

## IV.3 Financements et coûts

### IV.3.1 Tarif journalier

En 2013, la moitié des établissements a un coût moyen journalier d'hébergement temporaire compris entre 51,46 € et 64,34 €, la médiane étant de 56,45 €. En 2012, cet intervalle était de 50,13 € à 64,53 € avec une médiane de 55,77 € et en 2011, de 49,1 € à 62,2 € avec une médiane à 54,5 €.

Pour la moitié des établissements, le tarif dépendance journalier pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 ou 2) est compris entre 17,65 € et 21,65 €. Pour les personnes en GIR 3 ou 4, dans la moitié des établissements, le tarif dépendance journalier est compris entre 11,25 € et 13,73 € et pour les personnes les moins dépendantes, en GIR 5 ou 6, il est compris entre 4,86 € et 5,89 € pour la moitié des établissements.

**Tableau 14 : Tarif dépendance journalier (en €)**

	GIR 1 ou 2			GIR 3 ou 4			GIR 5 ou 6		
	2011	2012	2012	2011	2012	2012	2011	2012	2012
<b>1<sup>er</sup> quartile</b>	17,0	17,19	17,65	10,8	11,00	11,25	4,7	4,72	4,86
<b>Médiane</b>	18,9	19,34	19,62	12,0	12,34	12,48	5,2	5,26	5,32
<b>3<sup>e</sup> quartile</b>	20,9	21,36	21,65	13,4	13,60	13,73	5,7	5,79	5,89

**Non réponses en 2013** : 76 structures (5,4 %)

**Note de lecture** : En 2013, pour les personnes en GIR 1 ou 2, dans un quart des établissements, le tarif dépendance est inférieur à 17,65 € par jour (1<sup>er</sup> quartile), pour la moitié des établissements, inférieur à 19,62 € (médiane) et pour un quart des établissements supérieur à 21,65 € (3<sup>e</sup> quartile).

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2013.

**Source** : Données d'activité 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

#### IV.4 Communication autour de l'hébergement temporaire

Près de trois établissements sur cinq (56,2 %) déclarent avoir une démarche de communication concernant l'hébergement temporaire sur son territoire. Ils étaient 51,4 % dans ce cas en 2012. Cette progression est statistiquement significative.

Les CLIC sont les premières cibles de ces démarches de communication : ils sont cités 312 fois par les structures indiquant avoir une démarche de communication soit dans 39,8 % des cas (42,5 % en 2012 et 40 % en 2011). Au-delà des CLIC, la communication se fait vers les réseaux gérontologiques (93 fois – 11,9 %), les CCAS (60 fois – 7,7 %), le Conseil général (40 fois – 5,1 %) ou les mairies (21 fois – 2,7 %). Les établissements et services de soins sont également des lieux vers lesquels se tournent les établissements d'hébergement temporaire : ainsi, les hôpitaux sont cités à 91 reprises (11,6 %), moins fréquemment les SSIAD (47 fois – 6,0 %) ou les EHPAD (16 fois – 2,0 %). Notons que dans 58 cas (7,4 %) les MAIA sont citées.

Les médecins sont les professionnels le plus souvent ciblés par ces actions de communication : ils sont cités à 115 reprises (14,7 %) avant les assistants sociaux (69 fois – 8,1 %).

Les supports papiers sont des outils très utilisés pour ces démarches de communication : plaquettes, livrets, flyers, affiches, dépliants, bulletins... Au total, ces différents supports sont cités 163 fois soit dans 20,8 % des cas. Internet est également un support de communication

cité fréquemment : 114 structures y font référence comme support de communication (14,5 %). La presse écrite est aussi un canal de communication : 58 structures la citent soit dans 7,4 % des cas. Par contre, la presse radiophonique est peu investie (citée 1 fois).

Enfin, les annuaires sont également un mode de communication utilisé par les structures d'hébergement temporaire pour se faire connaître. Ils sont cités 13 fois (1,7 %).

#### **IV.5 Difficultés rencontrées par les établissements d'hébergement temporaire**

Le questionnaire se terminait par une question ouverte au travers de laquelle les établissements déclarant une activité d'hébergement temporaire pouvaient indiquer les difficultés rencontrées dans ce domaine. Cette possibilité a été utilisée à 928 reprises, soit par près des deux tiers (65,9 %) des établissements ayant participé à l'enquête. L'analyse des réponses à cette question a de l'intérêt au niveau de chaque région, afin d'identifier les éléments à améliorer localement pour le fonctionnement des hébergements temporaires. Cette analyse est donc prévue au niveau de chaque Agence régionale de santé. Par contre, l'intérêt d'une telle analyse au niveau national a été jugé limité et celle-ci n'a donc pas été réalisée.

## V Les Équipes Spécialisées Alzheimer à Domicile en 2013 (ESAd)

En mai 2014, lors du lancement de l'enquête sur l'activité 2013, 425 équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAd) étaient identifiées. Les structures porteuses représentent au total 44 483 places autorisées de Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou de Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et 44 473 places installées.

Parmi ces 425 structures, 384 (90,4 %) ont complété tout ou partie du questionnaire. Treize structures ont été exclues de l'analyse car elles avaient complété moins des deux tiers du questionnaire. Alors que les années précédentes certaines structures déclaraient ne pas avoir d'activité d'ESAd ou bien avoir commencé cette activité postérieurement à l'année visée par l'enquête, aucune structure n'était dans l'une ou l'autre de ces situations cette année. Au total, 371 structures ont été retenues pour l'analyse soit 87,3 % des structures ciblées. Les structures porteuses des ESAd retenues pour l'analyse cumulent 40 422 places autorisées et 40 275 places installées de SSIAD ou de SPASAD. Ainsi, les structures porteuses des ESAd retenues pour l'analyse représentent 31,6 % de l'ensemble des places de SSIAD ou de SPASAD installées au 31 décembre 2013.

### V.1 Profil des équipes spécialisées Alzheimer à domicile

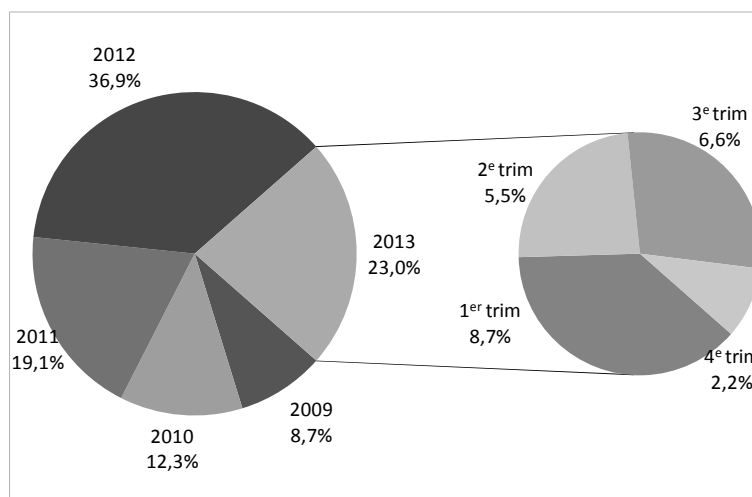
#### V.1.1 Structure porteuse

Dans un quart des cas (20,2 % des cas - 23,7 % en 2012), les équipes sont portées dans le cadre d'une collaboration entre plusieurs SSIAD ou SPASAD. Dans 3,6 % des cas (4,0 % en 2012), le porteur est un groupement de coopération social ou médicosocial. Dans les cas restants (75,6 % - 72,3 % en 2012), le porteur est soit un SSIAD, soit un SPASAD unique. Les évolutions observées entre 2012 et 2013 ne sont pas statistiquement significatives.

#### V.1.2 Date d'ouverture

Les ESAd sont des services récents : dans 23,0 % des cas, ils ont ouvert au cours de l'année étudiée (2013) ; plus du tiers (36,9 %) a ouvert en 2012, un cinquième (19,1 %) en 2011 et les autres en 2009 (12,3 %) ou en 2008 (8,7 %). Les ESAd qui ont ouvert en 2013 l'ont fait plutôt en début d'année ou au cours du 3<sup>e</sup> trimestre. Très peu ont ouvert en fin d'année 2013.

**Graphique 15 : Année d'ouverture des ESAd**



**Non réponses en 2013** : 4 structures (1,1 %)

**Note de lecture** : 23,0 % des ESAd ont débuté leur activité en 2013.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'ESAd en 2013.

**Source** : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREA-ORS LR

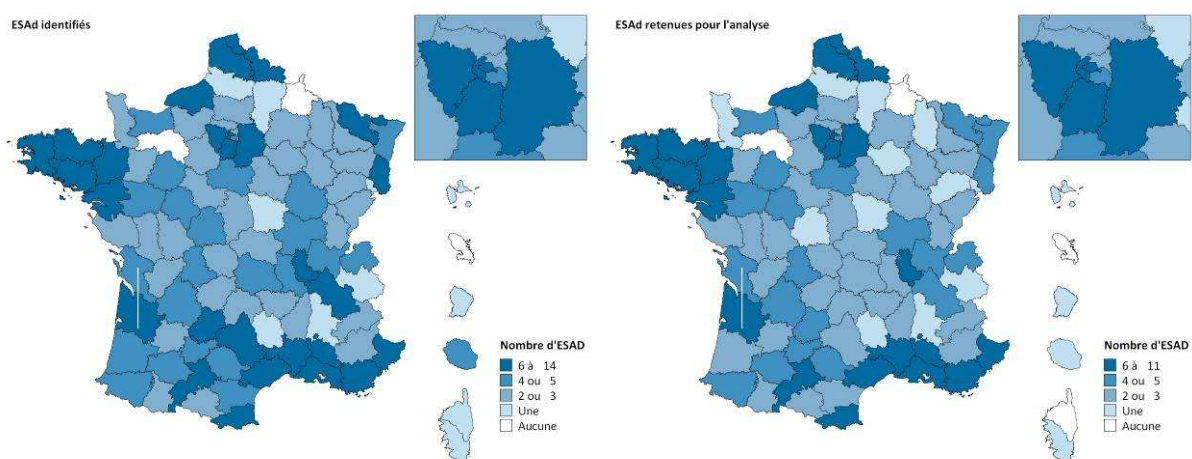
### V.1.3 Couverture territoriale et populationnelle

Les 422 ESAd identifiées et interrogées dans le cadre de cette enquête couvrent 97 des 101 départements métropolitains et ultramarins. Deux nouveaux départements (l'Ardèche et les Alpes-de-Haute-Provence) sont couverts par au moins une équipe en 2013. Jusqu'à 14 équipes peuvent être implantées dans un même département, comme c'est le cas dans les Bouches-du-Rhône. Vingt-huit départements disposent de plus de six ESAd, vingt-trois autres de 4 ou 5 équipes, 35 départements en ont deux ou trois et 11 départements une seule.

Les 371 équipes retenues pour l'analyse sont implantées dans 96 départements. Lors de l'enquête de 2013, 85 départements étaient couverts par les ESAd ayant répondu.

Ces équipes répondantes couvrent plus de la moitié des cantons français : 3 388 cantons couverts sur 4 055, soit 83,6 % en 2013. En 2012, 55,8 % des cantons étaient couverts. Elles déclarent couvrir une population de 8 277 900 habitants âgés de 65 ans et plus. La France entière regroupant 11 074 400 habitants de cet âge (au 1er janvier 2011), les trois quarts (74,7 %) de la population âgée de 65 ans et plus sont potentiellement couverts par une ESAd. En 2012, cette proportion était de 51 %.

## Carte 1 : Implantation des ESAd identifiées et des ESAd retenues pour l'analyse



**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'ESAd en 2013.

**Source** : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREA-ORS LR

## V.2 Activité des équipes spécialisées Alzheimer à domicile

### V.2.1 Patients reçus

Au total, en 2013, les ESAd retenues pour l'analyse ont accueilli 20 597 patients. Ce nombre a doublé par rapport à 2012 (11 089) et quadruplé par rapport à 2011 (5 000). En moyenne, chaque équipe a reçu 56,5 patients ( $\pm 37,9^{11}$ ). Comme près d'une ESAd sur quatre a ouvert courant 2013, il est important de rapporter le nombre de personnes suivies au nombre de mois d'ouverture. Ainsi, en moyenne mensuelle, les ESAd enquêtées ont reçu 5,0 patients, comme en 2012 (4,9). Alors que l'écart-type observé en 2012 était très élevé – 10,8 soit plus du double de la moyenne, il est de 3,0 en 2013 indiquant que le nombre de patients reçus en moyenne mensuelle est beaucoup moins variable d'une ESAd à l'autre qu'auparavant. Cela correspond à un suivi de 1 840 patients par mois et à une moyenne annuelle de 59,5 patients par ESAd en année pleine (59,2 en 2012 et 52 en 2011) pour un total de plus de 22 000 patients.

La population suivie est composée pour deux tiers de femmes (66,2 %) et pour un tiers d'hommes (33,1 %). Ce ratio est le même que celui observé en 2012.

En moyenne, les patients suivis ont 81,0 ans (81,2 en 2012 et 81 ans en 2011). Les femmes sont légèrement plus âgées, en moyenne, que les hommes : 81,5 ans versus 80,0 ans.

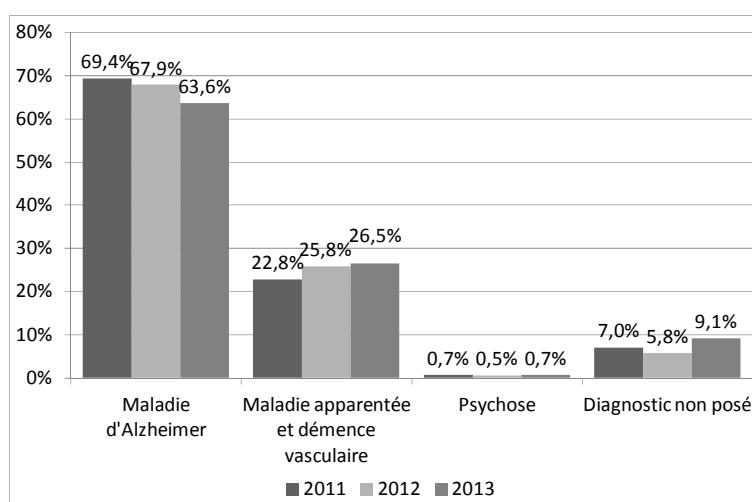
<sup>11</sup> Après une moyenne, la valeur entre parenthèses précédée du signe  $\pm$  correspond à son écart-type. Celui-ci donne une idée de la distribution et de la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus l'écart-type est élevé, plus la dispersion des valeurs autour de la moyenne est importante.



## V.2.2 Diagnostic motivant la demande

Dans près des deux tiers des cas, les personnes prises en charge souffrent de maladie d'Alzheimer et dans un quart des cas d'une maladie apparentée. Ainsi, dans neuf cas sur dix (90,1 %), les patients présentent une pathologie en concordance avec les indications d'une prise en charge en ESAd. Les diagnostics de psychoses sont très rares, posés pour moins de 1 % de la population prise en charge. Enfin, pour près d'une personne sur dix, le diagnostic n'est pas posé. La répartition par diagnostic principal observée en 2013 ne diffère pas statistiquement de celle de 2012.

**Graphique 16 : Diagnostics motivant la demande de prise en charge par une ESAd**



**Non réponses en 2013 :** Aucune

**Note de lecture :** 63,6 % des patients des ESAd présentent une maladie d'Alzheimer en 2013.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'ESAd en 2013.

**Source :** Données d'activité 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREA-ORS LR

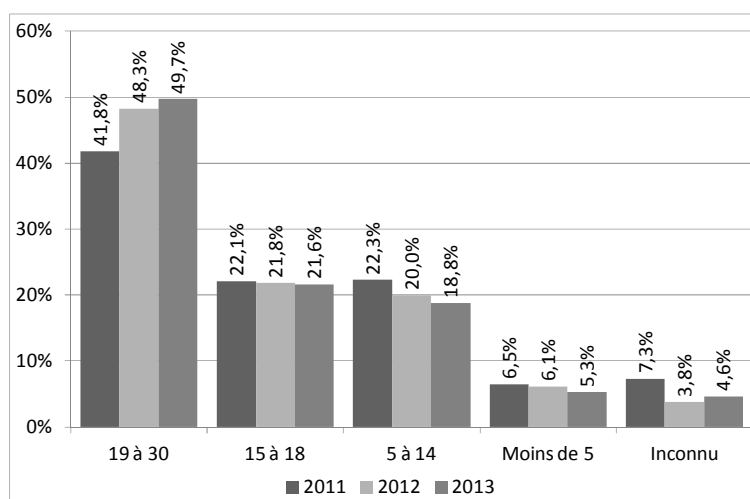
## V.2.3 Score au Mini Mental State Examination (MMSE) et niveau de dépendance

En moyenne, les personnes accueillies ont un score au MMSE de 17,5, comme en 2012 et 2011. Dans la moitié des structures, le score moyen au MMSE des personnes accueillies est compris entre 16 et 19.

La moitié des patients présente un score élevé au MMSE, supérieur à 18, et un cinquième un score compris entre 15 et 18. Ainsi, dans 71 % des cas, les patients pris en charge par les ESAd présentent un score au MMSE compatible avec le cahier des charges des ESAd (MMSE supérieur à 18 et dans certains cas à 15). Dans près d'un quart des cas, le score au MMSE (inférieur à 15) traduit un niveau d'avancement de la pathologie *a priori* trop important pour ce type de prise en charge.

Les différences par rapport à ce qui avait été relevé lors de l'enquête de 2012 n'apparaissent pas statistiquement significatives.

**Graphique 17 : Répartition des patients d'ESAd selon le score au MMSE**



**Non réponses en 2012 :** 26 structures (7,0 %)

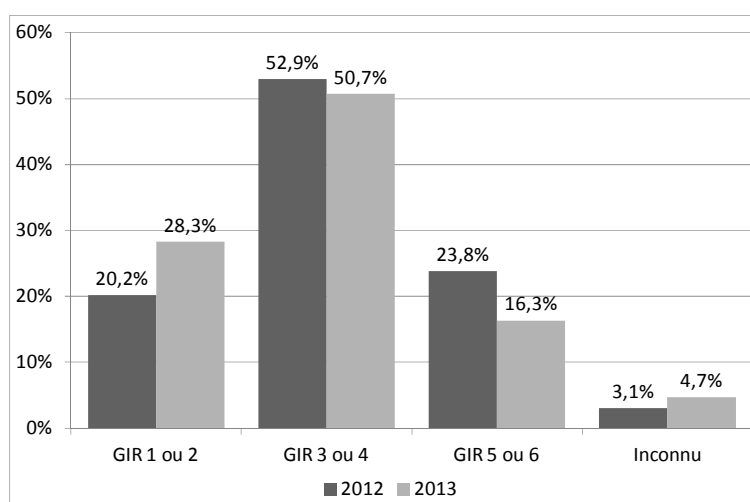
**Note de lecture :** 49,7 % des patients des ESAd ont un score au MMSE compris entre 19 et 30 en 2013.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'ESAd en 2013.

**Source :** Données d'activité 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

Les patients pris en charge présentent le plus souvent un niveau de dépendance élevé, en concordance avec le cahier des charges des ESAd : dans plus d'un quart des cas, ils sont dans le groupe iso-ressources (GIR) 1 ou 2 et dans la moitié des cas dans le GIR 3 ou 4. Un peu plus d'un patient sur six présente un niveau de dépendance limité (GIR 5 ou 6). Notons que pour 4,7 % des patients, leur GIR est inconnu. Les évolutions par rapport à 2012 sont statistiquement significatives avec une augmentation de la part des patients en GIR 1 ou 2 et un recul de ceux en GIR 5 ou 6.

**Graphique 18 : Répartition des patients d'ESAd selon le niveau de dépendance (GIR)**



**Non réponses en 2013 :** 8 structures (2,2 %)

**Note de lecture :** 28,3 % des patients des ESAd sont dans le GIR 1 ou 2 en 2013.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'ESAd en 2013.

**Source :** Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

#### V.2.4 Nombre de séances et prescripteurs

En 2012, chacune des ESAd incluses dans l'analyse a réalisé en moyenne 641 ( $\pm$  467) séances, représentant un total de 237 200 séances sur l'année, soit près de deux fois plus qu'en 2012 (124 500). En rapportant le nombre de séances réalisées au nombre de mois d'ouverture, les ESAd analysées ont réalisé en moyenne 55,8 séances par mois. Pour l'ensemble des ESAd, cela correspond à un total de 20 670 séances par mois. Le nombre de séances par mois est moins variable d'une ESAd à l'autre en 2013 qu'en 2012, comme le montre l'écart-type qui vaut 37,9 contre 112,5 l'année précédente. Rapporté en moyenne annuelle (comme si toutes les structures avaient fonctionné en année pleine, sur 12 mois), 670 séances par ESAd sont potentiellement réalisées en moyenne par an. Le total estimé en année pleine est de 248 000 séances. Ces chiffres étaient respectivement de 633 et de 161 000 en 2012 : la progression du nombre total de séances est surtout en lien avec le nombre plus élevé d'ESAd en activité et pour une part moindre à l'augmentation du nombre de séances réalisées en année pleine par ESAd.

Un patient sur dix (11,5 %) a bénéficié de plus de 15 séances dans l'année, au-delà des recommandations du cahier des charges des ESAd<sup>12</sup>. À l'inverse, un cinquième (21,0 %) des patients a bénéficié de moins de 5 séances sur l'année, mais le mode de formulation de la question ne permet pas de déterminer parmi eux ceux qui ont bénéficié de plus de séances du fait d'une prise en charge à cheval sur deux années.

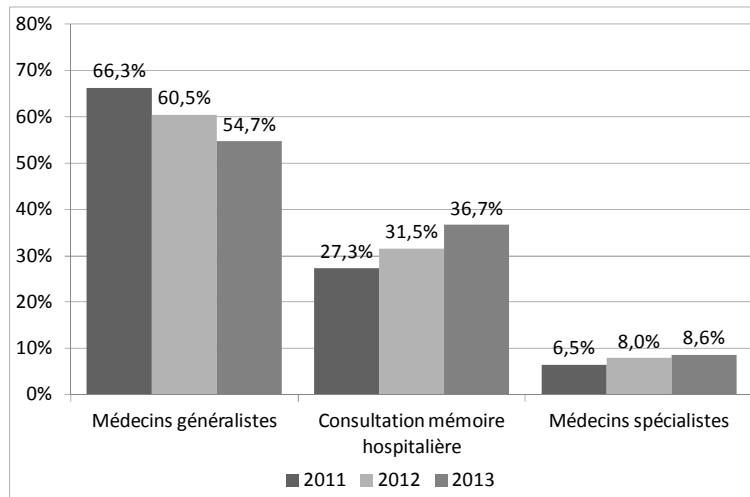
En moyenne, la durée de la prise en charge en ESAd est de 14,6 semaines ( $\pm$  4,0). Cette valeur est en progression par rapport à celle observée en 2012 (13,7 semaines) et en 2011 (13 semaines). Elle est conforme au cahier des charges.

La prise en charge en équipe spécialisée Alzheimer à domicile est prescrite le plus souvent par un médecin généraliste (dans plus d'un cas sur deux) avant les consultations mémoires hospitalières ou les médecins spécialistes. Les évolutions notées par rapport à 2012 ne sont pas statistiquement significatives et sont à la limite de la significativité par rapport à 2011.

---

<sup>12</sup> Cahier des charges ESAd - Annexe 1 de la circulaire DGCS/SD3A n° 2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médicosociales du plan Alzheimer (mesure n° 6).

**Graphique 19 : Prescripteurs des séances d'ESAd**



**Non réponses en 2013** : 0 structure

**Note de lecture** : 54,7 % des séances d'ESAd ont été prescrites par un médecin généraliste en 2013.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'ESAd en 2013.

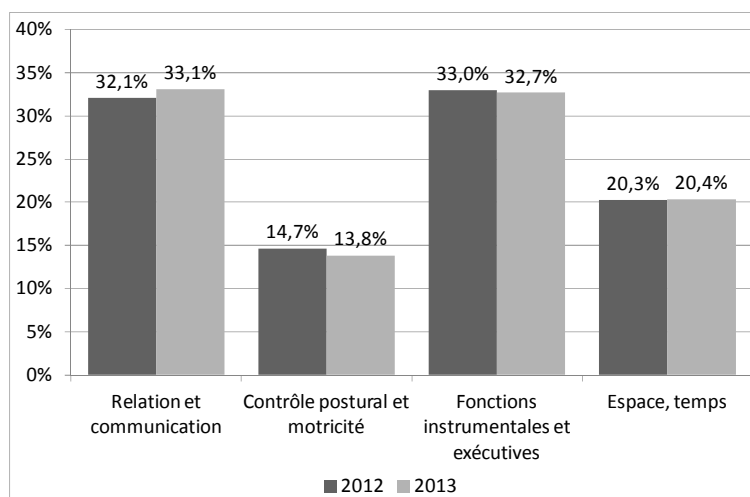
**Source** : Données d'activité 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

### V.2.5 Objectif principal des séances d'ESAd

La question posée ne portant que sur les patients ayant terminé leurs séances, l'information est disponible pour 78,9 % de l'ensemble des patients pris en charge par une ESAd en 2013.

Deux objectifs principaux ressortent en premier, à un niveau équivalent : relation et communication, d'une part et fonctions instrumentales et exécutives, d'autre part. Chacun de ces objectifs concerne un tiers des patients. Vient ensuite le travail sur le repérage dans l'espace et le temps (un patient sur cinq concerné) avant le contrôle postural et la motricité (14 %). Ces proportions sont superposables à celles observées en 2012.

**Graphique 20 : Objectif principal des séances d'ESAd**



**Non réponses en 2013** : 60 structures (16,2 %)

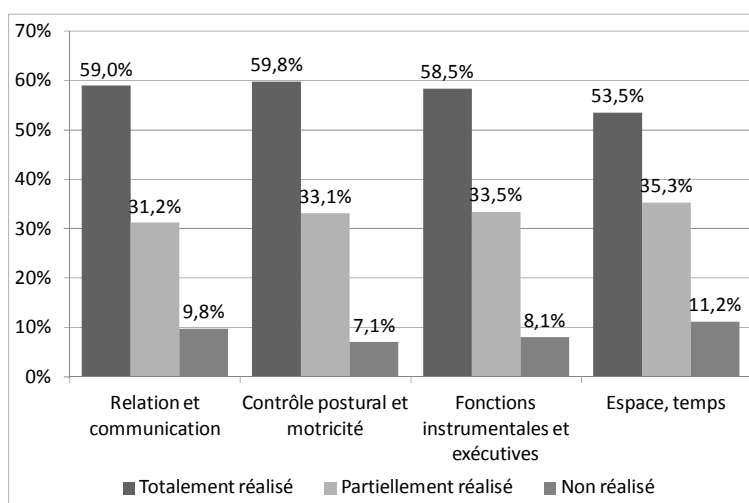
**Note de lecture** : 33,1 % des séances d'ESAd ont comme objectif principal la relation et la communication en 2013.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'ESAd en 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

L'atteinte des objectifs fixés est à un niveau semblable pour trois d'entre eux : relation et communication, contrôle postural et motricité et fonctions instrumentales et exécutives. L'objectif est totalement réalisé dans trois cas sur cinq des cas. Il est partiellement réalisé dans 31 à 34 % des cas et il n'est pas réalisé dans 7 à 8 % des cas. Par contre, pour le travail sur l'espace et le temps, l'objectif n'est totalement réalisé que dans un peu plus d'un cas sur deux (54 %), la réalisation partielle est à un niveau proche de ce qui est observé pour les autres objectifs (35 %). La proportion de cas où l'objectif n'est pas réalisé est plus élevée que pour les autres objectifs, atteignant 11 %.

**Graphique 21 : Niveau de réalisation de l'objectif principal des séances d'ESAd**



**Note de lecture** : 59,0 % des séances d'ESAd dont l'objectif principal est la relation et la communication ont totalement réalisé cet objectif en 2013.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'ESAd en 2013.

**Source** : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

### V.3 Professionnels constituant les ESAd

Au total, en 2013, l'effectif des personnels travaillant dans les ESAd retenus pour l'analyse s'élevait en moyenne à 6,4 ( $\pm 4,0$ ) personnes par équipe et à 2,7 ( $\pm 0,9$ ) équivalent temps plein (ETP). Cela correspond à un total de près de 2 357 professionnels pour 997 ETP. Le nombre moyen de professionnels ou d'ETP par équipe n'a pas évolué significativement entre 2012 et 2013. Par contre, du fait de l'augmentation du nombre d'ESAd, le nombre total de professionnels ou d'ETP qui y exercent a augmenté de moitié.

La moitié des équipes est constituée de 4 à 7 professionnels et de 2,2 à 2,8 ETP.

Les personnels les plus souvent présents – et les plus nombreux sont les infirmiers coordinateurs et les assistants de soins en gérontologie. Les ergothérapeutes, présents dans quatre structures sur cinq, viennent ensuite, avant les psychomotriciens (une structure sur deux). Les AS et AMP sont beaucoup moins fréquemment retrouvés dans la composition des équipes.

Ces proportions et le nombre moyen de professionnels et d'ETP par profession n'ont pas évolué significativement par rapport à l'année précédente.

**Tableau 15 : Répartition des professionnels constituant les ESAd**

	Part d'ESAd ayant au moins un intervenant du type		Nombre (écart-type) de professionnels		Nombre (écart-type) d'ETP	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Infirmière coordinatrice	95,3 %	94,6 %	1,2 (± 0,9)	1,3 (± 1,4)	0,3 (± 0,2)	0,3 (± 0,1)
Ergothérapeute	81,9 %	79,0 %	0,9 (± 0,6)	0,9 (± 0,6)	0,6 (± 0,4)	0,6 (± 0,5)
Psychomotricien	41,7 %	47,2 %	0,5 (± 0,7)	0,6 (± 0,7)	0,3 (± 0,4)	0,3 (± 0,4)
ASG (assistants de soins en gériatrie)	95,3 %	96,2 %	3,3 (± 2,7)	3,4 (± 3,1)	1,3 (± 0,6)	1,3 (± 0,6)
Aides-soignants et Aides Médico-Psychologique	14,6 %	10,5 %	0,3 (± 1,1)	0,2 (± 1,0)	0,1 (± 0,4)	0,1 (± 0,4)

**Non réponses en 2013** : 0 structure

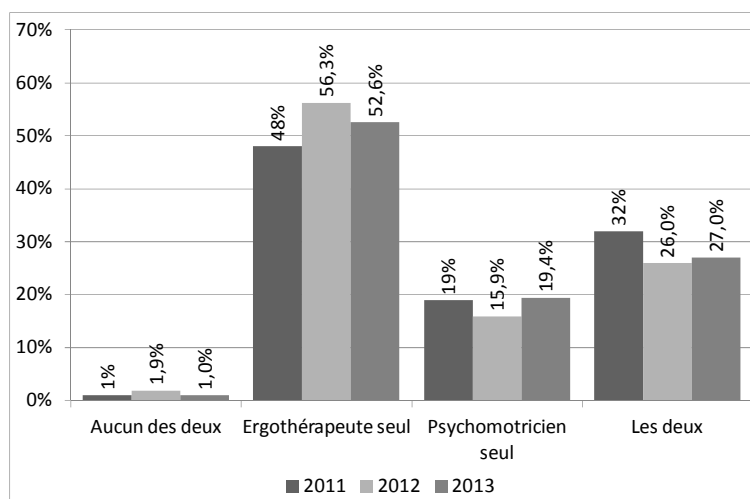
**Note de lecture** : en 2013, 94,6 % des ESAd ont une infirmière coordinatrice ; en moyenne, il y en a 1,3 par équipe pour 0,3 ETP

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'ESAd en 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Les équipes ne disposant ni d'ergothérapeute, ni de psychomotricien sont rares (1,0 % - 1,9 % en 2012). La situation la plus fréquemment retrouvée (52,6 %) est la présence uniquement d'ergothérapeute. Dans un quart des cas (27,0 %), un psychomotricien est présent concomitamment avec l'ergothérapeute. Un psychomotricien seul est retrouvé dans une équipe sur cinq. Ce constat ne diffère pas significativement de ce qui avait été observé en 2012.

**Graphique 22 : Présence d'ergothérapeutes et de psychomotriciens dans les ESAd**



**Non réponses en 2013** : 67 structures (18,1 %)

**Note de lecture** : 52,6 % des ESAd ont un ergothérapeute, mais pas de psychomotricien en 2013.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'ESAd en 2013.

**Source** : Données d'activité 2011, 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

#### V.4 Frais de déplacements

En 2013, le montant moyen des frais de déplacements était de 7 473 €. Il ne diffère pas de celui relevé en 2012 (7 194 €) mais varie beaucoup moins d'une ESAd à l'autre : l'écart type est de 7 930 € en 2013 contre 14 396 € en 2012.

En rapportant le montant des frais de déplacements au nombre de mois d'ouverture, on note qu'en année pleine, les frais de déplacements peuvent être estimés à 8 306 € en 2013 contre 9 298 € en 2012. Toutefois, cette différence n'est pas statistiquement significative, du fait de la très forte fluctuation de ces montants entre les ESAd.

## VI Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés en 2013 (PASA)

Lors du lancement de l'enquête sur l'activité 2013 des structures pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, 960 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) étaient identifiés (870 structures en 2012). Au cours de l'enquête, 50 autres structures, non identifiées comme telles précédemment, ont indiqué avoir cette activité. De ces 1 010 structures, 678 ont complété le volet « PASA » de l'enquête (67,0 %). Parmi elles, 64 questionnaires ont été exclus du fait d'un niveau de complétude insuffisant (réponses à moins des deux tiers des questions posées). *In fine*, l'analyse porte sur 614 structures (contre 450 en 2012).

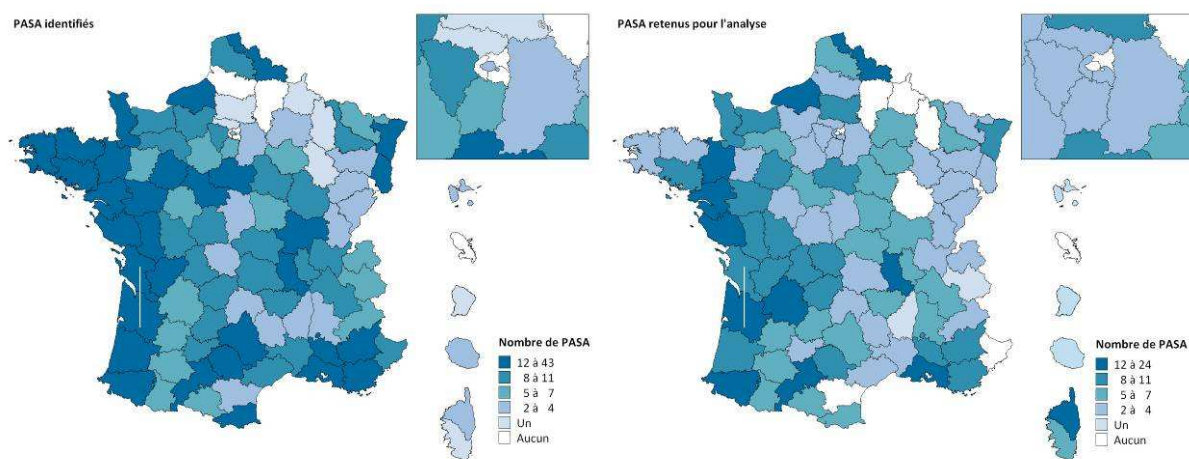
### VI.1 Profil des pôles d'activités et de soins adaptés

#### VI.1.1 Implantation des PASA

Les 960 PASA identifiés et interrogés au cours de l'enquête 2013 sont répartis, comme en 2012, dans 94 des 101 départements de métropole ou d'outre-mer. Jusqu'à 43 PASA peuvent être identifiés sur un même département, comme c'est le cas dans les Bouches-du-Rhône. Dans 31 départements, entre 12 et 43 PASA sont implantés ; dans 23 départements, on trouve entre 8 et 11 PASA ; dans 16 départements, entre 5 et 7 PASA ; dans 17 départements, entre 2 et 4 PASA et dans sept départements, un seul PASA.

Les 614 PASA retenus pour l'analyse sont implantés dans 90 départements.

**Carte 2 : Implantation des PASA identifiés et des PASA retenus pour l'analyse**



**Champ** : Structures ayant déclaré une activité de PASA en 2013.

**Source** : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

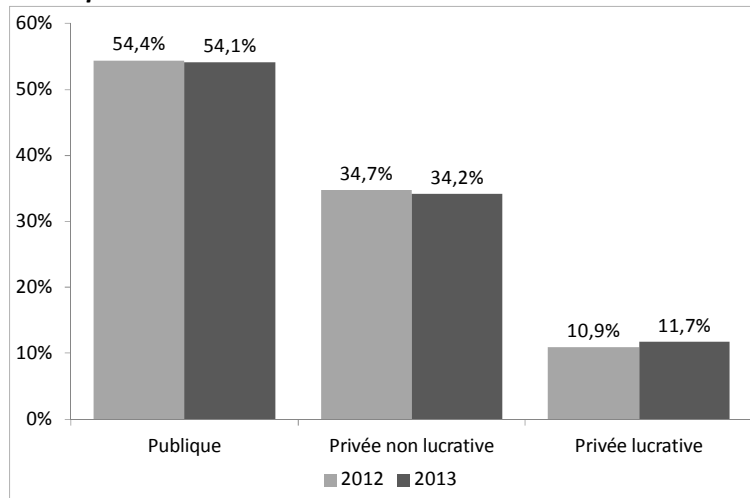
#### VI.1.2 Structure porteuse

En 2013, plus de la moitié des structures porteuses de PASA sont publiques (54,1 %) et un tiers privées non lucratives (34,2 %). Les PASA adossés à une structure privée lucrative ne



représentent qu'un dixième de l'ensemble des PASA retenus pour l'analyse. Cette répartition est sensiblement identique à celle observée en 2012.

**Graphique 23 : Structure porteuse des PASA**



**Non réponses en 2013** : 0 structure

**Note de lecture** : 54,1 % des PASA ont une structure porteuse publique en 2013.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité de PASA respectivement en 2012.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREA-ORS LR

Le nombre de places moyen des établissements pour personnes âgées ayant créé un PASA est de 107 ( $\pm 57^{13}$ ) en 2013 (106  $\pm 56$  en 2012), valeur proche de celle observée en 2012. La moitié des EHPAD porteurs de PASA a une capacité comprise entre 74 et 119 places.

La moitié (49,2 %) des structures ayant indiqué leur option tarifaire est en tarif global (51,4 % en 2012). Notons que 11,2 % des structures n'ont pas répondu à cette question.

Dans sept cas sur dix (69,3 %), les structures porteuses de PASA ne sont pas dotées de pharmacie à usage intérieur (69,4 % en 2012).

Comme en 2012, 91,0 % des structures sont sous tarification PATHOS (GMPS<sup>14</sup>) et 71,5 % ne sont pas sous convergence tarifaire (respectivement 88,8 % et 72,7 % en 2012). Pour les établissements sous tarification PATHOS, le Pathos Moyen Pondéré (PMP) est en moyenne de 201,3 ( $\pm 75,0$ ) et, pour la moitié des établissements, il est compris entre 164 et 219. La valeur moyenne du PMP était de 197,2 ( $\pm 85,5$ ) en 2012. Le GIR Moyen pondéré (GMP), qui était en moyenne de 706 ( $\pm 96$ ), est en moyenne de 712 ( $\pm 99$ ) en 2013. Pour la moitié des établissements, le GMP est compris entre 678 et 764.

L'ensemble des moyennes citées ci-dessus reste stable entre 2012 et 2013.

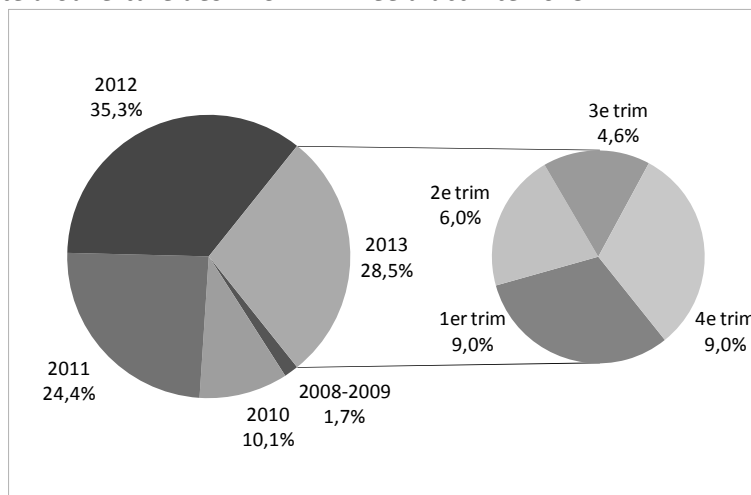
<sup>13</sup> Après une moyenne, la valeur entre parenthèses précédée du signe  $\pm$  correspond à son écart-type. Celui-ci donne une idée de la distribution et de la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus l'écart-type est élevé, plus la dispersion des valeurs autour de la moyenne est importante.

<sup>14</sup> GMPS : GIR moyen pondéré soins.

### VI.1.3 Date d'ouverture et de labellisation, subvention d'investissement

Près de trois PASA sur dix retenus pour l'analyse (28,5 %), ont débuté leur activité en 2013, un tiers en 2012 et un quart en 2011. Très peu de PASA sont ouverts depuis 2008 ou 2009. Pour les structures ayant ouvert en 2013, la moitié (52,3 %) a ouvert au cours du 1er semestre et en particulier, pendant le premier trimestre de l'année (31,4 %).

**Graphique 24 : Date d'ouverture des PASA – Année d'activité 2013**



**Non réponses en 2013** : 11 structures (1,8 %)

**Note de lecture** : 28,5 % des PASA ont ouvert en 2013.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité de PASA en 2013.

**Source** : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Les PASA retenus pour l'analyse ont, pour 42,6 % d'entre eux, été labellisés en 2013 et 35,1 % en 2012. Ils sont 14,6 % à avoir été labellisés en 2011, 3,8 % en 2014 et 4,0 % entre 2008 et 2010.

## VI.2 Activité des pôles d'activités et de soins adaptés

### VI.2.1 Résidents pris en charge

En 2013, les PASA retenus pour l'analyse ont accueilli 18 959 résidents différents soit 1,4 fois plus qu'en 2012. Le nombre moyen de résidents accueillis par PASA est de 30,9 ( $\pm 13,4$ ), moyenne stable entre 2012 et 2013 ( $30,0 \pm 13,4$  en 2012). Comme trois PASA sur dix ont débuté leur activité en cours d'année 2013, une estimation en année pleine (comme si chaque structure avait fonctionné 12 mois) a été réalisée : 59,1 résidents sont potentiellement accueillis en moyenne par PASA, pour un total de 36 200 résidents accueillis en moyenne en année pleine.

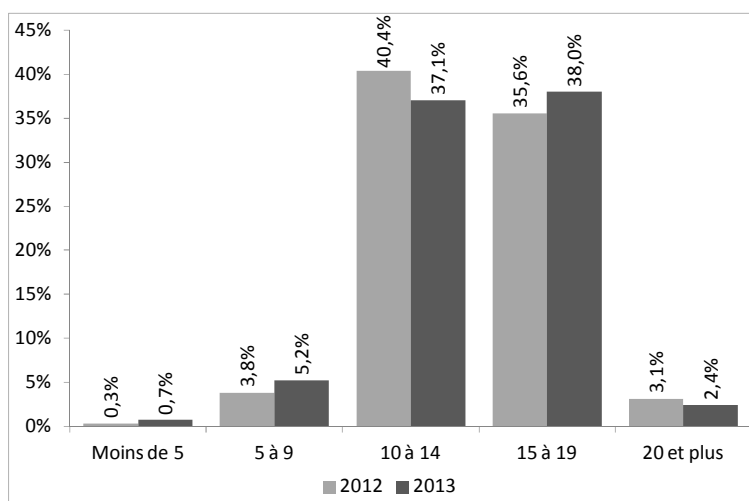
Ces résidents sont dans huit cas sur dix des femmes : 78,7 % *versus* 21,4 % d'hommes. Cette répartition est identique à celle observée en 2012 (78,5 % *vs* 21,5 %).

Les résidents ont en moyenne 84,8 ans en 2013 (85,3 ans en 2012). Les hommes sont, en moyenne, plus jeunes que les femmes : 83,4 ans versus 86,1 ans. Les valeurs observées en 2013 sont identiques à celles observées en 2012 : 83,3 ans en moyenne pour les hommes et 85,8 ans pour les femmes.

### VI.2.2 Score au Mini Mental State Examination (MMSE)

Le score au MMSE à l'admission est en moyenne de 14,3 ( $\pm 3,3$ ) en 2013, moyenne identique à celle notée en 2012 ( $14,3 \pm 3,0$ ). Comme l'année précédente, la moitié des résidents a un score au MMSE compris entre 13 et 16. Comme en 2012, la majorité des résidents en PASA (75,1 % en 2013 et 76,0 % en 2012) présentent un score compris entre 10 et 19 au MMSE. La proportion de résidents ayant un score très bas, inférieur à 5, reste proche de celle notée en 2012.

**Graphique 25 : Répartition des résidents en PASA selon le score au MMSE**



**Non réponses en 2013** : 111 structures (18,1 %)

**Note de lecture** : 0,7 % des résidents en PASA ont un score au MMSE inférieur à 5 en 2013.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité de PASA respectivement en 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

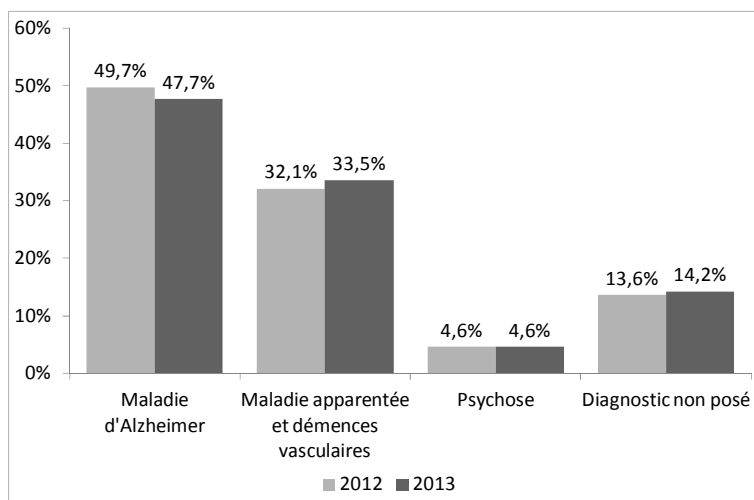
### VI.2.3 Diagnostics posés pour les résidents

Comme l'année précédente, les résidents accueillis en PASA souffrent majoritairement de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et démences vasculaires en 2013. La proportion de résidents accueillis en PASA souffrant de maladies d'Alzheimer est en recul : elle passe de 49,7 % en 2012 à 47,7 % en 2013. En revanche, celle des diagnostics posés pour maladies apparentées et démences vasculaires est en augmentation passant de 32,1 % en 2012 à 33,5 % en 2013.

Globalement, pour les quatre cinquièmes des résidents (81,2 %), le diagnostic a été posé et correspond bien aux critères d'admission en PASA. Cette proportion reste stable entre 2012 et 2013.

Dans 4,6 % des cas, le diagnostic posé est celui de psychose, diagnostic n'entrant pas dans le champ de la prise en charge des PASA. Enfin, dans un peu plus d'un cas sur dix (14,2 %), le diagnostic n'est pas posé. Par rapport à ce qui était observé en 2012, ces proportions restent stables entre 2012 et 2013.

**Graphique 26 : Répartition des résidents en PASA selon le diagnostic posé**



**Non réponses en 2013** : 6 structures (1,0 %)

**Note de lecture** : 47,7 % des résidents en PASA ont une maladie d'Alzheimer en 2013.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité de PASA respectivement en 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

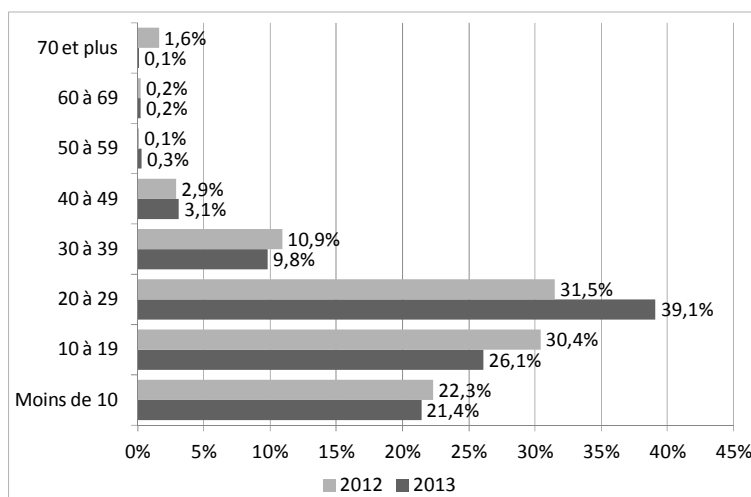
#### VI.2.4 Troubles psycho comportementaux

Pour 525 PASA, la moyenne des scores F\*G (Fréquence \* Gravité) au NPI-ES<sup>15</sup> est renseignée. La valeur moyenne observée pour l'ensemble des résidents des PASA est de 19,4 ( $\pm$  10,7). Cette moyenne reste stable entre 2012 et 2013 : elle était de 20,3  $\pm$  14,8 en 2012.

Pour les deux tiers des PASA (65,2 %), la valeur moyenne du score F\*G est comprise entre 10 et 29, proportion plus élevée que celle notée en 2012 (61,9 %). Dans un cas sur cinq, cette moyenne est inférieure à 10 en 2013. Cette proportion reste stable entre 2012 et 2013 (22,3 % en 2012 et 21,4 % en 2013).

<sup>15</sup> Inventaire neuropsychiatrique – version pour équipe soignante. Annexe IV de l'instruction interministérielle DGAS/2C/DHOS/DSS 2010-06 du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médicosocial du plan Alzheimer.

**Graphique 27 : Répartition des résidents en PASA selon la moyenne des scores F\*G au NPI-ES**



**Non réponses en 2013** : 89 structures (14,5 %)

**Note de lecture** : Dans 21,4 % des PASA, les résidents ont une moyenne de score F\*G inférieure à 10 en 2013.

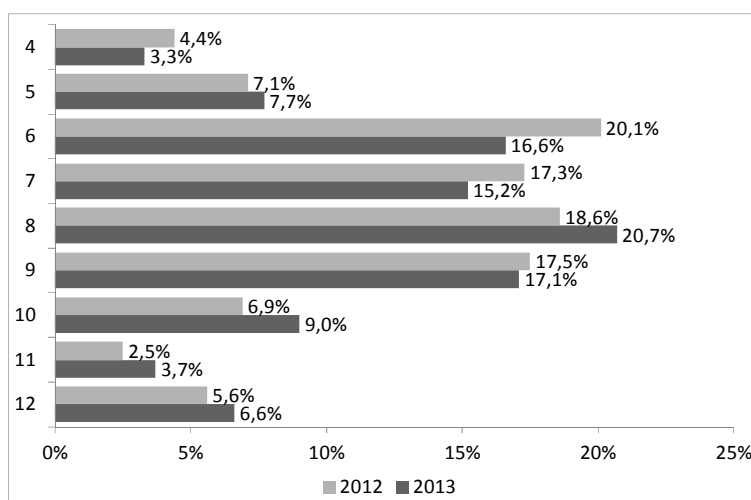
**Champ** : Structures ayant déclaré une activité de PASA respectivement en 2012 et 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

La moyenne par PASA du score fréquence gravité le plus élevé est connue pour 483 PASA (78,7 %), proportion en baisse par rapport à l'année précédente (81,3 %). En moyenne, la valeur trouvée est de 7,9 ( $\pm 2,0$ ) en 2013. Cette moyenne reste stable entre 2012 et 2013. Elle était de 7,7  $\pm 1,9$  en 2012. Dans sept cas sur dix, la valeur moyenne du score le plus élevé est comprise entre 6 et 9 en 2013. Cette proportion est en recul : elle passe de 73,5 % en 2012 à 69,6 % en 2013.

En revanche, la proportion des résidents ayant une moyenne du score fréquence gravité le plus élevé supérieur ou égal à dix, est en augmentation passant de 15,0 % en 2012 à 19,3 % en 2013.

**Graphique 28 : Répartition des résidents en PASA selon la moyenne du score le plus élevé pour l'item comportemental le plus important au NPI-ES**



**Non réponses en 2013** : 132 structures (21,5 %)

**Note de lecture** : Dans 3,3 % des PASA la moyenne du score F\*G le plus élevé est de 4 en 2013.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité de PASA respectivement en 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

## VI.3 Fonctionnement des pôles d'activités et de soins adaptés

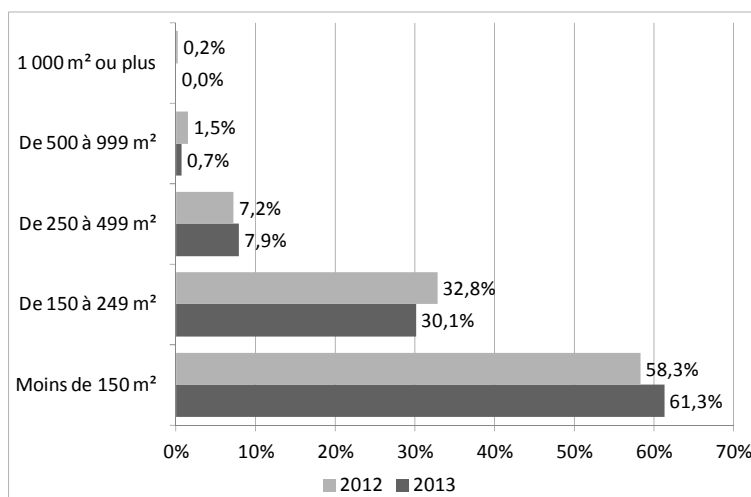
### VI.3.1 Typologie des PASA

En 2013, 68,9 % des PASA ont une unicité de lieu (69,7 % en 2012). Cette proportion reste stable entre 2012 et 2013.

Six PASA sur dix disposent de moins de 150 m<sup>2</sup> de surface intérieure et moins d'un PASA sur dix (8,6 %) dispose de plus de 250 m<sup>2</sup> en 2013. Ces proportions restent stables entre 2012 et 2013. La surface intérieure moyenne des PASA est de 143 m<sup>2</sup> en 2013. Cette moyenne reste proche de celle notée en 2012 (156 m<sup>2</sup>).

La surface extérieure reste limitée pour de nombreux PASA : dans 49,4 % des cas, ils disposent de moins de 150 m<sup>2</sup> extérieurs en 2013 (46,8 % en 2012). Par contre, 10,5 % des PASA disposent de 500 à 1 000 m<sup>2</sup> extérieurs (11,4 % en 2012) et 7,0 % des PASA disposent de plus de 1 000 m<sup>2</sup> extérieurs (9,1 % en 2012). L'ensemble de ces proportions reste proche de celles notées en 2012.

**Graphique 29 : Répartition des PASA selon leur surface intérieure (en m<sup>2</sup>)**



**Non réponses en 2013** : 45 structures (7,3 %)

**Note de lecture** : 0,7 % des PASA a une surface intérieure comprise entre 500 et 999 m<sup>2</sup> en 2013

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité de PASA respectivement en 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Près des trois quarts des PASA sont ouverts cinq jours sur sept. Cette proportion est en augmentation passant de 66,3 % en 2012 à 73,2 % en 2013. En revanche, la proportion de PASA ouverts sept jours sur sept est en recul : elle passe de 18,0 % en 2012 à 13,3 % en 2013.

Au total, 7,4 % des PASA sont ouverts moins de cinq jours sur sept et 1,8 % au plus trois jours par semaine. Ces proportions sont en recul par rapport à celles notées en 2012 (respectivement 8,1 % et 2,9 %).

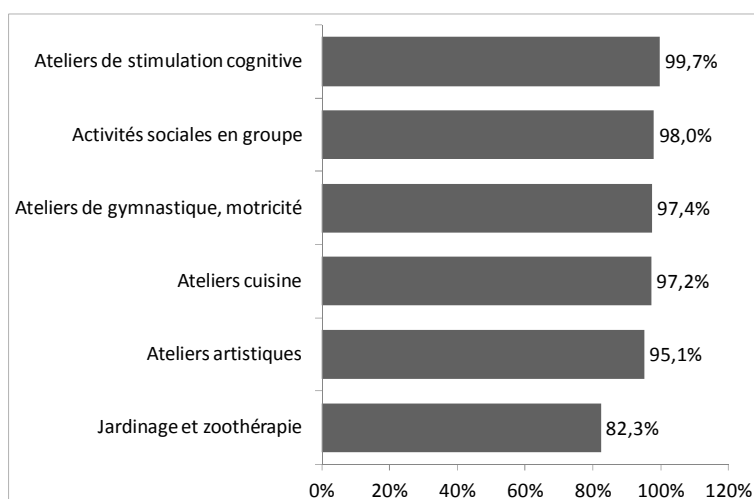
### VI.3.2 Activités

La quasi-totalité des PASA propose des ateliers de stimulation cognitive ou de la mémoire dans le cadre de la prise en charge des résidents (99,7 % en 2013).

Dans plus de 97 % des PASA, des activités sociales en groupe, des ateliers autour de la gymnastique, de la motricité ou de la relaxation, ou des ateliers autour de la cuisine et de la conception des repas, font partie des activités proposées pour la prise en charge des résidents. Les ateliers artistiques sont proposés dans 95,1 % des PASA en 2013 et des ateliers de jardinage ou autour des animaux dans plus de quatre PASA sur cinq.

L'ensemble de ces proportions reste proche de celles notées en 2012.

**Graphique 30 : Activités proposées en PASA en 2013**



**Non réponses en 2013** : 3 structures (0,5 %)

**Note de lecture** : 99,7 % des PASA proposent des ateliers de stimulation cognitive en 2013

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité de PASA en 2013.

**Source** : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREA-ORS LR

### VI.3.3 Sorties des PASA

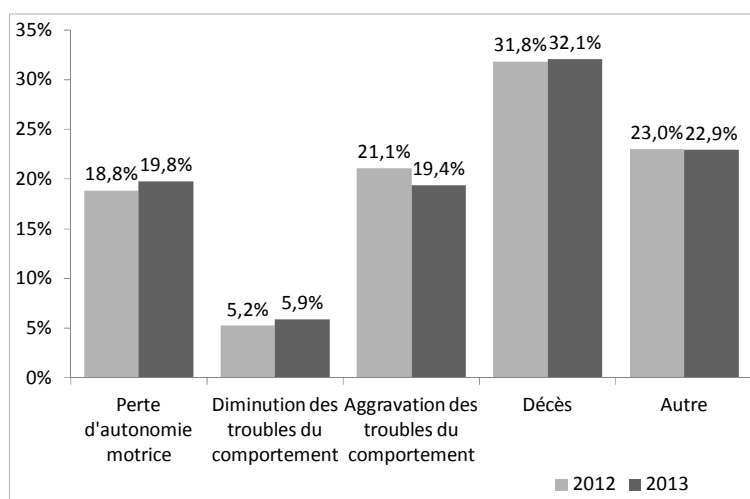
En 2013, 6 256 résidents sont sortis des PASA inclus dans l'enquête, soit 1,6 fois plus qu'en 2012 (4 041 résidents sortis). Dans 28 PASA, aucune sortie n'est notée. A cela, il faut ajouter les 14 PASA n'ayant pas répondu à cette question. Le nombre moyen de sorties est en augmentation passant de  $9,3 \pm 7,9$  en 2012 à  $10,4 \pm 8,1$  en 2013. En prenant en compte le nombre de mois d'ouverture de chaque PASA, le nombre moyen mensuel de sorties reste identique à celui noté en 2012 : il est de 1,2 soit 13,8 par an en année pleine (1,1 en 2012 soit 13,1 par an en année pleine).

Le motif de sortie le plus fréquent, comme en 2012, est le décès, représentant près d'un tiers des sorties. L'aggravation des troubles du comportement ou la perte d'autonomie motrice sont des motifs motivant chacun autour d'un cinquième des sorties. L'amélioration des troubles du comportement n'est retrouvée comme motif que pour une sortie sur vingt. Les motifs « autre » représentent un quart des sorties. L'ensemble de ces proportions reste proche de celles notées en 2012.

Dans près de la moitié des cas (45,7 %) où un motif « autre » est précisé, la sortie est liée au refus du résident de participer aux activités proposées, auxquelles il faut ajouter l'inadaptation des activités proposées à la situation du résident (6,3 %) et les souhaits de ne plus venir dans le pôle (6,0 %). L'autre motif « autre » qui ressort est le changement de structure (17,0 %).



**Graphique 31: Motifs de sortie des PASA**



**Non réponses en 2013** : 32 structures (5,2 %)

**Note de lecture** : 19,8 % des sorties de PASA en 2013 ont comme motif la perte d'autonomie motrice

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité de PASA respectivement en 2012.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

#### VI.3.4 Ressources en personnel

En 2013, 3 704 professionnels sont employés dans les PASA retenus pour l'analyse pour 1 577 équivalents temps plein (en 2012, ils étaient 2 628 professionnels pour 1 212 équivalents temps plein).

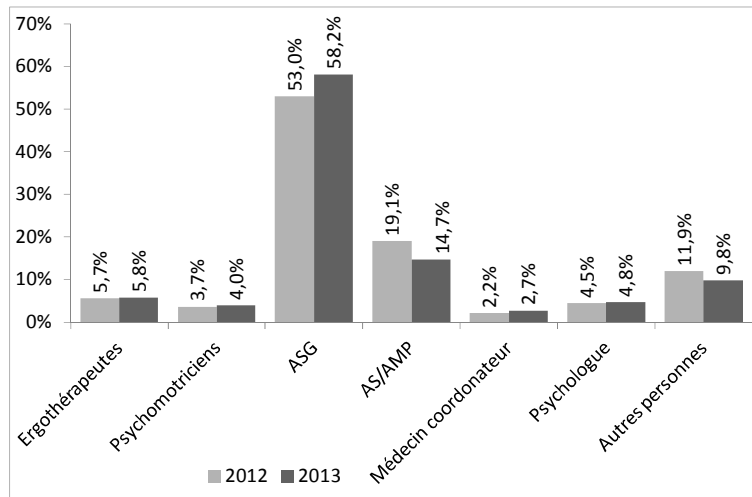
En moyenne, les PASA emploient 6,0 ( $\pm$  4,9) personnes pour 2,6 ( $\pm$  1,9) ETP. Ces valeurs restent stables entre 2012 et 2013 (5,8  $\pm$  3,5 pour 2,7 ETP  $\pm$  1,9 en 2012). Un PASA sur deux a un effectif compris entre 4 et 7 personnes pour 1,8 à 2,8 ETP en 2013.

Comme l'année précédente, le personnel des PASA est composé majoritairement en ETP d'assistants de soins en gérontologie (ASG). La proportion poursuit sa progression passant de 53,0 % en 2012 à 58,2 % en 2013. Dans 14,7 % des cas en ETP, il s'agit d'aides-soignants ou d'aides médico-psychologiques (AS-AMP), en recul encore en 2013 par rapport à 2012 (19,1 %). Cette augmentation de la proportion des ASG concomitante à une baisse de la proportion des AS-AMP peut sans doute s'expliquer par le développement de la valorisation des acquis de l'expérience permettant à certains AS-AMP d'être reconnus comme ASG.

Des personnels spécialisés comme les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les médecins coordonnateurs ou les psychologues interviennent également dans les PASA, représentant au plus 5,8 % des effectifs en ETP et au total 17,3 % des ETP en 2013. L'ensemble de ces proportions reste proche de celles notées en 2012.

Enfin, 9,8 % des effectifs en ETP sont constitués d'autres personnels non financés dans le cadre de la dotation de l'Assurance Maladie dédiée au fonctionnement du PASA en 2013. Cette proportion est en recul par rapport à 2012 (11,9 %).

**Graphique 32 : Type de professionnels des PASA (en % d'ETP)**



**Non réponses en 2013** : 11 structures (1,8 %)

**Note de lecture** : 5,8 % des personnels en ETP des PASA en 2013 sont des ergothérapeutes

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité de PASA respectivement en 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

## VII Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) pour personnes âgées en 2013

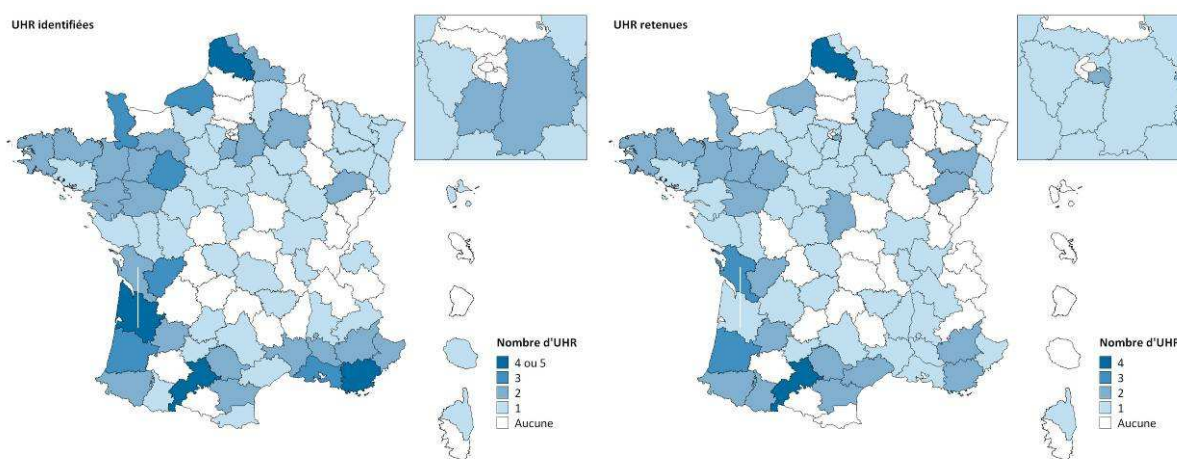
Lors du lancement de l'enquête sur l'activité 2013 des structures pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, 114 unités d'hébergement renforcées étaient identifiées. Au cours de l'enquête, 32 autres structures, non identifiées comme telles précédemment, ont indiqué avoir cette activité. Parmi l'ensemble des structures ayant indiqué une activité d'UHR en 2013, 48 ont été exclues du fait d'un niveau de complétude insuffisant (réponses inférieures ou égales aux deux tiers des questions posées). L'analyse porte sur 98 structures (contre 64 en 2012).

### VII.1 Profil des unités d'hébergement renforcées

#### VII.1.1 Implantation des UHR

Les UHR retenues pour l'étude sont présentes dans 66 départements de métropole, avec notamment quatre unités dans les départements de la Haute-Garonne et Nord-Pas-de-Calais, trois unités respectivement en Charente-Maritime et Landes et deux unités dans les 22 départements suivants : Alpes-de-Haute-Provence, Aude, Charente, Cher, Côtes-d'Armor, Finistère, Hérault, Ille-et-Vilaine, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Manche, Marne, Mayenne, Pyrénées-Atlantiques, Hautes-Pyrénées, Haute-Saône, Sarthe, Seine-Maritime, Tarn, Var, Vosges et Val-de-Marne.

Carte 3 : Implantation des UHR identifiées et des UHR retenues pour l'analyse



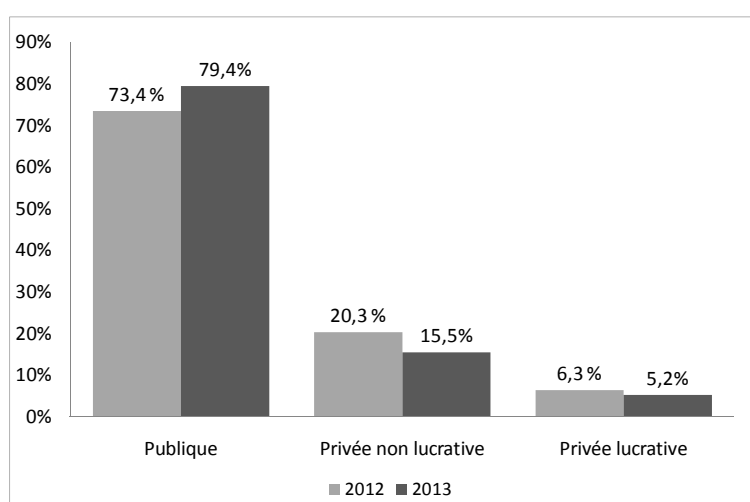
**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2013.

**Source** : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

### VII.1.2 Les structures porteuses

En 2013, dans huit cas sur dix (79,4 %), les structures porteuses ayant créé des UHR et retenues pour l'étude sont des établissements du secteur public. Moins d'un sur cinq (15,5 %) est une structure privée à but non lucratif et 5,2 % à but lucratif. La proportion des établissements du secteur public en tant que structures porteuses d'UHR est en progression entre 2012 et 2013, passant de 73,4 % à 79,4 %. A l'opposé, la proportion des établissements du secteur privé est en recul par rapport à 2012, passant de 20,3 % à 15,5 %.

**Graphique 33 : Structure porteuse des UHR en 2013**



**Non réponses en 2013** : 1 structure (1,0 %)

**Note de lecture** : 15,5 % des structures porteuses d'UHR en 2013 et retenues pour l'étude ont un statut dans le secteur du privé non lucratif.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'UHR respectivement en 2012 et 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Les structures porteuses ayant créé des UHR ont une capacité moyenne de 132 places ( $\pm 91,4^{16}$ ) en 2013, moyenne qui reste stable entre 2012 et 2013. La moitié des structures a une capacité inférieure ou égale à 97 places.

Les structures porteuses ayant créé des UHR et retenues pour l'étude sont en 2013, sous tarif global dans 76,7 % des cas et 23,3 % sous tarif partiel (respectivement 69,6 % et 30,4 % en 2012). Ces proportions restent stables entre 2012 et 2013.

<sup>16</sup> Après une moyenne, la valeur entre parenthèses précédée du signe  $\pm$  correspond à son écart-type. Celui-ci donne une idée de la distribution et de la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus l'écart-type est élevé, plus la dispersion des valeurs autour de la moyenne est importante. Ici, la valeur de l'écart-type est proche de la moyenne indiquant une dispersion importante des valeurs.

Comme l'année précédente, la grande majorité (91,9 %) est sous tarification PATHOS en 2013 (87,3 % en 2012). Dans ce cas, la valeur du Pathos Moyen Pondéré (PMP) est de 267 en moyenne (239 en 2012) et la valeur du GIR Moyen Pondéré (GMP) est de 770 en moyenne (773 en 2012).

En 2013, 37,8 % des structures porteuses ayant créé des UHR déclarent être sous convergence tarifaire (40,4 % en 2012).

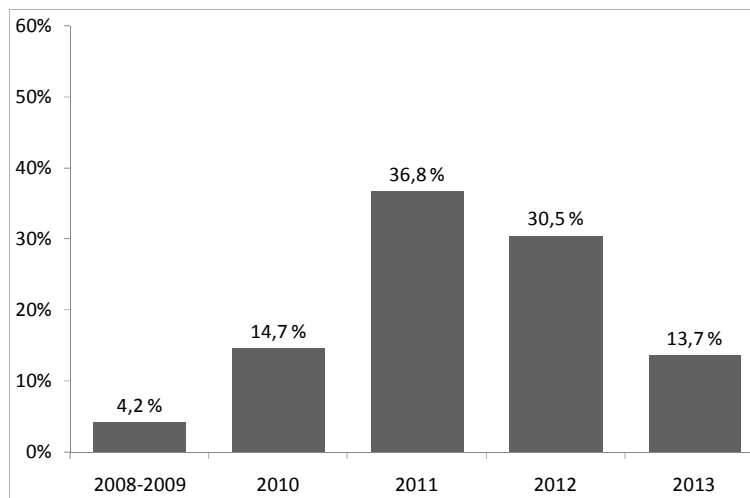
Huit UHR sur dix (80,9 %) bénéficient d'une pharmacie à usage intérieur (75,0 % en 2012).

L'ensemble des proportions et des moyennes notées ci-dessus reste stable entre 2012 et 2013.

### VII.1.3 Date d'ouverture et subvention d'investissement

Les deux tiers des structures retenues pour l'étude ont mis en place leurs unités d'hébergement renforcées entre 2011 et 2012, 13,7 % en 2013 et 14,7 % en 2010. Pour les structures ayant ouvert en 2013 (13 structures), la moitié a ouvert au cours du 1<sup>er</sup> semestre.

**Graphique 34 : Année d'ouverture des UHR**



**Non réponses en 2013 :** 3 structures (3,1 %)

**Note de lecture :** 13,7 % des structures porteuses d'UHR en 2013 et retenues pour l'étude ont mis en place leurs unités en 2013.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2013.

**Source :** Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

#### VII.1.4 Nombre de places en UHR

Comme l'année précédente, les UHR retenues pour l'étude comptent en moyenne, 14 places installées ( $\pm 3,0$ ) en 2013. Sept UHR sur dix (70,3 %) comptent entre 12 et 14 places en 2013.

### VII.2 Activités des unités d'hébergement renforcées

#### VII.2.1 Résidents pris en charge

En 2013, 2 029 résidents ont été pris en charge dans les UHR, soit 1,6 fois plus qu'en 2012. Le nombre moyen de résidents accueillis par UHR reste stable entre 2012 et 2013 : il est de 20,9 ( $\pm 6,6$ ) (20,1  $\pm 7,0$  en 2012). Parmi les UHR retenues pour l'étude, 13 n'ont ouvert qu'au cours de l'année 2013 et leur durée de fonctionnement a été de 5,5 mois en moyenne. En moyenne mensuelle, les UHR ont accueilli 2,0 ( $\pm 1,0$ ) résidents (2,3  $\pm 2,0$  en 2012) correspondant à un suivi plus important en 2013 de 193 résidents par mois (146 en 2012) et à une moyenne annuelle de 23,9 résidents par UHR (27,3 en 2012) pour un total de 2 317 résidents accueillis en année pleine (1 747 en 2012).

Comme l'année précédente, les UHR retenues pour l'enquête sur leur activité en 2013 accueillent davantage de femmes (59,4 %) que d'hommes (40,6 %) (respectivement 62,9 % de femmes et 37,1 % d'hommes en 2012). En revanche, la proportion d'hommes accueillis en UHR en 2013 est en progression et celle des femmes est en recul.

Les résidents ont en moyenne 81,8 ans (81,3 ans en 2012). Les hommes sont, en moyenne, plus jeunes que les femmes : 78,4 ans contre 82,1 ans en 2013 (79,7 ans contre 82,9 ans en 2012). L'ensemble de ces moyennes reste stable entre 2012 et 2013.

La durée moyenne de séjour (DMS) par résident est de 11,2 mois en 2013 (11,5 mois en 2012). Plus de la moitié des UHR (55,0 %) ont déclaré en 2013 une durée moyenne de séjour par résident entre 4 et 12 mois.

#### VII.2.2 Score au Mini Mental State Examination (MMSE)

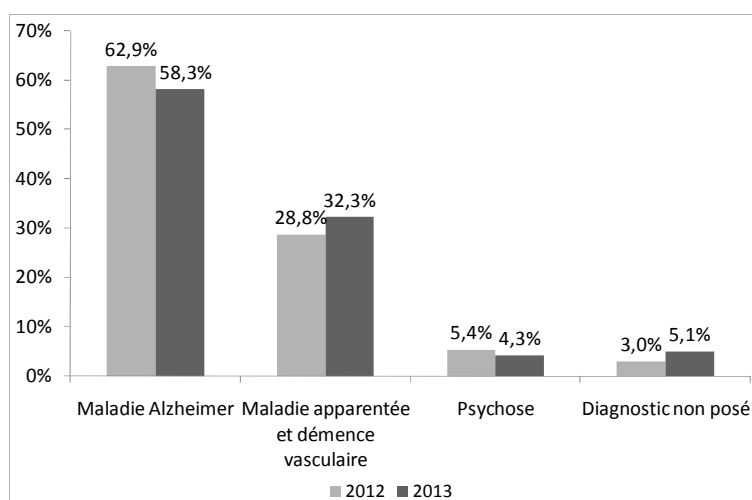
Le MMSE moyen des résidents reste stable entre 2012 et 2013 : il est à 7,4 ( $\pm 4,1$ ) en 2013 (8,0  $\pm 3,3$  en 2012). Comme l'année précédente, un quart des résidents a un score au MMSE inférieur à 5 et la moitié des résidents un score inférieur à 7. Pour un quart des résidents, le score au MMSE est supérieur à 10 (11 en 2012). Sur ce critère, la population accueillie correspond bien aux critères d'admission.

### VII.2.3 Diagnostics posés pour les résidents

Comme l'année précédente, les résidents accueillis en UHR souffrent majoritairement de maladie d'Alzheimer (58,3 %) mais cette proportion est en recul par rapport à 2012 (62,9 %). En revanche, la proportion des résidents accueillis en UHR en 2013 souffrant de maladie apparentée et démence vasculaire est en augmentation entre 2012 et 2013, passant de 28,8 % à 32,3 %.

Dans 95 % des cas, le diagnostic a bien été posé en 2013. Cette proportion est en recul par rapport à l'année précédente (97 % des cas en 2012). Seulement 4,3 % des résidents ont un diagnostic principal de psychose en 2013. Cette dernière catégorie de diagnostic n'entre pas dans le champ de la prise en charge en UHR. Cette proportion reste stable à celle observée en 2012 (5,4 %).

**Graphique 35 : Répartition des résidents en UHR selon le diagnostic posé**



**Non réponses en 2013 :** 237 résidents (11,7 %)

**Note de lecture :** 58,3 % des résidents accueillis dans les UHR en 2013 souffrent de maladie d'Alzheimer.

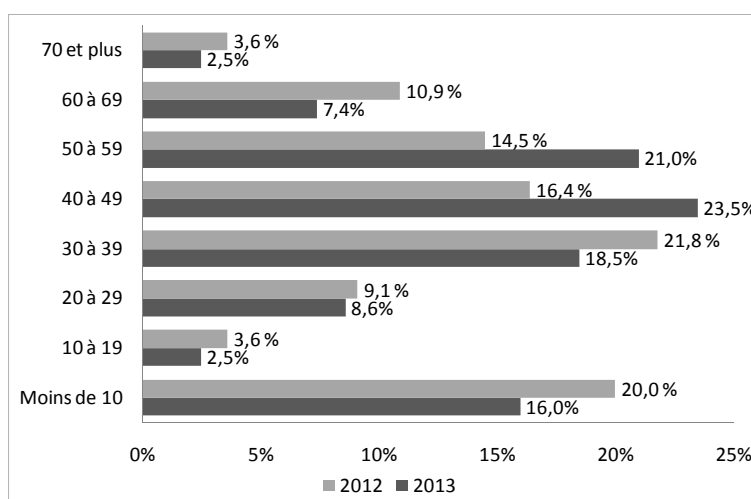
**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'UHR respectivement en 2013.

**Source :** Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREA-ORS LR

## VII.2.4 Troubles psycho comportementaux

Pour 81 UHR, la moyenne des scores F\*G (Fréquence\*Gravité) au NPI-ES est renseignée. A l'admission au sein de l'UHR, ce score est en 2013, en moyenne de 38,4 ( $\pm$  19,2), moyenne qui reste stable (36,5  $\pm$  22,1 en 2012).

**Graphique 36 : Répartition des patients en UHR selon la moyenne des scores F\*G au NPI-ES à l'admission**



**Non réponses en 2013** : 17 structures (17,3 %)

**Note de lecture** : 18,5 % des UHR retenues pour l'étude ont déclaré en 2013 en moyenne un score F\*G à l'admission entre 30 et 39.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'UHR respectivement en 2013.

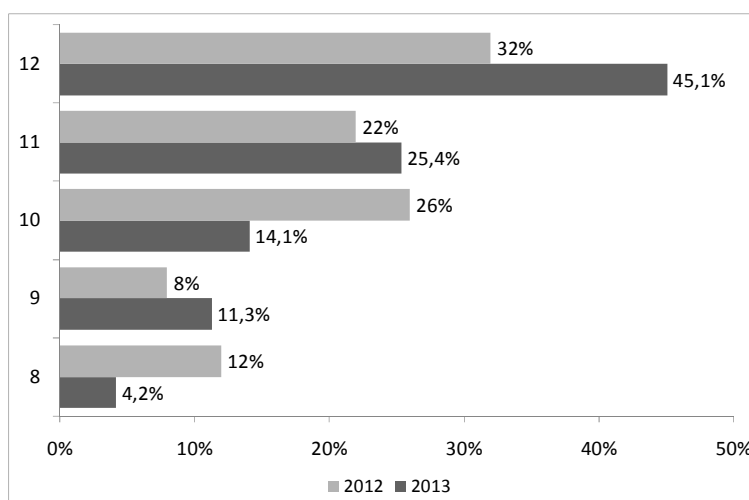
**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

Le score moyen le plus élevé pour l'item comportemental le plus important par résident est en moyenne de 10,6 ( $\pm$  1,9) en 2013 (10,5  $\pm$  1,4 en 2012). Dans les critères d'admission<sup>17</sup>, il convient que le score F x G pour l'item le plus important soit supérieur à 7 (uniquement pour les troubles du comportement perturbateur). Dans 84,6 % des cas, le score moyen le plus élevé pour l'item comportemental le plus important par résident est compris entre 10 et 12 en 2013 (80 % en 2012).

<sup>17</sup> Cf. instruction interministérielle DGAS/2C/DHOS/DSS n° 2010-06 du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médicosocial du plan Alzheimer (annexe 5 : critères d'admissibilité/éligibilité dans les PASA et les UHR).



**Graphique 37 : Répartition des résidents en UHR selon la moyenne du score le plus élevé pour l'item comportemental le plus important au NPI-ES**



**Non réponses en 2013 :** 17 structures (17,3 %)

**Note de lecture :** En 2013, 45,1 % des UHR retenues pour l'étude ont déclaré un score moyen le plus élevé pour l'item comportemental le plus important par résident égal à 12.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'UHR respectivement en 2013.

**Source :** Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

## VII.3 Fonctionnement des unités d'hébergement renforcées

### VII.3.1 Typologie des UHR

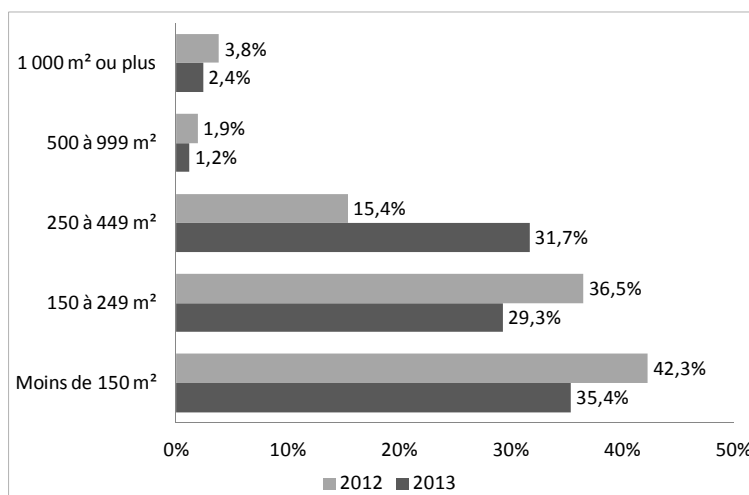
⇒ Superficie des UHR

En 2013, en moyenne, les UHR ont une superficie totale de 794 m<sup>2</sup> (747 m<sup>2</sup> en 2012). La moitié des structures a une superficie totale comprise entre 550 et 920 m<sup>2</sup> en 2013 (entre 550 et 970 m<sup>2</sup> en 2012). La superficie moyenne des parties communes est de 235 m<sup>2</sup> (234 m<sup>2</sup> en 2012) et la moitié des UHR a des parties communes mesurant entre 150 et 305 m<sup>2</sup> (entre 150 et 400 m<sup>2</sup> en 2012).

La superficie moyenne de la surface extérieure (jardin, terrasse ....) est de 718 m<sup>2</sup> en 2013 (691 m<sup>2</sup> en 2012).

L'ensemble de ces moyennes reste stable entre 2012 et 2013.

**Graphique 38: Répartition des UHR selon leur surface intérieure (en m<sup>2</sup>)**



**Non réponses en 2013 :** 16 structures (16,3 %)

**Note de lecture :** En 2013, 35,4 % des UHR ont une surface intérieure inférieure à 150 m<sup>2</sup>.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'UHR respectivement en 2012 et 2013.

**Source :** Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

La proportion de structures UHR ayant une superficie intérieure comprise entre 250 et 449 m<sup>2</sup> en 2013 (31,7 %) est en augmentation par rapport à celle notée en 2012 (15,4 % en 2012). Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre 2012 et 2013 pour les autres catégories de superficie intérieure.

### VII.3.2 Les sorties de l'UHR

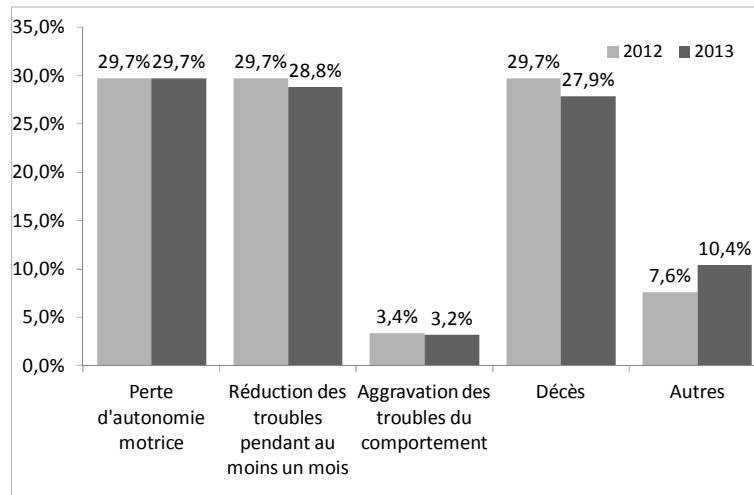
Pour l'année 2013, 774 sorties définitives ont été déclarées par les 98 UHR répondant (soit une moyenne d'environ 8 sorties par unité) (453 sorties en 2012 et une moyenne d'environ 7 sorties par unité).

En 2013, les premiers motifs de sortie sont dans des proportions très proches : en première position la perte d'autonomie motrice (29,7 %), puis la réduction des troubles pendant au moins un mois (28,8 %) et enfin le décès (27,9 %). Pour l'année précédente, ces trois motifs de sortie étaient au même niveau avec une proportion de 29,7 % pour chacune de ces modalités. Seules 3,2 % des sorties sont dues à une aggravation des troubles du comportement ne permettant plus une prise en charge en UHR (3,4 % en 2012).

Dans un cas sur dix, les sorties sont dues à d'autres raisons en 2013 (7,6 % en 2012). Dans vingt cas, cet autre motif est précisé : neuf fois, il s'agit d'un changement d'établissement, quatre fois d'une dégradation de l'état de santé du résident, trois fois d'une pathologie ne correspondant pas aux critères d'admission, trois fois d'un retour à domicile et une fois d'une amélioration des troubles.

L'ensemble des proportions commentées ci-dessus reste stable entre 2012 et 2013.

**Graphique 39 : Motifs de sortie des UHR**



**Non réponses en 2013 :** 53 résidents (6,8 %)

**Note de lecture :** En 2013, pour 28,1 % des résidents sortis en 2013 d'une UHR, leur prise en charge en UHR a pris fin en raison d'une perte d'autonomie motrice.

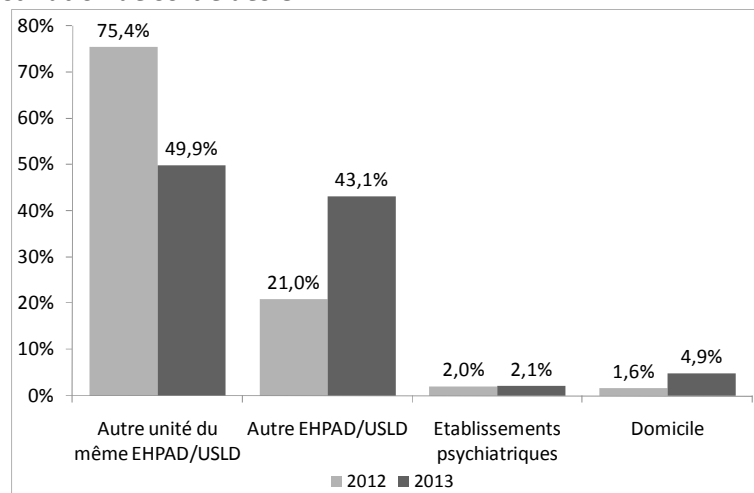
**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'UHR respectivement en 2013.

**Source :** Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

La proportion de résidents sortant de l'UHR et accueillis dans une autre unité du même établissement a fortement diminué passant de 75,4 % en 2012 à 49,9 % en 2013. En revanche, celle des résidents sortants dirigés vers un autre établissement EHPAD/USLD a fortement augmenté passant de 21,0 % en 2012 à 43,1 % en 2013. De même, la proportion des résidents sortants dirigés vers le domicile est également en augmentation passant de 1,6 % en 2012 à 4,9 % en 2013.

Les cas d'accueil par un établissement psychiatrique restent rares en 2013 (2,1 %).

**Graphique 40 : Destination de sortie des UHR**



**Non réponses en 2013 :** 203 résidents (26,2 %)

**Note de lecture :** En 2013, 49,9 % des résidents sortis d'une UHR en 2013 ont été admis vers une autre unité du même EHPAD/USLD.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'UHR respectivement en 2013.

**Source :** Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

### VII.3.3 Ressources en personnel

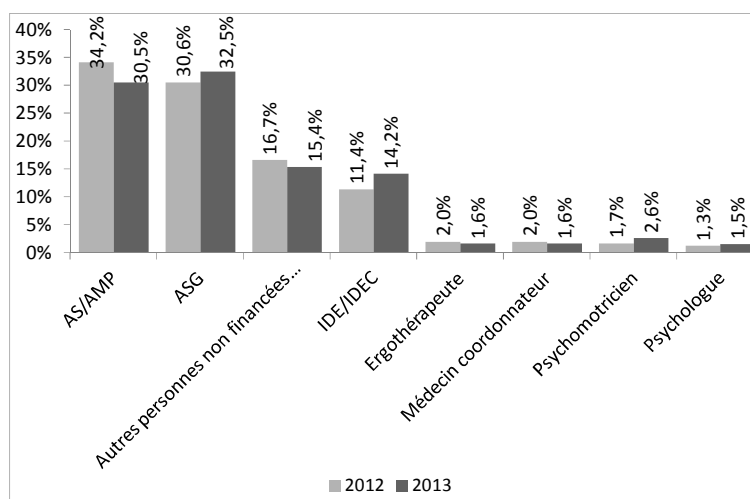
En 2013, les UHR emploient 11 ETP en moyenne par unité (14 ETP en 2012). La moitié des UHR répondant emploie entre 8,0 et 13,6 ETP (8,45 et 13 ETP en 2012).

Les assistants de soins en gérontologie (ASG) et les aides-soignants (AS) et les aides médico-psychologiques (AMP) restent les personnels en ETP les plus présents dans les UHR en 2013 mais avec une répartition qui diffère de celle notée en 2012. En effet, les ASG prennent en 2013 la première place en ETP avec 32,5 % (30,6 % en 2012), suivis des AS-AMP avec 30,5 % (34,2 % en 2012).

En revanche, les ETP en infirmiers ne représentent que 14,2 % et 1,5 % en psychologue.

L'ensemble des proportions citées ci-dessus reste stable entre 2012 et 2013.

**Graphique 41 : Type de professionnels en UHR (en % d'ETP)**



**Non réponses en 2013** : 3 structures (3,1 %)

**Note de lecture** : En 2013, les ASG constituent 32,5 % du personnel faisant fonctionner l'UHR en ETP réels.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'UHR respectivement en 2013.

**Source** : Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREA-ORS LR

Compte-tenu des nombreux postes à temps partiel, les effectifs employés par les UHR sont plus importants : 17,2 personnes en moyenne (16,4 en 2012). La moitié des UHR (49,0 %) emploie entre 11 et 18 personnes.

Davantage de personnes travaillent dans ces unités en 2013 : 1 649 contre 984 en 2012. Les effectifs d'AS/AMP et d'ASG sont également plus importants en 2013 : respectivement 424 AS/AMP contre 272 en 2012 et 378 ASG contre 211 en 2012.

En 2013, les aides-soignants et aides médico-psychologiques représentent 25,7 % des personnes employées par les UHR. Viennent ensuite :

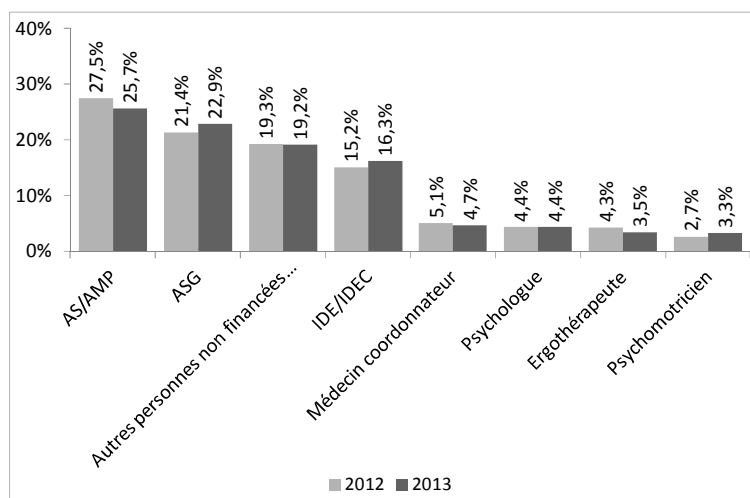
- les assistants de soins gérontologie (22,9 % du personnel employé) ;
- les infirmiers (16,3 %) ;

- les médecins coordonnateurs (4,7 %) ;
- les psychologues (4,4 %) ;
- les ergothérapeutes (3,5 %) ;
- les psychomotriciens (3,3 %).

Enfin, 19,2 % du personnel travaillant au sein des UHR ne sont pas financés dans le cadre de la dotation de l'Assurance Maladie dédiée au fonctionnement de l'UHR.

L'ensemble des proportions citées dans le paragraphe ci-dessus, reste stable entre 2012 et 2013.

**Graphique 42 : Répartition des effectifs en UHR par type de personnel**



**Non réponses en 2013 :** 2 structures (2,0 %)

**Note de lecture :** En 2013, les ASG constituent 22,9 % du nombre de personnels faisant fonctionner l'UHR.

**Champ :** Structures ayant déclaré une activité d'UHR respectivement en 2013.

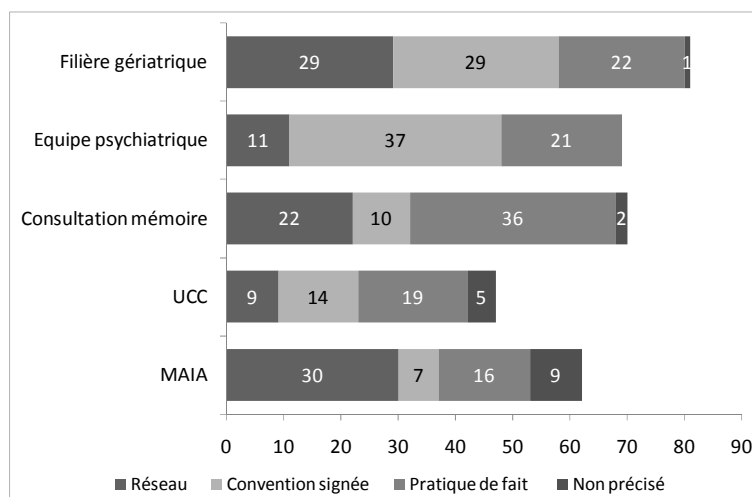
**Source :** Données d'activité 2012, 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

### VII.3.4 Partenariat(s)

Globalement, la plupart des UHR déclarent l'existence d'un partenariat (89,8 % des cas en 2013, proportion équivalente à celle notée en 2012 – 93,8 %).

Concernant les partenariats avec la filière gériatrique et la psychiatrie en 2013, il y a formalisation des partenariats dans sept cas sur dix et avec la MAIA, dans six cas sur dix. Avec les unités cognitivo-comportementales (UCC) et les consultations mémoire, la formalisation des partenariats est moins fréquente et elle existe respectivement dans la moitié des cas et dans 45 % des cas en 2013.

**Graphique 43 : Type de partenariat mis en place en UHR (en effectifs) –Année 2013**



**Non réponses en 2013** : 10 structures (10,2 %)

**Note de lecture** : 29 UHR font partie d'un réseau constituant un partenariat avec la filière gériatrique et 29 ont une convention signée avec cette filière.

**Champ** : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2013.

**Source** : Données d'activité 2013 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREAI-ORS LR

## VIII Synthèse, discussion et recommandations pour les enquêtes ultérieures

L'analyse des rapports d'activité des établissements médicosociaux accompagnant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés est maintenant conduite depuis plusieurs années : sur l'activité des années 2008 à 2013 pour les accueils de jour et les hébergements temporaires, sur l'activité des années 2011 à 2013 pour les équipes spécialisées Alzheimer à domicile, les pôles d'activité et de soins adaptés et les unités d'hébergement. Cette inscription dans la durée de cette analyse permet de faire émerger les évolutions du secteur, autant au niveau du développement de ces structures que de leur mode de fonctionnement et du public accueilli.

Au niveau de la réalisation de l'enquête, deux évolutions sont à noter pour l'enquête sur l'activité 2013 par rapport aux années précédentes :

- alors que les années précédentes toutes les structures disposant d'une autorisation d'activité étaient interrogées, en 2013, seules celles ayant effectivement mis en œuvre cette activité l'ont été. Cela a amené à réduire de façon sensible le nombre de structures interrogées (270 de moins, soit une diminution de 5,8 %) mais a sans doute participé à l'amélioration de la qualité de l'information recueillie. Certes la participation des accueils de jour et des hébergements temporaires (à périmètre constant) est en recul ; par contre, le taux de questionnaires ayant au moins les deux tiers des réponses complétées est en nette progression ;
- les questionnaires à destination des PASA et des UHR ont été sensiblement allégés, notamment au niveau d'une série de questions nécessitant un important travail de collecte dans les dossiers médicaux des résidents. Le questionnaire à destination des ESAd a également été allégé, mais de façon moins sensible. Le niveau de participation est stable (ESAd et PASA) ou en progression (UHR). Il faut aussi souligner que le niveau de complétude des questionnaires pour ces trois structures est également en progrès. Ceci lié à l'augmentation du nombre de structures proposant l'un ou l'autre de ces services fait que le nombre de réponses pouvant être analysées est en très nette hausse : +12 % pour les ESAd, + 36 % pour les PASA et + 53 % pour les UHR.

Le niveau de participation actuel et le niveau de complétude obtenu plaident pour un maintien des options méthodologiques adoptées pour cette analyse au cours des années à venir.

Les analyses effectuées sur les données d'activité 2013 permettent d'obtenir un portrait détaillé de chacun des cinq types de structures interrogées ; leur mise en relation avec les données recueillies les années précédentes autorise des analyses d'évolution. La possibilité cette année de réaliser des tests statistiques de façon systématique sur les évolutions observées permet d'affiner les commentaires et de mettre en relief les variations qui ne sont pas dues à des fluctuations d'une année sur l'autre liées au hasard.

Les principaux enseignements qui peuvent être tirés de ces analyses sont les suivants :

- Au niveau des accueils de jour, on observe qu'aujourd'hui les trois quarts des structures atteignent la capacité minimale préconisée. Les partenariats noués avec d'autres structures (CLICS, réseaux, établissements...) sont en augmentation. Le nombre de bénéficiaires différents accompagnés par un même accueil de jour est en progrès. Parmi eux, on note une part plus importante des malades Alzheimer ou apparentés ainsi que des personnes des GIR 3 ou 4 (et un recul de la part des personnes des GIR 1 ou 2). Enfin, le ratio d'exploitation des accueils de jour est en augmentation.
- L'activité d'hébergement temporaire se caractérise par une assez grande stabilité par rapport aux années précédentes. La seule évolution marquante est la diminution du nombre moyen de places d'hébergement temporaire par structure.
- Parmi les équipes spécialisées Alzheimer à domicile, le nombre de structures ayant ouvert au cours de l'année d'activité analysée est moindre, ce ralentissement faisant suite à la montée en puissance de ce dispositif les années précédentes. Cependant, on note un progrès de la couverture tant territoriale que populationnelle de ces structures. Le nombre total de personnes accompagnées est en progrès mais le nombre moyen de ces personnes par équipe est stable. Au niveau des caractéristiques des personnes accompagnées, on note une progression de la part des personnes les plus dépendantes (GIR 1 ou 2) et une baisse de la part des moins dépendantes (GIR 5 ou 6). Le nombre total de séances effectuées et leur nombre moyen par ESAd sont en augmentation. Les durées d'accompagnement sont également plus longues. La part des personnes adressées à une ESAd par une consultation mémoire est en augmentation. Enfin, si le nombre total de professionnels intervenant dans les ESAd est en progrès, l'effectif moyen par ESAd est stable.
- Les caractéristiques des structures porteuses de PASA sont inchangées de même que la part des PASA ayant ouvert récemment : ce type de structures poursuit donc son développement en 2013. Si le nombre total de personnes accompagnées est en augmentation nette, leur nombre par PASA est stable. Les caractéristiques des personnes accompagnées sont stables par rapport aux années précédentes, ce qui fait que le public accueilli par ces structures continue à correspondre au public visé. Il faut noter que les plages d'ouverture des PASA sont plus réduites qu'auparavant, la part de ces pôles ouverts 7j/7 étant en recul. Enfin, si le nombre total de professionnels intervenant dans les PASA augmente, l'effectif moyen par PASA reste stable.
- Le nombre d'UHR ayant été inclus dans l'analyse a augmenté de moitié entre 2012 et 2013. On observe une part plus importante des structures publiques portant des UHR. Le nombre de personnes accueillies augmente du fait de l'augmentation du nombre de structure car, en moyenne par UHR, il diminue. Comme pour les PASA, les caractéristiques des personnes accueillies restent stables et conformes à celles du public visé par ce type de structure. A la sortie des UHR, on observe une augmentation de la part des orientations vers un autre EHPAD et une diminution de celles vers l'EHPAD porteur de l'UHR.



## IX Table des illustrations

Tableau 1 : Répartition des structures interrogées selon leur catégorie et leur activité. ....	6
Tableau 2 : Participation des structures à l'enquête et taux de complétude– Accueil de jour Année 2013.....	8
Tableau 3 : Participation des structures à l'enquête et taux de complétude– Hébergement temporaire Année 2013.....	9
Tableau 4 : Participation des structures à l'enquête taux de complétude– Équipes spécialisées Alzheimer à domicile Année 2013 .....	10
Tableau 5 : Participation des structures à l'enquête et taux de complétude– Pôles d'activité et de soins adaptés Année 2013 .....	11
Tableau 6 : Participation des structures à l'enquête et taux de complétude– Unités d'hébergement renforcées Année 2013.....	12
Tableau 7 : Capacité d'accueil installée selon le type d'unité.....	16
Tableau 8 : Intentions déclarées pour atteindre le seuil de places d'accueil de jour .....	17
Tableau 9 : Encadrement en personnel d'accompagnement et de soins .....	24
Tableau 10 : Encadrement des unités d'accueil de jour en personnel autre que d'accompagnement et de soins.....	26
Tableau 11 : Durée de séjour la plus fréquemment observée par les gestionnaires pour les malades Alzheimer (n=949) .....	40
Tableau 12 : Motifs de recours à l'hébergement temporaire les plus fréquemment observés .....	42
Tableau 13 : Destinations de sortie après le séjour en hébergement temporaire les plus fréquemment observées (n=1 369) .....	43
Tableau 14 : Tarif dépendance journalier (en €) .....	44
Tableau 15 : Répartition des professionnels constituant les ESAd .....	54
Carte 1 : Implantation des ESAd identifiées et des ESAd retenues pour l'analyse .....	48
Carte 2 : Implantation des PASA identifiés et des PASA retenus pour l'analyse .....	56
Carte 3 : Implantation des UHR identifiées et des UHR retenues pour l'analyse .....	67
Graphique 1 : Année d'ouverture.....	15
Graphique 2 : Atteinte du seuil réglementaire.....	17
Graphique 3 : Existence d'un projet d'établissement spécifique.....	18
Graphique 4 : Liens de partenariats formalisés.....	19
Graphique 5 : Type de partenariats formalisés – Année d'activité 2013 .....	20
Graphique 6 : Fermeture le week-end .....	21
Graphique 7 : Encadrement en personnel d'accompagnement et de soins .....	25
Graphique 8 : Répartition des bénéficiaires accueillis en accueil de jour par GIR.....	27
Graphique 9 : Ratio d'exploitation moyen par type d'accueil de jour .....	29
Graphique 10 : Organisation des transports .....	31
Graphique 11 : Activités à destination des aidants familiaux .....	33
Graphique 12 : Part des établissements d'hébergement temporaire ayant des partenariats et type de structures partenaires .....	37
Graphique 13 : Répartition des durées de séjours pour les personnes accueillies en hébergement temporaire.....	40
Graphique 14 : Répartition des personnes accueillies par niveau de dépendance .....	41
Graphique 15 : Année d'ouverture des ESAd .....	47
Graphique 16 : Diagnostics motivant la demande de prise en charge par une ESAd .....	49
Graphique 17 : Répartition des patients d'ESAd selon le score au MMSE.....	50
Graphique 18 : Répartition des patients d'ESAd selon le niveau de dépendance (GIR) .....	50
Graphique 19 : Prescripteurs des séances d'ESAd .....	52

Graphique 20 : Objectif principal des séances d'ESAd .....	52
Graphique 21 : Niveau de réalisation de l'objectif principal des séances d'ESAd.....	53
Graphique 22 : Présence d'ergothérapeutes et de psychomotriciens dans les ESAd.....	54
Graphique 23 : Structure porteuse des PASA.....	57
Graphique 24 : Date d'ouverture des PASA – Année d'activité 2013 .....	58
Graphique 25 : Répartition des résidents en PASA selon le score au MMSE.....	59
Graphique 26 : Répartition des résidents en PASA selon le diagnostic posé.....	60
Graphique 27 : Répartition des résidents en PASA selon la moyenne des scores F*G au NPI-ES .....	61
Graphique 28 : Répartition des résidents en PASA selon la moyenne du score le plus élevé pour l'item comportemental le plus important au NPI-ES.....	62
Graphique 29 : Répartition des PASA selon leur surface intérieure (en m <sup>2</sup> ).....	63
Graphique 30 : Activités proposées en PASA en 2013 .....	64
Graphique 31: Motifs de sortie des PASA .....	65
Graphique 32 : Type de professionnels des PASA (en % d'ETP).....	66
Graphique 33 : Structure porteuse des UHR en 2013 .....	68
Graphique 34 : Année d'ouverture des UHR.....	69
Graphique 35 : Répartition des résidents en UHR selon le diagnostic posé .....	71
Graphique 36 : Répartition des patients en UHR selon la moyenne des scores F*G au NPI-ES à l'admission.....	72
Graphique 37 : Répartition des résidents en UHR selon la moyenne du score le plus élevé pour l'item comportemental le plus important au NPI-ES.....	73
Graphique 38: Répartition des UHR selon leur surface intérieure (en m <sup>2</sup> ).....	74
Graphique 39 : Motifs de sortie des UHR.....	75
Graphique 40 : Destination de sortie des UHR.....	75
Graphique 41 : Type de professionnels en UHR (en % d'ETP).....	76
Graphique 42 : Répartition des effectifs en UHR par type de personnel.....	77
Graphique 43 : Type de partenariat mis en place en UHR (en effectifs) –Année 2013 .....	78