



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ



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

ANNEE 2012

Septembre 2013

Table des matières

I	Contexte et objectif de l'étude.....	5
II	Méthodologie	6
II.1	Méthodologie de l'enquête.....	6
II.2	Méthodologie de l'apurement des données.....	7
II.2.1	Accueil de jour.....	8
II.2.2	Hébergement temporaire	9
II.2.3	Équipes spécialisées Alzheimer à domicile.....	10
II.2.4	Pôles d'activité et de soins adaptés	10
II.2.5	Unités d'hébergement renforcées	11
II.3	Méthodologie de l'analyse	11
III	Les unités d'Accueil de Jour (AJ) pour personnes âgées en 2012	12
III.1	Profil des unités AJ	12
III.1.1	Capacité d'accueil des unités d'AJ.....	13
III.1.2	Locaux des unités d'AJ.....	15
III.1.3	Projet d'établissement spécifique.....	16
III.1.4	Partenariats	16
III.2	Activité des unités d'accueil de jour.....	18
III.2.1	Plage d'ouverture	18
III.2.2	Personnels d'accompagnement et de soins dédiés aux usagers de l'accueil de jour ...	19
III.2.3	Bénéficiaires et fréquentation.....	23
III.2.4	Ratio d'exploitation	25
III.2.5	Liste d'attente	26
III.2.6	Organisation des transports.....	26
III.2.7	Accueil itinérant	28
III.2.8	Activités à destination des aidants familiaux.....	28
III.3	Financements et coûts	28
III.3.1	Tarifs journaliers.....	28
III.3.2	Dotation financière extra-légale (Conseil général, autre provenance).....	29
III.4	Communication autour de l'accueil de jour	29
III.5	Activité des accueils de jour respectant les obligations réglementaires	29
IV	Les unités d'Hébergement Temporaire (HT) pour personnes âgées en 2012.....	37
IV.1	Profil des établissements	37
IV.1.1	Capacité d'accueil.....	38
IV.1.2	Projet d'établissement spécifique.....	38
IV.1.3	Partenariats	38
IV.2	Activité des unités d'hébergement temporaire	39
IV.2.1	Nombre de journées d'ouverture	39
IV.2.2	Ratio d'exploitation	40
IV.2.3	Bénéficiaires et fréquentation.....	41
IV.2.4	L'entrée en hébergement temporaire et les motifs de recours.....	43
IV.2.5	Période de l'année.....	44
IV.2.6	La sortie d'hébergement temporaire	44
IV.3	Financements et coûts	45
IV.3.1	Tarif journalier	45
IV.4	Communication autour de l'hébergement temporaire	46
IV.5	Difficultés rencontrées par les établissements d'hébergement temporaire.....	47

V	Les Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile en 2012 (ESAD)	48
V.1	Profil des équipes spécialisées Alzheimer à domicile	48
V.1.1	Structure porteuse	48
V.1.2	Date d'ouverture	48
V.1.3	Couverture territoriale et populationnelle.....	49
V.2	Activité des équipes spécialisées Alzheimer à domicile.....	50
V.2.1	Patients reçus	50
V.2.2	Diagnostic motivant la demande.....	50
V.2.3	Score au Mini Mental State Examination (MMSE) et niveau de dépendance	51
V.2.4	Nombre de séances et prescripteurs	53
V.2.5	Objectif principal des séances d'ESAD	54
V.3	Professionnels constituant les ESAD	55
V.4	Dotations financières	56
VI	Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés en 2012 (PASA)	58
VI.1	Profil des pôles d'activités et de soins adaptés.....	58
VI.1.1	Implantation des PASA	58
VI.1.2	Structure porteuse	59
VI.1.3	Date d'ouverture et de labellisation, subvention d'investissement	60
VI.1.4	Nombre de places en PASA	61
VI.2	Activité des pôles d'activités et de soins adaptés	61
VI.2.1	Résidents pris en charge.....	61
VI.2.2	Score au Mini Mental State Examination (MMSE)	62
VI.2.3	Diagnostics posés pour les résidents.....	62
VI.2.4	Troubles psycho comportementaux.....	63
VI.2.5	Traitements	65
VI.3	Fonctionnement des pôles d'activités et de soins adaptés	66
VI.3.1	Typologie des PASA	66
VI.3.2	Activités	68
VI.3.3	Sorties des PASA.....	69
VI.3.4	Ressources en personnel.....	70
VI.3.5	Financement	71
VII	Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) pour personnes âgées	72
VII.1	Profil des unités d'hébergement renforcées.....	72
VII.1.1	Implantation des UHR	72
VII.1.2	Les structures porteuses	73
VII.1.3	Date d'ouverture et subvention d'investissement.....	74
VII.1.4	Nombre de places en UHR	74
VII.2	Activités des unités d'hébergement renforcées	75
VII.2.1	Résidents pris en charge.....	75
VII.2.2	Score au Mini Mental State Examination (MMSE)	75
VII.2.3	Diagnostics posés pour les résidents.....	75
VII.2.4	Troubles psycho comportementaux.....	76
VII.2.5	Nature des traitements médicamenteux reçus	78
VII.3	Fonctionnement des unités d'hébergement renforcées	79
VII.3.1	Typologie des UHR.....	79
VII.3.2	Les sorties de l'UHR.....	81
VII.3.3	Ressources en personnel.....	82
VII.3.4	Moyens financiers	83
VII.3.5	Partenariat(s).....	84
VIII	Synthèse, discussion et recommandation pour les enquêtes ultérieures	85
IX	Table des illustrations.....	87

I Contexte et objectif de l'étude

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

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

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

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

Aujourd'hui, plus de 4 600 établissements et services médicosociaux disposent d'une autorisation pour un ou plusieurs de ces services.

En s'appuyant sur l'article R 314-50 du code de l'action sociale et de la famille qui prévoit que, chaque année, les établissements et services médicosociaux produisent un rapport d'activité, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), en partenariat avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), mettent en œuvre depuis 2008 une enquête annuelle permettant une remontée d'information sur les caractéristiques, l'activité et le financement des services développés dans le cadre du plan Alzheimer. Initialement, cette enquête annuelle ciblait les accueils de jour et les hébergements temporaires. Depuis l'enquête 2012 (portant sur l'activité 2011), sont également concernés les équipes spécialisées Alzheimer à domicile, les pôles d'activité et de soins adaptés et les unités d'hébergement renforcées.

Le champ et le contenu de ces remontées d'informations sont définis annuellement par arrêtés. Pour l'enquête 2013 portant sur l'activité 2012, ces arrêtés datent du 9 avril 2013. L'enquête cible ainsi chacun des services mentionnés ci-dessus : accueil de jour, hébergement temporaire, équipe spécialisée Alzheimer à domicile, pôle d'activité et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées. L'analyse des données collectées a été confiée au CREA-ORS Languedoc-Roussillon.

II Méthodologie

II.1 Méthodologie de l'enquête

Pour la réalisation de cette enquête, un fichier de 4 660 structures a été constitué par extraction du fichier FINESS (Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux). Cette extraction a concerné l'ensemble des établissements et services autorisés dans un des départements français (y compris ultra marins) et ayant une autorisation pour une des cinq activités ciblées par l'enquête :

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

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

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

	Accueil de jour		Hébergement temporaire		Équipes spécialisées Alzheimer à domicile		Pôles d'activité et de soins adaptés		Unités d'hébergement renforcées	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Maison de retraite	1 957	86,9	2 967	98,1	0	0,0	869	99,9	92	86,8
Logement foyer	9	0,4	18	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Centre de jour pour personnes âgées	277	12,3	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SPASSAD	0	0,0	0	0,0	19	5,7	0	0,0	0	0,0
SSIAD	0	0,0	0	0,0	314	94,3	0	0,0	0	0,0
Établissement de soins de longue durée	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	14	13,2
Établissement d'accueil temporaire pour personnes âgées	10	0,4	40	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	2 253	100,0	3 026	100,0	333	100,0	870	100,0	106	100,0

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

Les outils de recueil d'information sont constitués d'un bordereau décrivant la structure porteuse et d'un questionnaire pour chacune des cinq activités explorées. Le bordereau structure et les questionnaires utilisés pour les accueils de jour et les hébergements temporaires sont identiques en 2013 à ceux de l'année précédente. Pour les trois autres

activités, les questionnaires ont été adaptés pour tenir compte des enseignements de la 1^{ère} enquête portant sur l'activité 2011.

Chacune des structures ciblées par l'enquête a été destinataire d'un courrier de présentation de l'enquête adressé par la CNSA, les invitant à compléter en ligne sur un site internet sécurisé les questionnaires les concernant. À chaque structure, un identifiant et un mot de passe spécifique étaient communiqués avec ce courrier. Le site de collecte des réponses est resté ouvert et accessible aux structures du 29 avril au 13 juillet. Trois relances ont été effectuées par message électronique ou par téléphone auprès des structures qui ne s'étaient pas connectées au site et auprès de celles n'ayant pas validé leur saisie. Une assistance téléphonique était à disposition des structures concernées par l'étude. À l'issue de la période d'ouverture du site de collecte, les données ont été extraites et transmises pour analyse au CREAL-ORS Languedoc-Roussillon.

II.2 Méthodologie de l'apurement des données

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

Pour chacun des dispositifs, nous avons identifié, en dehors de la fiche d'identification, le nombre de questions « principales » c'est-à-dire auxquelles toutes les structures interrogées disposant du service étudié devaient répondre et le nombre de questions filtrées (c'est-à-dire dont la nécessité d'y répondre était conditionnée par une question antérieure). Certains groupes de questions ont été traités comme une seule question à renseigner : c'est le cas par exemple des questions sur le personnel. Pour celles-ci, le fait de répondre à une seule des questions du bloc suffisait pour considérer que le bloc de question avait été renseigné. Ainsi, il a été possible de déterminer, pour chaque structure, le nombre de questions auxquelles elle devait répondre et le nombre de questions auxquelles elle avait effectivement répondu. En se basant sur le choix de niveau de complétude retenu pour les analyses des années précédentes pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire – questionnaire retenu pour l'analyse à partir de 20 variables renseignées – nous avons déterminé le seuil correspondant en taux de variables renseignées. Ce seuil est de deux tiers des variables renseignées. Avec cette méthode, nous disposons d'un seuil homogène pour chacune des activités étudiées, quel que soit le nombre de variables constituant le questionnaire.

II.2.1 Accueil de jour

Les données du fichier FINESS ayant servi de base pour l'enquête permettent d'identifier 2 253 structures autorisées pour un accueil de jour (AJ). Parmi celles-ci, 75,5 % (soit 1 702 structures) ont une capacité installée en accueil de jour d'au moins une place. De plus, 30 structures non identifiées comme disposant d'un accueil de jour dans le fichier FINESS ont indiqué proposer ce service. La base interrogée en 2013 est plus large que les années précédentes, l'ensemble des structures autorisées étant interrogées quel que soit le nombre de places installées alors que précédemment, une partie des structures ayant une capacité installée nulle n'avaient pas été interrogées.

Tableau 2 : Participation des structures à l'enquête selon leur capacité d'accueil installée et taux de complétude- Accueil de jour

Proportion de variables principales renseignées	Activité AJ répertoriée dans FINESS						Activité AJ non répertoriée dans FINESS mais signalée par les structures	
	Capacité installée>0		Capacité installée=0		Total		Total	
Aucune - pas de réponse	404	24 %	391	71 %	795	35 %	4	13 %
1 à 33 %	73	4 %	110	20 %	183	8 %	2	7 %
34 à 66 %	99	6 %	17	3 %	116	5 %	4	13 %
67 à 99 %	1 115	66 %	33	6 %	1 148	51 %	20	67 %
100 % - toutes les variables	11	1 %	0	0 %	11	1 %	0	0 %
Total	1 702		551		2 253		30	
Taux de participation	76 %		29 %		65 %		87 %	
Taux de complétude > 66 % sur questionnaires renseignés	87 %		21 %		80 %		77 %	

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

Le taux de questionnaires non renseignés est en progression par rapport à l'année précédente, passant de 20 à 35 %. Ceci s'explique en partie par le fait que le nombre de structures interrogées est plus large, incluant des structures ayant une capacité installée nulle selon les données du fichier FINESS. Cependant, si on se concentre sur les seules structures ayant une capacité installée en accueil de jour non nulle, le taux de participation est quand même en recul par rapport à l'année précédente, passant de 82 % à 76 %.

Le niveau de complétude est stable d'une année sur l'autre : 84 % des questionnaires renseignés en 2012 et en 2013 avaient 20 questions ou plus renseignées ; et 79,5 % des structures ayant répondu en 2013 ont complété plus des deux tiers des variables principales.

II.2.2 Hébergement temporaire

Le fichier FINESS permet d'identifier 3 026 structures autorisées pour une activité d'hébergement temporaire (HT). Parmi celles-ci, 83,0 % (soit 2 510 structures) ont une capacité installée d'au moins une place d'hébergement temporaire. De plus, 57 structures non identifiées comme proposant un hébergement temporaire dans le fichier FINESS ont indiqué offrir ce service. Comme pour les accueils de jour, la base des structures interrogées en 2013 est plus large qu'en 2012, incluant des structures ayant une activité installée enregistrée comme nulle dans FINESS et qui n'avaient pas été interrogées les années précédentes.

Tableau 3 : Participation des structures à l'enquête selon leur capacité d'accueil installée et taux de complétude – Hébergement temporaire

Nombre de variables principales renseignées	Activité HT répertoriée dans FINESS				Activité HT non répertoriée dans FINESS mais signalée par les structures			
	Capacité installée > 0		Capacité installée = 0		Total			
Aucune - pas de réponse	792	32 %	400	77 %	1 192	39 %	14	25 %
1 à 33 %	95	4 %	47	9 %	142	5 %	2	4 %
34 à 66 %	168	7 %	13	3 %	181	6 %	4	7 %
67 à 99 %	1 215	48 %	45	9 %	1 260	42 %	32	56 %
100 % - toutes les variables	240	10 %	11	2 %	251	8 %	5	9 %
Total	2 510		516		3 026		57	
Taux de participation	69 %		22 %		61 %		75 %	
Taux de complétude > 66 % sur questionnaires renseignés	85 %		48 %		82 %		86 %	

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

Comme pour les accueils de jour, le taux de questionnaires non renseignés est en progression par rapport à 2011, passant de 23 à 39 %, en lien avec l'élargissement du champ des structures interrogées. Le recul de participation persiste cependant si on se concentre sur les seules structures ayant une capacité installée en hébergement temporaire non nulle, passant de 77 % à 69 %.

Le niveau de complétude est à la baisse : pour l'activité 2011, 91 % des questionnaires renseignés avaient 20 questions ou plus renseignées, alors que ce taux est de 82 % pour l'activité 2012 ; 82,5 % des questionnaires complétés sur l'activité 2012 en hébergement temporaire ont plus des deux tiers des variables principales renseignées.

II.2.3 Équipes spécialisées Alzheimer à domicile

Le fichier initial permet d'identifier 332 équipes spécialisées Alzheimer à domicile. Aucune équipe spécialisée Alzheimer non répertoriée dans le fichier initial n'a été identifiée.

Tableau 4 : Participation des structures à l'enquête selon leur capacité d'accueil installée et taux de complétude – Équipes spécialisées Alzheimer à domicile

Nombre de variables principales renseignées	Activité ESAD répertoriée dans FINESS	
	Total	
Aucune - pas de réponse	36	11 %
1 à 33 %	20	6 %
34 à 66 %	21	6 %
67 à 99 %	255	77 %
100 % - toutes les variables	0	0 %
Total	332	
Taux de participation	89 %	
Taux de complétude > 66 % sur questionnaires renseignés	86 %	

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

Dans un cas sur dix, le questionnaire n'a pas été complété. La proportion de questionnaires complétés ayant plus des deux tiers des variables principales renseignées est de 86 %.

II.2.4 Pôles d'activité et de soins adaptés

Le fichier FINESS permet d'identifier 870 structures proposant un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA). En sus, 24 structures non identifiées comme ayant un PASA dans le fichier FINESS ont indiqué offrir ce service.

Tableau 5 : Participation des structures à l'enquête selon leur capacité d'accueil installée et taux de complétude – Pôles d'activité et de soins adaptés

Nombre de variables principales renseignées	Activité PASA répertoriée dans FINESS		Activité PASA non répertoriée dans FINESS mais signalée par les structures	
	Total		Total	
Aucune - pas de réponse	343	39 %	7	29 %
1 à 33 %	51	6 %	1	4 %
34 à 66 %	32	4 %	1	4 %
67 à 99 %	316	36 %	10	42 %
100 % - toutes les variables	128	15 %	5	21 %
Total	870		24	
Taux de participation	61 %		71 %	
Taux de complétude > 66 % sur questionnaires renseignés	84 %		88 %	

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

Près des deux tiers des structures ont complété le questionnaire pour 2012, soit 527 structures. Elles étaient moitié moins l'année précédente (255). La proportion de questionnaires ayant plus des deux tiers des variables principales renseignées est de 84 %.

II.2.5 Unités d'hébergement renforcées

Le fichier ayant servi au lancement de l'enquête recense 106 structures proposant une unité d'hébergement renforcée (UHR). En cours d'enquête, quinze autres structures ont signalé cette activité sur le bordereau d'identification.

Tableau 6 : Participation des structures à l'enquête selon leur capacité d'accueil installée et taux de complétude – Unités d'hébergement renforcées

Nombre de variables principales renseignées	Activité UHR répertoriée dans FINESS		Activité UHR non répertoriée dans FINESS	
	Total		Total	
Aucune - pas de réponse	39	37 %	3	20 %
1 à 33 %	3	3 %	0	0 %
34 à 66 %	9	9 %	3	20 %
67 à 99 %	37	35 %	9	60 %
100 % - toutes les variables	18	17 %	0	0 %
Total	106		15	
Taux de participation	63 %		80 %	
Taux de complétude > 66 % sur questionnaires renseignés	82 %		75 %	

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

Près des deux tiers des structures ont complété le questionnaire pour 2012, soit 527 structures. Dans 81 % des cas, les questionnaires complétés comportent plus des deux tiers des variables principales renseignées.

II.3 Méthodologie de l'analyse

Le plan d'analyse utilisé pour les rapports sur l'activité 2011 des structures ciblées par l'enquête a été repris pour les accueils de jour et les hébergements temporaires. Pour les trois autres activités (ESAD, PASA et UHR), le plan d'analyse 2011 a été amendé pour tenir compte des modifications apportées aux questionnaires et avoir une cohérence d'analyse et de présentation des résultats avec les activités AJ et HT.

Après apurement des fichiers, en excluant les structures déclarant ne pas exercer l'activité ciblée, celles ayant débuté leur activité en 2013 et celles ayant un taux de complétude inférieur ou égal à deux tiers des variables principales renseignées, les analyses ont été conduites avec le logiciel SPSS 15.0 en utilisant les techniques d'analyses descriptives. Chaque fois que possible, les évolutions avec l'année 2011 ont été testées sur le plan statistique en utilisant les informations figurant dans le rapport d'étude correspondant. Les questions ouvertes ont été traitées avec le logiciel Sphynx Lexica en analysant les fréquences d'occurrence des mots.

III Les unités d'Accueil de Jour (AJ) pour personnes âgées en 2012

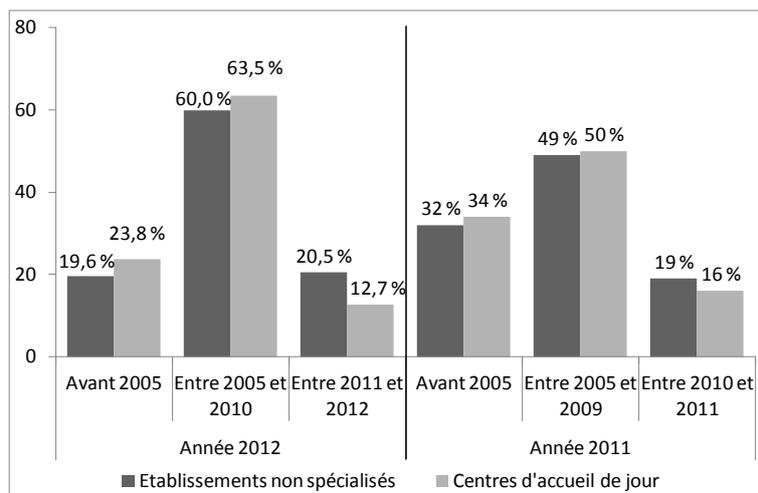
Lors du lancement de l'enquête 2012 sur l'activité des établissements médicosociaux, 2 253 structures étaient identifiées comme autorisées à avoir une activité d'accueil de jour. Au cours de l'enquête, 30 autres structures ont indiqué avoir une activité d'accueil de jour. Parmi ces 2 283 structures, 1 484 (65,0 %) ont répondu à tout ou partie du questionnaire. Un certain nombre de structures n'ont pas été retenues pour l'analyse : 8 car elles ont indiqué ne pas avoir d'activité d'accueil de jour en 2012 et 305 car elles avaient répondu à moins des deux tiers des questions composant le questionnaire. Au total, l'analyse porte donc sur 1 171 structures (dont 20 non identifiées lors du lancement de l'étude).

III.1 Profil des unités AJ

Au total, 1 171 structures ont répondu à l'enquête et déclaré avoir une activité d'accueil de jour en 2012 et ont été retenues pour l'analyse. Elles étaient 1 245 en 2010 et 1 303 en 2011. Huit unités d'accueil de jour sur dix (82,4 %) sont dans des maisons de retraite (86 % en 2010 et 2011) et 17,2 % sont des centres autonomes d'accueil de jour (14 % en 2010 et en 2011). Le reste (0,4 %, soit cinq unités) est adossé à des établissements de soins de longue durée ou d'accueil temporaire pour personnes âgées. Dans les résultats qui suivent, les établissements d'accueil de jour en maison de retraite et les cinq unités adossées à d'autres types d'établissements sont dénommés « établissements non spécialisés ».

En 2012, la majorité des unités d'accueil de jour avaient commencé leur activité récemment c'est-à-dire après janvier 2005 : huit unités sur dix (79,6 %) dont 24,0 % d'entre elles en 2011 ou 2012. En 2010, plus de 75 % des unités avaient débuté leur activité depuis 2005 dont 21 % en 2009 ou 2010 ; en 2011, 68 % des AJ avaient un début d'activité récent dont 19 % en 2010 ou 2011. Il est important de noter que 12,0 % (140 structures) des unités n'ont pas indiqué leur date d'ouverture.

Graphique 1 : Année d'ouverture



Non réponses en 2012 : 140 structures (12,0 %)

Note de lecture : En 2012, 19,6 % des établissements non spécialisés avaient débuté leur activité d'AJ avant 2005.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

En 2012, il y a une proportion plus importante d'unités d'accueil de jour à avoir commencé leur activité depuis deux ans au plus, c'est-à-dire en 2011 ou 2012 dans les établissements non spécialisés, que dans les établissements spécialisés (centres d'accueil de jour) : 20,5 % contre 12,7 %. Cet écart est plus élevé qu'en 2011 (environ 5 points de plus).

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

En 2012, la capacité d'accueil installée des unités d'accueil de jour est en moyenne de 7,6 places ($\pm 4,9$ places¹). Cette moyenne était de 6,6 places en 2010 et 7,1 en 2011. La médiane est de 6 places.

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

	Nombre de structures	Capacité totale installée	Moyenne	Écart-Type	Médiane
Centres d'accueil de jour	201	2 647	13,2	$\pm 5,8$	12
Établissements non spécialisés	970	6 308	6,5	$\pm 3,8$	6
Ensemble	1 171	8 955	7,6	$\pm 4,9$	6

Note de lecture : En 2012, la capacité moyenne installée des 201 centres d'accueil de jour est de 13,2 places.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

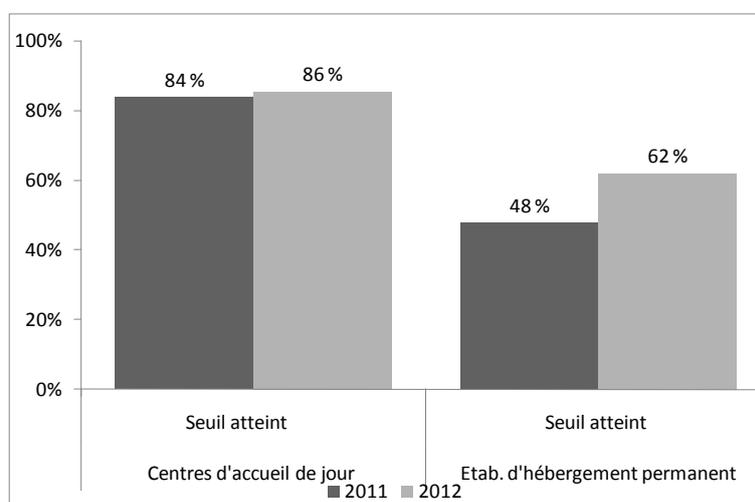
¹ Après une moyenne, la valeur entre parenthèses précédée du signe \pm correspond à son écart-type. Celui-ci donne une idée de la distribution et de la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus l'écart-type est élevé, plus la dispersion des valeurs autour de la moyenne est importante.

Parmi les accueils de jour retenus pour l'analyse, les centres d'accueil de jour offrent davantage de places que les établissements non spécialisés : 13,2 places en moyenne installées dans les centres d'accueil de jour contre 6,5 places dans les établissements non spécialisés (12,9 places contre 5,6 en moyenne en 2010 et 13,0 contre 6,2 en 2011). Un centre d'accueil de jour sur dix (11,9 %) a une capacité d'accueil supérieure ou égale à 20 places en 2012 (10 % en 2010 et 2011). Concernant les établissements non spécialisés, la moitié d'entre eux disposent de moins de 6 places d'accueil de jour (4 places en 2010 et moins de 6 places en 2011).

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

Sur l'ensemble des structures ayant répondu à l'enquête et déclaré avoir une activité d'accueil de jour en 2012, les deux tiers (66,3 %) atteignent la capacité minimale préconisée par la réglementation. Le seuil préconisé pour les centres d'accueil de jour est atteint dans 85,6 % des cas (plus de 80 % en 2010 et plus de 84 % en 2011) et dans 62,2 % des cas dans les établissements d'hébergement permanent (39 % en 2010 et 48 % en 2011), soit une proportion significativement plus élevée en 2012 qu'en 2011 et en 2010.

Graphique 2 : Atteinte du seuil réglementaire



Note de lecture : En 2012, 85,6 % des centres d'accueil de jour atteignent le seuil fixé par la réglementation.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

Parmi les établissements d'hébergement permanent n'ayant pas atteint le seuil de six places prévu dans le décret (uniquement des maisons de retraite en 2012), la moitié de ces unités (52,5 %) déclarent avoir l'intention de solliciter une augmentation de capacité pour atteindre ce seuil (55 % en 2010 et 52 % en 2011) et 28,8 % envisagent de pratiquer un regroupement

avec d'autres structures (dans le cadre de GCSMS par exemple) (24 % en 2010 et 26 % en 2011). En revanche, 18,6 % de ces petites unités songent arrêter l'activité d'accueil de jour : elles étaient 21 % dans ce cas en 2010 et 23 % en 2011.

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

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

Non réponses en 2012 : 11 structures (3,0 %)

Note de lecture : En 2012, 52,5 % des structures n'ayant pas atteint la capacité seuil fixée par la réglementation ont l'intention de solliciter une augmentation de capacité.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

III.1.2 Locaux des unités d'AJ

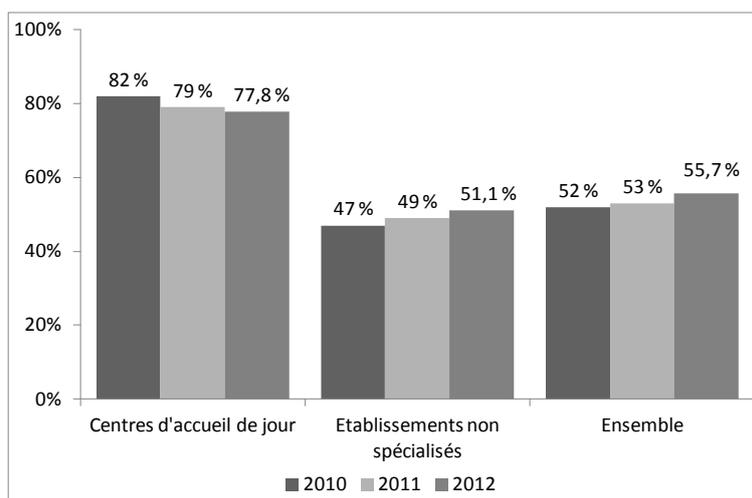
Plus des trois quarts (77,1 %) des structures ayant répondu à l'enquête et déclaré avoir une activité d'accueil de jour en 2012 ont indiqué disposer pour fonctionner, de locaux dédiés à l'accueil de jour (71 % en 2010 et 74 % en 2011). Les unités d'accueil de jour ayant déclaré ne pas disposer de locaux dédiés sont dans 93,3 % des cas des maisons de retraite, dans 6,4 % des cas des centres d'accueil de jour et le reste des établissements d'accueil temporaire pour personnes âgées. Ces unités d'accueil de jour ne disposant pas de locaux dédiés, proposent en moyenne 4,6 places d'accueil de jour ($\pm 3,8$) ; 4 places en moyenne en 2010 et en 2011.

Concernant les centres d'accueil de jour, neuf sur dix (91,5 %) disposent de locaux dédiés. 20,6 % d'entre eux sont situés au sein d'un EHPAD ou d'un hôpital (17 % en 2010 et 20 % en 2011). Comme les deux années précédentes, les centres ainsi situés proposent un nombre de places en accueil de jour plus limité que les centres d'accueil de jour situés en dehors d'un EHPAD ou d'un hôpital : 10,9 places en moyenne ($\pm 4,7$) contre 13,7 places ($\pm 5,9$). En 2011 comme en 2010, ces valeurs étaient respectivement de 11 places et 13 places en moyenne.

III.1.3 Projet d'établissement spécifique

Plus de la moitié (55,7 %) des structures ont fait part de l'existence d'un projet d'établissement spécifique pour cette activité. Cette proportion est nettement plus élevée pour les centres d'accueil de jour (77,8 %) que pour les établissements non spécialisés (50,7 %). Ces proportions n'ont pas évolué depuis 2010 et ceci quel que soit le type d'unité d'accueil de jour.

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



Non réponses en 2012 : 27 structures (2,3 %)

Note de lecture : En 2012, 77,8 % des accueils de jour ont un projet d'établissement spécifique.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

Au sein des établissements non spécialisés ayant déclaré l'existence d'un projet d'établissement spécifique, comme pour les deux années précédentes mais avec des écarts plus importants, ce type de projet est plus fréquemment envisagé dans les grandes unités d'accueil de jour (6 places ou plus) que dans les plus petites. En effet, 67,3 % des établissements non spécialisés d'au moins 6 places déclarent un projet spécifique pour l'accueil de jour contre 32,7 % des établissements non spécialisés n'atteignant pas le seuil recommandé de 6 places (58 % contre 40 % en 2010 et 56 % contre 43 % en 2011).

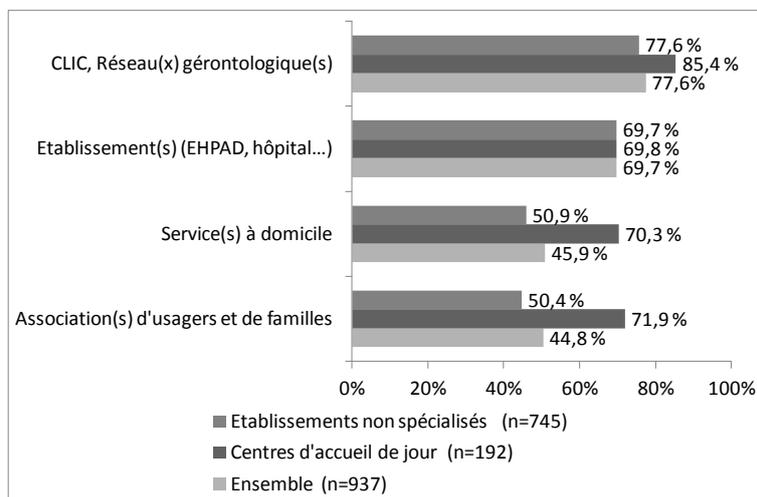
III.1.4 Partenariats

Huit structures ayant répondu à l'enquête et pratiquant une activité d'accueil de jour en 2012 sur dix (80,0 %) ont déclaré avoir établi au moins un lien formalisé avec une autre structure (plus de la moitié en 2010 et près de 60 % en 2011).

Parmi l'ensemble des unités d'accueil de jour ayant déclaré avoir établi au moins un lien formalisé avec une autre structure, plus des trois quarts (77,6 %) disent avoir formalisé des liens avec un ou des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ou des réseaux gérontologiques. Elles étaient plus de la moitié dans ce cas en 2010 et près de 60,0 % en

2011. Viennent en deuxième position les liens formalisés avec des établissements (du type EHPAD, hôpitaux...). Sept unités d'accueil de jour sur dix (69,7 %) ont cité ce type de partenariat (47 % en 2010 et 52 % en 2011). Un partenariat avec les services à domicile a été cité par la moitié des unités d'accueil de jour (50,9 %) et avec les associations d'usagers et de familles par la moitié également (50,2 %).

Graphique 4 : Liens de partenariats formalisés



Note de lecture : En 2012, 77,6 % des établissements non spécialisés ont un partenariat formalisé avec au moins un CLIC ou un réseau gérontologique.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

Quel que soit le type de partenariat établi, les centres d'accueil de jour ont déclaré avoir davantage de liens formalisés avec d'autres partenaires que les établissements non spécialisés et plus particulièrement ceux n'atteignant pas le seuil de six places.

Parmi l'ensemble des unités d'accueil de jour ayant déclaré avoir établi au moins un lien formalisé avec une autre structure, près d'un quart (23,9 %) a déclaré avoir des liens avec les quatre types de structures indiquées (CLIC, services à domicile, établissements de type EHPAD, hôpital,... et associations d'usagers et de familles). Au sein des centres d'accueil de jour, ce sont plus d'un tiers (38,5 %) qui ont l'ensemble des partenaires proposés (un peu plus de 30 % en 2010 et 35 % en 2011). Un établissement non spécialisé sur cinq (20,1 %) l'a déclaré également (10 % en 2010 et moins de 14 % en 2011).

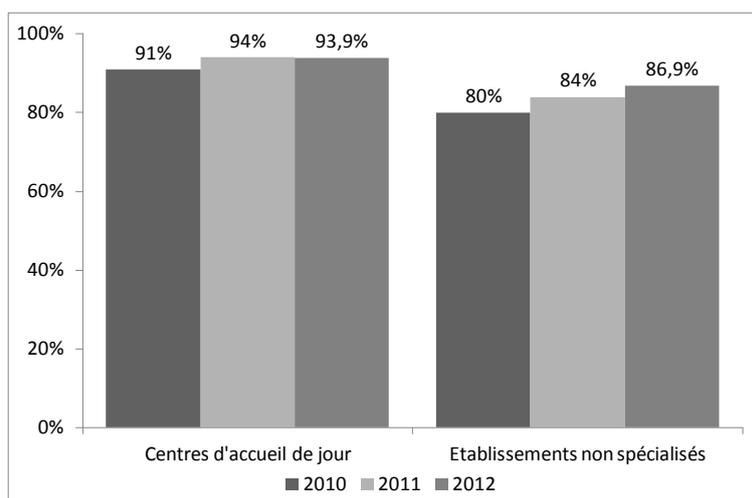
Les liens formalisés avec d'autres partenaires semblent être davantage établis par les unités d'accueil de jour ayant répondu à l'enquête 2012 que l'année précédente.

III.2 Activité des unités d'accueil de jour

III.2.1 Plage d'ouverture

Près de neuf unités d'accueil de jour sur dix (88,1 %) sont fermées en fin de semaine. Comme lors des deux enquêtes précédentes, les unités des centres d'accueil de jour sont plus souvent fermées le week-end que celles des établissements non spécialisés.

Graphique 5 : Fermeture le week-end



Non réponses en 2012 : 14 structures (1,2 %)

Note de lecture : En 2012, 93,9 % des centres d'accueil de jour sont fermés le week-end.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

En moyenne, les unités d'accueil de jour ayant répondu à l'enquête menée en 2013 sont autorisées à ouvrir 261 jours par an ($\pm 46,1$). Cette valeur était de 274 jours en moyenne en 2010 et 272 en 2011.

Près de quatre unités d'accueil de jour sur dix (38,9 %) indiquent que le nombre de journées de présence en accueil de jour par semaine, par bénéficiaire, est plafonné. Cette proportion est proche de celle notée les années précédentes : 41 % en 2010 et 36 % en 2011. La mention d'un tel plafond est un peu plus fréquente dans les centres d'accueil de jour que dans les établissements non spécialisés : 47,0 % contre 37,3 % en 2012 (49 % contre 39 % en 2010 et 41 % contre 35 % en 2011). Comme pour les deux enquêtes précédentes, ce plafonnement est en moyenne de 3,8 jours par semaine en 2012 ($\pm 1,2$).

Les bénéficiaires peuvent également s'inscrire au sein du dispositif pour un accueil sur des demi-journées : cette modulation de l'accueil de jour est proposée par 56,4 % des unités d'accueil de jour ayant répondu à l'enquête (près de 60 % pour les années 2010 et 2011).

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

Comme pour les deux enquêtes précédentes, les aides-soignants (66,6 %), les aides médico-psychologiques (56,3 %), les psychologues (54,3 %) et les infirmiers (52,0 %) sont les personnels d'accompagnement et de soins qui interviennent dans le plus grand nombre d'unités d'accueil de jour (respectivement 63 %, 58 %, 56 % et 53 % en 2010 et, 65 %, 57 %, 52 % et 53 % en 2011).

Au sein des centres autonomes d'accueil de jour, ces quatre professions sont encore plus fréquemment citées. Notamment, les professions d'infirmier sont davantage citées dans les centres autonomes d'accueil de jour (76,9 %) que dans les établissements non spécialisés (45,9 %) (80 % contre 46 % en 2010 et 79 % contre 47 % en 2011).

Cependant, les temps de présence de ces professionnels dans les unités d'accueil de jour, autonomes ou non, ne sont pas identiques et, en équivalent temps plein (ETP), les aides-soignants et les aides médico-psychologiques se détachent nettement de toutes les autres professions. Ils représentent chacun autour de 30 % des ETP des unités d'accueil de jour (environ 30 % chacun en 2010 et 2011). Les psychologues n'en représentent que 4,4 % et les infirmiers 8,5 % (respectivement 6 % et 9 % en 2010 et, 4 % et 9 % en 2011).

Ainsi, le taux d'encadrement moyen est d'un ETP d'aide-soignant pour 10 places d'accueil de jour en 2012 et de 0,85 ETP d'aide médico-psychologique, tandis que le taux d'encadrement en infirmier est en moyenne de 0,26 ETP (0,28 en 2010 et 0,29 en 2011) et celui des psychologues de 0,13 ETP pour 10 places d'accueil de jour installées (0,19 en 2010 et 0,14 en 2011).

Comme lors des deux enquêtes précédentes, la présence des autres professions est moins importante. Des médecins-coordonnateurs interviennent dans un tiers des unités d'accueil de jour (32,3 %) mais pour une quotité de temps faible. Le taux d'encadrement en médecin-coordonnateur est de 0,04 ETP pour 10 places d'accueil de jour installées (0,08 en 2010 et 0,04 en 2011). Un quart (24,2 %) des unités d'accueil de jour déclarent recourir aux services d'un animateur (25 % en 2010 et 27 % en 2011) ; 34,8 % à ceux d'un ASH (31 % en 2011) et 11,8 % à ceux d'un auxiliaire de vie sociale (près de 20 % en 2010 et 13 % en 2011), pour un temps d'intervention proche de celui des psychologues. Une unité d'accueil de jour sur cinq (19,7 %) fait intervenir un ergothérapeute en 2012 (16 % en 2011) et 12,3 % un psychomotricien (11 % en 2011).

Par ailleurs, près de trois structures sur dix (28,7 %) ont précisé faire intervenir en 2012 d'autres professionnels que ceux figurant dans la liste proposée dans l'enquête (plus d'une structure sur deux en 2010 et 27 % en 2011), pour un temps d'emploi total qui représente 5,4 % des ETP cumulés de l'ensemble des structures en 2012 (13 % en 2010 et 5 % en 2011).

Au total, les unités d'accueil de jour offrent un encadrement moyen en personnel d'accompagnement et de soins équivalent à 3,03 temps plein pour 10 places installées (3,27 en 2010 et 3,34 en 2011).

Le taux d'encadrement moyen est légèrement plus faible dans les établissements non spécialisés (3,00 temps plein pour 10 places installées en 2012) que dans les centres autonomes d'accueil de jour (3,11 temps plein pour 10 places installées en 2012). C'était l'inverse en 2011.

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

		Part des AJ ayant au moins un intervenant du type	Répartition des effectifs en ETP par type de fonction	Taux d'encadrement moyen pour 10 places ²
Centres d'accueil de jour n=199	Aide-soignant	73,4 %	26,5 %	0,82
	AMP (Aide Médico-Psychologique)	73,4 %	29,9 %	0,93
	AVS (Auxiliaire de Vie Sociale)	26,1 %	5,5 %	0,17
	Animateur	19,1 %	3,8 %	0,12
	Psychologue	65,3 %	4,9 %	0,15
	Infirmier	76,9 %	10,9 %	0,34
	Médecin coordonnateur	32,7 %	1,1 %	0,03
	Ergothérapeute	22,6 %	2,2 %	0,07
	Psychomotricien	23,6 %	2,3 %	0,07
	ASH (Agent des Services Hospitaliers)	34,7 %	5,3 %	0,16
	Autres	42,7 %	7,6 %	0,24
	Pers. d'accompagnement et de soins	99,0 %	100 %	3,11
Établissements non spécialisés n=828	Aide-soignant	65,0 %	35,9 %	1,08
	AMP (Aide Médico-Psychologique)	52,1 %	27,2 %	0,82
	AVS (Auxiliaire de Vie Sociale)	8,4 %	2,6 %	0,08
	Animateur	25,4 %	3,9 %	0,12
	Psychologue	51,6 %	4,2 %	0,13
	Infirmier	45,9 %	7,5 %	0,22
	Médecin coordonnateur	32,2 %	1,3 %	0,04
	Ergothérapeute	19,0 %	2,0 %	0,06
	Psychomotricien	9,6 %	1,0 %	0,03
	ASH (Agent des Services Hospitaliers)	34,9 %	9,9 %	0,30
	Autres	25,3 %	4,5 %	0,13
	Pers. d'accompagnement et de soins	84,8 %	100 %	3,00
Ensemble n=1 027	Aide-soignant	66,6 %	33,0 %	1,00
	AMP (Aide Médico-Psychologique)	56,3 %	28,0 %	0,85
	AVS (Auxiliaire de Vie Sociale)	11,8 %	3,5 %	0,11
	Animateur	24,2 %	3,9 %	0,12
	Psychologue	54,3 %	4,4 %	0,13
	Infirmier	52,0 %	8,5 %	0,26
	Médecin coordonnateur	32,3 %	1,2 %	0,04
	Ergothérapeute	19,7 %	2,1 %	0,06
	Psychomotricien	12,3 %	1,4 %	0,04
	ASH (Agent des Services Hospitaliers)	34,8 %	8,5 %	0,26
	Autres	28,7 %	5,4 %	0,16
	Pers. d'accompagnement et de soins	87,3 %	100,0	3,03

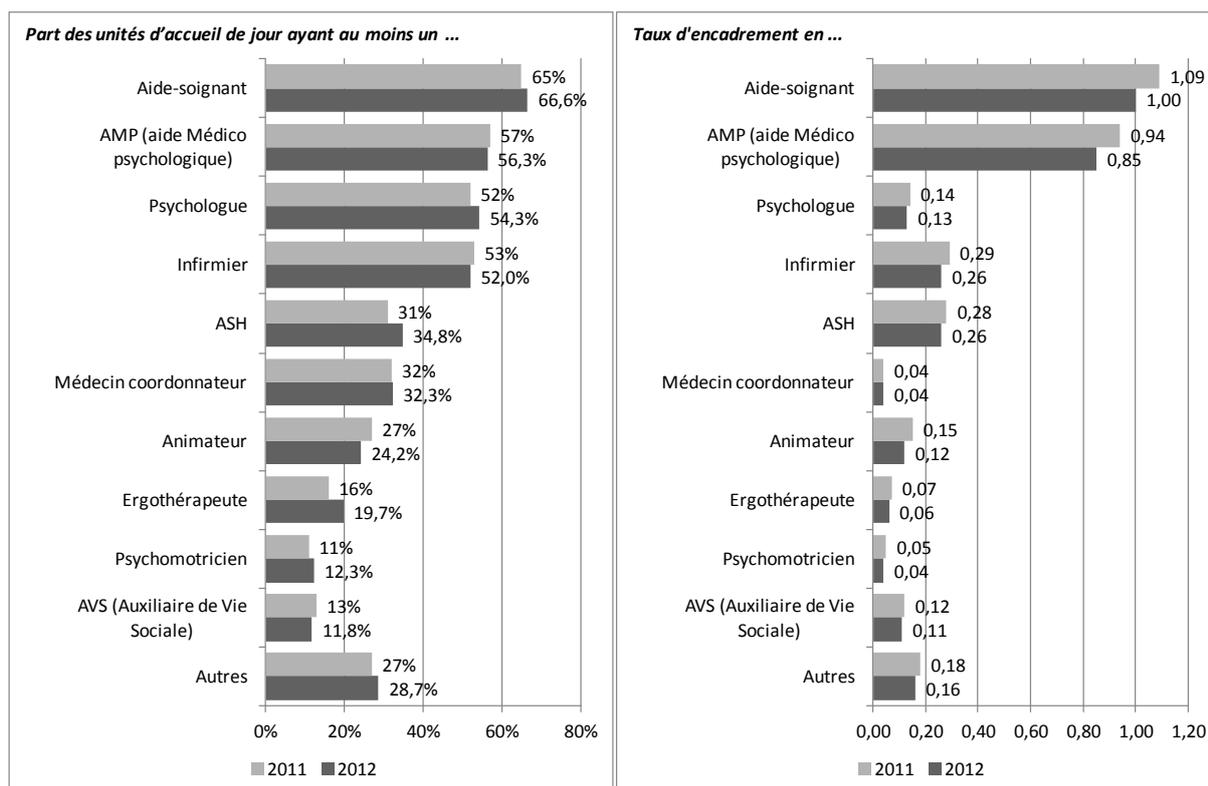
Note de lecture : En 2012, 73,4 % des centres autonomes d'accueil de jour emploient au moins un aide-soignant (AS). Les AS y constituent 26,5 % du personnel d'accompagnement et de soins en ETP. Le taux d'encadrement en AS est de 0,82 ETP pour 10 places installées.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

² Taux d'encadrement moyen pour 10 places = (nombre d'ETP/nombre de places installées) * 10 places

Graphique 6 : Encadrement en personnel d'accompagnement et de soins



Non réponses en 2012 : 157 structures (13,3 %)

Note de lecture : En 2012, 66,6 % des unités d'accueil de jour emploient au moins un aide-soignant en 2012 soit 1,00 temps plein d'aide-soignant pour 10 places installées.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

Parmi l'ensemble des unités d'accueil de jour ayant répondu à l'enquête, 20,4 % (soit 239 structures) ont cité avoir un budget autonome pour faire intervenir au moins une personne autre que d'accompagnement ou de soins dont 61,1 % sont des centres autonomes d'accueil de jour et 38,9 % des établissements non spécialisés.

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

	Répartition des effectifs en ETP par type de fonction	Taux d'encadrement moyen pour 10 places
Centres d'accueil de jour (n=145)	94,4	0,47
Direction	36,3	0,18
Administration	41,7	0,21
Autres	16,4	0,08
Etablissements non spécialisés (n=89)	44,0	0,61
Direction	9,2	0,13
Administration	15,3	0,21
Autres	19,5	0,27
Ensemble (n=234)	138,4	0,51
Direction	45,5	0,17
Administration	57,0	0,21
Autres	35,9	0,13

Non réponses en 2012 : 7 structures (2,9 %)

Note de lecture : En 2012, le taux d'encadrement moyen du personnel de direction dans les centres autonomes d'accueil de jour est de 0,18 pour 10 places installées.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

Les centres d'accueil de jour ayant un budget autonome organisent leur unité autour d'un personnel de direction et d'administration équivalent à 0,39 temps plein en moyenne pour 10 places installées en 2012 (0,44 en 2010 et 0,41 en 2011).

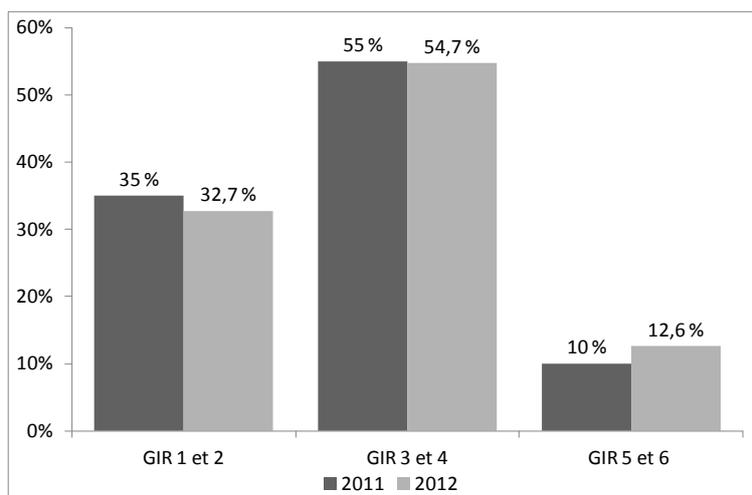
III.2.3 Bénéficiaires et fréquentation

En 2012, les structures ayant une activité d'accueil de jour ont, en moyenne, accueilli 24,7 bénéficiaires différents (22 en 2010 et 23 en 2011) et réalisé en moyenne 1 096 journées (939 en 2010 et 961 en 2011). Chaque personne âgée reçue est venue en moyenne 44,4 jours sur l'année 2012 (43 en 2010 et 42 en 2011).

Lorsque la distinction a pu être établie par le répondant, les malades Alzheimer (ou maladies apparentées) représentent 87,7 % de la clientèle accueillie en 2012 en moyenne sur l'ensemble des structures d'accueil de jour (92 % en 2010 et en 2011) et 90,0 % dans les centres autonomes d'accueil de jour (96 % en 2010 et 92 % en 2011).

En 2012, les personnes accueillies sont surtout des personnes en GIR 3-4 (54, 7 %) et, dans une moindre mesure, en GIR 1-2 (32,7 %). Les personnes peu ou pas dépendantes (GIR 5-6) ne représentent que 12,6 % des personnes accueillies. Ces proportions sont proches de celles observées en 2011.

Graphique 7 : Répartition des bénéficiaires accueillis en accueil de jour par GIR



Non réponses en 2012 : 153 structures (12,9 %)

Note de lecture : En 2012, 32,7 % des personnes accueillies en accueil de jour présentaient un GIR 1 ou 2.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

Les centres autonomes d'accueil de jour ont reçu en moyenne davantage de personnes âgées que les établissements non spécialisés : 52 personnes accueillies en moyenne dans les centres autonomes d'accueil de jour contre environ 19 dans les autres structures. Ces chiffres étaient respectivement de 48 et 17 en 2010 et 50 et 19 en 2011. Les centres autonomes d'accueil de jour ont donc réalisé davantage de journées : 2 234 journées en moyenne en 2012 (plus de 2 000 journées en 2010 et 2 100 en 2011) contre 856 journées en moyenne en 2012 pour les autres unités (700 en 2010 et 750 environ en 2011).

Comme les deux enquêtes précédentes, une place en accueil de jour sert à trois personnes différentes sur l'année 2012. En effet, le ratio du nombre de bénéficiaires différents reçus dans l'année sur le nombre de places installées vaut en moyenne 3,1 (3,2 en 2010 et en 2012). Il vaut 3,9 en moyenne pour les centres autonomes d'accueil de jour (3,9 en 2010 et 3,7 en 2011), contre 2,9 en moyenne dans les autres structures (2,9 en 2010 et 3,0 en 2011).

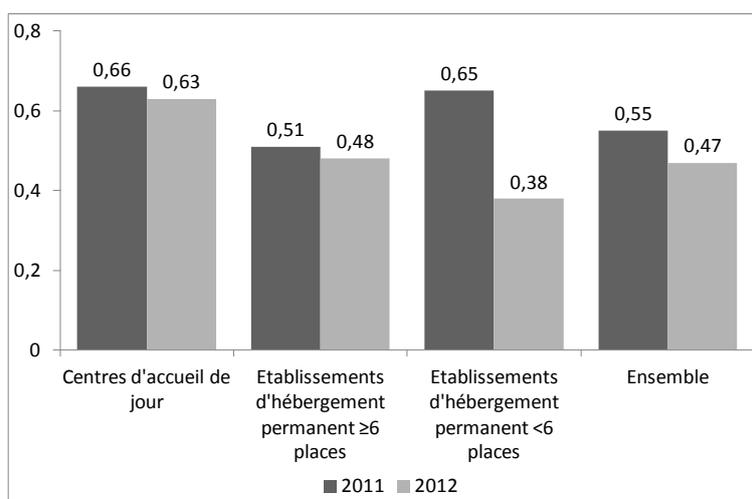
Une des questions posées porte également sur le nombre de personnes différentes accueillies au sein de l'unité d'accueil de jour, ainsi que sur leur nombre de jours de présence au cours de la semaine référence du 3 au 9 décembre 2012. Pendant cette semaine, 14 personnes en moyenne auraient été accueillies dans les unités d'accueil de jour (un peu plus de 13 en 2010 et 13 en 2011), la plupart étant des malades Alzheimer ou apparentés. Comme lors des deux enquêtes précédentes, les centres autonomes d'accueil de jour ont reçu en moyenne une trentaine de personnes, contre 11 dans les établissements non spécialisés durant la semaine d'activité investiguée.

En moyenne, les bénéficiaires ont fréquenté l'unité d'accueil de jour 2,1 jours la semaine du 3 au 9 décembre 2012 (2 jours en 2010 et 2,5 en 2011). En 2012, les séjours ne diffèrent pas entre les centres autonomes d'accueil de jour (2,09 jours en moyenne) (3,5 jours en 2011) et les établissements non spécialisés (2,10 jours en moyenne) (2,3 jours en 2011).

III.2.4 Ratio d'exploitation

Parmi les structures d'accueil de jour ayant un nombre de jours réalisés non nul, un nombre de jours d'ouverture autorisés par an non nul, une capacité installée non nulle et un nombre de bénéficiaires différents accueillis non nul, un ratio d'exploitation a pu être calculé en faisant le rapport entre le nombre de journées effectuées en AJ sur le nombre de jours d'ouverture autorisés multiplié par le nombre de places d'AJ installées. On obtient ainsi un ratio d'exploitation qui s'il vaut « 1 » signifie que chacune des places installées est occupée chaque jour d'ouverture autorisé. Les valeurs trouvées sont inférieures ou égales à 1 pour 899 structures (76,8 % de l'ensemble des structures d'accueil de jour ayant répondu à l'enquête).

Graphique 8 : Ratio d'exploitation moyen par type d'accueil de jour



Non réponses en 2012 : 273 structures (23,0 %)

Note de lecture : En 2012, le ratio d'exploitation moyen en accueil de jour est de 0,63 (soit 63 % des capacités utilisées).

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

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

Cependant, le ratio moyen des centres autonomes d'accueil de jour est supérieur à cette moyenne : 0,63 en 2012 et 0,66 en 2011. Il est identique à la moyenne dans les unités des établissements d'hébergement permanent ayant au moins 6 places d'accueil de jour : 0,48 en 2012 et 0,51 en 2011. Il est inférieur à cette moyenne (0,38 en 2012 et 0,65 en 2011) dans les unités des établissements d'hébergement permanent de moins de 6 places d'accueil

de jour. Un examen attentif de l'évolution du ratio d'exploitation entre 2011 et 2012 montre que, pour les établissements inclus à la fois dans l'analyse de 2011 et dans celle de 2012, le ratio d'exploitation est en progression, passant de 0,56 à 0,61 (pour 261 établissements). Pour les 638 établissements qui n'avaient pas répondu en 2011 et qui ont été retenus dans l'analyse uniquement pour 2012, le ratio d'exploitation est plus bas, à 0,42.

III.2.5 Liste d'attente

Un quart des structures pratiquant l'accueil de jour disent avoir une liste d'attente (28 % en 2010 et 27 % en 2011). Cette situation est plus fréquente dans les centres autonomes d'accueil de jour - 36,9 % (38 % en 2010 et 37 % en 2011) - que dans les autres structures (22,5 % en 2012, 26 % en 2010 et 25 % en 2011).

Davantage de personnes sont inscrites sur liste d'attente dans les centres autonomes d'accueil de jour que dans les établissements non spécialisés : 9,2 personnes en moyenne dans les centres autonomes d'accueil de jour (12 personnes en moyenne en 2010 et 9 en 2011) contre 5,5 dans les établissements non spécialisés (8 en moyenne en 2010 et 6 en 2011).

Les listes d'attente sont aussi un peu plus fréquentes dans les établissements d'hébergement permanent (uniquement des maisons de retraite en 2012) disposant d'au moins 6 places d'accueil de jour (24,2 %) que dans les plus petites (19,8 %) (30 % contre 24 % en 2010 et 27 % contre 24 % en 2011).

III.2.6 Organisation des transports

En 2012, 81,6 % des structures pratiquant l'accueil de jour déclarent avoir mis en place une organisation du transport pour les personnes accueillies (73 % en 2010 et 79 % en 2011). Cette disposition est un peu plus fréquente dans les centres autonomes d'accueil de jour (91,5 %) que dans les établissements non spécialisés (79,6 %). Les valeurs observées les années précédentes étaient de 88 % contre 70 % en 2010 et 89 % contre 77 % en 2011.

Toutefois, les établissements d'hébergement permanent d'au moins 6 places d'accueil de jour offrent plus souvent ce service (88,5 %) que les plus petites unités (64,7 %) (84 % contre 62 % en 2010 et 92 % contre 65 %).

Parmi les 1 010 structures ayant mis en place un système de transport :

- 46,1 % déclarent avoir confié cette charge à un prestataire extérieur (près de 50 % en 2010 et environ 45 % en 2011) ;
- 41,0 % ont prévu un dédommagement aux familles pour les frais liés au transport de leurs proches (près de 40 % en 2010 et plus de 40 % en 2011) ;
- 43,4 % déclarent qu'il s'agit d'une prise en charge par l'unité d'accueil de jour (véhicule propre) (41 % en 2010 et 2011).

En moyenne, un établissement exerçant l'accueil de jour et ayant mis en place un système de transport aurait dépensé environ 19 920 € pour l'organisation des transports en 2012 (17 110 € en 2010 et 17 930 € en 2011).

Rapporté à la capacité installée (non nulle), cela représente environ 2 350³ € par place installée⁴ en 2012 (2 013 € en 2010 et 2 225 € en 2011).

Les structures qui déclarent le montant des crédits reçus de l'Assurance Maladie pour financer les transports (59,2 % de l'ensemble des structures) auraient touché environ 25 020 € sur l'année 2012 (20 400 € en 2010 et 23 200 € en 2011), ce qui représente à peu près 3 130 € par place installée d'accueil de jour en 2012 (2 700 € en 2010 et 2 900 en 2011).

Peu d'unités d'accueil de jour mentionnent un montant de crédits reçus en provenance du Conseil général à cet effet. Cependant, cette proportion est en progression, atteignant 10,0 % en 2012 contre 3 % en 2010 et 8 % en 2011. Les montants distribués sont moindres que ceux alloués par l'Assurance maladie : 12 600 € en moyenne sur l'année 2012 contre 11 200 € en 2010 et 13 900 € en 2011 soit, en moyenne 1 460 € par place installée (1 400 € en 2010 et 2 000 € environ en 2011). Toutefois, il faut préciser que les montants déclarés (pour les dépenses comme pour les crédits) varient considérablement d'un établissement à l'autre.

Les caractéristiques des structures respectant la réglementation en matière de capacité installée, d'organisation des transports et ayant des locaux dédiés à l'accueil de jour sont détaillées dans l'encadré 1.

³ 2 598 € sur 688 observations en excluant les structures ouvertes en 2012

⁴ Les établissements ayant répondu à cette question ont en moyenne plus de places d'AJ que les autres (8 places en moyenne contre 6).

III.2.7 Accueil itinérant

En 2012, certaines structures proposent un accueil de jour itinérant. Ce dispositif est encore rare puisqu'il concerne 37 établissements représentant 3,2 % de l'ensemble des établissements ayant répondu à l'enquête (5 % en 2010 et 3 % en 2011).

III.2.8 Activités à destination des aidants familiaux

En 2012, plus de la moitié (52,1 %) des structures pratiquant l'accueil de jour déclarent avoir mis en place une activité à destination des aidants familiaux. Elles étaient 46 % en 2010 et 49 % en 2011. Ce dispositif est beaucoup plus courant dans les centres autonomes d'accueil de jour (78,1 %) que dans les établissements non spécialisés (46,7 %) comme les années précédentes (77 % contre 41 % en 2010 et 81 % contre 44 % en 2011). Cette activité est aussi plus fréquente dans les établissements d'hébergement permanent (uniquement des maisons de retraite en 2012) aux unités d'au moins six places (52,6 %) que dans les plus petites (36,6 %) (57 % contre 30 % en 2010 et 57 % contre 36 % en 2011).

III.3 Financements et coûts

III.3.1 Tarifs journaliers

Le tarif journalier d'hébergement moyen des personnes accueillies dans l'année au sein des unités d'accueil de jour atteint 26,83 € en moyenne en 2012 (30 € en moyenne en 2010 et 27 € en 2011). Dans près des trois quarts des cas (71,9 %), le tarif journalier moyen se situe entre 20 et 40 €. Le tarif journalier d'hébergement moyen est un peu plus élevé dans les centres autonomes d'accueil de jour (28,87 €) que dans les structures non spécialisées (26,41 €). Les années antérieures, ces montants étaient de 35 € contre 29 € en 2010 et 29 € contre 27 € en 2011.

Le tarif dépendance journalier des personnes est de :

- en GIR 1 ou 2 : 18,14 € en moyenne en 2012 (19 € en 2011). Ce tarif s'élève à 24,67 € en moyenne en centres autonomes d'accueil de jour ;
- en GIR 3 ou 4 : 12,80 € en moyenne en 2012 (13 € en 2011). Ce tarif s'élève à 18,37 € en moyenne en centres autonomes d'accueil de jour ;
- en GIR 5 ou 6 : 6,73 € en moyenne en 2012 (7 € en 2011). Ce tarif s'élève à 11,64 € en moyenne en centres autonomes d'accueil de jour.

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

En 2012, seuls 12,6 % des structures pratiquant l'accueil de jour déclarent avoir reçu une dotation financière extra-légale du Conseil général (12 % en 2010 et 13 % en 2011), et près d'une sur dix (9,5 %) une dotation extra-légale d'une autre provenance (CRAM, communes, financements privés...). Cependant, ces proportions sont plus élevées dans les centres autonomes d'accueil de jour pour une dotation du Conseil général (30,6 %) et pour une dotation provenant d'une autre source (24,0 %) (respectivement 30 % et 19 % en 2010 et 26 % et 25 % en 2011).

III.4 Communication autour de l'accueil de jour

Huit structures sur dix (81,2 %) déclarent avoir une démarche de communication concernant l'accueil de jour sur son territoire. Cette démarche est un peu plus fréquente dans les centres autonomes d'accueil de jour (91,0 %) que dans les établissements non spécialisés (79,2 %).

III.5 Activité des accueils de jour respectant les obligations réglementaires

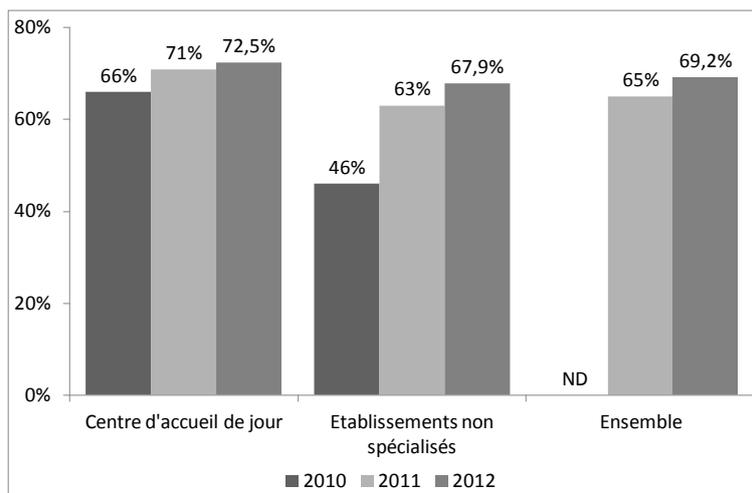
Cette partie de l'analyse se concentre plus particulièrement sur les structures d'accueil de jour respectant le seuil minimal de capacité d'accueil (au moins 10 places pour les centres autonomes d'accueil de jour, au moins 6 places pour les autres structures), ayant organisé un système de transport des patients et ayant des locaux dédiés à l'accueil de jour. Ces structures sont qualifiées de « modèle » dans la suite de cette partie.

Globalement, plus de la moitié (52,4 %) des 1 171 structures proposant de l'accueil de jour sur lesquelles ont été établis les résultats présentés précédemment sont dans ce cas (31 % en 2010 et 42 % en 2011) : 49,1 % des établissements non spécialisés (26 % en 2010 et 37 % en 2011) et 68,7 % des centres autonomes d'accueil de jour⁵ (61 % en 2010 et 67 % en 2011).

Leur part en termes de places installées est nettement plus importante : 72,5 % des places des centres autonomes d'accueil de jour (66 % en 2010 et 71 % en 2011) et 67,9 % des places d'accueil de jour des établissements non spécialisés (46 % en 2010 et 63 % en 2011). Cela représente au total 69,2 % des places des 1 171 structures d'accueil de jour (un peu plus de la moitié en 2010 et 65 % en 2011).

⁵ Soit au total 614 structures « modèles », 138 centres d'accueil de jour et 476 établissements non spécialisés dans l'AJ

Graphique 9 : Part des places d'AJ installées qui sont au sein des structures « modèle »



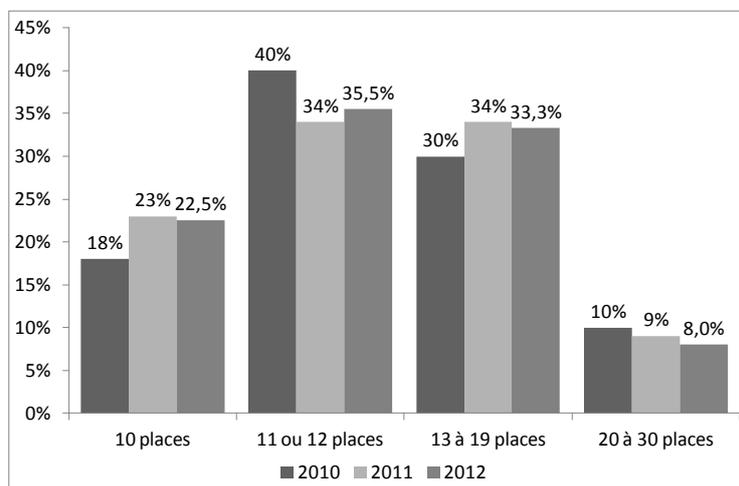
Note de lecture : En 2012, 72,5 % des places installées en centre d'accueil de jour l'étaient en structures « modèle »

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

En 2012, la capacité d'accueil des centres autonomes d'accueil de jour « modèle » est en moyenne de 13,9 places (14 en 2010 et 2011). Un sur cinq (22,5 %) offre 10 places exactement (18 % en 2010 et 23 % en 2011), 35,5 % offrent 11 ou 12 places (40 % en 2010 et 34 % en 2011), 33,3 % de 13 à 19 places (30 % en 2010 et 34 % en 2011) et 8,0 % de 20 à 30 places (10 % en 2010 et 9 % en 2011).

Graphique 10 : Capacité installée des centres d'accueil de jour « modèle »



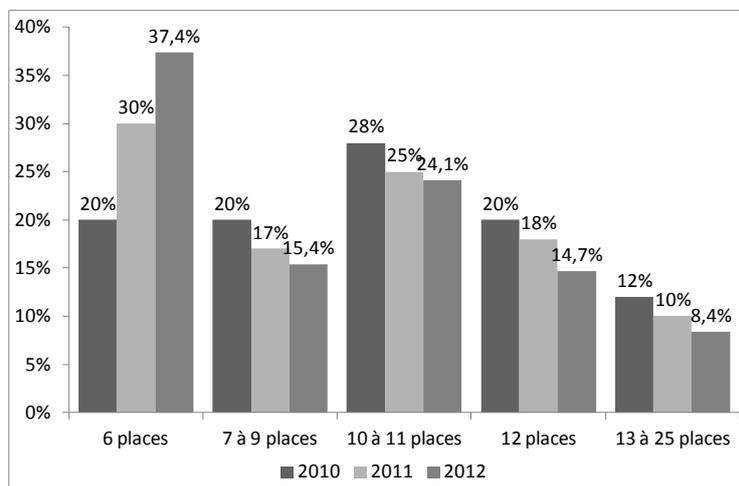
Note de lecture : En 2012, 22,5 % des centres d'accueil de jour « modèle » avaient 10 places

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

La capacité d'accueil des établissements non spécialisés « modèle » est en moyenne de 9,0 places (10 en 2010 et 9 en 2011). Plus d'un tiers (37,4 %) offre exactement 6 places (20 % en 2010 et 30 % en 2011), 15,4 % de 7 à 9 places (20 % en 2010 et 17 % en 2011), 24,1 % de 10 à 11 places (28 % en 2010 et 25 % en 2011), 14,7 % 12 places (20 % en 2010 et 18 % en 2011) et 8,4 % de 13 à 25 places (12 % en 2010 et 10 % en 2011).

Graphique 11 : Capacité installée des établissements non spécialisés « modèle »



Note de lecture : En 2012, 22,5 % des centres d'accueil de jour « modèle » avaient 10 places

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

Logiquement, les locaux dédiés à l'AJ des établissements « modèle » non spécialisés dans l'activité d'AJ sont très majoritairement situés au sein d'un EPHAD ou d'un hôpital 87,0 % (88 % en 2010 et 87 % des cas en 2011), ces établissements étant essentiellement des maisons de retraite. En revanche, c'est plus rare dans les centres autonomes d'accueil de jour (20,3 %) du fait de l'autonomie de ces centres (14 % en 2010 et 15 % des cas en 2011).

Dans les centres d'accueil de jour « modèle », la prise en charge en interne de l'organisation des transports est plus souvent citée (52,2 %) que dans les établissements non spécialisés « modèle » (42,9 %) (52 % contre 43 % en 2010 et 43 % contre 52 % en 2011). En revanche, les centres d'accueil de jour « modèle » et les structures non spécialisées « modèle » évoquent dans les mêmes proportions le recours à un prestataire extérieur pour les transports des personnes (respectivement 44,9 % et 49,6 % en 2012 et la moitié des structures en 2010 et 2011). Des proportions équivalentes sont également observées pour la mise en place d'un dédommagement des familles des frais liés aux transports : 38,4 % des centres autonomes d'accueil de jour et 39,1 % des autres (près d'un tiers des structures en 2010 et plus d'un tiers en 2011).

Les dépenses par place installée d'AJ liées à l'organisation du transport des établissements « modèle » non spécialisés ouverts avant 2012 sont en moyenne de 4,4 % inférieures à celles des centres autonomes d'accueil de jour « modèle » ouverts avant 2012 (2 475 € contre 2 585 €) (2 130 € contre 2360 € en 2010 et 2 300 € contre 2600 €).

Près des deux tiers (63,8 %) des centres d'accueil de jour « modèle » ouverts avant 2012 ont indiqué le montant des crédits reçus de l'assurance maladie pour les transports qui sont d'environ 2 583 € par place installée d'AJ (2 300 € en 2010 et 2 765 € en 2011). Plus de la moitié (55,7 %) des établissements « modèle » non spécialisés ouverts avant 2011 ont fait de même (70 % en 2010 et 70 % en 2011) mais rapporté au nombre de places installées le montant moyen par place y apparaît plus élevé, 3 110 € (2 800 € en 2010 et 3 100 € en 2011).

Plus d'un quart des centres d'accueil de jour « modèle » (27,5 %) ont déclaré des crédits reçus du Conseil général pour l'organisation du transport (15 % en 2010 et environ 30 % en 2011). Le montant moyen par place installée d'AJ est de 927 € (600 € en 2010 et 800 € en 2011). Seulement 4,6 % des établissements « modèle » non spécialisés ont déclaré de tels crédits (3 % en 2010 et 6 % en 2011).

Les établissements non spécialisés « modèle » indiquent moins souvent être dotés d'un projet d'établissement spécifique à l'accueil de jour (57,9 %) que les centres autonomes d'accueil de jour « modèle » (78,1 %) (60 % contre 80 % en 2010 et 58 % contre 80 % en 2011). A noter que parmi les établissements non spécialisés « modèle », la présence de projets d'établissements est autant citée par ceux disposant d'une capacité d'accueil de jour d'au moins 10 places (51,3 %) que par ceux ayant entre 6 et 9 places (48,6 %) (65 % contre 57 % en 2010 et 64 % contre 52 % en 2011).

Les établissements n'ayant déclaré aucun lien formalisé avec un CLIC ou un réseau gérontologique, un service d'aide ou de soins à domicile, un EHPAD ou un hôpital, une association d'usagers sont peu nombreux chez les unités « modèle » : 13,4 % des structures d'AJ « modèle ». En 2012, leur part est de 3,6 % des centres d'accueil de jour « modèle » (7 % en 2010 et 10 % en 2011) et de 16,2 % parmi les établissements non spécialisés « modèle » (11 % en 2010 et 14 % en 2011). D'ailleurs, une structure sur cinq (22,0 %) de l'ensemble des unités d'accueil de jour « modèle » déclare entretenir des liens avec 3 des 4 types de partenaires proposés (30 % en 2010 et 46 % en 2011) et un quart (25,6 %) avec les quatre (22 % en 2010 et 26 % en 2011).

Plus d'un quart (27,8 %) des structures d'accueil de jour « modèle », déclarent avoir une liste d'attente (un tiers en 2010 et environ un tiers en 2011) où figurent, en moyenne 7 personnes (10 personnes en moyenne en 2010 et 7 personnes en 2011).

Huit centres autonomes d'accueil de jour « modèle » sur dix (79,7 %) (près de 80 % en 2010 et 85 % en 2011) et 57,1 % des établissements non spécialisés « modèle » (près des deux tiers en 2010 et 60 % en 2011) déclarent avoir mis en place une activité à destination des aidants familiaux.

Environ 10 % des centres d'accueil de jour (8,1 %) et des établissements non spécialisés (6,6 %) « modèle » déclarent être ouverts le week-end (environ 10 % en 2010 et 2011). Le nombre de jours d'ouverture autorisés par an est en moyenne de 256 jours par an (soit près de 5 jours par semaine) dans ces structures d'accueil de jour « modèle » (proche de 260 jours en 2010 et 252 jours en 2011). Ce nombre est en moyenne de 254 jours par an dans les centres autonomes d'accueil de jour « modèle » (250 en 2010 et 244 en 2011) et de 256 jours dans les établissements non spécialisés « modèle » (260 en 2010 et 255 en 2011).

Plus de la moitié (55,1 %) des centres autonomes d'accueil de jour « modèle » proposent un accueil de jour par demi-journée (les deux tiers en 2010 et près de 60 % en 2011), contre la moitié des établissements non spécialisés « modèle » (51,1 %) (un peu moins de la moitié en 2010 et 2011).

Quatre structures d'accueil de jour « modèle » sur dix (40,9 %) déclarent plafonner le nombre de journées de présence par semaine par bénéficiaire et ceci quel que soit le type de structures. Quand ce plafonnement existe, il est le plus souvent de 3 jours par semaine (44,4 % des structures) ou 5 jours par semaine (32,7 % des structures) (3 jours par semaine en 2010 et 2011 ou 4 en 2010 et 5 en 2011).

Sur l'année, le nombre de bénéficiaires différents reçus par place installée est légèrement supérieur dans les centres d'accueil de jour « modèle » avec 4,0 bénéficiaires en moyenne (3,7 en 2010 et 3,9 bénéficiaires en 2011) que dans les établissements non spécialisés « modèle » avec 3,0 bénéficiaires par place installée (3,1 en 2010 et 3,3 bénéficiaires en 2011).

À l'inverse, le nombre moyen de journées par bénéficiaire serait, quant à lui, inférieur dans les centres d'accueil de jour : 41,2 jours par bénéficiaire en moyenne contre 44,2 jours par bénéficiaire dans les établissements non spécialisés « modèle » (39 contre 45 en 2010 et 42 contre 40 en 2011).

Le ratio d'exploitation⁶ moyen des centres d'accueil de jour « modèle » est de 62 % sur l'année 2012 (61 % en 2011) et 95 % sur la semaine du 3 au 9 décembre 2012 (75 % en 2011). Il est un peu inférieur dans les établissements non spécialisés « modèle » 51 % sur l'année 2012 (51 % en 2011) et 87 % sur la semaine du 3 au 9 décembre 2012 (86 % en 2011).

⁶ rapport entre le nombre de journées effectuées en accueil de jour sur le nombre de jours d'ouverture autorisés multiplié par le nombre de places d'accueil de jour installées, un ratio d'exploitation de « 1 » signifiant que chacune des places installées est occupée chaque jour d'ouverture autorisé.

Le tarif journalier d'hébergement moyen de l'accueil de jour par personne accueillie dans l'année est en moyenne un peu plus bas dans les établissements non spécialisés (26,39 €) que dans les centres autonomes d'accueil de jour (28,23 €) ; ils étaient en moyenne de 31 € contre 34 € en 2010 et de 27 € contre 28 € en 2011. Il dépasse 31,47 € dans un quart des établissements non spécialisés (37 € en 2010 et 32 € en 2011) alors qu'il dépasse 32,64 € dans un quart des centres d'accueil de jour « modèle » (44 € en 2010 et 33 € en 2011).

Les tarifs journaliers dépendance par niveau de GIR sont les suivants :

- GIR 1 et 2 : 23,95 € dans les centres autonomes d'accueil de jour « modèle » (26 € en 2011) et 18,53 € dans les autres centres « modèle » (19 € en 2011) ;
- GIR 3 et 4 : 17,53 € dans les centres autonomes d'accueil de jour « modèle » (19 € en 2011) et 13,20 € dans les autres centres « modèle » (13 € en 2011) ;
- GIR 5 et 6 : 10,64 € dans les centres autonomes d'accueil de jour « modèle » (13 € en 2011) et 7,19 € dans les autres centres « modèle » (8 € en 2011).

Les centres autonomes d'accueil de jour « modèle » déclarent plus fréquemment avoir reçu une dotation extra-légale du Conseil général (27,1 %) que les établissements non spécialisés « modèle » (7,3 %) (23 % contre 8 % en 2010 et 2011). De même, ils indiquent plus souvent recevoir des crédits en provenance d'une autre source que le Conseil général (26,9 % contre 6,8 %) (16 % contre 1 % en 2010 et 29 % contre 8 % en 2011).

Les taux d'encadrement des structures « modèle » sont très proches de ceux observés sur l'ensemble des structures d'accueil de jour. Les écarts sont très faibles pour toutes les professions quel que soit le type de structure.

Tableau 11 : Encadrement des unités d'accueil de jour « modèle » en personnel d'accompagnement et de soins

		Part des AJ ayant au moins un intervenant du type	Répartition des effectifs en ETP par type de fonction	Taux d'encadrement moyen pour 10 places ⁷
Centres d'accueil de jour n=139	Aide-soignant	74,3 %	26,1 %	0,81
	AMP (Aide Médico-Psychologique)	75,7 %	31,2 %	0,96
	AVS (Auxiliaire de Vie Sociale)	25,7 %	5,9 %	0,18
	Animateur	18,4 %	3,7 %	0,12
	Psychologue	69,1 %	4,9 %	0,15
	Infirmier	76,5 %	11,0 %	0,34
	Médecin coordonnateur	29,4 %	0,7 %	0,02
	Ergothérapeute	22,8 %	2,1 %	0,07
	Psychomotricien	22,8 %	1,6 %	0,05
	ASH (Agent des Services Hospitaliers)	32,4 %	4,5 %	0,14
	Autres	47,1 %	8,0 %	0,25
	Pers. d'accompagnement et de soins	96,5 %	100,0 %	3,09
Établissements non spécialisés n=465	Aide-soignant	68,8 %	36,5 %	1,08
	AMP (Aide Médico-Psychologique)	58,0 %	26,7 %	0,79
	AVS (Auxiliaire de Vie Sociale)	7,0 %	2,1 %	0,06
	Animateur	22,2 %	3,1 %	0,09
	Psychologue	59,6 %	4,4 %	0,13
	Infirmier	52,4 %	7,7 %	0,23
	Médecin coordonnateur	34,8 %	1,2 %	0,03
	Ergothérapeute	23,6 %	2,2 %	0,07
	Psychomotricien	11,0 %	1,2 %	0,03
	ASH (Agent des Services Hospitaliers)	42,7 %	9,9 %	0,29
	Autres	29,0 %	5,0 %	0,15
	Pers. d'accompagnement et de soins	89,5 %	100,0 %	2,97
Ensemble n=604	Aide-soignant	70,1 %	33,2 %	1,00
	AMP (Aide Médico-Psychologique)	62,1 %	28,2 %	0,85
	AVS (Auxiliaire de Vie Sociale)	11,4 %	3,3 %	0,10
	Animateur	21,3 %	3,3 %	0,10
	Psychologue	61,8 %	4,6 %	0,14
	Infirmier	58,0 %	8,7 %	0,26
	Médecin coordonnateur	33,6 %	1,0 %	0,03
	Ergothérapeute	23,4 %	2,2 %	0,07
	Psychomotricien	13,8 %	1,3 %	0,04
	ASH (Agent des Services Hospitaliers)	40,3 %	8,2 %	0,25
	Autres	33,2 %	6,0 %	0,18
	Pers. d'accompagnement et de soins	91,1 %	100,0 %	3,01

Note de lecture : En 2012, 74,3 % des centres autonomes d'accueil de jour « modèle » emploient au moins un aide-soignant (AS). Ce type de personnel y constitue 26,1 % du personnel d'accompagnement et de soins en ETP. Le taux d'encadrement en AS est de 0,81 ETP pour 10 places installées.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

⁷ Taux d'encadrement moyen pour 10 places = (nombre d'ETP/nombre de places installées) * 10 places

Tableau 12 : Encadrement des unités d'accueil de jour « modèle » en personnel autre que d'accompagnement et de soins en 2012

	Répartition des effectifs en ETP par type de fonction	Taux d'encadrement moyen pour 10 places
Centres d'accueil de jour (n=103)	61	0,42
Direction	23	0,16
Administration	27	0,18
Autres	11	0,08
Établissements non spécialisés (n=62)	32	0,53
Direction	5	0,08
Administration	9	0,15
Autres	18	0,30
Ensemble (n=165)	93	0,45
Direction	28	0,13
Administration	36	0,17
Autres	29	0,14

Note de lecture : En 2012, le taux d'encadrement moyen du personnel de direction dans les centres autonomes d'accueil de jour « modèle » est de 0,16 pour 10 places installées.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'accueil de jour en 2012.

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

IV Les unités d'Hébergement Temporaire (HT) pour personnes âgées en 2012

Lors du lancement de l'enquête 2012 sur l'activité des établissements médicosociaux, 3 026 structures étaient identifiées dans FINESS comme autorisées à avoir une activité d'hébergement temporaire. Au cours de l'enquête, 57 autres structures ont indiqué avoir une activité d'hébergement temporaire. Parmi ces 3 083 structures, 1 877 (60,9 %) ont répondu à tout ou partie du questionnaire. Un certain nombre de structures n'ont pas été retenues pour l'analyse : 37 car elles ont indiqué avoir débuté leur activité d'hébergement temporaire en 2013, 12 car elles ont indiqué ne pas avoir d'activité d'hébergement temporaire et 286 car elles avaient répondu à moins des deux tiers des questions composant le questionnaire. Au total, l'analyse porte donc sur 1 542 structures (dont 37 non identifiées lors du lancement de l'étude).

IV.1 Profil des établissements

La quasi-totalité des 1 542 établissements ayant complété le volet « hébergement temporaire » de l'enquête sont des établissements non spécialisés dans le sens où ils assurent de l'hébergement permanent de personnes âgées à titre d'activité principale. Il s'agit alors presque exclusivement de maisons de retraites (EHPAD ou non). Seulement 20 structures (1,3 %) sont des établissements spécialisés dans l'hébergement temporaire des personnes âgées. Cette proportion est en recul par rapport aux années précédentes (2 % en 2011 et 3 % en 2010). Il faut noter le taux important de non réponse (ou de réponse partielle) au questionnaire de la part des établissements spécialisés : ce taux est de 47 % (30 % en 2011), alors qu'il est de 41 % pour les établissements non spécialisés.

Dans près d'un quart des cas (23,7 %), les établissements n'ont pas renseigné la date de début de leur activité d'hébergement temporaire. Ce taux est identique à celui noté en 2011 : 24 %. Quand l'information est disponible, on constate que les trois quarts des établissements (74,8 %) ont débuté leur activité d'hébergement temporaire après 2003. Cette proportion était de près de 80 % en 2010 et de 72 % en 2011. Pour près d'un établissement sur deux (49,0 %), ce début d'activité est encore plus récent, ayant débuté en 2008 ou après. Notons que 124 établissements (10,5 % des cas où cette information est renseignée) ont débuté leur activité au cours de l'année 2012.

IV.1.1 Capacité d'accueil

Les établissements ayant répondu au volet « Hébergement temporaire » de l'enquête déclarent avoir un total de 5 614 places installées, soit une moyenne de 3,7 places ($\pm 3,8^8$) par établissement⁹. La diminution du nombre moyen de places enregistrées entre 2010 et 2011 (de 3,9 à 3,8) se poursuit donc. La moitié des établissements (49,9 %), comme les années précédentes, ne disposent que d'une ou deux places d'hébergement temporaire. Seulement 6,9 % des établissements disposent de 10 places ou plus (5 % en 2011 et un peu plus de 10 % en 2010). Dix-neuf des vingt établissements spécialisés ayant répondu ont plus de 10 places alors que cette proportion n'est que de 5,7 % parmi les établissements non spécialisés. Ces établissements spécialisés offrent en moyenne 20,0 ($\pm 8,2$) places installées contre 3,5 ($\pm 3,2$) pour les établissements non spécialisés.

IV.1.2 Projet d'établissement spécifique

Seulement 17,6 % des établissements répondants indiquent être dotés d'un projet d'établissement spécifique à l'activité d'hébergement temporaire. Cette proportion est proche de celle observée les années précédentes (19 % en 2011 et 18 % en 2010). Ceci est plus fréquent dans les établissements spécialisés : 80 % sont dans ce cas (16 établissements sur 20). Cette proportion est en progression par rapport aux années précédentes : 59 % des établissements spécialisés avaient un projet d'établissement spécifique en 2011 et 40 % en 2010.

IV.1.3 Partenariats

Les établissements signalent dans 68,1 % des cas l'existence de liens formalisés avec d'autres catégories de structures ou d'établissements pour le fonctionnement des places d'hébergement temporaire. Cette proportion est identique à celle observée en 2011 et supérieure à celle de 2010 (plus de 60 %). Dans 20,7 % des cas, les liens existent avec une seule catégorie de structures, dans 23,3 % avec deux, dans 15,6 % avec trois et, plus rarement (8,5 %), avec les quatre catégories de structures proposées dans le questionnaire.

⁸ Après une moyenne, la valeur entre parenthèses précédée du signe \pm correspond à son écart-type. Celui-ci donne une idée de la distribution et de la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus l'écart-type est élevé, plus la dispersion des valeurs autour de la moyenne est importante.

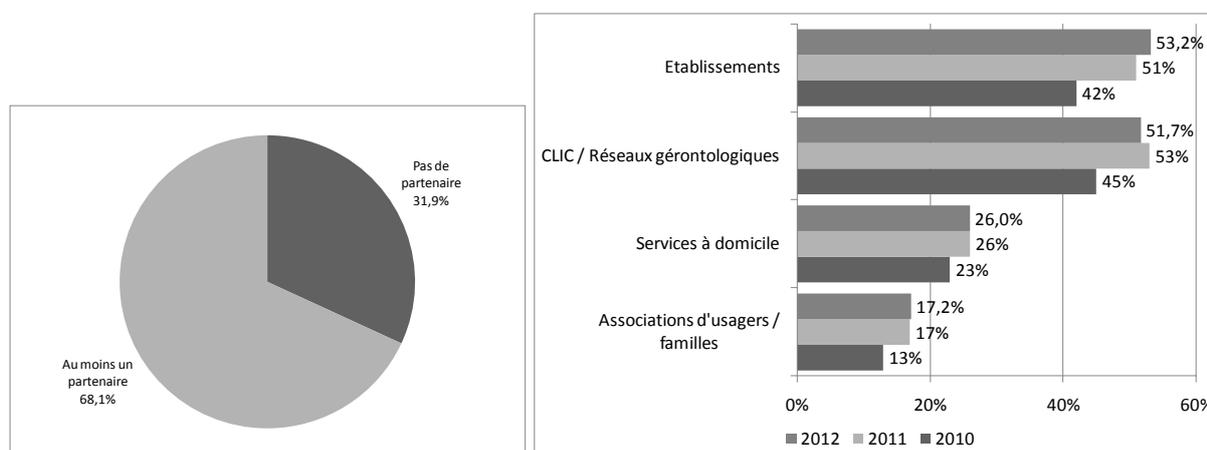
⁹ Notons que les 20 établissements (1,3 %) ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire mais sans aucune place installée, n'ont pas été pris en compte dans cette partie de l'analyse.

Dans le détail, ces liens formalisés sont noués :

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

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

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



Note de lecture : 68,1 % des établissements ont, en 2012, au moins un partenaire et 53,2 % d'entre eux sont en partenariat avec un établissement. (NB : les hébergements temporaires peuvent avoir plusieurs partenaires, la somme des différents types de partenariats est donc supérieure à 100 %).

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2012.

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

IV.2 Activité des unités d'hébergement temporaire

IV.2.1 Nombre de journées d'ouverture

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

Les établissements déclarant une activité d'hébergement temporaire ont une autorisation pour, en moyenne, 347 journées d'ouverture par an (± 58). Cette moyenne n'a pas évolué par rapport aux années précédentes (346 en 2011 et 350 en 2010). La plupart des établissements (85,7 %) sont autorisés à ouvrir tous les jours de l'année (81 % en 2011 et 87 % en 2010).

Plus de la moitié (53,2 %) des établissements ayant indiqué le nombre de jours d'ouverture par an autorisés ont précisé un nombre de journées d'ouverture autorisées pour les malades Alzheimer ou apparentés. Cette proportion n'était que de près de 40 % en 2011 et inférieure à la moitié en 2010. Le nombre de journées d'ouverture autorisées pour les malades Alzheimer ou apparentés est en moyenne de 340 jours (± 72). En 2011, cette moyenne était proche de 340 jours et en 2010 de 350 jours. Dans 84,3 % des cas, l'ouverture pour ces malades est autorisée tous les jours de l'année (81 % en 2011 et plus de 85 % en 2010).

Près des deux tiers des établissements (62,1 %) indiquent que le nombre de journées de présence par an par résident est plafonné (60 % en 2011 et en 2010). Dans ce cas, le plafond est en moyenne de 112 jours (± 58) par an. Cette moyenne varie peu d'une année sur l'autre : 118 jours en 2011 et 115 en 2010.

IV.2.2 Ratio d'exploitation

Le ratio d'exploitation permet de connaître le niveau d'occupation des places d'hébergement temporaire. Il est obtenu en divisant le nombre de journées effectuées en hébergement temporaire en 2012 par le produit du nombre de journées d'ouverture autorisées et le nombre de places installées. Si toutes les places installées étaient occupées tous les jours d'ouverture autorisées, ce ratio vaudrait 1. Il se trouve que dans un certain nombre de cas - 8,9 % - la valeur obtenue est supérieure à 1, indiquant que l'établissement a effectué plus de journées d'hébergement temporaire que ce qui est possible, compte-tenu du nombre de journées d'ouverture autorisées et du nombre de places installées. La proportion d'établissements dans cette situation est stable d'une année sur l'autre (10 % en 2011 et 8 % en 2010). Il faut noter que, comme les années précédentes, cette situation est plus rare dans les établissements autorisés à ouvrir tous les jours de l'année (5,8 %) que dans les autres (27,5 %).

En centrant l'analyse sur les établissements ayant un ration d'exploitation inférieur ou égal à 1, la valeur moyenne observée est de 0,56 ($\pm 0,29$). Le ratio d'exploitation moyen était de 0,55 en 2011.

IV.2.3 Bénéficiaires et fréquentation

En 2012, les structures déclarant une activité d'hébergement temporaire ont reçu en moyenne 19,0 (\pm 26,1) personnes différentes. Les valeurs observées en 2011 et 2010 étaient respectivement de 17 et 20.

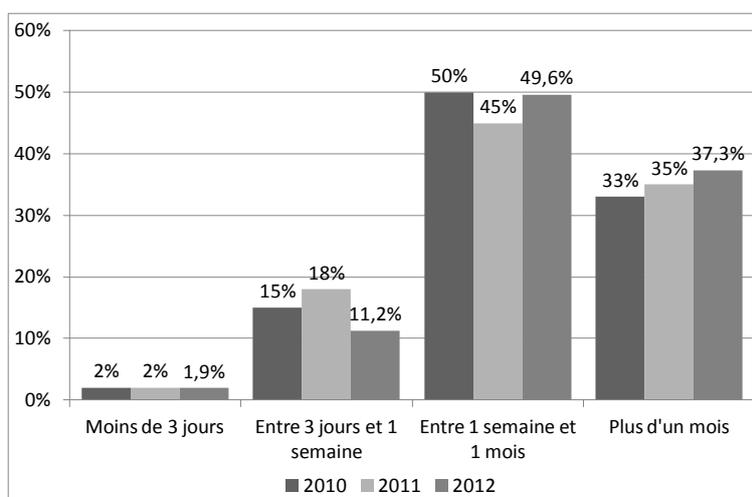
En moyenne par établissement, 854 (\pm 1 859) journées d'hébergement temporaire ont été réalisées en 2012 (771 en 2011 et 860 en 2010). L'écart-type atteint 1 859, soit plus de deux fois la moyenne, indiquant une très grande dispersion autour de la moyenne du nombre moyens de journées par structure. Ces journées se sont réparties sur 24,7 séjours en moyenne (26 séjours en 2011 comme en 2010). Là-aussi, la dispersion autour de la moyenne du nombre de séjours est importante, l'écart-type ayant comme valeur 42,4.

En divisant le nombre de journées effectuées en moyenne par le nombre de séjours moyens, on obtient une estimation de la durée moyenne d'un séjour, soit 34,6 jours (5 semaines). On peut également estimer le nombre moyen de séjours par personne en divisant le nombre moyen de séjours par le nombre moyen de bénéficiaires : chaque bénéficiaire a fait ainsi en moyenne 1,3 séjour en hébergement temporaire en 2012 (1,5 séjour en 2011 et 1,3 en 2010). Dans les établissements spécialisés, la durée moyenne de séjour estimée est plus courte (27,8 jours) mais le nombre moyen de séjour par bénéficiaire est plus élevé : 1,6.

Une place d'hébergement temporaire a bénéficié en moyenne à 5,8 (\pm 4,5) personnes différentes en 2012. Cette valeur ne diffère pas significativement entre les établissements spécialisés (6,3 \pm 3,8) et les établissements non spécialisés (5,8 \pm 4,5). Une telle différence significative n'avait pas été retrouvée non plus les années précédentes.

Près de la moitié des séjours (46,7 %) ont duré entre une semaine et un mois en 2012, proportion proche de celle observée en 2011 et 2010. La part des séjours de plus d'un mois est en progression par rapport aux années précédentes, atteignant 40 % contre 35 % en 2011 et 33 % en 2010. Ce sont les séjours courts (entre 3 jours et une semaine) qui sont en recul, représentant en 2012 11,2 % des séjours alors que cette part était de 18 % en 2011 et de 15 % en 2010. La proportion de séjours très courts (un ou deux jours) est stable mais très limitée : 2 %.

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



Non réponses en 2012 : 257 structures (16,7 %)

Note de lecture : 1,9 % des séjours en hébergement temporaire en 2012 duraient moins de 3 jours.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2012.

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

Pour les malades Alzheimer, les gestionnaires d'établissements déclarent, en premier choix, que la durée de séjour la plus fréquente se situe entre une semaine et un mois, avant les séjours de plus d'un mois. Cette hiérarchie est renforcée lorsqu'on s'intéresse au second choix exprimé par les établissements. Les chiffres obtenus en 2012 sont très proches de ceux de 2011.

Tableau 13 : Durée de séjour la plus fréquemment observée par les gestionnaires pour les malades Alzheimer (n=1 038)

	Moins de trois jours		De 3 jours à 1 semaine		De 1 semaine à 1 mois		Plus d'un mois	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Citée en 1^{er} choix	1 %	2,1 %	9 %	9,9 %	49 %	50,3 %	37 %	35,8 %
Citée en 2nd choix	2 %	1,9 %	18 %	16,9 %	34 %	34,1 %	27 %	30,4 %

Note de lecture : 2,1 % des établissements d'hébergement temporaire déclarent que la durée de séjour la plus fréquente en 2012 était de moins de 3 jours et 2,3 % déclarent qu'il s'agit de la 2^e durée la plus fréquente.

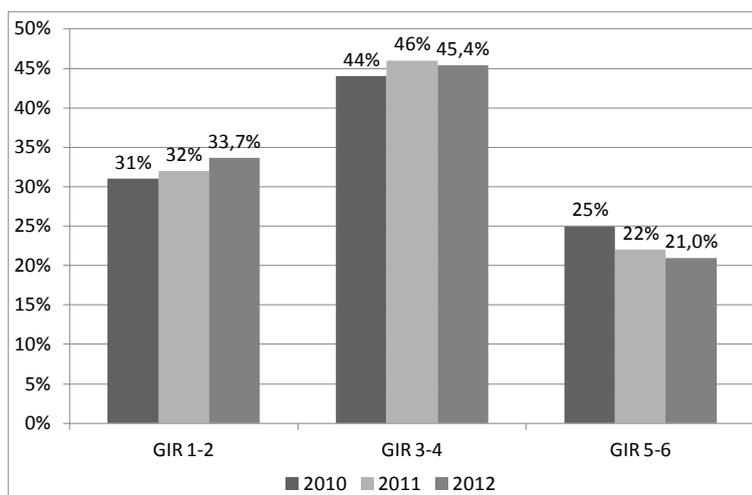
Champ : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2012.

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

Près des trois cinquièmes (78,4 %) des personnes ayant bénéficié d'un hébergement temporaire en 2012 ont un niveau de dépendance moyen (GIR¹⁰ 3 ou 4) ou lourd (GIR 1 ou 2). Cette proportion est similaire à ce qui était observé les années précédentes. Ainsi, un tiers (34,5 %) des bénéficiaires relèvent du GIR 1 ou 2 et 43,9 % du GIR 3 ou 4.

¹⁰ GIR : Groupe iso-ressources

Graphique 14 : Répartition des personnes accueillies par niveau de dépendance



Non réponses en 2012 : 227 structures (14,7 %)

Note de lecture : 33,7 % des personnes accueillies en 2012 en hébergement temporaire relevaient du GIR 1 ou 2.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2012.

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

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

Près de la moitié (44,8 %) des établissements déclarant une activité d'hébergement temporaire indiquent avoir une liste d'attente en 2012. Cette proportion est stable par rapport à 2011 et 2010. Elle ne varie pas significativement selon le type d'établissement (spécialisé ou non) ou la capacité d'accueil.

Dans la très grande majorité des cas (83,4 %), comme les années précédentes (83 % en 2011 et 80 % en 2010), les établissements d'hébergement temporaire organisent leur activité principalement autour de séjours programmés. Les séjours non programmés, organisés en urgence, représentent la pratique principale d'un établissement sur sept (16,6 %). Cette proportion, comme les années précédentes, ne varie pas selon le type ou la taille de l'établissement.

Les séjours de répit et de relais ainsi que les vacances des aidants non professionnels sont le motif de recours le plus fréquemment cité par les gestionnaires d'établissement : trois fois sur cinq (60,6 %) comme premier motif et une fois sur cinq (19,6 %) en second motif. La préparation à une entrée en hébergement permanent vient en second lieu comme premier motif de recours (17,6 %) mais est le plus souvent citée en second motif (30,3 %). Les sorties d'hospitalisations, y compris en soins de suite et réadaptation, viennent en troisième rang, citée en 1^{er} motif dans 16,2 % des cas et en second motif dans 21,7 % des cas. Si l'hospitalisation de l'aidant est peu souvent citée comme 1^{er} motif de recours (4,0 %), elle est citée près d'une fois sur cinq (17,8 %) en second motif. Enfin, les problèmes liés au logement (inadaptation ou indisponibilité) sont des motifs de recours beaucoup moins souvent cités.

Cette hiérarchie des motifs de recours, telle qu'elle est observée en 2012, est très proche de celle qui avait été relevée en 2011.

Tableau 14 : Motifs de recours à l'hébergement temporaire les plus fréquemment observés

	Répit / relais de l'aidant non professionnel (dont vacances)		Sortie d'hospitalisation (dont SSR)		Hospitalisation de l'aidant		Inadaptation ou indisponibilité (travaux...) du logement		Préparation à une entrée en hébergement permanent	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
1^{er} motif	60 %	60,6 %	18 %	16,2 %	3 %	4,0 %	1 %	0,6 %	19 %	17,6 %
2nd motif	19 %	19,6 %	24 %	21,7 %	17 %	17,8 %	3 %	3,6 %	34 %	30,3 %

Note de lecture : 60,6 % des établissements d'hébergement temporaire déclarent que les séjours de répit ou de relais de l'aidant non professionnel sont le motif le plus fréquent de recours à l'hébergement temporaire en 2012 et 19,3 % déclarent qu'il s'agit du 2nd motif le plus fréquent.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2012.

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

IV.2.5 Période de l'année

Les deux tiers (66,3 %) des établissements ayant une activité d'hébergement temporaire indiquent que cette prestation est plus souvent sollicitée à certaines périodes de l'année. Cette proportion ne varie pas significativement selon le type d'établissement mais apparaît en retrait par rapport à 2011.

La période estivale est la plus souvent sollicitée : 61,5 % de l'ensemble des établissements citent le mois d'août comme étant une période de l'année davantage sollicitée et 58,5 % le mois de juillet (en 2011, respectivement 58 % et 55 %). L'autre période citée, bien que beaucoup moins fréquemment - 30,1 % - est la période hivernale, de décembre à mars, en dehors de vacances scolaires ; cette période était citée par un tiers des établissements en 2011. Parmi les périodes de vacances scolaires au cours de l'année, c'est pendant celles de Noël qu'un accroissement des sollicitations est le plus souvent noté (par 15,0 % des établissements), avant celles de Pâques (8,8 %) et celles de février ou de la Toussaint (5,5 % et 5,1 %). Dans près d'un cas sur dix (9,2 %), les établissements précisent d'autres périodes : celles qui sont le plus souvent citées correspondent aux périodes encadrant les vacances estivales, juin et septembre, voire mai-juin et septembre-octobre.

IV.2.6 La sortie d'hébergement temporaire

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

en 2011 et 41 % en 2010), alors que cette proportion est de 17,9 % dans les établissements non spécialisés.

Le retour à domicile est la destination de sortie la plus fréquemment citée en 1^{er} choix (67,6 % des cas). Il est également fréquemment cité en second choix mais en deuxième rang. L'accueil en hébergement permanent vient ensuite, cité une fois sur quatre en premier choix et près d'une fois sur deux en second choix. La sortie vers le domicile d'un proche est la troisième destination en ordre de fréquence de 1^{er} choix mais à un niveau bien moindre (7,5 %). Enfin, l'hospitalisation, y compris en unité de soins de longue durée, est une destination de sortie beaucoup plus rarement citée.

Les résultats de 2012 concernant les destinations de sortie les plus fréquemment observées sont très proches de ceux notés en 2011.

Tableau 15 : Destinations de sortie après le séjour en hébergement temporaire les plus fréquemment observées (n=1 506)

	Domicile de l'utilisateur		Domicile d'un proche (non conjoint)		Hébergement permanent		Hôpital (dont USLD)	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Citée en 1^{er} choix	65 %	67,6 %	9 %	7,5 %	25 %	24,1 %	1 %	1,1 %
Citée en 2nd choix	20 %	19,3 %	19 %	17,0 %	44 %	44,9 %	3 %	3,6 %

Note de lecture : En 2012, 67,6 % des établissements d'hébergement temporaire déclarent que le retour au domicile de l'utilisateur est la destination de sortie la plus fréquente et 19,3 % le citent en 2nd choix.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2012.

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

IV.3 Financements et coûts

IV.3.1 Tarif journalier

En 2012, la moitié des établissements a un coût moyen journalier d'hébergement temporaire compris entre 50,13 € et 64,53 €, la médiane étant de 55,77 €. En 2011, cet intervalle était de 49,1 € à 62,2 € avec une médiane de 54,5 € et en 2010, de 47,4 € à 61,1 € avec une médiane à 52,8 €.

Pour la moitié des établissements, le tarif dépendance journalier pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 ou 2) est compris entre 17,29 € et 21,36 €. Pour les personnes en GIR 3 ou 4, dans la moitié des établissements, le tarif dépendance journalier est compris entre 11,00 € et 13,60 € et pour les personnes les moins dépendantes, en GIR 5 ou 6, il est compris entre 4,72 € et 5,79 € pour la moitié des établissements.

Tableau 16 : Tarif dépendance journalier (en €)

	GIR 1 ou 2			GIR 3 ou 4			GIR 5 ou 6		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
1^{er} quartile	16,8	17,0	17,19	10,6	10,8	11,00	4,6	4,7	4,72
Médiane		18,9	19,34		12,0	12,34		5,2	5,26
3^e quartile	21,1	20,9	21,36	13,4	13,4	13,60	5,7	5,7	5,79

Non réponses en 2012 : 85 structures (5,5 %)

Note de lecture : En 2012, pour les personnes en GIR 1 ou 2, dans un quart des établissements, le tarif dépendance est inférieur à 17,19 € par jour (1^{er} quartile), pour la moitié des établissements, inférieur à 19,34 € (médiane) et pour un quart des établissements supérieur à 21,36 € (3^e quartile).

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'hébergement temporaire en 2012.

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

IV.4 Communication autour de l'hébergement temporaire

Un établissement sur deux, 51,4 %, déclare avoir une démarche de communication concernant l'hébergement temporaire sur son territoire.

Les CLIC sont les premières cibles de ces démarches de communication : ils sont cités 324 fois par les structures indiquant avoir une démarche de communication soit dans 42,5 % des cas (40 % en 2011). Au-delà des CLIC, la communication se fait vers les réseaux gérontologiques (110 fois – 14,4 %), les CCAS (45 fois – 5,9 %) ou le Conseil général (44 fois – 5,8 %) ou les mairies (40 fois – 5,2 %). Les établissements et services de soins sont également des lieux vers lesquels se tournent les établissements d'hébergement temporaire : ainsi, les hôpitaux sont cités à 146 reprises (19,2 %), moins fréquemment les SSIAD (37 fois – 4,9 %) ou les EHPAD (27 fois – 3,5 %).

Les médecins sont les professionnels le plus souvent ciblés par ces actions de communication : ils sont cités à 123 reprises (16,1 %) avant les assistants sociaux (86 fois – 11,3 %).

Les supports papiers sont des outils très utilisés pour ces démarches de communication : plaquettes, livrets, flyers, affiches, dépliants, bulletins... Au total, ces différents supports sont cités 168 fois soit dans 22,0 % des cas. Internet est également un support de communication cité fréquemment : 88 structures y font référence comme support de communication (11,5 %). La presse écrite est aussi un canal de communication : 92 structures la citent soit dans 12,1 % des cas. Par contre, la presse radiophonique est peu investie (citée 4 fois).

Enfin, les annuaires sont également un mode de communication utilisé, cités (y compris les pages jaunes) 19 fois (2,5 %).

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

Le questionnaire se terminait par une question ouverte au travers de laquelle les établissements déclarant une activité d'hébergement temporaire pouvaient indiquer les difficultés rencontrées dans ce domaine. Cette possibilité a été utilisée à 985 reprises soit par près des deux tiers (63,8 %) des établissements ayant participé à l'enquête. L'analyse des réponses à cette question a de l'intérêt au niveau de chaque région afin d'identifier les éléments à améliorer localement pour le fonctionnement des hébergements temporaires. Cette analyse est donc prévue au niveau de chaque Agence régionale de santé. Par contre, l'intérêt d'une telle analyse au niveau national a été jugé limité et celle-ci n'a donc pas été réalisée.

V Les Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile en 2012 (ESAD)

Au moment du lancement de l'enquête sur l'activité 2012, 332 équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD) étaient identifiées. Les structures porteuses représentent au total 34 131 places autorisées de Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou de Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et 33 743 places installées.

Parmi ces 332 structures, 296 (89,2 %) ont complété tout ou partie du questionnaire. Neuf structures ont été exclues de l'analyse car elles indiquaient ne pas avoir d'activité d'ESAD. Onze autres ont été exclues car elles n'ont ouvert qu'en 2013 et 22 autres car elles avaient complété moins des deux tiers du questionnaire. Au total, 254 structures ont été retenues pour l'analyse soit 76,5 % des structures ciblées. Les structures porteuses des ESAD retenues pour l'analyse cumulent 27 883 places autorisées et 27 573 places installées de SSIAD ou de SPASAD. Ainsi, les structures porteuses d'ESAD représentent 22,2 % de l'ensemble des places de SSIAD ou de SPASAD installées au 31 décembre 2012.

V.1 Profil des équipes spécialisées Alzheimer à domicile

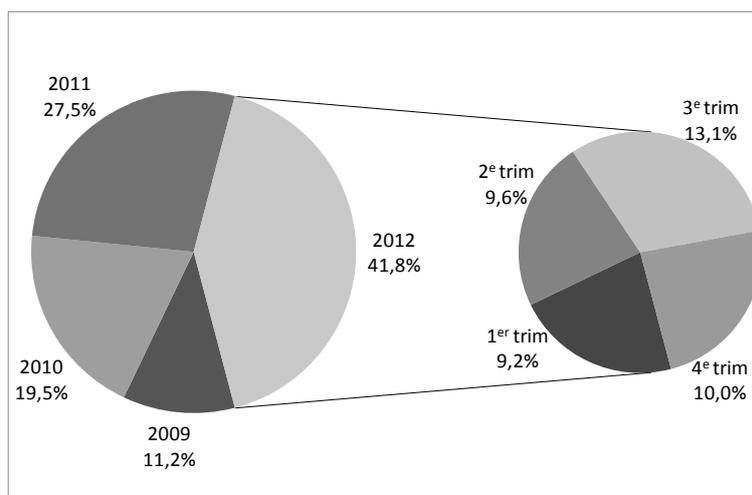
V.1.1 Structure porteuse

Dans un quart des cas (23,7 %), les équipes sont portées dans le cadre d'une collaboration entre plusieurs SSIAD ou SPASAD. Dans 4,0 % des cas, le porteur est un groupement de coopération social ou médicosocial. Dans les cas restants (72,3 %), le porteur est un service de soins à domicile.

V.1.2 Date d'ouverture

Les ESAD sont des services récents : dans 41,8 % des cas, ils ont ouvert au cours de l'année étudiée (2012) ; plus d'un quart (27,5 %) ont ouvert en 2011, un cinquième (19,5 %) en 2010 et les autres (11,2 %) en 2009. Les ESAD qui ont ouvert en 2012 l'ont fait plutôt en fin d'année et principalement au cours du 3^e trimestre (20 % des structures ayant ouvert en 2012 l'ont fait en septembre).

Graphique 15 : Année d'ouverture des ESAD



Non réponses en 2012 : 3 structures (1,2 %)

Note de lecture : 41,8 % des ESAD ont débuté leur activité en 2012.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAD en 2012.

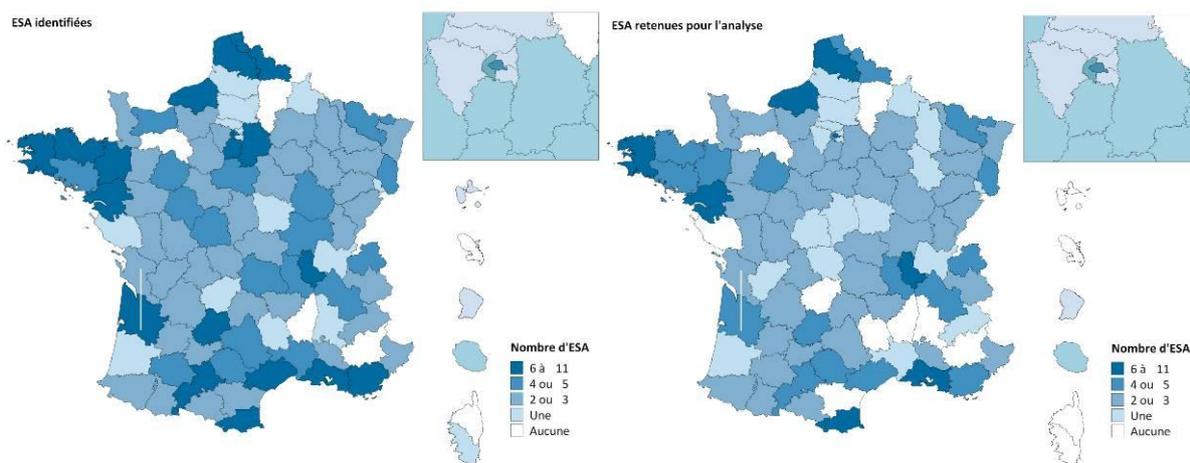
Source : Données d'activité 2012 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

V.1.3 Couverture territoriale et populationnelle

Les 332 ESAD identifiées et interrogées dans le cadre de cette enquête couvrent 95 des 101 départements métropolitains et ultramarins. Jusqu'à 11 équipes peuvent être implantées dans un même département comme c'est le cas dans les Bouches-du-Rhône. Dix-huit départements disposent de 6 à 10 ESAD, dix-huit autres de 4 ou 5 équipes, 40 départements en ont deux ou trois et 17 départements une seule.

Les 254 équipes retenues pour l'analyse sont implantées dans 85 départements.

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



Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAD en 2012.

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

Ces équipes couvrent plus de la moitié des cantons français : 2 262 cantons couverts sur 4 055 soit 55,8 %. Elles déclarent couvrir une population de 5 506 100 habitants âgés de 65 ans et plus. La France entière regroupant 10 860 500 habitants de cet âge (au 1^{er} janvier 2010), la moitié de la population âgée de 65 ans et plus est potentiellement couverte par une ESAD.

V.2 Activité des équipes spécialisées Alzheimer à domicile

V.2.1 Patients reçus

Au total, en 2012, les ESAD retenues pour l'analyse ont accueilli 11 089 patients, soit plus de deux fois plus que l'année précédente (5 000). En moyenne, chaque équipe a reçu 43,6 patients ($\pm 32,2^{11}$). Comme deux ESAD sur cinq ont ouvert courant 2012, il est important de rapporter le nombre de personnes suivies au nombre de mois d'ouverture. Ainsi, en moyenne mensuelle, les ESAD enquêtées ont reçu 4,9 patients. L'écart-type est à 10,8 soit plus du double de la moyenne, indiquant que le nombre de patients reçus en moyenne mensuelle est très variable d'un ESAD à l'autre. Cela correspond à un suivi de 1 252 patients par mois et à une moyenne annuelle de 59,2 patients par ESAD en année pleine (52 en 2011) pour un total de plus de 15 000 patients.

La population suivie est composée pour deux tiers de femmes (66,9 %) et pour un tiers d'hommes (33,1 %).

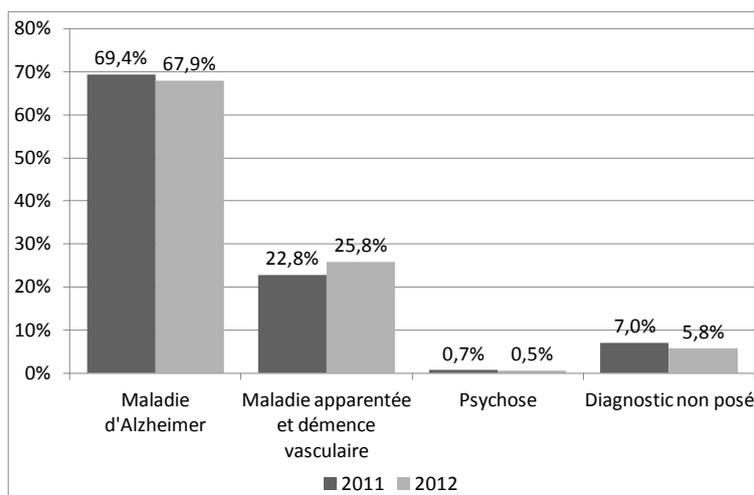
En moyenne, les patients suivis ont 81,2 ans (81 ans en 2011). Les femmes sont légèrement plus âgées, en moyenne, que les hommes : 81,7 ans versus 80,2 ans.

V.2.2 Diagnostic motivant la demande

Dans les deux tiers des cas, les personnes prises en charge souffrent de maladie d'Alzheimer et dans un quart des cas d'une maladie apparentée. Ainsi, dans près de 95 % des cas, les patients présentent une pathologie en concordance avec les indications d'une prise en charge en ESAD. Les diagnostics de psychoses sont très rares, posés pour moins de 1 % de la population prise en charge. Enfin, pour une personne sur vingt, le diagnostic n'est pas posé. La répartition par diagnostic principal observée en 2012 est superposable à celle de 2011.

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

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



Non réponses en 2012 : 3 structures (1,2 %)

Note de lecture : 67,9 % des patients des ESAD présentent une maladie d'Alzheimer en 2012.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAD en 2012.

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

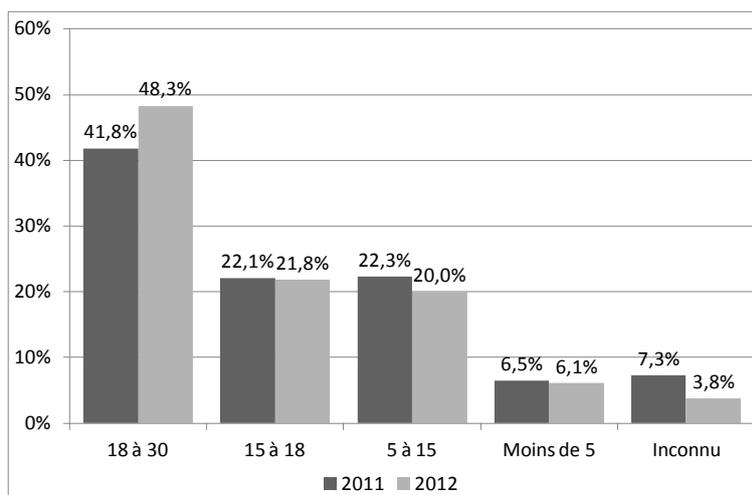
V.2.3 Score au Mini Mental State Examination (MMSE) et niveau de dépendance

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

Près de la moitié des patients présentent un score élevé au MMSE, supérieur à 18, et un cinquième un score compris entre 15 et 18. Ainsi, dans 70 % des cas, les patients pris en charge par les ESAD présentent un score au MMSE compatible avec le cahier des charges des ESAD (MMSE supérieur à 18 et dans certains cas à 15). Dans un quart des cas, le score au MMSE (inférieur à 15) traduit un niveau d'avancement de la pathologie *a priori* trop important pour ce type de prise en charge.

Les différences par rapport à ce qui avait été relevé lors de l'enquête de 2011 n'apparaissent pas statistiquement significatives.

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



Non réponses en 2012 : 20 structures (7,9 %)

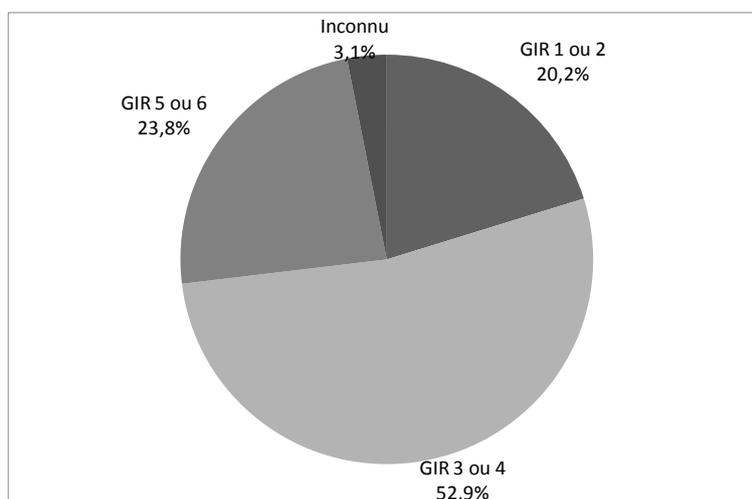
Note de lecture : 48,3 % des patients des ESAD ont un score au MMSE compris entre 18 et 30 en 2012.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAD en 2012.

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

Les patients pris en charge présentent le plus souvent un niveau de dépendance élevé, en concordance avec le cahier des charges des ESAD : un sur cinq est dans le groupe iso-ressources (GIR) 1 ou 2 et la moitié dans le GIR 3 ou 4. Un quart des patients présentent un niveau de dépendance limité (GIR 5 ou 6). Notons que pour 3,1 % des patients, leur GIR est inconnu.

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



Non réponses en 2012 : 20 structures (7,9 %)

Note de lecture : 20,2 % des patients des ESAD sont dans le GIR 1 ou 2 en 2012.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAD en 2012.

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

V.2.4 Nombre de séances et prescripteurs

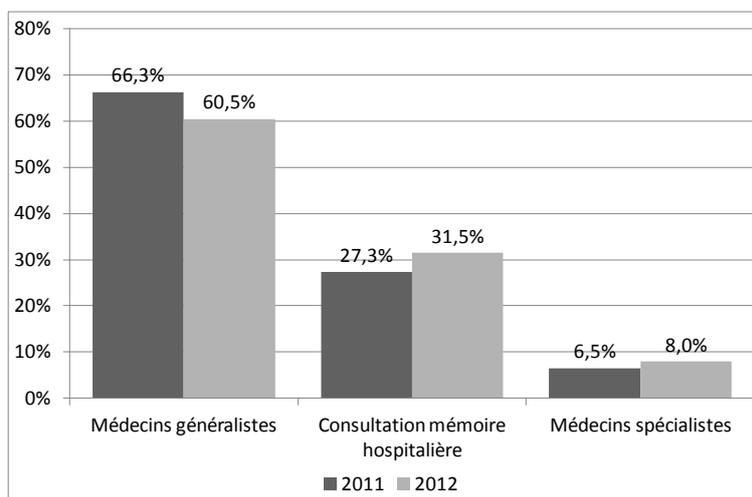
En 2012, chacune des ESAD incluses dans l'analyse a réalisé en moyenne 494 (\pm 400) séances, représentant un total de 124 500 séances sur l'année. En rapportant le nombre de séances réalisées au nombre de mois d'ouverture, les ESAD analysées ont réalisé en moyenne 52,7 séances par mois correspondant à un total de 13 400 séances par mois. Le nombre de séances par mois est très variable d'une ESAD à l'autre comme le montre l'écart-type qui vaut 112,5 soit plus de deux fois la moyenne. Ainsi, rapporté en moyenne annuelle comme si toutes les structures avaient fonctionné en année pleine (sur 12 mois), 633 séances par ESAD sont potentiellement réalisées en moyenne par an pour un total estimé de 161 000 séances en année pleine.

Un patient sur dix (10,8 %) a bénéficié de plus de 15 séances dans l'année, au-delà des recommandations du cahier des charges des ESAD¹². À l'inverse, un quart des patients ont bénéficié de moins de 5 séances sur l'année, mais le mode de formulation de la question ne permet pas de déterminer parmi eux ceux qui ont bénéficié de plus de séances du fait d'une prise en charge à cheval sur deux années.

En moyenne, la durée de la prise en charge en ESAD est de 13,7 semaines (\pm 4,9). Cette valeur est proche de celle observée en 2011 (13 semaines) et conforme au cahier des charges.

La prise en charge en équipe spécialisée Alzheimer à domicile est prescrite le plus souvent par un médecin généraliste (dans trois cas sur cinq) avant les consultations mémoires hospitalières ou les médecins spécialistes. Les évolutions notées par rapport à 2011 ne sont pas statistiquement significatives.

Graphique 19 : Prescripteurs des séances d'ESAD



Non réponses en 2012 : 0 structure

Note de lecture : 60,5 % des séances d'ESAD ont été prescrites par un médecin généraliste en 2012.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAD en 2012.

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

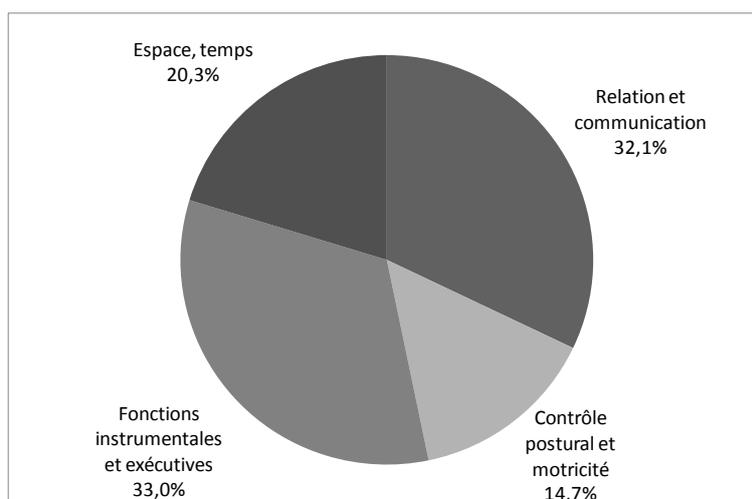
¹² Cahier des charges ESAD - Annexe 1 de la circulaire DGCS/SD3A n° 2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médicosociales du plan Alzheimer (mesure n° 6).

V.2.5 Objectif principal des séances d'ESAD

La question posée ne portant que sur les patients ayant terminé leurs séances, l'information est disponible pour 70,1 % de l'ensemble des patients pris en charge par une ESAD en 2012.

Deux objectifs principaux ressortent en premier, à un niveau équivalent : relation et communication, d'une part et fonctions instrumentales et exécutives, d'autre part. Chacun de ces objectifs concerne un tiers des patients. Vient ensuite le travail sur le repérage dans l'espace et le temps (un patient sur cinq concerné) avant le contrôle postural et la motricité (15 %).

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



Non réponses en 2012 : 50 structures (19,7 %)

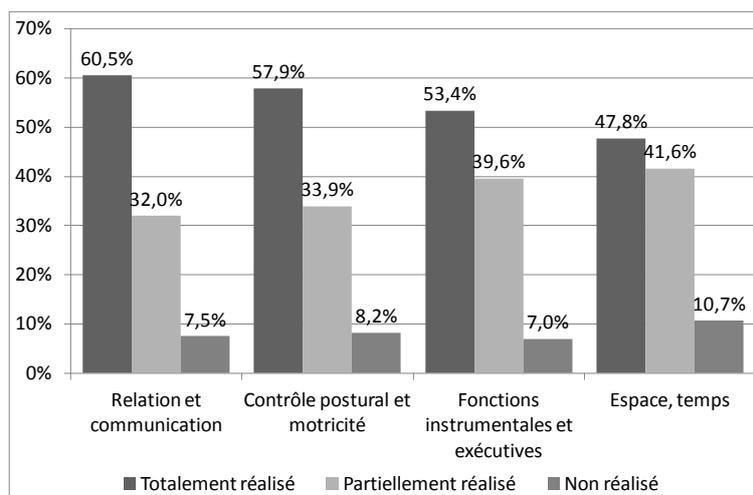
Note de lecture : 32,1 % des séances d'ESAD ont comme objectif principal la relation et la communication en 2012.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAD en 2012.

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

L'atteinte des objectifs fixés est à un niveau semblable pour trois d'entre eux : relation et communication, contrôle postural et motricité et fonctions instrumentales et exécutives. L'objectif est totalement réalisé dans 53 à 61 % des cas. Il est partiellement réalisé dans 32 à 40 % des cas et il n'est pas réalisé dans 7 à 8 % des cas. Par contre, pour le travail sur l'espace et le temps, l'objectif n'est totalement réalisé que dans moins d'un cas sur deux (48 %), la réalisation partielle est à un niveau supérieur à ce qui est observé pour les autres objectifs (42 %). La proportion de cas où l'objectif n'est pas réalisé est plus élevée que pour les autres objectifs, atteignant 11 %.

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



Note de lecture : 60,5 % des séances d'ESAD dont l'objectif principal est la relation et la communication ont totalement réalisé cet objectif en 2012.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAD en 2012.

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

V.3 Professionnels constituant les ESAD

Au total, en 2012, l'effectif des personnels travaillant dans les ESAD retenus pour l'analyse s'élevait en moyenne à 6,3 (\pm 3,6) personnes par équipe et à 2,6 (\pm 0,9) équivalent temps plein (ETP). Cela correspond à un total de près de 1 593 professionnels pour 656 ETP.

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

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

Tableau 17 : Répartition des professionnels constituant les ESAD

	Part d'ESAD ayant au moins un intervenant du type	Nombre (écart-type) de professionnels	Nombre (écart-type) d'ETP
Infirmière coordinatrice	95,3 %	1,2 (\pm 0,9)	0,3 (\pm 0,2)
Ergothérapeute	81,9 %	0,9 (\pm 0,6)	0,6 (\pm 0,4)
Psychomotricien	41,7 %	0,5 (\pm 0,7)	0,3 (\pm 0,4)
ASG (assistants de soins en gérontologie)	95,3 %	3,3 (\pm 2,7)	1,3 (\pm 0,6)
Aides-soignants et Aides Médico-Psychologique	14,6 %	0,3 (\pm 1,1)	0,1 (\pm 0,4)

Non réponses en 2012 : 0 structure

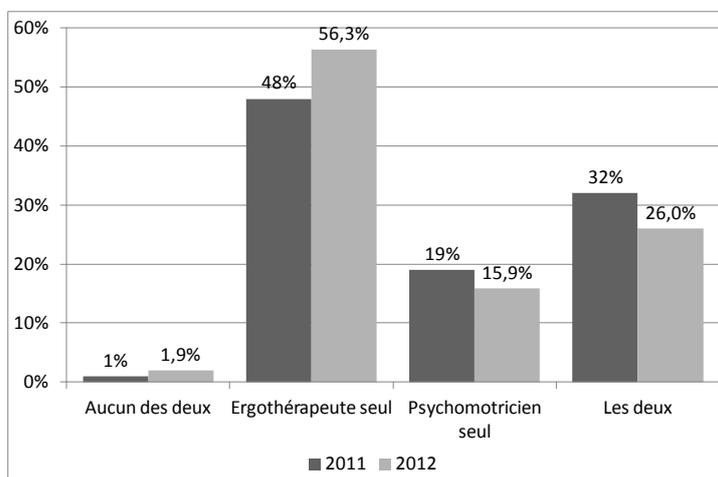
Note de lecture : en 2012, 95,3 % des ESAD ont une infirmière coordinatrice ; en moyenne, il y en a 1,2 par équipe pour 0,3 ETP

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAD en 2012.

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

Les équipes ne disposant ni d'ergothérapeute, ni de psychomotricien sont rares (1,9 %). La situation la plus fréquemment retrouvée (56,3 %) est la présence uniquement d'ergothérapeute. Dans un quart des cas, un psychomotricien est présent concomitamment avec l'ergothérapeute. Un psychomotricien seul est retrouvé dans une équipe sur sept. Ce constat ne diffère pas significativement de ce qui avait été observé en 2011.

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



Non réponses en 2012 : 0 structure

Note de lecture : 56,3 % des ESAD ont un ergothérapeute mais pas de psychomotricien en 2012.

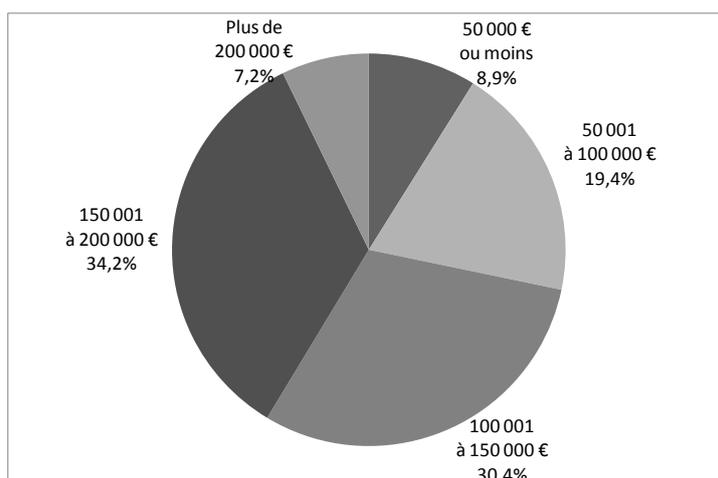
Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAD en 2012.

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

V.4 Dotations financières

En moyenne, les ESAD retenues pour l'analyse ont reçu 136 000 € (± 55 800) de dotation financière en 2012. La moitié des équipes a reçu entre 90 400 et 152 000 €.

Graphique 23 : Dotation financière des ESAD en 2012



Non réponses en 2012 : 17 structures (6,7 %)

Note de lecture : 8,9 % des ESAD ont reçu 50 000 € ou moins de dotation financière en 2012.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'ESAD en 2012.

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

Les dépenses de fonctionnement se sont élevées en moyenne à 107 300 € (\pm 56 580). En prenant en compte le fait qu'une partie des structures n'ont ouvert qu'en cours d'année, on peut estimer à 151 000 € le niveau moyen de dépenses en année pleine.

Dans ces dépenses, la part consacrée aux frais de déplacements est en moyenne de 6 %.

VI Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés en 2012 (PASA)

Lors du lancement de l'enquête sur l'activité 2012 des structures pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, 870 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) étaient identifiés. Au cours de l'enquête, 24 autres structures, non identifiées comme telles précédemment ont indiqué avoir cette activité. De ces 894 structures, 544 ont complété le volet « PASA » de l'enquête (60,9 %). Parmi elles, 41 n'ont pas été retenues dans l'analyse car ayant commencé leur activité en 2013 et huit autres qui ont indiqué ne pas avoir d'activité de PASA. Enfin, 45 questionnaires ont été exclus du fait d'un niveau de complétude insuffisant (réponses à moins des deux tiers des questions posées). *In fine*, l'analyse porte sur 450 structures (contre 229 en 2011).

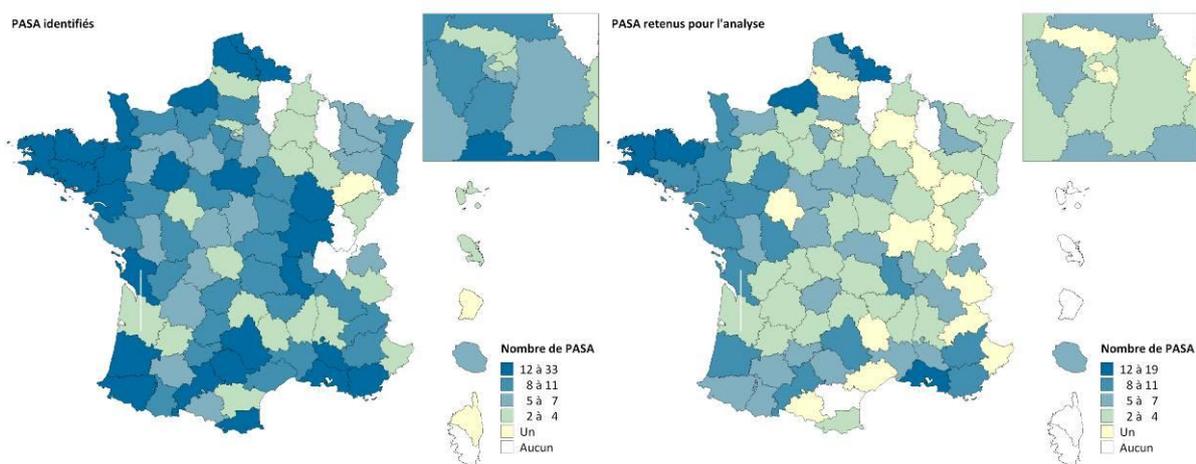
VI.1 Profil des pôles d'activités et de soins adaptés

VI.1.1 Implantation des PASA

Les 870 PASA identifiés et interrogés au cours de l'enquête 2012 sont répartis dans 94 des 101 départements de métropole ou d'outre-mer. Jusqu'à 33 PASA peuvent être identifiés sur un même département, comme c'est le cas dans les Bouches-du-Rhône. Dans 24 départements, entre 12 et 33 PASA sont implantés, dans 27 départements, on trouve entre 6 et 11 PASA, dans 18 départements, entre 5 et 7 PASA, dans 22 départements, entre 2 et 4 PASA et dans trois départements, un seul PASA.

Les 450 PASA retenus pour l'analyse sont implantés dans 91 départements.

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



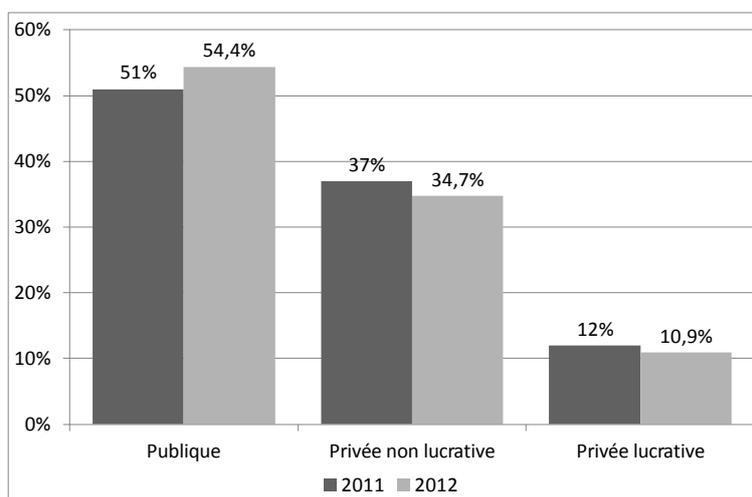
Champ : Structures ayant déclaré une activité de PASA en 2012.

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

VI.1.2 Structure porteuse

En 2012, plus de la moitié des structures porteuses de PASA étaient publiques et un tiers privées non lucratives. Les PASA adossés à une structure privée lucrative ne représentent qu'un dixième de l'ensemble des PASA retenus pour l'analyse. Cette répartition est sensiblement identique à celle observée en 2011.

Graphique 24 : Structure porteuse des PASA en 2012



Non réponses en 2012 : 0 structure

Note de lecture : 54,4 % des PASA ont une structure porteuse publique en 2012.

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

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

Le nombre de places moyen des établissements pour personnes âgées ayant créé un PASA était de 106 ($\pm 56^{13}$) en 2012, valeur proche de celle observée en 2011. La moitié des EHPAD porteurs de PASA à une capacité comprise entre 73 et 117 places.

La moitié (51,4 %) des structures ayant indiqué leur option tarifaire sont en tarif global. Notons que 18,2 % des structures n'ont pas répondu à cette question.

Plus des deux tiers des EHPAD (69,4 %) ne sont pas dotés de pharmacie à usage intérieur (73 % en 2011).

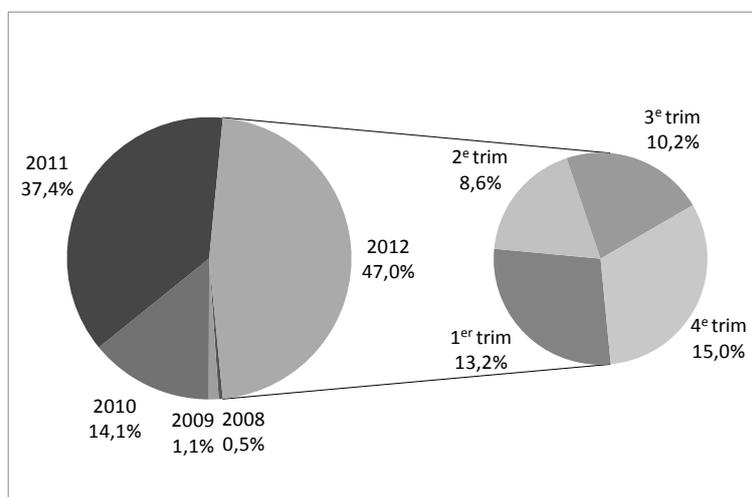
¹³ Après une moyenne, la valeur entre parenthèses précédée du signe \pm correspond à son écart-type. Celui-ci donne une idée de la distribution et de la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus l'écart-type est élevé, plus la dispersion des valeurs autour de la moyenne est importante.

Comme en 2011, 88,8 % des structures sont sous tarification PATHOS (GMPS¹⁴) et 72,7 % ne sont pas sous convergence tarifaire. Pour les établissements sous tarification PATHOS, le Pathos Moyen Pondéré (PMP) est en moyenne de 197,2 (\pm 85,5) et, pour la moitié des établissements, il est compris entre 156 et 214. La valeur moyenne du PMP était de 190,3 en 2011. Le Gir Moyen pondéré (GMP), qui était en moyenne de 715 en 2011, est en moyenne de 706 (\pm 96) en 2012. Pour la moitié des établissements, le GMP est compris entre 663 et 759.

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

Près de la moitié des PASA retenus pour l'analyse (47,1 %), ont débuté leur activité en 2012 et plus du tiers en 2011. Très peu de PASA sont ouverts depuis 2008 ou 2009. Pour les structures ayant ouvert en 2012, plus de la moitié ont ouvert au cours du 2nd semestre et en particulier, pendant le dernier trimestre de l'année.

Graphique 25 : Date d'ouverture des PASA



Non réponses en 2012 : 8 structures (1,8 %)

Note de lecture : 47,0 % des PASA ont ouvert en 2012.

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

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

Les PASA retenus pour l'analyse ont, pour près de la moitié d'entre eux (48,9 %), été labellisés en 2012 et 18,6 % en 2013. Ils sont 6,1 % à avoir été labellisés entre 2008 et 2010 et 26,4 % en 2011.

Plus du tiers des PASA (37,7 %) ont bénéficié d'une subvention au titre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA (32 % en 2011). Parmi eux, ils sont 41,1 % à en avoir bénéficié en 2012. Les structures ayant bénéficié de cette subvention en 2012 ont perçu en moyenne 96 160 €. La moitié des structures subventionnées en 2012 ont perçu entre 36 620 € et 120 775 €.

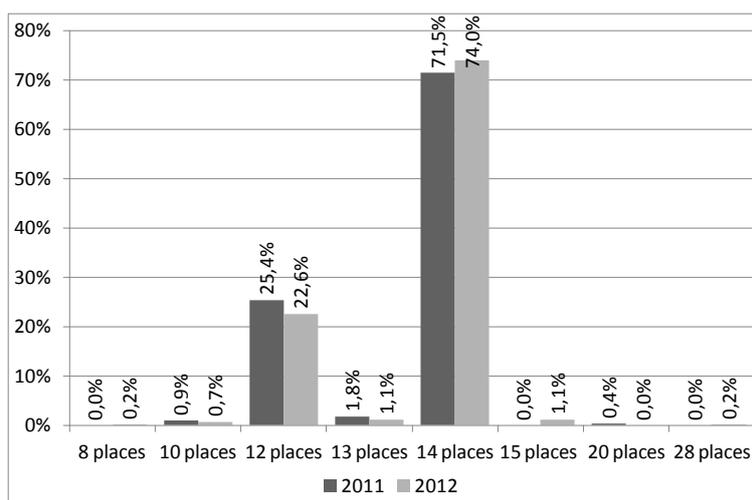
¹⁴ GMPS : GIR moyen pondéré soins.

VI.1.4 Nombre de places en PASA

Au total, les 446 PASA qui ont indiqué leur nombre de places regroupent 6 038 places, soit une moyenne de 13,5 places ($\pm 1,2$) par PASA. Ce chiffre est identique à celui relevé en 2011.

Les trois quarts des PASA offrent 14 places et près d'un quart, 12 places. Quatre structures offrent 10 places ou moins et six, 15 places ou plus, de façon non conforme au cahier des charges des PASA¹⁵ qui précise que les PASA doivent accueillir entre 12 et 14 résidents.

Graphique 26 : Nombre de places des PASA en 2012



Non réponses en 2012 : 4 structures (0,9 %)

Note de lecture : 74,0 % des PASA ont 14 places en 2012.

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

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

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

VI.2.1 Résidents pris en charge

En 2012, les PASA retenus pour l'analyse ont accueilli 13 355 résidents différents soit deux fois plus qu'en 2011. Le nombre moyen de résidents accueillis par PASA est de 30,0 ($\pm 13,4$), chiffre en progression par rapport à 2011 (28,7). Comme près de la moitié des PASA a débuté son activité en cours d'année 2012, une estimation en année pleine (comme si chaque structure avait fonctionné 12 mois) a été réalisée : 54,1 résidents sont potentiellement accueillis en moyenne par PASA pour un total de plus de 24 000 résidents accueillis en année pleine.

¹⁵ Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médicosocial du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ».

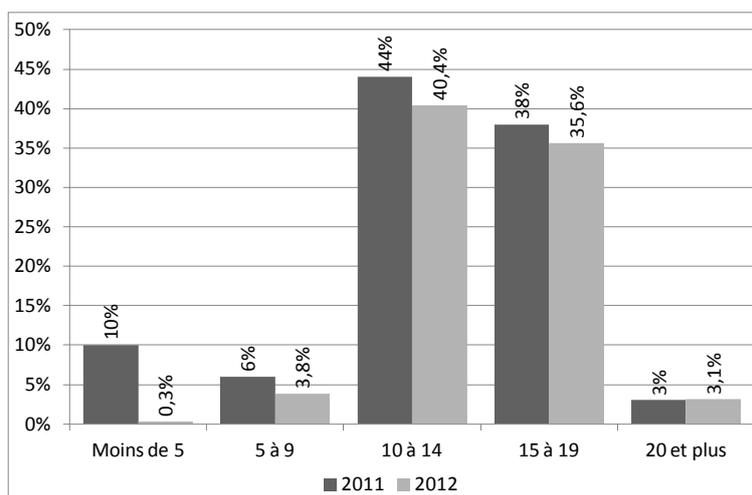
Ces résidents sont dans les quatre cinquièmes des cas des femmes : 78,5 % *versus* 21,5 % d'hommes. Cette répartition est identique à celle observée en 2011 (78 % *vs* 22 %).

Les résidents ont en moyenne 85,3 ans. Les hommes sont, en moyenne, plus jeunes que les femmes : 83,3 ans *versus* 85,8 ans. Les valeurs observées en 2012 sont proches de celles observées en 2011 : 82 ans en moyenne pour les hommes et 85 ans pour les femmes.

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

Le score au MMSE à l'admission est en moyenne de 14,3 (\pm 3,0). Il était de 13 en 2011. La moitié des résidents a un score au MMSE compris entre 13 et 16. Comme en 2011, la majorité des résidents en PASA (76 %) présentent un score compris entre 10 et 19 au MMSE. Cependant, la proportion de résidents ayant un score très bas, inférieur à 5, est en recul par rapport à 2011.

Graphique 27 : Répartition des résidents en PASA selon le score au MMSE



Non réponses en 2012 : 86 structures (19,1 %)

Note de lecture : 0,3 % des résidents en PASA ont un score au MMSE inférieur à 5 en 2012.

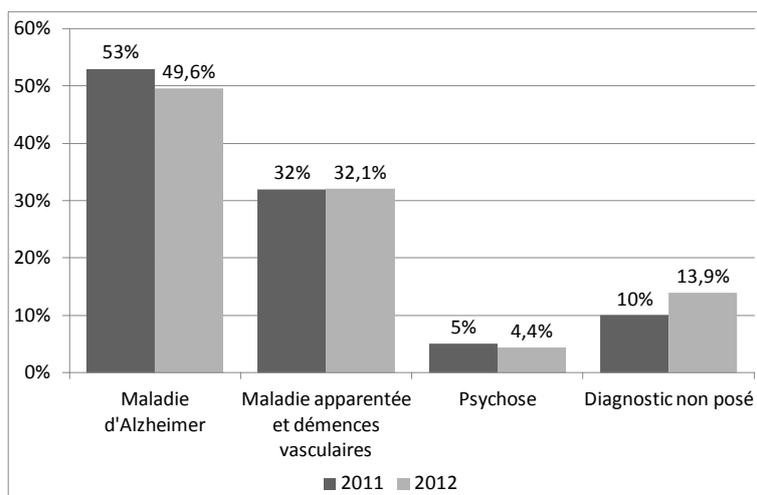
Champ : Structures ayant déclaré une activité de PASA en 2012.

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

VI.2.3 Diagnostics posés pour les résidents

Les résidents accueillis en PASA souffrent majoritairement de maladie d'Alzheimer (48,6 %) ou de maladies apparentées et démences vasculaires (31,5 %). Ainsi, pour les quatre cinquièmes des résidents (80,1 %), le diagnostic a été posé et correspond bien aux critères d'admission en PASA. Dans 4,4 % des cas, le diagnostic posé est celui de psychose, diagnostic n'entrant pas dans le champ de la prise en charge des PASA. Enfin, dans un peu plus d'un cas sur dix (13,9 %), le diagnostic n'est pas posé. Par rapport à ce qui était observé en 2011, une seule progression significative est notée, celle des diagnostics non posés.

Graphique 28 : Répartition des résidents en PASA selon le diagnostic posé



Non réponses en 2012 : 8 structures (1,8 %)

Note de lecture : 49,7 % des résidents en PASA ont une maladie d'Alzheimer en 2012.

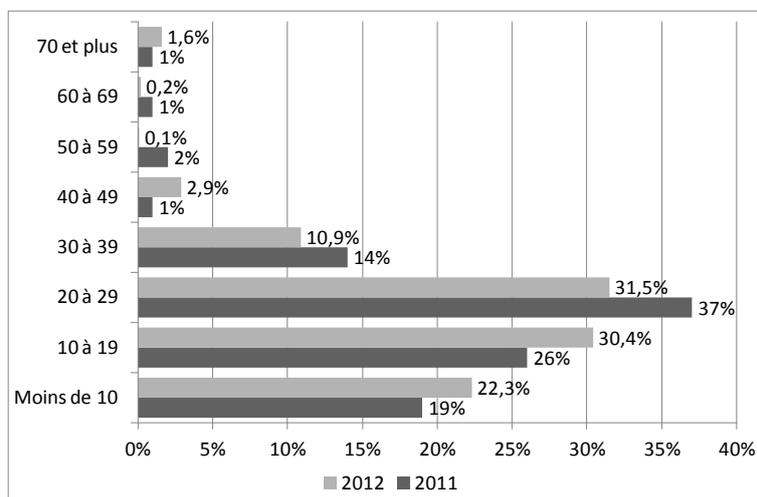
Champ : Structures ayant déclaré une activité de PASA en 2012.

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

VI.2.4 Troubles psycho comportementaux

Pour 402 PASA, la moyenne des scores F*G (Fréquence * Gravité) au NPI-ES¹⁶ est renseignée. La valeur moyenne observée pour l'ensemble des résidents des PASA est de 20,3 (± 14,8). Cette moyenne était de 21 en 2011.

Graphique 29 : Répartition des résidents en PASA selon la moyenne des scores F*G au NPI-ES



Non réponses en 2012 : 48 structures (10,7 %)

Note de lecture : Dans 22,5 % des PASA, les résidents ont une moyenne de score F*G inférieure à 10 en 2012.

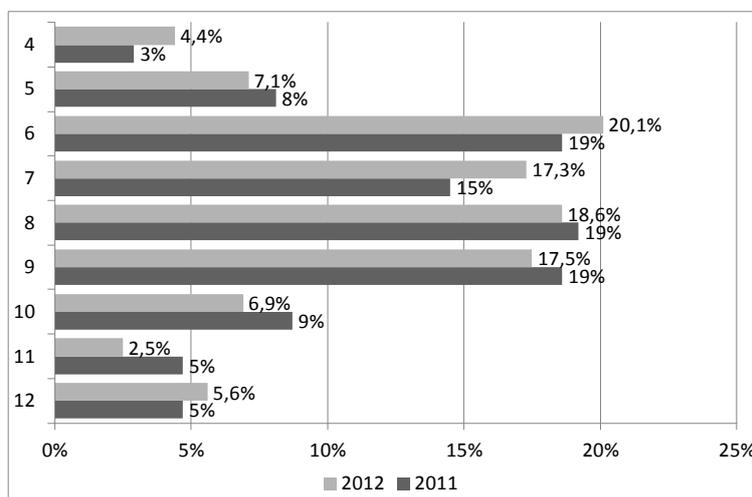
Champ : Structures ayant déclaré une activité de PASA en 2012.

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

¹⁶ Inventaire neuropsychiatrique – version pour équipe soignante. Annexe IV de l'instruction interministérielle DGAS/2C/DHOS/DSS 2010-06 du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médicosocial du plan Alzheimer.

La moyenne par PASA du score fréquence gravité le plus élevé est connue pour 366 PASA (81,3 %). En moyenne, la valeur trouvée est de 7,7 ($\pm 1,9$) en 2012. Cette moyenne était de 7,8 en 2011. Dans près des trois quart des PASA (73,5 %), la valeur moyenne du score le plus élevé est comprise entre 6 et 9.

Graphique 30 : Répartition des résidents en PASA selon la moyenne du score le plus élevé pour l'item comportemental le plus important au NPI-ES



Non réponses en 2012 : 68 structures (15,1 %)

Note de lecture : Dans 4,6 % des PASA la moyenne du score F*G le plus élevé est de 4 en 2012.

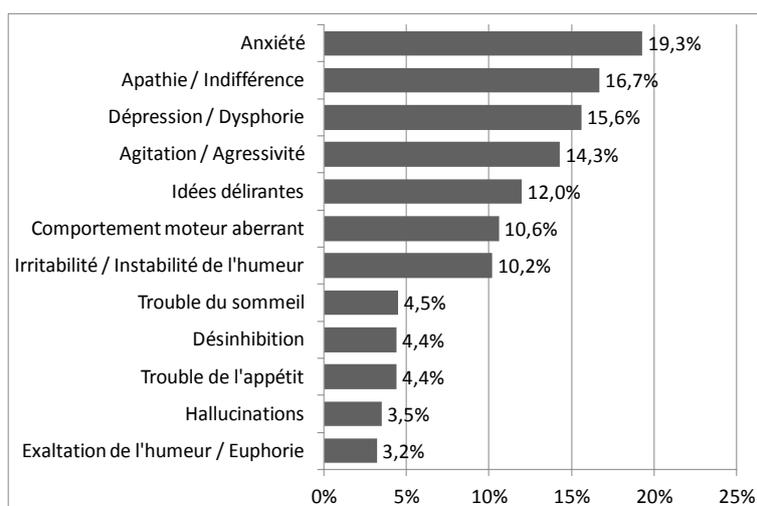
Champ : Structures ayant déclaré une activité de PASA en 2012.

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

Le trouble principal le plus souvent retrouvé avec le NPI-ES est l'anxiété, mentionnée pour près d'un résident sur cinq, suivi par l'apathie / indifférence, la dépression / dysphorie et l'agitation / agressivité. Les idées délirantes, les comportements moteurs aberrants et l'irritabilité / instabilité de l'humeur viennent ensuite, mentionnés pour environ un patient sur dix. Cinq troubles touchent moins d'un patient sur vingt : les troubles du sommeil, la désinhibition, les troubles de l'appétit, les hallucinations et l'exaltation de l'humeur / euphorie.

Notons que la consigne de ne renseigner qu'un seul trouble par résident n'a pas été toujours respectée et, de ce fait, le total est supérieur à 100 %.

Graphique 31 : Répartition des résidents en PASA selon le trouble principal au NPI-ES



Non réponses en 2012 : 15 structures (3,3 %)

Note de lecture : 18,7 % des résidents en PASA présentent une anxiété au NPI-ES en 2012.

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

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

VI.2.5 Traitements

Les traitements étudiés sont ceux pour lesquels les résidents ont eu au moins deux prescriptions dans l'année.

Près d'un patient sur six (16,7 %), n'a reçu aucune prescription de traitement psychotrope sédatif au cours de l'année.

Le traitement le plus fréquemment prescrit est, comme en 2011, antidépresseur, près de deux patients sur cinq en ayant eu au moins deux prescriptions dans l'année.

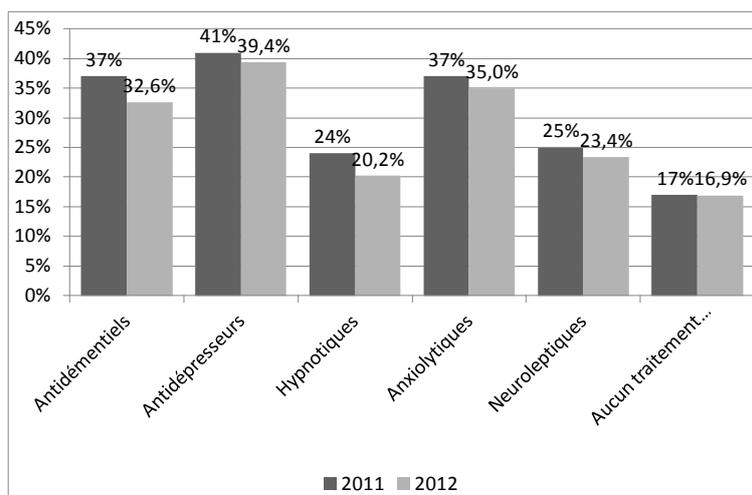
Les anxiolytiques sont retrouvés presque au même niveau. Les anti démentiels arrivent au 3^e rang avec un tiers des patients en ayant reçu.

Près d'un quart des résidents ont reçu au moins deux prescriptions de neuroleptiques. Rappelons que, du fait d'une efficacité non démontrée dans la maladie d'Alzheimer et d'effets délétères documentés, la réduction de la iatrogenèse évitable des neuroleptiques constitue un des objectifs prioritaires du plan Alzheimer 2008 - 2012 (mesure 15). La Haute Autorité de Santé a ainsi lancé un programme intégré de réduction de la iatrogénie des neuroleptiques chez le malade souffrant de la maladie d'Alzheimer « Alerte et Maîtrise de la latrogénie : AMI – Alzheimer ».

Enfin, la prescription d'hypnotiques est retrouvée chez un patient sur cinq.

Par rapport à 2011, on observe une quasi stabilité (pour les neuroleptiques) ou un léger recul (pour les autres traitements) de la fréquence des traitements administrés.

Graphique 32 : Répartition des résidents en PASA selon les traitements reçus



Non réponses en 2012 : 47 structures (10,4 %)

Note de lecture : 29,1 % des résidents en PASA ont reçu un traitement antidémence en 2012

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

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

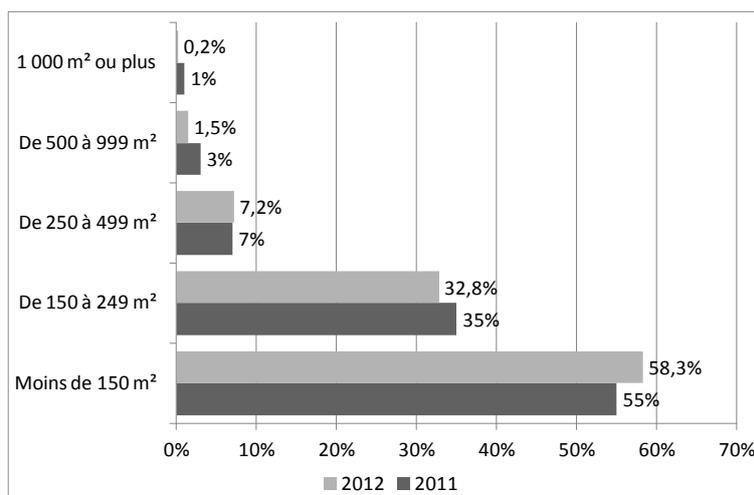
VI.3 Fonctionnement des pôles d'activités et de soins adaptés

VI.3.1 Typologie des PASA

En 2012, 69,7 % des PASA ont une unicité de lieu (contre 74 % en 2011 – évolution non significative).

Plus de la moitié des PASA disposent de moins de 150 m² de surface intérieure et moins d'un PASA sur dix (8,9 %) dispose de plus de 250 m². La surface intérieure moyenne des PASA est de 156 m² ; celle-ci était de 165 m² en 2011. La surface extérieure reste limitée pour de nombreux PASA : dans 46,8 % des cas, ils disposent de moins de 150 m² extérieurs. Par contre, 9,1 % des PASA disposent de plus de 1 000m² extérieurs et 11,4 % de 500 à 1 000 m².

Graphique 33 : Répartition des PASA selon leur surface intérieure (en m²)



Non réponses en 2012 : 45 structures (10,0 %)

Note de lecture : 0,2 % des PASA ont une surface intérieure de 1 000 m² ou plus en 2012

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

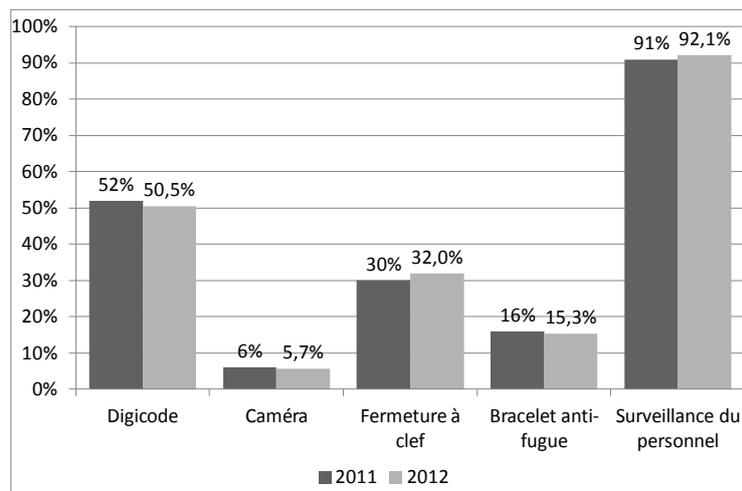
Source : Données d'activité 2012 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation** : CREA-ORS LR

Les deux tiers des PASA (66,3 %) sont ouverts cinq jours sur sept et près d'un cinquième (18,0 %) sept jours sur sept. Au total, 8,1 % des PASA sont ouverts moins de cinq jours sur sept et 2,9 % au plus trois jours par semaine.

La quasi-totalité des PASA (92,5 %) disposent d'un dispositif de sécurisation de l'accès. C'était le cas de 95 % des PASA lors de l'enquête de 2011.

Le moyen de sécurisation le plus souvent mentionné est la surveillance effectuée par le personnel. Dans un PASA sur deux, un digicode est installé et dans un tiers des cas, la sécurisation passe par la fermeture à clef. Les bracelets anti fugue et les caméras de surveillance sont des dispositifs de sécurisation moins fréquents, équipant respectivement 15,3 % et 5,7 % des PASA sécurisés. La répartition selon les moyens de sécurisation est identique en 2012 et en 2011.

Graphique 34 : Dispositifs de sécurisation des PASA



Non réponses en 2012 : 1 structure (0,2 %)

Note de lecture : 50,5 % des PASA dont l'accès est sécurisé disposent d'un digicode en 2012

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

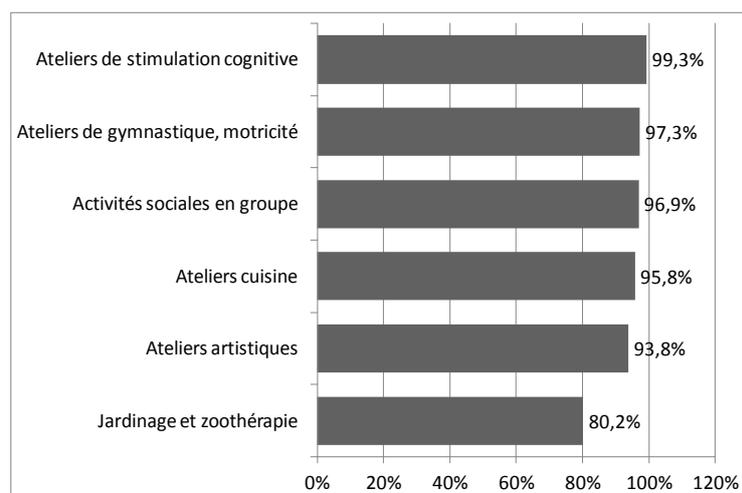
Source : Données d'activité 2012 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

VI.3.2 Activités

La quasi-totalité des PASA proposent des ateliers de stimulation cognitive ou de la mémoire dans le cadre de la prise en charge des résidents.

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

Graphique 35 : Activités proposées en PASA en 2012



Non réponses en 2012 : 3 structures (0,7 %)

Note de lecture : 99,3 % des PASA proposent des ateliers de stimulation cognitive en 2012

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

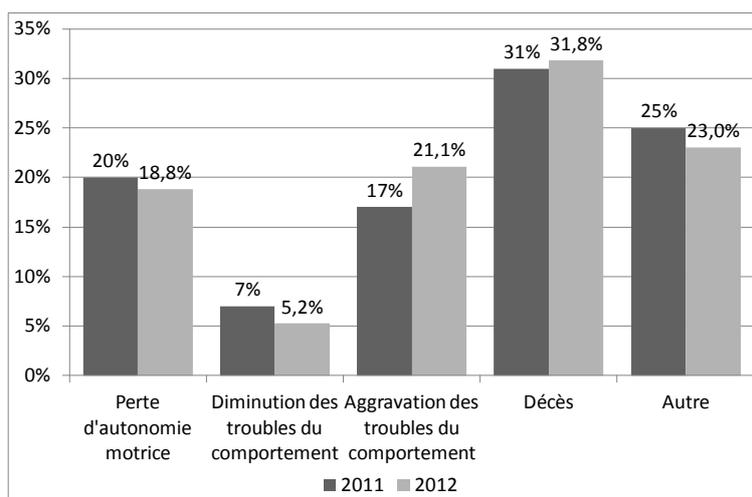
Source : Données d'activité 2012 CNSA, DGCS et Drees – **Exploitation :** CREAI-ORS LR

VI.3.3 Sorties des PASA

En 2012, 4 041 résidents sont sortis des PASA inclus dans l'enquête. Dans 25 PASA, aucune sortie n'est notée. A cela, il faut ajouter les 14 PASA n'ayant pas répondu à cette question. Le nombre moyen de sortie est de 9,3 (\pm 7,9). En prenant en compte le nombre de mois d'ouverture de chaque PASA, le nombre moyen mensuel de sorties est de 1,1 soit 13,1 par an en année pleine.

Le motif de sortie le plus fréquent, comme en 2011, est le décès, représentant près d'un tiers des sorties. L'aggravation des troubles du comportement ou la perte d'autonomie motrice sont des motifs motivant chacun autour d'un cinquième des sorties. L'amélioration des troubles du comportement n'est retrouvée comme motif que pour une sortie sur vingt. Les motifs « autre » représentent un quart des sorties. Dans près de la moitié des cas (47,8 %) où un motif « autre » est précisé, la sortie est liée au refus du résident de participer aux activités proposées auxquelles il faut ajouter les souhaits de ne plus venir dans le pôle (4,4 %) et l'inadaptation des activités proposées à la situation du résident (3,9 %). L'autre motif « autre » qui ressort est le changement de structure (21,5 %).

Graphique 36 : *Motifs de sortie des PASA*



Non réponses en 2012 : 33 structures (7,3 %)

Note de lecture : 18,8 % des sorties de PASA en 2012 ont comme motif la perte d'autonomie motrice

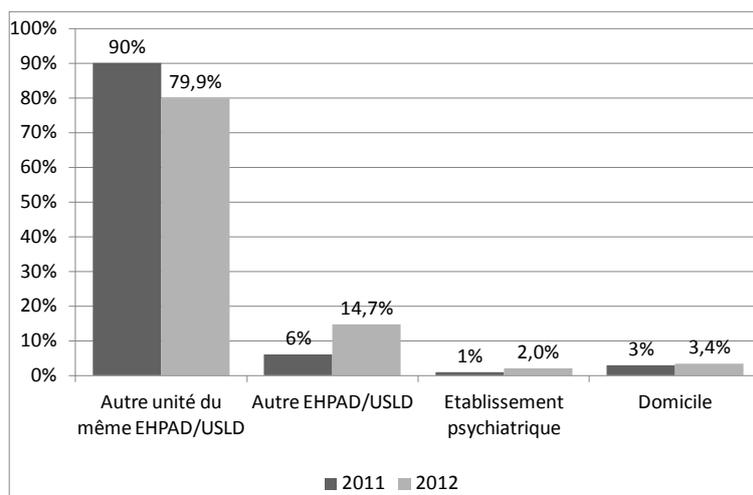
Champ : Structures ayant déclaré une activité de PASA en 2012.

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

Les sorties de PASA se font très majoritairement vers une autre unité dans le même établissement (EHPAD ou USLD). Dans un cas sur sept, la sortie se fait vers un autre EHPAD ou USLD. Les retours à domicile comme les orientations vers un établissement psychiatrique sont très rares.

Par rapport à 2011, on observe une augmentation significative des orientations vers d'autres établissements et un recul des mutations vers une autre unité au sein du même établissement.

Graphique 37 : Destination de sortie des PASA



Non réponses en 2012 : 46 structures (10,2 %)

Note de lecture : 79,9 % des sorties de PASA en 2012 ont comme destination une autre unité dans le même établissement

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

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

VI.3.4 Ressources en personnel

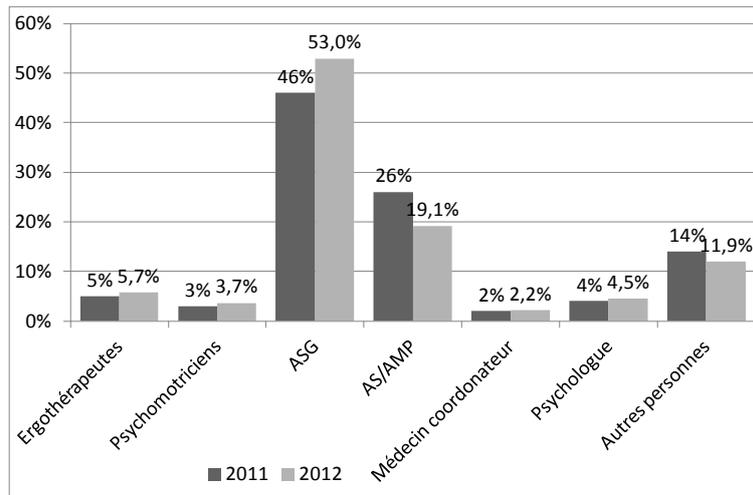
En 2012, 2 628 professionnels sont employés dans les PASA retenus pour l'analyse pour 1 212 équivalents temps plein. En moyenne, les PASA emploient 5,8 (\pm 3,5) personnes pour 2,7 (\pm 1,9) ETP. En 2011, les valeurs observées étaient respectivement de 2,9 ETP pour 5,9 personnes. Un PASA sur deux a un effectif compris entre 3 et 7 personnes pour 1,8 à 2,9 ETP.

Plus de la moitié du personnel des PASA (en ETP) est composée d'assistants de soins en gérontologie, en progression par rapport à 2011. Dans près d'un cas sur cinq en ETP, il s'agit d'aides-soignants ou d'aides médico-psychologiques, en recul par rapport à 2011.

Des personnels spécialisés comme les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les médecins coordonnateurs ou les psychologues interviennent également dans les PASA, représentant au plus 5,7 % des effectifs en ETP et au total 16,1 % des ETP.

Enfin, 11,9 % des effectifs en ETP sont constitués d'autres personnels non financés dans le cadre du PASA.

Graphique 38 : Type de professionnels des PASA (en % d'ETP)



Non réponses en 2012 : 10 structures (2,2 %)

Note de lecture : 5,7 % des personnels en ETP des PASA en 2012 sont des ergothérapeutes

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

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

VI.3.5 Financement

En 2012, la dotation financière supplémentaire à la dotation GMPS allouée au titre du PASA est en moyenne de 49 780 € (\pm 23 080 €). En 2011, elle était en moyenne de 45 000 €.

Rapportée au nombre de mois d'ouverture, la dotation moyenne mensuelle est de 6 945 € pour un montant de 83 340 € en moyenne en année pleine.

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

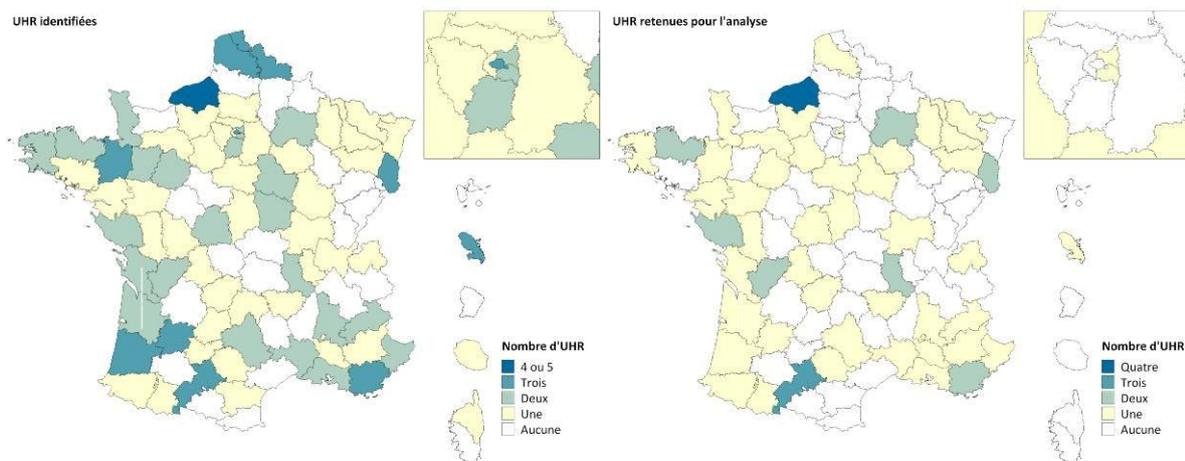
Lors du lancement de l'enquête sur l'activité 2012 des structures pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, 106 unités d'hébergement renforcées étaient identifiées. Au cours de l'enquête, 15 autres structures, non identifiées comme telles précédemment, ont indiqué avoir cette activité. Parmi elles, 51 ont été exclues du fait d'un niveau de complétude insuffisant (réponses à moins des deux tiers des questions posées). L'analyse porte sur 64 structures (contre 38 en 2011).

VII.1 Profil des unités d'hébergement renforcées

VII.1.1 Implantation des UHR

Les UHR retenues pour l'étude sont présentes dans 52 départements de métropole ou d'outre-mer, avec notamment quatre unités dans le département de la Seine-Maritime, trois unités en Haute-Garonne et deux unités dans les départements suivants : Charente, Côtes d'Armor, Loire, Marne, Haut-Rhin, Var et Vendée.

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



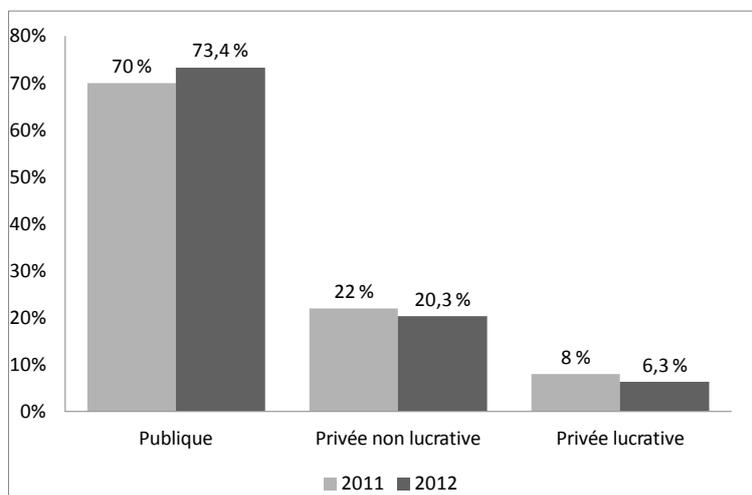
Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

VII.1.2 Les structures porteuses

En 2012, près des trois quarts des structures porteuses ayant créé des UHR et retenues pour l'étude sont des établissements du secteur public. Une sur cinq est une structure privée à but non lucratif et 6 % à but lucratif. Cette répartition est proche de celle observée en 2011.

Graphique 39 : Structure porteuse des UHR en 2012



Non réponses en 2012 : 0 structure

Note de lecture : 20,3 % des structures porteuses d'UHR en 2012 et retenues pour l'étude ont un statut dans le secteur du privé non lucratif.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

Les structures porteuses ayant créé des UHR ont une capacité moyenne de 145 places ($\pm 116,6^{17}$). La moitié des structures a une capacité inférieure ou égale à 98 places.

Les structures porteuses ayant créé des UHR et retenues pour l'étude sont sous tarif global dans 69,6 % des cas et 30,4 % sous tarif partiel.

La grande majorité (87,3 %) est sous tarification PATHOS. Dans ce cas, la valeur du Pathos Moyen Pondéré (PMP) est de 239 en moyenne et la valeur du GIR Moyen Pondéré (GMP) est de 773 en moyenne. Quatre établissements porteurs sur dix (40,4 %) déclarent être sous convergence tarifaire.

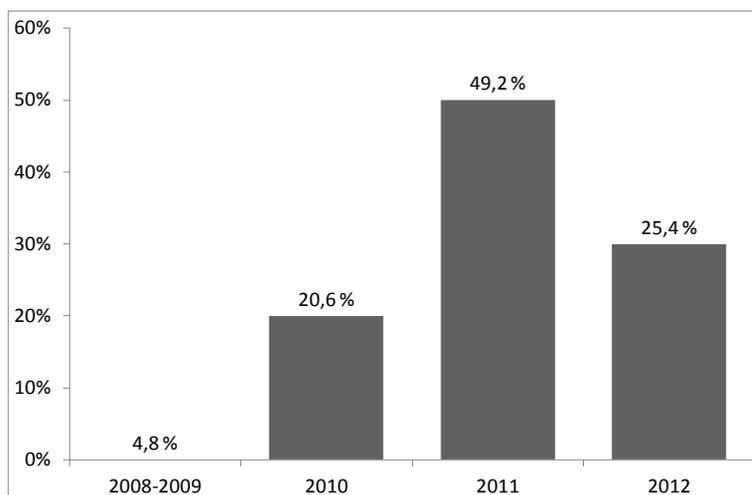
Trois UHR sur quatre (75,0 %) bénéficient d'une pharmacie à usage intérieur.

¹⁷ Après une moyenne, la valeur entre parenthèses précédée du signe \pm correspond à son écart-type. Celui-ci donne une idée de la distribution et de la dispersion des valeurs autour de la moyenne : plus l'écart-type est élevé, plus la dispersion des valeurs autour de la moyenne est importante. Ici, la valeur de l'écart-type est proche de la moyenne indiquant une dispersion importante des valeurs.

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

La moitié des structures retenues pour l'étude ont mis en place leurs unités d'hébergement renforcées en 2011, un quart en 2012 et une sur cinq en 2010. Pour les structures ayant ouvert en 2012 (16 structures), la moitié a ouvert au cours du 2nd semestre.

Graphique 40 : Année d'ouverture des UHR



Non réponses en 2012 : 1 structure (1,6 %)

Note de lecture : Un quart des structures porteuses d'UHR en 2012 et retenues pour l'étude ont mis en place leurs unités en 2012.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

Une unité d'hébergement renforcée répondant sur cinq (21,1 %) déclare avoir reçu une subvention, au titre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA (moins de 15 % en 2011). En moyenne, le montant de cette subvention est de 58 600 € par établissement (192 000 € en moyenne en 2011) et la moitié a déclaré un montant n'excédant pas 50 000 €. Parmi eux, ils sont 45,5 % à en avoir bénéficié en 2012 et le montant perçu s'élève à 50 000 €.

VII.1.4 Nombre de places en UHR

En moyenne, les UHR retenues pour l'étude comptent 14 places installées ($\pm 2,6$) en 2012.

Près de six UHR sur dix (57,1 %) comptent entre 13 et 15 places.

VII.2 Activités des unités d'hébergement renforcées

VII.2.1 Résidents pris en charge

En 2012, 1 286 résidents ont été pris en charge dans les UHR, soit près de deux fois plus qu'en 2011. Le nombre moyen de résidents accueillis par UHR est de 20,1 ($\pm 7,0$). Parmi les UHR retenues pour l'étude, 16 n'ont ouvert qu'au cours de l'année 2012 et leur durée de fonctionnement a été de 5 mois en moyenne. En moyenne mensuelle, les UHR ont accueilli 2,3 ($\pm 2,0$) résidents correspondant à un suivi de 146 résidents par mois et à une moyenne annuelle de 27,3 résidents par UHR pour un total de 1 747 résidents accueillis en année pleine.

Les UHR retenues pour l'étude accueillent davantage de femmes (62,9 %) que d'hommes (37,1 %).

Les résidents ont en moyenne 81,3 ans. Les hommes sont, en moyenne, plus jeunes que les femmes : 79,7 ans contre 82,9 ans.

La durée moyenne de séjour (DMS) par résident est de 11,5 mois. La moitié des UHR ont déclaré une durée moyenne de séjour par résident entre 10 et 32 mois.

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

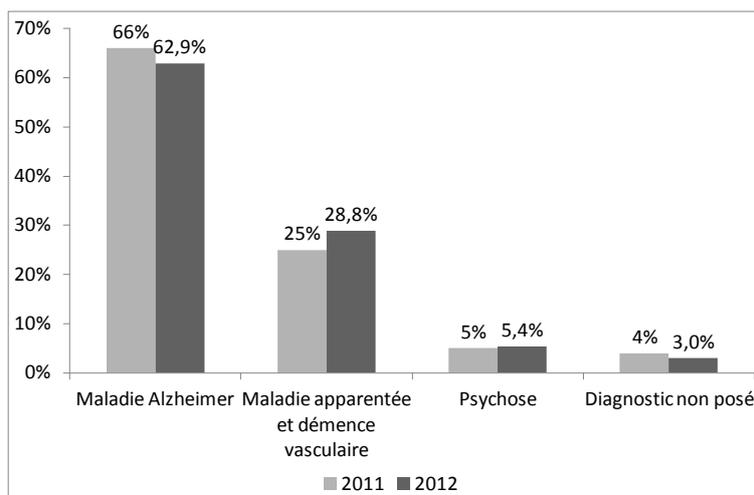
Comme en 2011, le MMSE moyen des résidents en 2012 est à 8 ($\pm 3,3$). Un quart des résidents a un score au MMSE inférieur à 5 et la moitié des résidents a un score inférieur à 7. Pour un quart des résidents, le score au MMSE est supérieur à 11. Sur ce critère, la population accueillie correspond bien aux critères d'admission.

VII.2.3 Diagnostics posés pour les résidents

Les résidents accueillis en UHR souffrent majoritairement de maladie d'Alzheimer (62,9 %).

Dans 97 % des cas, le diagnostic a bien été posé en 2012 et seulement 5,4 % des résidents ont un diagnostic principal de psychose. Cette dernière catégorie de diagnostic n'entre pas dans le champ de la prise en charge en UHR. Ces proportions sont très proches de celles observées en 2011.

Graphique 41 : Répartition des résidents en UHR selon le diagnostic posé



Non réponses en 2012 : 184 résidents (14,3 %)

Note de lecture : 62,9 % des résidents accueillis dans les UHR en 2012 souffrent de maladie d'Alzheimer.

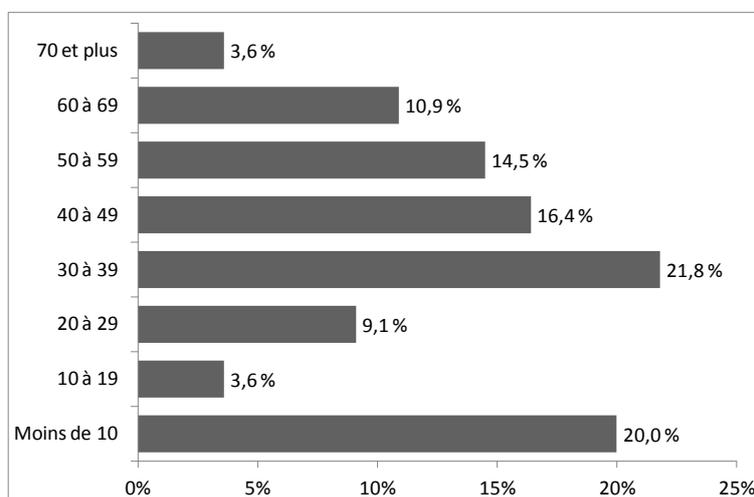
Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

VII.2.4 Troubles psycho comportementaux

Pour 55 UHR, la moyenne des scores F*G (Fréquence*Gravité) au NPI-ES est renseignée. A l'admission au sein de l'UHR, ce score est en moyenne de 36,5 (\pm 22,1) (43 en 2011).

Graphique 42 : Répartition des patients en UHR selon la moyenne des scores F*G au NPI-ES à l'admission



Non réponses en 2012 : 9 structures (14,1 %)

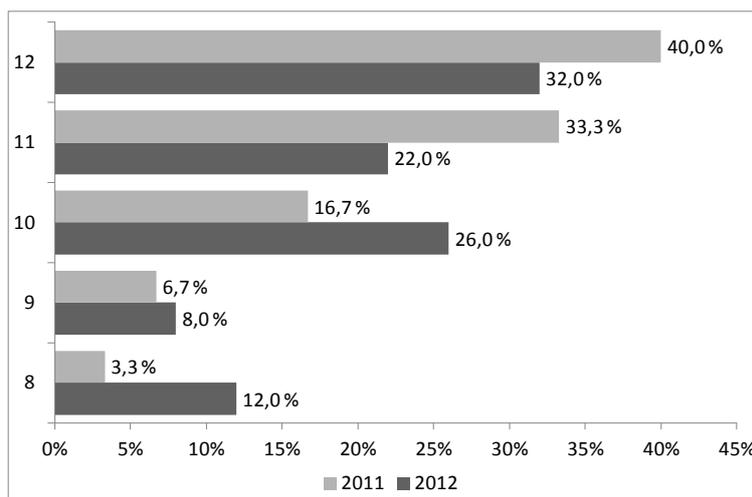
Note de lecture : 21,8 % des UHR retenues pour l'étude ont déclaré en moyenne un score F*G à l'admission entre 30 et 39.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

Le score moyen le plus élevé pour l'item comportemental le plus important par résident est en moyenne de 10,5 ($\pm 1,4$) (11 en 2011). Dans les critères d'admission¹⁸, il convient que le score F x G pour l'item le plus important soit supérieur à 7 (uniquement pour les troubles du comportement perturbateur). Dans 80,0 % des cas, le score moyen le plus élevé pour l'item comportemental le plus important par résident est compris entre 10 et 12 en 2012 (90 % en 2011).

Graphique 43 : Répartition des résidents en UHR selon la moyenne du score le plus élevé pour l'item comportemental le plus important au NPI-ES



Non réponses en 2012 : 13 structures (20,3 %)

Note de lecture : En 2012, 32,0 % des UHR retenues pour l'étude ont déclaré un score moyen le plus élevé pour l'item comportemental le plus important par résident égal à 12.

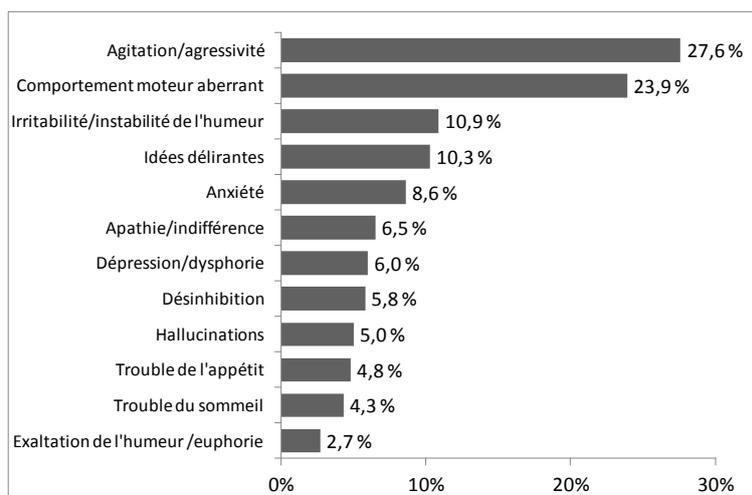
Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

En 2012, plus d'un quart des résidents accueillis en UHR (27,6 %) souffrent principalement d'agitation et d'agressivité et 23,9 % ont des comportements moteurs aberrants. Un résident sur dix souffre d'irritabilité ou d'instabilité de l'humeur et dans une même proportion d'idées délirantes. L'anxiété a été mentionnée pour moins d'un résident sur dix (8,6 %). Notons que la consigne de ne renseigner qu'un seul trouble par résident n'a pas été toujours respectée, et de ce fait le total est supérieur à 100 %.

¹⁸ Cf. instruction interministérielle DGAS/2C/DHOS/DSS n° 2010-06 du 7 janvier 2010 relative à l'application du volet médicosocial du plan Alzheimer (annexe 5 : critères d'admissibilité/éligibilité dans les PASA et les UHR).

Graphique 44 : Répartition des résidents UHR selon le trouble principal au NPI-ES



Non réponses en 2012 : 4 structures (6,3 %)

Note de lecture : En 2012, 27,6 % des résidents accueillis en UHR souffrent principalement d'agitation et d'agressivité.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

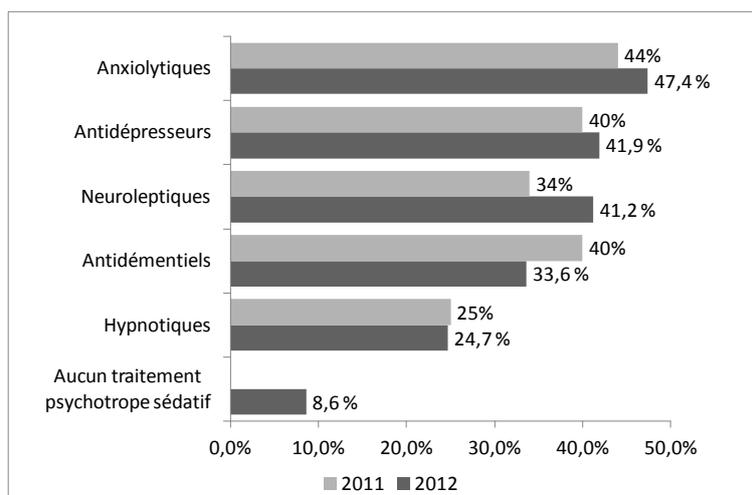
VII.2.5 Nature des traitements médicamenteux reçus

En 2012, près de la moitié des résidents accueillis dans les UHR (47,4 %) sont traités par anxiolytiques et dans quatre cas sur dix par antidépresseurs.

Un nombre important de résidents accueillis en 2012 dans les UHR retenues pour l'étude sont traités par neuroleptiques (41,2 %), ce qui n'est pas recommandé par la HAS. Rappelons que, du fait d'une efficacité non démontrée dans la maladie d'Alzheimer et d'effets délétères documentés, la réduction de la iatrogenèse évitable des neuroleptiques constitue un des objectifs prioritaires du plan Alzheimer 2008 - 2012 (mesure 15). La Haute Autorité de Santé a ainsi lancé un programme intégré de réduction de la iatrogénie des neuroleptiques chez le malade souffrant de la maladie d'Alzheimer « Alerte et Maîtrise de la iatrogénie : AMI – Alzheimer ». L'augmentation de la proportion de résidents traités par neuroleptiques entre 2011 et 2012 est significative.

Moins de 10 % des résidents (8,6 %) n'ont pas reçu de traitements de type psychotrope sédatif en 2012.

Graphique 45 : Répartition des résidents en UHR selon les traitements médicamenteux reçus



Non réponses en 2012 : 5 structures (7,8 %)

Note de lecture : En 2012, 41,9 % des résidents accueillis dans les UHR en 2012 et retenues pour l'étude ont reçu au moins deux fois dans l'année des antidépresseurs.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

VII.3 Fonctionnement des unités d'hébergement renforcées

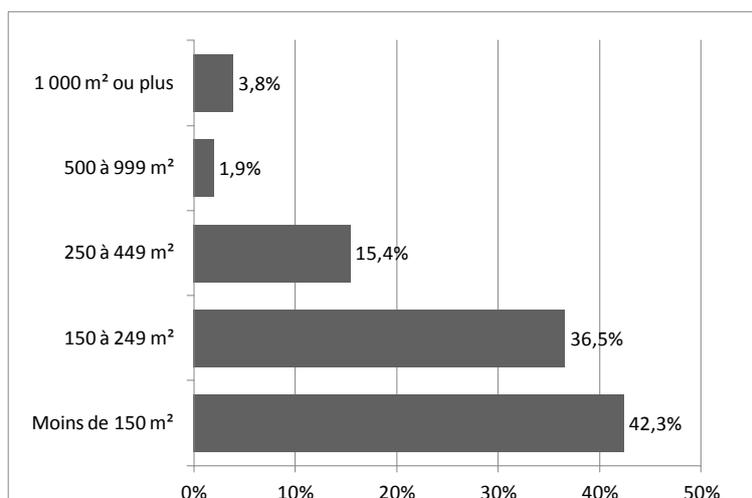
VII.3.1 Typologie des UHR

⇒ Superficie des UHR

En 2012, en moyenne, les UHR ont une superficie totale de 747 m² (870 m² en 2011). La moitié des structures a une superficie comprise entre 550 et 970 m² (entre 560 et 940 m² en 2011). La superficie moyenne des parties communes est de 234 m² (270 m² en 2011) et la moitié des UHR ayant des parties communes mesurant entre 150 et 400 m² (entre 150 et 310 m² en 2011).

La superficie moyenne de la surface extérieure (jardin, terrasse ...) est de 691 m² (560 m² en 2011).

Graphique 46 : Répartition des UHR selon leur surface intérieure (en m²)



Non réponses en 2012 : 12 structures (18,7 %)

Note de lecture : En 2012, 42,3 % des UHR ont une surface intérieure inférieure à 150 m².

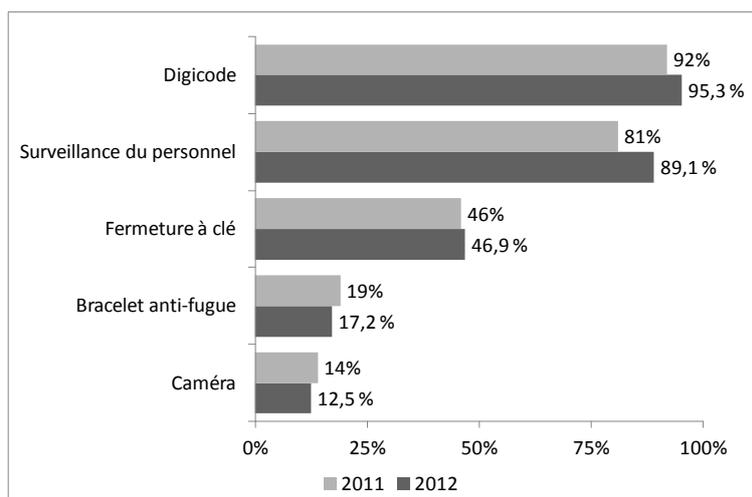
Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

⇒ Sécurisation

L'ensemble des UHR retenues pour l'étude sont sécurisés. Le digicode est présent dans presque toutes les UHR sécurisées (61 sur 64). La surveillance du personnel est le deuxième moyen de sécurisation cité (par 57 UHR). Seules 8 UHR sont équipées de caméras de surveillance. La répartition selon les moyens de sécurisation observée en 2012 est identique à celle de 2011.

Graphique 47 : Dispositifs de sécurisation des UHR



Non réponses en 2012 : 0 structure

Note de lecture : 95,3 % des UHR utilisent le digicode comme moyen de sécurisation.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

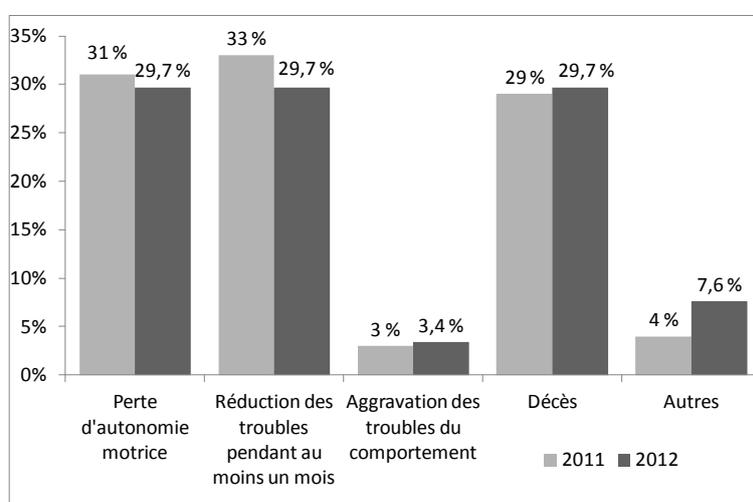
VII.3.2 Les sorties de l'UHR

Pour l'année 2012, 453 sorties définitives ont été déclarées par les 63 UHR répondant (soit une moyenne d'environ 7 sorties par unité).

Les premiers motifs de sortie sont dans une même proportion, la réduction des troubles pendant au moins un mois, la perte d'autonomie motrice et le décès (29,7 % pour chacune de ces modalités). Seules 3,4 % des sorties sont dues à une aggravation des troubles du comportement ne permettant plus une prise en charge en UHR.

Moins de 10 % des sorties (33 cas) sont dues à d'autres raisons. Dans onze cas, cet autre motif est précisé : 8 fois, il s'agit d'un changement d'établissement, deux fois d'une pathologie ne correspondant pas aux critères d'admission et une fois le surcoût engendré.

Graphique 48 : Motifs de sortie des UHR



Non réponses en 2012 : 18 résidents (4,0 %)

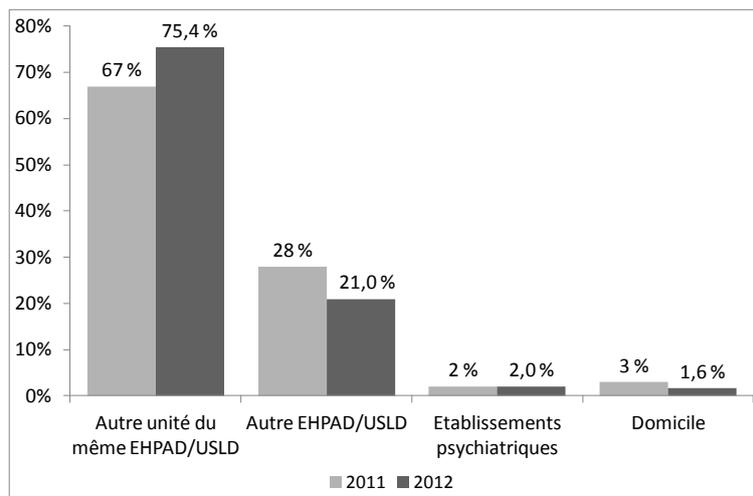
Note de lecture : En 2012, pour 29,7 % des résidents sortis en 2012 d'une UHR, leur prise en charge en UHR a pris fin en raison d'une perte d'autonomie motrice.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

Les trois quarts des résidents sortant de l'UHR en 2012 (75,4 %) ont été accueillis dans une autre unité du même établissement. Un sur cinq a été dirigé vers un autre établissement EHPAD/USLD. Les cas d'accueil par un établissement psychiatrique ou de retour au domicile restent rares (respectivement 2,0 % et 1,6 %).

Graphique 49 : Destination de sortie des UHR



Non réponses en 2012 : 148 résidents (32,7 %)

Note de lecture : En 2012, 75,4 % des résidents sortis d'une UHR en 2012 ont été admis vers une autre unité du même EHPAD/USLD.

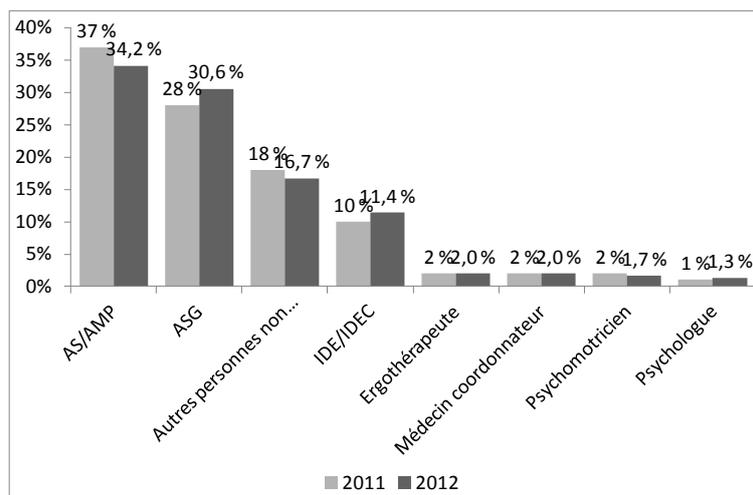
Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

VII.3.3 Ressources en personnel

Les UHR emploient 14 ETP en moyenne par unité. La moitié des UHR répondant emploie entre 8,45 et 13 ETP. Les aides-soignants (AS) et les aides médico-psychologiques (AMP) et les assistants de soins en gérontologie (ASG) sont les personnels en ETP les plus présents dans les UHR en 2012 : respectivement 34,2 % et 30,6 % des ETP des UHR. En revanche, les ETP en infirmiers ne représentent que 11,4 % et 1,3 % en psychologue.

Graphique 50 : Type de professionnels en UHR (en % d'ETP)



Non réponses en 2012 : 4 structures (6,3 %)

Note de lecture : En 2012, les ASG constituent 30,6 % du personnel faisant fonctionner l'UHR en ETP réels.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

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

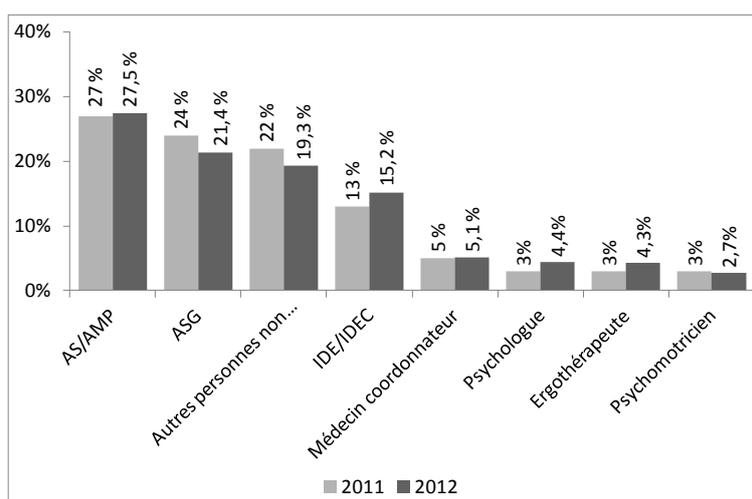
Globalement, 984 personnes travaillent dans ces unités, dont 271 AS/AMP et 211 ASG.

Les aides-soignants et aides médico-psychologiques représentent 27,5 % des personnes employées par les UHR. Viennent ensuite :

- les assistants de soins gérontologie (21,4 % du personnel employé) ;
- les infirmiers (15,2 %) ;
- les médecins coordonnateurs (5,1 %) ;
- les psychologues et ergothérapeutes représentent chacun 4 % du personnel ;
- les psychomotriciens (2,7 %).

Enfin, 19,3 % du personnel travaillant au sein des UHR ne sont pas financés dans le cadre de l'UHR.

Graphique 51 : Répartition des effectifs en UHR par type de personnel



Non réponses en 2012 : 4 structures (6,3 %)

Note de lecture : En 2012, les ASG constituent 21,4 % du nombre de personnel faisant fonctionner l'UHR.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

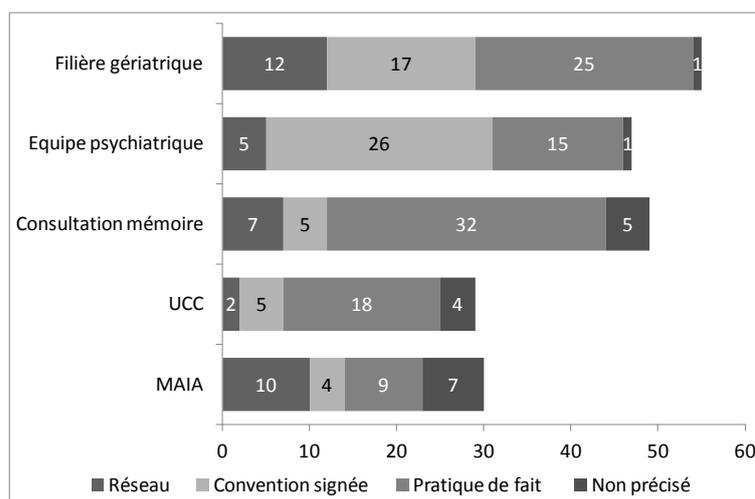
VII.3.4 Moyens financiers

En 2012, le montant moyen de la dotation supplémentaire à la dotation au GMPS allouée au titre de l'UHR est de 200 158 € pour 43 UHR ayant renseigné cet item (197 000 € en 2011). Rapportée au nombre de mois d'ouverture, la dotation moyenne mensuelle est de 18 336 € pour un montant de 220 032 € en moyenne en année pleine.

VII.3.5 Partenariat(s)

Globalement, la plupart des UHR déclarent l'existence d'un partenariat (93,8 % des cas). Concernant les partenariats avec la filière gériatrique, la psychiatrie ou la MAIA, il y a formalisation des partenariats dans la moitié des cas. Avec les consultations mémoire et les UCC, la formalisation des partenariats est moins fréquente.

Graphique 52 : Type de partenariat mis en place en UHR (en effectifs)



Non réponses en 2012 : 4 structures (6,3 %)

Note de lecture : 12 UHR font partie d'un réseau constituant un partenariat avec la filière gériatrique et 17 ont une convention signée avec cette filière.

Champ : Structures ayant déclaré une activité d'UHR en 2012.

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

VIII Synthèse, discussion et recommandation pour les enquêtes ultérieures

Cette analyse des rapports d'activité est la cinquième réalisée pour les accueils de jour et les hébergements temporaires, et la seconde pour les équipes spécialisées Alzheimer à domicile, les pôles d'activité et de soins adaptés et les unités d'hébergement renforcées.

Pour les deux premières, l'analyse confirme que la forme des questionnaires, telle qu'elle est stabilisée depuis quelques années, reste pertinente. Le taux de participation des structures reste élevé mais une érosion est notée. Ceci est sans doute dû au fait qu'une partie de ces structures peuvent être porteuses également de PASA ou d'UHR. Pour elles, en plus du bordereau structure, elles peuvent avoir jusqu'à quatre questionnaires à remplir. Pour préserver un niveau de participation acceptable, il est important qu'un retour de l'analyse vers ces structures et que la valorisation locale de ces résultats soit effectif.

Pour les trois autres structures, de développement plus récent, après une première enquête réalisée en 2012 sur l'activité 2011, cette seconde enquête montre que le questionnaire est arrivé maintenant à un niveau de qualité et d'acceptabilité suffisant. Cependant, si le taux de participation des ESAD est tout à fait satisfaisant (le plus élevé des cinq activités étudiées), ce taux est plus bas pour les PASA et UHR, inférieur à celui noté pour les AJ et HT. Si l'explication donnée pour l'érosion du taux de participation des AJ et HT vaut pour les PASA et UHR, il faut aussi noter que les questions posées sont, pour certaines, plus complexes et nécessitent de comptabiliser le nombre de personnes accompagnées correspondant aux caractéristiques explorées (score au MMSE, réponse au NPI-ES ou traitements reçus). Afin de maintenir un bon niveau de participation et de s'assurer de la qualité des réponses obtenues, la nécessité de maintenir chacune de ces questions doit être étudiée avant de finaliser la version du questionnaire à utiliser pour les années à venir.

Des résultats obtenus, quelques éléments ressortent :

- pour la plupart des indicateurs, on note une certaine stabilité de ceux-ci ou des évolutions qui vont dans le sens d'une meilleure adéquation des activités aux objectifs qui leur sont fixés ;
- au niveau des accueils de jour, les évolutions en cours visant à ce qu'ils atteignent la taille minimale fixée par la réglementation sont nettes. Elles s'accompagnent d'une amélioration de la qualité de l'accompagnement proposé, au travers des indicateurs à notre disposition. Cependant, certains indicateurs d'activité (comme le ratio d'exploitation) sont en partie impactés par ces évolutions qui, pour nombre de structures, sont intervenues en cours d'année ;
- au niveau des PASA, UHR et ESAD, le principal résultat porte sur la montée en charge de ces dispositifs : une part très importante des structures a ouvert au cours de l'année 2012. Poursuivre cette analyse sur l'activité 2013 est donc importante pour confirmer les résultats observés ;

- d'ores et déjà, si les données recueillies auprès des PASA et UHR montrent que, dans la plupart des cas, le public accueilli correspond aux objectifs visés, certains points nécessitent une attention : c'est le cas par exemple du taux de résidents sous traitements neuroleptiques qui reste élevé, voire même progresse en UHR, malgré les actions menées pour le réduire, du fait de son absence d'efficacité chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et ces effets indésirables.

La répétition de cette enquête en 2014, sur l'activité 2013, permettra de confirmer l'adéquation des outils mis en place et les résultats observés. Ceci permettra également de disposer d'un corpus de données suffisant pour réaliser des analyses d'évolution plus détaillées.

IX Table des illustrations

Tableau 1 : Répartition des structures interrogées selon leur catégorie et leur activité.	6
Tableau 2 : Participation des structures à l'enquête selon leur capacité d'accueil installée et taux de complétude– Accueil de jour	8
Tableau 3 : Participation des structures à l'enquête selon leur capacité d'accueil installée et taux de complétude– Hébergement temporaire	9
Tableau 4 : Participation des structures à l'enquête selon leur capacité d'accueil installée et taux de complétude– Équipes spécialisées Alzheimer à domicile.....	10
Tableau 5 : Participation des structures à l'enquête selon leur capacité d'accueil installée et taux de complétude– Pôles d'activité et de soins adaptés	10
Tableau 6 : Participation des structures à l'enquête selon leur capacité d'accueil installée et taux de complétude– Unités d'hébergement renforcées	11
Tableau 7 : Capacité d'accueil installée selon le type d'unité.....	13
Tableau 8 : Intentions déclarées pour atteindre le seuil de places d'accueil de jour	15
Tableau 9 : Encadrement en personnel d'accompagnement et de soins	21
Tableau 10 : Encadrement des unités d'accueil de jour en personnel autre que d'accompagnement et de soins.....	23
Tableau 11 : Encadrement des unités d'accueil de jour « modèle » en personnel d'accompagnement et de soins.....	35
Tableau 12 : Encadrement des unités d'accueil de jour « modèle » en personnel autre que d'accompagnement et de soins en 2012.....	36
Tableau 13 : Durée de séjour la plus fréquemment observée par les gestionnaires pour les malades Alzheimer (n=1 038)	42
Tableau 14 : Motifs de recours à l'hébergement temporaire les plus fréquemment observés.....	44
Tableau 15 : Destinations de sortie après le séjour en hébergement temporaire les plus fréquemment observées (n=1 506)	45
Tableau 16 : Tarif dépendance journalier (en €)	46
Tableau 17 : Répartition des professionnels constituant les ESAD.....	55
Carte 1 : Implantation des ESAD identifiées et des ESAD retenues pour l'analyse	49
Carte 2 : Implantation des PASA identifiés et des PASA retenus pour l'analyse	58
Carte 3 : Implantation des UHR identifiées et des UHR retenues pour l'analyse	72
Graphique 1 : Année d'ouverture	13
Graphique 2 : Atteinte du seuil réglementaire	14
Graphique 3 : Existence d'un projet d'établissement spécifique.....	16
Graphique 4 : Liens de partenariats formalisés	17
Graphique 5 : Fermeture le week-end	18
Graphique 6 : Encadrement en personnel d'accompagnement et de soins.....	22
Graphique 7 : Répartition des bénéficiaires accueillis en accueil de jour par GIR.....	24
Graphique 8 : Ratio d'exploitation moyen par type d'accueil de jour	25
Graphique 9 : Part des places d'AJ installées qui sont au sein des structures « modèle ».....	30
Graphique 10 : Capacité installée des centres d'accueil de jour « modèle »	30
Graphique 11 : Capacité installée des établissements non spécialisés « modèle »	31
Graphique 12 : Part des établissements d'hébergement temporaire ayant des partenariats et type de structures partenaires.....	39
Graphique 13 : Répartition des durées de séjours pour les personnes accueillies en hébergement temporaire	42
Graphique 14 : Répartition des personnes accueillies par niveau de dépendance	43
Graphique 15 : Année d'ouverture des ESAD	49

Graphique 16 : Diagnostics motivant la demande de prise en charge par une ESAD.....	51
Graphique 17 : Répartition des patients d'ESAD selon le score au MMSE	52
Graphique 18 : Répartition des patients d'ESAD selon le niveau de dépendance (GIR).....	52
Graphique 19 : Prescripteurs des séances d'ESAD.....	53
Graphique 20 : Objectif principal des séances d'ESAD	54
Graphique 21 : Niveau de réalisation de l'objectif principal des séances d'ESAD	55
Graphique 22 : Présence d'ergothérapeutes et de psychomotriciens dans les ESAD	56
Graphique 23 : Dotation financière des ESAD en 2012.....	56
Graphique 24 : Structure porteuse des PASA en 2012	59
Graphique 25 : Date d'ouverture des PASA	60
Graphique 26 : Nombre de places des PASA en 2012.....	61
Graphique 27 : Répartition des résidents en PASA selon le score au MMSE.....	62
Graphique 28 : Répartition des résidents en PASA selon le diagnostic posé.....	63
Graphique 29 : Répartition des résidents en PASA selon la moyenne des scores F*G au NPI-ES	63
Graphique 30 : Répartition des résidents en PASA selon la moyenne du score le plus élevé pour l'item comportemental le plus important au NPI-ES	64
Graphique 31 : Répartition des résidents en PASA selon le trouble principal au NPI-ES	65
Graphique 32 : Répartition des résidents en PASA selon les traitements reçus	66
Graphique 33 : Répartition des PASA selon leur surface intérieure (en m ²)	67
Graphique 34 : Dispositifs de sécurisation des PASA	68
Graphique 35 : Activités proposées en PASA en 2012	68
Graphique 36 : Motifs de sortie des PASA	69
Graphique 37 : Destination de sortie des PASA	70
Graphique 38 : Type de professionnels des PASA (en % d'ETP).....	71
Graphique 39 : Structure porteuse des UHR en 2012.....	73
Graphique 40 : Année d'ouverture des UHR.....	74
Graphique 41 : Répartition des résidents en UHR selon le diagnostic posé.....	76
Graphique 42 : Répartition des patients en UHR selon la moyenne des scores F*G au NPI-ES à l'admission	76
Graphique 43 : Répartition des résidents en UHR selon la moyenne du score le plus élevé pour l'item comportemental le plus important au NPI-ES	77
Graphique 44 : Répartition des résidents UHR selon le trouble principal au NPI-ES.....	78
Graphique 45 : Répartition des résidents en UHR selon les traitements médicamenteux reçus.....	79
Graphique 46 : Répartition des UHR selon leur surface intérieure (en m ²).....	80
Graphique 47 : Dispositifs de sécurisation des UHR	80
Graphique 48 : Motifs de sortie des UHR.....	81
Graphique 49 : Destination de sortie des UHR	82
Graphique 50 : Type de professionnels en UHR (en % d'ETP).....	82
Graphique 51 : Répartition des effectifs en UHR par type de personnel.....	83
Graphique 52 : Type de partenariat mis en place en UHR (en effectifs)	84