

# Parcours de soin des personnes âgées dans les Hauts-de-France

## Le parcours de soin : définition

Selon la HAS (7 mars 2024), le parcours de soins correspond, pour le patient, au juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins.

Cette organisation coordonnée comprend l'accès aux soins de ville et hospitaliers incluant :

- Consultations de 1er recours
- Urgences
- Hospitalisations programmées
- HAD
- SMR (Soins Médicaux de Réadaptation)
- USLD (Unité de Soins de Longue Durée)

Le parcours de soins se différencie du parcours de santé par le fait qu'il ne comprend ni la prévention ni le médico-social.<sup>31</sup>

## Les soins de ville, majoritairement tournés vers les personnes âgées

Les personnes âgées vivent essentiellement à leur domicile. En 2020, 96% des personnes de 60 ans et plus vivaient à leur domicile dans les Hauts-De-France. Chez les personnes de 85 ans et plus, le pourcentage diminuait de 14 points pour atteindre 82 % des 85 ans ou plus de la région vivant toujours chez elles.<sup>32</sup> Elles sont donc principalement prises en charge dans le cadre des soins de ville.

Le nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants dans les Hauts-De-France montre de grandes disparités selon les départements avec respectivement 99 dans l'Aisne, 102 dans l'Oise, 129 dans le Pas-De-Calais, 157 dans le Nord, et 167 dans la Somme.<sup>33</sup> Le sud de la région est plus marqué par le manque de médecins généralistes, l'Oise et l'Aisne faisant partie des 10 départements de France

métropolitaine avec la densité de médecins généralistes la plus faible.

Dans la région, en 2022, 4,7%<sup>34</sup> des personnes âgées de 70 ans et plus étaient sans médecin traitant contre 6% au niveau national.

	Aisne	Oise	Somme	PDC	MF	Hainaut	HDF	France
Densité de médecins généralistes pour 10 000 hab. (2 021)	6,6	6,2	9,8	8,2	9,4	8	8,4	8,6
Part des 70 ans et plus sans médecin traitant déclaré (juil. 2021 – juil. 2022)	3,90 %	4,3 %	6,0 %	4,7 %	4,3 %	4,7 %	4,7 %	6,00 %

Au-delà de la densité insuffisante des médecins et de leur répartition inhomogène, l'accès aux soins pour les personnes âgées est également limité par des difficultés de déplacement, notamment dans les zones rurales où les transports en commun sont rares et souvent peu adaptés à leurs besoins.

Aux difficultés d'accès géographique, le manque de formation gériatrique dans les cursus médicaux fait que les médecins généralistes sont mal formés au repérage et à la prise en charge des syndromes gériatriques (chute, troubles cognitifs, polymédication,) qui participent à la fragilité des personnes âgées. De plus, la gériatrie en France est presque exclusivement hospitalière, ce qui limite l'accès à l'expertise gériatrique.<sup>35</sup>

Dans les années à venir, le vieillissement accéléré de la population va accroître les besoins en soins des personnes âgées, alors que les projections indiquent une diminution de l'offre médicale en médecine de ville, en particulier dans les soins primaires. En supposant que les comportements des professionnels et la législation restent inchangés, la densité médicale pourrait continuer à baisser jusqu'en 2026 et ne retrouverait les niveaux de 2021 qu'après 2030. Cette évolution aggravera encore les difficultés d'accès aux soins dans les zones les moins

<sup>31</sup> [Parcours de santé, de soins et de vie - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

<sup>32</sup> [Près d'un senior à domicile sur dix en perte d'autonomie dans les Hauts-de-France - Insee Analyses Hauts-de-France - 163](#)

<sup>33</sup> [Professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2023 | Insee](#)

<sup>34</sup> [Rapport ARS - Appui à la conduite de diagnostics territoriaux partagés de l'offre médico-sociale en Hauts-de-France](#)

<sup>35</sup> <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-geriatre/>

dotées, notamment pour les personnes les plus âgées en perte de mobilité.<sup>36</sup>

Entre 2013 et 2021, le nombre d'infirmiers a progressé plus vite que la population française (+8 % contre +3 %), ce qui a fait passer leur densité de 844 à 889 pour 100 000 habitants (+6 %). D'ici 2050, les projections de la DREES (*études et résultats de décembre 2024, numéro 131S*), estiment une hausse de 37 % des effectifs infirmiers (soit 1 186 pour 100 000 habitants), contre seulement +3% de population.

Cependant, cette augmentation ne garantit pas une meilleure couverture des besoins : les personnes âgées, qui recourent en moyenne 20 fois plus aux soins infirmiers que les moins de 35 ans, concentrent déjà 84 % de la consommation alors qu'elles ne représentent que 27 % de la population. Avec le vieillissement de la population, la demande augmentera plus vite que l'offre.<sup>37</sup>

La densité des kinésithérapeutes exerçant exclusivement à domicile, rapportée à la population de 65 ans et plus, reste globalement faible. Dans les Hauts-de-France, elle est particulièrement basse, avec moins de 10 kinésithérapeutes pour 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus (contre une moyenne de 26 kinésithérapeutes pour 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus au niveau national).<sup>38</sup>

Il y a donc une nécessité d'adapter la médecine de ville à une population vieillissante car les personnes âgées tendent à rester plus longtemps à domicile.

### Une population surreprésentée parmi les patients hospitalisés

Les populations âgées sont les plus dépendantes du système de santé hospitalier avec respectivement 24,4%, 31,9% et 37,8% des classes d'âge 60-69, 70-79, 80 ans et plus passés par l'hôpital en 2023. Au total les 60 ans et plus représentent 43% des visites hospitalières en 2023.<sup>39</sup>

Le vieillissement démographique en France appelle à une adaptation du système hospitalier afin de mieux prendre en soin la population âgée.

### Part de la population allant en hôpital par classe d'âge en 2023

Déclinaison par classe d'âge – Taux pour 1000 habitants



Le premier motif d'hospitalisation des personnes âgées est la traumatologie (majoritairement liée aux chutes) représentant 25% des cas aux urgences suivi des motifs cardio-vasculaires à 17%.<sup>40</sup>

D'après l'enquête *Urgences* de la DREES de 2023, en moyenne, les personnes âgées de 75 ans et plus séjournent environ 8,5 jours à l'hôpital, tandis que celles de plus de 80 ans y restent en moyenne 11,2 jours. Pour comparaison, la durée moyenne de séjour pour les adultes de moins de 65 ans dans la population générale est d'environ 6 jours.

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient 14 % des patients accueillis aux urgences en France en 2023 avec des variations régionales allant de 9 % en Île-de-France à 17 % en Bourgogne-Franche-Comté. Les patients les plus âgés présentent un état de santé plus précaire que la moyenne, entraînant de fréquentes décompensations qui les conduisent aux urgences.<sup>41</sup>

Les plus de 75 ans ont des temps de passage plus long aux urgences, avec 36 % des personnes de 75 ans ou plus (contre 24 % en 2013) ayant un passage aux urgences supérieur à 8 heures. Les causes principales sont notamment les difficultés à trouver un lit dans un autre service pour ces patients et la

<sup>36</sup> [Drees Rapport d'activité 2021.pdf](#)

<sup>37</sup> [https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-12/ER1319\\_0.pdf](https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-12/ER1319_0.pdf)

<sup>38</sup> [rapport-de-la-demographie-des-kinesitherapeutes-2024\\_page\\_a\\_page.pdf](#)

<sup>39</sup> [ATIH-chiffres-cles-Tous-champs.pdf](#)

<sup>40</sup> [DREES\\_enquete\\_urgences.pdf](#)

<sup>41</sup> [Premiers résultats régionaux issus du volet Patient de l'enquête Urgences 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

complexité plus grande des situations, nécessitant souvent plus d'examens.<sup>42</sup>

À l'issue du passage aux urgences, 56 % des patients âgés sont hospitalisés dans un autre service. Ce pourcentage montre la nécessité d'une meilleure prévention des hospitalisations non-programmées des personnes âgées.

Selon une étude de l'AP-HP, on observe une augmentation significative (+40%) de la mortalité intrahospitalière pour les plus de 75ans suite au passage d'une nuit aux urgences, avec un risque passant de 11,1% à 15,7%. Cette même étude affirme donc que 3% des décès auraient été évitables avec une meilleure prise en charge.<sup>43</sup>

### Des filières gériatriques<sup>44</sup> atteignant leurs limites

Les filières gériatriques en Hauts de France comptaient 250 médecins gériatres en 2024. Soit une densité de 51,2 médecins gériatres pour 100 000 habitants de 75 ans et plus en 2024.<sup>45</sup>

La gériatrie fait face à un manque de médecin plus prononcé que le reste du milieu hospitalier. En cause :

- Le manque d'attractivité de la discipline qui est mal connue et peu valorisée, considérée comme difficile et exigeante,
- La faible rémunération, qui chez les médecins gériatres est inférieure aux autres spécialistes.

Le milieu gériatrique est également touché par un manque de lits hospitaliers qui s'accroît avec le vieillissement de la population. Les services sont donc très souvent pleins, impliquant le transfert de patients « gériatriques » dans des services inadéquats par manque de place.

Afin de faciliter la prise en charge, les filières gériatriques favorisent les entrées directes dans leurs services notamment par la mise à disposition pour les médecins généralistes d'un numéro d'appel unique. Cependant, en 2023, l'entrée par « Mutations des urgences » représentait le premier mode d'entrée en Court Séjour Gériatrique (CSG) avec 14 194

entrées (56 % des modes d'entrée déclarés ; 71 % en 2022).

Chaque filière gériatrique des Hauts de France dispose d'un « Coordonnateur de filière », financé par l'ARS, qui vient en soutien des équipes gériatriques hospitalières pour développer l'offre de soin sur son territoire et mieux coordonner les acteurs afin d'optimiser les parcours de soins des personnes âgées du territoire.

En 2023, la région Hauts-de-France comptait 23 filières gériatriques de territoire, chacune correspondant à un secteur géographique précis.

Les équipes mobiles de psychogériatrie (EMPG) sont accrochées aux filières gériatriques. Elles interviennent auprès des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ou comportementaux, en EHPAD, et, pour certaines équipes à domicile. Elles apportent une expertise spécialisée qui permet d'évaluer la situation du patient, d'accompagner les équipes soignantes dans la gestion de cas complexes et de proposer des orientations adaptées.

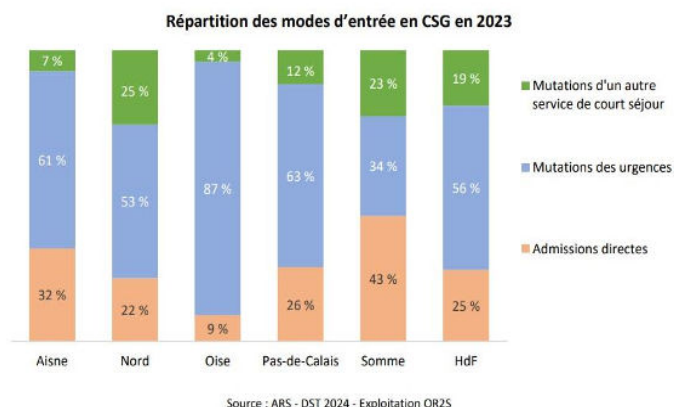
La multiplicité des pathologies, la fragilité et la complexité des malades âgés requiert généralement l'accès à un plateau technique large. Cela pose une difficulté à certains hôpitaux gériatriques de proximité qui disposent d'un plateau technique réduit et se trouvent, de ce fait, limités dans leurs capacités de prise en charge. Cette situation peut entraîner une perte de chance pour les patients ou un transfert vers des hôpitaux possédant un plateau technique plus performant.

<sup>42</sup> [Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

<sup>43</sup> [Étude « No Bed Night » : une nuit passée sur un brancard aux urgences augmente de près de 40% le risque de mortalité hospitalière des patients âgés, qui passe de 11,1% à 15,7% | APHP](#)

<sup>44</sup> [Circulaire relative à la filière de soins gériatriques SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°58](#)

<sup>45</sup> [Gériatrie ProfSante2024-5-11.pdf](#)



### De la iatrogénie à la ré-hospitalisation : les enjeux de la prise en charge gériatrique

Selon Ameli, la iatrogénie médicamenteuse désigne l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments.<sup>46</sup> La iatrogénie inclut également les pathologies acquises à l'hôpital, sans nécessiter que celui-ci en soit la cause. L'étude nationale IATROSTAT estime que 10,6 % des hospitalisations chez les plus de 65 ans sont liées à un effet indésirable médicamenteux<sup>47</sup>.

Afin de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse, les CHU de Lille et d'Amiens, ont mené une expérimentation appelée Iatoprev, dans le cadre d'un article 51 financé par le ministère. Les patients concernés sont les 75 ans et plus avec plus de 10 molécules prescrites. La démarche consiste en l'organisation d'une réunion de concertation pluridisciplinaire entre le médecin généraliste, le pharmacien d'officine du patient, un gériatre et un pharmacien clinicien hospitalier qui s'accordent sur le traitement optimal du patient. Après une phase initiale aux résultats positifs, le projet se poursuit par une phase 2 étendue à d'autres territoires, afin d'en étudier la reproductibilité

La prévention de la cascade gériatrique et de la dépendance qui peut en découler et la lutte contre la iatrogénie sont au centre des activités des équipes mobiles de gériatrie intra-hospitalières.

### Un risque de rupture de parcours de soins au cours de l'hospitalisation

L'entrée à l'hôpital comme la sortie et le retour à domicile peuvent constituer des ruptures dans le parcours de soins pouvant être la cause de décompensations de même que les transferts d'un service à un autre pendant le parcours intrahospitalier, transferts qui émaillent souvent les parcours de soins des patients âgés.

Les sorties d'hôpital sont les principales causes de ruptures de soin en lien avec une préparation insuffisante de la sortie. Le problème apparaît notamment en court séjour lorsque la prise en charge est incomplète et la sortie précipitée pour libérer des lits. Ceci augmente le risque de réhospitalisation. On observe ainsi une augmentation du taux de réhospitalisation avec l'âge.

Pour aider aux retours à domicile et limiter le risque de ré-hospitalisation, les liens avec les soins primaires doivent être renforcés. Il est aussi possible de faire appel à différents dispositifs, selon les besoins du patient, comme les équipes mobiles extra-hospitalières (qui n'existent pas partout), les SAD, les HAD, les DAC, les CRT.

### Des établissements pour sécuriser le retour à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) existe depuis plus de 50 ans en France mais elle continue de se développer dans le cadre du virage ambulatoire. Celle-ci permet d'assurer, au domicile des patients, des soins habituellement dispensés à l'hôpital. L'analyse des données du PMSI HAD 2019-2024 confirme cette dynamique : le nombre de journées d'hospitalisation réalisées dans le cadre de l'HAD connaît une progression continue depuis plusieurs années.

### Accompagnement des personnes âgées ayant un parcours de soins complexe

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) viennent en appui aux professionnels de proximité. Ils constituent une ressource pour les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux lorsqu'une situation complexe dépasse leurs capacités d'accompagnement du patient, par exemple en cas de polyopathologies sévères, de perte d'autonomie ou de difficultés sociales. Leur mission consiste à

<sup>46</sup> Médicaments après 65 ans : effets indésirables fréquents (iatrogénie) | ameli.fr | Assuré

<sup>47</sup> <https://www.rfcrpv.fr/wp-content/uploads/2022/05/rapport-IATROSTAT-version-definitive-02-mai-2022.pdf>

proposer des solutions adaptées, à fluidifier les échanges entre les différents acteurs, à assurer la continuité des prises en charge entre la ville, l'hôpital et le domicile, et à sécuriser les sorties d'hospitalisation. En favorisant une organisation concertée et personnalisée autour du patient et de ses aidants, les DAC doivent permettre de limiter les hospitalisations évitables et de prévenir les ruptures de parcours, contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie des personnes âgées.



### Faits marquants

- Le Sud de la région est plus marqué par le manque de médecin généraliste (l'Aisne et l'Oise)
- 4,7% des personnes âgées de 70 ans et plus n'ont pas de médecin traitant.
- Les personnes âgées de 60 ans et plus représentant 43% des visites hospitalières en 2023.
- A l'issue du passage aux urgences, 56% des patients âgés sont hospitalisés dans un autre service.
- Une surmortalité intrahospitalière pour les plus de 75 ans suite au passage d'une nuit aux urgences.
- Les services de gériatrie sont souvent complets, impliquant le transfert de certains patients dans des services inadéquats.



# Les contributions du groupe de travail

Un groupe de travail s'est constitué autour de cette thématique. Ce groupe s'est réuni à deux reprises afin d'examiner et de discuter des enjeux liés au parcours de soins des personnes âgées dans la région. Au cours de ces réunions, plusieurs problématiques ont été identifiées. Cette liste n'est pas exhaustive et reflète uniquement les éléments abordés à ce jour, lors des sessions du groupe de travail.

Le groupe de travail était composé de :

- **Maxime Barron**, directeur EHPAD KORIAN Bords de la Marque, membre du SYNERPA.
- **Coralie Berthier**, responsable de l'activité recherche en prévention à l'institut Pasteur de Lille
- **Bernard Da Lage**, élu référent de la commission personnes âgées chez France-Assos Santé Hauts de France.
- **Patrick Fournier**, médecin gériatre et président de l'association Debout les aînés.
- **Laureen Gajek**, chargée de mission chez France Assos Santé Hauts-de-France.
- **Christelle Jobert**, cadre de direction chargée du pôle des partenariats, des autorisations et de la patientèle au sein des établissements de Villiers-Saint-Denis.
- **Claire Joly**, chargée de mission santé au conseil régional des Hauts-de-France.
- **Ghislaine Lefebvre**, UFAL Amiens métropole.
- **Aurore Piat**, directrice du DAC Appui santé Somme
- **Nathalie Quaybeur**, présidente de la fédération des plateformes de répit.
- **Delphine Skrzynski**, responsable régionale Hauts-de-France pour la FEPEM
- **Jean-François Trochon**, directeur de béguinage et compagnie.

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. **Un accès restreint à la médecine de premier recours** : la raréfaction des visites à domicile du médecin traitant contribue à un retard de prise en charge et à une orientation accrue des patients âgés vers les services d'urgence.
2. **Des difficultés de coordination interdisciplinaire** : la multiplicité des professionnels de santé et des parcours de soins parallèles (exemple : oncologie et gériatrie) compliquent la planification et la cohérence des rendez-vous pour les patients âgés présentant des troubles cognitifs, entraînant des retards, des incohérences thérapeutiques et une perte de repères pour les familles.
3. **Des sorties hospitalières insuffisamment coordonnées** : faute de disponibilité en SMR, certaines personnes âgées sont orientées directement vers un EHPAD, parfois en hébergement temporaire.
4. **Une offre de rééducation insuffisante** : le manque de kinésithérapeutes disponibles limite la continuité des soins de rééducation en post-hospitalisation. Ce déficit retarde la récupération fonctionnelle des personnes âgées et accroît le risque de perte d'autonomie durable.
5. **Des difficultés dans le parcours de soins des personnes âgées accompagnées en établissement** et des impacts sur la continuité et la qualité de la prise en charge.

## Liens avec d'autres fiches thématiques

Avec les problématiques identifiées, le groupe de travail met en avant le lien important avec d'autres fiches thématiques :

- **La thématique « Proches aidants »** (axe 1) , les proches aidants sont souvent les premiers relais dans la continuité des parcours de soin.

Leur implication est importante lors de la sortie d'hospitalisation, la prise de médicaments ainsi que la coordination des professionnels.

- La thématique « **Pauvreté et précarité** » (axe 2), en lien avec les difficultés d'accès aux soins aggravées par la précarité.
- La thématique « **Isolement** » (axe 2), l'absence d'entourage est une cause fréquente de réhospitalisations.
- La thématique « **Accessibilité, transports, ruralité** » (axe 3) en lien avec les zones rurales peu desservies et les déserts médicaux.
- La thématique « **Participation et pouvoir d'agir** » (axe 3), les personnes âgées sont rarement associées à la construction de leur parcours de soin.

#### Les préconisations du groupe de travail

1. Soutenir les dispositifs permettant d'« aller vers » les personnes âgées, en particulier dans les territoires ruraux où la raréfaction des visites à domicile et la difficulté d'accès

au médecin traitant fragilisent le suivi médical notamment chez les patients âgés polypathologiques.

2. Renforcer l'accompagnement des personnes âgées polypathologiques dans leur parcours de soin.
3. Promouvoir une prise en charge de qualité dans le parcours de soins des personnes âgées via un label qualité.
4. Former les professionnels de santé libéraux, aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées atteintes de pathologies neurodégénératives ou psychogériatriques.

#### Les actions à mener par le Gérotopôle

1. Analyser l'existant et les pratiques de référence en France et à l'international au sujet de l'accompagnement des personnes âgées polypathologiques.
2. Déployer le label « Hôpital Auprès des Aînés »
3. Poursuivre l'expérimentation IATROPREV2.
4. Informer et mobiliser les acteurs sur les enjeux liés à l'accès aux soins spécialisés (dentaires, ORL...) en établissements d'hébergement pour personnes âgées.