

ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES ISSUES DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES AVEC MALADIES NEURO-DÉGÉNÉRATIVES

Activité 2018



NOVEMBRE 2019

ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES ISSUES DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES AVEC MALADIES NEURO-DÉGÉNÉRATIVES

Activité 2018

NOVEMBRE 2019

Adeline BEAUMONT (CREAI-ORS Occitanie)

Dr Bernard LEDÉSERT (CREAI-ORS Occitanie)

Citation suggérée : Beaumont A., Ledésert B. Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux. Activité 2018. Toulouse : CREAI-ORS Occitanie, nov. 2019, 88 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.creaiors-occitanie.fr>

TABLE DES MATIÈRES

1. CONTEXTE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE.....	1
2. MÉTHODOLOGIE	3
2.1. Méthodologie de l'enquête.....	3
2.2. Corrections des bases de données.....	3
2.2.1. Corrections des erreurs de saisie et identification des structures.....	3
2.2.2. Complétude des bases de données.....	4
2.3. Méthodes statistiques	8
3. LES UNITÉS D'ACCUEIL DE JOUR (AJ) POUR PERSONNES ÂGÉES	10
3.1. Couverture territoriale des unités d'accueil de jour	10
3.2. Profil des unités d'accueil de jour.....	12
3.2.1. Statut des structures d'accueil	12
3.2.2. Année d'ouverture des AJ	12
3.2.3. Capacité d'accueil des unités d'AJ.....	13
3.2.4. Locaux des unités d'AJ et itinérance	14
3.2.5. Projet d'établissement spécifique.....	15
3.2.6. Les missions de l'AJ.....	15
3.2.7. Partenariats avec l'AJ.....	16
3.3. Activités des unités d'accueil de jour.....	17
3.3.1. Plage d'ouverture	17
3.3.2. Personnel dédié aux usagers de l'AJ.....	18
3.3.3. Organisation des transports	21
3.3.4. Liste d'attente.....	23
3.3.5. Bénéficiaires et fréquentation.....	23
3.3.6. Taux d'occupation moyen	25
3.3.7. Activités à destination des aidants.....	26
3.4. Financements et coûts	26
3.4.1. Tarifs journaliers.....	26
3.4.2. Dotations financières.....	27
3.5. Communication autour de l'accueil de jour	27
3.6. Les difficultés rencontrées au sein de l'accueil de jour	27
3.7. Typologie des accueils de jour : analyse des profils.....	29
3.7.1. Méthode et limites	29
3.7.2. Typologie de l'ensemble des accueils de jour	30
3.7.3. Typologie des accueils de jour en établissements non spécialisés	31

4. LES UNITÉS D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE (HT)	
POUR PERSONNES ÂGÉES.....	33
4.1. Couverture territoriale des unités d'hébergement temporaire.....	33
4.2. Profil des unités d'hébergement temporaire.....	35
4.2.1. Statut des structures d'accueil.....	35
4.2.2. Année d'ouverture des HT.....	35
4.2.3. Capacité d'accueil des unités d'HT.....	35
4.2.4. Projet d'établissement spécifique.....	36
4.2.5. Partenariats.....	36
4.3. Activité des unités d'hébergement temporaire.....	37
4.3.1. Nombre de jours d'ouverture.....	37
4.3.1. Bénéficiaires et fréquentation.....	37
4.3.2. Taux d'occupation moyen.....	39
4.3.3. Liste d'attente.....	40
4.3.4. Entrée en hébergement temporaire.....	40
4.3.5. Les sorties d'hébergement temporaire.....	41
4.4. Financements et coûts.....	42
4.4.1. Tarifs journaliers.....	42
4.4.2. Dotations financières.....	43
4.5. Communication autour de l'hébergement temporaire.....	43
4.6. Difficultés rencontrées au sein de l'hébergement temporaire.....	43
4.7. Typologie des hébergements temporaires : analyse des profils.....	44
4.7.1. Méthode et limites.....	44
4.7.2. Typologie des hébergements temporaires.....	45
5. LES PÔLES D'ACTIVITÉS ET DE SOINS ADAPTÉS (PASA).....	47
5.1. Couverture territoriale des PASA.....	47
5.2. Profil des pôles d'activités et de soins adaptés.....	49
5.2.1. Structure porteuse.....	49
5.2.2. Date d'ouverture.....	50
5.2.3. Places installées.....	50
5.3. Activité des pôles d'activités et de soins adaptés.....	50
5.3.1. Liste d'attente.....	50
5.3.2. Résidents pris en charge.....	50
5.3.3. Diagnostics posés et traitements reçus.....	51
5.3.4. Test Mini Mental State Examination (MMSE).....	51
5.3.5. Inventaire Neuropsychiatrique (NPI-ES).....	52
5.4. Fonctionnement des pôles d'activités et de soins adaptés.....	53
5.4.1. Locaux des PASA.....	53

5.4.2. Jours d'ouverture	54
5.4.3. Environnement des PASA.....	54
5.4.4. Activités en PASA.....	54
5.4.5. Sorties des PASA.....	55
5.4.6. Ressources en personnel.....	56
5.5. Financements des PASA.....	57
5.6. Typologie des PASA : analyse des profils	57
5.6.1. Méthode et limites	57
5.6.2. Typologie des PASA	58

6. LES UNITÉS D'HÉBERGEMENT RENFORCÉES (UHR) POUR PERSONNES ÂGÉES.....59

6.1. Couverture territoriale des UHR.....	59
6.2. Profil des unités d'hébergement renforcées	60
6.2.1. Structure porteuse	60
6.2.2. Date d'ouverture	61
6.2.3. Places installées.....	61
6.3. Activité des unités d'hébergement renforcées.....	61
6.3.1. Liste d'attente.....	61
6.3.2. Résidents pris en charge.....	62
6.3.3. Diagnostics posés et traitements reçus.....	62
6.3.4. Test Mini Mental State Examination (MMSE)	63
6.3.5. Inventaire Neuropsychiatrique (NPI-ES).....	63
6.4. Fonctionnement des unités d'hébergement temporaires.....	65
6.4.1. Locaux des UHR	65
6.4.2. Environnement des UHR	65
6.4.3. Activités en UHR	65
6.4.4. Sorties des UHR	66
6.4.5. Ressources en personnel.....	67
6.4.6. Partenariat avec l'UHR	68
6.5. Financements des UHR	69

7. LES ÉQUIPES SPÉCIALISÉES ALZHEIMER (ESA)70

7.1. Couverture territoriale des ESA.....	70
7.2. Profil des équipes spécialisées Alzheimer	71
7.2.1. Structures porteuses des ESA.....	71
7.2.2. Année d'ouverture des ESA.....	72
7.3. Activité des équipes spécialisées Alzheimer.....	72
7.3.1. Nombre de jours d'ouverture	72

7.3.2. Liste d'attente.....	72
7.3.3. Bénéficiaires	73
7.3.4. Diagnostics motivant la demande	73
7.3.5. Score au Mini Mental State Examination et niveau de dépendance	74
7.3.6. Nombre de séances	75
7.3.7. Objectif principal des séances	75
7.3.8. Fin de prise en charge	76
7.3.1. Aidants soutenus	77
7.3.2. Personnel de l'ESA.....	77
7.4. Financement et coûts	78
8. LES PLATEFORMES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE RÉPIT (PFR).....	79
8.1. Couverture territoriale des PFR.....	79
8.2. Profil des plateformes d'accompagnement et de répit.....	80
8.2.1. Statut des structures d'accueil	80
8.2.2. Date d'ouverture	80
8.2.3. Projet de service spécifique	80
8.2.4. Partenariat et communication sur le territoire	80
8.3. Activité des plateformes d'accompagnement et de répit	81
8.3.1. Plage d'ouverture	81
8.3.2. Ressources en personnel.....	82
8.3.3. Fréquentation et bénéficiaires	83
8.3.4. Activités en PFR	84
8.1. Financements des plateformes d'accompagnement et de répit.....	85
9. SYNTHÈSE.....	86

TABLE DES SIGLES

AJ : Accueil de jour

AMP : Aide médico-psychologique

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-soignant

ASG : Assistant de soins en gérontologie

AVS : Auxiliaire de vie sociale

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CREAI-ORS : Centre régional d'études, d'action et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité – Observatoire régional de la santé

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Esa : Équipe spécialisée Alzheimer

Gir : Groupe iso-ressources

GMP : Groupe iso-ressources moyen pondéré

HT : Hébergement temporaire

MMSE : Mini mental state examination

NPI-ES : Inventaire neuropsychiatrique (Neuropsychiatric Inventory) – Équipe soignante

Pasa : Pôle d'activités et de soins adaptés

PFR : Plateforme d'accompagnement et de répit

PMND : Plan maladies neurodégénératives

PMP : Pathos moyen pondéré

Spasad : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

Ssiad : Service de soins infirmiers à domicile

UHR : Unité d'hébergement renforcée

1. CONTEXTE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Un plan « Maladies neurodégénératives » a été présenté le 18 novembre 2014 par le gouvernement pour la période 2014-2019.

Ce plan a été élaboré pour faire face au défi lié à l'augmentation du nombre de personnes concernées par des maladies neurodégénératives : la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques. Au lancement du plan, plus d'un million de personnes étaient concernées par une de ces maladies.

Ce plan est organisé autour de quatre axes stratégiques :

1. Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire.
2. Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne.
3. Développer et coordonner la recherche sur les maladies neurodégénératives.
4. Faire de la gouvernance du plan un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de la démocratie en santé.

Les mesures prévues portent en particulier sur la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes par ces maladies. Au-delà de l'accès à un diagnostic en limitant l'errance des malades et de leur entourage, la poursuite du déploiement de dispositifs d'accompagnement, comme les équipes spécialisées Alzheimer (ESA), les pôles d'accompagnement et de soins adaptés (PASA), les unités d'hébergement renforcées (UHR) et les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR), est prévue (mesures 22, 26, 27 et 28). Une autre mesure vise également à adapter et mieux organiser l'offre en accueil de jour (AJ) et en hébergement temporaire (HT) pour diversifier les solutions d'accompagnement en soutien du domicile (mesure 29).

Afin de se doter d'éléments d'évaluation des actions menées dans le cadre de ce plan, il est également enrichi de mesures allant dans ce sens. Il est ainsi prévu de poursuivre les enquêtes annuelles d'activité des établissements médico-sociaux concernés (mesure 96). Cette mesure fait référence aux enquêtes menées entre 2009 et 2014 dans le cadre du Plan national Alzheimer par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en partenariat avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) sur l'activité des établissements médico-sociaux pour personnes âgées ayant une activité dans un des domaines suivants : accueil de jour, hébergement temporaire, équipes spécialisées Alzheimer, pôles d'accompagnement et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées. Lors des deux dernières enquêtes, portant sur l'activité des années 2012 et 2013, l'analyse statistique des données ainsi collectées a été effectuée par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon (aujourd'hui CREAI-ORS Occitanie).

En 2019, une nouvelle enquête a été lancée, étendue aux établissements proposant également des plateformes d'accompagnement et de répit, et portant sur l'activité de l'année 2018. La mise en œuvre de cette étude se fait dans le cadre d'une convention spécifique passée entre la CNSA et la Drees. Le recueil d'information, commencé au printemps 2019, s'est poursuivi jusqu'à la mi-août 2019.

La CNSA a lancé une consultation pour la réalisation de l'analyse statistique de ces données et a retenu le CREAI-ORS Occitanie pour cette étude.

L'objectif de cette analyse est de fournir, pour chacun des dispositifs ciblés, des éléments sur le maillage du territoire par ces dispositifs et sur la réalité de leur activité, afin d'en améliorer le fonctionnement. Elle doit contribuer à favoriser la mise en œuvre des politiques médico-sociales.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Méthodologie de l'enquête

L'enquête ciblait les six dispositifs suivants sur l'ensemble du territoire français, hors Mayotte :

- Accueil de jour (AJ) ;
- Hébergement temporaire (HT) ;
- Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) ;
- Unité d'hébergement renforcée (UHR) ;
- Plateforme d'accompagnement et de répit (PFR) ;
- Équipe spécialisée Alzheimer (ESA).

Le contenu a fait l'objet d'une consultation auprès des associations (France Alzheimer, France Parkinson et UNISEP) et des référents PMND des ARS.

L'enquête a été diffusée via un site informatique sécurisé développé Drees, lors du premier semestre 2019.

La DGCS et la CNSA ont assuré la maîtrise d'ouvrage de l'enquête et l'analyse statistique a été confiée au CREAI-ORS Occitanie. Le comité de suivi est composé de membres de la DREES, du SG PMND, de la DGCS et de la CNSA.

2.2. Corrections des bases de données

2.2.1. Corrections des erreurs de saisie et identification des structures

Pour chacun des dispositifs étudiés, une base de données a été traitée et validée avant la phase d'analyse.

Les valeurs incohérentes et atypiques ont ainsi été corrigées, tout en cherchant à conserver au maximum l'intégrité des données fournies par les établissements. Ces corrections réalisées se sont, dans un premier temps, traduites par la révision de questions sans réponse alors qu'une ou plusieurs questions secondaires associées ont été complétées. Les réponses mettant en évidence une erreur de compréhension de la question posée ont ensuite été supprimées. Enfin, les réponses aux questions quantitatives ont été corrigées lorsque celles-ci apparaissaient comme atypiques ou incohérentes au regard des autres résultats indiqués.

Après correction de ces bases, la seconde phase de traitement a consisté en l'identification des structures concernées par chaque dispositif, qu'elles aient répondu ou non aux enquêtes. Pour cela, la fiche d'identification des structures a été principalement utilisée, celle-ci indiquant la présence ou non de places installées selon le type de dispositif. Ces informations sont toutefois apparues comme incomplètes, n'étant pas systématiquement actualisées par les structures. L'identification a donc été complétée à partir des capacités d'accueil autorisées et installées pour chaque type de structure, à l'aide de la dernière information fournie par les structures ou des données du répertoire FINESS préremplies. Enfin, quelques dispositifs ont été identifiés du fait de leur réponse à l'enquête,

notamment concernant le nombre de personnes prises en charge, malgré leur absence de réponses aux questions précédentes.

2.2.2. Complétude des bases de données

À partir des dispositifs identifiés, la dernière phase de validation des bases de données 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 tous les dispositifs étudiés devaient répondre, et le nombre de questions filtrées, c'est-à-dire dont la nécessité d'y répondre était conditionnée par une réponse 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 dispositif, le nombre de questions auxquelles il devait répondre et le nombre de questions auxquelles il avait effectivement répondu. En se basant sur le choix de niveau de complétude retenu pour les analyses des données de 2013, le seuil choisi pour l'analyse est d'au moins deux tiers des variables renseignées. Ainsi, les questionnaires présentant un niveau de complétude jugé insuffisant ne seront pas utilisés pour l'analyse des résultats.

Globalement, 4 849 structures ont été identifiées comme ayant au moins une activité. Parmi elles, 57 % ont répondu à l'ensemble des enquêtes sur les activités qu'elles possèdent. De plus, 46 % ont pu être analysées en totalité car ayant répondu à au moins deux tiers des questions de chaque enquête.

4

► Accueils de jour

Les données du répertoire FINESS ont permis d'identifier 1 911 structures disposant de places installées d'accueil de jour (AJ). 38 structures non identifiées dans le répertoire FINESS ont par ailleurs été ajoutées, ces dernières ayant indiqué disposer de places d'accueil de jour lors de l'enquête (tableau 1).

Le taux de participation est relativement faible pour ces structures, avec 57 % ayant répondu à l'enquête. Parmi les structures participantes, la majorité (86 %) ont complété plus des deux tiers du questionnaire. Ainsi, 961 accueils de jour ont fait l'objet d'une analyse statistique lors de cette enquête, soit près de la moitié de l'ensemble des accueils de jour (49 %).

En comparaison aux données d'activité de 2013, le taux de participation a diminué, passant de 69 % à 57 %, et le taux de complétude est resté stable.

Tableau 1 - Participation des structures à l'enquête et taux de complétude : Accueils de jour, 2018

Proportion de variables 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 2018	
	n	%	n	%	n	%
Aucune - Pas de réponse	826	43,2 %	9	23,7 %	835	42,8 %
1 à 33 %	58	3,0 %	6	15,8 %	64	3,3 %
34 à 66 %	85	4,4 %	4	10,5 %	89	4,6 %
67 à 99 %	699	36,6 %	15	39,5 %	714	36,6 %
100 % - Toutes les variables	243	12,7 %	4	10,5 %	247	12,7 %
Total	1 911		38		1 949	
Taux de participation	56,8 %		76,3 %		57,2 %	
Taux de complétude > 66 % sur questionnaires renseignés	86,8 %		65,5 %		86,3 %	
Nombre total de structures analysées	942		19		961	

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

► Hébergements temporaires

Le fichier FINESS a permis d'identifier 3 293 structures ayant une activité d'hébergement temporaire (HT). De plus, 33 structures non identifiées dans le FINESS ont indiqué disposer de places d'hébergement temporaire (tableau 2).

La participation à cette enquête est relativement faible, avec 48 % des structures participantes. Parmi ces structures, plus des trois quarts ont complété au moins deux tiers du questionnaire. Au total, 1 243 hébergements temporaires ont été analysés lors de cette étude, soit 37 % de l'ensemble des structures concernées.

Le taux de participation est en forte baisse par rapport aux résultats de 2013, passant de 60 % à 48 %. Le niveau de complétude est également en recul, de 86 % à 77 %.

Tableau 2 - Participation des structures à l'enquête et taux de complétude : Hébergements temporaires, 2018

Proportion de variables 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 2018	
	n	%	n	%	n	%
Aucune - Pas de réponse	1704	51,7 %	12	36,4 %	1716	51,6 %
1 à 33 %	147	4,5 %	2	6,1 %	149	4,5 %
34 à 66 %	213	6,5 %	5	15,2 %	218	6,6 %
67 à 99 %	1051	31,9 %	13	39,4 %	1064	32,0 %
100 % - Toutes les variables	178	5,4 %	1	3,0 %	179	5,4 %
Total	3 293		33		3 326	
Taux de participation	48,3 %		63,6 %		48,4 %	

Proportion de variables 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 2018	
	n	%	n	%	n	%
Taux de complétude > 66 % sur questionnaires renseignés		77,3 %		66,7 %		77,2 %
Nombre total de structures analysées	1 229		14		1 243	

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

► Pôles d'activité et de soins adaptés

Lors de l'enquête, 942 structures ont indiqué disposer d'un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA), ces dernières n'ayant pas pu être repérées à partir des données FINESS disponibles (tableau 3).

Parmi ces structures identifiées proposant un PASA, la quasi-totalité ont répondu à l'enquête. 86 % des participants ont par ailleurs complété plus des deux tiers du questionnaire. 797 structures disposant d'un PASA ont ainsi pu être analysées pour cette étude.

Le taux de participation a progressé de 67 % à 99 % par rapport à 2013. Le taux de complétude a légèrement diminué, de 91 % à 86 % parmi les structures participantes.

Tableau 3 - Participation des structures à l'enquête et taux de complétude : Pôles d'activité et de soins adaptés, 2018

Proportion de variables renseignées	Ensemble des structures ayant une activité PASA en 2018	
	n	%
Aucune - Pas de réponse	12	1,3 %
1 à 33 %	44	4,7 %
34 à 66 %	89	9,5 %
67 à 99 %	599	63,6 %
100 % - Toutes les variables	198	21,0 %
Total	942	
Taux de participation	98,7 %	
Taux de complétude > 66 % sur questionnaires renseignés	85,7 %	
Nombre total de structures analysées	797	

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

► Unités d'hébergement renforcées

L'enquête a permis d'identifier 169 structures disposant d'une unité d'hébergement renforcée (UHR) (tableau 4).

Parmi ces structures, 92 % ont participé à l'enquête et 81 % des participants ont complété plus des deux tiers des questions de l'enquête. Ainsi, 126 structures disposant d'une UHR ont été analysées.

Par rapport aux données de 2013, le taux de participation a progressé, passant de 77 % à 92 %. Le taux de complétude a quant à lui légèrement diminué, de 87 % à 81 %.

Tableau 4 - Participation des structures à l'enquête et taux de complétude : Unités d'hébergement renforcées, 2018

Proportion de variables renseignées	Ensemble des structures ayant une activité UHR en 2018	
	n	%
Aucune - Pas de réponse	13	7,7 %
1 à 33 %	9	5,3 %
34 à 66 %	21	12,4 %
67 à 99 %	97	57,4 %
100 % - Toutes les variables	29	17,2 %
Total	169	
Taux de participation	92,3 %	
Taux de complétude > 66 % sur questionnaires renseignés	80,8 %	
Nombre total de structures analysées	126	

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

► Plateformes d'accompagnement et de répit

158 structures ont déclaré disposer d'une plateforme d'accompagnement et de répit (PFR) en 2018 (tableau 5).

Le taux de participation apparaît élevé avec 92 % des structures participantes. Parmi ces dernières, 88 % ont de plus complété plus des deux tiers du questionnaire. Au total, 127 structures disposant d'une PFR ont fait l'objet d'une analyse pour cette étude.

Tableau 5 - Participation des structures à l'enquête et taux de complétude : Plateformes d'accompagnement et de répit, 2018

Proportion de variables renseignées	Ensemble des structures ayant une PFR en 2018	
	n	%
Aucune - Pas de réponse	13	8,2 %
1 à 33 %	3	1,9 %
34 à 66 %	15	9,5 %
67 à 99 %	86	54,4 %
100 % - Toutes les variables	41	26,0 %
Total	158	
Taux de participation	91,8 %	
Taux de complétude > 66 % sur questionnaires renseignés	87,6 %	
Nombre total de structures analysées	127	

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

► Équipes spécialisées Alzheimer

En 2018, 399 structures disposent d'une équipe spécialisée Alzheimer à domicile (ESA) (tableau 6).

La quasi-totalité de ces équipes spécialisées Alzheimer ont répondu à l'enquête (99 %). De plus, le taux de complétude est également élevé avec 97 % des ESA ayant complété plus des deux tiers du questionnaire. Ainsi, 385 équipes spécialisées Alzheimer ont pu être analysées.

Tableau 6 - Participation des structures à l'enquête et taux de complétude :
Équipes spécialisées Alzheimer, 2018

Proportion de variables renseignées	Ensemble des structures ayant une activité ESA en 2018	
	n	%
Aucune - Pas de réponse	3	0,8 %
1 à 33 %	4	1,0 %
34 à 66 %	7	1,8 %
67 à 99 %	219	54,9 %
100 % - Toutes les variables	166	41,6 %
Total	399	
Taux de participation	99,2 %	
Taux de complétude > 66 % sur questionnaires renseignés	97,2 %	
Nombre total de structures analysées	385	

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

2.3. Méthodes statistiques

Pour chaque dispositif, plusieurs niveaux de maillage de territoire ont été utilisés à partir des données de l'INSEE : région, département et taille de l'unité urbaine. Des indicateurs ont été calculés à l'échelle de ces maillages : le taux d'occupation moyen (AJ, HT) et le nombre de places pour 1000 habitants de 75 ans et plus (AJ, HT, PASA, UHR).

En plus du tri à plat de l'ensemble des questions, une analyse bivariée a ensuite été réalisée à partir de quelques indicateurs clés : statut juridique des structures, taille de l'unité urbaine, capacité installée (AJ, HT), besoins en soins des établissements à partir du Pathos moyen pondéré (PMP) (PASA, UHR) et structure de rattachement (PFR). Une analyse distincte a été également réalisée pour les accueils de jour entre les centres d'accueil de jour autonomes et les établissements non spécialisés. Des comparaisons statistiques ont été réalisées lors de cette analyse bivariée à partir de tests statistiques (test de Khi-2 et test de Student) afin d'évaluer la significativité de ces différences.

Les données 2018 ont également été comparées aux données de 2013 à partir des tests statistiques cités précédemment. Ces comparaisons ont été réalisées uniquement lorsque les questions étaient formulées de la même manière entre les deux années.

Dans ce document, seules les différences jugées statistiquement significatives sont présentées, en retenant un risque d'erreur (p-value) de 5 %.

La question ouverte sur les difficultés rencontrées par les structures d'accueil de jour a été traitée à partir du logiciel N'vivo 12 en analysant les fréquences d'occurrence des mots.

Afin de compléter l'analyse bivariée, une analyse descriptive multivariée a été réalisée pour les trois activités disposant du plus de structures : accueils de jour, hébergements temporaires et PASA.

Une typologie des structures a ainsi été réalisée afin d'identifier des profils de structures présentant des caractéristiques communes. Pour cela, une analyse des composantes principales (ACM) a été réalisée pour chaque activité à partir d'une sélection de variables, suivie d'une classification ascendante hiérarchique (CAH). Toutefois, ces typologies ont mis en évidence une grande diversité de situations, c'est pourquoi les profils obtenus restent relativement hétérogènes. Par ailleurs, les structures présentant des données manquantes sur les variables sélectionnées ont été exclues de l'analyse, limitant la portée des résultats. Cette analyse permet donc de décrire les profils de structures les plus présents mais doit être interprétée avec prudence.

L'analyse statistique a été menée à partir du logiciel Stata 14.2 et du logiciel SAS 9.4 pour l'analyse multivariée.

3. LES UNITÉS D'ACCUEIL DE JOUR (AJ) POUR PERSONNES ÂGÉES

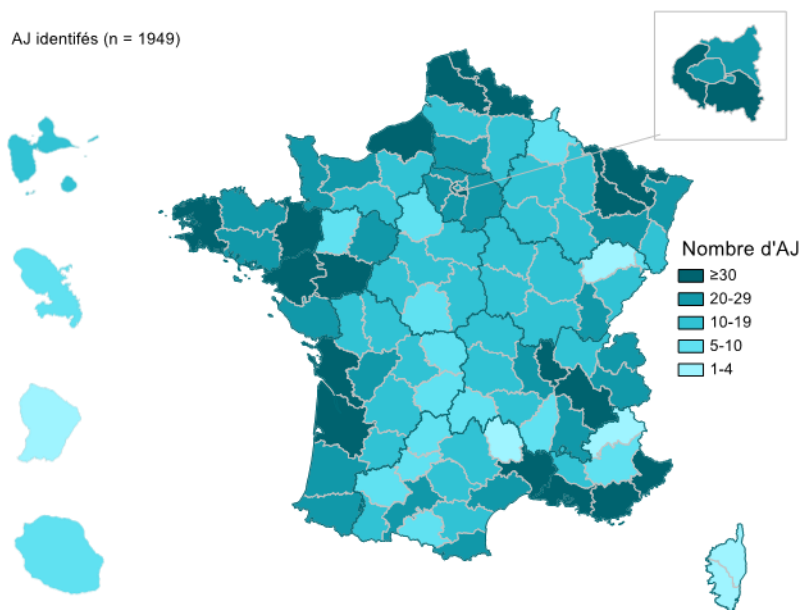
En 2018, 1 949 structures ont été identifiées dans l'enquête comme possédant des places d'accueil de jour. Parmi ces structures, 1 114 ont répondu à tout ou une partie du questionnaire (57,2 %). Les structures ayant répondu à moins des deux tiers des questions de l'enquête n'ont pas été retenues pour l'analyse. Au total, l'analyse porte donc sur 961 structures disposant d'une activité d'accueil de jour, soit 49,3 % de l'ensemble des structures identifiées.

3.1. Couverture territoriale des unités d'accueil de jour

Le nombre d'accueils de jour identifiés varie entre 1 et 78 selon les départements (carte 1). Moins de cinq structures ont pu être identifiées dans les départements de la Guyane, la Haute-Corse, la Corse-du-Sud, la Lozère, les Hautes-Alpes et la Haute-Saône. À l'inverse, le nombre de structures apparaît plus important sur la côte atlantique, la côte méditerranéenne, la région parisienne, la région lyonnaise, le nord et le nord-est.

Concernant les structures analysées uniquement, les départements d'Île-de-France présentent un taux de structures analysées relativement faible (21,9 %). À l'inverse, le taux d'analyse en Bretagne atteint 70,7 %.

Carte 1 - Nombre d'accueils de jour identifiés par département : Accueils de jour, 2018



Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

La répartition des accueils de jour selon la taille de l'unité urbaine¹ d'implantation (tableau 7) montre une présence sensiblement plus importante des structures dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants (28,7 %). Les zones rurales regroupent quant à elles 16,4 % des structures. Les

¹ Unité urbaine (Insee) : une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu qui compte au moins 2 000 habitants.

centres d'accueil de jour autonomes sont davantage présents dans les zones très urbanisées en comparaison avec les établissements non spécialisés : 38,3 % de ces centres sont implantés dans les unités urbaines de 200 000 habitants et plus (contre 20,3 %) et 10,4 % en zone rurale (contre 18,4 %).

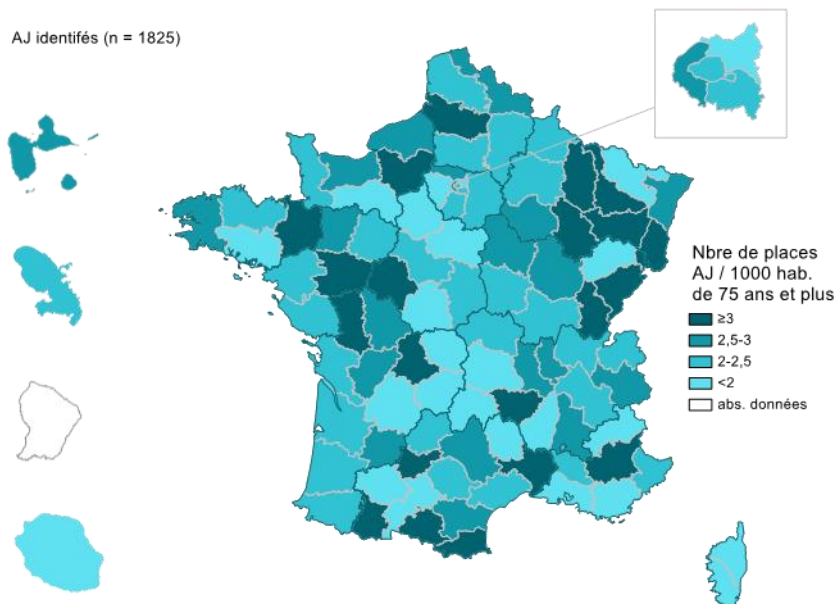
Tableau 7 - Répartition par taille d'unité urbaine du lieu d'implantation : Accueils de jour, 2018

	Nombre de structures identifiées		Nombre de structures analysées	
	n	%	n	%
Rural	320	16,4 %	162	16,9 %
2000 à 9999 habitants	457	23,5 %	248	25,8 %
10 000 à 49 999 habitants	329	16,9 %	177	18,4 %
50 000 à 199 999 habitants	284	14,6 %	144	15,0 %
200 000 et plus habitants	559	28,7 %	230	23,9 %
Total	1 949	100,0 %	961	100,0 %

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS ; Insee – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

Concernant l'offre de soins, le nombre de places d'accueil de jour a été évalué pour 1000 habitants de 75 ans et plus (carte 2). En moyenne, 2,5 places sont disponibles pour 1000 habitants de 75 ans et plus. La répartition apparaît relativement hétérogène entre les départements. Une offre plus importante s'observe toutefois au nord-est de la France (Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté). A contrario, l'offre apparaît plus faible en Corse et dans le centre de la métropole.

Carte 2 - Nombre de places d'accueil de jour installées pour 1000 habitants de 75 ans et plus : Accueils de jour, 2018



Non-réponses : 124 structures (6,4 % des structures identifiées)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS ; RP 2016 – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

3.2. Profil des unités d'accueil de jour

3.2.1. Statut des structures d'accueil

Parmi les structures analysées et de façon similaire aux résultats de 2013, 8 accueils de jour sur 10 (79,9 %) sont implantés dans des maisons de retraite (81,8 % en 2013) et 20,1 % sont des centres de jour autonomes pour personnes âgées (tableau 8). Un AJ est installé dans un établissement expérimental pour personnes âgées. Dans les résultats qui suivent, le terme « centre d'accueil de jour » fera référence aux centres autonomes et le terme « établissements non spécialisés » désignera les AJ en maison de retraite. En raison du statut particulier des établissements expérimentaux, l'AJ implanté dans ce type de structure n'est pas intégré dans l'une de ces catégories.

Tableau 8 - Répartition des structures analysées selon leur catégorie : Accueils de jour, 2018

	Ensemble des AJ	
	n	%
Centre de jour pour personnes âgées	193	20,1 %
Etablissement expérimental pour personnes âgées ¹	1	0,1 %
EHPAD	761	79,2 %
EHPA percevant des crédits d'assurance maladie	5	0,5 %
EHPA ne percevant pas des crédits d'assurance maladie	1	0,1 %
Total	961	100,0 %
<i>Centre de jour pour personnes âgées</i>	<i>193</i>	<i>20,1 %</i>
<i>Établissement non spécialisé</i>	<i>767</i>	<i>79,9 %</i>

¹ L'établissement expérimental n'est pas pris en compte dans l'analyse "Centre de jour / Etablissement non spécialisé"

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

La moitié des AJ sont implantés dans un établissement public (50,8 %), 40,9 % dans un établissement privé non lucratif et 8,3 % dans un établissement privé lucratif. Les trois quarts des centres d'accueil de jour sont sous statut privé non lucratif, contre 31,8 % pour les établissements non spécialisés. Par ailleurs, les AJ en établissement privé lucratif sont principalement implantés dans les zones densément urbanisées : 15,2 % des AJ implantés dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants sont dans un établissement privé lucratif contre 3,1 % pour les AJ implantés en milieu rural.

3.2.2. Année d'ouverture des AJ

En 2018, la majorité des accueils de jour avaient commencé leurs activités depuis plusieurs années : près de la moitié des AJ (49,4 %) avaient ouverts avant 2010 et 38,6 % entre 2010 et 2015. 11,9 % avaient donc débuté leur activité depuis moins de 2 ans et 27 AJ (3,0 %) ont été mis en place en 2018. 63 structures (6,6 %) n'ont toutefois pas indiqué leur date d'ouverture lors de l'enquête.

Les centres d'accueil de jour apparaissent plus anciens avec 57,4 % d'entre eux construits avant 2010 (47,4 % pour les établissements non spécialisés).

3.2.3. Capacité d'accueil des unités d'AJ

En 2018, la capacité d'accueil installée des accueils de jour est en moyenne de 9,0 places ($\pm 4,8^2$). Cette moyenne est supérieure à celle observée en 2013 qui était de 8,1 places ($\pm 4,8$). La médiane atteint 8 places et est également supérieure à celle de 2013 (6 places).

Il était également demandé aux structures leur nombre de places réellement ouvertes en 2018 (tableau 9), ce qui a permis de prendre en compte des changements ponctuels. La différence est toutefois négligeable par rapport à la capacité installée, puisque les résultats apparaissent similaires à ceux précédemment cités.

Tableau 9 - Nombre de places réellement ouvertes au public : Accueils de jour, 2018

	Nombre de structures	Nombre de places total	Moyenne	Écart-Type	Médiane
Ensemble des AJ	960	8 648	9,0	4,8	8
Centres d'accueil de jour	192	2 625	13,7	6,0	12
Établissements non spécialisés	767	6 013	7,8	3,6	6

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Les centres d'accueil de jour offrent davantage de places que les établissements non spécialisés : 13,7 places ouvertes en moyenne dans les centres d'accueil de jour contre 7,8 places pour les établissements non spécialisés. Par ailleurs, la médiane est deux fois plus importante dans les centres d'accueil de jour que dans les établissements non spécialisés : de 6 à 12 places. Selon l'article D. 312-9 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), les établissements pratiquant exclusivement l'accueil temporaire doivent disposer d'unité d'accueil ou de vie prenant chacune en charge au maximum 12 personnes par unité.

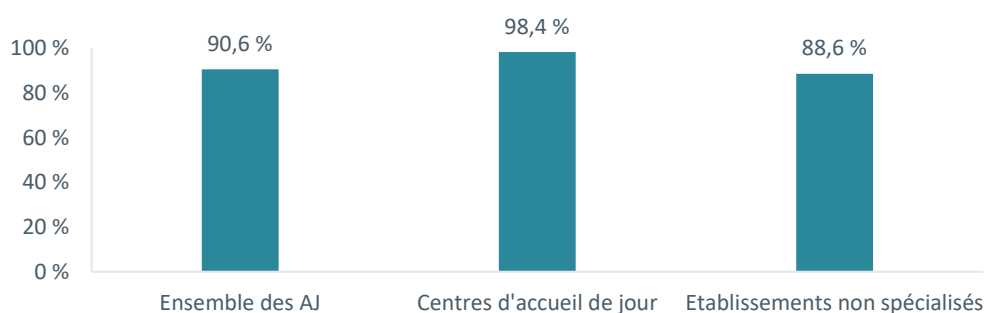
De plus, le nombre de places ouvertes est croissant avec la taille des unités urbaines d'implantation. Ainsi, les AJ installés en zone rurale disposent en moyenne de 6,8 places ouvertes contre 11,4 places pour ceux installés dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants.

Selon l'article D. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles révisé le 1^{er} octobre 2016, la capacité minimale en accueil de jour est fixée à six places pour tous les types d'établissements, sauf cas particulier. Avant cette révision, la capacité minimale était fixée à six places pour les établissements pratiquant l'hébergement permanent et dix places pour les accueils de jour autonomes.

Sur l'ensemble des structures analysées, 90,6 % des structures atteignent le seuil des six places installées : 98,4 % des centres d'accueil de jour et 88,6 % des établissements non spécialisés (figure 1). Pour les établissements spécialisés, la proportion ayant atteint le seuil a ainsi fortement augmenté puisqu'elle était à 71,4 % en 2013. Le seuil n'est toutefois pas atteint dans 21,6 % des cas dans les zones rurales.

² Après une moyenne, la valeur entre parenthèse précédée du signe \pm correspond à son écart-type. Celui-ci est une mesure de la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus l'écart-type est élevé, plus la dispersion autour de la moyenne est importante.

Figure 1 - Respect du seuil réglementaire préconisé de six places : Accueils de jour, 2018



Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

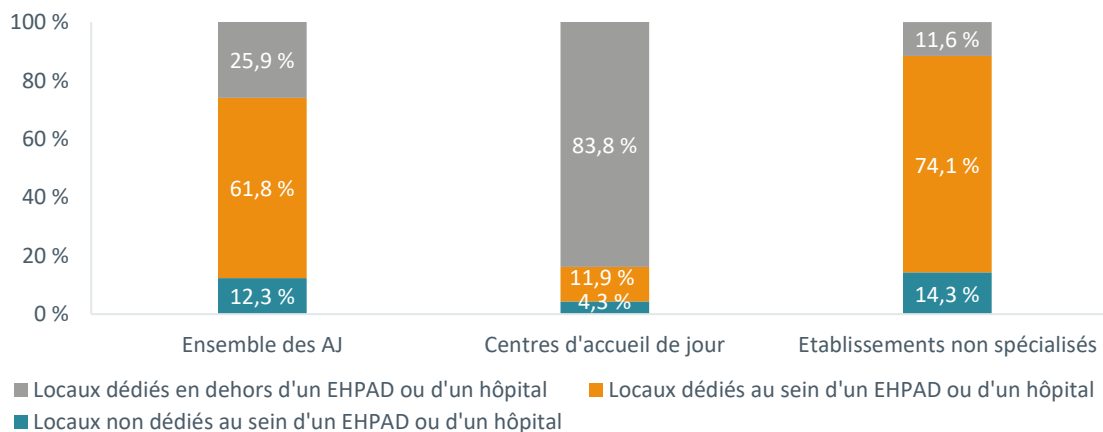
Parmi les établissements n'ayant pas atteint le seuil réglementaire de six places prévu dans le décret, plus de la moitié (52,5 %) de ces unités ont l'intention de solliciter une augmentation de leur capacité et 30,0 % souhaitent se regrouper avec d'autres structures. Ils sont enfin 17,5 % à songer à arrêter l'activité d'accueil de jour. Les résultats sont similaires à ceux observés en 2013 mais le taux de non-réponses est toutefois très élevé : 55,6 % des établissements concernés (50/90 AJ) n'ont pas répondu à cette question.

3.2.4. Locaux des unités d'AJ et itinérance

En 2018, 87,7 % des structures analysées ont déclaré avoir leur activité d'accueil de jour dans des locaux dédiés, dans un EHPAD ou un hôpital pour 61,8 % d'entre elles et en dehors pour 25,9 % d'entre elles (figure 2). En centre d'accueil de jour, 83,8 % ont leurs locaux dédiés en dehors d'un EHPAD ou d'un hôpital et 4,3 % ont déclaré ne pas avoir de locaux dédiés. Dans les établissements non spécialisés, 74,1 % ont des locaux dédiés dans un EHPAD ou un hôpital et 14,3 % n'ont pas de locaux dédiés. Les unités d'AJ sans locaux dédiés sont en moyenne de taille plus réduite avec 5,4 places d'accueil de jour ($\pm 3,5$).

La proportion de structures ayant des locaux dédiés a augmenté par rapport à 2013 où 82,0 % des structures étaient concernées.

Figure 2 - Existence de locaux dédiés : Accueils de jour, 2018



Non-réponses : 19 structures (2,0 %)

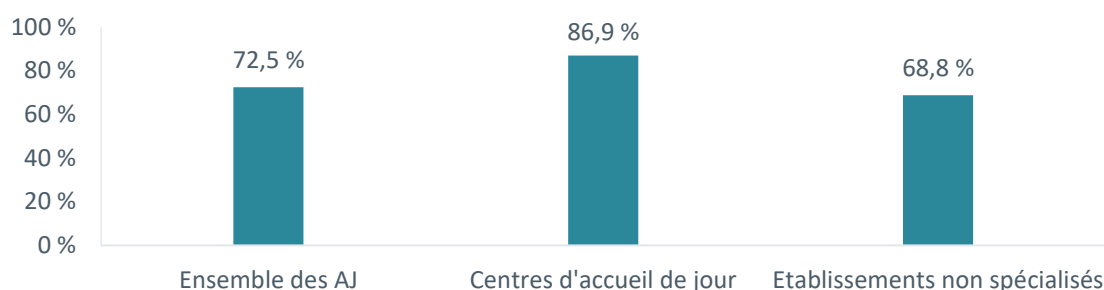
Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

4,9 % des structures analysées ont déclaré avoir un accueil de jour itinérant, proportion sensiblement plus élevée pour les centres d'accueil de jour (7,8 %) que dans les établissements non spécialisés (4,2 %). Lorsque l'AJ est itinérant, celui-ci est présent sur 3,4 sites en moyenne. Le nombre d'AJ itinérants est plus important dans les zones rurales : 11,1 % contre moins de 2 % dans les villes d'au moins 50 000 habitants.

3.2.5. Projet d'établissement spécifique

En 2018, plus de 7 structures sur 10 (72,5 %) ont indiqué l'existence d'un projet d'établissement spécifique formalisé pour leur activité d'accueil de jour (figure 3). Cette proportion est plus élevée pour les centres d'accueil de jour qui sont 86,9 % à en disposer contre 68,8 % des établissements non spécialisés. La proportion de projets spécifiques a par ailleurs fortement augmenté par rapport à 2013 où elle atteignait 58,1 % des structures.

Figure 3 - Existence d'un projet spécifique formalisé : Accueils de jour, 2018



Non-réponses : 17 structures (1,8 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

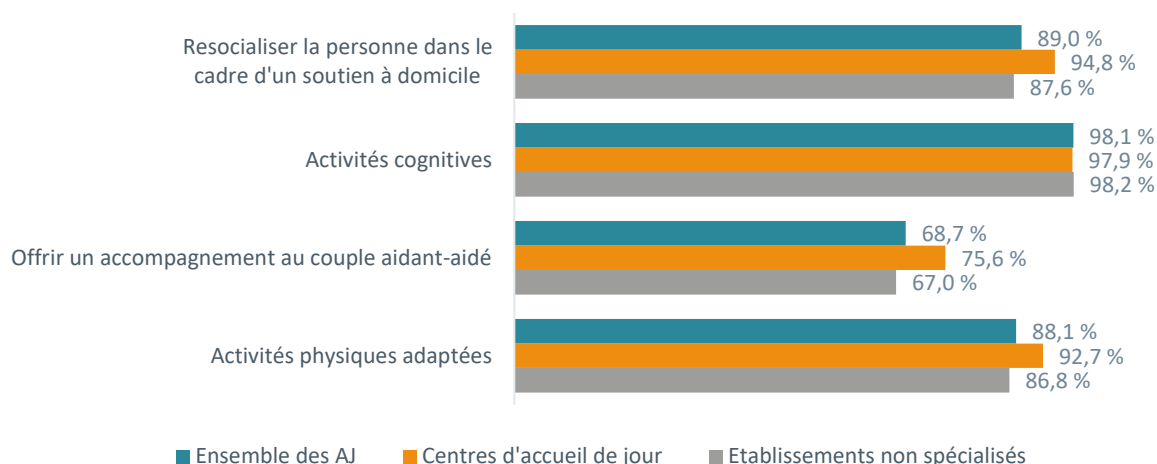
Les projets spécifiques restent toutefois moins fréquents dans les petites structures. Au sein des établissements non spécialisés, 70,6 % des structures ayant au moins 6 places d'AJ déclarent avoir un projet spécifique contre 54,1 % pour ceux ayant moins de 6 places.

3.2.6. Les missions de l'AJ

La quasi-totalité des structures disposant de places d'AJ ont indiqué avoir pour mission de réaliser des activités cognitives à destination des personnes reçues en accueil de jour (figure 4). Ils sont également 89,0 % à déclarer s'inscrire dans une démarche de resocialisation des personnes dans le cadre d'un soutien à domicile et 88,1 % à réaliser des activités physiques adaptées. La mission d'accompagnement des couples aidants-aidés apparaît moins fréquente et concerne 68,7 % des accueils de jour. L'ensemble de ces missions sont sensiblement plus suivies par les centres d'accueil de jour que par les établissements non spécialisés.

Les missions définies sont moins fréquentes au sein des structures de petite taille (moins de 6 places). Ainsi, les structures de moins de 6 places sont 78,9 % à indiquer une mission de resocialisation (contre 90,1 % pour les AJ de 6 places ou plus), 77,8 % à proposer des activités physiques adaptées (contre 89,1 %) et 54,4 % à offrir un accompagnement des aidants-aidés (contre 70,2 %). Ces résultats restent par ailleurs vrais en ne prenant en compte que les établissements non spécialisés.

Figure 4 - Les missions de la structure : Accueils de jour, 2018



Non-réponses : 7 structures (0,7 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

3.2.7. Partenariats avec l'AJ

En 2018, 90,7 % des structures ayant répondu ont indiqué avoir établi au moins un lien formalisé avec une autre structure parmi les partenaires proposés dans l'enquête (tableau 10). Cette proportion est plus importante pour les centres d'accueil de jour qui sont 96,9 % à avoir déclaré au moins un partenariat contre 89,1 % des établissements non spécialisés.

Les structures de moins de 6 places déclarent moins de partenariat, 73,6 % d'entre elles disposant d'au moins un partenariat contre 92,5 % des structures d'au moins 6 places. Les structures privées lucratives sont également moins nombreuses à déclarer un partenariat : 78,5 % d'entre elles en ont au moins un, contre 89,1 % des structures privées non lucratives et 94,1 % des structures publiques.

Parmi les partenariats existants, plus de 7 structures sur 10 (72,6 %) déclarent un partenariat avec un dispositif d'appui à la coordination territoriale. Viennent ensuite les partenariats avec les EHPAD (60,5 %), les services à domicile (53,6 %) et les hôpitaux (49,0 %). 45,0 % déclarent également des partenariats avec les associations d'usagers et de familles et 42,4 % avec des hébergements temporaires. 36,5 % ont formalisé un partenariat avec la médecine de ville et 31,2 % avec d'autres AJ. Enfin, 11,2 % ont un partenariat avec les centres experts.

Tableau 10 - Les partenariats avec la structure : Accueils de jour, 2018

	Ensemble des AJ	Centres d'accueil de jour	Établissements non spécialisés
Dispositif d'appui à la coordination territoriale	72,6 %	78,2 %	71,1 %
Services à domicile	53,6 %	76,7 %	47,5 %
EHPAD	60,5 %	50,8 %	63,1 %
Hôpital	49,0 %	52,3 %	48,2 %
Autres AJ	31,2 %	48,2 %	26,8 %
Hébergements temporaires	42,4 %	31,1 %	45,4 %
Associations d'usagers et de familles	45,0 %	58,0 %	41,7 %

	Ensemble des AJ	Centres d'accueil de jour	Établissements non spécialisés
Centres experts	11,2 %	13,0 %	10,7 %
Médecine de ville	36,5 %	29,0 %	38,5 %
<i>Au moins un partenariat parmi ceux proposés</i>	<i>90,7 %</i>	<i>96,9 %</i>	<i>89,1 %</i>

Non-réponses : 22 structures (2,3 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

Pour la plupart des partenariats établis (excepté les EHPAD, l'hôpital et les centres experts), les centres d'accueil de jour ont déclaré avoir davantage de liens formalisés avec d'autres partenaires que les établissements non spécialisés. Seuls les partenariats avec les EHPAD sont plus importants pour les établissements non spécialisés que pour les centres d'accueil de jour. La fréquence des partenariats avec l'hôpital et les centres experts ne diffère pas significativement entre les deux types de structure.

Les établissements de moins de 6 places déclarent moins de partenariat que les établissements d'au moins 6 places quel que soit le type de partenariat. Pour les établissements en zone rurale, on notera des partenariats plus importants avec la médecine de ville (34,2 %) que dans les unités urbaines de 200 000 habitants ou plus (28,0 %) et, a contrario, des partenariats avec l'hôpital plus faibles (30,4 % contre 51,1 %).

3.3. Activités des unités d'accueil de jour

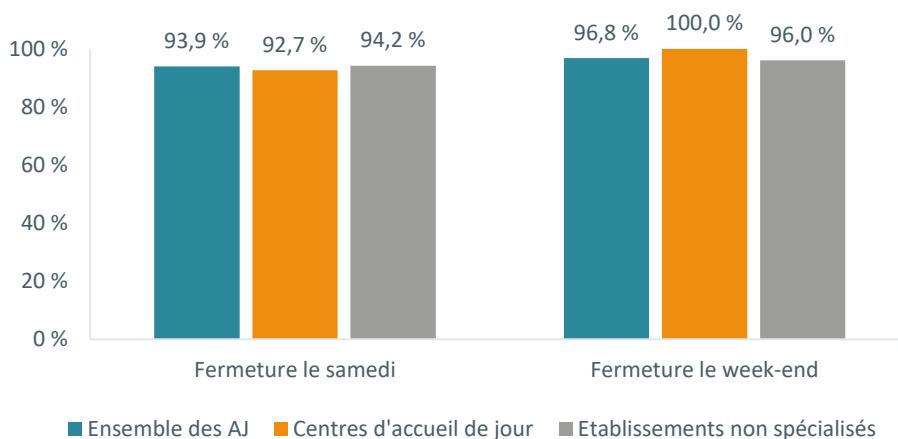
3.3.1. Plage d'ouverture

En moyenne, les accueils de jour sont autorisés à ouvrir 257 jours par an ($\pm 43,5$), valeur équivalente à celle observée dans l'enquête de 2013 (258 jours). Le nombre de jours d'ouverture annuel est sensiblement plus élevé pour les AJ implantés dans les établissements spécialisés (259 jours, $\pm 45,4$) que dans les centres d'accueil de jour (249 jours, $\pm 34,0$). Il faut toutefois noter que 18,3 % des structures (176) n'ont pas répondu à cette question.

Le nombre de jours d'ouverture moyen des unités d'AJ est de 4,9 jours ($\pm 0,7$), sans différence entre les centres d'accueil de jour et les autres établissements. Ainsi, la grande majorité des AJ sont fermés le samedi et le week-end (figure 5). 96,8 % des AJ sont en effet fermés au moins une partie du week-end et 93,9 % sont fermés le samedi. De plus, aucun centre d'accueil de jour n'a indiqué être ouvert sur la totalité du week-end. Les structures privées lucratives offrent toutefois plus de possibilités sur les jours d'ouverture : 10,3 % d'entre elles sont ouvertes en week-end complet et 15,2 % le samedi, contre moins de 3 % pour les structures publiques.

L'accueil AJ en demi-journée pendant les jours d'ouverture est régulièrement possible. Près de la moitié (48,0 %) des établissements proposent un accueil en demi-journée, que ce soit en centre d'accueil de jour (53,4 %) ou dans un établissement non spécialisé (46,6 %). Cette proportion est plus faible qu'en 2013 où 54,2 % des AJ indiquaient accueillir en demi-journée.

Figure 5 - Plage d'ouverture le week-end : Accueils de jour, 2018



Non-réponses : 6 structures (0,6 %) pour samedi ; 13 structures (1,4 %) pour week-end

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

46,9 % des établissements indiquent avoir un nombre de journées de présence en accueil de jour par semaine et par bénéficiaire plafonné. Ce nombre est en moyenne de 3,7 jours ($\pm 1,2$). Les centres d'accueil sont plus nombreux à avoir mis en place un plafond (56,0 %) ; leur nombre moyen de jours autorisé est plus faible (3,2 jours, $\pm 1,0$) que dans les établissements non spécialisés (44,6 % pour 3,8 jours, $\pm 1,2$).

3.3.2. Personnel dédié aux usagers de l'AJ

Les aides-soignants (70,3 %), les psychologues (58,2 %), les aides médico-psychologiques (AMP) (56,8 %) et les infirmiers (50,2 %) sont les professionnels d'accompagnement et de soins qui interviennent dans le plus grand nombre d'unités d'accueil de jour.

Excepté les aides-soignants, ces professionnels sont encore plus fréquemment cités au sein des centres d'accueil de jour. 69,6 % des centres d'accueil de jour indiquent avoir des infirmiers intervenants et 66,0 % des psychologues, contre respectivement 44,6 % et 56,1 % dans les établissements non spécialisés. Concernant les AMP, la différence est d'autant plus grande si on ajoute les auxiliaires de vie sociale, les deux diplômés ayant fusionnés. Ainsi, 83,8 % des centres d'accueil de jour citent des AMP ou AVS contre 53,0 % dans les établissements non spécialisés.

En équivalent temps plein (ETP), les aides-soignants et AMP représentent la majorité du temps de travail. Ainsi, 35,6 % des ETP sont détenus par des aides-soignants et 28,4 % par des AMP (30,9 % AMP/AVS). À l'inverse, les infirmiers ne représentent que 6,8 % des ETP et les psychologues que 4,6 %.

Le taux d'encadrement moyen est ainsi de 1,1 ETP d'aide-soignant pour 10 places ouvertes d'accueil de jour et 0,87 ETP d'AMP pour 10 places (0,95 AMP/AVS). Le taux d'encadrement des infirmiers est de 0,21 ETP et celui des psychologues de 0,14 ETP pour 10 places ouvertes.

Les autres professions apparaissent moins présentes au sein des unités d'AJ. Ainsi, les médecins coordonnateurs interviennent dans trois AJ sur dix (30,8 %) dans une quotité de temps faible (0,03 ETP pour 10 places). Un tiers (33,6 %) déclarent recourir à des ASH pour un taux d'encadrement de 0,2 ETP pour 10 places. 21,5 % des structures font appel à un ergothérapeute, 17,8 % à un animateur et 13,9 %

à un psychomotricien. Les centres d'accueil de jour ont par ailleurs deux fois plus souvent recours à un psychomotricien (22,5 %) que les établissements non spécialisés (11,5 %).

Enfin, un tiers (33,9 %) des unités d'accueil de jour ont précisé faire intervenir d'autres professionnels que ceux figurant dans la liste proposée et ces derniers représentent 7,2 % de l'ensemble des ETP cumulés de personnels de soins et d'accompagnement.

Au total, les AJ offrent un encadrement moyen en personnel de soins et d'accompagnement de 3,07 ETP pour 10 places ouvertes. En 2013 ce taux était de 3,14 ETP. Les centres d'accueil de jour présentent un taux d'encadrement sensiblement plus élevé que dans les établissements non spécialisés avec 3,21 ETP contre 3,0 ETP pour 10 places ouvertes.

Le taux d'encadrement apparaît sensiblement plus élevé au sein des structures implantées dans les communes rurales : 3,25 ETP pour 10 places ouvertes contre 2,93 ETP dans les unités urbaines de 200 000 habitants et plus. Les médecins coordonnateurs sont toutefois nettement moins présents en zone rurale avec 18,4 % des AJ en possédant un contre 41,2 % dans les unités urbaines de 200 000 habitants et plus. De plus, certaines spécialités sont davantage disponibles dans les villes densément peuplées (plus de 200 000 habitants), en particulier les psychologues (71,1 %) et les psychomotriciens (30,3 %).

Tableau 11 - Encadrement en personnel de soins et d'accompagnement : Accueils de jour, 2018

	Part des AJ ayant indiqué au moins intervenant	Répartition des ETP	Taux d'encadrement moyen pour 10 places ouvertes
Ensemble des AJ (n = 871)			
Aide-soignant	70,3 %	35,6 %	1,10
AMP	56,8 %	28,4 %	0,87
AVS	8,8 %	2,5 %	0,08
Animateur	17,8 %	3,1 %	0,10
Psychologue	58,2 %	4,6 %	0,14
Infirmier	50,2 %	6,8 %	0,21
Médecin coordonnateur	30,8 %	1,1 %	0,03
Ergothérapeute	21,5 %	2,1 %	0,06
Psychomotricien	13,9 %	1,8 %	0,06
ASH	33,6 %	6,7 %	0,20
Autre pers. de soins et d'accompagnement	33,9 %	7,2 %	0,22
Personnel de soins et d'accompagnement		100,0 %	3,07
Centres d'accueil de jour (n=191)			
Aide-soignant	74,4 %	27,7 %	0,89
AMP	77,0 %	32,0 %	1,03
AVS	20,9 %	4,2 %	0,14
Animateur	17,3 %	3,7 %	0,12
Psychologue	66,0 %	4,9 %	0,16
Infirmier	69,6 %	9,1 %	0,29
Médecin coordonnateur	28,3 %	0,8 %	0,02
Ergothérapeute	23,0 %	2,4 %	0,08
Psychomotricien	22,5 %	2,6 %	0,08
ASH	29,8 %	4,3 %	0,13
Autre pers. de soins et d'accompagnement	38,7 %	8,4 %	0,26
Personnel de soins et d'accompagnement		100,0 %	3,21
Établissements non spécialisés (n=679)			
Aide-soignant	69,2 %	39,8 %	1,19
AMP	51,1 %	26,7 %	0,80
AVS	5,5 %	1,6 %	0,05
Animateur	18,0 %	2,8 %	0,09
Psychologue	56,1 %	4,4 %	0,13
Infirmier	44,6 %	5,7 %	0,17
Médecin coordonnateur	31,5 %	1,3 %	0,04
Ergothérapeute	20,9 %	1,9 %	0,06
Psychomotricien	11,5 %	1,4 %	0,04
ASH	34,8 %	7,9 %	0,24
Autre pers. de soins et d'accompagnement	32,4 %	6,5 %	0,19
Personnel de soins et d'accompagnement		100,0 %	3,00

Non-réponses : 93 structures (9,7 %)

Note de lecture : En 2018, 74,4 % des centres d'accueil de jour emploient au moins un aide-soignant (AS). Les AS représentent 27,7 % du personnel d'accompagnement et de soins en ETP de ces centres. Le taux d'encadrement en AS est de 0,89 ETP pour 10 places ouvertes.

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

En 2018, parmi l'ensemble des structures analysées, 22,2 % ont indiqué avoir un budget autonome pour leur unité d'AJ et faire intervenir au moins un personnel autre que d'accompagnement et de soins. 78,8 % des centres d'accueil de jour ont répondu avoir un budget autonome et 7,8 % des établissements non spécialisés.

Les structures déclarant un budget autonome pour leur unité d'AJ disposent en moyenne de 0,48 ETP de direction et d'administration pour 10 places ouvertes (tableau 12).

Tableau 12 - Encadrement en personnel autre que d'accompagnement et soins pour les structures avec budget autonome : Accueils de jour, 2018

	Effectif en ETP	Taux d'encadrement moyen pour 10 places ouvertes
Ensemble des AJ (n = 213)		
Direction	52,7	0,20
Administration	74,1	0,28
Autres	21,6	0,08
Pers. budget autonome	148,5	0,55
Centres d'accueil de jour (n=152)		
Direction	43,4	0,20
Administration	59,1	0,27
Autres	13,5	0,06
Pers. budget autonome	116,0	0,54
Établissements non spécialisés (n=60)		
Direction	9,4	0,18
Administration	14,9	0,29
Autres	8,1	0,16
Pers. budget autonome	32,4	0,63

Note de lecture : En 2018, le taux d'encadrement du personnel de direction dans les unités d'AJ avec budget autonome est de 0,20 ETP pour 10 places ouvertes.

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

3.3.3. Organisation des transports

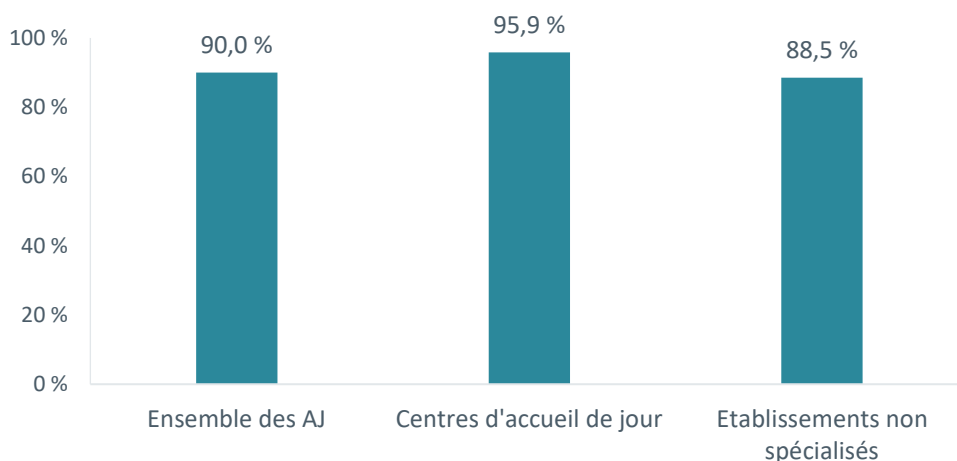
En 2018, 90,0 % des structures disposant d'un accueil de jour déclarent avoir mis en place une organisation des transports pour les personnes accueillies (figure 6), fréquence en hausse par rapport à 2013 (84,6 %). Celle-ci se caractérise par la mise en place d'un système de transport ou par le dédommagement des frais de transport. Cette organisation est plus souvent déclarée dans les centres d'accueil de jour où 95,9 % en disposent contre 88,5 % dans les établissements non spécialisés.

Les établissements de moins de 6 places AJ disposent moins souvent d'une organisation des transports. Ils sont en effet 71,1 % à en posséder une contre 91,9 % pour les structures d'au moins 6 places.

Lorsqu'une organisation existe, neuf sur dix (89,1 %) déclarent avoir mis en place un système de transport, proportion similaire à celle de 2013 (88,9 %). Ainsi, parmi les structures ayant une organisation des transports, 55,1 % ont confié le transport à un prestataire extérieur et 47,9 % gèrent le transport par l'unité d'accueil de jour. Dans 64,6 % des cas au moins une partie des transports est assurée par les proches (dédommagement possible). Selon l'article D. 312-9 du CASF, les établissements qui organisent un accueil de jour doivent proposer une solution de transport adaptée

au besoin des personnes bénéficiant de l'accueil de jour. L'article R. 314-207 du CASF précise également que les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes bénéficiant d'un accueil de jour sont pris en charge par l'assurance maladie sous forme d'un forfait journalier applicable au nombre de places autorisées.

Figure 6 - Mise en place d'une organisation des transports : Accueils de jour, 2018



Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Parmi les AJ disposant d'une organisation des transports, 86,1 % des structures déclarent prendre en charge financièrement le transport, de façon moindre pour les centres d'accueil de jour (79,4 %) que pour les établissements non spécialisés (88,0 %). Les structures privées lucratives disposant d'une organisation prennent également moins fréquemment en charge ces dépenses (70,0 %) que dans les structures publiques (90,3 %).

En moyenne, les structures prenant en charge financièrement l'organisation des transports vers l'accueil de jour ont dépensé environ 25 820 € (\pm 28 807), ce qui représente 2 715 € par place ouverte. Toutefois, les variations sont importantes d'une structure à l'autre. Cette moyenne est de 2 856 € par place ouverte pour les centres d'accueil de jour et de 2 679 € par place pour les établissements non spécialisés.

Plus de la moitié (53,7 %) de ces structures ont déclaré recevoir des crédits de l'Assurance maladie et 13,2 % du Conseil départemental. Les centres d'accueil de jour disposent plus fréquemment de ces crédits : 69,9 % reçoivent des crédits de l'Assurance maladie et 37,0 % du Conseil départemental, contre respectivement 49,8 % et 7,4 % pour les établissements non spécialisés.

Les structures déclarant avoir reçu des crédits de l'Assurance maladie pour financer les transports auraient touché en moyenne 29 620 €, soit l'équivalent de 2 457 € par place ouverte. Le montant moyen perçu par le Conseil départemental, en cas de crédit accordé, est de 15 150 €, ce qui représente 1 159 € par place ouverte. Les variations sont toutefois également importantes pour ces crédits.

3.3.4. Liste d'attente

Trois structures sur dix (29,0 %) déclarent avoir une liste d'attente pour son unité d'accueil de jour. Cette proportion est équivalente à celle observée en 2013 (28,0 %). Les listes d'attente sont plus fréquentes au sein des centres d'accueil de jour (44,6 %) que dans les établissements non spécialisés (25,1 %).

Lorsqu'une liste d'attente existe, le nombre moyen de personnes inscrites est de 7 personnes. Ce chiffre est plus important pour les centres d'accueil de jour où 9,9 personnes sont inscrites en moyenne, contre 5,7 personnes dans les établissements non spécialisés.

Les listes d'attente sont plus fréquentes dans les structures privées non lucratives (36,3 %) que dans les structures publiques (26,0 %) ou privées lucratives (11,5 %).

3.3.5. Bénéficiaires et fréquentation

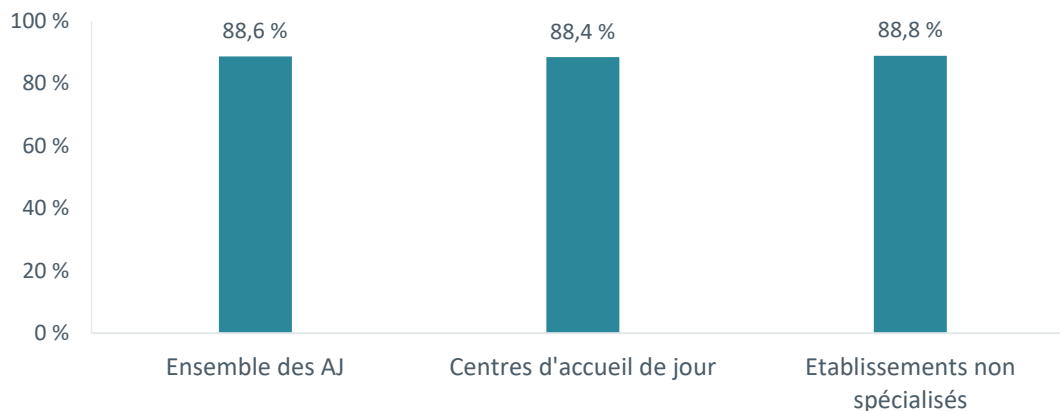
En 2018, les structures ont accueilli en moyenne 34,0 (\pm 27,7) personnes dans le cadre de leur activité d'accueil de jour et ont réalisé 1 417 journées (\pm 1093). Ces résultats apparaissent plus importants qu'en 2013 où 27,6 personnes avaient été accueillies lors de 1 171 journées en moyenne par structure.

Les centres d'accueil de jour ont reçu davantage de personnes et réalisé plus de journées : 60,7 personnes pour 2 439 journées, contre 27,3 personnes pour 1 153 journées dans les établissements non spécialisés. Le nombre de personnes reçues est également nettement plus faible au sein des structures privées lucratives avec en moyenne 19,0 personnes reçues contre 41,6 personnes dans les structures privées non lucratives.

768 structures ont par ailleurs indiqué le nombre de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives (taux de non-réponses : 20,1 %). Ainsi, les malades Alzheimer ou maladies apparentées représentent 88,6 % de la file active, proportion similaire à celle de 2013 (88,1 %). Les malades Parkinson (et maladies apparentées) représentent 3,5 % et 0,1 % de la file active est atteint d'une sclérose en plaques. De plus, 1,5 % des personnes reçues sont des malades Alzheimer jeunes (< 65 ans), ces derniers ayant été accueillis dans un quart (24,7 %) des structures. Cette répartition est similaire si l'on s'intéresse aux journées réalisées. La répartition de ces malades est semblable entre les centres d'accueil de jour et les autres établissements. Les malades Alzheimer jeunes ont toutefois été accueillis dans davantage de centres d'accueil de jour : 38,4 % contre 20,9 % pour les établissements non spécialisés.

Au total, 31,6 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ont été reçues en moyenne dans chaque structure, 54,2 personnes en moyenne dans les centres d'accueil et 25,2 personnes dans les établissements non spécialisés.

Figure 7 – Proportion de personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou maladies apparentées parmi l’ensemble des personnes reçues : Accueils de jour, 2018

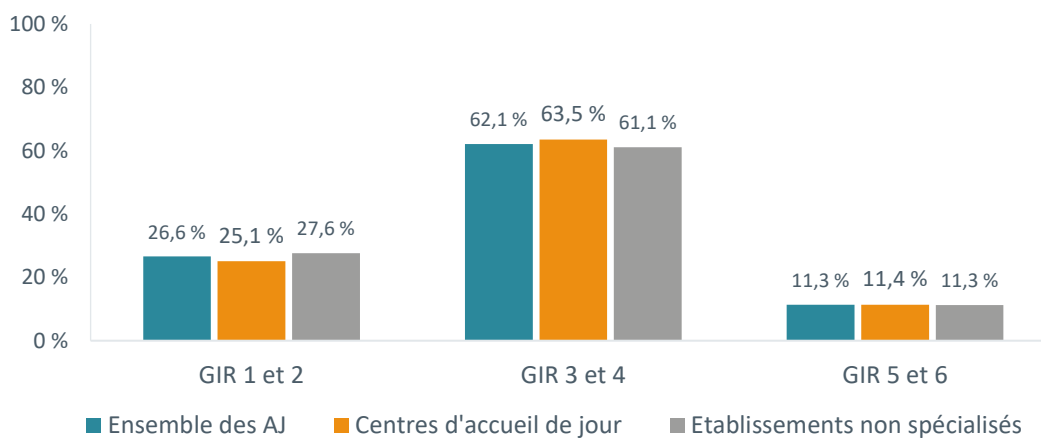


Non-réponses : 193 structures (20,1 %)

Source : Données d’activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

La majorité des personnes accueillies sont évaluées en GIR 3 ou 4 (62,1 %). Les personnes les plus dépendantes (GIR 1-2) représentent plus d’un quart (26,6 %) des personnes et celles qui sont peu ou pas dépendantes représentent 11,3 % des personnes. La répartition par GIR n’est pas différente entre les centres d’accueil de jour et les autres établissements.

Figure 8 - Répartition des patients par GIR : Accueils de jour, 2018



Non-réponses : 170 structures (17,7 %)

Source : Données d’activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

En moyenne, une place en accueil de jour est utilisée pour 3,8 personnes dans l’année, ratio atteignant 4,5 pour les centres d’accueil de jour et 3,5 pour les établissements non spécialisés. En 2013, ce ratio était de 3,3 personnes pour une place. La durée moyenne des séjours sur l’année 2018 uniquement est de 41,5 jours par patient. Cette durée est de 40,3 jours par patient en centres d’accueil de jour et de 42,2 jours en établissements non spécialisés. De plus, les séjours apparaissent plus longs en moyenne dans les structures privées lucratives avec une durée de 50,8 jours sur l’année contre environ 41 jours dans les autres structures. Le nombre de personnes par place est également plus faible : 2,5 personnes par place ouverte dans les structures privées lucratives.

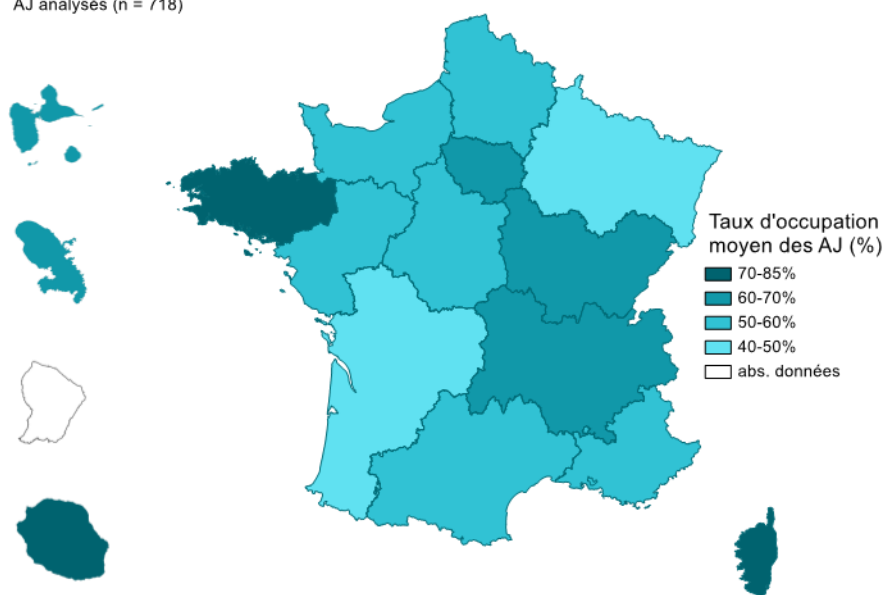
Il était également demandé la fréquentation dans les accueils de jour lors d'une semaine de référence (du 3 au 9 décembre 2018). Pendant cette semaine, les accueils de jour ont accueilli en moyenne 21,0 personnes. Cette moyenne atteint 36,7 pour les centres d'accueil de jour et 16,8 pour les établissements non spécialisés. Ce nombre apparaît supérieur à celui observé en 2013 de 16 personnes. Parmi les structures répondantes (taux de non-réponses : 22,4 %), 90,7 % des patients reçus pendant cette semaine de référence étaient atteints d'Alzheimer (ou maladies apparentées) et 4,4 % de Parkinson.

3.3.6. Taux d'occupation moyen

Parmi les structures ayant répondu à l'ensemble des questions nécessaires (taux de non-réponses : 25,3 %), un taux d'occupation moyen a pu être calculé en faisant le rapport entre le nombre de journées effectuées en AJ sur le nombre de jours d'ouverture annuel, multiplié par le nombre de places d'AJ ouvertes en 2018. On obtient ainsi un taux d'occupation qui vaut 100 % si chaque place ouverte est occupée chaque jour d'ouverture autorisé. Les valeurs supérieures à 100 % ont été écartées de l'analyse.

Carte 3 – Taux d'occupation moyen des unités d'accueil de jour : Accueils de jour, 2018

AJ analysés (n = 718)



Non-réponses : 243 structures (25,3 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

En 2018, le taux d'occupation moyen des unités d'accueil de jour est de 58,1 % et est de 63,9 % en valeur médiane. Ce ratio est en hausse par rapport à 2013 (50 %). Pour les structures ouvertes en 2018 (16 réponses), le taux d'occupation pour cette première année atteint 31,5 %.

Ce taux d'occupation est significativement plus élevé au sein des centres d'accueil de jour : 71,4 % contre 54,7 % dans les établissements non spécialisés.

Par région (carte 3), le ratio d'occupation moyen apparaît meilleur (> 70 %) en Bretagne, Corse et Réunion. Il est à l'inverse inférieur à 50 % en Nouvelle Aquitaine et dans la région Grand-Est.

Le taux d'occupation apparaît plus faible dans les structures implantées en zone rurale, avec un ratio de 50,8 % contre 62,0 % dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants. Il est également plus faible au sein des structures privées lucratives : 40,0 % contre 62,7 % au sein des structures privées non lucratives.

3.3.7. Activités à destination des aidants

En 2018, près d'un quart (23,6 %) des structures proposent des activités spécifiques à destination des aidants de personnes atteintes de maladies neurodégénératives au sein des accueils de jour. Ces activités sont davantage proposées au sein des centres d'accueil de jour avec 37,6 % d'entre eux en proposant contre 20,0 % pour les établissements non spécialisés.

Parmi ces structures, le nombre d'aidants accompagnés est en moyenne de 27,4 personnes ($\pm 33,1$), avec un écart important entre les centres d'accueil de jour (41,8 aidants) et les établissements non spécialisés (20,5 aidants). Une large majorité de ces aidants sont des aidants de malades Alzheimer (94,8 %), les autres étant pour 4,9 % d'entre eux des aidants de malades Parkinson et 0,3 % des aidants de malades atteints de sclérose en plaques.

3.4. Financements et coûts

3.4.1. Tarifs journaliers

Le tarif journalier d'hébergement des personnes accueillies en accueil de jour dans l'année atteint en moyenne 29,9 € ($\pm 10,2$). Il se situe en moyenne entre 24,1 € et 35,2 € pour la moitié des structures. Ce tarif est plus élevé au sein des centres d'accueil de jour avec un tarif moyen de 33,3 € ($\pm 13,9$) contre 29,1 € ($\pm 8,9$) au sein des établissements non spécialisés. Le tarif journalier moyen a augmenté par rapport à 2013 (27,4 €).

De plus, ce tarif est supérieur au sein des établissements privés lucratifs (35,0 €) et est à l'inverse plus réduit dans les structures publiques (27,9 €). Il est également plus faible pour les structures de moins de 6 places (26,7 € contre 30,2 €), y compris en ne prenant en compte que les établissements non spécialisés. Enfin, le tarif apparaît supérieur dans les structures installées dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants avec un tarif moyen de 33,2 €, contre moins de 29 € pour les structures situées dans les unités urbaines de moins de 50 000 habitants ou dans les zones rurales.

Tableau 13 - Tarif d'hébergement journalier moyen : Accueils de jour, 2018

	Nombre de structures	Tarif moyen	Écart-type	Médiane
Ensemble des AJ	902	29,9 €	10,2 €	29,3 €
Centres d'accueil de jour	180	33,3 €	13,9 €	30,0 €
Établissements non spécialisés	721	29,1 €	8,9 €	29,0 €

Non-réponses : 60 structures (6,2 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

Le tarif dépendance journalier des personnes est de :

- En GIR 1 ou 2 (non-réponses : 24,4 %) : 21,5 € en moyenne. Ce tarif s'élève à 27,4 € en centres d'accueil de jour et 20,1 € en établissements non spécialisés.
- En GIR 3 ou 4 (non-réponses : 24,1 %) : 15,4 € en moyenne. Ce tarif s'élève à 20,2 € en centres d'accueil de jour et 14,2 € en établissements non spécialisés.
- En GIR 5 ou 6 (non-réponses : 30,2 %) : 9,0 € en moyenne. Ce tarif s'élève à 13,3 € en centres d'accueil de jour et 8,1 € en établissements non spécialisés.

3.4.2. Dotations financières

En 2018, 16,9 % des structures indiquent avoir reçu une dotation financière extra-légale du Conseil départemental dédiée aux places AJ et la même proportion (16,4 %) indique avoir reçu une dotation extra-légale d'une autre provenance. Les centres d'accueil de jour sont davantage bénéficiaires de ces dotations, avec 29,2 % d'entre eux ayant reçu une dotation du Conseil départemental et 27,8 % d'une autre provenance, contre respectivement 13,8 % et 13,5 % des établissements non spécialisés. Le montant de ces dotations est très variable entre les structures.

La fréquence de ces dotations a augmenté par rapport à 2013 où 12,1 % avaient bénéficié d'une dotation du Conseil général et 10,9 % d'une autre dotation.

3.5. Communication autour de l'accueil de jour

En 2018, la proportion d'unités d'accueil de jour déclarant avoir une démarche de communication sur son territoire est de 85,4 %, et ce de façon plus fréquente au sein des centres d'accueil de jour (90,5 %) que dans les établissements non spécialisés (84,2 %). Cette fréquence est similaire à celle observée en 2013 (86,1 %).

Les démarches de communication sont moins fréquentes au sein des structures de moins de 6 places avec 68,6 % en effectuant une (87,0 % pour les 6 places ou plus).

3.6. Les difficultés rencontrées au sein de l'accueil de jour

L'analyse textuelle des éléments de la question ouverte concernant les difficultés liées à l'accueil de jour a été réalisée à partir du logiciel Nvivo 12.

La première étape consiste à évaluer le nombre d'occurrences par fragments de discours pour l'ensemble des réponses. Concrètement, il s'agit d'évaluer le poids de chacun des mots signifiants par rapport à l'ensemble en repérant les termes qui apparaissent le plus souvent³.

³ Sont exclus les propositions et mots de transition

La seconde étape est une analyse approfondie des dix items les plus récurrents. Il est question ici d'identifier le contexte d'utilisation du terme et le sens que l'on peut attribuer à cette notion. La liste de ces items identifiés via le logiciel Nvivo 12 et leur fréquence sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 14 – Dix premiers termes identifiés dans l'analyse textuelle de la question sur les difficultés rencontrées : Accueils de jour, 2018

Termes	Nombre d'occurrences	Dispositifs concernés
Transport	235	210
Personnes	170	151
L'accueil	97	86
Transports	97	90
Charge	95	87
Manque	71	64
Familles	65	62
Difficultés	61	59
Prise	60	57
Accueil	58	55

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Les résultats de l'analyse textuelle font émerger deux types de termes. Le premier concerne la description d'une réalité (transport, manque, charge, famille...), le second regroupe des termes polysémiques qui prennent des sens différents selon les formulations des réponses (personnes, accueil...).

L'analyse textuelle des termes concernant la question « des difficultés rencontrées au sein de l'accueil de jour » met en évidence principalement des difficultés en lien avec les transports des personnes. La notion « *transport(s)* » correspond à 332 occurrences et 289 structures parmi les 759 structures ayant répondu, autrement dit 38 % de l'ensemble.

Les termes « *personnes* » et « *accueil* » ne caractérisent pas directement des difficultés. Leur récurrence est en lien avec des difficultés de nature différente et ne peuvent donner d'éléments particuliers à l'analyse textuelle.

Le terme « *charge* » prend deux significations dans l'analyse approfondie. La première concerne les problèmes de « prise en charge ». D'ailleurs, son association quasi-systématique avec le terme « *prise* » indique que la majorité des difficultés énoncées ici renvoie à l'accompagnement des personnes. Notons toutefois que derrière ce terme sont aussi décrites des difficultés en lien avec la notion de « reste à charge ». La récurrence de ce second élément est de faible niveau.

Le terme « *manque* » est aussi intéressant à analyser car il renvoie à un ensemble de difficultés du « *manque de visibilité de la structure* » ou du manque de moyens pour accompagner les personnes, voire de temps administratif. Si ce terme associé à des éléments le qualifiant peut prendre des sens différents, il est intéressant de noter qu'à 71 reprises, il a été employé dans cet item.

Le terme « *familles* » est une notion, là aussi, polysémique. Toutefois, l'analyse approfondie indique deux choses. Soit cette notion renvoie au fait que les familles ont « tardé » à l'orientation des personnes vers le dispositif, ceci générant des problèmes dans l'accompagnement des personnes, soit

ce terme indique des difficultés dans la relation des services avec les familles. Dans tous les cas, 62 dispositifs citent les familles dans cet item sur les difficultés.

L'analyse textuelle est un outil intéressant ; toutefois, ses limites sont nombreuses. Dans le cas présent, il apparaît assez clairement que les principales difficultés rencontrées sont en lien avec les transports des personnes. Il est difficile d'aller plus loin dans la nature des difficultés mais la récurrence est importante.

Pour les autres items décrits ici, les récurrences sont faibles. Pour autant, cela ne signifie pas que ces difficultés ne sont pas majeures pour les dispositifs qui les ont énoncées.

3.7. Typologie des accueils de jour : analyse des profils

3.7.1. Méthode et limites

Afin d'identifier les relations multiples qui peuvent exister entre les différentes caractéristiques des unités d'accueil de jour, une analyse descriptive multivariée a été réalisée. Pour cela, la méthode choisie est une typologie des accueils de jour permettant de mettre en évidence quelques profils types présentant un ensemble de caractéristiques communes.

Deux typologies ont été réalisées pour les accueils de jour : l'une sur l'ensemble des accueils de jour, l'autre sur les accueils de jour installés en établissements non spécialisés. Le manque de structures ne permettait pas d'en réaliser une sur les centres d'accueil de jour uniquement.

Pour réaliser ces typologies, un ensemble d'indicateurs ont été sélectionnés et sont présentés ci-dessous. Les variables quantitatives ont été discrétisées pour répondre aux contraintes de la méthode choisie (cf. 2.3).

Liste des variables utilisées

- Taille d'unité urbaine
- Statut juridique
- Centre autonome d'accueil de jour
- Nombre de places installées
- Locaux dédiés*
- Projet de service
- Partenariat
- Demi-journée
- Taux d'encadrement pour 10 places
- Organisation et financement des transports
- Liste d'attente
- Proportion de malades Alzheimer
- Accueil de malades Alzheimer jeunes
- GIR 1-2
- Activité des aidants

** Les locaux dédiés ont été utilisés uniquement pour l'analyse sur les établissements non spécialisés*

Pour cette analyse, aucune donnée manquante n'était acceptée. C'est pourquoi l'analyse ne porte que sur les accueils de jour ayant répondu à l'ensemble des questions sélectionnées. Cette contrainte constitue une limite importante de cette typologie. En effet, seuls 588 AJ ont pu être traités, ce qui représente 61,2 % des AJ analysés et 30,2 % de l'ensemble des AJ identifiés. Pour la typologie sur les établissements non spécialisés, 430 structures ont été traitées, soit 56,1 % des AJ analysés et 25,9 % de l'ensemble des AJ identifiés dans ce type d'établissements.

De plus, l'analyse a mis en évidence une diversité relativement importante des unités d'accueil de jour. L'objectif de cette méthode étant de synthétiser au mieux les corrélations existantes et d'identifier des profils, une hétérogénéité de situations persistera tout de même au sein des profils identifiés.

3.7.2. Typologie de l'ensemble des accueils de jour

La typologie a été réalisée sur 588 accueils de jour et a permis d'identifier quatre profils :

Profil 1 : Ce profil regroupe 206 structures, soit 35,0 % de l'ensemble des structures analysées. Il est constitué principalement d'établissements non spécialisés (98,5 %), du secteur public (70,9 %) et implantés dans les unités urbaines de moins de 50 000 habitants. Ces structures accueillent davantage de malades Alzheimer, ces derniers représentant en moyenne 97,3 % des personnes reçues, mais sont peu nombreux à recevoir des malades Alzheimer jeunes (3,9 %). Le nombre de places installées est dans la moyenne avec 8,5 places en moyenne et seulement 1,0 % des structures ayant moins de 6 places. Ils sont moins nombreux à posséder une liste d'attente (18,0 %) et à ouvrir en demi-journée (36,9 %). La quasi-totalité dispose d'au moins un partenariat (97,6 %), notamment avec les EHPAD et les dispositifs d'appui à la coordination. Une organisation des transports avec prise en charge financière est fréquente dans ce profil (87,9 %).

Profil 2 : Ce profil regroupe 177 structures, soit 30,1 % de l'ensemble des structures. Il est constitué majoritairement de centres d'accueil de jour (76,8 %) du secteur privé non lucratif (79,7 %) et ces structures sont davantage situées en zone densément urbaine (41,8 % en unité urbaine d'au moins 200 000 habitants). Il s'agit principalement de grandes unités d'accueil de jour avec une moyenne de 13,5 places installées. Plus de la moitié (55,4 %) d'entre elles disposent d'une liste d'attente. Davantage de ces structures disposent d'un projet de service spécifique (92,7 %) et offrent des activités aux aidants (46,9 %). La quasi-totalité dispose d'au moins un partenariat (97,2 %), y compris davantage avec les services à domicile. Ils sont sensiblement plus nombreux à accueillir des malades Alzheimer jeunes (39,5 %).

Profil 3 : Ce profil regroupe 142 structures, soit 24,1 % de l'ensemble des structures. Il est constitué principalement d'établissements non spécialisés (95,1 %) et possède sensiblement plus de structures privées lucratives (18,3 %) et moins de structures privées non lucratives (29,6 %). Les structures sont essentiellement de taille moyenne (8,1 places) avec quasiment aucune structure de moins de 6 places (0,7 %). Les patients atteints d'Alzheimer sont moins nombreux dans une majorité d'entre elles (80,0 % des patients reçus) mais près de la moitié (47,2 %) a accueilli des malades Alzheimer jeunes. De plus, davantage de patients en GIR 1-2 sont accueillis (34,0 % des patients). Le taux d'encadrement du personnel de soins et d'accompagnement est dans la moyenne inférieure avec un nombre plus élevé de structures ayant moins de 2,5 ETP pour 10 places (38,7 %). Peu de ces structures disposent d'une liste d'attente (17,6 %). L'accueil en demi-journée est fréquent (64,8 %). Les structures sont relativement moins nombreuses à offrir des activités aux aidants (19,0 %).

Profil 4 : Ce profil regroupe 63 structures, soit 10,7 % de l'ensemble des structures. Il est constitué majoritairement de structures implantées en zone rurale (54,0 %) et d'établissements non spécialisés (92,1 %). Il s'agit principalement de petites structures n'atteignant pas le seuil de 6 places (63,5 %) avec une moyenne de 4,6 places installées. Le taux d'encadrement du personnel de soins et d'accompagnement y est plus élevé avec en moyenne 4,7 ETP pour 10 places. Les partenariats sont moins fréquents (68,3 %) et ils sont sensiblement moins nombreux à disposer d'un projet de service (68,3 %). Peu de ces structures ont accueilli des malades Alzheimer jeunes (12,7 %) et ces AJ disposent peu d'activités spécifiques à destination des aidants (12,7 %). Ces structures accueillent une proportion plus importante de patients en GIR 1-2 avec une moyenne de 32,7 % des patients reçus.

3.7.3. Typologie des accueils de jour en établissements non spécialisés

La typologie a été réalisée sur 430 accueils de jour installés en établissements non spécialisés et a permis d'identifier quatre profils :

Profil 1 : Ce profil regroupe 165 structures, soit 38,4 % de l'ensemble des structures. Il est constitué principalement d'établissements publics (85,5 %), implantés dans des unités urbaines de moins de 50 000 habitants (72,7 %). Ces structures accueillent davantage de malades Alzheimer, ces derniers représentant en moyenne 94,5 % des personnes reçues, mais sont peu nombreux à recevoir des malades Alzheimer jeunes (5,5 %). Les locaux de l'accueil de jour sont majoritairement dédiés à cette activité (95,1 %) et relativement plus fréquemment en dehors d'un EHPAD ou d'un hôpital (23,0 %). Ils sont moins nombreux à posséder une liste d'attente (13,9 %). La quasi-totalité dispose d'au moins un partenariat (97,0 %). Une organisation des transports avec prise en charge financière est fréquente dans ce profil (93,3 %).

Profil 2 : Ce profil regroupe 109 structures, soit 25,3 % de l'ensemble des structures. Ces structures sont majoritairement implantées dans les unités urbaines de 50 000 à 200 000 habitants. Plus de la moitié de ces unités d'accueil de jour (56,9 %) disposent de plus de 10 places installées, avec en moyenne 9,6 places d'accueil de jour. Elles accueillent une proportion relativement plus faible de personnes atteintes d'Alzheimer, représentant en moyenne 87,3 % des patients reçus dans ce profil, mais une majorité prend en charge des malades Alzheimer jeunes (71,6 %). Davantage de ces structures disposent d'un projet de service spécifique (84,4 %) et offrent des activités aux aidants (40,4 %). La quasi-totalité dispose d'au moins un partenariat (96,3 %) et les locaux sont principalement dédiés à l'activité d'accueil de jour (97,2 %). Une liste d'attente est plus fréquemment présente dans ce profil (46,8 %).

Profil 3 : Ce profil regroupe 107 structures, soit 24,9 % de l'ensemble des structures. Il est constitué principalement de structures implantées dans les grandes unités urbaines, notamment dans celles d'au moins 200 000 habitants (47,7 %). La proportion de structures privées lucratives y est plus importante (27,1 %), à l'inverse des structures publiques (23,4 %). Les structures sont essentiellement de taille moyenne (8,6 places) et aucune structure ne dispose de moins de 6 places. Le taux d'encadrement du personnel de soins et d'accompagnement est relativement plus faible, avec en moyenne 2,6 ETP pour 10 places ouvertes et un nombre plus élevé de structures ayant moins de 2,5 ETP pour 10 places (59,8 %). Les personnes en GIR 1-2 sont moins fréquemment présentes que dans les autres profils (22,9 % des patients reçus) et les malades Alzheimer jeunes ont été accueillis dans peu de structures (1,9 %). Les locaux des accueils de jour sont quasi-exclusivement dédiés dans un EHPAD ou un hôpital (95,3 %). Une organisation des transports est moins fréquemment existante avec 22,4 % n'en disposant pas et peu possèdent une liste d'attente (15,9 %). Un projet de service a été plus fréquemment mis en place dans ce profil (86,0 %).

Profil 4 : Ce profil regroupe 49 structures, soit 11,4 % de l'ensemble des structures. Il est constitué majoritairement de structures de moins de 6 places installées d'accueil de jour (67,3 %), avec une moyenne de 4,0 places, et implantées dans des zones rurales (57,1 %). La proportion de structures privées non lucratives apparaît plus importante (53,1 %). Les locaux de l'accueil de jour sont fréquemment non dédiés à l'activité (61,2 %). Le taux d'encadrement du personnel de soins et d'accompagnement y est plus élevé avec en moyenne 4,6 ETP pour 10 places. Ces structures sont moins nombreuses à disposer d'au moins un partenariat pour leur activité d'accueil de jour (65,3 %) et

la mise en place d'un projet de service est moins fréquente (61,2 %). Elles accueillent une proportion plus importante de patients en GIR 1-2 avec une moyenne de 34,5 % des patients reçus. Ces AJ disposent peu d'activités spécifiques à destination des aidants (12,2 %) et 20,2 % ne disposent pas d'une organisation des transports pour les personnes accueillies.

4. LES UNITÉS D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE (HT) POUR PERSONNES ÂGÉES

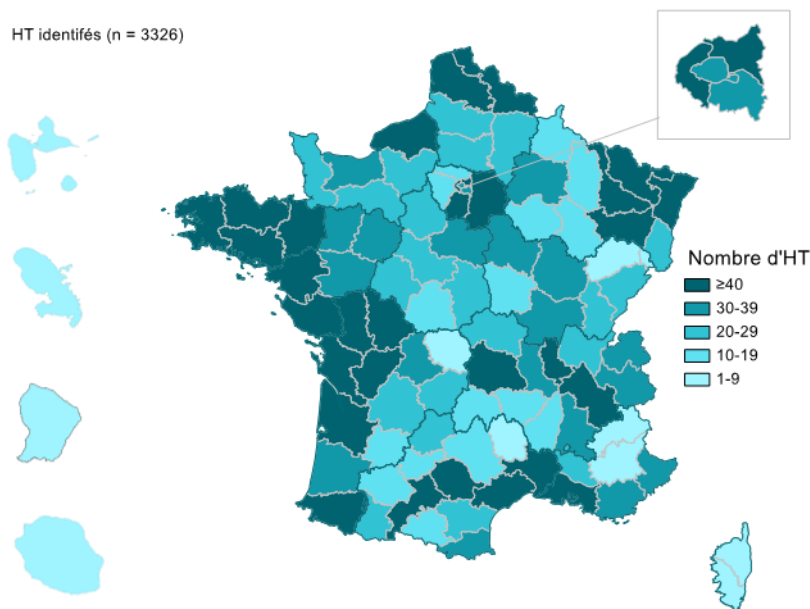
En 2018, 3 326 structures ont été identifiées dans l'enquête comme possédant des places d'hébergement temporaire. Parmi ces structures, 1 610 ont répondu à tout ou une partie du questionnaire (48,4 %). Les structures ayant répondu à moins des deux tiers des questions de l'enquête n'ont pas été retenues pour l'analyse. Au total, l'analyse porte donc sur 1 243 structures disposant d'une activité d'hébergement temporaire, soit 37,4 % de l'ensemble des structures identifiées.

4.1. Couverture territoriale des unités d'hébergement temporaire

Le nombre d'hébergements temporaires identifiés varie entre 1 et 109 selon les départements (carte 4). Le nombre d'unités apparaît plus faible (inférieur à 10) au sein des départements d'Outre-Mer, en Corse, en Haute-Saône, dans la Creuse, en Lozère, dans les Alpes-de-Haute-Provence et dans les Hautes-Alpes. À l'inverse, le nombre de structures apparaît plus important sur la côte Atlantique, la Bretagne, la côte méditerranéenne, la région parisienne, le nord et le nord-est.

Concernant les structures analysées uniquement, la Lozère et la Guyane ne disposent d'aucune structure analysée. Les départements d'Île-de-France présentent un taux de structures analysées relativement faibles (16,9 %). À l'inverse, le taux d'analyse en Bretagne atteint 59,6 %.

Carte 4 - Nombre d'unités d'hébergement temporaire identifiées par département : HT, 2018



Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

La répartition des hébergements temporaires selon la taille de l'unité urbaine d'implantation (tableau 15) montre une présence plus importante des structures à la fois dans les zones rurales (25,1 %) et dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants (25,7 %). Le taux de structures

analysées est toutefois plus faible dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants qui représentent 19,5 % des structures analysées.

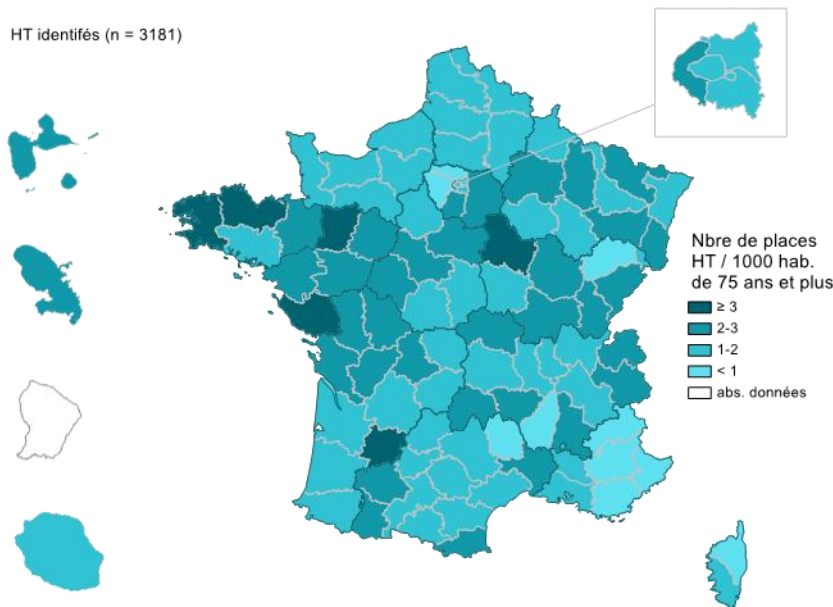
Tableau 15 - Répartition par taille d'unité urbaine du lieu d'implantation : HT, 2018

	Nombre de structures identifiées		Nombre de structures analysées	
	n	%	n	%
Rural	834	25,1 %	326	26,2 %
2000 à 9999 habitants	736	22,1 %	318	25,6 %
10 000 à 49 999 habitants	464	14,0 %	184	14,8 %
50 000 à 199 999 habitants	436	13,1 %	173	13,9 %
200 000 et plus habitants	856	25,7 %	242	19,5 %
Total	3 326	100,0 %	1 243	100,0 %

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS ; Insee – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Concernant l'offre de soins, le nombre de places d'hébergement temporaire a été évalué pour 1000 habitants de 75 ans et plus (carte 5). En moyenne, 1,9 place est disponible pour 1000 habitants de 75 ans et plus. La majorité des départements ont un nombre de places compris 1 et 2 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Une offre plus importante s'observe toutefois dans l'ouest de la métropole, le Lot-et-Garonne et l'Yonne. A contrario, l'offre apparaît plus faible en Provence-Alpes-Côte d'Azur principalement.

Carte 5 - Nombre de places d'hébergement temporaire installées pour 1000 habitants de 75 ans et plus



Non-réponses : 145 structures (4,4 % des structures identifiées)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS ; RP 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

4.2. Profil des unités d'hébergement temporaire

4.2.1. Statut des structures d'accueil

Les unités d'hébergement temporaire sont implantées au sein de maisons de retraite, et pour la quasi-totalité au sein d'EHPAD (99,1 %).

Plus de la moitié de ces structures sont de statut public (51,2 %), 34,7 % de statut privé non lucratif et 14,2 % de statut privé lucratif (tableau 16).

Tableau 16 - Répartition des structures analysées selon leur statut juridique : HT, 2018

	n	%
Public	636	51,2 %
Privé non lucratif	431	34,7 %
Privé lucratif	176	14,2 %
Total	1 243	100,0 %

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

En moyenne, les établissements disposant d'une unité d'hébergement temporaire possèdent 92 places installées, avec une valeur médiane de 83 places.

4.2.2. Année d'ouverture des HT

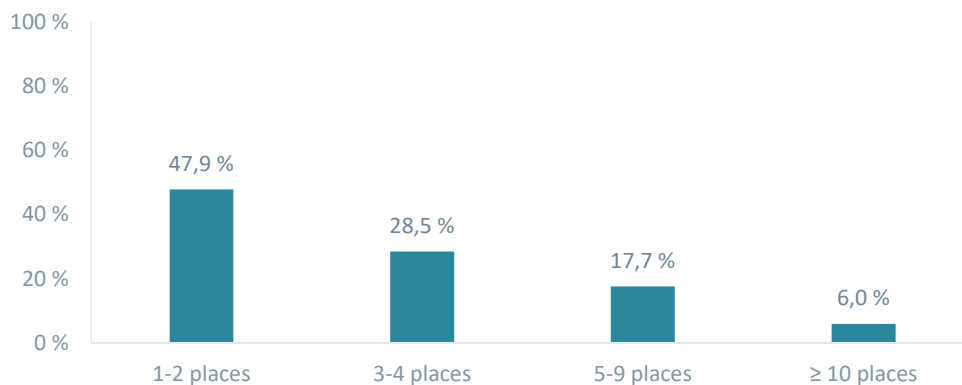
Parmi les unités d'hébergement temporaire analysées, 47,5 % ont été ouvertes avant 2010 et 39,5 % entre 2010 et 2015. 13,0 % ont ouvert récemment, entre 2016 et 2018. Notons que 41 structures (4,0 %) ont débuté leur activité au cours de l'année 2018. Cependant, 18,3 % des établissements n'ont pas indiqué la date d'ouverture de leur unité d'hébergement temporaire.

4.2.3. Capacité d'accueil des unités d'HT

En 2018, la capacité d'accueil installée des unités d'hébergement temporaire est en moyenne de 3,6 places ($\pm 3,3$). Cette moyenne est similaire à celle observée en 2013 (3,6 places ; $\pm 3,6$). Il était également demandé aux structures leur nombre de places réellement ouvertes en 2018, ce qui a permis de prendre en compte des changements ponctuels. La différence est toutefois négligeable par rapport à la capacité installée, puisque les résultats apparaissent similaires à ceux précédemment cités.

La majorité des unités d'HT disposent uniquement de 1 ou 2 places installées (47,9 %). À l'inverse, 23,6 % ont au moins 5 places d'hébergement temporaire (figure 9).

Figure 9 - Capacité installée par classe : HT, 2018



Non-réponses : 3 structures (0,2 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

Les structures publiques disposent de moins de places d'hébergement temporaire avec une moyenne de 3,1 places, contre 4,0 places pour les structures privées non lucratives et 4,5 places structures privées lucratives.

De plus, le nombre de places installées par structure est croissant avec la taille d'unité urbaine. Ainsi, les unités d'HT en zone rurale disposent en moyenne de 3,0 places contre 4,5 places pour les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants.

4.2.4. Projet d'établissement spécifique

Une structure sur cinq (20,2 %) est dotée d'un projet d'établissement spécifique à l'activité d'hébergement temporaire, proportion similaire à celle de 2013 (19,0 %).

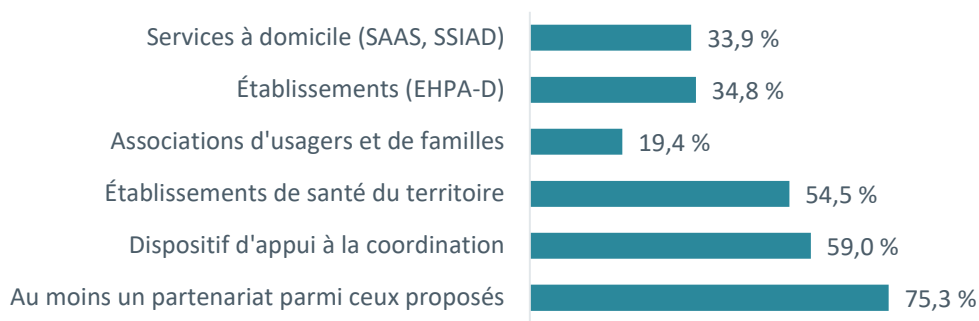
Les projets spécifiques sont plus fréquents au sein des structures privées lucratives (31,2 %), a contrario des structures publiques (14,8 %). De plus, les établissements disposant de 1 ou 2 places mettent moins souvent en place un projet spécifique : 15,4 % contre 24,7 % des unités d'au moins 3 places.

4.2.5. Partenariats

Les trois quarts (75,3 %) des établissements signalent au moins un partenariat avec d'autres structures ou établissements pour le fonctionnement des unités d'hébergement temporaire, parmi la liste proposée. 15,2 % ont indiqué un seul type de partenariat et 20,7 % ont à l'inverse signalé quatre ou cinq types de partenariat.

Près de six sur dix (59,0 %) indiquent avoir des liens avec des dispositifs d'appui à la coordination et 54,5 % ont des partenariats avec des établissements de santé du territoire (figure 10). Les partenariats avec les services à domicile (33,9 %) et les établissements (EHPA-D) (34,8 %) concernent plus d'un tiers des structures. Enfin, les liens avec les associations d'usagers et de familles sont moins fréquents (19,4 %).

Figure 10 - Les partenariats avec l'unité d'hébergement temporaire : HT, 2018



Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Les structures privées lucratives ont déclaré plus de partenariat que les autres structures (82,4 %), en particulier avec les associations d'usagers et de familles (31,8 %). Les partenariats sont également moins fréquents dans les structures de deux places HT ou moins avec 71,4 % ayant au moins un partenariat contre 79,1 % pour les unités d'HT avec plus de 2 places. De plus, les zones rurales disposent de moins de partenariat avec des établissements de santé de leur territoire (46,9 %).

4.3. Activité des unités d'hébergement temporaire

4.3.1. Nombre de jours d'ouverture

En moyenne, les établissements disposant d'unité d'hébergement temporaire ont une autorisation pour 359 journées d'ouverture dans l'année (± 27). Cette moyenne a augmenté par rapport à 2013 qui comptait 350 jours d'ouverture (± 48). La quasi-totalité des structures (92,6 %) sont autorisées à ouvrir tous les jours l'année.

Deux tiers des structures (66,9 %) ont indiqué le nombre de jours d'ouverture par an autorisés pour les malades Alzheimer ou apparentés. Ce nombre est ainsi de 271 jours en moyenne (± 155), ce qui représente les trois quarts (75,5 %) des jours d'ouverture globaux autorisés. 70,4 % de ces structures peuvent ouvrir pour ces malades tous les jours de l'année.

Moins de la moitié (46,8 %) des unités d'hébergement temporaire ont une durée de séjour minimale et, dans ce cas, cette durée est en moyenne de 13,9 jours ($\pm 17,8$). Une durée de séjour minimale est rarement mise en place dans les structures privées lucratives (29,6 %).

De plus, les trois quarts (75,2 %) des structures ont une durée de séjour plafonnée. Dans ce cas, le plafond est en moyenne de 101 jours (± 40).

4.3.1. Bénéficiaires et fréquentation

En 2018, les structures ont accueilli en moyenne 21,0 personnes différentes ($\pm 29,9$) lors de 26,9 ($\pm 36,6$) séjours. La moitié des structures ont reçu plus de 14 personnes. Au total, 828 journées (± 1014) journées d'hébergement temporaire ont été réalisées en moyenne par structure. En comparaison à

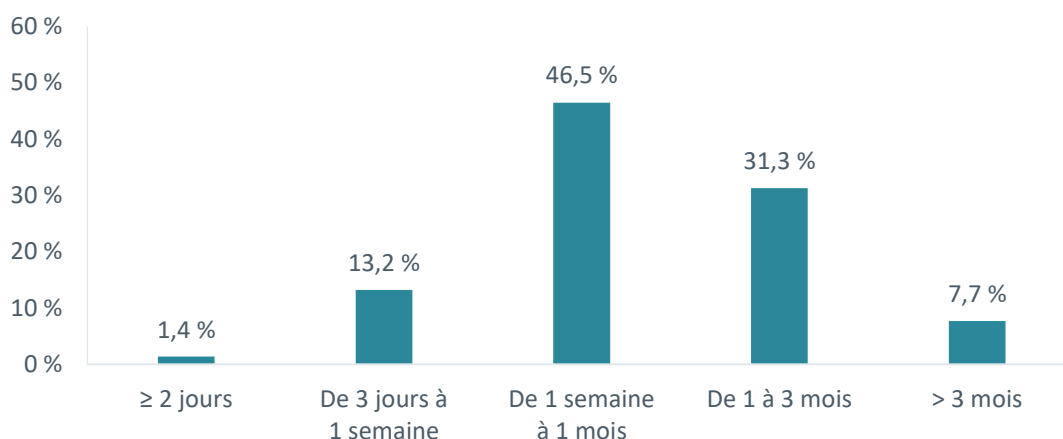
2013, la fréquentation n'a pas évolué, avec en moyenne 19,8 personnes reçues ($\pm 40,0$) pour 24,3 séjours ($\pm 56,4$) et 893 journées réalisées (± 2406).

En divisant le nombre de séjours par le nombre de bénéficiaires, on obtient une estimation du nombre moyen de séjours par personne : chaque bénéficiaire a réalisé ainsi 1,3 séjour en moyenne dans l'année (1,2 en 2013). De plus, chaque place ouverte en hébergement temporaire a été utilisée en moyenne par 5,9 personnes différentes en 2018.

La durée moyenne de séjour a été indiquée par 84,0 % des structures. Ainsi, la durée moyenne de séjours par structure parmi les bénéficiaires sortis en 2018 était de 40,9 jours. La majorité des séjours ont duré entre une semaine et un mois (46,5 %). La durée moyenne de séjour est plus courte dans les structures publiques (34,5 jours) par rapport aux structures privées non lucratives (50,4 jours).

La part des séjours longs de plus d'un mois est de 38,9 % des séjours et celle des séjours courts, entre 3 jours et 1 semaine, atteint 13,2 % de l'ensemble. Les séjours très courts (un ou deux jours) sont très limités avec 1,4 % des séjours concernés (figure 11).

Figure 11 - Répartition des séjours dans l'année selon la durée des séjours : HT, 2018



Non-réponses : 100 structures (8,0 %)

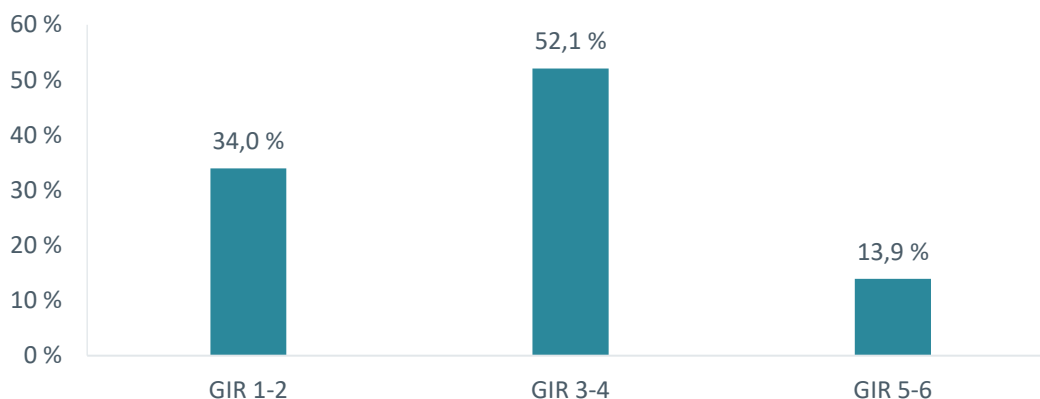
Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

Les deux tiers (65,0 %) des personnes reçues sont des femmes et 89,2 % ont plus de 75 ans. Ils sont 57,1 % à être âgés de plus de 85 ans.

La moitié des personnes reçues (50,4 %) a été déclarée atteinte d'une maladie neurodégénérative, avec 45,3 % des personnes pour la maladie d'Alzheimer ou apparentée, 4,8 % pour la maladie de Parkinson et 0,3 % pour la sclérose en plaques. Ces proportions sont plus faibles si l'on considère le nombre de journées réalisées : les patients atteints de maladies neurodégénératives représentent 35,4 % de l'ensemble des personnes reçues. Toutefois, le nombre de structures répondantes est faible pour ces deux questions : 61,7 % pour le nombre de personnes et 53,3 % pour le nombre de journées.

Plus de la moitié des personnes reçues sont classées en GIR 3 ou 4 (52,1 %). Les plus dépendants (GIR 1-2) représentent un tiers des personnes (34,0 %) et les moins dépendants (GIR 5-6) représentent 13,9 % (figure 12). La proportion de GIR 5-6 a diminué par rapport à 2013 (20,2 %).

Figure 12 - Répartition des personnes reçues par GIR : HT, 2018



Non-réponses : 63 structures (5,1 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

Au sein des structures répondantes (taux de non-réponse : 13,9 %), près de la moitié des personnes (48,8 %) qui sont sorties de l'accueil de jour sont entrées directement dans un EHPAD.

4.3.2. Taux d'occupation moyen

Le taux d'occupation des places d'hébergement temporaire est obtenu en divisant le nombre de journées effectuées en HT par le produit du nombre de journées d'ouverture autorisées et du nombre de places ouvertes dans l'unité. Si toutes les places ouvertes étaient occupées tous les jours d'ouverture autorisées, ce ratio vaudrait 1. En 2018, pour 73 structures (6,6 %), 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 de sa situation. Ces structures ont été écartées de l'analyse de cet indicateur.

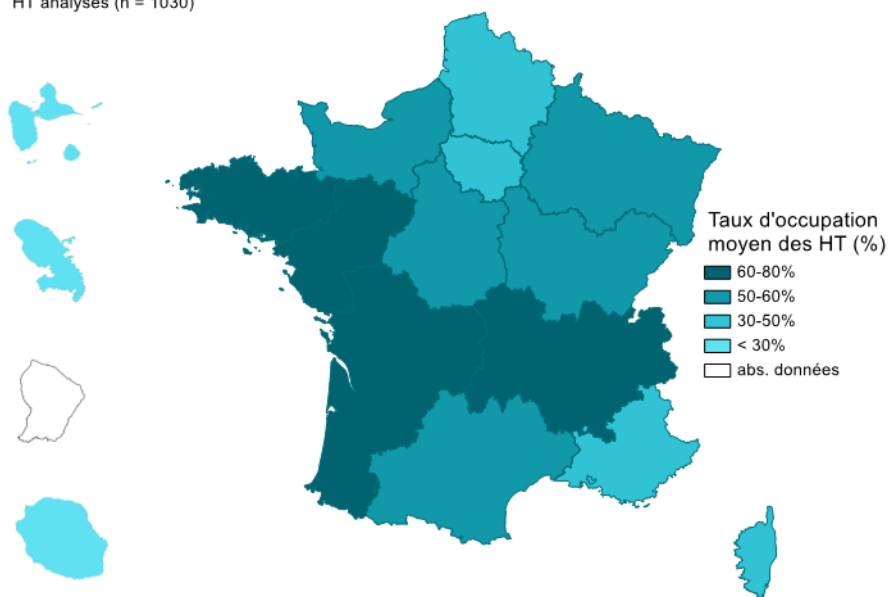
Le taux d'occupation moyen était de 59,5 % en 2018 ($\pm 27,0$). Ce ratio est en augmentation par rapport à 2013 (57 %, ± 29). Les structures créées en 2018 (36 répondantes) ont quant à elles indiqué un taux d'occupation de 47,9 %.

Par région (carte 6), le ratio d'occupation moyen apparaît meilleur (> 60 %) en Bretagne, Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes. Il est à l'inverse inférieur à 30 % dans les régions d'Outre-Mer (Guadeloupe, Martinique, Réunion).

Ce taux d'occupation apparaît plus faible pour les structures privées lucratives avec 53,2 % d'occupation contre 59,4 % pour les structures publiques et 62,1 % pour les structures privées non lucratives.

Carte 6 - Taux d'occupation moyen des unités d'hébergement temporaire : HT, 2018

HT analysés (n = 1030)



Non-réponses : 213 structures (17,1 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

4.3.3. Liste d'attente

Près d'un tiers (32,2 %) des structures ont indiqué avoir une liste d'attente pour leur activité d'hébergement temporaire. Lorsqu'une liste existe, 11,8 personnes sont en moyenne inscrites sur cette liste. L'existence d'une liste d'attente est plus faible qu'en 2013 (47,3 %).

Les structures privées lucratives disposent moins fréquemment d'une liste d'attente avec 17,8 % concernées, contre 38,9 % pour les structures non lucratives.

4.3.4. Entrée en hébergement temporaire

Dans la majorité des cas (85,8 %), les établissements d'hébergement temporaire organisent leur activité principalement autour de séjours programmés. A contrario, les séjours non programmés d'urgence représentent la pratique principale de 14,2 % des unités. Ce résultat ne diffère pas de celui observé en 2013 (83,3 %). Ces entrées en HT sont plus souvent organisées autour de séjours programmés dans les structures publiques (89,1 %) que dans les structures privées lucratives (78,3 %).

Près de 7 structures sur 10 indiquent que les demandes d'entrées en HT sont plus fréquentes à certaines périodes spécifiques de l'année (66,1 % en 2013). Les sollicitations sont plus fréquentes au sein des structures privées lucratives (81,0 % contre 67,1 % en structures privées non lucratives) et des établissements d'au moins 3 places (73,1 % contre 65,3 %). De plus, les structures en grandes unités urbaines (200 000 habitants ou plus) déclarent également être plus sollicitées (76,6 %) que celles en zones rurales (60,4 %).

La période estivale est la plus souvent sollicitée : le mois de juillet est une période très demandée dans 61,3 % de l'ensemble des structures et le mois d'août dans 61,7 % des structures. La période hivernale, de décembre à mars et hors vacances scolaires, vient ensuite dans un second temps pour 29,7 % des

structures. Parmi les vacances scolaires au cours de l'année, les sollicitations sont les plus fortes pendant les vacances de Noël (17,5 %), suivies par celles de Pâques (10,6 %), puis celles de la Toussaint (7,3 %) et celles de février (6,9 %). 7,5 % des structures précisent ensuite d'autres périodes.

Les séjours de répit ou relais des aidants non professionnels représentent le motif principal d'entrée en hébergement temporaire, celui-ci constituant le 1^{er} motif de recours pour 63,8 % des structures et le 1^{er} ou 2nd motif principal de 81,6 % des structures. La préparation à une entrée en hébergement permanent vient en second lieu avec 17,6 % des structures l'ayant cité en 1^{er} motif et 51,0 % en 1^{er} ou 2nd motif. On retrouve ensuite les sorties d'hospitalisation citées par 36,0 % des structures en 1^{er} ou 2nd motif, puis l'hospitalisation des aidants citée par 20,9 % des structures. Enfin, l'isolement (3,5 %), les problèmes de logement (inadaptation ou indisponibilité) (2,1 %) et le décès du conjoint (0,6 %) sont des motifs de recours beaucoup moins cités. Cette hiérarchisation est similaire à celle observée en 2013.

Tableau 17 - Motifs de recours les plus fréquents : HT, 2018

	1 ^{er} ou 2 nd motif	1 ^{er} motif	2 nd motifs
Répit/relais de l'aidant non professionnel (dont vacances)	81,6 %	63,8 %	17,7 %
Sortie d'hospitalisation (dont SSR)	36,0 %	14,8 %	21,3 %
Hospitalisation de l'aidant	20,9 %	2,6 %	18,2 %
Décès du conjoint	0,6 %	0,0 %	0,6 %
Inadaptation ou indisponibilité (travaux...) du logement	2,1 %	0,4 %	1,7 %
Isolement	3,5 %	0,7 %	2,7 %
Préparation à une entrée en hébergement permanent	51,0 %	17,6 %	33,4 %
Total		100,0 %	95,6 %

* Le total des seconds motifs n'est pas égal à 100% car tous les HT n'ont pas spécifié 2 motifs.

Non-réponses : 30 structures (2,4 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

4.3.5. Les sorties d'hébergement temporaire

Près d'une structure sur cinq (19,8 %) indique avoir mis en place un dispositif spécifique de préparation du retour à domicile des personnes accueillies en hébergement temporaire. Cette proportion n'est pas différente de celle observée en 2013 (17,8 %).

Un dispositif de retour à domicile est plus souvent mis en place dans les structures privées lucratives (30,1 %) par rapport aux structures publiques (15,9 %). De plus, ce dispositif est plus rarement installé dans les petites structures de 1 ou 2 places (14,2 % contre 24,9 %).

Le retour à domicile est la destination de sortie la plus fréquemment citée, avec 66,2 % des structures l'ayant cité en 1^{er} motif et 89,8 % en 1^{er} ou 2nd motif (tableau 18). Les sorties vers un hébergement permanent en établissement médico-social viennent ensuite en seconde destination, celles-ci représentant 27,9 % des 1^{ers} motifs et 75,9 % des 1^{ers} ou 2^{nds} motifs cités. À un niveau moindre, le domicile d'un proche est ensuite cité par 19,0 % des structures en tant que 1^{er} ou 2nd motif. Les sorties vers l'hôpital ou les unités de soins longue durée sont beaucoup plus rarement citées.

Tableau 18 - Destinations de sortie les plus fréquentes : HT, 2018

	1 ^{er} ou 2 nd motif	1 ^{er} motif	2 nd motif
Domicile de l'utilisateur	89,8 %	66,2 %	23,2 %
Domicile d'un proche	19,0 %	4,1 %	14,9 %
Hébergement permanent en établissement médico-social	75,9 %	27,9 %	47,9 %
Hôpital	1,6 %	0,2 %	1,4 %
SLD	0,4 %	0,1 %	0,3 %
Décès	3,6 %	1,5 %	2,1 %
Total		100,0 %	90,0 %

* Le total des seconds motifs n'est pas égal à 100% car tous les HT n'ont pas spécifié 2 motifs.

Non-réponses : 29 structures (2,3 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

4.4. Financements et coûts

4.4.1. Tarifs journaliers

En 2018, le tarif d'hébergement journalier moyen est de 64,4 € (\pm 15,7) et est compris entre 55,6 € et 69,8 € pour la moitié des structures, avec une valeur médiane de 61,5 €. Cette dernière est sensiblement plus élevée que celle observée en 2013 (56,5 €) (tableau 19).

Le tarif dépendance journalier des personnes est de :

- En GIR 1 ou 2 : 21,8 € en moyenne. Ce tarif est compris entre 19,2 € et 22,4 € dans la moitié des structures.
- En GIR 3 ou 4 : 14,3 € en moyenne. Ce tarif est compris entre 12,2 € et 14,3 € dans la moitié des structures.
- En GIR 5 ou 6 : 7,0 € en moyenne. Ce tarif est compris entre 5,2 € et 6,1 € dans la moitié des structures.

Tableau 19 - Tarif d'hébergement journalier moyen et tarif dépendance : HT, 2018

	Structures répondantes	Tarif moyen	Écart- type	Médiane	Quartile 25%	Quartile 75%
Tarif d'hébergement journalier	1151	64,4 €	15,7 €	61,5 €	55,6 €	69,8 €
Tarif dépendance : GIR 1 ou 2	1161	21,8 €	8,4 €	20,6 €	19,2 €	22,4 €
Tarif dépendance : GIR 3 ou 4	1170	14,3 €	8,4 €	13,1 €	12,2 €	14,3 €
Tarif dépendance : GIR 5 ou 6	1162	7,0 €	8,3 €	5,6 €	5,2 €	6,1 €

Note de lecture : En 2018, le tarif d'hébergement journalier est inférieur à 55,6 € pour un quart des établissements, inférieur à 61,5 € pour la moitié des établissements et supérieur à 69,8 € pour un quart des établissements.

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

4.4.2. Dotations financières

En 2018, seules 13,9 % des structures indiquent avoir reçu une dotation financière extra-légale du Conseil départemental dédiée aux places HT et 3,7 % indiquent avoir reçu une dotation extra-légale d'une autre provenance.

La fréquence des dotations financières du Conseil départemental atteint 17,3 % pour les structures publiques. Elles sont moins fréquentes dans les grandes unités urbaines : 8,1 % des structures implantées dans une unité urbaine de 200 000 habitants ou plus en ont bénéficié contre 16,2 % des unités urbaines comprises entre 2 000 et 10 000 habitants.

4.5. Communication autour de l'hébergement temporaire

Plus de la moitié des établissements (54,5 %) déclarent avoir une démarche de communication concernant l'hébergement temporaire sur leur territoire. Cette proportion est similaire à celle observée en 2013 (56,2 %). Les démarches de communication sont plus rares au sein des petites unités d'une ou deux places avec 49,9 % en réalisant contre 59,0 % des structures d'au moins 3 places.

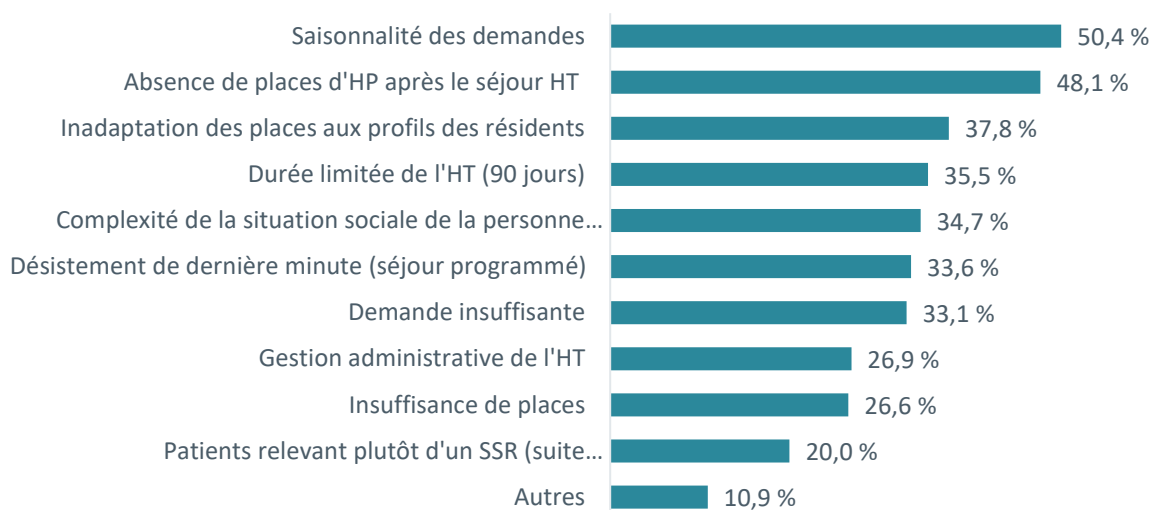
4.6. Difficultés rencontrées au sein de l'hébergement temporaire

La dernière partie de l'enquête interrogeait les unités d'hébergement temporaire sur les difficultés auxquelles elles sont confrontées dans leur fonctionnement. Pour cela, une liste de difficultés a été proposée à laquelle pouvaient s'ajouter des réponses ouvertes (figure 13).

La moitié (50,4 %) des structures ont déclaré rencontrer des difficultés en raison de la saisonnalité des demandes d'entrée en HT, en lien avec la saisonnalité fréquente mise en évidence précédemment (cf. 4.3.5). De même, près de la moitié (48,1 %) des structures indiquent des difficultés pour les sorties d'hébergement temporaire en raison de l'absence de places d'hébergement permanent disponibles. On retrouve ensuite des difficultés liées aux profils des personnes accueillies, en raison de l'inadaptation des places (37,8 %) ou de la complexité de la situation sociale des personnes (34,7 %). La durée limitée de l'hébergement temporaire à 90 jours pose également un problème pour une partie des structures (35,5 %), ainsi que les difficultés de remplissage et d'organisation liées aux désistements (33,6 %) et à une demande insuffisante (33,1 %). Moins fréquemment, la gestion administrative peut également poser des difficultés (26,9 %), ainsi que l'insuffisance de places de l'unité (26,6 %). Enfin, les entrées en sortie d'hospitalisation constituent une difficulté lorsque le patient relève davantage d'un établissement de soins de suite et de réadaptation (20,0 %).

10,9 % des structures ont, de plus, mis en évidence d'autres problématiques, notamment le coût élevé de l'HT pour les familles ou des difficultés pour répondre à des urgences.

Figure 13 - Principales difficultés rencontrées dans le fonctionnement de l'activité : HT, 2018



Non-réponses : 40 structures (3,2 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

4.7. Typologie des hébergements temporaires : analyse des profils

4.7.1. Méthode et limites

Similairement aux accueils de jour (cf. 3.7), une typologie a été réalisée sur les hébergements temporaires afin de mettre en évidence quelques profils types présentant un ensemble de caractéristiques communes.

Pour réaliser cette typologie, un ensemble d'indicateurs ont été sélectionnés et sont présentés ci-dessous. Les variables quantitatives ont été discrétisées pour répondre aux contraintes de la méthode choisie (cf. 2.3).

Liste des variables utilisées

- Taille d'unité urbaine
- Statut juridique
- Nombre de places installées
- Projet de service
- Partenariat
- Existence d'une durée de séjour minimale et plafonnée
- Durée de séjour de moins d'une semaine
- Taux d'occupation
- Patients en GIR 1-2
- Proportion de malades Alzheimer
- Liste d'attente
- Accueil programmé ou d'urgence
- Motif principal d'entrée en HT

Pour cette analyse, aucune donnée manquante n'était acceptée. C'est pourquoi l'analyse ne porte que sur les hébergements temporaires ayant répondu à l'ensemble des questions sélectionnées. Cette contrainte constitue une limite importante de cette typologie. En effet, seuls 598 HT ont pu être traités, ce qui représente 48,1 % des HT analysés et 18,0 % de l'ensemble des HT identifiés.

De plus, l'analyse a mis en évidence une diversité relativement importante des hébergements temporaires. L'objectif de cette méthode étant de synthétiser au mieux les corrélations existantes et d'identifier des profils, une hétérogénéité de situations persistera tout de même au sein des profils identifiés.

4.7.2. Typologie des hébergements temporaires

La typologie a été réalisée sur 598 hébergements temporaires et a permis d'identifier quatre profils :

Profil 1 : Ce profil regroupe 194 structures, soit 36,7 % de l'ensemble des structures traitées. Il s'agit essentiellement de structures accueillant des patients principalement pour une préparation à l'entrée en hébergement permanent (94,8 %) ou pour un répit des aidants (98,5 %). Pour la quasi-totalité de ces structures, l'accueil est majoritairement programmé (96,9 %). Près des trois quarts (72,7 %) ont accueilli au moins une personne pour une durée de 7 jours ou moins et une majorité ont une durée maximale plafonnée (86,1 %). Ces HT sont sensiblement plus nombreux à disposer d'au moins un partenaire.

Profil 2 : Ce profil regroupe 114 structures, soit 19,1 % de l'ensemble des structures traitées. Il possède davantage de structures privées non lucratives (48,3 %) que dans l'ensemble des HT. Pour une majorité de ces structures, les entrées sont principalement suite à une hospitalisation de la personne accueillie (91,2 %) et sont majoritairement des séjours d'urgence non programmés (41,2 % des structures). Le taux d'occupation est relativement plus élevé (67,4 %). La proportion de malades Alzheimer reçus est plus faible (29,9 % des patients), de même que la proportion de personnes en GIR 1-2 (29,5 %). Une majorité de ces structures n'ont pas accueilli de personnes pour des durées de séjour de moins d'une semaine (63,2 %). La durée de séjour est par ailleurs en moyenne plus élevée (51,2 jours), malgré une durée maximale de séjour plafonnée pour une majorité de ces HT (86,8 %). Le nombre de structures disposant d'au moins un partenariat dans le cadre de leur hébergement temporaire est relativement plus faible (68,4 %). Une proportion plus importante dispose d'une liste d'attente pour leur hébergement temporaire (43,0 %).

Profil 3 : Ce profil regroupe 125 structures, soit 20,9 % de l'ensemble des structures traitées. Il est constitué principalement de structures implantées dans les grandes unités urbaines, avec 44,0 % dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants, et de davantage de structures privées lucratives (16,8 %) et non lucratives (52,0 %). Le nombre de places installées est moins fréquemment de 5 places ou plus (12,0 %). Le taux d'occupation est relativement plus faible dans ce profil (41,4 %). Une majorité des structures n'a pas accueilli des personnes pour des séjours de moins d'une semaine (84,0 %), la durée de séjour étant en moyenne plus élevée (48,3 jours) et avec une durée maximale de séjour moins fréquemment plafonnée (61,6 %). Davantage de structures accueillent fréquemment des personnes en raison de l'hospitalisation de l'aidant (42,4 %) et la proportion de malades Alzheimer reçus est plus importante (56,8 % des patients). Ces structures disposent moins fréquemment d'un projet de service spécifique (11,2 %) et de partenariats (67,2 %).

Profil 4 : Ce profil regroupe 165 structures, soit 27,6 % de l'ensemble des structures traitées. Il est constitué majoritairement de structures implantées dans des zones rurales ou dans des unités urbaines de moins de 50 000 habitants (78,2 %) et de structures publiques (70,3 %). Le nombre de places installées est plus fréquemment supérieur ou égal à 5 places (32,1 %). L'accueil dans ces structures est très rarement en raison d'une préparation à l'entrée en hébergement permanent (0,6 %) et il s'agit

principalement de séjours programmés pour la quasi-totalité de ces structures (96,4 %). Un grand nombre de séjours sont de courte durée, avec en moyenne 15,9 % des séjours d'une durée maximale d'une semaine et une durée de séjour moyen plus faible (30,9 jours). Peu de structures ont reçu moins de 20 % de personnes en GIR 1-2 (8,5 %). Les partenariats sont plus fréquents (83,6 %).

5. LES PÔLES D'ACTIVITÉS ET DE SOINS ADAPTÉS (PASA)

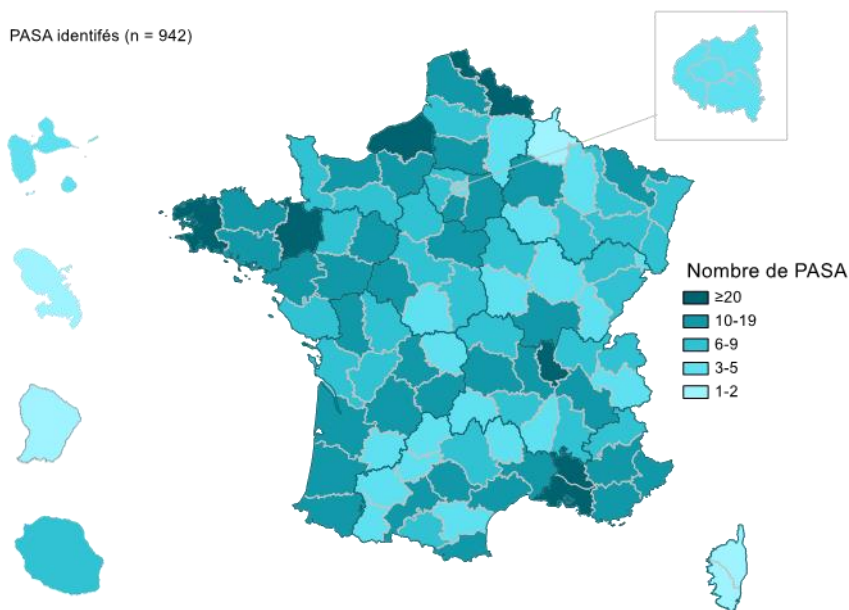
En 2018, 942 structures ont été identifiées dans l'enquête comme possédant des places d'hébergement temporaire. Parmi ces structures, 930 ont répondu à tout ou une partie du questionnaire (98,7 %). Les structures ayant répondu à moins des deux tiers des questions de l'enquête n'ont pas été retenues pour l'analyse. Au total, l'analyse porte donc sur 797 structures disposant d'une activité d'hébergement temporaire, soit 84,6 % de l'ensemble des structures identifiées.

5.1. Couverture territoriale des PASA

Le nombre de PASA identifiés varie entre 1 et 34 selon les départements (carte 7). Le nombre d'unités apparaît plus faible (inférieur à 3) au sein de la Corse, la Martinique, la Guyane et des Ardennes. À l'inverse, le nombre de structures apparaît plus important (supérieur à 19) au sein du Finistère, de l'Ille-et-Vilaine, de la Seine-Maritime, du Nord, du Rhône, des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse.

Concernant les structures analysées uniquement, la proportion de structures analysées par rapport au nombre de structures identifiées est relativement proche entre les départements et les régions.

Carte 7 - Nombre de PASA identifiés par département : PASA, 2018



Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

La répartition des PASA selon la taille de l'unité urbaine d'implantation (tableau 20) montre une présence sensiblement plus importante des structures dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants (25,1 %), les zones rurales concentrant quant à elles un cinquième des structures (20,7 %). Ces structures sont toutefois moins implantées dans les unités urbaines de 50 000 à 200 000 habitants (12,0 %). La répartition des structures analysées ne montre pas de différence par rapport aux structures identifiées.

Tableau 20 - Répartition par taille d'unité urbaine du lieu d'implantation : PASA, 2018

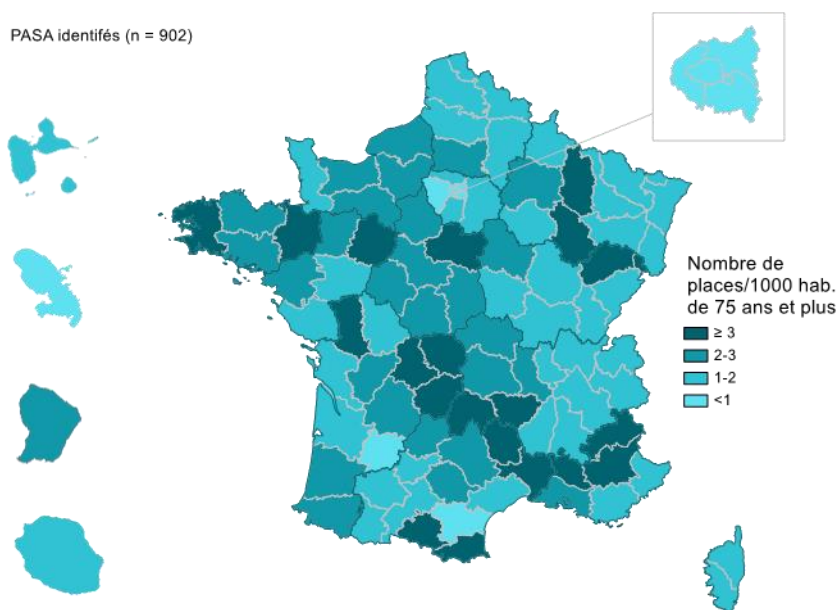
	Nombre de structures identifiées		Nombre de structures analysées	
	n	%	n	%
Rural	195	20,7 %	167	21,0 %
2000 à 9999 habitants	242	25,7 %	208	26,1 %
10 000 à 49 999 habitants	156	16,6 %	123	15,4 %
50 000 à 199 999 habitants	113	12,0 %	98	12,3 %
200 000 et plus habitants	236	25,1 %	201	25,2 %
Total	942	100,0 %	797	100,0 %

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Concernant l'offre de soins, le nombre de places en PASA a été évalué pour 1000 habitants de 75 ans et plus (carte 8). En moyenne, 2,0 places sont disponibles pour 1000 habitants de 75 ans et plus. La majorité des départements ont un nombre de place compris 1 et 3 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Une offre moins importante s'observe toutefois en région parisienne et dans les départements du Lot-et-Garonne, de l'Aude et de la Martinique.

Carte 8 - Nombre de places PASA installées pour 1000 habitants de 75 ans et plus : PASA, 2018

PASA identifiés (n = 902)



Non-réponses : 40 structures (4,2 % des structures identifiées)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS ; RP 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

5.2. Profil des pôles d'activités et de soins adaptés

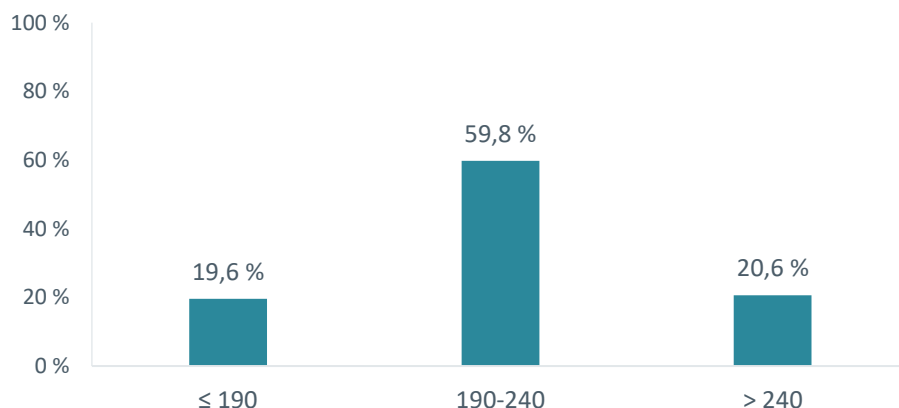
5.2.1. Structure porteuse

Les PASA analysés sont uniquement implantés dans des EHPAD. Plus de la moitié de ces EHPAD sont de statut public (57,2 %), un tiers (33,3 %) de statut privé non lucratif et 9,5 % de statut privé lucratif. Cette répartition est relativement proche de celle observée en 2013.

En moyenne, les structures porteuses disposent de 106 places (± 58) pour personnes âgées en 2018, proportion similaire à celle de 2013 (107 places, ± 57), avec une valeur médiane de 87 places. La moitié des structures a une capacité d'accueil comprise entre 73 et 116 places.

La quasi-totalité des structures a déclaré être sous tarification PATHOS⁴ (98,3 %) et les trois quarts des établissements sont sous convergence tarifaire (74,1 %) (28,5 % en 2013). Parmi ces établissements sous tarification PATHOS, le pathos moyen pondéré (PMP) décrivant les besoins en soins est en moyenne de 218,2 ($\pm 35,9$), avec une valeur médiane de 215. Près de 3 sur 5 (59,8 %) indiquent avoir un PMP entre 190 et 240 et un cinquième (20,6 %) un PMP supérieur à 240 (figure 14). Le GIR moyen pondéré (GMP), mesurant le niveau de perte d'autonomie, est quant à lui en moyenne de 739,1 ($\pm 57,2$), avec la moitié des structures ayant un GMP compris entre 706 et 773. Par rapport à 2013, le PMP et le GMP ont progressé, le PMP étant de 201,3 (± 75) en 2013 et le GMP de 712 (± 99).

Figure 14 - Valeur du PMP par classe : PASA, 2018



Non-réponses : 51 structures (6,4 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

Parmi ces structures porteuses, 57,0 % sont en tarif global, proportion supérieure à celle de 2013 (49,2 %). De plus, ils sont un tiers (33,9 %) à disposer d'une pharmacie à usage intérieur (30,7 % en 2013).

⁴ Tarification modulée par l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins des résidents. Le niveau de perte d'autonomie moyen est évalué par le « groupe iso-ressources moyen pondéré » (GMP) et les besoins en soins par le « pathos moyen pondéré » (PMP). À partir de ces deux indicateurs, un dernier indicateur synthétique est calculé, le « groupe iso-ressources moyen pondéré soins » ($GMP + [2,59 \times PMP]$) servant au calcul de l'allocation budgétaire.

5.2.2. Date d'ouverture

Plus d'un tiers (36,7 %) des PASA ont débuté leur activité avant 2013 et plus de la moitié (53,5 %) ont ouvert entre 2013 et 2016. Un EHPAD sur dix (9,8 %) a ouvert récemment, entre 2017 et 2018, et 38 structures (4,9 %) ont débuté au cours de l'année.

5.2.3. Places installées

Selon la réglementation, un PASA disposent de 12 à 14 places. Ainsi, 96,8 % des EHPAD analysés ont entre 12 et 14 places installées en PASA, avec une moyenne de 13,6 places. 1,5 % disposent de moins de 12 places et 1,7 % de plus de 14 places, certains EHPAD pouvant notamment avoir plusieurs unités PASA.

5.3. Activité des pôles d'activités et de soins adaptés

5.3.1. Liste d'attente

28,4 % des PASA disposent d'une liste d'attente pour leur unité. Lorsque cette liste existe, 13,1 personnes sont en moyenne inscrites sur cette liste.

5.3.2. Résidents pris en charge

En 2018, les PASA analysés ont accueilli en moyenne 32,2 personnes ($\pm 13,8$), la moitié des structures ayant accueilli entre 22 et 39 personnes (tableau 21).

Les structures publiques ont accueilli sensiblement plus de personnes que les structures privées : 33,8 personnes en moyenne par structure publique contre 30,1 personnes. De plus, les structures implantées en zone rurale ont en moyenne pris en charge un nombre plus faible de personnes par structure (29,0 personnes).

Tableau 21 - File active des résidents dans l'année : PASA, 2018

	Structures répondantes	Total	Moyenne	Écart-Type	Médiane	Quartile 25%	Quartile 75%
File active	789	25 395	32,2	13,8	30	22	39

* Moyenne de 32,3 sans les structures créées en 2018

Non-réponses : 8 structures (1,0 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

La grande majorité (92,9 %) de ces bénéficiaires sont résidents uniquement de l'EHPAD dans lequel est implanté le PASA.

Les résidents sont dans près de 8 cas sur 10 (78,3 %) des femmes et sont âgés en moyenne de 86,2 ans. La moyenne d'âge est plus élevée pour les femmes que pour les hommes : 86,8 ans en moyenne pour

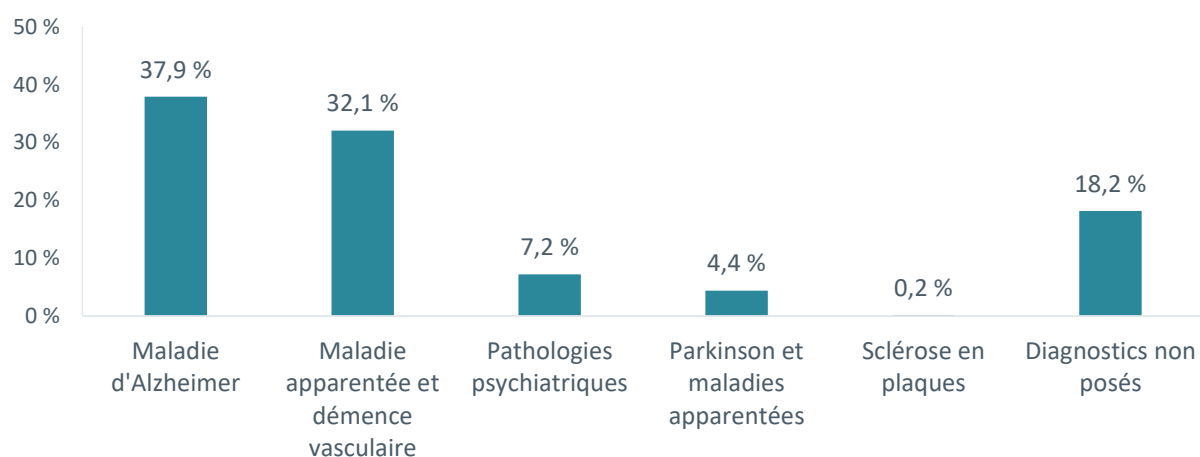
les femmes contre 84,0 ans pour les hommes. Les résidents sont plus âgés en moyenne qu'en 2013 (84,8 ans).

Plus d'un quart (27,1 %) des résidents sont sous protection juridique.

5.3.3. Diagnostics posés et traitements reçus

Les résidents reçus en PASA sont majoritairement atteints de la maladie d'Alzheimer (37,8 %) ou de maladies apparentées, et de démences vasculaires (32,1 %). La proportion de malades Alzheimer est toutefois en recul par rapport à 2013 qui comptait 47,7 % de malades Alzheimer. En effet, l'augmentation du nombre de PASA a favorisé l'accueil d'autres types de malades : 7,2 % des malades accueillis sont atteints d'une pathologie psychiatrique et 4,4 % de Parkinson ou d'une maladie apparentée. L'accueil de patients atteints de sclérose en plaques reste très rare en PASA, ces derniers représentant 0,2 % des bénéficiaires. Enfin, pour 18,2 % des bénéficiaires, le diagnostic n'est pas posé.

Figure 15 - Répartition des résidents par diagnostic principal : PASA, 2018



Non-réponses : 42 structures (5,3 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

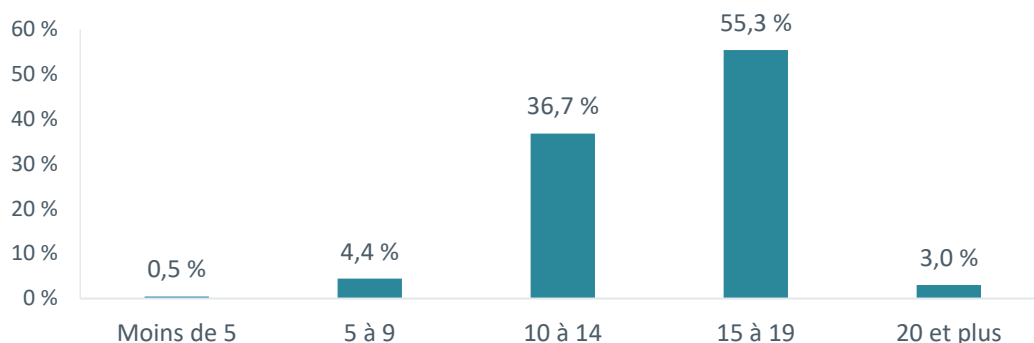
Parmi l'ensemble des résidents accueillis en PASA, les antidépresseurs et les anxiolytiques sont les plus fréquemment prescrits, avec respectivement 42,7 % et 41,2 % ayant eu au moins deux prescriptions de ces types de médicaments en 2018. Les neuroleptiques ont quant à eux été prescrits à un quart (25,2 %) des résidents, les hypotoniques à 16,5 % d'entre eux et les anti-démenciels à 8,4 %. Pour 20,1 % des patients, aucun traitement psychotrope sédatif n'a été prescrit au cours de l'année. Il est toutefois à noter que 18,6 % des structures (148) n'ont pas répondu à cette question.

5.3.4. Test Mini Mental State Examination (MMSE)

Le test Mini Mental State Examination (MMSE) est un outil de dépistage des personnes atteintes de démence. Le score MMSE est en moyenne de 14,8 (\pm 2,9) à l'admission en PASA, sensiblement plus élevé qu'en 2013 (14,3 ; \pm 3,3). La majorité des structures (55,3 %) ont obtenu un score moyen entre

15 et 19 (figure 16). Il faut toutefois noter que 17,7 % (141) des structures n'ont pas indiqué leur score MMSE moyen. La proportion des PASA ayant une moyenne MMSE faible (< 10) atteint 4,9 %.

Figure 16 - Répartition des PASA selon le score MMSE moyen à l'admission : PASA, 2018



Non-réponses : 141 structures (17,7 %)

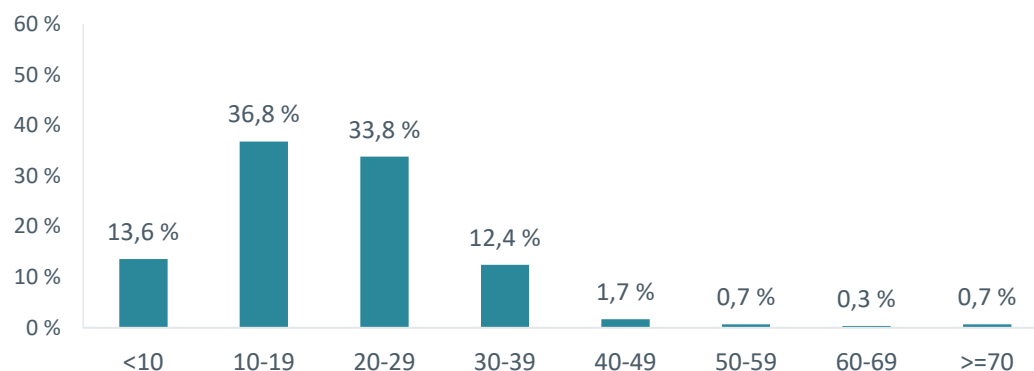
Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

5.3.5. Inventaire Neuropsychiatrique (NPI-ES)

L'inventaire Neuropsychiatrique pour équipe soignante (NPI-ES) permet d'évaluer les troubles psycho-comportementaux des patients reçus. Ainsi, parmi les 595 structures ayant répondu, la moyenne des scores moyens F*G (Fréquence * Gravité) au NPI-ES est de 20,5 (\pm 12,1) à l'admission. Ce score n'est pas différent de celui observé en 2013 (19,4 ; \pm 10,7).

Pour 7 PASA sur 10 (70,6 %), ce score moyen est compris entre 10 et 29. Il est supérieur à 29 dans 15,8 % des structures et inférieur à 10 dans 13,6 % des cas (figure 17).

Figure 17 - Répartition des PASA selon le score NPI-ES moyen (F*G) : PASA, 2018



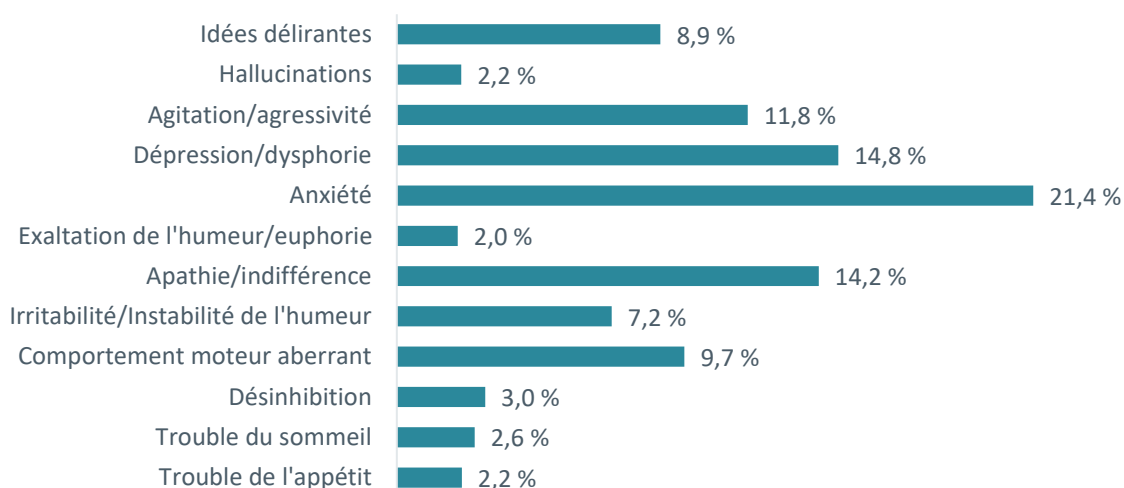
Non-réponses : 202 structures (25,3 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

La moyenne par PASA du score F*G pour l'item comportemental le plus important par bénéficiaire (score le plus élevé) a été indiquée par 524 structures (non-réponses : 34,3 %). En moyenne, le score le plus élevé était de 7,8 (\pm 2,1), proportion similaire à 2013 (7,9 ; \pm 2,0). Dans 7 cas sur 10 (69,5 %), cette valeur est comprise entre 6 et 9. Elle est inférieure à 6 pour 12,0 % PASA et supérieure à 9 pour 18,5 % PASA.

Enfin, 79,0 % des structures ont indiqué la nature du trouble principal des résidents parmi les troubles retenus dans le NPI-ES. Ainsi, l'anxiété est le trouble le plus identifié, 21,4 % des patients étant principalement atteints par ce trouble. La dépression (14,8 %) et l'apathie (14,2 %) viennent ensuite, suivies par les comportements moteurs aberrants (9,7 %), les idées délirantes (8,9 %) et l'instabilité de l'humeur (7,2 %). Les autres troubles apparaissent moins fréquents en tant que trouble principal (figure 18).

Figure 18 - Répartition des résidents selon la nature du trouble principal : PASA, 2018



Non-réponses : 167 structures (21,0 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

5.4. Fonctionnement des pôles d'activités et de soins adaptés

5.4.1. Locaux des PASA

En 2018, 80,7 % des PASA sont implantés dans un unique espace dédié au sein de l'EHPAD, proportion plus élevée qu'en 2013 (68,9 %). Cette organisation est toutefois moins fréquente au sein des structures privées non lucratives : 63,0 % d'entre elles disposent d'une unicité du lieu d'implantation du PASA, contre 78,2 % au sein des EHPAD privés non lucratifs et 85,0 % au sein des structures publiques.

Les PASA disposent en moyenne de 141 m² (± 83,6) de surface intérieure, avec 62,9 % d'entre eux disposant de moins de 150 m² de surface et 6,8 % possédant au moins 250 m². La moyenne reste proche de celle observée en 2013 (143 m²).

La surface extérieure reste limitée pour de nombreux PASA : dans 57,5 % des cas, ils disposent de moins de 150 m². Cette proportion est plus élevée qu'en 2013 où 49,4 % des structures avaient moins de 150 m². Ils sont 11,5 % à disposer à l'inverse d'au moins 500 m² de surface extérieure.

Enfin, les trois quarts (74,9 %) des PASA disposent de systèmes de sécurisation de leur unité.

5.4.2. Jours d'ouverture

En moyenne, par semaine, les PASA sont ouverts 5,1 jours ($\pm 0,7$). La majorité des PASA sont ouverts 5 jours dans la semaine (79,1 %). 11,7 % ouvrent plus de 5 jours par semaine et 7,5 % sont ouverts tous les jours de la semaine, proportion en recul par rapport à 2013 (13,3 %). Enfin, 9,2 % ouvrent moins de 5 jours par semaine.

Les PASA en structure privée non lucrative sont plus souvent ouverts que les structures publiques. En effet, 23,0 % des PASA en structure privée non lucrative ouvrent plus de 5 jours par semaine contre 7,5 % dans les PASA de structures publiques.

5.4.3. Environnement des PASA

La grande majorité des structures (89,1 %) met en place des réunions de coordination entre les équipes du PASA et celles de l'EHPAD porteur. De plus, le planning des activités de l'EHPAD tient compte des jours d'ouverture du PASA dans 85,3 des structures.

Ces réunions de coordination apparaissent plus faibles au sein des structures publiques avec 84,3 % en réalisant.

Pour 93,1 % des PASA, l'environnement architectural du PASA est en adéquation avec le projet de soins porté. Toutefois, cette fréquence est plus faible au sein des EHPAD ne disposant pas d'une unicité du lieu d'implantation du PASA : 84,0 % pour les PASA éclatés contre 95,0 % pour les PASA disposant d'un lieu unique dédié à son activité.

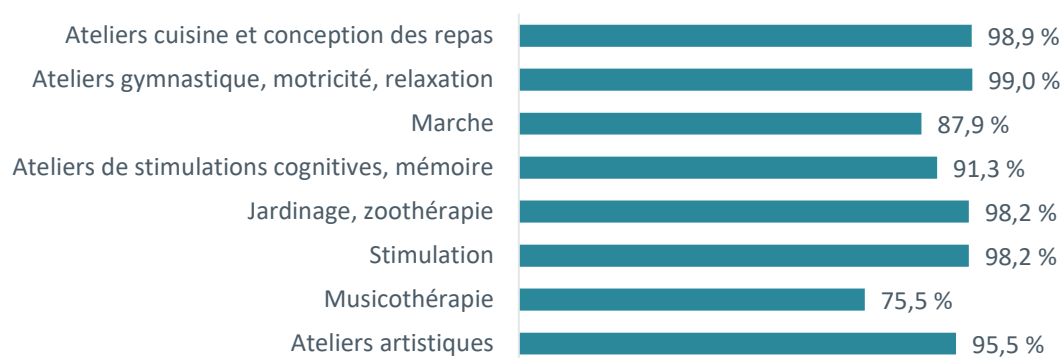
5.4.4. Activités en PASA

La quasi-totalité des PASA (95,6 %) disposent d'un projet individualisé pour identifier les besoins des bénéficiaires.

De même, près de la totalité (97,8 %) des PASA indiquent proposer des activités participant au maintien des liens sociaux et familiaux.

Les activités de cuisine ou autour de la gymnastique/relaxation, participant au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles, sont pratiquées par 99 % des PASA (figure 19). La marche reste également fréquemment proposée (87,9 %). Les ateliers de simulations cognitives (91,3 %) ou de jardinage/zoothérapie (98,2 %) permettent quant à eux le maintien des fonctions cognitives et sont dans les deux cas pratiqués par plus de 90 % des PASA. Dans le cadre de la mobilisation des fonctions sensorielles, la stimulation est également proposée par la quasi-totalité des PASA (98,2 %). La musicothérapie apparaît moins fréquente bien que proposée par les trois quarts des structures (75,5 %). Enfin, 95,5 % des PASA proposent des ateliers artistiques participant au maintien du lien social des résidents.

Figure 19 - Activités proposées dans le cadre de la prise en charge des résidents : PASA, 2018



Non-réponses : 5 structures (0,6 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

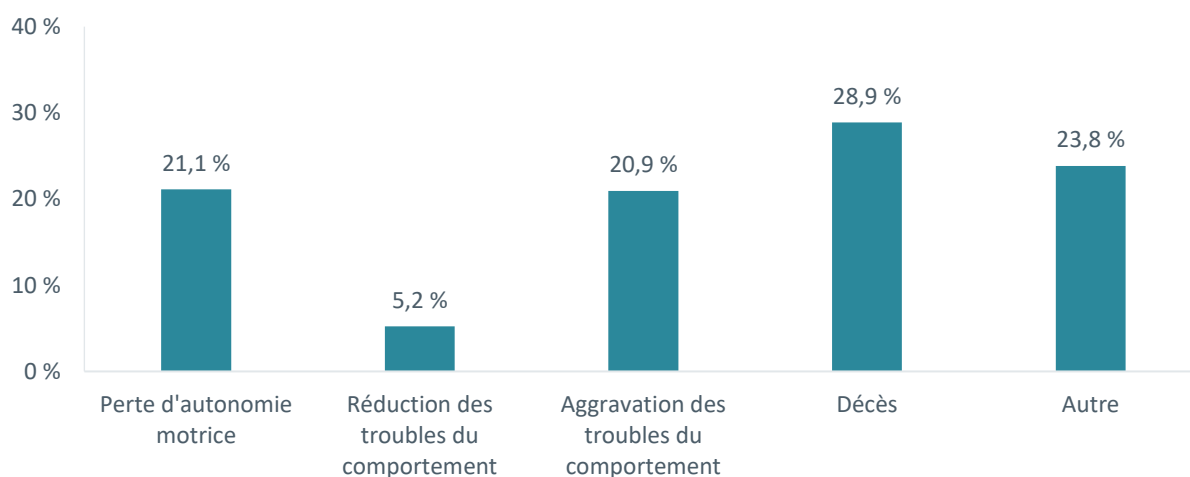
5.4.5. Sorties des PASA

En moyenne, en 2018, 12,2 (\pm 7,9) personnes sont sorties des PASA, soit une moyenne de 1,03 personne par mois en année pleine.

En 2018, le motif de sortie le plus fréquent est le décès du résident (28,9 %) (figure 20). L'aggravation des troubles du comportement (20,9 %) et la perte d'autonomie (21,1 %) sont des motifs motivant chacun autour d'un cinquième des sorties. L'amélioration des troubles du comportement n'est retrouvée comme motif de sortie que pour une sortie sur vingt (5,2 %). L'ensemble de ces proportions est proche de celle observée en 2013.

Pour près d'un quart des cas (23,8 %), une autre raison est évoquée. Lorsque c'est le cas, il s'agit notamment d'un refus du résident de participer aux activités PASA ou de son souhait de quitter l'unité.

Figure 20 - Répartition des résidents sortis par motifs de sorties : PASA, 2018



Non-réponses : 44 structures (5,5 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Pour les résidents ayant quitté le PASA, 87,6 % rejoignent une autre unité du même EHPAD et 8,1 % se rendent dans un autre EHPAD ou SLD. 4,0 % des personnes retournent à leur domicile.

5.4.6. Ressources en personnel

En moyenne, les PASA emploient 5,6 personnes ($\pm 3,0$) pour 2,5 ($\pm 1,2$) équivalents temps plein (ETP) en 2018, valeurs proches à celles de 2013 (6,0 personnes pour 2,6 ETP) (tableau 22).

En ETP, les assistants de soins en gérontologie (ASG) représentent la majorité du personnel employé puisqu'ils représentent 61,5 % des ETP. 11,9 % de l'ensemble des ETP sont ensuite des aides-soignants ou aides médico-psychologiques (AS/AMP) non formés ASG, qui ne sont présents que dans un quart (25,5 %) des PASA. Ainsi, le taux d'encadrement moyen est de 1,1 ETP d'ASG pour 10 places installées en PASA et 0,2 AS ou AMP pour 10 places.

Les médecins coordonnateurs sont présents dans 43,8 % des PASA, mais avec des temps de présence faibles puisqu'ils représentent 2,7 % des ETP.

Les psychologues interviennent dans près des trois quarts (73,5 %) des PASA et représentent 6,0 % de l'ensemble des ETP. On retrouve des ergothérapeutes dans plus de la moitié des unités (53,0 %) et représentant également 6,0 % des ETP. Les psychomotriciens sont moins fréquents, un tiers des PASA (32,0 %) en ayant un.

Enfin, 37,3 % des PASA ont indiqué disposer d'autres types de personnels non financés dans le cadre du PASA, ce qui représente 7,4 % des effectifs en ETP.

Le taux d'encadrement est sensiblement plus élevé pour les PASA en structure privée lucrative avec en moyenne 2,1 ETP pour 10 places installées. Ces structures sont par ailleurs plus nombreuses à être dotées d'un psychomotricien avec 44,8 % d'entre elles en ayant un contre 27,2 % dans les structures publiques.

Tableau 22 - Taux d'encadrement en personnel de soins et d'accompagnement selon le type de professionnels : PASA, 2018

	Part des PASA ayant indiqué au moins un intervenant	Répartition des ETP	Taux d'encadrement moyen pour 10 places
Ergothérapeute	53,0 %	6,0 %	0,11
Psychomotricien	32,0 %	4,4 %	0,08
ASG	94,0 %	61,5 %	1,12
AS/AMP (non formés ASG)	25,5 %	11,9 %	0,21
Médecin coordonnateur	43,8 %	2,7 %	0,05
Psychologue	73,5 %	6,0 %	0,11
Autre personnel non financé dans le cadre du PASA	37,3 %	7,4 %	0,14
Ensemble du personnel		100,0 %	1,81

Non-réponses : 25 structures pour les ETP (3,1 %) ; 39 pour les ETP par place (4,9 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

5.5. Financements des PASA

Près d'un tiers (32,5 %) des structures ont indiqué avoir déjà reçu une subvention pour le PASA au titre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA. Parmi ces structures, six sur dix (60,8 %) ont reçu cette subvention avant 2014, 21,7 % au titre de l'année 2014 ou 2015 et 17,5 % entre 2016 et 2018. De plus, 13,8 % des structures ont indiqué avoir reçu un autre financement de l'ARS, dont 44,6 % entre 2016 et 2018.

88,5 % des structures disposent d'une dotation supplémentaire à la dotation GMPS allouée au PASA. Cette dotation supplémentaire est d'environ 65 800 € en moyenne (\pm 13 500).

5.6. Typologie des PASA : analyse des profils

5.6.1. Méthode et limites

Similairement aux accueils de jour et aux hébergements temporaires, une typologie a été réalisée sur les PASA afin de mettre en évidence quelques profils types présentant un ensemble de caractéristiques communes.

Pour réaliser cette typologie, un ensemble d'indicateurs ont été sélectionnés et sont présentés ci-dessous. Les variables quantitatives ont été discrétisées pour répondre aux contraintes de la méthode choisie (cf. 2.3).

Liste des variables utilisées

- Taille d'unité urbaine
- Statut juridique
- Nombre de places dans l'établissement d'accueil
- Besoins en soins (PMP) dans l'établissement
- Liste d'attente
- Locaux dédiés
- Sécurité des locaux
- Proportion de malades Alzheimer ou apparentés
- MMSE
- Taux d'encadrement pour 10 places
- Réunion de coordination avec l'EHPAD d'accueil

Pour cette analyse, aucune donnée manquante n'était acceptée. C'est pourquoi l'analyse ne porte que sur les PASA ayant répondu à l'ensemble des questions sélectionnées. Cette contrainte constitue une limite importante de cette typologie. En effet, 547 PASA ont pu être traités, ce qui représente 68,6 % des PASA analysés et 58,1 % de l'ensemble des PASA identifiés.

De plus, l'analyse a mis en évidence une diversité relativement importante des hébergements temporaires. L'objectif de cette méthode étant de synthétiser au mieux les corrélations existantes et d'identifier des profils, une hétérogénéité de situations persistera tout de même au sein des profils identifiés.

5.6.2. Typologie des PASA

La typologie a été réalisée sur 547 PASA et a permis d'identifier trois profils :

Profil 1 : Ce profil regroupe 148 structures, soit 27,1 % de l'ensemble des structures traitées. Il est constitué de structures plus fréquemment implantées dans des grandes unités urbaines de 200 000 habitants ou plus (39,9 %) et de structures privées non lucratives (54,1 %) ou lucrative (25,7 %). Les PASA sont plus fréquemment installés dans des établissements ayant entre 70 et 120 places (67,6 %). Le PMP des établissements d'accueil est rarement (6,8 %) inférieur à 190. L'effectif de personnel est plus important dans ce profil avec en moyenne 2,2 ETP pour 10 places installées. Une majorité de ces structures dispose d'une liste d'attente pour leur PASA (54,7 %). La proportion de malades Alzheimer accueillis est plus importante (78,4 % des patients) et la moyenne au test MMSE apparaît également plus faible (13,3 en moyenne). La quasi-totalité des structures réalisent des réunions de coordination avec le reste de l'EHPAD (99,3 %). Ces structures sont plus fréquemment ouvertes plus de 5 jours par semaine (19,6 %).

Profil 2 : Ce profil regroupe 228 structures, soit 41,7 % de l'ensemble des structures traitées. Les PASA sont plus fréquemment ouverts dans des établissements de moins de 70 places installées (38,2 %). L'effectif de personnel est plus faible dans ce profil avec 1,6 ETP pour 10 places. La proportion de malades Alzheimer accueillis est relativement plus faible (65,2 % des patients) et la moyenne au test MMSE est plus élevée (15,6). Peu de structures disposent d'une liste d'attente (11,0 %). Les locaux sont moins fréquemment sécurisés (62,7 %) et plus rarement dédiés à l'activité PASA (74,6 %). Des réunions de coordination sont mises en place avec l'EHPAD dans une grande majorité des structures (96,1 %).

Profil 3 : Ce profil regroupe 171 structures, soit 31,3 % de l'ensemble des structures traitées. Il est constitué de structures plus fréquemment implantées dans des unités urbaines de moins de 50 000 habitants (67,8 %) et de structures publiques (91,2 %). Les PASA sont majoritairement installés dans des établissements de plus de 120 places (58,5 %). Les locaux sont majoritairement dédiés à l'activité PASA (93,0 %) et sécurisés (88,3 %). Les réunions de coordination sont moins fréquentes (69,0 %). Ces PASA ouvrent plus rarement plus de 5 jours par semaine (4,1 %).

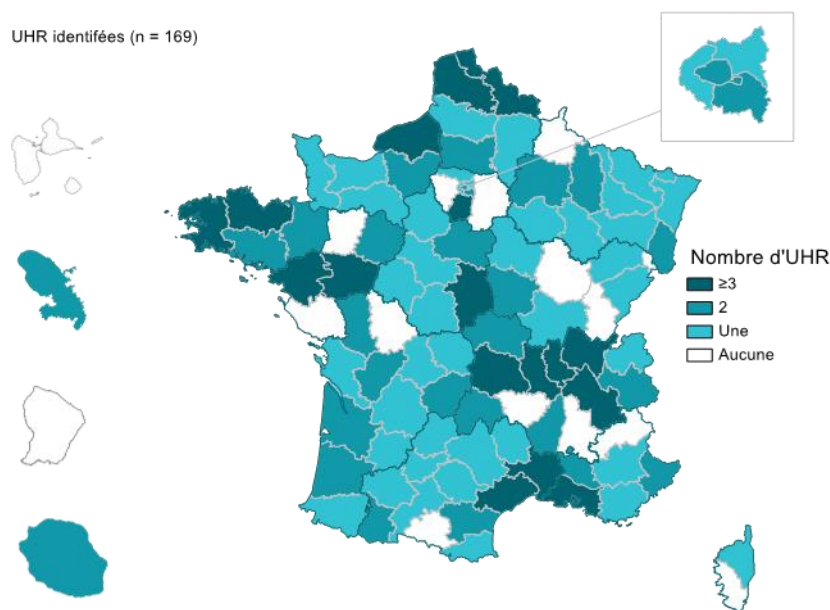
6. LES UNITÉS D'HÉBERGEMENT RENFORCÉES (UHR) POUR PERSONNES ÂGÉES

En 2018, 169 structures ont été identifiées dans l'enquête comme possédant une unité d'hébergement renforcée (UHR). Parmi ces structures, 156 ont répondu à tout ou une partie du questionnaire (92,3 %). Les structures ayant répondu à moins des deux tiers des questions de l'enquête n'ont pas été retenues pour l'analyse. Au total, l'analyse porte donc sur 126 structures disposant d'une unité d'hébergement renforcée, soit 74,6 % de l'ensemble des structures identifiées.

6.1. Couverture territoriale des UHR

Parmi les UHR identifiées (carte 9), aucune UHR n'est présente dans 16 départements. On retrouve, à l'inverse, au moins trois UHR dans dix-sept départements, notamment en Auvergne-Rhône-Alpes, sur la côte méditerranéenne, en Bretagne et le nord de la France. Concernant les UHR analysées uniquement, 28 départements n'ont aucune UHR analysée.

Carte 9 - Nombre d'UHR identifiées par département : UHR, 2018



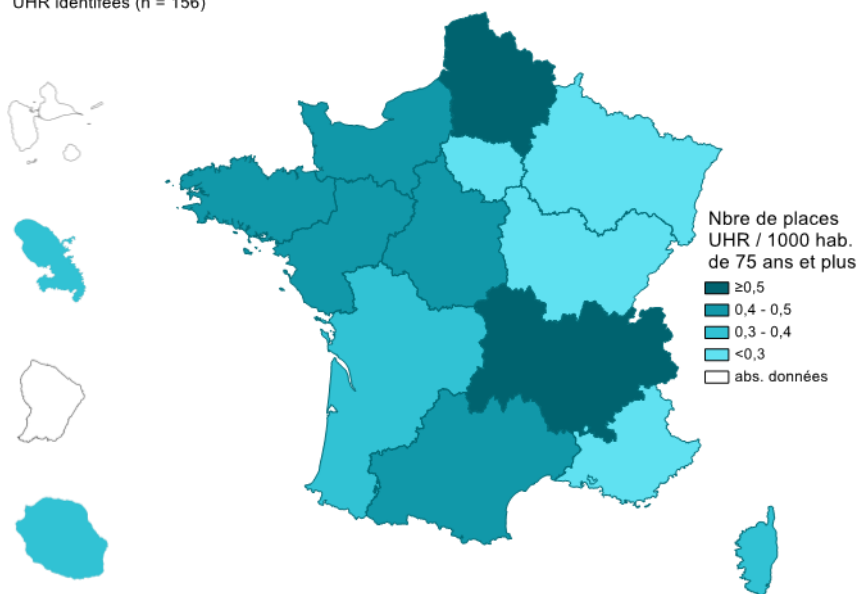
Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Les UHR identifiées sont moins fréquemment installées en zone rurale, 11,8 % des UHR y étant implantées, et sont plus nombreuses dans les grandes unités urbaines avec 26,0 % situées en unité urbaine de 200 000 habitants ou plus. Les proportions restent identiques parmi les structures analysées.

Concernant l'offre de soins, le nombre de places en UHR a été évalué pour 1000 habitants de 75 ans et plus (carte 10). En moyenne, 0,37 places sont disponibles pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Une offre plus importante ($\geq 0,5$ places / 1000 habitants) s'observe pour les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Hauts-de-France. Elle est a contrario plus faible ($< 0,3$ places / 1000 habitants) au sein des régions Île-de-France, Grand-Est, Bourgogne-France-Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur. La Guadeloupe et la Guyane n'ont par ailleurs aucune UHR identifiée.

Carte 10 - Nombre de places d'UHR installées pour 1000 habitants de 75 ans et plus : UHR, 2018

UHR identifiées (n = 156)



Non-réponses : 13 structures (7,7 % des structures identifiées)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS ; RP 2016 – **Exploitation :** CREAI-ORS Occitanie

6.2. Profil des unités d'hébergement renforcées

6.2.1. Structure porteuse

En 2018, les trois quarts (75,4 %) des structures analysées disposant d'une UHR sont des établissements du secteur public. 22,2 % sont des structures privées non lucratives et seulement 2,4 % des structures privées lucratives. La proportion de structures publiques n'est pas différente de celle observée en 2013 (79,4 %).

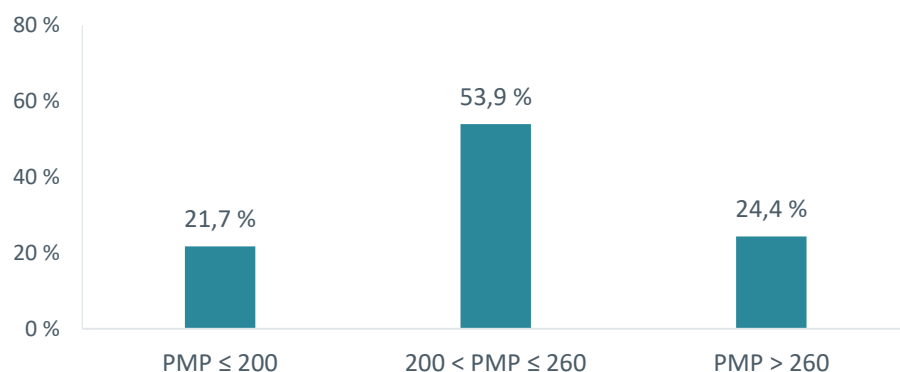
En 2018, les structures ayant créé des UHR ont une capacité moyenne de 141 places installées ($\pm 85,7$), avec une valeur médiane de 120,5 places. La moitié des structures ont entre 84 et 182 places.

La quasi-totalité des structures ont déclaré être sous tarification PATHOS (99,2 %) et près des trois quarts des établissements sont sous convergence tarifaire (72,9 %) (37,8 % en 2013). Parmi ces établissements sous tarification PATHOS, le pathos moyen pondéré (PMP) décrivant les besoins en soins est en moyenne de 233,9 ($\pm 50,6$), avec une valeur médiane de 223. Plus de la moitié (53,9 %) indiquent avoir un PMP entre 200 et 260 et un quart (24,4 %) un PMP supérieur à 260 (figure 21). Le

GIR moyen pondéré (GMP), mesurant le niveau de perte d'autonomie, est quant à lui en moyenne de 772,5 ($\pm 65,5$), avec la moitié des structures ayant un GMP compris entre 731 et 823.

Par rapport à 2013, le PMP a diminué et le GMP est resté stable, le PMP étant de 267 en 2013 et le GMP de 770.

Figure 21 - Valeur du PMP par classe : UHR, 2018



Non-réponses : 11 structures (8,7 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

Parmi ces structures porteuses, 83,6 % sont en tarif global. De plus, 4 structures sur 5 (79,8 %) disposent d'une pharmacie à usage intérieur, proportion similaire à 2013.

6.2.2. Date d'ouverture

Plus de deux structures sur cinq (44,3 %) ont ouvert leur UHR avant 2013 et 36,9 % entre 2013 et 2016. 18,9 % des UHR ont ouvert récemment, entre 2016 et 2018, et 11 structures (9,0 %) ont commencé leur activité au cours de l'année 2018.

6.2.3. Places installées

Comme en 2013, les UHR retenues pour l'analyse comptent en moyenne 14,1 places installées ($\pm 3,2$). Elles sont plus des trois quarts (77,8 %) à disposer de 12 à 14 places et près d'un cinquième (19,0 %) à compter plus de 14 places.

6.3. Activité des unités d'hébergement renforcées

6.3.1. Liste d'attente

Plus de trois UHR sur cinq (62,8 %) disposent d'une liste d'attente pour leur unité. Lorsque cette liste existe, 7,9 personnes sont en moyenne inscrites sur cette liste.

6.3.2. Résidents pris en charge

En 2018, chaque UHR a accueilli 21,2 personnes ($\pm 7,4$) en moyenne dans l'année, la moitié des structures ayant accueilli entre 16 et 25 personnes (tableau 23). En excluant les structures créées en 2018, cette moyenne apparaît peu différente avec en moyenne 21,5 personnes reçues.

Les personnes accueillies sont plus fréquemment des femmes (54,5 %) que des hommes (45,5 %). Elles sont âgées en moyenne de 81,3 ans, avec une moyenne d'âge supérieure pour les femmes : 82,5 ans contre 79,9 ans. La proportion de femmes était supérieure en 2013 (59,4 %).

Plus d'un tiers (34,3 %) des personnes reçues en UHR sont sous protection juridique en 2018.

Tableau 23 - File active des résidents dans l'année : UHR, 2018

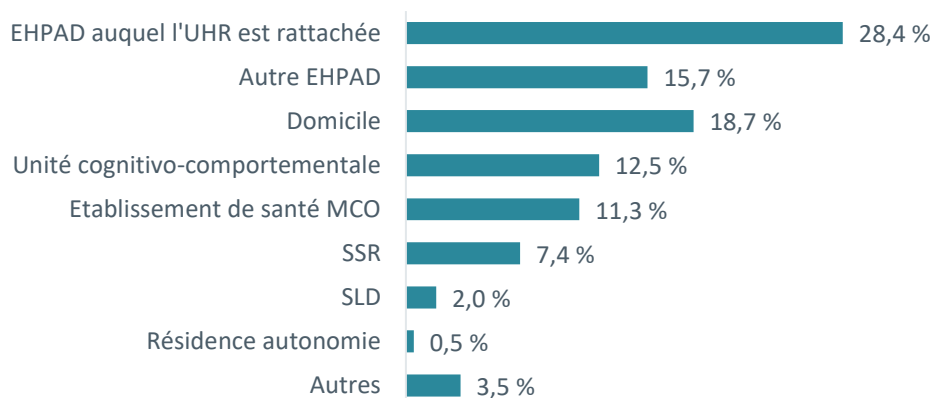
	Nombre de structures répondantes	Total	Moyenne	Écart-Type	Médiane	Quartile 25%	Quartile 75%
File active	126	2670	21,2	7,4	20	16	25

* Moyenne de 21,5 sans les structures créées en 2018

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Près de trois résidents sur cinq (28,4 %) étaient déjà rattachés à l'EHPAD dans lequel est située l'UHR avant leur entrée (figure 22). 15,7 % des personnes en UHR résidaient dans un autre EHPAD avant leur entrée en UHR et 18,7 % étaient encore à leur domicile. Elles sont ensuite 12,5 % à avoir fait un séjour en unité cognitivo-comportementale (UCC), 11,3 % en établissement de santé MCO et 7,4 % en unité de soins de suite et réadaptation (SSR) avant de rejoindre l'UHR.

Figure 22 - Répartition des résidents en fonction de leur provenance à l'entrée de l'UHR : UHR, 2018



Non-réponses : 2 structures (1,6 %)

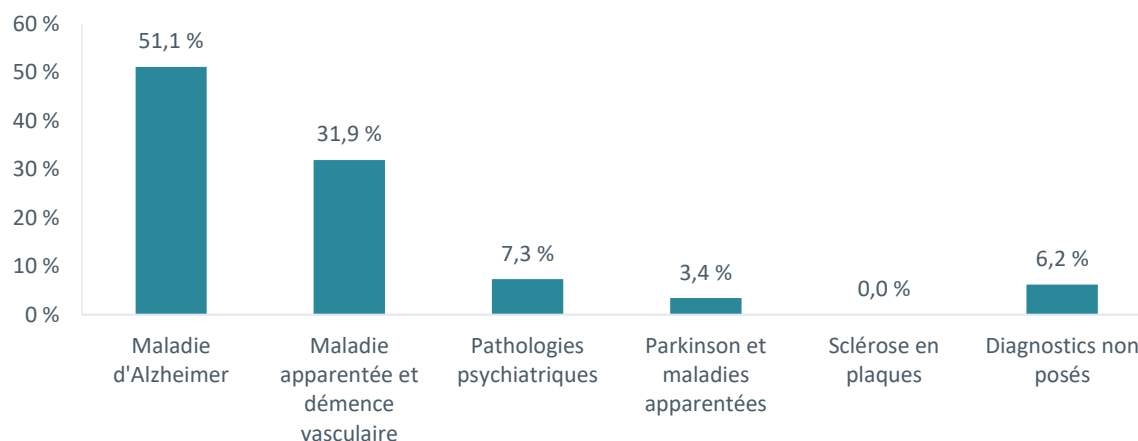
Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

6.3.3. Diagnostics posés et traitements reçus

La grande majorité des résidents des UHR (83,0 %) sont atteints de la maladie d'Alzheimer (51,1 %) ou d'une maladie apparentée et de démence vasculaire (31,9 %) (figure 22). Par rapport à 2013, la proportion de malades Alzheimer ou maladies apparentées est plus faible (90,6 %), le nombre de personnes atteintes d'un autre type de maladie ayant progressé dans le même temps que l'augmen-

tation du nombre de places en UHR. Ainsi, 7,3 % des résidents reçus en UHR sont atteints d'une pathologie psychiatrique et 3,4 % de la maladie de Parkinson ou d'une maladie apparentée. Le diagnostic n'était pas posé pour 6,2 % des personnes reçues.

Figure 23 - Répartition des résidents par diagnostic principal : UHR, 2018



Non-réponses : 9 structures (7,2 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

Parmi l'ensemble des résidents accueillis en UHR, les anxiolytiques ont été prescrits à trois résidents sur cinq (60,3 %) dans l'année et la moitié d'entre eux (50,8 %) ont été traités sous neuroleptique. De plus, deux personnes sur cinq (40,7 %) ont reçu des antidépresseurs. Moins fréquemment, les hypnotiques ont été prescrits à un quart des résidents (24,8 %) et les anti-démence à 7,2 % d'entre eux. Seuls 6,3 % des personnes reçues n'ont reçu aucun traitement psychotrope sédatif dans l'année. Il est toutefois à noter que 15,1 % des structures (19) n'ont pas répondu à cette question.

Les structures ayant un PMP plus élevé (> 260) ont déclaré prescrire davantage d'antidépresseurs et d'anxiolytiques que les celles avec un PMP plus faible (≤ 200) : respectivement 45,9 % et 64,7 % des résidents dans les structures avec un PMP supérieur à 260 contre 36,8 % et 49,3 % dans celles avec PMP inférieur ou égal à 200.

6.3.4. Test Mini Mental State Examination (MMSE)

83 UHR ont indiqué le score moyen de leurs résidents au test MMSE, soit un taux de réponse de seulement 65,9 %. Parmi ces structures, le score moyen obtenu est de 7,9 ($\pm 3,8$), avec un score moyen compris entre 5 et 9 pour près de la moitié (47,0 %) des structures. Plus d'un cinquième (21,7 %) des structures ont un MMSE moyen inférieur à 5 et trois sur dix (31,3 %) ont un score supérieur à 9.

La moyenne au score MMSE n'est pas différente de celle observée en 2013 (7,4 ; $\pm 4,1$).

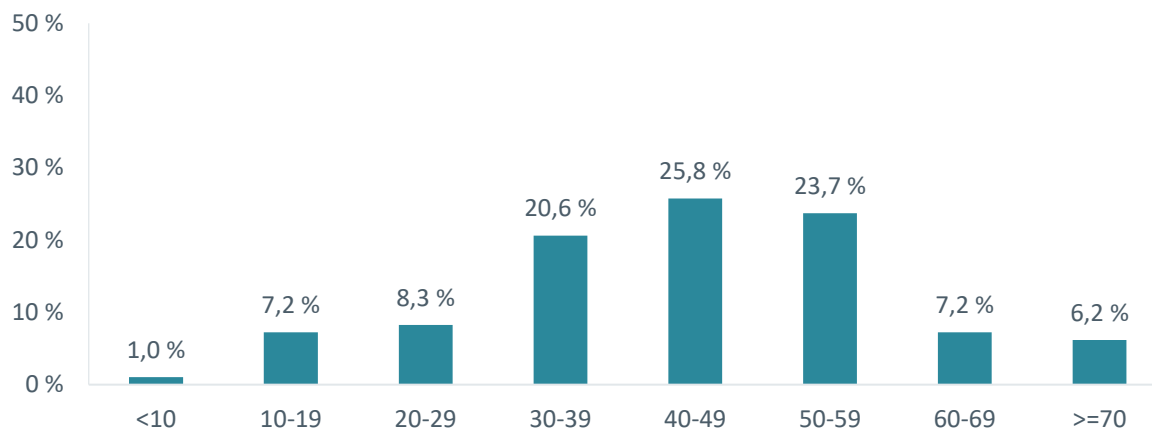
6.3.5. Inventaire Neuropsychiatrique (NPI-ES)

L'inventaire Neuropsychiatrique pour équipe soignante (NPI-ES) permet d'évaluer les troubles psycho-comportementaux des patients reçus. Parmi les 97 structures ayant répondu, la moyenne des scores

moyens F*G (Fréquence * Gravité) au NPI-ES est de 44,1 (± 16,8) à l'admission. Ce score est plus élevé que celui de 2013 (38,4 ; ± 19,2).

Pour 7 UHR sur 10 (70,1 %), ce score moyen est compris entre 30 et 59. Il est supérieur à 59 pour 13,4 % des structures et inférieur à 30 pour 16,5 % d'entre elles (figure 24).

Figure 24 - Répartition des UHR selon le score NPI-ES moyen (F*G) : UHR, 2018

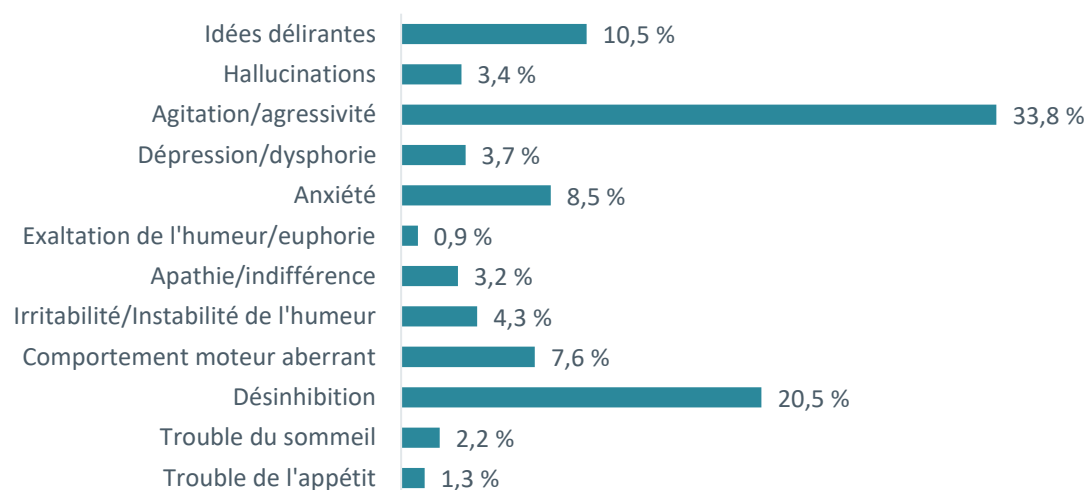


Non-réponses : 29 structures (23,0 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

La moyenne par UHR du score F*G pour l'item comportemental le plus important par bénéficiaire (score le plus élevé) a été indiquée par 87 structures (non-réponses : 31,0 %). En moyenne, le score le plus élevé était de 10,6 (± 1,4), proportion similaire à 2013 (10,6 ; ± 1,9). Dans 3 cas sur 5 (60,9 %), cette valeur est comprise entre 11 et 12, 12 étant la valeur maximale pouvant être obtenue. Elle est comprise entre 9 et 10 pour 28,7 % des UHR et entre 6 et 8 pour 10,4 % des UHR.

Figure 25 - Répartition des résidents selon la nature du trouble principal : UHR, 2018



Non-réponses : 27 structures (21,4 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

99 structures (taux de réponse : 78,6 %) ont indiqué la nature du trouble principal des résidents parmi les troubles retenus dans le NPI-ES. L'agitation/agressivité est le trouble le plus identifié avec un tiers des résidents des UHR (33,8 %) affectés, suivi du trouble de désinhibition concernant un cinquième (20,5 %) des résidents. Les autres troubles apparaissent moins fréquents en tant que trouble principal, avec tout de même 10,5 % des résidents souffrant principalement d'idées délirantes, 8,5 % d'anxiété et 7,6 % de comportements moteurs aberrants.

6.4. Fonctionnement des unités d'hébergement temporaires

6.4.1. Locaux des UHR

La superficie totale des UHR est en moyenne de 806 m² (± 570) en 2018 (794 m² en 2013), avec deux tiers des structures (66,7 %) disposant entre 500 et 999 m² de surface. La superficie moyenne des parties communes est de 278 m² (± 241) (235 m² en 2013), la moitié des structures ayant entre 125 m² et 344 m².

La surface extérieure est en moyenne de 456 m² (± 603), inférieure à celle de 2013 (718 m²). Elle est inférieure à 150 m² pour 29,6 % des UHR.

L'ensemble des UHR disposent bien d'un système de sécurisation pour leur unité. Les systèmes mis en place sont pour une grande majorité une surveillance humaine (96,8 %) et un digicode (84,8 %). De plus, plus de trois UHR sur cinq (62,4 %) ont mis en place un système de fermeture à clé dans l'unité. De façon moins fréquente, ils sont également un quart (24,0 %) à disposer d'un pass magnétique, 22,4 % de caméras et 15,2 % de bracelets anti-fugue.

La sécurisation par caméra de surveillance est plus fréquente dans le secteur privé : 41,9 % disposent de caméra contre 16,0 % dans le secteur public.

6.4.2. Environnement des UHR

Les trois quarts des structures disposant d'une UHR (74,2 %) ont mis en place des réunions de coordination entre les équipes de l'UHR et celle de l'EHPAD. De plus, l'environnement architectural de l'UHR est en adéquation avec le projet de soins porté dans la grande majorité des structures (92,8 %).

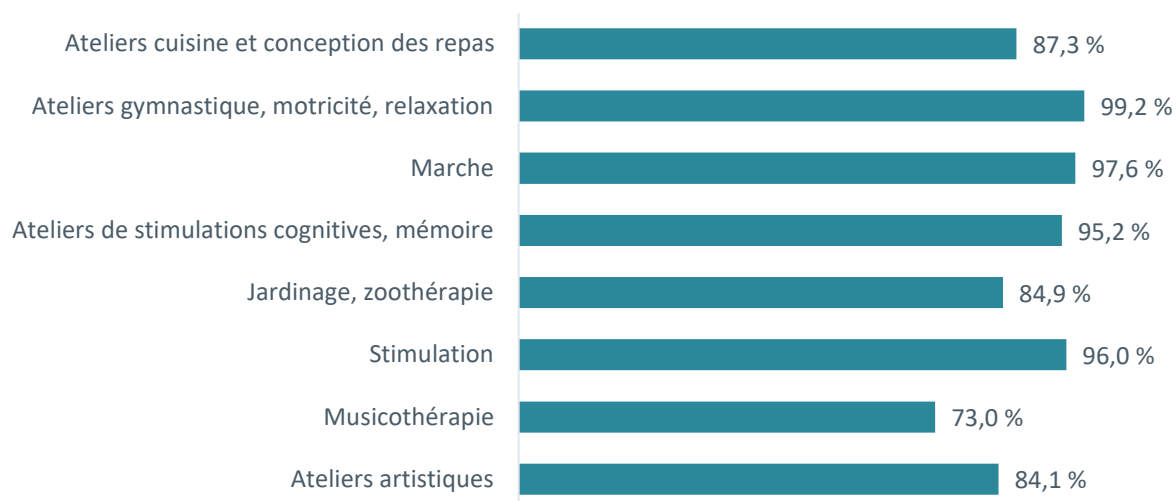
Les UHR ont, pour la quasi-totalité (94,4 %), cherché à identifier les besoins des personnes accueillies par la mise en place d'un projet individualisé.

6.4.3. Activités en UHR

Les activités participant au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles sont pratiquées par 87,3 % des UHR pour les activités de cuisine et par la quasi-totalité des UHR pour les ateliers gymnastique/motricité ou relaxation (99,2 %) et pour la marche (97,6 %) (figure 26). Les ateliers de simulations cognitives (95,2 %) ou de jardinage/zoothérapie (84,9 %) permettent quant à eux le maintien des fonctions cognitives et sont également très fréquemment pratiqués par les UHR. Dans le

cadre de la mobilisation des fonctions sensorielles, la stimulation est également proposée par la quasi-totalité des UHR (96,0 %). La musicothérapie apparaît moins fréquente bien que proposée par près des trois quarts des structures (73,0 %). Enfin, 84,1 % des UHR proposent des ateliers artistiques participant au maintien du lien social des résidents.

Figure 26 - Activités proposées dans le cadre de la prise en charge des résidents : UHR, 2018



Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

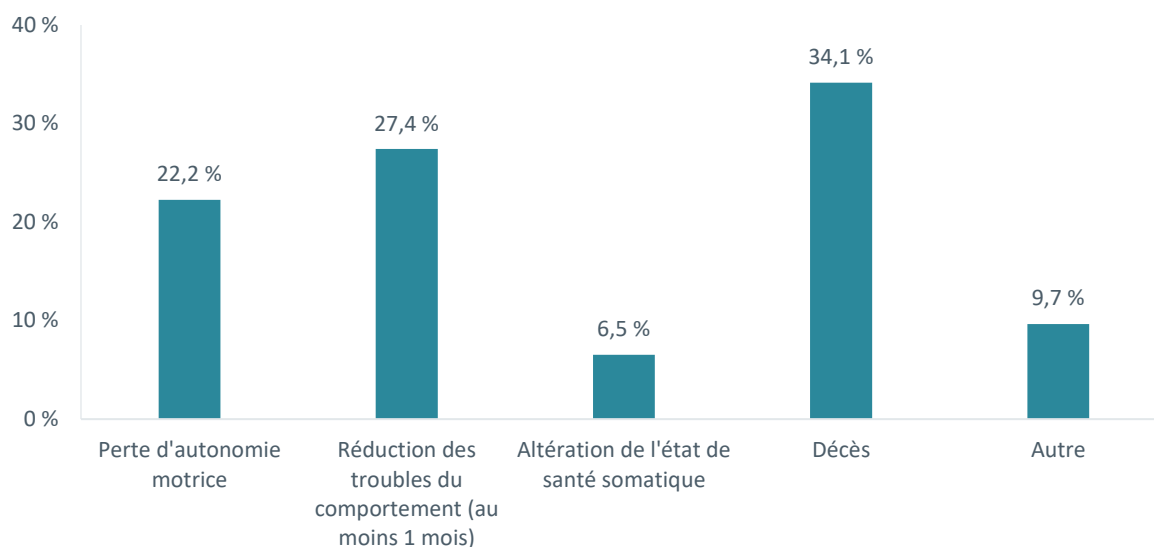
6.4.4. Sorties des UHR

En moyenne, en 2018, 8,6 (\pm 5,6) personnes sont sorties de chaque UHR, soit 0,74 personne par mois en année pleine.

La cause principale de ces sorties est le décès de la personne, dans un tiers des cas (34,1 %) (figure 28). Ensuite, la sortie intervient à la suite d'une réduction des troubles du comportement pendant au moins un mois pour plus d'un quart (27,4 %) des personnes accueillies et en raison d'une perte d'autonomie motrice dans 22,2 % des situations. L'altération de l'état de santé somatique explique également 6,5 % des sorties. 9,7 % des sorties sont dues à d'autres motifs. La proportion de personnes décédées est en hausse par rapport à 2013 (27,9 %), alors que celle des personnes sorties pour perte d'autonomie motrice a diminué (29,7 %).

Lorsque les personnes sont sorties de l'unité UHR, elles sont 72,5 % à être transférées dans une autre unité du même EHPAD et 23,4 % dans un autre EHPAD/SLD. 4,2 % retournent à leur domicile.

Figure 27 - Répartition des résidents sorties par motifs de sorties : UHR, 2018



Non-réponses : 6 structures (4,8 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

6.4.5. Ressources en personnel

En moyenne, les UHR emploient chacun 17,1 personnes ($\pm 9,4$) pour 10,8 ETP ($\pm 4,2$) en 2018, effectif similaire à 2013 (tableau 24).

Les assistants de soins en gérontologie (ASG) et les aides-soignants et aides médico-psychologiques (AS-AMP) sont les plus présents au sein du personnel des UHR. En effet, les ASG représentent 37,9 % de l'ensemble des ETP, suivis des AS/AMP avec 35,0 % des ETP. Ils sont par ailleurs davantage présents qu'en 2013 où ils représentaient 63,0 % des ETP contre 72,9 % en 2018. Ainsi, leur taux d'encadrement en 2018 est de 5,6 ETP pour 10 places installées, 2,9 pour les ASG et 2,7 pour les AS-AMP.

Les infirmiers représentent quant à eux 13,3 % des ETP, leur temps de présence étant plus limité avec 1,0 ETP d'infirmier pour 10 places installées.

Les médecins coordonnateurs sont présents dans une majorité des UHR (71,1 %), mais avec des temps de présence également très faibles puisqu'ils représentent uniquement 1,3 % des ETP.

Concernant les autres intervenants, on retrouve principalement des psychologues dans 78,1 % des UHR, puis des ergothérapeutes (60,5 %) et des psychomotriciens (44,7 %). Ils représentent toutefois chacun moins de 2 % des ETP. Les psychiatres interviennent très rarement dans les UHR (8,8 %).

Enfin, près de la moitié des UHR ont déclaré avoir d'autres personnels non financés dans le cadre de l'unité et qui représentent 7,5 % des ETP.

Les structures du secteur privé sont plus nombreuses à faire intervenir un psychiatre avec 23,3 % d'entre elles en ayant un contre 3,6 % dans les structures publiques. Elles sont également mieux dotées en psychomotricien : 60,0 % contre 39,3 % pour les structures publiques.

Tableau 24 - Taux d'encadrement en personnel de soins et d'accompagnement selon le type de professionnels : UHR, 2018

	Part des UHR ayant indiqué au moins intervenant	Répartition des ETP	Taux d'encadrement moyen pour 10 places
IDE/IDEC	91,2 %	13,3 %	1,01
Ergothérapeute	60,5 %	1,7 %	0,13
Psychomotricien	44,7 %	1,5 %	0,11
ASG	92,1 %	37,9 %	2,89
AS/AMP (non formés ASG)	80,7 %	35,0 %	2,67
Médecin coordonnateur	71,1 %	1,3 %	0,10
Psychologue	78,1 %	1,7 %	0,13
Psychiatre	8,8 %	0,1 %	0,01
Autre personnel non financé dans le cadre de l'UHR	48,3 %	7,5 %	0,57
Ensemble du personnel		100,0 %	7,62

Non-réponses : 12 structures (9,5 %)

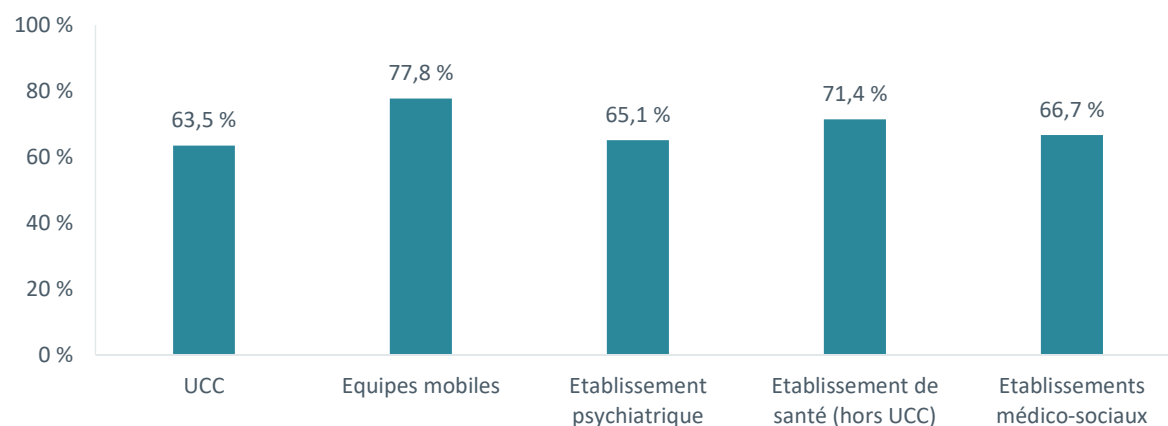
Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

6.4.6. Partenariat avec l'UHR

La quasi-totalité (92,1 %) des UHR déclarent avoir au moins un partenariat parmi la liste proposée (figure 28). Plus de sept UHR sur dix ont ainsi des partenariats avec des équipes mobiles (77,8 %) et avec des établissements de santé hors UCC (71,4 %). Ils sont ensuite près de deux tiers à avoir des partenariats avec d'autres établissements médico-sociaux (66,7 %), des établissements psychiatriques (65,1 %) et des unités cognitivo-comportementales (63,5 %).

Certains partenariats sont moins développés au sein des établissements avec un PMP plus faible (≤ 200) : 48,0 % d'entre eux ont un partenariat avec des UCC et 56,0 % avec des établissements de santé, contre respectivement 82,1 % et 78,6 % pour les structures avec un PMP supérieur à 260.

Figure 28 - Partenariat avec l'UHR : UHR, 2018



Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

6.5. Financements des UHR

Seules 14,7 % des structures ont indiqué avoir déjà reçu une subvention pour l'UHR au titre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA. Parmi ces structures, près de la moitié (46,7 %) ont reçu cette subvention depuis 2014. De plus, 16,7 % des structures ont indiqué avoir reçu un autre financement de l'ARS, dont 70,6 % depuis 2014.

78,0 % des structures disposent d'une dotation supplémentaire à la dotation GMPS allouée à l'UHR. Cette dotation supplémentaire est d'environ 251 000 € en moyenne ($\pm 77\,700$).

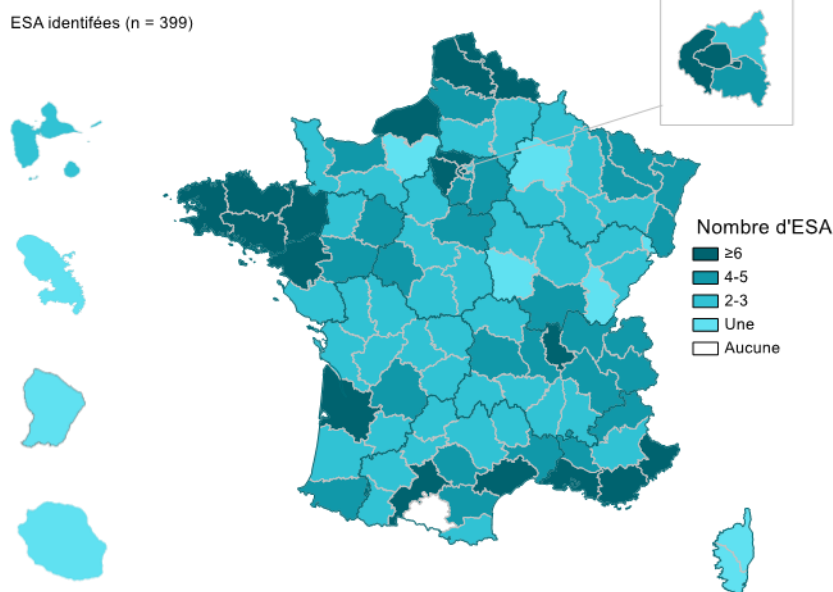
7. LES ÉQUIPES SPÉCIALISÉES ALZHEIMER (ESA)

En 2018, 399 structures ont été identifiées dans l'enquête comme disposant d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA). Parmi ces structures, 396 ont répondu à tout ou une partie du questionnaire (99,2 %). Les 11 structures ayant répondu à moins des deux tiers des questions de l'enquête n'ont pas été retenues pour l'analyse. Au total, l'analyse porte donc sur 385 structures disposant d'une équipe spécialisée Alzheimer, soit 96,5 % de l'ensemble des structures identifiées.

7.1. Couverture territoriale des ESA

Parmi les ESA identifiées (carte 11), un seul département ne dispose d'aucune ESA (Ariège). On retrouve, à l'inverse, au moins six ESA dans dix-huit départements notamment sur la côte méditerranéenne, en Bretagne, en Île-de-France et dans le nord de la France. Concernant les ESA analysées uniquement, un seul département, outre l'Ariège, n'a aucune ESA analysée (Eure).

Carte 11 - Nombre d'ESA identifiées par département : ESA, 2018



Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Les ESA identifiées sont moins fréquemment installées en zone rurale, 12,3 % des ESA y étant implantées (tableau 25), et sont plus nombreuses dans les grandes unités urbaines avec 30,3 % situées en unité urbaine de 200 000 habitants ou plus. Les proportions restent identiques parmi les structures analysées.

Tableau 25 - Répartition par taille d'unité urbaine du lieu d'implantation : ESA, 2018

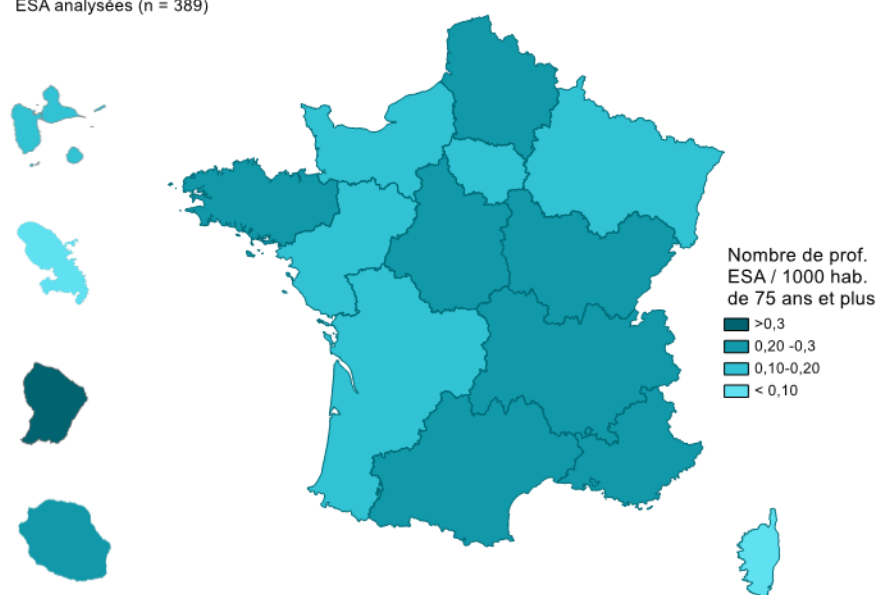
	Nombre de structures identifiées		Nombre de structures analysées	
	n	%	n	%
Rural	49	12,3 %	49	12,7 %
2000 à 9999 habitants	85	21,3 %	83	21,6 %
10 000 à 49 999 habitants	79	19,8 %	71	18,4 %
50 000 à 199 999 habitants	65	16,3 %	64	16,6 %
200 000 et plus habitants	121	30,3 %	118	30,7 %
Total	399	100,0 %	385	100,0 %

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Le ratio du nombre de professionnels d'ESA pour 1000 habitants de 75 ans et plus donne une indication supplémentaire sur l'offre de soins ESA disponible (carte 12). Ce ratio est en moyenne de 0,2 ETP d'ESA pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Ce ratio est relativement proche entre les régions. Il est toutefois plus faible en Martinique et Corse (< 0,1 ETP) et est à l'inverse plus élevé en Guyane (> 0,3).

Carte 12 – Nombre de professionnels en ESA (en ETP) pour 1000 habitants de 75 ans et plus : ESA, 2018

ESA analysées (n = 389)



Non-réponses : 10 structures (2,5 % des structures identifiées)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS ; RP 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

7.2. Profil des équipes spécialisées Alzheimer

7.2.1. Structures porteuses des ESA

Dans les trois quarts des cas (75,5 %), les ESA ont une structure porteuse unique. Dans les autres cas, il s'agit le plus souvent d'ESA portées en collaboration par plusieurs services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) (20,7 %) et plus

rarement par un groupement de coopération social ou médico-social (GCSMS – 3,7 %). Ces proportions sont similaires à celles observées en 2013.

Les équipes spécialisées Alzheimer sont adossées à des SSIAD dans la très grande majorité des cas : 92,2 %. Moins d'une fois sur dix (7,8 %) elles sont adossées à des SPASAD.

Plus des deux tiers de ces structures sont de statut privé non lucratif (67,8 %). Les structures de statut privé lucratif sont en proportion faible (2,9 %) ; près de trois structures sur dix (29,4 % sont de statut public (tableau 26).

Tableau 26 - Répartition des structures analysées selon leur statut juridique : ESA, 2018

	n	%
Public	113	29,4 %
Privé non lucratif	261	67,8 %
Privé lucratif	11	2,9 %
Total	385	100,0 %

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS

Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Les structures de statut public sont en proportion moins nombreuses dans les unités urbaines de 200 000 habitants et plus : 18,6 %). La part de structures de statut public est décroissante des unités urbaines de 2 000 à 9 999 habitants (38,6 %) à celles de 200 000 habitants (18,6 %) ; cette proportion prend une valeur intermédiaire dans les structures implantées en zone rurale (30,6 %).

En moyenne, les services disposant d'une équipe spécialisée Alzheimer possèdent 112 places installées, avec une valeur médiane de 88 places.

7.2.2. Année d'ouverture des ESA

Parmi les ESA analysées, 31,9 % ont été ouvertes avant 2012 et 63,4 % entre 2012 et 2014. Seules 4,7 % ont ouvert récemment, dont 7 structures (1,8 %) au cours de l'année 2018.

7.3. Activité des équipes spécialisées Alzheimer

7.3.1. Nombre de jours d'ouverture

En moyenne, les 377 ESA ayant précisé leur nombre de jours d'ouverture accueillent des personnes concernées 266 jours par an (± 45). La valeur médiane est de 253 jours.

7.3.2. Liste d'attente

La présence d'une liste d'attente est mentionnée par 85,4 % des ESA. Lorsqu'une liste d'attente est mentionnée, 32,5 personnes sont en moyenne inscrites sur cette liste et au moins 22 personnes pour la moitié des structures.

7.3.3. Bénéficiaires

En 2018, les ESA ont accueilli en moyenne 100,1 personnes différentes ($\pm 47,3$), soit 8,4 personnes par mois ($\pm 3,9$) (tableau 27). La moitié des équipes a reçu plus de 91 personnes dans l'année. Au total, 38 529 personnes ont été accueillies en ESA en 2018. En comparaison avec 2013, la fréquentation a fortement évolué : le nombre moyen de personnes accueillies par équipe a augmenté de 77 % : il était en moyenne de 56,5 ($\pm 37,9$) et de 59,5 en année pleine, le nombre de structures créées en 2013 étant important. Le nombre total de personnes accueillies sur l'année a progressé de 87 % (il était de 20 597).

Le nombre moyen de personnes prises en charge est plus important dans les structures privées (103,7) que dans les structures publiques (91,5). De plus, les ESA implantées en zone rurale ont pris en charge 86,0 personnes en moyenne, contre 110,2 dans les ESA situées dans les unités urbaines d'au moins 50 000 habitants.

Tableau 27 - Nombre de personnes prises en charge au titre de l'ESA dans l'année : ESA, 2018

	Nombre de structures répondantes	Total	Moyenne	Écart-Type	Médiane	Quartile 25%	Quartile 75%
File active	385	38 529	100,1	47,3	91	71	117

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

La population accueillie est composée pour près des deux tiers de femmes (64,8 %) et de 35,2 % d'hommes. La proportion d'hommes a légèrement augmenté par rapport à 2013 : elle était alors de 33,1 %.

L'âge moyen des personnes accueillies est de 81,5 ans, stable par rapport à 2013. Les femmes sont en moyenne un peu plus âgées que les hommes : respectivement 82,1 ans et 80,5 ans.

La part des personnes de moins de 60 ans accueillies en ESA est faible : 1,3 %.

La moitié (50,1 %) des personnes accueillies en 2018 ont reçu ces prescriptions de séances par une équipe de consultation mémoire hospitalière et 40,8 % par un médecin généraliste. Les consultations sont moins fréquemment prescrites par des médecins spécialistes libéraux (9,1 %) des patients. En 2013, les prescriptions par les consultations mémoires étaient moins fréquentes, avec 36,7 % des prescriptions par ces derniers et 54,7 % par les médecins généralistes en 2013.

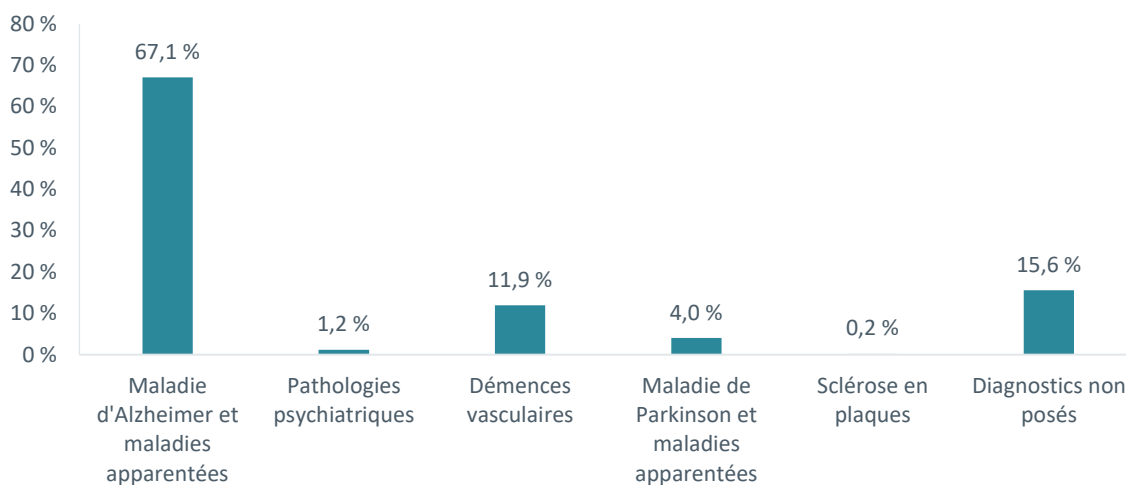
Parmi les personnes prises en charge en 2018, près d'un quart ont fait l'objet d'un renouvellement à un an (23,5 %) et un quart également (25,0 %) à moins d'un an.

7.3.4. Diagnostics motivant la demande

Les personnes prises en charge par les ESA sont dans les deux tiers des cas (67,1 %) des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et pour 11,9 % des personnes atteintes de démence vasculaire (figure 29). Ainsi, huit patients sur dix présentent une pathologie en concordance avec les indications d'une prise en charge en ESA. Les malades atteints de Parkinson ou d'une maladie apparentée représentent 4,0 % des patients pris en charge. Les pathologies psychiatriques (1,2 %) et les diagnostics de sclérose en plaques (0,2 %) restent très rares. Toutefois, le

diagnostic n'a pas été posé pour une proportion non négligeable de personnes prises en charge (15,6 %). Cette dernière proportion est par ailleurs plus élevée qu'en 2013 (9,1 %).

Figure 29 - Répartition des bénéficiaires par pathologie principale : ESA, 2018



Non-réponses : 5 structures (1,3 %)

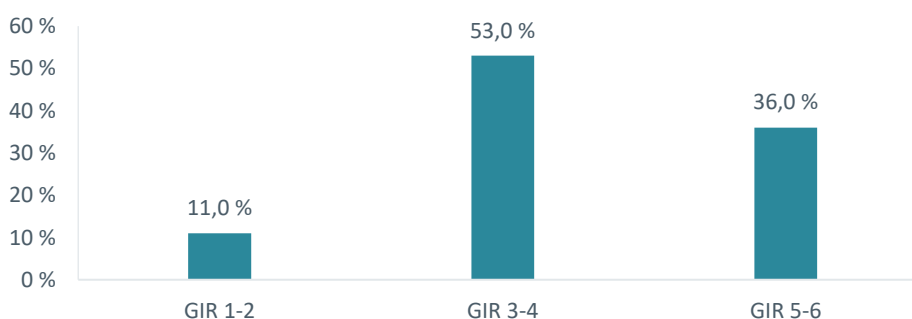
Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

7.3.5. Score au Mini Mental State Examination et niveau de dépendance

En moyenne, les personnes accueillies en ESA ont un score au MMSE de 18,8 ($\pm 2,1$) au moment de l'admission. Dans quatre cas sur cinq (80,0 %), le score moyen au MMSE des personnes accueillies est compris entre 16 et 20, 15 % ont un score au MMSE supérieur à 20 et 5,0 % un score inférieur à 16.

Dans plus de la moitié des cas (53,0 %), les personnes concernées relèvent des groupes iso-ressources (GIR) 3 ou 4 et dans un cas sur dix (11,0 %) des GIR 1 ou 2, traduisant un niveau de dépendance élevé (figure 30). Dans plus d'un tiers des cas (36,0 %), le niveau de dépendance est moins important (GIR 5 ou 6). Par rapport à 2013, on note une part moins importante en 2018 de personnes plus dépendantes (28,3 % en GIR 1 ou 2 en 2013) et une part plus importante des personnes les moins dépendantes (16,3 % en GIR 5 ou 6).

Figure 30 - Répartition des bénéficiaires par GIR : ESA, 2018



Non-réponses : 18 structures (4,7 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

7.3.6. Nombre de séances

En 2018, en moyenne, chacune des ESA ayant répondu a réalisé 1 203 (\pm 848) séances dans l'année, en forte progression par rapport à 2013 (641 séances par an \pm 467). Cela correspond à une moyenne de 101 (\pm 71) séances par mois. Le total de séances sur une année est estimé à 461 875, soit 86 % de plus qu'en 2013.

En lien avec le nombre de personnes prises en charge, les ESA privées réalisent, en moyenne, plus de séances dans l'année (1 256 ; \pm 948) que les ESA publiques (1 076 ; \pm 520). Le nombre moyen de séances réalisées est plus faible en zone rurale (975) et augmente progressivement pour atteindre 1 413 dans les unités urbaines comprises en 50 000 et 199 900 habitants. Dans les tranches d'unités urbaines de 200 000 habitants ou plus, le nombre de séances est en moyenne de 1 235.

En moyenne, dans l'année, chaque personne suivie a bénéficié de 12,0 séances. La majorité des personnes (59,6 %) a bénéficié d'un nombre de séances compris entre 12 et 15. Si 16,0 % des personnes ont bénéficié de 4 séances ou moins, elles sont 7,9 % à avoir bénéficié de plus de 15 séances dans l'année. Le nombre moyen de séances par personne varie peu selon le statut de la structure porteuse (12,1 en structure privée et 11,9 en structure publique).

La durée moyenne de prise en charge en ESA est de 16,4 semaines (\pm 2,8) avec une médiane à 16. Cette moyenne a augmenté par rapport à 2013 (14,6 ; \pm 4,0). Elle ne varie pas selon le statut de la structure porteuse et la taille d'unité urbaine du lieu d'implantation de l'ESA. La durée minimale de prise en charge dans les ESA est en moyenne de 2,2 semaines (\pm 2,9) et la durée maximale de 31,1 semaines (\pm 10,4).

7.3.7. Objectif principal des séances

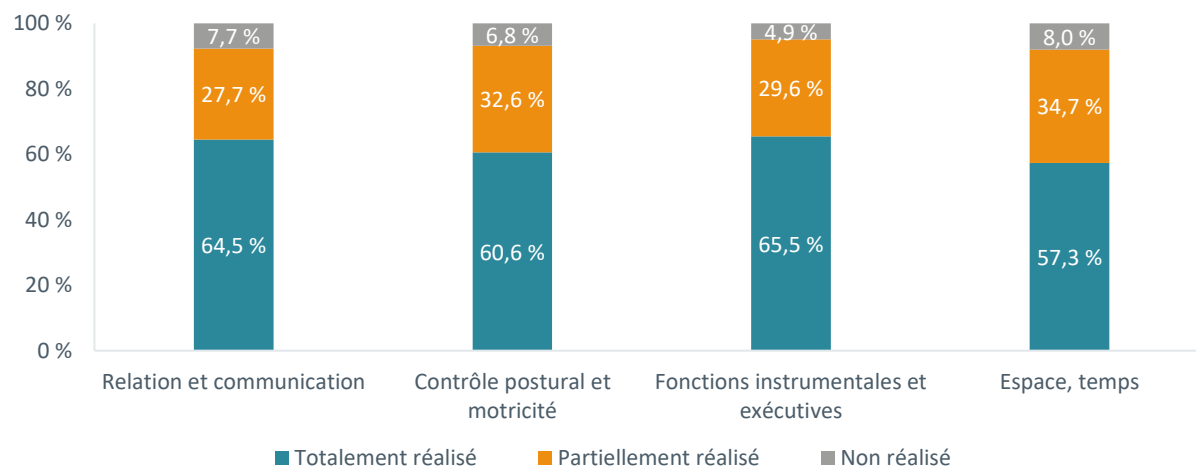
299 ESA (taux de non-réponse : 22,3 %) ont indiqué l'objectif principal des séances défini lors de la prescription pour les patients ayant terminé leurs séances en 2018. Ainsi, le travail sur les fonctions instrumentales et exécutives ressort en premier (43,9 %), suivi par le travail sur la relation et la communication (34,3 %). Ensuite, pour 13,0 % des patients, il s'agit de faire un travail sur l'espace et le temps et pour 8,9 % sur le contrôle postural et la motricité. En comparaison avec 2013, les objectifs portant sur les fonctions instrumentales et exécutives ont augmenté en 2018 (32,7 % en 2013), alors que ceux portant sur l'espace et le temps (20,4 %) et sur le contrôle postural et la motricité (13,8 %) sont moins fréquents.

Il a ensuite été demandé aux ESA de préciser le niveau de réalisation de ces objectifs uniquement pour les patients ayant terminé leurs séances en 2018 (figure 31). À l'issue de la prise en charge, l'objectif principal est plus fréquemment considéré comme entièrement réalisé quand le travail porte sur les fonctions instrumentales et exécutives (65,5 %) ou la relation et la communication (64,5 %). Il est ensuite entièrement réalisé pour 3 cas sur 5 lorsque l'objectif correspond au contrôle postural et à la motricité et à 57,3 % lorsqu'il s'agit d'un travail sur l'espace et le temps. Quel que soit l'objectif principal, l'objectif n'a pas été réalisé pour moins de 10 % des patients, entre 4,9 % lorsqu'il s'agit des fonctions instrumentales et exécutives et 8,0 % pour le travail sur l'espace et le temps.

Par rapport à 2013, ces objectifs sont sensiblement plus souvent entièrement réalisés, excepté pour le travail du contrôle postural et la motricité qui est resté stable. En effet, les objectifs étaient

entièrement réalisés dans 3 cas sur 5 pour les relations et communication (59,0 %) et pour les fonctions instrumentales et exécutives (58,5 %) et dans 53,5 % des cas pour le travail sur l'espace et le temps.

Figure 31 – Niveau de réalisation de l'objectif principal des séances parmi les patients ayant terminé leurs séances : ESA, 2018



Non-réponses : 101 structures (26,2 %)

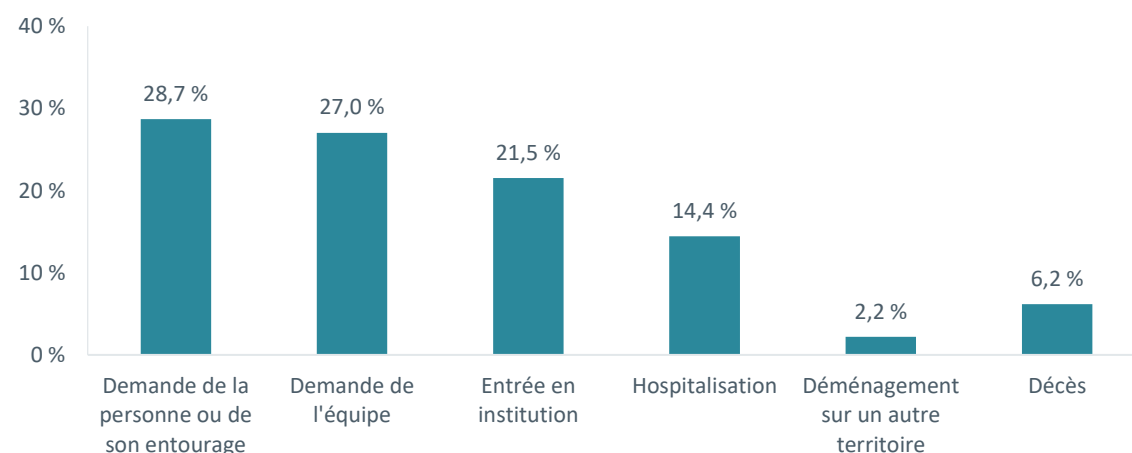
Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

7.3.8. Fin de prise en charge

En 2018, 15,8 personnes en moyenne au sein de chaque ESA ont arrêté les séances des ESA avant la fin prévue, ce qui représente 15,8 % de l'ensemble des personnes reçues dans l'année.

Les raisons principales de ces arrêts anticipés sont une demande de la personne ou de son entourage (28,7 %) ou une demande de l'équipe ESA (27,0 %) (figure 32). Pour 21,5 % de ces personnes, la raison est une entrée en institution et pour 14,4 % d'entre elles, il s'agit d'une hospitalisation. Plus rarement, l'arrêt anticipé est dû au décès de la personne (6,2 %) ou à un déménagement (2,2 %).

Figure 32 - Motifs d'arrêt anticipé en cas de fin de prise en charge précoce : ESA, 2018



Non-réponses : 6 structures (1,6 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

7.3.1. Aidants soutenus

En 2018, 86 aidants ($\pm 59,7$) ont été soutenus en moyenne par chacune des ESA et la moitié des ESA ont soutenu au moins 75 aidants. Ainsi, au total, environ 31 200 aidants ont été soutenus par les 361 ESA analysées (taux de non-réponse : 6,2 %).

Les ESA du secteur public ont indiqué avoir réalisé davantage de soutien auprès des aidants. En effet, ces derniers ont en moyenne soutenu 91 aidants (± 64) contre 76 (± 47) pour les ESA du secteur privé. De plus, chaque ESA a en moyenne soutenu plus d'aidants lorsqu'elles sont implantées dans les grandes unités urbaines : en moyenne, 99 aidants ont été soutenus par les ESA situées dans les unités urbaines de 200 000 habitants ou plus contre 64 par les ESA implantées en zone rurale.

7.3.2. Personnel de l'ESA

En moyenne, les ESA emploient 6,8 ($\pm 3,9$) personnels de soins et d'accompagnement pour un nombre d'ETP moyen de 3,2 ($\pm 1,5$) (tableau 28).

Les assistants de soins en gérontologie (ASG) constituent les principaux intervenants en ESA puisqu'ils représentent 52,6 % de l'ensemble des ETP. Ainsi, en moyenne, les ESA emploient 1,7 ETP d'assistant de soins en gérontologie. Les aides-soignants et aides médico-psychologiques (AS/AMP), non formés en gérontologie, interviennent beaucoup plus rarement au sein des ESA, avec uniquement 6,3 % des ESA en disposant.

Des infirmiers coordinateurs (IDEC) sont également présents dans la quasi-totalité des ESA (92,9 %), bien que leur temps de présence soit relativement faible. Ainsi, ils représentent 9,6 % de l'ensemble des ETP, pour un nombre moyen de 0,3 ETP par ESA.

Les ergothérapeutes sont également l'un des acteurs principaux des ESA et sont présents dans la grande majorité des ESA (79,0 %). En termes d'ETP, ils sont les professionnels les plus représentés après les ASG puisqu'ils représentent 23,6 % des ETP pour un nombre moyen de 0,8 ETP. Les psychomotriciens sont quant à eux moins fréquemment présents au sein des ESA, moins de la moitié en employant un (46,2 %). Ils constituent toutefois 11,9 % de l'ensemble des ETP des ESA.

En comparaison à 2013, les effectifs des ESA en ETP ont sensiblement augmenté, le nombre moyen d'ETP étant de 2,7 ($\pm 0,9$) en 2013. La présence des différents types de professionnels au sein des ESA n'a pas évolué, excepté une baisse des AS-AMP présents (10,5 % en 2013).

Tableau 28 - Personnel intervenant selon le type de professionnels : ESA, 2018

	Part des ESA ayant indiqué au moins un intervenant	Répartition des ETP	Nombre moyen d'ETP
IDEC	92,9 %	9,6 %	0,31
Ergothérapeute	79,0 %	23,6 %	0,76
Psychomotricien	46,2 %	11,9 %	0,38
ASG	98,4 %	52,6 %	1,69
AS/AMP	6,3 %	2,3 %	0,08
Ensemble du personnel		100,0 %	3,22

Non-réponses : 4 structures (1,0 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

La quasi-totalité des ESA disposent d'au moins un ergothérapeute ou un psychomotricien (99,2 %) et un quart des ESA (26,0 %) emploient les deux types de professionnels. La moitié (53,0 %) dispose uniquement d'un ergothérapeute et 20,2 % d'un psychomotricien. Ces proportions ne diffèrent pas de celles observées en 2013.

Les ergothérapeutes sont toutefois moins présents dans les grandes unités urbaines : 68,1 % des ESA en emploient dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants contre 90,2 % dans les unités urbaines de moins de 10 000 habitants. Le constat inverse s'observe pour les psychomotriciens qui sont employés dans 67,2 % des ESA implantées dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants contre 32,9 % dans celles de moins de 10 000 habitants.

7.4. Financement et coûts

En 2018, le total des dépenses des ESA a été estimé à environ 170 000 € (\pm 76 400), parmi les 328 ESA répondantes (taux de non-réponses : 14,8 %).

Parmi ces dépenses, les frais de personnels ont représenté 81,4 % des dépenses, soit un montant moyen de 138 600 € (\pm 60 000). Parmi ces frais, ceux financés au titre de l'ESA représentent 79,9 % des dépenses (136 000 € ; \pm 55 200). Les frais de déplacement représentent quant à eux 4,6 % du montant des dépenses, avec un montant moyen de 7 900 € (\pm 7 600). Enfin, les frais de formation atteignent 1,2 % des dépenses, avec en moyenne 2 100 € (\pm 2 400) dépensés par ESA.

La part des frais de déplacement dans les dépenses totales est relativement plus élevée dans les structures privées, celle-ci représentant 5,2 % des dépenses contre 2,9 % dans les ESA publiques. Ces frais de déplacement sont également décroissants avec la taille de l'unité urbaine. En effet, pour les structures implantées en zone rurale, les frais de déplacement atteignent 6,2 % des dépenses contre 3,9 % au sein des structures installées dans les unités urbaines d'au moins 200 000 habitants.

Pour financer leur structure, les ESA ont reçu en moyenne une dotation de financement de 185 000 € (\pm 79 700).

8. LES PLATEFORMES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE RÉPIT (PFR)

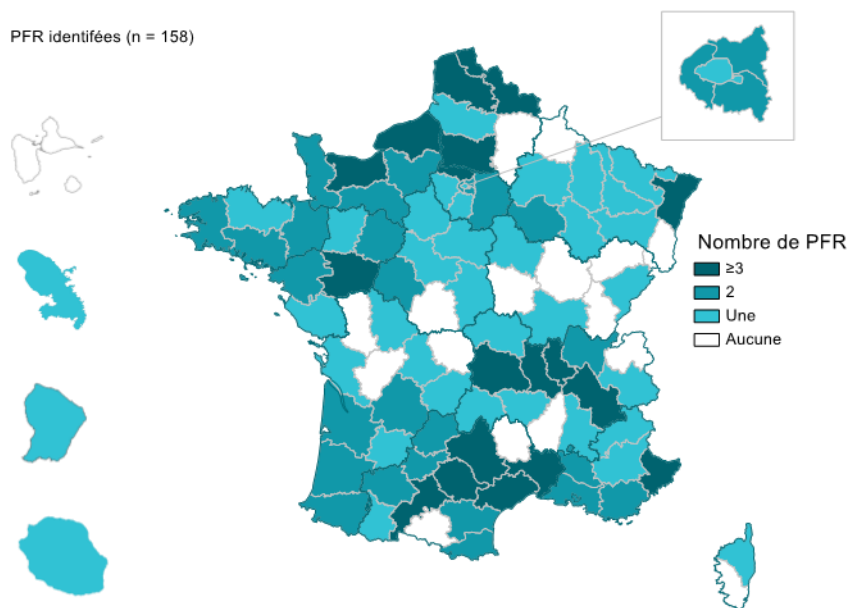
En 2018, 158 structures ont été identifiées dans l'enquête comme possédant une plateforme d'accompagnement et de répit (PFR). Parmi ces structures, 145 ont répondu à tout ou une partie du questionnaire (91,8 %). Les 18 structures ayant répondu à moins des deux tiers des questions de l'enquête n'ont pas été retenues pour l'analyse. Au total, l'analyse porte donc sur 127 structures disposant d'une activité d'hébergement temporaire, soit 80,4 % de l'ensemble des structures identifiées.

8.1. Couverture territoriale des PFR

Parmi les PFR identifiées (carte 13), aucune PFR n'est présente dans 18 départements, notamment dans la région Bourgogne Franche-Comté, et 37 départements ne disposent que d'une PFR. On retrouve, à l'inverse, au moins trois PFR dans 18 départements et en particulier en Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes et au nord de la France.

Pour l'analyse, 25 départements ne sont pas inclus dans l'analyse car ne disposant pas de PFR analysées.

Carte 13 - Nombre de PFR identifiées par département : PFR, 2018



Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Les PFR sont plus fréquentes dans les grandes unités urbaines avec un tiers des structures (32,3 %) implantées dans une unité urbaine de 200 000 habitants et plus. Elles sont a contrario très peu présentes en zone rurale avec seulement 10,1 % des PFR.

8.2. Profil des plateformes d'accompagnement et de répit

8.2.1. Statut des structures d'accueil

Les PFR analysées sont sensiblement plus souvent rattachées à un EHPAD (ou EHPA) avec 55,1 % concernées. Les autres PFR sont présentes au sein de centres d'accueil de jour autonomes (44,1 %) et une seule structure dépend d'un établissement expérimental pour personnes âgées.

Trois PFR sur cinq (59,1 %) sont de statut privé non lucratif et 37,8 % de statut public. Seules 3,2 % des PFR sont rattachées à une structure privée lucrative.

8.2.2. Date d'ouverture

Plus de deux PFR sur cinq (42,1 %) ont été créées avant 2013 et la même proportion (40,5 %) a été mise en place entre 2013 et 2016. 17,5 % des PFR ont ouvert récemment, en 2017 ou 2018, dont 18 structures (14,3 %) au cours de l'année 2018.

8.2.3. Projet de service spécifique

Plus des deux tiers (68,0 %) des PFR disposent d'un projet de service spécifique et formalisé pour son activité. Cette proportion ne varie pas significativement selon la catégorie de la structure de rattachement et le statut juridique.

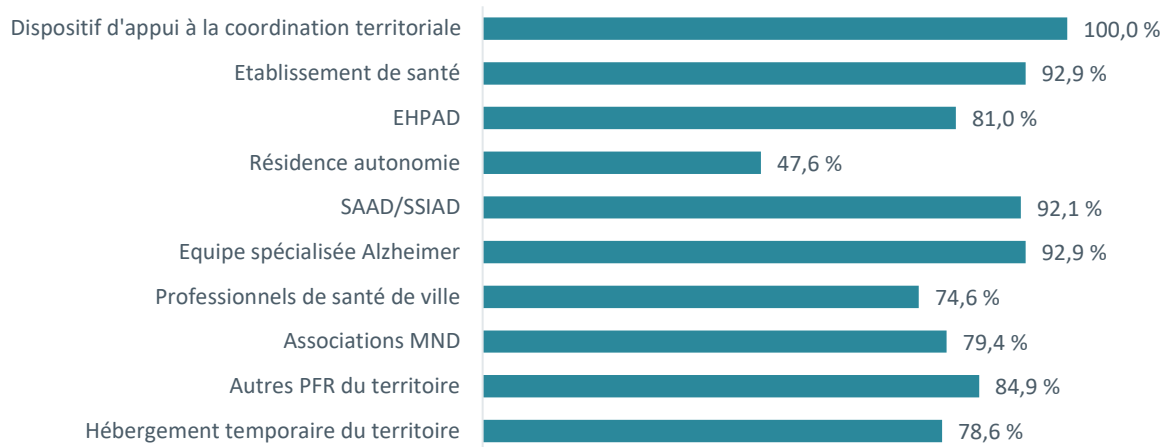
8.2.4. Partenariat et communication sur le territoire

L'ensemble des PFR mettent en place de nombreux partenariats avec les autres structures du territoire d'implantation. Ainsi, la totalité dispose d'au moins un partenariat et plus de la moitié (54,8 %) des PFR ont cité neuf types de partenariat parmi les dix types proposés.

Dans le détail (figure 33), la totalité des PFR a indiqué avoir un partenariat avec un dispositif d'appui à la coordination territoriale. Elles sont ensuite plus de 90 % à avoir comme partenaires des établissements de santé (92,9 %), des équipes spécialisées Alzheimer (92,9 %) et des SAAD/SSIAD (92,1 %). 84,9 % des PFR ont des partenariats avec d'autres PFR du territoire et près de huit sur dix ont des relations avec des EHPAD (81,0 %) et avec des associations sur les maladies neurodégénératives (79,4 %) ou des hébergements temporaires (78,6 %). Les partenariats avec les professionnels de santé de ville concernent les trois quarts des structures (74,6 %). Enfin, seuls les partenariats avec les résidences autonomie sont mis en place dans moins de la moitié des PFR (47,6 %).

Les PFR rattachées à un centre d'accueil de jour autonome disposent de moins de partenariats que les celles rattachées à un EHPAD en ce qui concerne les relations avec les EHPAD (72,7 % contre 88,6 %) et celles avec les hébergements temporaires (69,1 % contre 87,1 %). De plus, les structures privées sont plus nombreuses à avoir mis en place des partenariats avec les professionnels de santé de ville (80,8 %) qu'au sein des structures publiques (64,6 %).

Figure 33 - Les partenariats avec la structure : PFR, 2018



Non-réponses : 1 structures (0,8 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

La grande majorité des PFR ont mis en place une démarche de communication sur leur territoire (95,9 %).

8.3. Activité des plateformes d'accompagnement et de répit

81

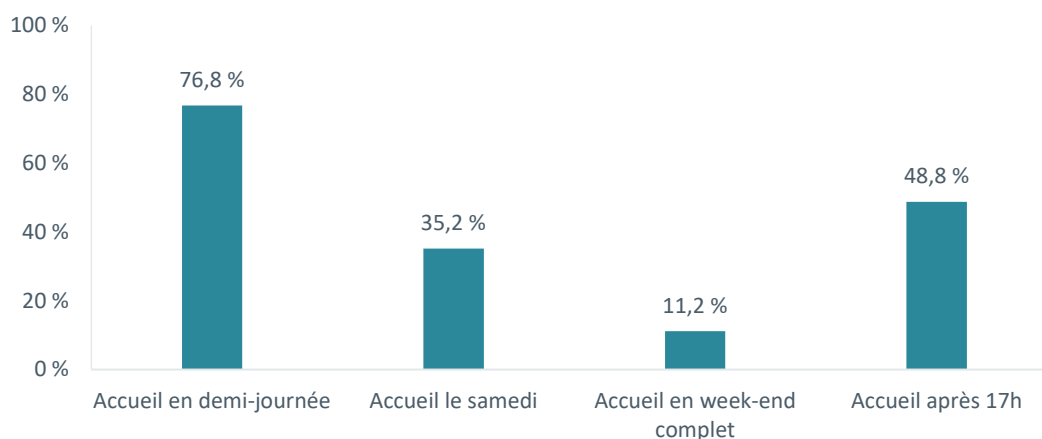
8.3.1. Plage d'ouverture

Les PFR analysées sont en moyenne ouvertes 243 jours par an (± 56), dont la moitié plus de 251 jours.

La grande majorité (81,9 %) peuvent proposer des accueils au sein des structures sur des créneaux particuliers. Ainsi, plus des trois quarts des PFR (76,8 %) accueillent en demi-journée et près de la moitié (48,8 %) sur des horaires tardifs (après 17h). De façon moins fréquente, plus d'un tiers (35,2 %) proposent des accueils le samedi et seulement 11,2 % sur l'ensemble du week-end (figure 34).

L'accueil après 17h est plus fréquent dans les PFR privées (61,5 %) que dans les PFR publiques (36,2 %).

Figure 34 - Créneaux d'ouverture particuliers : PFR, 2018



Non-réponses : 2 structures (1,6 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

8.3.2. Ressources en personnel

En moyenne, les PFR emploient chacune 4,9 personnes ($\pm 3,3$) pour 2,2 ETP ($\pm 1,3$) en 2018 (tableau 29). Parmi ces emplois, 3,3 ($\pm 2,6$) personnes sont employées en tant que personnels de soins et d'accompagnement pour 1,6 ($\pm 1,3$) ETP.

Les assistants de soins en gérontologie (ASG) sont les plus présents au sein du personnel des PFR. En effet, les ASG représentent 25,9 % de l'ensemble des ETP avec en moyenne 0,6 ETP dans les PFR. Ils sont toutefois présents dans seulement la moitié des PFR (46,8 %). En complément de ces professionnels, on retrouve également des aides-soignants ou aides médico-psychologiques (AS-AMP) dans un tiers des PFR (34,1 %) et des auxiliaires de vie sociale (AVS) dans 11,9 % des PFR, qui représentent ensemble 15,8 % des ETP avec 0,35 ETP en moyenne. Des psychologues sont quant à eux employés dans les trois quarts des PFR (75,4 %) et correspondent à 19,0 % de l'ensemble des ETP pour 0,4 ETP en moyenne.

On retrouve également des infirmiers dans trois PFR sur dix (29,4 %) et des assistantes sociales ou conseillers en économie sociale et familiale dans 18,3 % des structures. L'intervention d'ergothérapeutes (7,9 %) ou de psychomotriciens (4,0 %) est rare.

En plus de ces professionnels de soins et d'accompagnement, 57,9 % des PFR disposent de personnes assurant la fonction de coordination de la plateforme, celles-ci représentant 15,6 % de l'ensemble des ETP. Les PFR sont également 42,1 % à employer du personnel administratif, à hauteur de 6,9 % des ETP. Enfin, près d'un quart (23,0 %) ont également déclaré d'autres types de personnel.

Les PFR implantées en EHPAD sont plus nombreuses à employer des ASG (57,1 %) que les centres d'accueil de jour autonomes (34,6 %), ces derniers ayant davantage d'AS-AMP non formés en gérontologie (41,8 % contre 27,1 %).

Les PFR en structure privée disposent moins fréquemment d'infirmiers (23,1 %) et d'ASG (38,5 %) que dans les structures publiques (respectivement 39,6 % et 60,4 %).

Tableau 29 – Personnel intervenant selon le type de professionnels : PFR, 2018

	Part des PFR ayant indiqué au moins un intervenant	Répartition des ETP	Nombre moyen d'ETP
Infirmier	29,4 %	7,9 %	0,18
Ergothérapeute	7,9 %	0,9 %	0,02
Psychomotricien	4,0 %	0,4 %	0,01
ASG	46,8 %	25,0 %	0,56
AS/AMP (non formés ASG)	34,1 %	12,9 %	0,29
Auxiliaire de vie sociale	11,9 %	2,9 %	0,06
Psychologue	75,4 %	19,0 %	0,42
Assistante sociale - CESF	18,3 %	4,7 %	0,10
Personnels de soins et d'accompagnement	96,8 %	73,7 %	1,64
Personnel administratif	42,1 %	6,9 %	0,15
Personnel assurance la fonction de coordination de la PFR	57,9 %	15,6 %	0,35
Autre personnel	23,0 %	3,8 %	0,09
Ensemble du personnel		100,0 %	2,22

Non-réponses : 1 structures (0,8 %)

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

8.3.3. Fréquentation et bénéficiaires

Parmi les PFR analysées, 304 personnes (± 426) ont consulté en moyenne chaque PFR, y compris par téléphone, et la moitié a été consultée par au moins 195 personnes. Ce nombre est toutefois très variable d'une PFR à l'autre. En moyenne mensuelle, cela représente 26,3 personnes ($\pm 35,5$) par PFR.

Les aidants ayant contacté la plateforme sont quant à eux au nombre de 206 (± 245) par an en moyenne par PFR. En s'intéressant plus précisément aux aidants ayant bénéficié d'une prestation (tableau 30), 201 personnes (± 269) ont été concernées en moyenne dans chaque PFR, soit 17,8 ($\pm 22,7$) personnes par mois (en année pleine). Au total, 24 374 personnes ont bénéficié de prestations fournies par les PFR en 2018 (121 répondants). Le nombre de journées réalisées par les aidants a été précisé par 97 PFR. Ce nombre est ainsi de 214 (± 228) journées en moyenne par an, soit 18,1 journées mensuellement.

De plus, un quart des PFR (26,0 %) dispose d'une liste d'attente pour leur activité.

Tableau 30 - Fréquentation de la structure : PFR, 2018

	Nombre de structures répondantes	Nombre total	Moyenne	Écart type	Médiane
Aidants ayant bénéficié d'une prestation	121	24374	201,4	269,5	140
Journées réalisées par des aidants	97	20748	213,9	228,3	232

Non-réponses : 8 structures (6,3 %) pour nombre d'aidants ; 30 structures (23,6 %) pour nombre de journées

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

Parmi les aidants ayant bénéficié d'une prestation, 72,8 % ont eu au moins une prestation sans la personne qu'ils aident et 30,4 % ont eu au moins une prestation en couple aidant-aidé (tableau 31). Ainsi, en moyenne, 145 aidants seuls ont bénéficié d'une prestation et 61 aidants d'une prestation en groupe (aidant-aidé). Les prestations des aidants seuls sont principalement réalisées individuellement, avec 52,9 % des aidants concernés et 24,2 % ayant eu une prestation collective. À l'inverse, les prestations en couple aidant-aidé sont plus fréquemment réalisées collectivement, avec 21,8 % des aidants ayant eu ce type de prestation et 10,2 % ayant bénéficié d'une prestation en couple aidant-aidé individuelle.

Tableau 31 - Type de prestations réalisées et bénéficiaires : PFR, 2018

	Nombre de structures répondantes	Nombre moyen d'aidants	Part parmi l'ensemble des aidants*
Aidants seuls	111	145,3	72,8 %
Prestation individuelle	102	102,6	52,9 %
Prestation collective	102	46,9	24,2 %
Aidants en groupe (aidant-aidé)	111	60,7	30,4 %
Prestation individuelle	101	20,5	10,2 %
Prestation collective	101	44,0	21,8 %

* Parmi les aidants ayant bénéficié d'une prestation et ayant répondu aux questions

Note de lecture : En 2018, 72,8 % de l'ensemble des aidants seuls ayant bénéficié de prestations ont réalisé au moins une prestation, sans la personne aidée, et 52,9 % de l'ensemble des aidants ont réalisé une prestation individuelle seul.

Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – **Exploitation** : CREAI-ORS Occitanie

Parmi les aidants reçus, plus de deux sur cinq (42,7 %) sont âgés de 75 ans et plus. Toutefois, seules 91 structures ont répondu à cette question.

Les aidants sont principalement les conjoints des personnes aidées, avec 57,4 % des aidants concernés. Il s'agit des enfants des aidés dans un tiers des cas (34,2 %) et des parents dans 2,0 % des cas. Sa relation par rapport à l'aidé est autre pour 6,4 % des aidants.

8.3.4. Activités en PFR

Plus des trois quarts (76,6 %) des PFR ont indiqué réaliser des activités spécifiques à destination des aidants de personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

Lorsque des activités sont réalisées, 84,2 % des structures (80) ont indiqué le nombre d'aidants en ayant bénéficié selon la maladie de la personne aidée. Ainsi, il s'agit dans la grande majorité (91,3 %) d'aidants de malades Alzheimer ou d'une maladie apparentée, avec en moyenne 134 aidants concernés par PFR lorsque des activités sont proposées. De plus, 7,8 % de ces aidants sont des aidants de personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou apparentée et moins de 1 % (0,9 %) sont des aidants de personnes atteintes d'une sclérose en plaques.

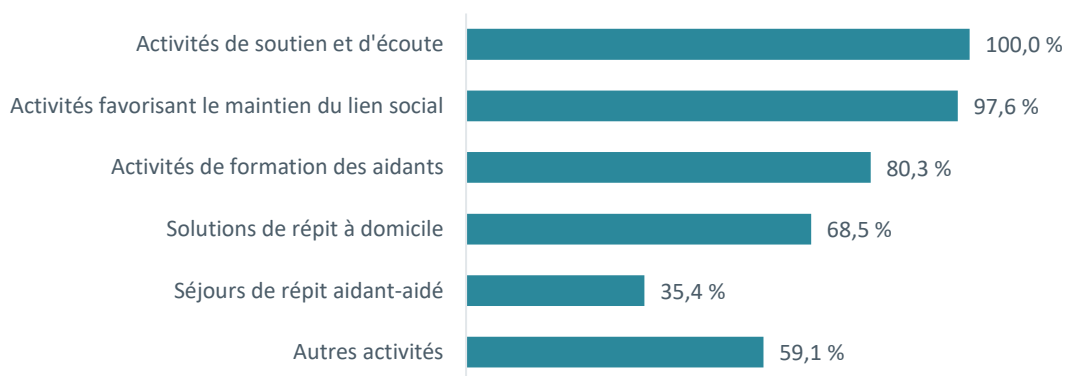
En plus de ces activités spécifiques, l'ensemble des PFR ont indiqué réaliser des activités de soutien et d'écoute et la quasi-totalité (97,6 %) des activités favorisant le maintien du lien social (figure 35). Elles sont également quatre sur cinq (80,3 %) à proposer des ateliers de formation des aidants et plus de

deux tiers (68,5 %) des solutions de répit à domicile. Les séjours de répit aidant-aidé sont moins fréquents et 35,4 % des PFR en réalisent.

Enfin 59,1 % des PFR ont indiqué proposer d'autres types d'activités ou ont précisé ces activités. Sur les 75 PFR ayant précisé une activité, 24 (32,0 %) font référence à des ateliers bien-être (sophrologie, relaxation), 12 (16,0 %) à des groupes de parole ou café des aidants, 11 (14,7 %) à des sorties culturelles ou activités ludiques, 9 (12,0 %) à des activités physiques et 6 (8,0 %) à des activités artistiques.

Les séjours aidant-aidé sont plus souvent proposés au sein des PFR rattachées à un centre d'accueil de jour autonome (46,4 %) que dans celles rattachées à un EHPAD (27,1 %).

Figure 35 - Les activités de la plateforme : PFR, 2018



Source : Données d'activité 2018 DREES-CNSA, DGCS – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

8.1. Financements des plateformes d'accompagnement et de répit

Les PFR disposent de différentes sources de financement pour leur activité. Ainsi, parmi les PFR ayant indiqué un financement (119), l'ARS est citée comme financeur par 97,5 % des PFR, les usagers par 34,5 % des PFR et le Conseil départemental par 14,3 % des PFR. La commune (5,9 %) et la CNAV (0,8 %) participent moins souvent au financement des structures et 27,7 % des PFR citent également d'autres financeurs.

Parmi ces financeurs, la dotation de l'ARS représente 88,0 % de l'ensemble des financements perçus par les PFR en 2018. Les autres financeurs représentent 3,7 % pour le Conseil départemental et 1,6 % chacun pour la commune et les usagers. 4,9 % du financement dépend d'autres sources de revenu.

9. SYNTHÈSE

Menée dans le cadre du plan « Maladies neurodégénératives » 2014-2019, cette analyse des rapports d'activité 2018 des établissements médico-sociaux permet de brosseur un portrait des différents types de dispositifs mis en place pour répondre aux besoins des personnes concernées et de leur entourage.

Reprenant le même modèle d'enquêtes que celles menées annuellement sur la période 2009-2014 dans le cadre du plan national Alzheimer, cette analyse met en exergue également un certain nombre d'évolutions marquantes de ces dispositifs.

Au niveau de la réalisation de l'enquête, trois évolutions sont ainsi à souligner :

- La participation à cette enquête en ce qui concerne les dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire est en recul par rapport à la dernière enquête réalisée en 2014 et portant sur l'activité 2013. Un peu moins des trois cinquièmes des accueils de jour ont répondu en 2019 et un peu moins de la moitié des hébergements temporaires. Le niveau de complétude des questionnaires est également en recul. Au total, les situations où le niveau de complétude des questionnaires est suffisant pour être analysé (les deux tiers des questions renseignées) portent sur moins de la moitié des accueils de jour et des hébergement temporaires, respectivement 49 % et 37 %.
- En revanche, la participation pour les dispositifs plus spécifiques de type équipe spécialisée Alzheimer, pôle d'activité et de soins adaptés et unité d'hébergement renforcé est en progression par rapport aux enquêtes précédentes : les taux de participation varient entre 92 % et 99 % et le taux de questionnaires complétés à plus de 66 % varie entre 81 % et 97 %. De ce fait, les questionnaires pouvant être exploités utilement portent sur 75 % à 96 % des dispositifs concernés.
- L'enquête a également porté sur un nouveau dispositif, à savoir les plateformes d'accompagnement et de répit. Le niveau de participation et la complétude des questionnaires les concernant sont également élevés, comme pour les dispositifs spécifiques : avec des valeurs respectives de 92 % et de 88 %, cela permet de disposer d'un corpus de données analysables concernant les quatre cinquièmes des structures.

Une vigilance particulière est à avoir vis-à-vis des résultats concernant les accueils de jour et les hébergements temporaires. Les résultats présentés ici, compte-tenu du niveau de participation et du niveau de complétude des questionnaires, ne portent que sur la moitié des accueils de jour et un peu plus du tiers des hébergements temporaires. Il est fort probable que ce sont les établissements qui sont le plus mobilisés et actifs autour de la question de l'accueil et de l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives qui ont le plus répondu. Le tableau qui peut être brosseur de ces deux modalités de prise en charge, à partir des données présentées, correspond donc sans doute à une vision plus favorable que la réalité de l'ensemble des établissements concernés. D'un autre côté, cela montre aussi ce que des établissements et services qui se mobilisent dans ce domaine sont capables de proposer. Cette remarque est valable pour les accueils de jour et les hébergements temporaires, les autres dispositifs analysés se caractérisant par des taux de participation et de complétude qui ne rendent pas nécessaires cette précaution de lecture.

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

- Au niveau des **accueils de jour**, l'ensemble du territoire est couvert par cette offre mais avec des variations entre les territoires du nombre de places en unité d'accueil de jour rapportées à la population des personnes âgées. Dans un cas sur cinq, les accueils de jour sont organisés de manière indépendante des établissements d'hébergement pour personnes âgées (dépendantes ou non). La part des accueils de jour sans locaux dédiés est relativement faible (moins d'un sur huit) et ils disposent le plus souvent de projets d'établissement spécifiques (près des trois quarts). La majorité des accueils de jour ont développé des partenariats avec les structures et dispositifs de leur entourage géographique. Afin de faciliter la venue des personnes concernées, la plupart des accueils de jour déclarent avoir mis en place une organisation des transports et cette proportion est en progression par rapport à la situation observée cinq ans plus tôt. L'activité des accueils de jour est en augmentation avec un nombre moyen de personnes accueillies par structure plus élevé et un nombre de journées réalisées également en augmentation. Pour autant, les listes d'attente ne sont pas plus nombreuses en 2018 qu'en 2013. Les accueils de jour accueillent très majoritairement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (près de neuf cas sur dix) et ces personnes ont un niveau de dépendance élevé. Le taux d'occupation moyen des accueils de jour est en augmentation par rapport à 2013 et est significativement plus élevé pour les centres d'accueil de jour que pour les accueils de jour inclus dans un établissement pour personnes âgées. Enfin, un quart des accueils de jour développent des activités spécifiquement à destination des aidants.
- Une offre en **hébergement temporaire** est également présente dans tous les départements mais avec, là aussi, des disparités de taux d'équipement (nombre de places rapporté à la population des personnes âgées). Une caractéristique des hébergements temporaires est le fait que l'offre est souvent organisée autour d'une capacité limitée : dans près d'un cas sur deux, les établissements proposent une ou deux places en hébergement temporaire et seules 6 % des structures proposent 10 places ou plus. En corollaire, un projet spécifique est plus rarement retrouvé. Cependant, les hébergements temporaires s'inscrivent souvent dans un tissu partenarial, retrouvé dans les trois quarts des cas. On n'observe pas d'évolution significative du niveau d'activité des hébergements temporaires par rapport à 2013. Parmi le public accueilli, la moitié présente une des maladies neurodégénératives ciblées par le plan, le plus souvent une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (neuf fois sur dix), plus rarement une maladie de Parkinson et exceptionnellement des personnes atteintes de sclérose en plaques. Par rapport à 2013, il faut souligner que le taux d'occupation des hébergements temporaires est en progression, avoisinant les 60 %. Une liste d'attente est mise en place dans un tiers des cas.
- Des **pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)** sont maintenant présents dans tous les départements alors que 7 départements en étaient dépourvus en 2013. Des variations de taux d'équipement sont cependant observées entre les territoires. Des locaux dédiés existent le plus souvent (huit fois sur dix). Les PASA accueillent en moyenne un peu plus de 30 personnes chaque année et, dans la plupart de cas, il s'agit de résidents de l'EHPAD dans lequel le PASA est implanté. Des listes d'attente existent dans près de trois pôles sur dix, constituées alors en moyenne de 13 personnes. L'augmentation du nombre de PASA observée depuis 2013 s'est accompagnée d'une évolution de la population accueillie : on observe que le nombre global de personnes atteintes de

la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est relativement stable mais que la part des personnes atteintes d'autres pathologies, en particulier de la maladie de Parkinson, est en progression, traduisant un accueil plus important de personnes concernées par ce type de maladie. Dans la quasi-totalité des cas, des projets spécifiques sont élaborés pour répondre aux besoins des personnes.

- Les **unités d'hébergement renforcées (UHR)** sont présentes dans 85 des 100 départements français (hors Mayotte). Parmi les régions françaises, deux sont dépourvues de places en unité d'hébergement renforcé : la Guadeloupe et la Guyane. Près d'une UHR sur cinq a commencé son activité au cours des trois dernières années (2016-2018). En moyenne, chaque UHR dispose d'une file active de 21 résidents. Des listes d'attente sont présentes dans les deux tiers des unités avec en moyenne 8 personnes inscrites. Les personnes accueillies en UHR se caractérisent par un niveau cognitif fortement détérioré reflété par un score au MMSE bas : dans les deux tiers des cas, le score moyen au MMSE est inférieur à 9. Les problèmes d'agitation et d'agressivité d'une part et de désinhibition d'autre part sont les troubles principaux les plus souvent mis en avant. Les pathologies présentées par les personnes accueillies en UHR sont très majoritairement des maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées (plus de huit fois sur dix), avant les pathologies psychiatriques et la maladie de Parkinson ou maladie apparentée.
- Au moins une **équipe spécialisée Alzheimer** est présente dans chacun des départements, aussi bien en métropole qu'en outre-mer, alors que trois départements en étaient dépourvus en 2013. Cependant, des disparités d'offre entre territoires existent. Le nombre de personnes bénéficiant d'un accompagnement par une équipe spécialisée Alzheimer a fortement progressé : elles sont 1,9 fois plus nombreuses en 2018 qu'en 2013, en lien essentiellement avec la progression du nombre moyen de personnes accompagnées par chaque équipe. Au niveau des caractéristiques des personnes accompagnées, on note qu'il s'agit majoritairement de personnes présentant une pathologie de type maladie d'Alzheimer ou apparentée. Il faut noter que dans un cas sur sept, le diagnostic n'est pas posé. Les personnes accompagnées ont bénéficié en moyenne d'une douzaine de séances en 2018, avec une durée moyenne de prise en charge de près de quatre mois. Il faut souligner également que les équipes spécialisées Alzheimer ont soutenu en moyenne 86 aidants chacune, soit plus de 31 000 au total au cours de l'année par l'ensemble de ce dispositif.
- La couverture du territoire par les **plateformes de répit** en 2018 concernait au moment de l'enquête 82 départements. Ces plateformes sont, en proportion, d'abord rattachées à un EHPAD ou à un EHPA, avant les centres d'accueil de jour autonomes. Près des deux tiers des plateformes possèdent un projet de service spécifique et elles sont nombreuses à mettre en place des partenariats avec les autres structures du territoire afin de remplir leur mission. La plupart proposent un accueil au sein des structures porteuses sur des créneaux horaires spécifiques. En moyenne, elles sont dotées d'un peu plus de 2 ETP (pour près de 5 personnes employées). Un peu plus de 300 personnes, en moyenne, ont consulté chaque plateforme, y compris par téléphone. Les aidants ayant contacté ces plateformes sont, en moyenne, au nombre de 201. Près de 25 000 personnes ont bénéficié d'une prestation par une plateforme et près de 21 000 journées d'activité ont été réalisées par des aidants. Les trois quarts des plateformes réalisent des activités spécifiques à destination des aidants de personnes atteintes de maladies neurodégénératives.