



Gérontopôle Hauts-De-France

# Diagnostic Territorial Partagé



## Table des matières

<b>Axe 1 - Accompagnement du bien vieillir, prévention et parcours de soin</b> .....	<b>4</b>
Accompagnement à domicile et en établissement des personnes âgées dans les Hauts-de-France .....	5
Parcours de soin des personnes âgées dans les Hauts-de-France .....	15
Prévention et soutien à l'autonomie des personnes âgées dans les Hauts-de-France .....	23
Définition et niveaux de prévention .....	23
Proches aidants en Hauts-de-France .....	32
<b>Axe 2 - Situations de vulnérabilité</b> .....	<b>40</b>
Pauvreté et précarité des personnes âgées en Hauts-de-France .....	41
Isolement des personnes âgées en Hauts-de-France .....	51
Personnes handicapées vieillissantes en Hauts-de-France.....	60
Bientraitance à domicile et en établissement en Hauts-de-France.....	67
<b>Axe 3 : Inégalités sociales et inclusion sociale</b> .....	<b>74</b>
Accès aux droits des personnes âgées en Hauts-de-France.....	75
Accessibilité, transports, ruralité en Hauts-de-France .....	84
Participation et pouvoir d'agir des personnes âgées en Hauts-de-France : état des lieux .....	94
Numérique et personnes âgées en Hauts-de-France :état des lieux .....	102
Agisme en Hauts -de-France : état des lieux.....	112

# Diagnostic territorial partagé sur le bien vieillir en Hauts de France

D'ici 2050, la région Hauts-de-France connaîtra une augmentation significative de sa population senior. Face à ce bouleversement démographique, il devient essentiel d'adapter notre société aux enjeux du vieillissement. Cela implique de garantir la qualité de vie des personnes âgées, de prévenir la perte d'autonomie, de développer une offre de soins et d'accompagnement adéquate, tout en soutenant les professionnels et les aidants.

Pour répondre à ces défis, plusieurs régions se sont dotées de Gérontopôles depuis 2007, regroupant les acteurs clés du secteur afin de mieux anticiper et accompagner cette transition. Dans cette dynamique, le 7 juillet 2023, la région Hauts-de-France a officiellement soutenu la création de son propre Gérontopôle, fruit d'une mobilisation conjointe du Conseil Régional des Hauts-de-France, de la CARSAT HDF, des Centres Hospitaliers Universitaires d'Amiens et de Lille, avec l'appui de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Cet organisme rejoint ainsi un réseau national comptant aujourd'hui dix Gérontopôles.

Le Gérontopôle Hauts-de-France a pour mission de réunir, valoriser et dynamiser les acteurs de la recherche, de l'accompagnement, du soin, de la formation, de la prévention et du secteur économique, tout en impliquant les usagers et les collectivités territoriales. Son objectif est d'améliorer la qualité de vie des seniors et de leurs proches, tout en contribuant à une société plus inclusive.

Son action repose sur quatre piliers fondamentaux :

- Observation, recherche et évaluation, favoriser et accompagner l'analyse des besoins et l'innovation.
- Formation et attractivité des métiers, soutenir le développement des compétences des professionnels et des aidants.
- Communication et information, sensibiliser et diffuser les connaissances sur le vieillissement.
- Silver économie, encourager le développement économique autour des enjeux du vieillissement.

Afin de garantir une réponse adaptée et pérenne aux enjeux du vieillissement, les membres fondateurs du Gérontopôle Hauts-de-France ont commandé la réalisation d'un diagnostic territorial partagé. Cette démarche est pilotée en concertation avec la gouvernance du Gérontopôle et en lien avec les acteurs locaux.

Ce diagnostic territorial partagé constitue une étape essentielle pour définir les priorités stratégiques du Gérontopôle et adapter les actions aux réalités et aux besoins des territoires sur le long terme. Il repose sur une méthodologie participative impliquant l'ensemble des acteurs concernés et est réalisé dans une dynamique collaborative et évolutive.

Le diagnostic territorial partagé a été rédigé par le Gérontopôle Hauts-de-France, sous la supervision du Président du Gérontopôle, ainsi que du Président et du Vice-président du comité scientifique. Il s'inscrit dans une logique d'amélioration continue et d'adaptation des politiques publiques aux défis du vieillissement pour garantir une meilleure qualité de vie aux seniors, à leurs proches et aux professionnels de l'accompagnement et du soin.



**Axe 1 - Accompagnement du bien vieillir,  
prévention et parcours de soin**

# Accompagnement à domicile et en établissement des personnes âgées dans les Hauts-de-France

## Vieillir chez soi dans les Hauts-de-France : regard sur l'offre

Un récent baromètre de la DREES<sup>1</sup> révèle que près de trois quarts des Français n'envisagent pas de vivre en établissement. Ce constat souligne l'importance de développer et de renforcer les solutions d'accompagnement à domicile des personnes âgées. Cette tendance, en forte progression depuis vingt ans (53 % en 2001 contre 74 % en 2023), se retrouve également dans la manière dont les Français envisagent l'accompagnement de leurs proches. La majorité privilégie en effet des solutions familiales ou à domicile : seuls 19 % des Français envisageraient le recours à une institution pour un parent proche, tandis que 44 % privilégieraient de s'en occuper directement à son domicile, 21 % seraient disposés à l'accueillir chez eux et 16 % apporteraient un soutien financier pour lui permettre de bénéficier d'aides à domicile.

Dans la région des Hauts-de-France, l'accompagnement à domicile des personnes âgées s'organise autour d'une offre diversifiée.

La région compte plus de 500 agences d'aide et maintien à domicile<sup>2</sup>. Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) constituent une première réponse, en apportant une aide humaine au quotidien.

Une part importante de l'aide à domicile repose également sur l'emploi direct, via les particuliers employeurs. En 2024, la région comptait 48 735 particuliers employeurs âgés de 70 ans et plus et 17 551 particuliers employeurs dépendants ou

handicapés, soit 28% de l'ensemble des particuliers employeurs.<sup>3</sup>

Toutefois, lorsque les besoins dépassent l'aide à la vie quotidienne et relèvent davantage d'un accompagnement médical ou paramédical, l'intervention des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) devient essentielle.

En 2019, la région comptait 9 places de SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 60 ans et plus, contre 7 places en moyenne au niveau national, soit une place pour 107 personnes âgées dans la région contre une pour 138 au niveau national. Pour les personnes de 75 ans et plus, la région disposait de 28 places pour 1 000 personnes âgées, contre 20 places en moyenne nationale, ce qui correspond à une place pour 35 personnes âgées dans les Hauts-de-France et une pour 50 au niveau national.

Ainsi, le taux d'équipement en SSIAD dans la région est supérieur à la moyenne nationale.<sup>4</sup>

Suite à la réforme de l'offre de services à domicile, le regroupement des SAAD, des SSIAD et des SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile) sous l'appellation unique de Services Autonomie à Domicile est en cours. Ces nouvelles structures proposent un accompagnement global avec un interlocuteur unique pour les personnes âgées.

Ces évolutions s'inscrivent dans le cadre du « virage domiciliaire », qui désigne l'orientation des pouvoirs publics vers une priorisation du domicile comme lieu de vie, afin de répondre au souhait majoritaire des

<sup>1</sup> [Trois quarts des Français préféreraient rester à domicile en cas de perte d'autonomie | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

<sup>2</sup> Annuaire sanitaire et social : <https://www.sanitaire-social.com/annuaire-soins-et-aide-a-domicile/services-d-aide-a-domicile-sad/liste-hauts-de-france>

<sup>3</sup> Infographie FEPEM Emploi à domicile Edition 2025/ URSSAF Caisse nationale 2023/IRCEM 2023

<sup>4</sup> CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/CNSA/2021/210 du 24 septembre 2021 relative à la mobilisation des crédits d'investissement du Ségur de la santé et de France Relance en appui du virage domiciliaire de l'offre d'accompagnement des personnes âgées dans la société du grand âge

personnes âgées de vieillir chez elles, dans des conditions de sécurité et de qualité adaptées.<sup>5</sup>

Parallèlement, des dispositifs spécifiques complètent cette offre de soins, comme les Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESA). Elles se concentrent sur la réhabilitation cognitive pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant chez elles.

Ces équipes aident les patients à préserver leurs capacités grâce à des stratégies de compensation et à l'adaptation de leur environnement. Elles agissent également sur l'amélioration de la relation entre l'aidant et la personne aidée. Les ESA interviennent au maximum une fois par an, sur prescription médicale et pour un nombre limité de séances (15 séances au maximum réparties sur une durée de 3 mois durant une année).

En 2021, la région comptait 42 ESA, offrant 570 places. La plupart de ces équipes étaient portées par des structures existantes, comme les SSIAD, les SPASAD ou des GCMS (Groupements de Coopération Médico-Sociale).

#### File active des ESA entre 2012 et 2021 - Données départementales

File active des Esa entre 2012 et 2021 – Données départementales

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
2012 (12 Esa)		363		318		
2013 (21 Esa)		877		596		
2014 (27 Esa)		1 346		747		
2015 (39 Esa)	188	1 466	248	906	303	3 111
2016 (39 Esa)	241	1 708	264	1 070	347	3 630
2017 (40 Esa)	302	1 800	422	1 171	364	4 059
2018 (38 Esa)*	326	1 890	537	955	376	4 084
2019 (40 Esa)*	373	1 807	586	1 201	469	4 436
2020 (42 Esa)	442	1 543	531	1 073	517	4 106
2021 (42 Esa)	483	1 516	610	1 110	505	4 224

Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

\*2 Esa n'ont pas renseigné les données relatives à leur activité

Malgré un nombre de places autorisé similaire, la file active des ESA dans la région des Hauts-de-France varie considérablement. Par exemple, pour les 20 ESA disposant de 10 places, la file active peut aller de 36 patients à Dunkerque jusqu'à 137 à Boulogne-sur-Mer. Cette grande disparité ne s'explique pas uniquement par la capacité d'accueil. D'autres facteurs comme la gestion du personnel, la communication auprès des prescripteurs, la durée des déplacements ou encore la méthode

d'adressage des patients influencent davantage le volume de personnes prises en soin.

Au niveau départemental, l'étude du rapport entre la file active et le nombre de places autorisées indique des variations importantes.

#### Rapport entre la file active et le nombre de places autorisées en ESA en 2021

Rapport entre la file active des places autorisées en Esa en 2021

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
File active (42 Esa*)	483	1 516	610	1 110	505	4 224
Places autorisées	57	192	77	162	82	570
Rapport	8,5	7,9	7,9	6,9	6,2	7,4

Source : ARS - DOMS 222 – Traitement OR2S

Au niveau régional, le rapport entre la file active (4 224) et le nombre de places autorisées des 42 Esa (570) est de 7,4 (9,0 en 2020). Ainsi, dans la région et en 2021, le fonctionnement d'une place d'ESA autorisée a permis la prise en charge de 7,4 personnes, ce qui est inférieur aux indications du cahier des charges.<sup>6</sup>

En plus des ESA, les Équipes Spécialisées de Prévention et de Réadaptation à Domicile (ESPRAD) soutiennent également les personnes âgées.

En 2023, les demandes d'accompagnement d'ESPRAD sont d'abord liées à la maladie de Parkinson (44 % des demandes ; identique en 2022), puis aux chutes (39 % ; identique en 2022). La sclérose en plaques (SEP) concerne 17 % des demandes d'accompagnement (identique en 2022).

Au total, la file active autorisée est de 1 768 personnes pour les 17 ESPRAD (1 606 en 2022 pour les 17 ESPRAD) : 126 dans l'Aisne, 728 dans le Nord, 237 dans l'Oise, 429 dans le Pas-de-Calais et 248 dans la Somme. En 2023 et au niveau régional, 1 745 personnes ont été prises en charge par les 17 ESPRAD, soit 99 % de la file active autorisée (96 % de la file active autorisée en 2022).<sup>7</sup>

Les Équipes Gériatriques d'Expertise à Domicile (EGED) s'inscrivent dans la dynamique de prévention et d'appui aux parcours. Leur mission est d'intervenir directement au domicile des personnes âgées en situation complexe afin de réaliser une évaluation

<sup>5</sup> [Faciliter le choix de vieillir à domicile | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](https://solidarites.gouv.fr)

<sup>6</sup> Le fonctionnement de 10 places autorisées d'ESA permet environ 120 prises en charge (personnes) sur un an dans l'hypothèse d'au moins une

séance par semaine et d'au maximum 15 séances par prise en charge (cf. cahier des charges Esa 2011)

<sup>7</sup> Bilan d'activité régional des dispositifs liés au parcours de vieillissement - Activités 2023 – Paru en janvier 2025

approfondie de leur état de santé, de leur environnement et de leurs besoins. Ces équipes pluridisciplinaires apportent une expertise gériatrique aux médecins traitants, aux professionnels de santé et aux services d'aide à domicile, afin d'orienter les prises en charge et de prévenir les ruptures de parcours. Les EGED nouvellement créées ont dans une certaine mesure, mais avec des moyens inférieurs, remplacé les réseaux de santé gériatriques qui ont disparu lors de la constitution des DAC.

Si le maintien à domicile est le souhait prioritaire des Français et une priorité affirmée par les autorités politiques, il se traduit pour beaucoup de personnes âgées par un profond isolement, comme le constate l'association les Petits Frères des Pauvres : 750 000 personnes de 60 ans et plus sont aujourd'hui en situation de "mort sociale", c'est-à-dire totalement ou presque totalement coupées de tout lien avec leur famille, amis, voisins ou tissu associatif. Elles étaient environ 530 000 en 2021. De plus, dans certaines situations, même avec un entourage présent la vie à domicile peut ne plus être possible. Lorsque la dépendance devient trop lourde ou les conditions de vie inadaptées, l'entrée en établissement est parfois la seule solution possible. C'est pourquoi il est nécessaire d'analyser également l'offre et l'organisation de l'accompagnement en établissement dans la région.

### **Offre en établissements d'hébergement : un regard sur le taux d'équipement et le taux d'occupation**

Le taux d'équipement en établissements constitue un indicateur clé pour apprécier la capacité d'accueil médico-sociale de la région des Hauts-de-France. Il permet de mesurer le nombre de places disponibles en structures (EHPAD, Unités de Soins de Longue Durée, résidences autonomie) rapporté à la population âgée, et ainsi d'évaluer l'adéquation entre l'offre existante et les besoins croissants liés au vieillissement. Dans les Hauts-de-France<sup>8</sup>, au 31 décembre 2022, le taux d'équipement en places en

EHPAD, maison de retraite non-EHPAD, résidence autonomie, services de soins à domicile ou de soins de longue durée se situait à 146 places, un niveau supérieur à la moyenne nationale qui était de 132 places.

Dans la région, il y a près de 570 EHPAD<sup>9</sup>, soit plus de 46 000 lits.

Au-delà du nombre de lits, il convient également de s'intéresser aux dispositifs spécifiques mis en place pour répondre aux besoins particuliers des résidents, notamment les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Ces PASA sont conçus pour proposer un accompagnement ciblé aux personnes atteintes de troubles cognitifs, notamment la maladie d'Alzheimer, et représentent un complément essentiel à l'offre globale des EHPAD.

En 2021, la région des Hauts-de-France comptait 117 PASA, répartis sur les cinq départements : Aisne, Nord, Oise, Pas-de-Calais et Somme.

Dans la continuité des unités spécialisées pour les personnes âgées atteintes de pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR)<sup>10</sup> sont conçues pour les résidents présentant des troubles du comportement plus importants que ceux accueillis en PASA.

Une UHR est un espace aménagé dans un EHPAD ou une USLD (Unité de Soins de Longue Durée) afin d'héberger des personnes âgées ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée entraînant d'importants troubles du comportement qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie. En 2023, 37 UHR étaient en place dans la région pour 515 lits (35 UHR pour 527 lits en 2022) : 26 UHR sont implantées dans un EHPAD et 11 sont autorisées dans une USLD.<sup>11</sup>

Les Unités de Vie Protégée (UVP)<sup>12</sup> s'adressent à un public un peu différent, dont les troubles sont d'intensité plus modérée, mais qui requiert néanmoins un accompagnement spécifique dans un cadre sécurisé.

<sup>8</sup> [Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2022 | Insee](#)

<sup>9</sup> [Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes \(EHPAD\) : Liste par département | Pour les personnes âgées](#)

<sup>10</sup> <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/prevention-accompagnement-et-soins/les-uhr-des-lieux-d-hebergement-amenages-dans-les-ehpad>

<sup>11</sup> Bilan d'activité régional des dispositifs liés au parcours de vieillissement - Activités 2023 – Paru en janvier 2025

<sup>12</sup> <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/prevention-accompagnement-et-soins/alzheimer-en-ehpad-quel-accompagnement#anchor4>

Les dispositifs comme les PASA, UHR et UVP témoignent de la volonté d'adapter l'accompagnement aux besoins individuels des personnes âgées. Mais au-delà de ces accueils spécialisés, le paysage des EHPAD révèle des différences notables selon le statut juridique, la taille et le profil des résidents, comme le montre l'étude récente de la DREES.

D'après une étude de la DREES<sup>13</sup>, publiée en septembre 2025, les EHPAD publics représentent une part significative des structures, accueillant notamment les résidents bénéficiant de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH). Les privés à but lucratif, majoritairement concentrés dans les zones urbaines et souvent intégrés à des grands groupes, disposent d'une capacité plus importante par établissement. Les privés non lucratifs (associatifs ou mutuels), implantés tant en zones urbaines qu'en zones rurales, présentent des caractéristiques intermédiaires et accueillent un public varié. Le profil des résidents complète ce panorama : 11% des résidents en EHPAD ont moins de 75 ans, souvent moins dépendants mais plus fréquemment concernés par des troubles psychiques.<sup>14</sup>

Enfin, le secteur des EHPAD dans la région est confronté à des difficultés budgétaires majeures : en 2024, 74 % des établissements publics étaient déficitaires, contre 71 % au niveau national, un déficit jugé structurel qui met en péril la pérennité de nombreuses places.<sup>15</sup>

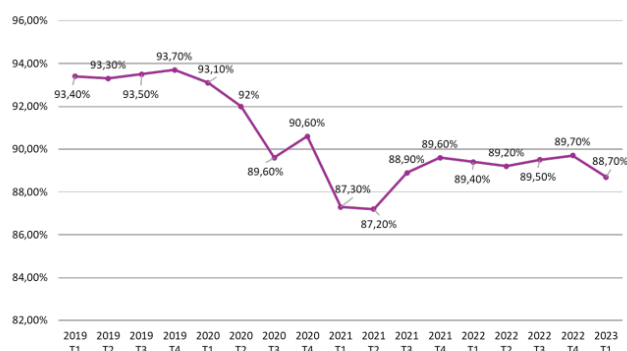
La région compte différents types d'EHPAD, répartis entre établissements publics et privés. Les EHPAD publics hospitaliers sont au nombre de 117 et offrent 13 274 places, tandis que les EHPAD publics non hospitaliers, plus nombreux avec 145 structures, proposent 11 100 places. Du côté des établissements privés, les EHPAD à but non lucratif sont les plus nombreux avec 184 structures, totalisant 13 818 places, et les EHPAD privés à but lucratif sont au nombre de 122, offrant 9 031 places.<sup>16</sup>

En conclusion, le secteur public propose le plus grand nombre de places avec 24 374 lits, contre

22 849 pour le secteur privé. Cette répartition montre que, malgré la forte présence des EHPAD privés à but non lucratif, le secteur public demeure un acteur majeur dans l'offre globale de lits en EHPAD pour les personnes âgées dans la région.

Historiquement, l'équilibre budgétaire était assuré lorsque le taux d'occupation atteignait 95 %. Cependant, cette règle n'est plus vraie, l'activité actuelle ne permet plus de couvrir les charges, et seuls 17 % des EHPAD affichant un taux d'occupation supérieur à 95 % étaient excédentaires en 2023, ce qui illustre la fragilité financière persistante du secteur.<sup>17</sup>

**Taux d'occupation moyen des Ehpads par trimestre de 2019 à 2023**



Source : Commission des affaires sociales d'après la CNSA

Le taux d'occupation moyen des EHPAD, supérieur à 93 % avant 2020, a connu une baisse durable pour se stabiliser autour de 89 % en 2023. Cette évolution traduit une double fragilité financière : la diminution des recettes liée à la baisse d'occupation et l'augmentation des charges fixes.

La chute des taux d'occupation a été plus profonde, et la récupération plus faible, dans le secteur privé commercial que dans les autres secteurs, comme le montre le graphique ci-dessous.<sup>18</sup>

<sup>13</sup> [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-09/ER1346-Grands%20groupes\\_MEL2.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-09/ER1346-Grands%20groupes_MEL2.pdf)

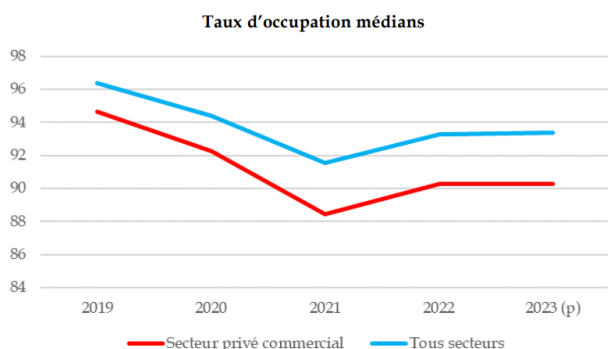
<sup>14</sup> [https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-05/ER1302.pdf?utm\\_](https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-05/ER1302.pdf?utm_)

<sup>15</sup> 74% d'EHPAD publics déficitaires dans la région en 2024 : un déficit désormais structurel – FHF HDF

<sup>16</sup> Source : DREES, Enquête EHPA 2023.

<sup>17</sup> Situation financière des EHPAD publics hospitaliers au 31 décembre 2023 Enquête FHF Hauts-de-France

<sup>18</sup> <https://www.senat.fr/rap/r23-778/r23-7781.pdf>



Source : Commission des affaires sociales / données DGCS

La Fédération hospitalière des Hauts-de-France indiquait en début d'année que, face à un déficit jugé trop important, une dizaine d'EHPAD publics pourraient devoir fermer en 2025, alors que six établissements publics ont déjà cessé leur activité dans la région en 2024.<sup>19</sup>

La région dispose d'environ 50 USLD, ce qui représente 3029 places en 2022. Le taux d'équipement est de 6,4 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (4,9 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus).

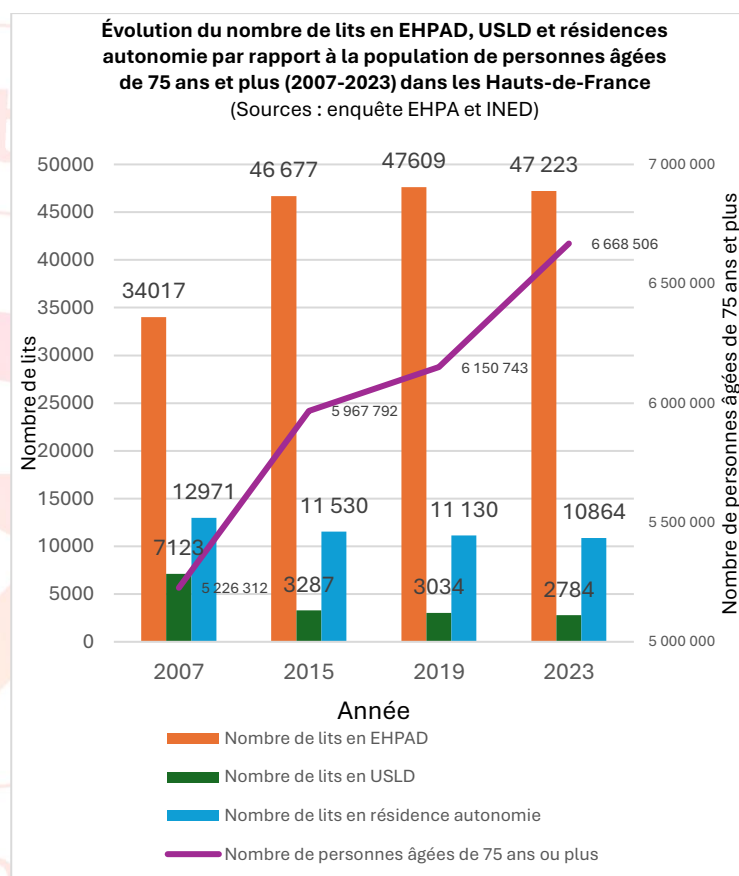
En 2023, le taux d'occupation des lits en USLD (Unités de Soins de Longue Durée) en France était de 87,1 %, selon les données de la DREES.<sup>20</sup>

La région compte près de 220 résidences autonomie et plus de 11 500 places. Le taux d'équipement est de 24,1 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus, un chiffre plus élevé que la moyenne nationale (19,6 places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus).<sup>21</sup> Des résidences seniors sont également présentes sur chaque département de la région, ces établissements proposent des appartements privatifs associés à des services collectifs tels que la restauration, le ménage, des animations et des espaces communs, destinés aux personnes âgées autonomes ou relativement autonomes. Cela indique une forte présence de structures intermédiaires, offrant des solutions pour les personnes âgées qui ne nécessitent pas une médicalisation comme celle proposée en EHPAD.

Le graphique ci-dessous montre que le nombre de lits en EHPAD suit une tendance globalement croissante

depuis 2007, malgré une légère diminution observée entre 2019 et 2023. À l'inverse, le nombre de lits en unités de soins de longue durée et en résidences autonomie a diminué sur la même période.

Parallèlement, la population des personnes âgées de 75 ans et plus n'a cessé d'augmenter entre 2007 et 2023. Selon un article de l'INSEE publié en octobre 2025, la France comptera 700 000 seniors supplémentaires d'ici 2050. Cette évolution laisse envisager un risque de pénurie de places si le nombre de lits demeure au niveau observé en 2023.<sup>22</sup>



Toutefois, au-delà du seul nombre de places disponibles, il est essentiel de s'interroger sur leur utilisation effective.

Le taux d'occupation des résidences autonomie permet en effet de mesurer l'adéquation entre l'offre proposée et la demande réelle des personnes âgées.

Le taux d'occupation des résidences autonomie s'élève seulement à 87 % en France. Les

<sup>19</sup> [Situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes](#)

<sup>20</sup> [Les établissements de santé en 2023 - Édition 2025.pdf](#)

<sup>21</sup> [Hébergement des personnes âgées en Hauts-de-France - Plateforme Sanitaire & Sociale | Hauts-de-France](#)

<sup>22</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8653672>

établissements de plus de 75 places affichent les taux d'occupation les plus bas, avec 84 %. Ce sont d'ailleurs les structures à forte capacité qui ont connu la plus forte baisse de ces taux : entre 2015 et 2019, les établissements de 60 à 75 places ont vu leur taux d'occupation diminuer de 6 points, tandis que ceux de plus de 75 places ont perdu 10 points. Les différences selon le type de résidence restent limitées : les établissements privés lucratifs occupent en moyenne 89 places pour 100 disponibles, contre 87 pour les autres catégories.<sup>23</sup>

Pour les personnes âgées souhaitant une alternative à l'institutionnalisation tout en bénéficiant d'un cadre sécurisé, un autre modèle émerge : l'habitat inclusif. Ce concept offre une nouvelle perspective, plaçant la vie sociale et partagée au cœur du projet de vie, et constitue une réponse complémentaire pour favoriser l'autonomie et prévenir l'isolement.

L'habitat inclusif<sup>24</sup> constitue une forme « d'habiter » complémentaire au domicile (logement ordinaire) et à l'accueil en établissement (hébergement). Il s'agit de logements dans lesquels les habitants vivent seuls ou en couple ou en colocation, souhaitent partager des temps de vie ensemble. Les diverses solutions d'habitat inclusif se caractérisent ainsi par des espaces de vie individuelle et par des espaces de vie partagée, dans un environnement adapté, sécurisé et propice au lien social.

Au niveau national<sup>25</sup>, en 2024, 96 départements étaient engagés dans l'habitat inclusif.

En 2025, la région compte 101 habitats inclusifs pour personnes âgées et personnes handicapées déjà opérationnels et 82 en cours de réalisation. Chaque département propose une solution d'habitat inclusif. D'importants écarts existent entre les départements. Sur l'Aisne, 2 habitats inclusifs sont opérationnels alors que le département du Nord en compte 64 (qui compte une population quatre fois plus importante).

### **Les dispositifs financiers d'accompagnement : APA et aide sociale**

L'APA constitue la principale prestation publique destinée à financer la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus. Versée par les

conseils départementaux, elle représente un levier essentiel pour l'accès aux aides et aux accompagnements, tant au domicile qu'en établissement.

À domicile, l'APA permet de financer un plan d'aide individualisé comprenant l'intervention d'aides à domicile, le recours à des services de soins (SAAD, SSIAD, SPASAD), l'aménagement du logement ou encore l'acquisition d'aides techniques. Dans les Hauts-de-France, plus de 100 000 personnes âgées en bénéficient chaque année, reflétant l'importance de ce dispositif pour soutenir le « virage domiciliaire » et répondre au souhait majoritaire des personnes âgées de vieillir chez elles.

Cette situation contribue aux inégalités d'accès aux solutions d'accompagnement.

L'APA joue donc un rôle structurant dans l'organisation de la prise en charge de la dépendance. En EHPAD ou en USLD, l'APA contribue au financement du tarif dépendance, limitant ainsi le reste à charge des résidents. Toutefois, malgré ce soutien, les coûts d'hébergement demeurent élevés et peuvent constituer un frein pour les personnes âgées et leurs familles, en particulier dans les territoires marqués par la précarité. Pour celles qui vivent à domicile ce reste à charge est aussi élevé, d'autant plus élevé que la personne est plus dépendante.

Bien qu'en situation de perte d'autonomie, la majorité des bénéficiaires de l'APA dans les Hauts-de-France continuent de vivre à domicile. En 2021, près de 64 % des 125 000 allocataires résidaient chez eux, soit une proportion supérieure de cinq points à la moyenne nationale. Cette spécificité régionale se maintient même parmi les personnes les plus dépendantes : 43 % des bénéficiaires en GIR 1-2 vivent à domicile, contre seulement 33 % en moyenne nationale.

Cet écart s'explique en partie par des facteurs économiques. Les revenus plus modestes des ménages dans la région limitent le recours aux établissements spécialisés, dont le coût est élevé.

<sup>23</sup> [ER 1284 Résidences autonomie avant le début de la crise sanitaire, le nombre de places augmentait, mais celui des résidents diminuait 0.pdf](#)

<sup>24</sup> [Habitat inclusif | CNSA.fr](#)

<sup>25</sup> [TDB - Programmation et suivi des habitats inclusifs — CNSA DATA](#)

Le montant de l'allocation, calculé en fonction des ressources et du niveau de dépendance, se traduit par une dépense moyenne par bénéficiaire plus élevée qu'au niveau national : 5 162 € par an (hors frais de personnel) dans les Hauts-de-France, contre 4 744 € en France métropolitaine. La région se situe ainsi au deuxième rang national, juste après la Corse, en termes de dépenses départementales engagées pour l'APA.<sup>26</sup>

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) est un dispositif départemental destiné à financer tout ou partie du coût d'hébergement en établissement pour les personnes âgées disposant de faibles ressources. Elle complète l'APA et constitue un levier essentiel pour garantir l'accès aux structures médico-sociales aux publics les plus précaires.

Dans les Hauts-de-France, l'accès aux établissements via l'ASH varie selon les départements et le nombre de places habilitées.

Les places habilitées à l'aide sociale sont essentiellement situées dans les EHPAD publics hospitaliers. En effet, d'après la DREES<sup>27</sup>, 22 028 places en EHPAD publics, qu'ils soient hospitaliers ou non hospitaliers, sont habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) soit 67% du nombre de places ASH en 2022.

### Des structures ressources pour l'accompagnement à domicile et en établissement

Les CLIC et les DAC sont des dispositifs au service des personnes âgées ou des professionnels de santé de proximité pour faciliter les parcours des personnes en situation de fragilité ou de perte d'autonomie :

- Les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) sont des guichets de proximité destinés aux personnes âgées et à leurs proches. Ils offrent information, conseils, orientation et accompagnement dans les démarches, que ce soit pour le maintien à domicile ou l'entrée en établissement. La région compte 67 CLIC.<sup>28</sup> Il est important de noter que l'appellation "CLIC" est

progressivement remplacée par "Point d'information local dédié aux personnes âgées".

- Les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins) ont été fusionnées avec d'autres dispositifs (Plateformes Territoriales d'Appui, PTA ; Coordinations Territoriales d'Appui, CTA ; réseaux de soins) pour former les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination). Les DAC regroupent et unifient ces différentes structures pour proposer une porte d'entrée unique aux professionnels comme aux parties intéressées, et garantir une prise en charge sans rupture, à domicile comme en établissement. 12 DAC sont installés dans la région.



Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux confrontés à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes. .... Les DAC sont nés...Des Centres de Ressources Territoriaux (CRT) ont été créés, plus récemment, à partir de 2022 et se déploient progressivement. avec un objectif similaire

<sup>26</sup> np\_ina\_163(2).pdf

<sup>27</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/badiane-base-interadministrative-annuelle-des-esms>

<sup>28</sup> <https://lannuaire.service-public.fr/navigation/hauts-de-france/clic>

de faciliter. Leur rôle est de proposer des solutions d'accompagnement permettant aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible. Comme les DAC, ils apportent ainsi leur soutien aux professionnels impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées.

Cependant, leur montée en charge reste freinée par un déploiement particulièrement lent : au 31 décembre 2024, sur 274 CRT autorisés, seuls 175 étaient effectivement actifs au niveau national, ce qui limite fortement leur capacité à répondre aux besoins croissants de la population âgée dépendante. De plus, leur impact concret demeure modeste puisque chaque structure accompagne en moyenne seulement seize personnes âgées, un chiffre bien en-deçà des ambitions initiales. Enfin, les bénéficiaires suivis présentent souvent un degré de dépendance inférieur à celui qui avait été envisagé lors de la conception du dispositif, ce qui crée un décalage entre les objectifs affichés et la réalité du terrain. Ce sont les conclusions de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.<sup>29</sup>

En 2025, la région compte 24 CRT implantés dans chacun de ses départements.<sup>30</sup>

Les Services Publics Départementaux pour l'Autonomie (SPDA) ont été créés plus récemment encore. Issus de la loi « Bien vieillir et autonomie » du 8 avril 2024, les SPDA ont pour mission de simplifier les démarches, de mieux coordonner les acteurs des parcours des personnes, et l'engagement d'un socle commun de missions dans tous les départements. Ils visent ainsi à faciliter l'accès aux dispositifs d'aide, coordonner les interventions à domicile ou en établissement, et accompagner les personnes dans leur parcours de vie. En articulant missions de prévention, soutien à l'autonomie et coordination des services, les SPDA doivent permettre de répondre de manière adaptée aux besoins des usagers tout en soutenant leurs proches aidants et les professionnels du secteur. Le Pas-de-Calais, le Nord et la Somme ont été sélectionnés parmi les 18 départements préfigureurs du SPDA, participant ainsi activement à l'expérimentation et à la co-

construction du dispositif avant sa généralisation en 2025. Les départements de l'Aisne et de l'Oise ne disposent pas à ce jour de SPDA.

<sup>29</sup> Printemps social de l'évaluation : évaluation en continu des lois de financement de la sécurité sociale – Les Centres de Ressources Territoriaux [https://www.assemblee-](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/contenu/visualisation/925711/file/Les%20centres%20de%20ressources%20territoriaux%20%28CRT%29)

[nationale.fr/dyn/contenu/visualisation/925711/file/Les%20centres%20de%20ressources%20territoriaux%20%28CRT%29](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/contenu/visualisation/925711/file/Les%20centres%20de%20ressources%20territoriaux%20%28CRT%29)

<sup>30</sup> [Les Centres de ressources territoriaux \(CRT\) pour les personnes âgées en Hauts-de-France | Agence régionale de santé Hauts-de-France](#)

## Faits marquants

- **Une forte volonté des Français de vieillir chez eux** : 74% préfèrent rester à domicile plutôt que d'aller en établissement.
- Une **proportion notable de résidents jeunes** et présentant des **troubles psychiques** au niveau national : 11 % des résidents en EHPAD ont moins de 75 ans, souvent moins dépendants, mais plus fréquemment concernés par des troubles psychiques.
- Le **taux d'occupation des résidences autonomie reste relativement faible**, avec seulement 87 % des places occupées
- **43 % des bénéficiaires en GIR 1-2 vivent à domicile dans la région**, contre seulement 33 % en moyenne nationale.
- **Une offre régionale d'accompagnement à domicile dense et diversifiée** : plus de 500 agences d'aide et de maintien à domicile, un taux d'équipement en SSIAD supérieur à la moyenne nationale et un regroupement des SAAD, SSIAD et SPASAD en service autonomie pour une prise en charge globale avec un interlocuteur unique.



# 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 à l'accompagnement à domicile et en établissement 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 :

- **Coralie Berthier**, responsable de l'activité recherche en prévention à l'institut Pasteur de Lille
- **Professeur Frédéric Bloch**, médecin gériatre au CHU d'Amiens
- **Jennifer PEIREIRA**, chargée d'études à la MSA Picardie.
- **Bernard Da Lage**, élu référent de la commission personnes âgées chez France-Assos Santé Hauts de France.
- **Eric Guiot**, manager du centre d'éducation en prévention santé à l'institut Pasteur de Lille.
- **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.
- **Jennifer PEREIRA**, chargée d'études en action sanitaire et sociale à la MSA de Picardie.
- **Aurore Piat**, directrice du DAC Appui santé Somme
- **Nathalie Quaybeur**, présidente de la fédération des plateformes de répit.

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. La diversité des sigles dans le domaine de l'accompagnement à domicile complique la lisibilité des dispositifs pour les personnes concernées. Les professionnels jouent un rôle essentiel pour guider les personnes

âgées et leurs aidants dans leurs démarches.

2. L'adaptation du domicile est centrale dans le cadre du virage domiciliaire notamment dans les logements sociaux.
3. L'accès aux ESA est saturé.
4. Les difficultés de recrutements des aides à domicile génèrent une liste d'attente et un risque de rupture dans le parcours de la personne âgée.

## 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 « pauvreté et précarité »** (Axe 2), en lien avec le fait que la précarité soit un déterminant des conditions de vie et d'accompagnement.
- **La thématique « isolement »** (Axe 2), en lien avec le fait que l'accompagnement à domicile et l'accompagnement en établissement permettent de maintenir un lien social régulier.

## Les préconisations du groupe de travail

1. Former les professionnels, notamment les aides à domicile, à adopter un positionnement adapté auprès des personnes âgées atteintes de pathologies neurodégénératives ou psychogériatriques.

## Les actions à mener par le Gérontopôle

1. Intégrer dans le gérontoguide un lexique détaillant la signification des sigles relatifs à l'accompagnement à domicile.
2. Évaluer l'impact de l'évolution démographique sur les besoins en équipements des personnes âgées de 75 ans et plus
3. Sensibiliser les professionnels aux pathologies neurodégénératives et psychologiques des personnes âgées.

# 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 1319*), 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.

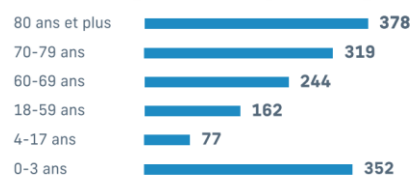
### Une population surreprésentée parmi les patients hospitalisés

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> [ATIHC chiffres-cles-Tous-champs.pdf](#)

<sup>40</sup> [DREES enquête 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.

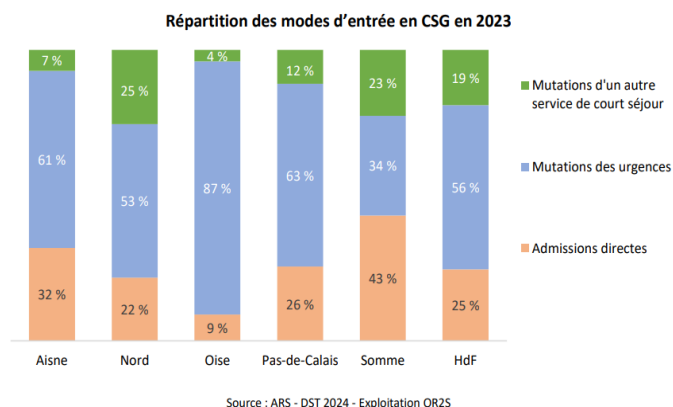
La multiplicité des pathologies, la fragilité et la complexité des malades âgés requiert généralement l'accès à un plateau technique large. Cela pose une difficulté à certains hôpitaux gériatriques de proximité qui disposent d'un plateau technique réduit et se trouvent, de ce fait, limités dans leurs 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 SANTS4 - 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.

# Prévention et soutien à l'autonomie des personnes âgées dans les Hauts-de-France

## Définition et niveaux de prévention

INSEE 2020 – Indice de vieillissement<sup>50</sup> de la population dans les Hauts-de-France

La prévention en santé vise à éviter l'apparition et l'aggravation des pathologies. Elle se décline en trois niveaux :

- **Primaire** : réduction des risques (individuels, sociétaux, environnementaux)
- **Secondaire** : détection précoce et premiers soins
- **Tertiaire** : limitation des complications et rechutes

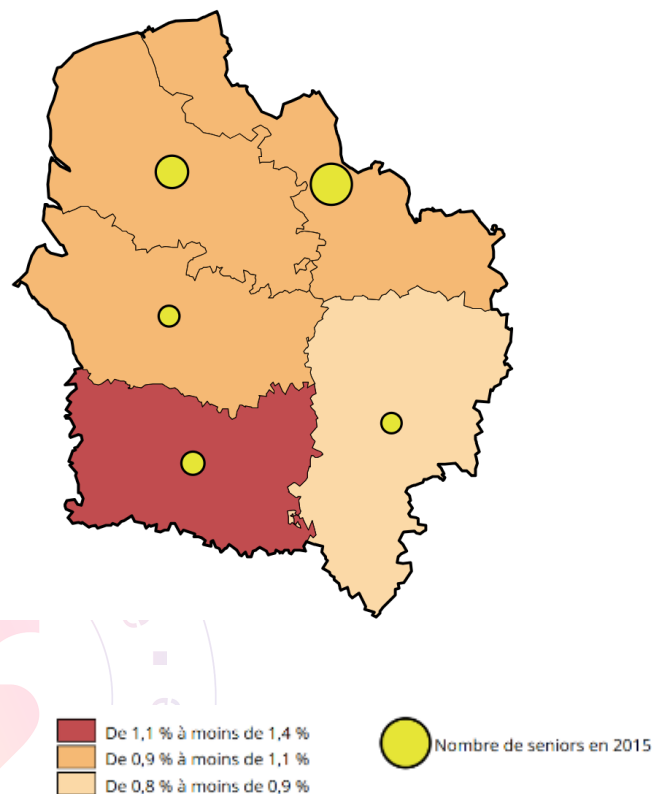
La **promotion de la santé**, selon la Charte d'Ottawa, vise à rendre chacun acteur de sa santé, dans une approche globale incluant bien-être physique, mental et social.

### Un vieillissement démographique

En 2022, 25 % de la population des Hauts-de-France avait 60 ans ou plus.<sup>48</sup>

Entre 2015 et 2050, la population âgée des Hauts-de-France devrait croître de 43 %, ce qui représente une hausse de 572 600 personnes.

De ce fait, les Hauts-de-France passeraient à 31,7% de personnes âgées de 65 ans ou plus en 2050. Cette augmentation se justifie notamment par le babyboom couplé à l'allongement de l'espérance de vie.<sup>49</sup> Elle diffère selon les départements, l'Oise est le département où le vieillissement de la population serait le plus important (+ 60 % de seniors entre 2015 et 2050) tandis qu'il serait moins marqué dans l'Aisne (+ 32 %). Le Nord (+ 229 400 seniors) et le Pas-de-Calais (+ 140 600) seraient les départements où les effectifs de personnes âgées augmenteraient le plus.



Le vieillissement « entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. » selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS).<sup>51</sup> En 2023, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans s'élevait à 12 ans pour les femmes et 10,5 ans pour les hommes.<sup>52</sup>

Ce constat fait du vieillissement un enjeu majeur de santé publique. Il appelle à repenser l'organisation du système de soins autour de trois axes complémentaires : un parcours de santé adapté, des actions renforcées de prévention, et des dispositifs favorisant le maintien de l'autonomie.

<sup>48</sup> [Dossier complet – Région des Hauts-de-France \(32\) | Insee](#)

<sup>49</sup> [Près de 110 000 seniors dépendants en plus d'ici 2050 - Insee Analyses Hauts-de-France - 114](#)

<sup>50</sup> L'indice de vieillissement correspond au nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

<sup>51</sup> [Vieillesse et santé](#)

<sup>52</sup> L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2023, DREES, décembre 2024 [ER EVSI 2024\\_MEL 3.pdf](#)

## Une mortalité plus élevée que la moyenne

La région des Hauts-de-France connaît une mortalité plus élevée que dans le reste de la France (hors Mayotte) toutes causes confondues hors mortalité péri-natale qui est plus faible que la moyenne.<sup>53</sup> En 2023, les Hauts-de-France avaient un nombre de décès significativement plus élevé que la moyenne avec 17% de décès supplémentaires. Plus que le reste de la France, la région est particulièrement touchée par les cancers, suivi des maladies cardio-vasculaires.<sup>54</sup>

## Les principaux enjeux de santé publique dans les Hauts-de-France

Cette surmortalité marquée pour les cancers et maladies cardiovasculaires est liée à des facteurs de risque :

- Plus d'un quart des personnes âgées de 18 à 75 ans dans la région fumaient quotidiennement en 2021<sup>55</sup>.
- Plus de 20% de la population souffre d'obésité et la même proportion serait en surpoids.<sup>56</sup>
- 25,6% de la population souffre de diabète.
- Une précarité socio-économique élevée impactant la santé<sup>57</sup>

Chez les personnes âgées, les principaux enjeux de santé sont les suivants :<sup>58</sup>

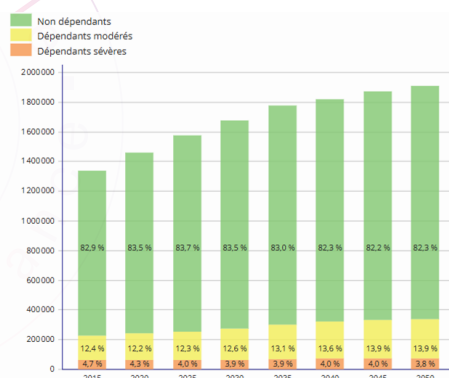
- Les maladies neurodégénératives et psychogériatriques
- La fragilité accrue au risque infectieux, en particulier la grippe et la COVID-19
- Les chutes des personnes âgées, dans les Hauts-de-France, elles sont responsables de près de 14 000 séjours hospitaliers par an chez les plus de 65 ans.<sup>59</sup>
- La dénutrition et la sarcopénie

- Et, comme dans les autres tranches d'âge, les cancers et les maladies cardio et neuro-vasculaires.

## Perte d'autonomie et personnes âgées dépendantes

Chez les personnes âgées, la prévention et la promotion de la santé visent avant tout à retarder ou limiter la perte d'autonomie, en agissant sur les principaux facteurs de fragilisation. Cela passe par la prévention des maladies chroniques (cardio-vasculaires, neurodégénératives, respiratoires, diabète, cancers) en agissant sur leurs facteurs de risque (HTA, tabagisme, sédentarité, surpoids), mais aussi par la lutte contre l'isolement social, la survenue de chutes et la sarcopénie. Tous ces éléments constituent en effet des causes majeures de dépendance et altèrent la qualité de vie, rendant essentiel un accompagnement global pour favoriser un vieillissement actif et en santé.

Taux de dépendance des personnes âgées dans la région des Hauts-de-France



Note de lecture : En 2050, parmi les 1 912 300 seniors qui habiteraient les Hauts-de-France, 3,8 % seraient sévèrement dépendants et 13,9 % seraient modérément dépendants.  
Source : Insee-Drees, modèle de projection de personnes âgées dépendantes.

Bien que la proportion prévisionnelle de personnes âgées dépendantes reste stable, l'augmentation du nombre de personnes âgées entraîne mécaniquement une hausse du nombre de personnes âgées dépendantes.

Entre 2015 et 2050, on prédit une augmentation de 48% du nombre de personnes âgées dépendantes

<sup>53</sup> [Disparités territoriales de mortalité - La France et ses territoires | Insee](#)

<sup>54</sup> [Grandes causes de décès en France : tendances et disparités territoriales en 2023 | Santé publique France](#)

<sup>55</sup> Tabac dans les Hauts-de-France. Données régionales du baromètre 2021-6 - Publié en 2023

<sup>56</sup> [Lutte contre le surpoids et l'obésité | Agence régionale de santé Hauts-de-France](#)

<sup>57</sup> [Santé et Autonomie - quelles spécificités dans les Hauts-de-France mai 2022.pdf](#)

<sup>58</sup> Schéma Régional de Santé des Hauts-de-France 2023-2028

<sup>59</sup> ARS Hauts-De-France, 2024, Plan Régional anti-chutes

dans la région. Cela représente 109 400 personnes supplémentaires.<sup>60</sup>

La région des Hauts-De-France avance également le deuxième taux le plus élevé de personnes âgées dépendantes à domicile de France métropolitaine après la Corse. En 2021, 9,3 % des personnes de 60 ans ou plus à domicile déclarent éprouver d'importantes difficultés dans les actes de la vie quotidienne en Hauts-de-France. Cela représente 133 000 personnes âgées.<sup>61</sup>

### Cadre d'action national et régional des programmes et dispositifs de prévention

Parmi les dispositifs nationaux qui structurent la prévention et l'accompagnement du vieillissement, la stratégie « Bien vieillir »<sup>62</sup> de la loi du 8 avril 2024 propose différentes mesures pour prévenir la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement des personnes âgées ou handicapées, mieux signaler les maltraitances et faciliter le travail des aides à domicile.

Certaines actions ciblées ont été mises en place pour répondre à des risques spécifiques liés au vieillissement. Parmi elles, le programme ICOPE<sup>63</sup> (Integrated Care for Older People) « soins intégrés pour les personnes âgées » est un programme de prévention de la dépendance élaboré par l'OMS. Ce programme, en 5 étapes (dépistage, évaluation, plan de soin personnalisé, fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention), a pour objectif de retarder la dépendance en repérant précocement les facteurs de fragilité chez les séniors. La phase 1 consiste à dépister la fragilité à partir de l'évaluation de 6 fonctions essentielles (locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition, audition, vision). Ce programme a été généralisé à la France entière en 2025 dans sa phase 1. En région Hauts-de-France, le programme *Tempoforme*, développé par le CHU de Lille, a aussi pour finalité de repérer fragilité

et pré-fragilité pour agir en prévention de la dépendance.

Une autre action ciblée est le plan national triennal antichute lancé en février 2022, afin de renforcer la prévention des chutes, réduire leur incidence et limiter leurs conséquences. Le plan antichute<sup>64</sup> des personnes âgées vise en particulier à adapter les logements, à favoriser l'accès aux aides techniques et à la téléassistance, et à encourager l'activité physique adaptée des personnes âgées. Un bilan piloté par la DGCS et via les ARS en région est en cours d'élaboration.

Le plan de prévention des chutes 2022–2025<sup>65</sup> pour les Hauts-de-France vise à réduire les risques et les conséquences des chutes chez les personnes âgées. Ses objectifs principaux sont de repérer précocement les facteurs de risque, aménager les logements pour sécuriser l'environnement, améliorer l'accès à des aides techniques adaptées à la mobilité, et promouvoir l'activité physique comme mesure préventive. Par exemple, le Département de la Somme<sup>66</sup> soutient des actions de prévention pour les personnes âgées, via la Commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Ces initiatives portent sur la prévention des chutes, la promotion de l'activité physique adaptée, le maintien de la mémoire, la stimulation cognitive et la prévention de la dénutrition. Elles ont pour objectif de favoriser le maintien de l'autonomie des seniors à domicile.

Dans ce cadre, l'activité physique adaptée constitue un levier essentiel de prévention et de maintien de l'autonomie. C'est précisément l'un des objectifs poursuivis par les Maisons Sport-Santé<sup>67</sup>, qui offrent aux personnes âgées des programmes sécurisés et personnalisés, favorisant le renforcement de l'équilibre, de la mobilité et du bien-être, tout en s'inscrivant dans une démarche globale de prévention des risques liés au vieillissement.

<sup>60</sup> Près de 110 000 séniors dépendants en plus d'ici 2050 - Insee Analyses Hauts-de-France - 114

<sup>61</sup> Drees, enquête Vie quotidienne et santé 2021

<sup>62</sup> [Stratégie Bien Vieillir - Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années](#)

<sup>63</sup> Integrated Care for Older People : [Généralisation du programme ICOPE pour prévenir la perte d'autonomie dès 60 ans | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

<sup>64</sup> [PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES](#)

<sup>65</sup> Plan de prévention des chutes 2022-2025 Hauts-de-France : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/index.php/media/101587/download?inline>

<sup>66</sup> [Les actions de prévention séniors | Conseil départemental de la Somme](#)

<sup>67</sup> [Maisons Sport-Santé | sports.gouv.fr](#)

Le quatrième Programme National Nutrition Santé (PNNS4)<sup>68</sup> paru en septembre 2019 pour une durée de 4 ans (2019-2023) met l'accent sur la prévention de la dénutrition, de l'ostéoporose et de la sarcopénie chez les personnes âgées. Il rappelle que leurs besoins nutritionnels restent proches de ceux des adultes jeunes et souligne l'importance de surveiller l'alimentation, car l'appétit a tendance à diminuer avec l'âge. Le programme vise notamment à réduire de 30 % le nombre de personnes âgées dénutries et à promouvoir une activité physique adaptée.

Pour promouvoir l'activité physique, un décret de juillet 2023<sup>69</sup> a introduit la désignation obligatoire d'un référent Activité Physique Adaptée (APA) au sein des établissements et services médico-sociaux. Ce professionnel a pour mission de promouvoir et coordonner l'intégration de l'APA dans les parcours de prévention et d'accompagnement, en veillant à ce que chaque personne puisse bénéficier d'activités adaptées à son état de santé et à ses capacités. Il constitue un appui pour les équipes pluridisciplinaires et facilite le lien entre les dispositifs de prévention, les professionnels de santé et les structures sportives locales.

Au-delà de la nutrition et de l'activité physique, la prévention du vieillissement passe aussi par la prévention et la bonne prise en charge des pathologies chroniques liées à l'âge. Dans ce cadre, le Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND)<sup>70</sup> a été conçu pour répondre aux défis posés par des pathologies telles que la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, qui entraînent des pertes d'autonomie importantes. La feuille de route de la stratégie nationale « Maladies Neurodégénératives 2025-2030 », publiée en septembre 2025, précise que le PMND vise à prévenir la perte d'autonomie en favorisant le diagnostic précoce, en soutenant les personnes malades et leurs aidants, et en renforçant les compétences des professionnels de santé.

Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention 2023-2033, des consultations de prévention aux âges clés de la vie ont été mises en place en janvier 2024 via le dispositif « *Mon bilan prévention*<sup>71</sup> ». Après 60

ans deux rendez-vous sont proposés : entre 60 et 65 ans et entre 70 et 75 ans. La consultation de 60-65 ans doit permettre de détecter les maladies chroniques, d'optimiser leur prise en charge et de prévenir les risques de perte d'autonomie future. Celle de 70-75 ans, en complément de la surveillance des maladies chroniques, vise également à identifier les facteurs de risque d'isolement, de dépendance et de perte d'autonomie. Aujourd'hui, 3 français sur 4<sup>72</sup> souffrent d'au moins une maladie chronique après 65 ans, soulignant l'importance de ces consultations ciblées.

Ces consultations sont prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, sans avance de frais, et permettent aux professionnels de santé de coordonner les interventions, d'adapter les mesures de prévention et de renforcer le maintien de l'autonomie.

Parallèlement à la prévention des maladies neurodégénératives, la prévention du vieillissement et le maintien de l'autonomie des personnes âgées reposent également sur la protection immunitaire. La vaccination constitue un outil majeur pour prévenir les infections, limiter les complications et réduire les hospitalisations, contribuant ainsi directement à préserver la santé et l'autonomie des personnes âgées.

Lors de la saison 2024-2025<sup>73</sup>, 56 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont été vaccinées contre la grippe dans la région, un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale, qui s'établissait à 53.7 % alors que l'objectif recommandé par les autorités sanitaires est de 75 % pour garantir une protection efficace.

À partir de 65 ans, il est recommandé d'effectuer un rappel contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) tous les dix ans. En 2024, dans la région, 49,4 % des personnes étaient à jour de ce rappel à 65 ans. Ce pourcentage chute à 43,7 % pour le rappel à 75 ans et à 32,3 % pour celui à 85 ans, montrant une baisse de la couverture vaccinale avec l'âge. Les départements de l'Aisne et de la Somme présentent les meilleurs taux de vaccination, quel

<sup>68</sup> [Programme national nutrition santé \(PNNS\) - Professionnels - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

<sup>69</sup> [Décret n° 2023-621 du 17 juillet 2023 relatif au référent pour l'activité physique et sportive en établissement social et médicosocial - Légifrance](#)

<sup>70</sup> [dp\\_strategie\\_nationale\\_maladies\\_neurodegeneratives\\_2025\\_2030.pdf](#)

<sup>71</sup> [Ministère de la santé - Mon Bilan Prévention](#)

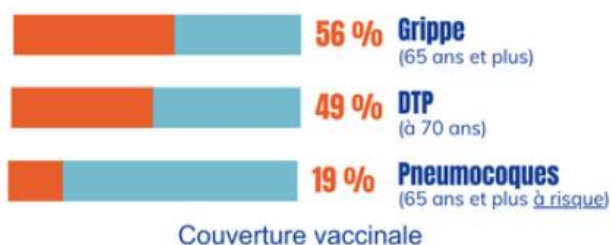
<sup>72</sup> [mon\\_bilan\\_prevention\\_dossier\\_presse\\_9-sept2024.pdf](#)

<sup>73</sup> [bullreg\\_vaccination\\_hdf\\_2024-20250428.pdf](#)

que soit l'âge du rappel. Globalement, les rappels à 65, 75 et 85 ans restent insuffisamment réalisés<sup>74</sup>.

Les vaccinations sont accessibles en cabinets médicaux, pharmacies, établissements de santé ou centres de vaccination et sont remboursées par l'Assurance Maladie. Leur promotion, en lien avec les professionnels de santé et les structures régionales, constitue un levier essentiel pour prévenir les hospitalisations, maintenir l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées. La faible couverture vaccinale des personnes âgées dans les Hauts-de-France résulte de multiples facteurs souvent interconnectés, influençant leur adhésion à la vaccination. Parmi ceux-ci, la distance jusqu'aux lieux de vaccination, notamment dans les zones rurales ou périurbaines, peut constituer un obstacle. L'isolement social ou le manque de soutien familial peut également limiter l'accès à l'information et aux rendez-vous de vaccination. Par ailleurs, la mobilité réduite, des problèmes de santé chroniques ou la méfiance vis-à-vis des vaccins peuvent participer à la non-vaccination.

Couverture vaccinale des personnes âgées de 65 ans et plus dans les Hauts-de-France



L'arsenal vaccinal s'est récemment enrichi de nouveaux vaccins répondant mieux aux besoins des personnes âgées. La vaccination permet de protéger notamment contre la grippe, la COVID-19, le pneumocoque, le VRS et le zona.

Le calendrier vaccinal spécifique aux personnes âgées de 65 ans a été simplifié. Cela devrait permettre d'augmenter les couvertures vaccinales qui sont malheureusement encore très loin des objectifs.

Calendrier des vaccinations pour les plus de 65 ans.<sup>75</sup>

	Personnes de 65 ans et plus				
	65 ans	75 ans	80 ans	85 ans	95 ans et +
DTP-Coqueluche	1 dose	1 dose		1 dose	1 dose
Pneumocoque	1 dose				
Grippe	1 dose par an				
Covid-19	1 dose par an		2 doses par an		
Zona	2 doses (à 2 mois d'intervalle)				
VRS	1 dose pour certaines maladies chroniques		1 dose		

Dans la région des Hauts-de-France, la stratégie « Bien Vieillir » mobilise plusieurs dispositifs pour prévenir la perte d'autonomie.

Dans ce cadre, les Contrats Locaux de Santé (CLS) jouent un rôle structurant. Les CLS sont des outils stratégiques conclus entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les collectivités territoriales pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. En région Hauts-de-France, ces contrats sont au nombre de 34, structurés autour d'Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) ou de communes de taille significative, identifiés comme les échelles d'action les plus pertinentes. Ces CLS permettent de coordonner les politiques locales de santé, incluant la prévention. Ils sont conçus pour être modulables, s'adaptant aux spécificités de chaque territoire, et visent à mettre en œuvre des actions concrètes au plus près des populations.<sup>76</sup>

Parmi d'autres initiatives, *Défi Autonomie Seniors*<sup>77</sup> propose des actions collectives de prévention et d'éducation à la santé, abordant des thématiques variées comme le sommeil ou la mémoire.

Parallèlement, des bilans de prévention individuels sont proposés par l'AGIRC-ARRCO, la MSA et la CPAM, permettant à leurs assurés de bénéficier d'un suivi personnalisé de leur santé et de la prévention des risques liés à l'âge.

<sup>74</sup> Santé publique France / Bulletin Vaccination / Hauts-de-France / 28 avril 2025 / p. 19

<sup>75</sup> [Vaccination : êtes-vous à jour ? Calendrier simplifié des vaccinations 2025 \[Affiche 30x40cm\]](#)

<sup>76</sup> [Les contrats locaux de santé | Agence régionale de santé Hauts-de-France](#)

<sup>77</sup> Il s'agit d'un programme porté par un groupement de coopération sociale et médico-sociale en partenariat avec la CARSAT et la Mutualité Sociale Agricole

L'Institution de Retraite Complémentaire des Employés de Maison (IRCEM) propose des ateliers de prévention sur le territoire destinés aux salariés du secteur de l'aide à domicile de plus de 50 ans ainsi qu'aux retraités du secteur, afin de favoriser le bien vieillir et de soutenir leur autonomie.

D'autres dispositifs en région contribuent également à la prévention de la perte d'autonomie. C'est le cas des ESPRAD (Équipes Spécialisées de Prévention et de Réadaptation à Domicile), des équipes pluridisciplinaires qui accompagnent les personnes âgées présentant un risque élevé de chute ou atteintes de maladies neurodégénératives, en proposant des interventions personnalisées pour maintenir leur autonomie à domicile

Bien que ces dispositifs soient essentiels, leur déploiement dans les Hauts-de-France fait face à des défis majeurs. La couverture territoriale est inégale, avec une concentration des équipes dans certaines zones qui laisse des secteurs ruraux ou isolés avec un accès limité. De plus, la capacité d'accueil reste restreinte par rapport au nombre de personnes concernées, ce qui peut entraîner des délais d'intervention ou un ciblage très sélectif des patients pour 6 ESPRAD sur 17.<sup>78</sup>

Le dispositif ESPrévE<sup>79</sup> (Equipe Spécialisée de Prévention inter-EHPAD) a aussi un objectif de prévention même s'il s'adresse aux résidents des EHPAD en soutenant des plans d'action ciblant la mobilité, la nutrition, la déglutition et la douleur.

Les Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESA) se concentrent sur la réhabilitation cognitive pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant chez elles. Ces équipes aident les patients à préserver leurs capacités grâce à des stratégies de compensation et à l'adaptation de leur environnement. Elles agissent également sur l'amélioration de la relation entre l'aidant et la personne aidée.

---

<sup>78</sup> Bilan d'activité régional des dispositifs liés au parcours de vieillissement - Activités 2023 – Publié en janvier 2025

<sup>79</sup> [ESPrévE : 13 équipes spécialisées en prévention pour accompagner les EHPAD des Hauts-de-France | Agence régionale de santé Hauts-de-France](#)

## Faits marquants

- **La région avance le 2<sup>e</sup> taux le plus élevé de personnes âgées dépendantes à domicile** en France métropolitaine
- **D'ici 2050, plus de 30 % des habitants des Hauts-de-France auront plus de 65 ans.**
- En 2023, le nombre de décès dans les Hauts-de-France dépassait largement la moyenne nationale, avec **17 % de décès en plus.**
- Une **surmortalité particulièrement élevée liée aux cancers et aux maladies cardiovasculaires**, en lien avec des facteurs de risque identifiés (tabac, obésité, diabète...)
- **Des risques élevés** : les personnes âgées sont exposées aux maladies neurodégénératives, à la fragilité, à la dénutrition et aux chutes responsables de nombreuses hospitalisations.
- **Une couverture vaccinale insuffisante** : seulement 56 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont vaccinées contre la grippe, et les rappels du vaccin DTP restent trop peu réalisés à partir de 65 ans.
- **3 français sur 4 souffrent d'une maladie chronique après 65 ans**



# 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 à la prévention et au soutien à l'autonomie 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.
- **Jennifer PEREIRA**, chargée d'études en action sanitaire et sociale à la MSA de Picardie.
- **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 bégainage et compagnie.

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. Les **bilans de prévention restent peu connus** des personnes âgées et de leurs aidants pourtant le repérage de la fragilité reste un atout central de la prévention.
2. Dans le champ de la prévention, **plusieurs dispositifs coexistent sans réelle synergie**.
3. Une **couverture vaccinale insuffisante des personnes âgées**, malgré l'importance reconnue de la vaccination dans la prévention des infections et le maintien de l'autonomie.
4. La **forte prévalence des facteurs de risque évitables** accroît la morbidité, la mortalité et la fragilité des personnes âgées.
5. La **fréquence élevée des chutes** chez les personnes âgées, associée à des conséquences graves sur la santé et l'autonomie, nécessite une prévention ciblée, notamment à travers des dispositifs comme ICOPE.

## 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 actions de prévention soutiennent indirectement les proches aidants en réduisant la dépendance et les complications liées au vieillissement.
- La **thématique « Isolement »** (axe 2), en lien avec le fait que l'isolement social soit un facteur de risque de perte d'autonomie.
- La **thématique « Accès aux droits »** (axe 3), en lien avec la nécessité d'une information sur les droits, notamment la prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie des bilans de prévention.
- La **thématique « Accessibilité, transports, ruralité »** (axe 3), en lien avec les disparités territoriales influençant l'accès aux dispositifs de prévention.

## Les préconisations du groupe de travail

1. Définir **des projets de prévention au niveau territorial** afin de garantir une meilleure coordination et une mise en œuvre efficace de ces dispositifs pour les personnes âgées.
2. **Renforcer la lisibilité et la visibilité des dispositifs de prévention**, afin que l'offre existante soit mieux connue et facilement accessible aux personnes âgées, à leurs aidants et aux professionnels du territoire.
3. **Mettre en place une démarche « aller-vers » auprès des personnes âgées et des proches aidants** (via des ateliers de proximité, partenariats avec associations et structures médico-sociales) pour faciliter leur accès aux bilans de prévention, les accompagner psychologiquement face aux craintes liées au dépistage et assurer un suivi adapté en fonction des résultats.
4. **Renforcer l'information et la formation des professionnels de santé** des structures sociales, médico-sociales et sanitaires sur les dispositifs de prévention, afin qu'ils deviennent des relais et des ambassadeurs capables d'orienter efficacement les personnes âgées et leurs aidants vers les dispositifs existants.
5. **Favoriser une approche horizontale et le travail entre pairs, en impliquant les personnes âgées et leurs aidants** dans la réflexion sur la diffusion et la transmission des informations sur les dispositifs de prévention, afin d'améliorer la lisibilité de l'offre de prévention et de renforcer leur rôle d'acteurs de leur propre parcours.
6. **Créer sur chaque territoire un pôle de prévention** réunissant les acteurs locaux, les représentants des communes, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les associations engagées

dans des actions de prévention, afin de coordonner et structurer l'offre de prévention pour les personnes âgées. Ce pôle serait chargé de la diffusion des programmes de prévention sur le territoire.

## Les actions à mener par le Gérontopôle

1. **Réaliser une cartographie des dispositifs de repérage des fragilités dans les Hauts-de-France.**
2. Intégrer au gérontoguide, **la liste des dispositifs de prévention et de soutien à l'autonomie dans la région** et le mettre à disposition des personnes âgées et de leurs aidants afin de faciliter l'accès à l'information et d'améliorer la lisibilité et la visibilité de l'offre existante.
3. **Encourager une démarche horizontale où personnes âgées et aidants deviennent acteurs de la prévention**, en participant à la diffusion et à la transmission des informations sur les dispositifs existants, afin d'accroître la lisibilité de l'offre, de stimuler leur pouvoir d'agir et de valoriser la pairaidance comme levier d'autonomie et de soutien entre pairs.

# Proches aidants en Hauts-de-France

## Définition de proches aidants

Un proche aidant, au sens de la loi, peut être le conjoint, le partenaire de PACS, le concubin, un membre de la famille, un allié ou encore une personne avec qui la personne âgée vit ou entretient une relation étroite et stable. Le proche aidant apporte de l'aide de façon régulière, sans être un professionnel, pour réaliser tout ou partie des gestes et activités de la vie quotidienne.<sup>80</sup>

Dans les Hauts de France, on estime que 310 000 personnes aident un proche de 60 ans ou plus, à domicile, dans les tâches de la vie quotidienne.<sup>81</sup>

## Plus de personnes âgées dépendantes pour moins de proches aidants disponibles

Le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie, associés à la volonté croissante des personnes âgées dépendantes de rester à domicile augmentent fortement la demande de soutien des proches aidants.<sup>82 83</sup>

D'ici 2030, le nombre d'aidants potentiels n'augmentera que de 12 %, tandis que celui des personnes âgées dépendantes progressera de 21 %. Cette évolution entraînera un déséquilibre : on comptera alors 7,3 aidants pour chaque personne âgée dépendante, contre près de 8 aujourd'hui dans la région. Ces aidants seront de plus en plus âgés, donc eux-mêmes exposés à la dépendance. Par ailleurs, leur disponibilité risque de diminuer, du fait de l'activité professionnelle accrue des femmes et de l'éloignement géographique des enfants. Les femmes sont en effet plus souvent actives que par le passé et donc moins disponibles. Les études et les

carrières professionnelles font que les actifs vivent de plus en plus souvent loin de leurs parents. Tous ces facteurs accroissent le risque d'épuisement des aidants.<sup>84</sup>

La région se distingue par une association plus fréquente entre le soutien familial et l'aide professionnelle : 89 % des personnes âgées bénéficient des deux types d'assistance, un chiffre plus élevé que la moyenne française de 86 %.<sup>85</sup>

D'après l'enquête réalisée par la DREES en 2021 « Vie quotidienne et santé », les Hauts-de-France se distinguent par un niveau d'entraide intergénérationnelle plus élevé que la moyenne nationale : 21 % des personnes âgées vivant à domicile bénéficient du soutien de leurs proches, contre 17 % en France métropolitaine.

## Les proches aidants : une diversité de profils et de rôles

D'après l'ARS Hauts-de-France, les principaux aidants des personnes âgées sont les conjoints (50 %), suivis des enfants, puis d'autres proches tels que les frères, sœurs ou petits-enfants, comme l'illustre le graphique ci-dessous. Ce profil, majoritairement familial est cohérent avec les données nationales.<sup>86</sup>

<sup>80</sup> Article L113-1-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance

<sup>81</sup> Soutien aux aidants | Agence régionale de santé Hauts-de-France

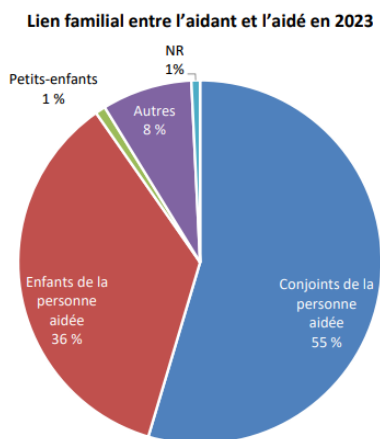
<sup>82</sup> L'accompagnement des seniors dépendants : 9300 emplois à créer d'ici 2030 (paru en 2020) [https://www.insee.fr/fr/statistiques/4807345?utm\\_source=source](https://www.insee.fr/fr/statistiques/4807345?utm_source=source)

<sup>83</sup> Avis du Conseil scientifique relatif à la mise en œuvre de la COG pour 2025 - Aider ceux qui aident : contribuer au renforcement du soutien aux proches aidants

<sup>84</sup> L'accompagnement des seniors dépendants : 9300 emplois à créer d'ici 2030 (paru en 2020)

<sup>85</sup> Près d'un senior à domicile sur dix en perte d'autonomie dans les Hauts-de-France - Insee Analyses Hauts-de-France - 163 (paru en 2023)

<sup>86</sup> [https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/soutien-aux-aidants-0?utm\\_source=source](https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/soutien-aux-aidants-0?utm_source=source)



Source : ARS - DST, DOMS 2024 - Exploitation OR25

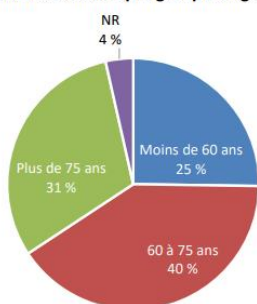
Champ : 7 275 aidants

En 2020, les aidants se divisaient principalement en deux groupes : ceux qui étaient en emploi (37 %) et ceux qui étaient retraités (49 %).<sup>87</sup>

En 2021, d'après la DREES<sup>88</sup>, la France comptait plus de 9 millions de proches aidants.

Au niveau national, le taux d'aidants atteint son maximum chez les 55-64 ans, avec une personne sur quatre concernée, illustrant l'intensité de l'engagement à cette étape de la vie. Les données régionales confirment globalement cette tendance. En effet, en 2023, la répartition des aidants par tranche d'âge était la suivante : 25 % avaient moins de 60 ans et 40 % étaient âgés de 60 à 75 ans.

Répartition des aidants par groupe d'âges en 2023



Source : ARS - DST, DOMS 2024 - Exploitation OR25

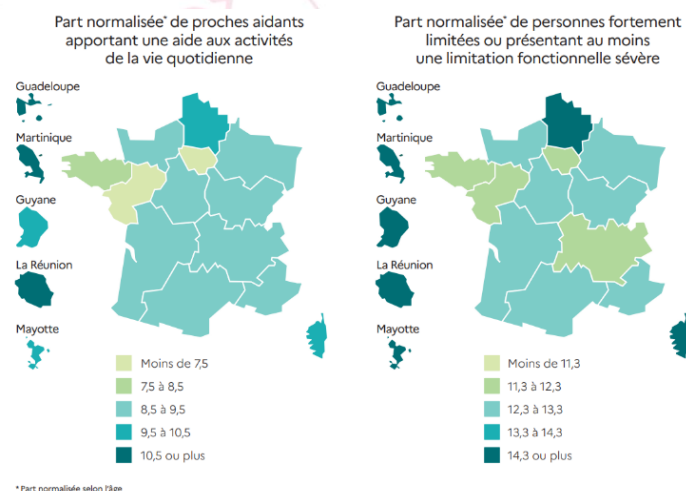
Champ : 7 275 aidants

Au niveau national, l'aide régulière apportée se décline de plusieurs manières : le soutien moral est

le plus répandu et concernent 6,4 millions d'aidants, suivi de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (5,7 millions), et, plus rarement, de l'aide financière (1,3 million).

Les femmes constituent un peu plus de la moitié des proches aidants (56 %), alors qu'elles représentent 52 % de la population adulte, ce qui les rend légèrement surreprésentées parmi les aidants. En revanche, les hommes sont légèrement plus nombreux dans le domaine de l'aide financière, représentant 51 % des aidants financiers contre 48 % de la population adulte.

Plus de proches aidants dans les DROM, en Corse et dans les Hauts-de-France



Les régions d'outre-mer, les Hauts-de-France et la Corse comptent une proportion plus élevée de proches aidants, en lien avec une fréquence plus importante de limitations dans la vie quotidienne.

Les proches aidants constituent une population diverse, dont le profil et le rôle varient en fonction de l'âge, du lien avec la personne aidée et de la situation professionnelle. On peut distinguer trois profils principaux, d'après l'étude de 2023 réalisée par la DREES :

- Le conjoint ou la conjointe : il s'agit généralement d'une personne âgée de 70 à 80 ans ou plus, vivant avec la personne aidée et assurant un soutien quotidien important. Dans la région, l'aidant est dans

<sup>87</sup> [L'accompagnement des seniors dépendants : 9 300 emplois à créer d'ici 2030 - Insee Analyses Hauts-de-France - 115](#)

<sup>88</sup> [9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

plus de la moitié des cas le conjoint de la personne aidée (55 % en 2023).<sup>89</sup>

- La proche aidante en emploi : Il s'agit le plus souvent d'une femme d'environ 50 à 64 ans qui est encore en activité professionnelle. Bien qu'elle ne vive pas forcément avec son proche, elle lui rend des visites régulières pour coordonner les soins médicaux et les démarches administratives. La principale difficulté pour elle est de concilier sa vie professionnelle avec ses obligations d'aidante.
- L'aidant à distance : Ce profil concerne les personnes qui ne vivent pas à proximité de leur proche. Ils organisent la mise en place de prestataires de services, gèrent l'aspect administratif et effectuent des visites ponctuelles. La charge qui pèse sur eux est principalement une charge mentale liée à la gestion à distance.

À ces trois profils s'ajoute une catégorie particulière : le "double-aidant" ou "multi aidant". Ce terme désigne les personnes qui prennent soin à la fois de leurs parents âgés et de leurs propres enfants (adolescents ou jeunes adultes), ou qui doivent s'occuper de deux aînés.<sup>90</sup>

### Les répercussions multidimensionnelles du rôle de proche aidant sur leur qualité de vie

En France, la moitié des proches aidants rapportent des problèmes de santé physique ou mentale. Les proches aidants plus âgés apparaissent particulièrement vulnérables<sup>91</sup> :

- 19 % déclarent au moins une conséquence sur leur santé physique (fatigue, troubles du sommeil, douleurs dorsales ou palpitations).
- 37 % évoquent au moins une répercussion sur leur santé mentale (fatigue morale, isolement, anxiété).

Au-delà de ces impacts sur la santé, la question de la conciliation entre vie professionnelle et rôle d'aidant

reste également centrale. Toutefois, à ce jour, seules des données nationales sont disponibles ; aucun indicateur chiffré régional n'a encore été produit sur ce sujet.

Pour les plus jeunes, souvent encore en activité, l'enjeu est la conciliation des différentes vies. Bien que leur santé soit moins impactée que celle des aidants plus âgés, ils doivent gérer la complexité de leur carrière, l'aide à leurs parents et parfois leurs propres enfants.<sup>92</sup>

54 % des salariés aidants se disent épuisés ; 49 % déclarent souffrir d'un stress supérieur à celui des autres salariés (+10 points)<sup>93</sup>

L'accompagnement des proches aidants est donc devenu un enjeu de santé publique majeur.

### Soutien et accompagnement des proches aidants : une offre hétérogène et des droits

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Hauts-de-France souligne dans un article du 20 décembre 2024<sup>94</sup>, que nombreux sont les aidants qui vivent en proie à l'isolement, au manque de reconnaissance voire à l'épuisement.

Afin d'éviter l'épuisement, les proches aidants de personnes âgées dépendantes peuvent recourir à divers dispositifs de répit, présentés ci-dessous.

L'hébergement temporaire offre une solution lorsque le soutien à domicile est momentanément difficile, en particulier pour répondre au besoin de répit du proche aidant. À côté de cette modalité, l'accueil de jour constitue une autre option de répit, permettant aux personnes âgées de bénéficier d'activités encadrées tout en offrant un soulagement régulier à leurs aidants.

L'ARS finance 47 Plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) dans toute la région dont 24 dédiées aux aidants de personnes âgées dépendantes.<sup>95</sup>

<sup>89</sup> Bilan d'activité régional des dispositifs liés au parcours de vieillissement (dont les maladies neurodégénératives) de l'ARS – Activités 2023 – Paru en janvier 2025

<sup>90</sup> Les proches aidants : une population hétérogène, dossier de la DREES <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/DD110EMB.pdf?utm> (paru en mai 2023)

<sup>91</sup> Perte d'autonomie : quels effets sur la santé des proches aidants ?

<sup>92</sup> L'accompagnement des seniors dépendants : 9 300 emplois à créer d'ici 2030 - Insee Analyses Hauts-de-France - 115

<sup>93</sup> RSE | Engagement des entreprises pour leurs salariés aidants | Haut-commissariat à la stratégie et au plan

<sup>94</sup> Des plateformes pour accompagner les aidants de votre territoire | Agence régionale de santé Hauts-de-France

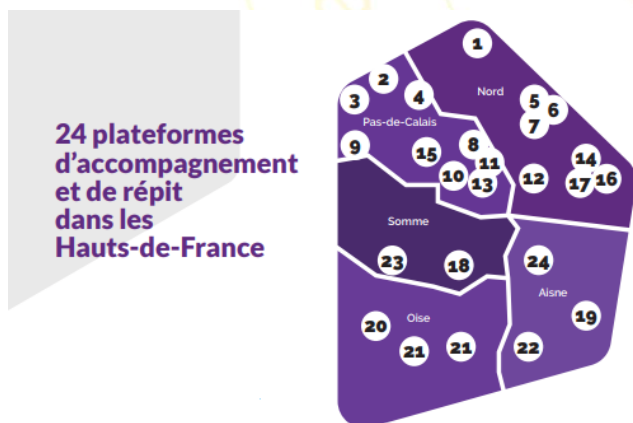
<sup>95</sup> Accompagnement des aidants – Plateforme d'Accompagnement et de Répit dans les Hauts-de-France <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-consacre-un-budget-annuel-de-106-meu-pour-aider-les-aidants-0?utm>

Les PFR accueillent les proches aidants des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, cognitive et/ou fonctionnelle, ainsi que les proches aidants de personnes souffrant de maladies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer et apparentée, maladie de Parkinson, sclérose en plaques) sans limite d'âge.

Les PFR sont présentes dans tous les départements de la région (Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne, Oise).

En 2023<sup>96</sup>, 7 275 aidants ont été accompagnés par l'une des 24 PFR, soit une augmentation de 4 % (en 2022, 7 021 aidants avaient contacté l'une des 24 PFR). Le nombre d'aidants accompagnés par une PFR dans la région est de 15,1 aidants pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus<sup>97</sup>. Ce chiffre, relativement faible, indique que seule une minorité des aidants bénéficie de cet accompagnement, soulignant un potentiel besoin non couvert et la nécessité de renforcer l'accès aux services de soutien dans la région.

Les zones urbaines, comme la Métropole lilloise, semblent mieux dotées en structures tandis que les zones plus rurales ou isolées peuvent avoir une offre moins diversifiée, comme le montre la carte ci-dessous.<sup>98</sup>



Si les PFR sont présentes dans tous les départements de la région, leur organisation et leurs missions s'inscrivent dans un cadre national plus large. La Fédération des Plateformes de Répit (FPFR), créée en

2019 fédère ces structures, en soutenant les professionnels et en valorisant leurs actions à l'échelle du territoire français.<sup>99</sup>

Aux côtés des dispositifs institutionnels portés par l'ARS, émergent des espaces innovants tels que les tiers-lieux dédiés aux aidants. Lieu de rencontre et de soutien, il propose aux aidants : ateliers, partage et accompagnement personnalisé. En complément, le département de la Somme organise annuellement depuis 2023, le *Village des aidants*, des journées d'échanges au cours desquelles les proches aidants peuvent obtenir des informations et découvrir les ressources disponibles sur leur territoire, des solutions de proximité au soutien moral, en passant par les démarches administratives et des animations axées sur le bien-être et le sport. D'autres départements des Hauts-de-France développent également des initiatives comparables : dans le Pas-de-Calais, la *Grande fête des aidants de l'Artois* propose animations et stands d'information, dans le Nord, Dunkerque organise un *Café des aidants itinérant*, dans l'Aisne, un *Forum des aidants* offre rencontres avec des professionnels et échanges d'expériences, et dans l'Oise, un numéro de téléphone unique via *Allo Oise Seniors*, pour répondre aux questions des aidants. Ces initiatives, variées dans leur forme et leur organisation, témoignent de l'engagement des départements à soutenir les proches aidants et à leur offrir des espaces d'échange, d'information et de répit adaptés à leurs besoins.

En complément de ce réseau de proximité, d'autres mesures de soutien existent pour reconnaître et accompagner le rôle des proches aidants :

- Le congé de proche aidant permet à un salarié de suspendre temporairement son activité pour accompagner un proche en perte d'autonomie, sous certaines conditions de lien avec la personne aidée et pour une durée limitée.
- L'Allocation Journalière du Proche Aidant (AJPA) soutient financièrement les personnes

<sup>96</sup> Bilan d'activité régional des dispositifs liés au parcours de vieillissement (dont les maladies neurodégénératives) de l'ARS – Activités 2023 – Paru en janvier 2025

<sup>97</sup> Bilan d'activité régional des dispositifs liés au parcours de vieillissement (dont les maladies neurodégénératives) de l'ARS – Activités 2023 – Paru en janvier 2025

<sup>98</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/38961/download?inline>

<sup>99</sup> Fédération des Plateformes de répit des aidants familiaux (FPFR) - Accueil

qui interrompent totalement ou partiellement leur activité pour accompagner un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Elle est versée par la CAF ou la MSA.

- Le droit au répit permet aux proches aidants de bénéficier de temps de repos pour éviter l'épuisement, en mobilisant certaines solutions de répit financées dans le cadre du plan d'aide de l'APA à domicile.

Avant même la parution du décret de 2025 encadrant officiellement les dispositifs de suppléance à domicile, certains acteurs du territoire s'étaient déjà engagés dans cette voie.

La MSA de Picardie, notamment, co-porte un service de relayage à domicile, *Bulle d'air*, permettant à des intervenants professionnels formés de prendre temporairement le relais du proche aidant au domicile de la personne accompagnée. Le service a été mis en place de manière échelonnée : d'abord dans la Somme en 2018, puis dans l'Oise en 2021, et plus récemment dans l'Aisne en 2024.<sup>100</sup> En 2024, toutes les demandes de relayage à domicile ont donné lieu à une intervention : 120 familles ont été accompagnées dans la Somme, 70 dans l'Oise et 2 dans l'Aisne (ouverture en cours d'année). Ce dispositif, vise à offrir un répit de courte durée tout en maintenant la continuité du lien et la qualité de l'accompagnement. Il peut être financé par la complémentaire retraite à travers un forfait. Le reste à charge varie en fonction du nombre d'heures souhaitées par le proche aidant.

Ces mesures de soutien se trouvent désormais renforcées par le décret du 19 août 2025, qui définit les dispositifs de suppléance à domicile (ou « relayage ») et les séjours de répit aidant-aidé, permettant aux proches aidants de bénéficier de temps de repos tout en garantissant la continuité de l'accompagnement de la personne aidée.

Parallèlement aux dispositifs de répit et de soutien au quotidien, la reconnaissance du rôle des proches aidants s'étend également au domaine de la retraite. La réforme des retraites de 2023 a ainsi instauré l'Assurance Vieillesse des Aidants (AVA), qui permet aux personnes accompagnant un proche de valider des trimestres de retraite, même en cas de réduction ou d'interruption de leur activité professionnelle. Ce dispositif vient compléter l'ensemble des mesures existantes, en intégrant la contribution des aidants dans leur parcours professionnel et en valorisant leur engagement sur le long terme.<sup>101</sup>

Si la reconnaissance du rôle des aidants et le développement de l'offre de soutien sont des priorités régionales, l'accès concret aux services et aux solutions de répit n'est pas encore uniforme pour tous les habitants de la région.

Dans ce contexte, la stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2023-2027 vise à mieux reconnaître et accompagner les aidants en France. Elle prévoit notamment le développement de 40 000 nouvelles places de répit d'ici 2027, la création d'un guichet unique dans chaque département, le renforcement du congé proche aidant, ainsi que l'ouverture de la VAE aux aidants et l'amélioration de l'accès aux bourses pour les étudiants concernés. Des actions de repérage et de sensibilisation sont également déployées pour identifier plus efficacement ces publics et répondre à leurs besoins.<sup>102</sup>

<sup>100</sup> [MSA - Bulle d'air - MSA Picardie](#)

<sup>101</sup> [Être un proche aidant – L'Assurance retraite](#)

<sup>102</sup> [Aidants : les principales mesures de la stratégie 2023-2027 | info.gouv.fr](#)

### Faits marquants

- La croissance des **personnes âgées dépendantes (21%)** dépassera largement celle des **aidants potentiels (12%)** en 2030.
- **37%** des aidants sont **en emploi**, **49%** des aidants sont **retraités** et **56%** sont des **femmes**. **La moitié** des proches aidants rapportent **des problèmes de santé physique ou mentale**
- **54 % des salariés aidants se disent épuisés ; 49 % déclarent souffrir d'un stress supérieur à celui des autres salariés**
- La région compte **310 000** proches aidants d'une personne âgée de **60 ans ou plus** et vivant à domicile. En 2023, **moins de 8 000 proches aidants** ont été accompagnés par une PFR
- De nombreux dispositifs locaux de soutien aux aidants sont mis en œuvre sur le territoire



# 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 aux proches aidants 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
- **Professeur Frédéric Bloch**, médecin gériatre au CHU d'Amiens
- **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.
- **Eric Guiot**, manager du centre d'éducation en prévention santé à l'institut Pasteur de Lille.
- **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.
- **Jennifer PEREIRA**, chargée d'études en action sanitaire et sociale à la MSA de Picardie.
- **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. **La multiplicité des intervenants auprès des proches aidants** génère des difficultés de lisibilité et accroît le risque de rupture d'accompagnement du proche aidant.
2. Les plateformes de répit sont **méconnues des professionnels libéraux**, alors qu'ils sont en première ligne auprès des proches aidants et des personnes âgées.
3. La **difficulté de repérage des proches aidants** engendre une absence d'accompagnement.
4. Les **employeurs jouent un rôle clé** dans le repérage et la reconnaissance des salariés aidants.
5. Le manque d'information sur les droits des proches aidants.
6. Les **proches aidants âgés soutenant un enfant handicapé** forment une population encore peu identifiée par les dispositifs existants.
7. La dégradation progressive de la santé physique des aidants s'explique en partie par la **difficulté à concilier accompagnement de l'aidé et prise en charge de soi**.
8. Les dispositifs d'accueil de jour peinent à s'adapter à la diversité des situations : **leurs horaires sont souvent inappropriés pour les proches aidants actifs**, et l'offre dédiée à certaines pathologies, notamment la maladie de Parkinson, demeure limitée.
9. Les **formalités administratives pour une admission en hébergement temporaire** représentent un frein pour les aidants.

## 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 « Accompagnement à domicile et en établissement »** (Axe 1) avec la coordination entre professionnels et proches aidants, la formation des équipes, et le repérage des signaux d'épuisement.

- La **thématique « Isolement »** (Axe 2) avec l'épuisement, le manque de reconnaissance et l'isolement social des proches aidants.
  - La **thématique « Bienveillance »** (Axe 2) : la qualité de l'accompagnement et la prévention de l'épuisement des proches aidants sont directement liées aux principes de bienveillance.
  - La **thématique « Accessibilité, transports et ruralité »** (Axe 3) : les aidants à distance ou vivant dans des zones rurales sont confrontés à des difficultés d'accès aux services et aux PFR.
2. Analyser les profils des proches aidants recensés, en distinguant les jeunes encore scolarisés aidant des personnes âgées et les aidants âgés accompagnant des enfants en situation de handicap, afin d'identifier leurs besoins, leurs difficultés et les ressources disponibles.
  3. Élaborer et diffuser une capsule vidéo de formation destinée aux professionnels, visant à renforcer leurs compétences dans le repérage des signes annonciateurs d'épuisement chez les proches aidants.
  4. Mettre en place une formation spécifique des professionnels du domicile, centrée sur la connaissance et la compréhension des pathologies des personnes accompagnées, notamment lors d'intervention pour du relai à domicile.
  5. Organiser une action de sensibilisation auprès des managers pour favoriser l'identification des proches aidants en entreprise.

### Les préconisations du groupe de travail

1. Améliorer la visibilité des dispositifs de répit existants notamment via les plateformes de répit.
2. Analyser les profils des proches aidants recensés, en distinguant les jeunes encore scolarisés aidant des personnes âgées et les aidants âgés accompagnant des enfants en situation de handicap, afin d'identifier leurs besoins, leurs difficultés et les ressources disponibles.
3. Faire concevoir et réaliser une capsule vidéo de formation destinée aux professionnels, visant à les sensibiliser au repérage des signes d'alerte de l'épuisement des proches aidants.
4. Renforcer la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique destinés aux aidants et à leurs proches.
5. Mettre en place une formation spécifique des équipes, centrée sur la connaissance et la compréhension des pathologies des personnes accompagnées.

### Les actions à mener par le GÉrontopôle

1. Intégrer au gérontoguide la liste des dispositifs de répit existants sur la région.

## **Axe 2 - Situations de vulnérabilité**



# Pauvreté et précarité des personnes âgées en Hauts-de-France

## Tous âges confondus, un taux de pauvreté élevé

La région est marquée par un taux de pauvreté<sup>103</sup> élevé (17,2 %) par rapport à la France métropolitaine (14,4 %). C'est le deuxième taux le plus élevé de France métropolitaine, après la Corse. Au total, c'est 1 032 000 personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté.

Quatre départements sur les cinq de la région connaissent par ailleurs des taux parmi les plus élevés de France métropolitaine : le Nord (18,4 %), l'Aisne (18 %), le Pas-de-Calais (17,8 %) et la Somme (15,7 %). L'Oise a un taux plus bas que la moyenne nationale (12,8 %).<sup>104</sup>

## Les ménages pauvres retraités : beaucoup de personnes seules et en milieu rural

Parmi les ménages pauvres retraités : 61,9 % sont composés de personnes vivant seules (contre 42 % pour l'ensemble des ménages pauvres de la région). Cela explique que les retraités regroupent seulement 17 % de la population pauvre, alors qu'ils représentent 26,2 % des ménages pauvres de la région.

Les retraités sont plus présents parmi les ménages pauvres dans les départements de la Somme, de l'Aisne et du Pas-de-Calais : les ménages pauvres retraités y représentent à eux seuls plus d'un quart des ménages pauvres de ces territoires. C'est même le profil le plus fréquent dans le Pas-de-Calais où les retraités représentent près d'un ménage sur trois en situation de pauvreté.

Les ménages habitant une commune rurale non périurbaine sont surreprésentés parmi les ménages

pauvres retraités. C'est notamment le cas dans l'Aisne et la Somme où plus de la moitié de la population vit dans une commune rurale.

Les ménages pauvres retraités se retrouvent particulièrement dans les intercommunalités de l'ouest de la région (c'est-à-dire les plus âgées) : Ponthieu-Marquenterre, Haut-Pays du Montreuillois ou 7 Vallées (où l'on trouve près de 40 % de ménages retraités parmi les ménages pauvres)<sup>105</sup>.

## Les personnes âgées : moins souvent en emploi et des retraites plus faibles

Le taux d'emploi des personnes de 55-70 ans dans les Hauts-de-France est le plus faible de France métropolitaine avec un peu moins d'un tiers qui occupent un emploi (34,6 % au niveau national). Inversement, les personnes de 55-70 ans au chômage sont plus nombreuses (4,4 % contre 4,1 %), tout comme les personnes inactives (11,1 % contre 8,5 %). Ainsi, l'emploi des personnes en fin de carrière est l'un des enjeux de la région et est à mettre en lien avec les niveaux de retraite plus faibles.

Dans les Hauts-de-France, le niveau de vie médian des ménages retraités est le plus faible de France métropolitaine après la Corse, avec des revenus annuels de 20 700 euros (contre 22 300 en France métropolitaine).

Les travaux de l'Insee montrent que dans les Hauts-de-France « la pauvreté touche davantage les ménages retraités de la région qu'au niveau

<sup>103</sup> Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. En France et en Europe, le seuil est le plus souvent fixé à 60 % du niveau de vie médian. L'OMS définit la pauvreté ainsi : « Une personne vit dans la pauvreté générale si elle ne dispose pas des revenus suffisants pour satisfaire ses besoins essentiels

non alimentaires – tels l'habillement, l'énergie et le logement – et alimentaires ».

<sup>104</sup> Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosophi) 2020.

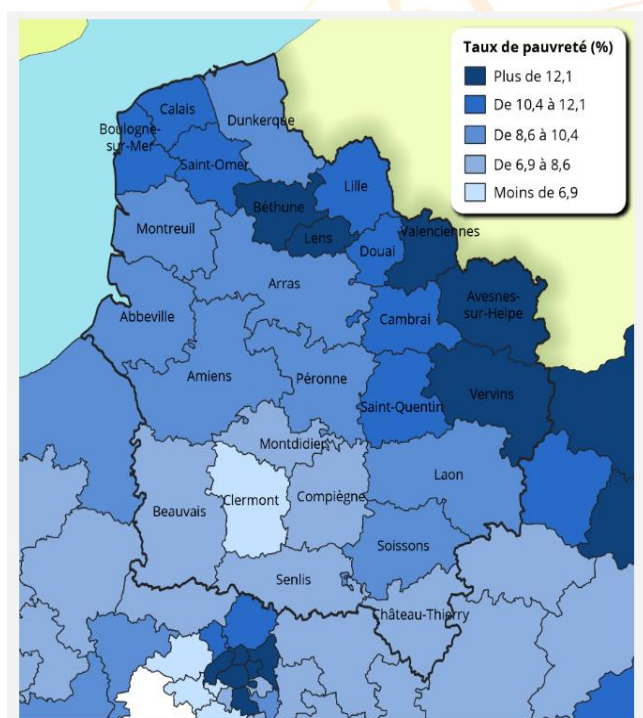
<sup>105</sup> Source : Insee Dossier Hauts-de-France n° 10 – Octobre 2023 ; Données Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosophi) 2020.

national»<sup>106</sup>, cependant cette pauvreté est « légèrement moins intense ». En effet, le niveau de vie des ménages retraités pauvres est inférieur de 12,8 % au seuil de pauvreté, contre 14,3 % en moyenne dans les autres régions de France métropolitaine.

### Des disparités régionales face à la pauvreté

On note des disparités importantes dans la région, notamment entre le sud régional où les arrondissements proches de la région parisienne connaissent des taux de pauvreté des ménages retraités plus faibles, et les arrondissements du nord et de l'est de la région qui ont les taux les plus élevés de la région (cf. carte suivante).

#### Taux de pauvreté des ménages retraités par arrondissement en 2019



Lecture : en 2019, dans l'arrondissement de Lens, le taux de pauvreté des « ménages retraités » est de 15,1 %.

Ainsi, l'arrondissement de Clermont (60) a un taux de pauvreté des ménages retraités de 6,8 %, le plus faible de la région. A l'inverse, les arrondissements de Valenciennes (59), Lens (62), Vervins (02) ou

Avesnes-sur-Helpe (59) ont des taux entre 14,2 % (Vervins) et 15,2 % (Valenciennes), les plus élevés de la région.

Cette disparité régionale se retrouve également dans les taux de pauvreté des personnes âgées de 75 ans et plus. Alors que le taux national est de 9,7 %, celui de la région Hauts-de-France est de 10,6 %. Cependant à l'échelle des départements, on observe des taux plus élevés pour les départements du Pas-de-Calais (11,9 %) et du Nord (11,1 %). L'Aisne et la Somme sont autour du taux national avec respectivement 9,7 % et 9,4 %. L'Oise est en dessous avec 7,7 %.

Pour une analyse plus fine, nous pouvons analyser les taux de pauvreté des ménages dont le référent fiscal a 75 ans ou plus à l'échelle des communes. Certaines communes ont ainsi des taux de pauvreté très élevés chez les personnes âgées de 75 ans et plus : dans le Nord, les communes de Roubaix (25 %), Denain (22 %), Hautmont (19 %), Tourcoing (16 %), Maubeuge (15 %), Grande-Synthe (15 %) et Lille (14 %) ; dans l'Oise la commune de Creil (20 %) et Nogent-sur-Oise (14 %) ; dans le Pas-de-Calais les communes d'Avion (16 %), Lens (15 %), Liévin (15 %), Douai (13 %) et Bruay-la-Buissière (13 %).

Enfin, les données nationales sur les allocations du minimum vieillesse<sup>107</sup> montrent que le département du Nord a une part d'allocataires plus importante que la moyenne nationale : 4,5 % des retraités du département sont allocataires de l'Aspa contre 4,2 % au niveau national. Il s'agit par ailleurs du 16<sup>e</sup> taux le plus important de France. Les autres départements ont tous des parts en dessous de la moyenne nationale : 3,9 % pour le Pas-de-Calais, 3,6 % pour la Somme et l'Aisne et 3 % pour l'Oise.

Enfin, l'observatoire des fragilités et notamment l'indicateur composite de la fragilité socio-économique chez les 55 ans et plus<sup>108</sup> permet d'une part d'avoir un aperçu de la fragilité particulière de la région puisque pour les données Grand Nord<sup>109</sup>,

<sup>106</sup>Source : Insee Analyses Hauts-de-France, n°155.

<sup>107</sup> Source : DREES, enquête annuelle sur les allocations du minimum vieillesse (2023).

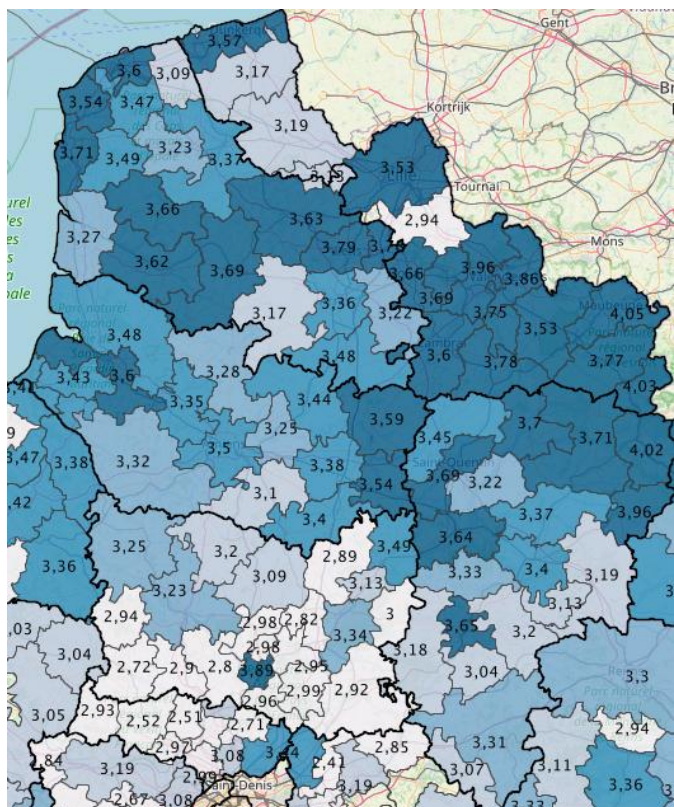
<sup>108</sup> L'indicateur composite prend en considération l'âge, les facteurs de risques économiques et liés à un risque d'isolement social (exonération de la CSG, situations de veuvage) des personnes âgées de 55 ans et plus. Ainsi, plus

la population est âgée, plus le score est élevé. Plus la part de personnes exonérées de la CSG est élevée, plus le score est élevé. De la même façon, un nombre élevé de bénéficiaires de pensions de réversion induit un score élevé. Sont considérés comme fragiles les retraités qui obtiennent un score de 3 ou plus.

<sup>109</sup> Les données du SIG grand Nord concernent les territoires des régions : Bourgogne-Franche-Comté,

parmi les 10 EPCI ayant un score supérieur à 4, trois sont des EPCI du Nord (1) et de l'Aisne (2). Ainsi, la CA Maubeuge Val de Sambre (score de fragilité à 4,05), la CC du Sud Avesnois (4,03) et la CC des Trois Rivières (4,02) ont des parts importantes de retraités considérés comme fragiles (entre 50 et 55 % des retraités du régime général).

### Indicateur composite de fragilité socio-économique 55 ans et plus IC1 (RG) par EPCI<sup>110</sup>



D'autre part, les données permettent de confirmer les disparités territoriales fortes au sein de la région, mais aussi au sein des EPCI. Les communes de la CA Maubeuge Val de Sambre par exemple ont des indicateurs composites de fragilité socio-économique entre 2,33 (Mairieux) et 4,57 (Hautmont). A l'échelle régionale, les territoires du sud de l'Oise – à l'exception de Creil (3,89) – ont les indices de fragilité les plus faibles (2,72 pour le CC du Vexin-Thelle), alors que les territoires du nord de

l'Aisne, du bassin minier du Nord-Pas-de-Calais et de l'est de la Somme ont des taux particulièrement élevés.

### Un accès aux soins qui reste limité

Les données pour la population bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (C2S)<sup>111</sup> montrent que le taux de recours est important dans l'ensemble de la région. Alors qu'en France, 11 % de la population en bénéficie, ils sont 16 % dans le Nord, 14 % dans l'Aisne ou le Pas-de-Calais et 12 % dans la Somme. Le département du Nord est par ailleurs celui qui rassemble le plus grand nombre de bénéficiaires en France métropolitaine avec 413 000.<sup>112</sup>

Enfin, il est important de noter que les Hauts-de-France sont parmi les régions les plus touchées par les maladies chroniques en France (maladies cardiovasculaires MCV, diabète, et troubles respiratoires), qui sont en partie liées aux taux élevés de tabagisme (26,4 % de fumeurs quotidiens en 2021 selon Santé publique France) et d'obésité (taux le plus élevé de France métropolitaine avec 22,1 %), renforcés par une précarité<sup>113</sup> socio-économique marquée.

### Des allocataires d'aides au logement plus nombreux

La région compte 22,7 % de ménages allocataires d'une aide au logement (APL et AL) contre 19,4 % pour la France entière. Dans le détail par département, on retrouve la distinction que nous évoquions avec quatre départements au-dessus de la moyenne nationale : 25,6 % pour le Nord, 22,2 % pour la Somme, 21,9 % pour le Pas-de-Calais et 20,2 % pour l'Aisne. L'Oise est le seul département en dessous de la moyenne nationale avec 16,4 % de bénéficiaires.

Si on ajoute l'ALF, les Hauts-de-France sont la deuxième région (après l'Occitanie) avec la plus forte

Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand-Est, Hauts-de-France, Normandie, Pays de la Loire, La Réunion et Île-de-France.

<sup>110</sup> Source : Observatoire des fragilités Grand Nord.

<sup>111</sup> La C2S remplace la CMU-C et l'ACS depuis le 1er novembre 2019.

<sup>112</sup> Source : Rapport annuel 2023 sur C2S ; Données : tous régimes d'assurance maladie obligatoire, OC gestionnaires de la C2S, URSSAF Caisse nationale.

<sup>113</sup> Le conseil économique, social et environnemental définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives ».

part de bénéficiaires d'une aide au logement : 48,8 % des ménages bénéficient d'une aide.

### Grande précarité et grand âge

Les personnes sans-abris vieillissantes sont particulièrement vulnérables<sup>114</sup> : au-delà d'un vieillissement prématuré dû à une vie dans la rue (l'espérance de vie d'une femme sans domicile fixe est autour de 44 ans et 56 ans pour un homme), ils ont souvent des problèmes de santé importants qui nécessitent une prise en soin. Le rapport du collectif « Les Morts de la rue » alerte d'ailleurs sur le nombre élevé de décès dans la rue dans les Hauts-de-France : 66 décès en 2023, soit près de 10 % des décès nationaux liés au sans-abrisme<sup>115</sup>.

Mais alors qu'ils devraient être pris en charge, ils sont souvent jugés « trop jeunes pour la maison de retraite, pas assez malades pour une hospitalisation de longue durée et trop démunis pour un logement traditionnel. »<sup>116</sup> Pourtant, certaines données de terrain montrent que parmi les personnes sans-abris, la part des plus de 55 ans est de plus en plus importante : dans la métropole lilloise, elle concerne 6,1 % des hommes seuls et 7,1 % des femmes seules.

### Dispositifs d'aide sociale spécifiques aux personnes âgées

Des aides et des dispositifs existent pour les personnes âgées en situation de précarité, à l'échelle départementale, mais aussi au niveau de structures comme les Carsat ou la MSA.

### Dispositifs d'aide sociale pour les personnes âgées<sup>117</sup>

#### Le Dossier de Demandes d'Aides à l'Autonomie (DAA)

1. L'aide au maintien à l'autonomie, OSCAR (Offre de Services complète et Coordinée pour l'Accompagnement de votre Retraite) versée par la CARSAT aux retraités fragilisés.
2. L'accompagnement à domicile des personnes âgées (AADPA) versée sous conditions de ressources par la MSA.
3. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes en perte d'autonomie, sous conditions de ressources. Le taux de non-recours est généralement estimé entre 20 % et 28 % des personnes âgées dépendantes<sup>118</sup>.

#### L'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) et l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)

Elles constituent ce qui est communément appelé le « minimum vieillesse ». Ces aides visent à assurer un niveau de ressource minimum aux retraités aux ressources faibles<sup>119</sup>. Le taux de non-recours est élevé pour cette prestation : en 2016, la Drees estime que 50 % des personnes seules éligibles au minimum vieillesse n'y recourent pas, soit plus de 300 000 personnes. La Drees explique par ailleurs que le minimum vieillesse est l'une des prestations sociales les moins connues de Français, avec seulement 19 % de la population qui sait précisément qui peut en bénéficier<sup>120</sup>.

#### Les allocations et aides au logement gérées par les caisses d'allocations familiales ou la MSA

En 2015, les ménages bénéficiaires d'une aide au logement dont la personne de référence a 60 ans ou plus représentent 19 % de l'ensemble des bénéficiaires en France<sup>121</sup>.

<sup>114</sup> Selon l'OMS, « les personnes vulnérables sont celles qui sont relativement (ou totalement) incapables de protéger leurs propres intérêts. »

<sup>115</sup> Mortalité des personnes sans chez-soi en 2023, *Dénombrer & Décrire*, novembre 2024.

<sup>116</sup> Propos de S. Rouay-Lambert et données de l'association Petits Frères des Pauvres : « Offrir une place aux personnes sans domicile vieillissantes », 11 décembre 2018.

<sup>117</sup> Cette liste d'aides ne se veut pas exhaustive et d'autres aides et dispositifs existent également à l'échelle locale.

<sup>118</sup> Source : M. Ramos-Gorand, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain », *Les dossiers de la DREES*, n°10, décembre 2016.

<sup>119</sup> Il est important de noter que les caisses de retraite peuvent récupérer les sommes versées pour l'ASPA au moment du décès du bénéficiaire, si le montant net de sa succession (patrimoine moins les dettes) dépasse 39 000 €. Selon une enquête de la DREES de 2012, un quart des bénéficiaires de l'Aspa ignorait cette procédure. Source : Meinzel, Pauline, « Le non-recours au minimum vieillesse des personnes seules », *Les dossiers de la Drees*, n°97, mai 2022

<sup>120</sup> Source : Baromètre d'opinion de la Drees, 2020.

<sup>121</sup> Hanane, J. et Richet-Mastain, L., « Les bénéficiaires d'aides au logement : profils et conditions de vie », *Les dossiers de la Drees*, n°42, octobre 2019.

### L'Aide aux retraités en Situation de Rupture (ASIR) versée par la CARSAT.

Cette prestation peut être attribuée, aux retraité(e)s nécessitant une prise en charge spécifique liée à une situation de rupture telle que le décès d'un(e) conjoint(e) ou d'un proche, le placement d'un(e) conjoint(e) ou d'un proche en institution, un déménagement, etc.

### L'Offre de secours de la CARSAT

3 types de secours : un secours énergie, un secours social et un secours catastrophe naturelle (en 2024, 1447 retraités en situation de détresse sociale ont été accompagnés grâce à ces dispositifs).

**Les aides pour réaménager le logement** des départements, des caisses de retraite, des CCAS ou de l'ANAH.

### L'Aide sociale à l'hébergement (ASH)

Elle est versée par le conseil départemental, qui concerne les personnes âgées ou personnes handicapées qui ne peuvent plus rester à domicile, mais dont les ressources ne sont pas suffisantes pour couvrir le coût de l'hébergement dans une structure d'accueil ; cumulable avec l'APA.

Fin 2018, 122 000 personnes de 60 ans et plus bénéficiaient de l'ASH en France<sup>122</sup>.

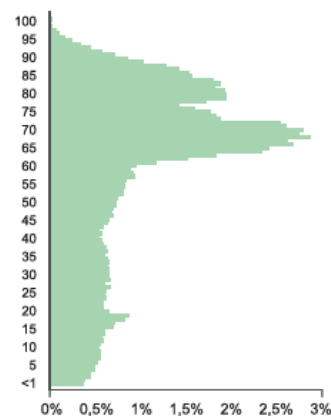
Dans les Hauts-de-France, 469 EHPAD (sur un total de 568, soit 82,6 %) sont habilités à l'aide sociale à l'hébergement (sans que l'on sache la part des places concernées pour chaque établissement)<sup>123</sup> :

- 48 EHPAD sur 66 dans l'Aisne (72,7 %)
- 207 EHPAD sur 247 dans le Nord (83,8 %)
- 114 EHPAD sur 133 dans le Pas-de-Calais (85,7 %)
- 51 EHPAD sur 69 dans l'Oise (73,9 %)
- 49 EHPAD sur 53 dans la Somme (92,5 %)

### Les ressortissants agricoles : une population particulièrement âgée

La population agricole représente 8,9 % de la population totale de la Picardie<sup>124</sup>. Cette part est particulièrement forte dans l'Aisne (11 %) et la Somme (10,5 %) et plus faible dans l'Oise (6,5 %).

Cette population agricole est fortement vieillissante comme le montre la structure par âge de la population agricole fournie par la MSA Picardie (cf. figure suivante). En Picardie, l'indice de vieillissement<sup>125</sup> de cette population agricole est de 486,4, avec un chiffre particulièrement élevé en Somme (527,7). Pour la population générale des Hauts-de-France, ce chiffre n'est que de 73<sup>126</sup>.



Répartition par âge des ressortissants agricoles 2019  
Requête Infocentre MSA Picardie - Exploitation MSA Picardie

Les indices de vieillissement des ressortissants du régime agricole du Nord-Pas-de-Calais sont plus faibles qu'en Picardie : 149,9 pour le Pas-de-Calais et 128,4 pour le Nord<sup>127</sup>.

Le nombre de retraités du régime agricole était de 114 000 pour la Picardie et 112 601 pour le Nord-Pas-de-Calais. Le nombre de ressortissants du régime agricole âgés de 65 ans et plus était ainsi de 95 344, soit 55,4 % de la population agricole (contre 18 % dans la population générale). La part des 75 ans et plus est particulièrement élevée : alors qu'elle n'est que de 8,3 % dans la population générale, elle est de 30 % en Picardie, et 31,2 % dans la Somme (cf. figure suivante).

### Répartition par groupe d'âge de la population des ressortissants du régime agricole au 31/12/2019 (%)

<sup>122</sup> Drees, *L'aide et l'action sociales en France*, 2020.

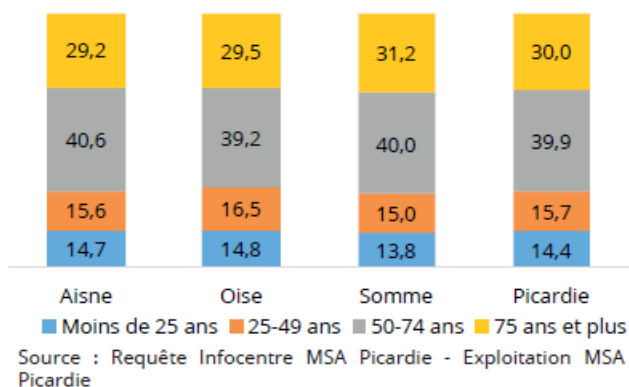
<sup>123</sup> Annuaire pour-les-personnes-agees.gouv.fr

<sup>124</sup> Données de 2019 de la MSA Picardie : *Diagnostic régional*, septembre 2021.

<sup>125</sup> L'indice de vieillissement désigne le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans.

<sup>126</sup> Données Insee, RP 2021.

<sup>127</sup> Données fournies par la MSA Nord-Pas-de-Calais.



La MSA Picardie comptait 54 bénéficiaires de portage des repas répartis en département comme suit : 11 bénéficiaires dans l'Aisne, 13 dans l'Oise et 30 dans la Somme. Le nombre de bénéficiaires a par ailleurs augmenté en 2024. On comptait 46 bénéficiaires en 2023 et 45 en 2022.

En 2023, la MSA Nord-Pas-de-Calais comptait 97 adhérents qui ont bénéficié d'un financement pour le portage de repas (contre 81 en 2022) : 54 dans le Nord et 43 pour le Pas-de-Calais.

Cette part est plus faible pour le Nord-Pas-de-Calais avec seulement 8,75 % des ressortissants agricoles âgés de 75 ans et plus.

Les données de la MSA sur les ressources permettent de connaître les pensions moyennes annualisées perçues par les retraités ayant leur carrière complète au régime des salariés agricoles et des non-salariés agricoles. La valeur régionale est de 12 565 euros en moyenne, soit en dessous de la moyenne nationale (12 952 euros). Encore une fois, une disparité régionale s'observe entre d'un côté l'Oise dont le montant départemental (13 075 euros) est supérieur à la moyenne française et de l'autre l'Aisne (12 329) et la Somme (12 348). L'analyse de la MSA Picardie montre que les cantons du Santerre et du nord de l'Aisne rassemblent les pensions les plus faibles. A l'inverse, on observe les montants les plus élevés dans les cantons des villes d'Amiens, Beauvais et Laon. Par ailleurs, les pensions des non-salariés du régime agricole sont inférieures de 12 % en moyenne à celles des salariés (contre 26 % au niveau national).

En 2017, 0,5 % des retraités de la MSA Picardie sont allocataires de l'Aspa (soit 497 personnes), contre 0,9 % en France. Cette part est en hausse par rapport à 2014 où elle était de 0,7 % de l'ensemble des retraités (634 personnes). Pour la MSA Nord-Pas-de-Calais, 0,8 % des retraités bénéficient de l'Aspa (soit 901 personnes).

Concernant l'aide à domicile, 4800 aides ont été versées par la MSA Picardie à des ressortissants en Gir 5 et 6 en 2019, soit 4,5 % de bénéficiaires parmi les personnes âgées de 60 ans et plus. Des disparités importantes se retrouvent encore : la Thiérache, l'ouest de la Somme et les cantons au nord d'Amiens ont des taux particulièrement élevés ; la Somme a d'ailleurs le taux de bénéficiaires le plus élevé (5,7 %).

### Les portages des repas

### Faits marquants

- Un **taux de pauvreté régional élevé** (17,2 %), qui concerne aussi les personnes âgées et les ménages retraités.
- Ces ménages âgés pauvres sont **souvent isolés**, notamment dans les **zones rurales**, et connaissent des niveaux de **retraite plus faibles** (20 700 euros annuels), contribuant à une plus grande vulnérabilité.
- Des **disparités régionales importantes**, avec des taux de pauvreté plus élevés chez les personnes de 75 ans et plus dans les départements du Nord (11,1 %) et du Pas-de-Calais (11,9 %), plus faibles dans l'Oise (7,7 %).
- Un **accès aux soins restreint**, avec un fort taux de recours de la population à des aides telles que la CMU-C (71 %).
- Une dépendance plus forte : 82 allocataires de l'APA pour 1000 habitants de 60 ans et plus.
- Les ménages de la région sont également plus nombreux à bénéficier d'aides au logement (22,7 %), et la part de **locataires** parmi les personnes âgées est importante (26,9 %).
- Les **taux de non-recours sont élevés** : 50 % pour le minimum vieillesse ; entre 20 et 28 % pour l'APA.
- Le **nombre de ressortissants** du régime agricole âgés de 65 ans et plus était de 95 344, soit 55,4 % de la population agricole (contre 18 % dans la population générale).



# Les contributions du groupe de travail

Un groupe de travail s'est constitué autour de cette thématique. Ce groupe s'est réuni à trois reprises afin d'examiner et de discuter des enjeux liés à la pauvreté et la précarité 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 :

- **Nounagnon Agbangla**, MCU, Université d'Artois.
- **Olivier Baelus**, infirmier coordonnateur du CRT n°8.
- **Sébastien Bil**, président Udaf de la Somme et Uraf Hauts-de-France.
- **Frédéric Bloch**, PU-PH CHU Amiens-Picardie, président du comité scientifique du Gérontopôle des Hauts-de-France.
- **Céline Bouquet**, coordonnatrice territoriale, DAC Appui Santé Montreuillois-Ternois-Arrageois.
- **Bernard Da Lage**, Coordinateur Commission Personnes Âgées de France-Assos Santé Hauts de France, RU au GH Seclin-Carvin.
- **Samuel Debril**, directeur régional Hauts-de-France des Petits Frères des Pauvres.
- **Evelyne Ducrot**, représentante des usagers au CHU Amiens-Picardie et PSY PRO Amiens et présidente UFAL Picardie Maritime.
- **Thomas Gadenne**, fondateur de AlloMamy.
- **Clémentine Gazzera-Spieser**, directrice adjointe-maladie Carsat Hauts-de-France.
- **Anne Guénand**, CEO de Bip Pop et enseignante-chercheuse à l'UTC.
- **Ghislaine Lefebvre**, UFAL Amiens-Métropole.
- **Jennifer Pereira**, chargée d'études, MSA de Picardie, Service ASS.
- **Christophe Venant**, coordonnateur général des soins, CH Somain.

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. **La précarité financière** est importante dans la région et il existe un lien fort entre cette précarité et l'accès aux soins et à la mobilité. **La population agricole** est particulièrement âgée dans la région et rencontre des difficultés à aller vers les démarches et les soins.
2. Il existe des **disparités fortes** au sein de la région, avec des territoires qui sont particulièrement touchés par la pauvreté.
3. Le lien entre pauvreté et vulnérabilité est à souligner, notamment car les questions financières peuvent avoir un **fort impact sur l'accès à certains services**, en particulier en cas de « reste à charge » (les portages des repas ou les transports par exemple).
4. **Une grande précarité** existe avec des publics qui rencontrent des difficultés sur plusieurs plans (financiers, accès aux soins, logement). Le groupe de travail évoque notamment les personnes sans-abris vieillissantes qui sont particulièrement fragiles.
5. La précarité impacte les conditions de **logement**, notamment face aux difficultés pour l'aménager face au manque de moyens ou à la méconnaissance des aides existantes. Il s'agit pourtant d'un enjeu pour le soutien à domicile.
6. Il existe un lien fort entre l'isolement social et la précarité.

## 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 « Transports, accessibilité, ruralité »** (Axe 3) avec des difficultés financières qui empêchent la mobilité (notamment face à la baisse constatée sur le terrain des bons de transport) et la difficulté dans certaines communes rurales d'accéder à certains services.

- La **thématique « Accompagnement à domicile et en établissement »** (Axe 1) en ce qui concerne les difficultés financières à adapter son logement à la perte d'autonomie.
- La **thématique « Prévention et soutien à l'autonomie »** (Axe 1), notamment sur les questions de santé avec des difficultés pour certaines populations d'aller vers les soins ou les démarches pour des raisons financières (transports, reste à charge, etc.).

### Les préconisations du groupe de travail

1. Recenser et clarifier les dispositifs et aides existants pour lutter contre la pauvreté au niveau des territoires et encourager la mise en réseau des acteurs afin de favoriser une meilleure connaissance des offres de service disponibles.
2. Favoriser « l'aller-vers » par une communication adaptée auprès des personnes concernées pour faciliter leur accès aux solutions de lutte contre la précarité.
3. Identifier les problématiques de précarité en amont du vieillissement pour les anticiper et mieux y répondre.
4. Repérer les territoires les plus touchés par la précarité et identifier leurs problématiques spécifiques afin d'y mener des actions « ciblées ».
5. Identifier les offres accessibles aux personnes dans des situations de grande précarité, en particulier les personnes âgées sans abris, et sensibiliser les acteurs associatifs.
6. Identifier les problématiques spécifiques aux ressortissants agricoles âgés.

### Les actions à mener par le Gérontopôle

1. Mettre en place un **portail numérique unique regroupant les aides disponibles,**

permettant une entrée par « profil », type d'aide et par territoire (EPCI) en recensant les solutions possibles dans la lutte contre la pauvreté<sup>128</sup>. Le portail doit être accessible au plus grand nombre (professionnels et personnes concernées). Pour assurer l'accessibilité du portail, il sera élaboré en co-construction avec les personnes concernées et les professionnels. Pour faciliter l'identification des aides disponibles, elles devront être listées par thématique : aménagement du logement, aide alimentaire, portage des repas, transports, etc. Le portail sera ensuite diffusé aux associations et institutions (notamment CCAS et communautés de communes), ainsi qu'aux professionnels (notamment libéraux) de l'EPCI.

Une version imprimable de ce recensement sera à mettre en place et à diffuser auprès des professionnels afin de toucher les personnes concernées qui pourraient être isolées et/ou en situation de fracture numérique.

2. Conduire une étude sur **l'identification des problématiques de précarité** en amont du vieillissement dans la région, chez les personnes encore actives ou jeunes retraitées, afin d'anticiper leurs futurs besoins au moment de l'avancée en âge. Cette étude mettra notamment en avant l'état de l'art sur le sujet dans la région.
3. Elaborer une analyse permettant de **repérer les territoires les plus précaires** de la région, en identifiant les problématiques des populations âgées. Prioriser les actions de lutte contre les vulnérabilités du gérontopôle sur les populations de ces territoires.
4. Intégrer dans le portail numérique unique les **aides spécifiques disponibles pour les personnes en grande précarité**, à destination des professionnels du secteur.

<sup>128</sup> Cette action rejoint une préconisation mise en avant dans les travaux de préfiguration du gérontopôle : « Faciliter l'identification des aides économiques disponibles à destination des personnes âgées souhaitant vieillir à domicile en fonction de leur perte d'autonomie, de leur

pathologie et de leurs revenus pour réhabiliter leur logement (l'objectif étant de parvenir à un portail en ligne unique et que les villes puissent par exemple être l'interlocuteur pour accompagner à ces démarches) ».

5. Déployer une enquête exploratoire sur les **ressortissants agricoles âgés** afin d'identifier leurs problématiques et besoins spécifiques.



# Isolement des personnes âgées en Hauts-de-France

## Isolement et solitude : définitions

Selon la Fondation de France contre la solitude, l'isolement se réfère à un « état où une personne est physiquement ou socialement coupée des autres. Il renvoie à la rareté des liens entretenus par un individu dans plusieurs sphères de la vie sociale comme le travail, la famille, les relations amicales, professionnelles ou le milieu associatif ».

La solitude est quant à elle définie comme un « état émotionnel qui survient lorsqu'une personne se sent seule. Elle renvoie à un vécu subjectif et se définit indépendamment de l'isolement. Une personne objectivement isolée peut se sentir seule, tout comme une personne entourée. C'est une condition qui s'exprime lorsque la nature des liens n'est plus satisfaisante ou ne correspond plus à ce qu'un individu en attend. Elle renvoie aux difficultés liées à la place occupée dans l'espace social et aux relations entretenues avec les autres. »

## Une part importante des personnes âgées vivant seules

Les données du recensement montrent que la part des personnes de 75 ans et plus vivant seules (isolement résidentiel) est plus élevée dans les Hauts-de-France (cf. tableau suivant). Les départements du Nord et du Pas-de-Calais ont des taux particulièrement élevés. Seul le département de l'Oise a un taux plus faible que la moyenne nationale.

Selon les données de l'ARS, ces chiffres sont à la hausse et la part de personnes âgées vivant seules est particulièrement élevée dans la région du Hainaut (46,8 %) et dans en Métropole-Flandres (46,2 %)<sup>129</sup>.

France	Hauts-de-France	Somme	Aisne	Oise	Pas-de-Calais	Nord
42,1	44,6	43	44,2	41,3	45,3	45,8

## Part des personnes de 75 ans et plus vivant seules selon le territoire

Source : Insee, RP 2021

Par ailleurs, cet isolement résidentiel est particulièrement fort chez les femmes, notamment du fait du veuvage. La part des femmes âgées de 75 ans et plus vivant seules est de 51,3 %, soit le taux le plus important de France entière. Ce taux n'est que de 22,7 % pour les hommes<sup>130</sup>.

Certaines structures à l'instar du dispositif d'appui à la coordination (DAC) Appui Santé Somme évoquent un « isolement social préoccupant » qui peut conduire à une augmentation des risques de rupture dans les parcours de santé et des besoins de coordination renforcée des dispositifs de soins. Ils alertent particulièrement sur la situation des retraités en milieu rural et évoquent notamment 59,2 % des retraités du régime agricole âgés de 75 ans et plus qui sont isolés<sup>131</sup>.

La part des retraités du régime agricole âgés de 75 ans est plus isolés est de 57,3 % en Picardie<sup>132</sup>, ce qui représente près de 30 000 personnes<sup>133</sup>. Ce taux est particulièrement élevé dans la Somme (59,2 %).

<sup>129</sup> Feuille de route territoriale Métropole-Flandres et du Hainaut 2023 – 2028, Schéma régional de santé des Hauts-de-France.

<sup>130</sup> Source : observatoire des territoires, à partir de Insee, RP 2018 et état civil 2020.

<sup>131</sup> Diagnostic du DAC Appui Santé Somme, « La Somme des coordinations », 17/10/2024, Mégacité, Amiens.

<sup>132</sup> Données de la MSA Picardie : Diagnostic territorial, septembre 2021.

<sup>133</sup> Diagnostic territorial d'action sanitaire et sociale, MSA Picardie, Mars 2021.

## Un isolement social moins élevé en Hauts-de-France mais qui reste important

Le rapport de l'association Petits frères des pauvres sur l'isolement montre que dans les Hauts-de-France, 17 % des personnes âgées de 60 ans et plus sont considérées isolées du cercle familial. Un chiffre en deçà du niveau national (22 %) qui s'explique notamment par le fait de départs moins nombreux de la région et donc de familles qui sont plus souvent regroupées géographiquement. C'est une particularité qui se retrouve dans l'enquête longitudinale sur le vieillissement et les inégalités sociales<sup>134</sup>. En dehors de cette particularité lié au cercle familial, les personnes de 60 ans et plus vivant dans les Hauts-de-France sont plus souvent isolées du cercle amical qu'au niveau national (30 % contre 28 %), tout comme du voisinage (27 % contre 21 %) et des réseaux associatifs (66 % contre 55 %).

Dans leur baromètre, les Petits frères des pauvres montrent que le sentiment de solitude est de 21 % chez les 60 ans et plus en Hauts-de-France en 2021. Bien qu'élevé, il s'agit du taux le plus faible de France avec la région Grand-Est. Le risque d'isolement relationnel (c'est-à-dire la part des 60 ans et plus pouvant passer des journées entières sans parler à personne) est quant à lui à 16 %, parmi les plus faibles avec les régions Normandie et Occitanie.

## Des facteurs d'aggravation du sentiment de solitude

Les chiffres sur le sentiment de solitude sont particulièrement importants en 2020, année marquée par deux confinements liés à la crise Covid. Selon le baromètre des Petits frères des pauvres, cette année-là dans les Hauts-de-France, 34 % des 60 ans et plus se sont sentis seuls fréquemment et 15 % seuls tous les jours ou presque (des chiffres

plus élevés que les taux au niveau national qui sont respectivement de 32 % et 13 %).

L'enquête Consol2<sup>135</sup> montre également que de nombreux retraités ont été affectés psychologiquement par la crise sanitaire. Ainsi, 53 % des enquêtés<sup>136</sup> considèrent que leur moral était meilleur avant la crise et 24 % considèrent qu'au moment de l'enquête, leur moral était mauvais, voire très mauvais.

Les Petits frères des pauvres font également le lien entre l'isolement des personnes âgées et les situations de précarité. En effet, leur rapport montre que l'isolement est plus fort chez les personnes bénéficiant de minima sociaux. Par exemple, en France, 20 % des 60 ans et plus qui bénéficient du minimum vieillesse se sentent isolées de la famille, contre 15 % pour l'ensemble des 60 ans et plus. L'enquête Consol2 va dans ce sens : 20 % des anciens cadres déclaraient un moral dégradé par la crise sanitaire, contre 34 % des personnes antérieurement sans activité professionnelle.

Par ailleurs, le risque d'isolement des personnes âgées est plus fort dans certains territoires. Un autre rapport de l'association Petits Frères des Pauvres alerte sur un « inquiétant risque d'isolement social des aînés dans les quartiers politique de la ville »<sup>137</sup>. En 2019, le sentiment de solitude était en effet plus fort dans ces quartiers<sup>138</sup> : ce sentiment était partagé par 32 % des personnes âgées de 60 ans et plus, contre 27 % pour l'ensemble des répondants à l'enquête. Le rapport montre également que le sentiment de solitude est moins présent en milieu rural où il concerne 25 % des personnes âgées de 60 ans et plus.

Par ailleurs, l'enquête Solitudes 2023 de la Fondation de France<sup>139</sup> évoque également des « territoires

<sup>134</sup> Enquête Anr Elvis, 2021-2025, coordonnée par l'Unité de recherche sur le vieillissement (URV) de la Cnav.

<sup>135</sup> L'enquête CONSOL2 (CONfinement – SOLidarités – SOLitude) a été organisée par l'unité de recherche sur le vieillissement de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et menée entre avril et mai 2021 ; Nowik, L. et Dhuot, R. (2022) Le sentiment d'isolement et la baisse du moral des retraités pendant la crise sanitaire, *Population et Sociétés*, n°600.

<sup>136</sup> L'enquête par questionnaire en ligne comprend 200 000 retraités du régime général.

<sup>137</sup> Solitude et isolement des personnes âgées en France. Quels liens avec les territoires ? *Rapport Petits frères des pauvres*, n°3, 30 septembre 2019.

<sup>138</sup> Il existe 198 Quartiers politique de la ville (QPV) en Hauts-de-France, qui a le nombre le plus élevé de QPV après l'Île-de-France. Environ 653 000 personnes habitent dans ses QPV, c'est-à-dire 10,9 % des habitants de la région (le taux régional le plus fort de la France métropolitaine après l'Île-de-France). Source : Insee, RP 2018.

<sup>139</sup> « (Re)liés par les lieux. Une approche territoriale et spatiale des solitudes et du lien social », enquête Solitudes

esseulés » avec notamment les campagnes en déclin, les quartiers prioritaires de la ville, voire les grandes métropoles. La précarité est un facteur aggravant de l'isolement : 14 % des personnes aux plus bas revenus en France en 2023 sont touchés par l'isolement, contre 10 % pour les plus hauts revenus.

Enfin, les personnes vivant seules ont été plus affectées par la crise sanitaire. Consol2 montre qu'elles connaissent une situation moins favorable que celles en couple : 31 % ont un moral « plutôt mauvais » ou « très mauvais », contre 20 % pour les personnes en couple.

### Une augmentation forte des « morts sociales »

La « mort sociale » désigne les personnes qui ne rencontrent jamais ou quasiment jamais d'autres personnes. Selon les Petits frères des pauvres, elle concerne 530 000 personnes âgées de 60 ans ou plus en France en 2021. Avec la pandémie, ce chiffre est en très nette augmentation, puisque la « mort social » concernait 300 000 personnes en 2017, soit une augmentation de 77 %.

Cette « mort sociale » touche ainsi 3 % des 60 ans et plus en France métropolitaine et concerne aussi bien les hommes que les femmes. Cependant elle affecte particulièrement les personnes qui ne sont pas autonomes au quotidien (14 % d'entre elles) n'ayant pas d'enfant ou de petit-enfant (6 % d'entre elles), qui n'utilisent jamais internet (6 % d'entre elles) ou les personnes issues d'une CSP moins favorisée (7 % d'entre elles).

Dans les Hauts-de-France cette « mort sociale » concerne 4% de la population de 60 ans ou plus.

Par ailleurs plusieurs recherches ont mis en avant des situations d'isolement, de solitude, voire de « détresse psychologique » préoccupantes dans les EHPAD<sup>140</sup>. La solitude contribue au risque de dépression et à l'anxiété et, en retour, rompre l'isolement aide à en guérir. Ainsi, plusieurs indicateurs sont d'ailleurs cités pour évaluer les situations d'isolement dans les établissements

médicalisés : « Les syndromes dépressifs (y) sont évalués entre 34 et 40 % (Perrin-Haynes, 2011 ; Pellerin, Pinquier, 2009), les états anxieux à 27 % (Perrin-Haynes, 2011) et que 4 % des suicides, et 30 % des syndromes de glissements ont eu lieu en maison de retraite (Casadebeig, Ruffin, Philippe, 2003 ; Khater et al, 2005) »<sup>141</sup>.

### Des dispositifs de lutte contre l'isolement

Le ministère des solidarités et de la santé a mis en place un répertoire des différentes structures vers lesquelles les personnes identifiées comme isolées peuvent être orientées : <https://solidarites.gouv.fr/isolement-quelles-ressources-mobilisables>

Parmi les dispositifs mis en place pour lutter contre l'isolement dans une approche individuelle, on peut noter les visites de convivialité à domicile et en établissement par des bénévoles et recensées par le ministère :

- Le dispositif Monalisa qui recense ses « équipes citoyennes » sur le territoire (cf. carte suivante). La carte montre que ces équipes sont particulièrement nombreuses dans le Nord et le Pas-de-Calais, notamment autour de la métropole lilloise, le Dunkerquois et le bassin minier. Elles sont moins nombreuses dans les départements de la Somme et l'Aisne, territoires particulièrement ruraux.

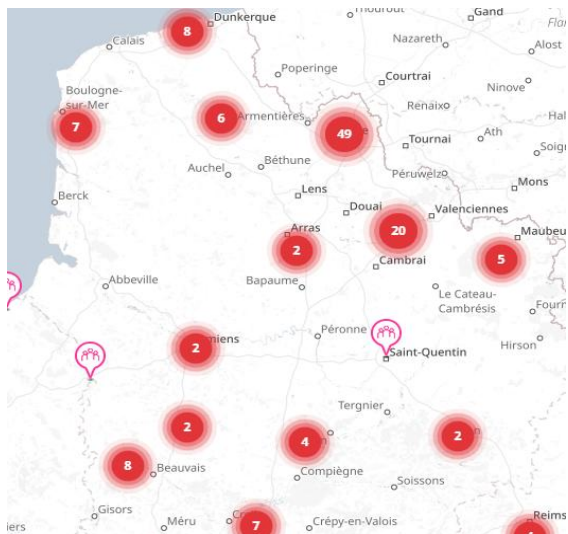
---

2023 de la Fondation de France et de l'Observatoire de la philanthropie.

<sup>140</sup> Trépied, V. (2016) Solitude en EHPAD. L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes, *Gérontologie et société*, vol.38, n°149, pp.91-104.

<sup>141</sup> Les personnes âgées en EHPAD, isolement ou solitude ?, conférence du CLIC Métropole Nord-Ouest, 18/06/2013 : <https://www.alixcom.fr/medias/docs/bloc29/CONFCLIC180613.pdf>

## Cartographie des équipes citoyennes du dispositif Monalisa



- L'association Les Petits Frères des pauvres qui a des antennes dans l'ensemble des départements de la région :
  - Somme : Amiens
  - Nord : Valenciennes ; Lille (Fives, Vieux-Lille, Wazemmes/Moulines) ; Tourcoing ; Roubaix ; Hazebrouck ; Dunkerque
  - Pas-de-Calais : Arras ; Calais
  - Aisne : Saint-Quentin
  - Oise : Beauvais, Compiègne, Liancourt
- La Société de Saint-Vincent-de-Paul qui a six antennes dans la région située à Cambrai, Lille, Calais, Amiens, Soissons et Senlis.
- Le Secours Catholique dont les antennes nombreuses sont réparties sur les cinq départements : dans le Nord (31), l'Oise (28), l'Aisne (26), la Somme (16) et le Pas-de-Calais (45).
- L'union des familles rurales qui possède 17 antennes sur la région : dans le Nord (4), l'Oise (2), l'Aisne (7), la Somme (1) et le Pas-de-Calais (3).

Par ailleurs, l'APA à domicile (aide personnalisée à l'autonomie) délivrée par le Conseil départemental

permet de financer des heures de lien social : <https://solidarites.gouv.fr/heuresdeliensocial>

Enfin, le ministère renvoie vers les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les départements, les caisses centrales d'activités sociales (CCAS), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les annuaires d'associations locales. Il informe également sur des dispositifs nationaux de soutien par téléphone : Solitud'écoute, Croix-Rouge chez vous et Au bout du fil.

Au-delà des dispositifs mis en avant par le ministère, d'autres initiatives payantes existent, à l'instar de l'entreprise AlloMamy qui propose des abonnements pour des appels réguliers pour lutter contre l'isolement. L'entreprise suit ainsi régulièrement près de 300 personnes (40 % vivent dans le département du Nord et 35 % dans le Pas-de-Calais, notamment sur la commune de Liévin), dont 58 % ont plus de 80 ans. Les retours de l'entreprise montrent que l'isolement des abonnés est fortement lié à plusieurs paramètres :

- Des ruptures de vie majeures.
- Des limitations fonctionnelles.
- Des dynamiques familiales complexes.
- Les transitions de la vie qui ont provoqué de l'isolement : le passage en retraite, le changement de logement, le changement de voisinage ou encore la perte d'un animal de compagnie.
- Des facteurs aggravants, notamment les problèmes administratifs, la peur des « arnaques » ou les problèmes de santé.

De même, La Poste propose un service « La visite du facteur » qui permet aux abonnés d'avoir des visites régulières d'un facteur à une fréquence choisie, ainsi qu'un service de téléassistance.

## La notion « d'invisibles » : éléments pour une définition

Le terme d'« invisibles » fait référence au concept sociologique de visibilité sociale, c'est-à-dire l'étude de la place dans l'espace public et médiatique. Le concept a permis de créer une catégorisation sociale : les personnes visibles et invisibles. Ce concept sociologique a souvent pour but de permettre un accès aux droits plus large aux « invisibles » et dans tous les cas de lutter contre des inégalités sociales.

*L'accès aux droits et au services publics : une clé de compréhension de l'invisibilité*

Même si l'invisibilité sociale se met en place du point de vue de la société dans son ensemble, l'invisibilité dans la vieillesse se réfléchit surtout autour des services publics et de leur accès. Dans ce cadre, c'est souvent l'accès à des droits sociaux qui est un premier indicateur du repérage des personnes invisibles, à travers par exemple les non-recours qui sont calculés pour de nombreuses prestations (aides sociales et minimas sociaux notamment). Le travail associatif qui se positionne souvent en complément du travail institutionnel est également une cheville ouvrière du repérage des invisibles et de leur accès aux droits. Le problème de la définition des « invisibles » vient du fait qu'ils ne forment pas un groupe homogène, y compris au sein d'une même classe d'âge. Même si les remontées de terrain montrent un lien important entre précarité et isolement, les personnes invisibles peuvent aussi appartenir à une classe sociale supérieure. Il peut s'agir de personnes vivant seules tout comme de personnes en couple ou qui sont entourées de leur famille. Ainsi, dans certaines familles l'injonction familialiste dans la prise en charge des personnes âgées est forte, mais elles peuvent tout de même rester éloignées de tout service public.

*Les invisibles : des personnes majoritairement fragiles, isolées et hors du « système »*

Plusieurs missions ministérielles ont eu pour objectif de « repérer les invisibles », à l'instar du ministère du travail ou de celui de l'éducation nationale. Leur but est « d'aller vers » et de ramener des personnes vers les services publics alors qu'elles s'en sont éloignées. Dans ce cadre, ils donnent souvent plusieurs critères pour définir qui sont ces invisibles que nous pouvons reprendre :

- Des personnes éloignées des services publics : ils n'en franchissent pas ou plus le seuil
- Des personnes qui sont sorties du « système »
- Des personnes qui sont souvent dans des situations de précarité importante
- Des personnes dont le profil est marqué par la fragilité et l'isolement
- Des personnes dont l'isolement est parfois lié à l'accessibilité, à l'instar des milieux ruraux

Ces différents éléments, permettent de penser l'invisibilité des personnes âgées autour de trois « blocs » :

- Celles qui sont connues des services publics, ou à défaut des associations, car elles en franchissent le pas : pour une part d'entre elles il y a une part de précarité, de fragilité et d'isolement, mais elles sont « dans le système » et donc « repérées ».
- Celles qui ne sont pas connues des services publics ou des associations car elles n'ont a priori pas de problème particulier : l'entourage familial est présent, il n'y a pas de perte d'autonomie, pas de problème financier d'importance, etc. Elles ne correspondent donc pas aux critères des « invisibles ».
- Celles qui ne sont pas connues des services publics alors qu'elles pourraient avoir des besoins particuliers d'un point de vue de la santé, des finances ou pour sortir de l'isolement. Ce groupe constitue les « invisibles », même si on peut noter deux « sous-groupes » :
  - o Les invisibles qui se sont tournées vers leurs proches pour palier leurs besoins. Ils n'en restent pas moins une cible importante dans le repérage des invisibles car cet entourage peut ne pas avoir les compétences ou les connaissances pour accompagner la personne âgée dans son accès aux droits ; il peut également être défaillant, voire maltraitant.
  - o Les invisibles qui sont complètement isolés. Ils sont la cible prioritaire du repérage des « invisibles » dans notre société (que ce soit pour les personnes âgées ou d'autres catégories de population : jeunes sans emploi, en dehors du circuit scolaire, personne sans domicile, etc.)

## Faits marquants

- Une **part importante des personnes âgées vivent seules** : 44,6 % des 75 ans et plus dans les Hauts-de-France.
- **17 % des personnes âgées sont isolées de leur famille** (contre 22 % en France). Mais il existe des isolements des cercles amicaux, de voisinage et associatifs importants.
- On observe un **sentiment de solitude important** (21 %) dans les Hauts-de-France, mais plus faible qu'ailleurs.
- La **crise sanitaire** a aggravé les situations d'isolement et les sentiments de solitude.
- Un isolement plus important est observé chez les personnes les plus précaires et particulièrement préoccupant dans les **quartiers politique de la ville**.
- Les situations de « **mort sociale** » **sont en forte hausse** : elles concernent 4 % des 60 ans et plus des Hauts-de-France.
- De nombreux dispositifs de lutte contre l'isolement sont présents sur le territoire.

# Les contributions du groupe de travail

Un groupe de travail s'est constitué autour de cette thématique. Ce groupe s'est réuni à trois reprises afin d'examiner et de discuter des enjeux liés à l'isolement 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 :

- **Nounagnon Agbangla**, MCU, Université d'Artois.
- **Olivier Baelus**, infirmier coordonnateur du CRT n°8.
- **Sébastien Bil**, président Udaf de la Somme et Uraf Hauts-de-France.
- **Frédéric Bloch**, PU-PH CHU Amiens-Picardie, président du comité scientifique du Gérontopôle des Hauts-de-France.
- **Céline Bouquet**, coordonnatrice territorial, DAC Appui Santé Montreuillois-Ternois-Arrageois.
- **Bernard Da Lage**, Coordinateur Commission Personnes Âgées de France-Assos Santé Hauts de France, RU au GH Seclin-Carvin.
- **Samuel Debril**, directeur régional Hauts-de-France des Petits Frères des Pauvres.
- **Evelyne Ducrot**, représentante des usagers au CHU Amiens-Picardie et PSY PRO Amiens et présidente UFAL Picardie Maritime.
- **Thomas Gadenne**, fondateur de AlloMamy.
- **Clémentine Gazzera-Spieser**, directrice adjointe-maladie Carsat Hauts-de-France.
- **Anne Guénand**, CEO de Bip Pop et enseignante-chercheuse à l'UTC.
- **Ghislaine Lefebvre**, UFAL Amiens-Métropole.
- **Jennifer Pereira**, chargée d'études, MSA de Picardie, Service ASS.
- **Christophe Venant**, coordonnateur général des soins, CH Somain.
- 

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. Il existe une **diversité de profils** dans les populations isolées : des personnes seules, en couple ou avec une famille ; des personnes avec ou sans précarité financière. Une réflexion est à avoir sur les facteurs aggravants de l'isolement.

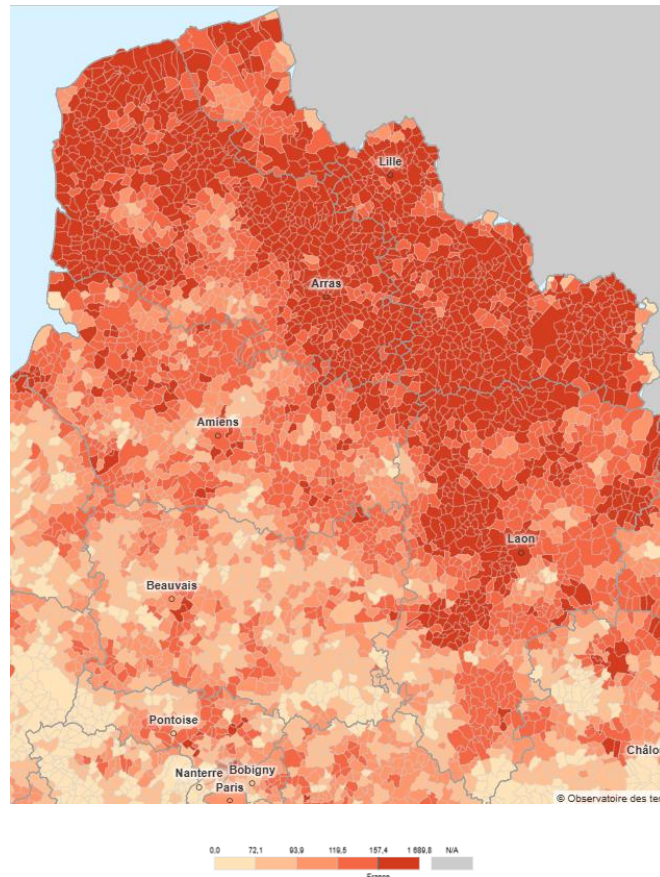
2. **Une mort sociale élevée** est constatée et des actions devraient être effectuées, notamment autour du repérage des populations isolées.
3. Une réflexion est nécessaire autour des **solutions pour rompre l'isolement** et leur adéquation vis-à-vis de la demande (tiers-lieux, actions des associations, etc.).
4. **Plusieurs types d'isolement** existent :
  - a. L'isolement lié à la **perte d'autonomie** : empêchement physique, ou retentissement cognitif et perte de mobilité
  - b. **L'isolement social**, parfois conséquence du premier type
5. **Repérer et aller vers les invisibles** est primordial pour rompre l'isolement.
6. Il existe un **risque d'isolement important dans la réponse domiciliaire**. Par ailleurs, une partie de la population âgée (notamment par un effet de génération) ne souhaite pas aller vers l'extérieur et préfère être et recevoir à domicile.
7. **Les infirmiers et les aides à domicile** sont des interlocuteurs clés des personnes âgées isolées et ils peuvent avoir une importance dans le repérage des personnes les plus fragiles (cf. encadré page suivante).
8. Il existe un lien important entre l'isolement des personnes âgées et leur accès aux droits (axe 3) et leur accès aux soins (axe 3).
9. Les types et formes d'habitat ont leur importance dans les questions d'isolement et une typologie des types d'habitat existants est nécessaire afin de clarifier l'offre.
10. Il y a un lien entre l'isolement **et le milieu de vie** (territoire urbain ou rural), notamment par les questions d'accessibilité et de transport dans les territoires ruraux.

## La présence des infirmiers libéraux / infirmiers à domicile sur le territoire

Le groupe de travail a mis en avant l'importance des infirmiers à domicile dans la rupture de l'isolement : pour certaines personnes âgées, ils sont parfois la seule visite de la journée.

Les données mises en avant par l'observatoire des territoires permettent d'analyser l'accessibilité potentielle localisée aux infirmiers par commune (cf. carte suivante).

### Accessibilité potentielle localisée (APL)<sup>1</sup> aux infirmiers (En ETP pour 100 000 habitants) par commune en 2022



Source : Observatoire des territoires ; SNIIR-AM 2020, EGB 2020, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2020, distancier METRIC, INSEE ; traitements DREES.

La moyenne pour les Hauts-de-France est de 182 ETP<sup>1</sup> pour 100 000 habitants, au-dessus de la moyenne nationale (157,4 ETP). On observe cependant des écarts en fonction des territoires. Ainsi que les communes des départements du Nord et du Pas-de-Calais, ainsi que le nord de l'Aisne ont une accessibilité potentielle localisée forte aux infirmiers. A l'inverse, une partie de la Somme, mais surtout le sud de l'Aisne et une partie importante de l'Oise ont une accessibilité plus faible.

Dans le détail, les données montrent que 701 communes des Hauts-de-France (18,5 %) ont un accès moyen à moins de 100 ETP d'infirmiers pour 100 000 habitants ; dont 12 de moins de 50 ETP (5 dans l'Aisne, 5 dans l'Oise, 1 dans la Somme et 1 dans le Nord).

A l'inverse, 617 communes (16,3 %) ont un accès moyen à plus de 200 ETP d'infirmiers pour 100 000 habitants ; dont 10 à plus de 350 ETP (5 dans le Nord et 5 dans le Pas-de-Calais).

## 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) car l'isolement concerne aussi les proches aidants qui se trouvent parfois démunis face à certaines situations.
- La **thématique « Accès aux droits »** (Axe 3) car l'une des problématiques de la population isolée concerne le non-recours au droit.
- La **thématique « Accessibilité, transports, ruralité »** (Axe 3) sur les liens entre l'isolement et l'accès aux services notamment de soins.
- La **thématique « Accompagnement à domicile et en établissement »** (Axe 1) car l'isolement est en lien avec le type d'habitat. En ce sens une proposition est faite d'effectuer un état des lieux des types d'habitat existants dans l'axe 1.

## Les préconisations du groupe de travail

1. Repérer les personnes isolées et les « invisibles » et leurs besoins afin d'adapter les solutions par une personnalisation de l'accompagnement et la prise en soin.
2. Une vigilance est nécessaire quant aux représentations que les institutions, associatifs et professionnels peuvent avoir sur les besoins des personnes âgées. Une expression plus forte des besoins par les personnes concernées est nécessaire afin de répondre au mieux à leurs attentes. Le pouvoir d'agir des personnes âgées doit être développé (cf. thématique « Pouvoir d'agir »).
3. Recenser et clarifier les offres disponibles au niveau des territoires en matière de lutte contre l'isolement des personnes âgées. Avoir une attention particulière sur la distinction rural et urbain dans ce recensement, ainsi que sur l'existence d'actions gratuites pour favoriser le lien social. Puis, communiquer autour de ces

offres en élargissant le public visé aux familles, aidants et professionnels.

4. Renforcer la formation des professionnels libéraux sur le vieillissement et l'isolement à domicile pour mieux repérer les fragilités et informer les acteurs clés tels que les infirmiers et aides à domicile.

## Les actions à mener par le Gérontopôle

1. Contribuer à la formaliser d'une **méthodologie de repérage des « invisibles »** au profit des acteurs de terrain (professionnels et associatifs) pour faciliter l'accès aux droits, l'accompagnement et la prise en soin (cf. thématiques « Accès aux droits »).

2. Mettre en place un **portail numérique unique regroupant les aides disponibles**, permettant une entrée par « profil », type d'aide et par territoire (EPCI) en recensant les solutions possibles dans la lutte contre l'isolement. Le portail proposera également un « focus » sur les actions gratuites existantes liées au lien social.

Le portail doit être accessible au plus grand nombre. Pour en assurer l'accessibilité, il sera élaboré en co-construction avec les personnes concernées et les professionnels. Une réflexion est à avoir sur la manière de diffuser l'information auprès d'un public plus large, incluant les familles des personnes concernées. Le portail sera accessible aux associations et institutions, ainsi qu'aux professionnels de l'EPCI.

Une version imprimable de ce recensement sera à mettre en place et à diffuser auprès des professionnels afin de toucher les personnes concernées qui pourraient être isolées et/ou en situation de fracture numérique.

3. Initier une **action de sensibilisation** et son déploiement pour lutter contre l'isolement des personnes âgées au profit des professionnels libéraux qui interviennent à domicile<sup>142</sup>.

<sup>142</sup> Cette action rejoint une préconisation des travaux de préfiguration du gérontopôle : « Encourager l'appropriation par

les différents professionnels de santé des questions de détection des préfragilités et fragilités : déploiement d'efforts

# Personnes handicapées vieillissantes en Hauts-de-France

La CNSA situe la personne handicapée vieillissante (PHV) dès l'âge de 40 ans. Du fait d'une espérance de vie croissante et d'une meilleure prise en soin, les personnes en situation de handicap atteignent de plus en plus souvent un âge élevé, ce qui pose la question d'un accompagnement spécifique.

## Une augmentation importante des personnes handicapées vieillissantes

Selon le rapport de la cour des comptes de 2023 sur les personnes handicapées vieillissantes<sup>143</sup>, l'avancée en âge des générations nées dans l'après-guerre et l'amélioration sensible de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap a pour conséquence une augmentation importante des personnes handicapées vieillissantes. Ainsi, le nombre de bénéficiaire de l'AAH (allocation aux adultes handicapés) de plus de 50 ans a augmenté de 55 % entre 2011 et 2019 et le nombre de personnes accueillies en EMS a progressé de 50 % entre 2010 et 2018.

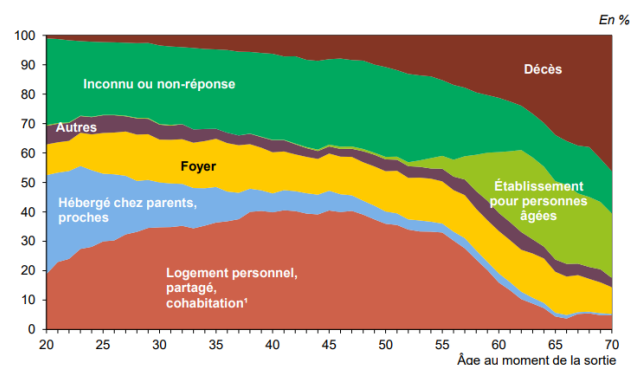
Par ailleurs, les données de l'enquête EHPA de la Drees<sup>144</sup> indiquent qu'en 2019 en France 7026 personnes sont accueillies dans des EHPA et résidaient antérieurement dans un établissement pour adultes handicapés (soit environ 1 % de l'ensemble des résidents en EHPA). La majorité d'entre elles sont accueillies en EHPAD public (46,4 %) ou en EHPAD privé à but non lucratif (36,3 %). Viennent ensuite les résidences autonomie (5,6 %), les EHPAD privés à but lucratif (4,7 %), en EHPA (3,7 %) et en USLD (3,3 %).

Les nouveaux entrants en EHPA depuis un établissement pour adultes handicapés étaient au

nombre de 1 245 en 2019. L'âge moyen de ces entrants était de 65 ans et 5 mois.

Les données de la Drees sur le handicap<sup>145</sup> montrent qu'à partir de 60 ans, un quart des sortants de structures pour adultes handicapés passent vers un établissement pour personnes âgées (figure suivante).

## Logement ou hébergement après la sortie d'établissement (hors service et Esat) selon l'âge au moment de la sortie en 2022



Note > Y compris les personnes bénéficiant de diverses formes d'habitat inclusif, comme les formes de cohabitation rendues possibles par la mutualisation des charges et/ou de prestations. Les résultats de la répartition ont été lissés en appliquant une moyenne mobile d'ordre 5.  
Lecture > 33 % des adultes handicapés âgés de 20 ans sortis d'un établissement ont été hébergés par les parents ou des proches après avoir quitté l'établissement qui les accompagnait.  
Champ > France, personnes sorties d'une structure pour adultes handicapés en 2022, hors services et Esat.  
Source > DREES, enquête ES-Handicap 2022.

Les données montrent ainsi qu'entre 50 et 59 ans, une minorité de sortants se dirigent vers les établissements pour personnes âgées. Après 60 ans, le passage vers un établissement du champ de la dépendance devient majoritaire.

## Des difficultés dans l'accès aux soins et l'accompagnement médico-social

Selon la cour des comptes, les besoins de cette population ne sont que partiellement satisfaits : seules 60 % des personnes bénéficiant d'une orientation vers un ESMS ou un EMS ne voient pas leur

de sensibilisation, de formation et de dissémination de pratiques ».

<sup>143</sup> Rapport public de la cour des comptes : « L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes », septembre 2023.

<sup>144</sup> L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de la Drees de 2019.

<sup>145</sup> Drees, *Le handicap en chiffres*, édition 2024.

demande satisfaite. Cette situation est d'autant plus compliquée pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement ou une forme de schizophrénie.

Une forte tension s'observe sur les services à domicile : seulement 41 % des demandeurs accèdent à un SAD, ce qui a pour conséquence des entrées non souhaitées en établissement.

On observe une pénurie de places disponibles en établissement, et celle-ci est particulièrement ressentie par les personnes âgées de plus de 45 ans, dont les chances d'admission en établissement sont plus faibles, passant de 65 % tous âges confondus à seulement 33 % pour les plus de 45 ans. Ce manque d'infrastructures adaptées entraîne parfois des transferts géographiques vers des structures en Belgique, augmentant encore l'isolement de certaines personnes.

Compte tenu de tous ces éléments, la cour des comptes estime que le vieillissement des personnes handicapées vieillissantes s'est dégradé par rapport à la population générale.

L'ARS, dans son rapport Alcimed, évoque aussi l'accompagnement spécifique des personnes handicapées vieillissantes et pointe un manque de places dédiées aux personnes handicapées vieillissantes sur le territoire des Hauts-de-France (malgré un taux d'équipement personnes handicapées vieillissantes dans les EHPAD supérieur au taux national), mais également l'insuffisance des liens entre les EHPAD et les établissements et services dédiés aux PH. Les données mises à disposition par l'ARS permettent de voir des contrastes régionaux importants en matière de places dédiées aux personnes handicapées vieillissantes en EHPAD (cf. tableau suivant).

Territoire	Aisne	Oise	Somme	Pas-de-Calais	Métropole-Flandres	Hainaut	Hauts-de-France	France
Taux d'équipement HP PHV	2,24	0,96	0,55	2,14	0,65	1,19	1,31	0,66

Lecture : 2,24 % des places HP de l'Aisne sont dédiés aux personnes handicapées vieillissantes.

Ainsi, l'Aisne et le Pas-de-Calais ont les taux les plus favorables de la région en matière de places dédiées aux personnes handicapées vieillissantes en EHPAD. Le Hainaut reste autour de la moyenne régionale, tandis que l'Oise et Métropole-Flandres se situent autour du taux observé en France (0,66). La Somme est le seul territoire où le taux d'équipement est inférieur au taux national.

Ces taux d'équipement pour les personnes handicapées vieillissantes sont mis en regard par l'ARS avec le taux d'occupation en EHPAD en hébergement permanent qui est de 90,8 % dans les Hauts-de-France en 2021. Trois départements ont des taux d'occupation supérieurs à 90 % : le Pas-de-Calais (94,2 %), le Nord (90,7 %) et l'Oise (90,4 %). La Somme (87 %) et l'Aisne (88,1 %) ont les taux d'occupation les plus faibles.

Le rapport Alcimed mandaté par l'ARS Hauts-de-France propose donc de développer sur le territoire des unités spécifiques en EHPAD avec « des plateaux techniques et des ressources humaines adaptées »<sup>146</sup>.

### L'enjeu de l'autonomie face à des risques élevés de ruptures de parcours

Le rapport de la cour des comptes met également en avant le risque important de ruptures de parcours, notamment pour les personnes handicapées

<sup>146</sup> ARS Hauts-de-France, *Appui à la conduite de diagnostics territoriaux partagés de l'offre médico-sociale en Hauts-de-France*, Alcimed, rapport complet.

vieillissantes vivant à domicile, c'est-à-dire 90 % d'entre elles en France, dont la plupart sont non accompagnées. Selon la cour des comptes, la priorité de l'accompagnement devrait porter sur l'adaptation du logement, son coût et sa proximité aux services commerciaux ou de santé pour permettre aux personnes handicapées vieillissantes de vivre en autonomie. L'autre besoin important identifié par la cour des comptes concerne l'accès à une aide humaine, alliant l'aide professionnelle et celle des proches aidants pour permettre de garantir l'autonomie à domicile et pallier le vieillissement des aidants qui complique l'aide apportée dans de nombreuses situations. Pour « limiter les situations de crise », l'offre de soutien à domicile doit se diversifier et garantir plus de stabilité, notamment par une procédure de repérage des personnes handicapées vieillissantes systématique.

La cour des comptes pointe également un risque important de rupture d'accompagnement lors du passage à la retraite des travailleurs en Esat qui correspond souvent à une fin d'accompagnement médico-social, voire à un changement de logement si l'Esat était associé à un établissement.

### **L'accueil en établissement des personnes handicapées vieillissantes**

L'accueil en établissement pour les personnes handicapées vieillissantes se fait principalement en EHPAD (40 %) selon la cour des comptes qui pointe cependant une nécessité de ces établissements à s'adapter aux besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes. Dans le même ordre d'idée, l'étude du Crehpsy des Hauts-de-France et du CREAL Hauts-de-France<sup>147</sup> montre des difficultés croissantes en nombre et un manque de réponses adaptées au vieillissement des personnes avec des troubles psychiques.

Certains départements ou territoires recensent les unités de vie pour personnes handicapées âgées (UVPHA) à l'instar de l'Aisne<sup>148</sup> qui liste six UVPHA en

EHPAD pour un total de 80 places (dont 66 sont habilitées à l'aide sociale).

### **L'accompagnement à la retraite des personnes en situation de handicap**

L'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap se fait par le biais des entreprises ordinaires, du milieu protégé et des entreprises adaptées. Quel que soit le milieu de travail, une part importante des travailleurs en situation de handicap est constituée de personnes de 50 ans et plus. Cela souligne l'importance des dispositifs de soutien pour cette tranche d'âge, notamment en matière de préparation à la retraite.

La retraite des personnes en situation de handicap nécessite une attention particulière pour garantir une transition sereine vers cette nouvelle étape de la vie. Les dispositifs existants visent à compenser les difficultés rencontrées par ces travailleurs tout au long de leur carrière, afin de leur offrir une retraite adaptée à leurs besoins. Il existe plusieurs dispositifs pour compenser les difficultés rencontrées par les personnes handicapées, que ce soit en milieu ordinaire ou protégé. Les dispositifs d'accompagnement à la retraite en France sont diversifiés et visent à soutenir les futurs retraités dans leur transition vers cette nouvelle étape de vie. Ils sont, en principe accessibles à tous, donc aux personnes en situation de handicap. Parmi ces dispositifs, on trouve les renseignements et conseils, les bilans de carrière, les ateliers et séminaires, les accompagnements personnalisés, les plateformes numériques, les aides financières. Ces dispositifs, proposés par différents acteurs comme la CARSAT, les caisses de retraite complémentaires, les entreprises et des organismes associatifs, visent à accompagner les individus dans la préparation de leur retraite, tant sur le plan administratif que financier et psychologique. Ils contribuent ainsi à rendre cette étape de vie plus sereine et mieux anticipée. Par ailleurs, les salariés du milieu protégés bénéficient également de dispositifs spécifiques

<sup>147</sup> Delporte, M., 2018, *Vieillir avec des troubles psychiques : des difficultés croissantes, un manque de réponses adaptées*.

<sup>148</sup> Site du département de l'Aisne : <https://www.aisne.com/votre-service/personnes-en-situation-handicap/lieu-vie-daccueil/etablisements-services-medico-sociaux-esms-pour-adultes>

pour les accompagner dans leur transition vers la retraite mis en œuvre par leur établissement d'accueil.

Pourtant, les personnes en situation de handicap rencontrent des difficultés lors du passage vers la retraite. Il est en particulier possible de mettre en évidence :

- **Les difficultés administratives et financières**

Les démarches administratives pour faire valoir ses droits à la retraite peuvent être particulièrement complexes et fastidieuses pour les personnes handicapées. Les aides financières disponibles peuvent ne pas suffire à compenser la perte de revenus liée à la retraite, surtout si la personne a des besoins spécifiques liés à son handicap.

- **L'accessibilité et la mobilité**

Adapter un logement pour qu'il soit accessible peut être coûteux et compliqué. Les personnes en situation de handicap peuvent rencontrer des difficultés à trouver des logements adaptés ou à financer les aménagements nécessaires lors de leur départ en retraite. Les difficultés de déplacement peuvent limiter l'accès aux services publics, aux activités sociales et aux soins de santé, ce qui peut aggraver l'isolement.

- **Santé et Soins**

Les personnes en situation de handicap peuvent rencontrer des obstacles pour accéder aux soins de santé adaptés, notamment en raison de la mobilité réduite ou de la discrimination. Avec l'âge, les besoins en soins peuvent augmenter, et les personnes handicapées peuvent rencontrer des difficultés à trouver des services de soins à domicile adaptés.

- **Isolement Social**

Les personnes en situation de handicap peuvent avoir un réseau social plus restreint, ce qui peut conduire à un isolement accru lors de la transition vers la retraite. La discrimination et les stéréotypes peuvent limiter les opportunités de participation sociale et professionnelle, exacerbant l'isolement.

Ces difficultés soulignent l'importance d'un accompagnement personnalisé et de dispositifs adaptés pour garantir une transition sereine vers la retraite pour les personnes en situation de handicap tant en milieu ordinaire qu'en milieu protégé.

L'optimisation et la création de dispositifs d'accompagnement à la retraite peuvent permettre de répondre efficacement aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap.

## Faits marquants

- Le nombre de bénéficiaire de l'AAH de plus de 50 ans a augmenté de 55 % entre 2011 et 2019.
- 60 % des personnes bénéficiant d'une orientation vers un ESMS ou un EMS ne voient pas leur demande satisfaite.
- L'âge moyen des entrants en EHPA est de 65 ans et 5 mois.
- Un quart des sortants de structures pour adultes handicapés s'orientent vers un établissement pour personnes âgées.
- Une **pénurie de places en établissement** est constatée pour faire face au vieillissement des personnes handicapées. D'un point de vue régional, l'Aisne et le Pas-de-Calais ont un meilleur taux d'équipement. A l'inverse, l'Oise et la Somme ont des taux d'équipement faibles.
- Les priorités concernent l'adaptation du logement, l'accessibilité aux services commerciaux ou de santé pour **permettre aux personnes handicapées vieillissantes de vivre en autonomie** ; et **l'accès à une aide humaine** alliant professionnels et proches aidants.

# Les contributions du groupe de travail

Un groupe de travail s'est constitué autour de cette thématique. Ce groupe s'est réuni à trois reprises afin d'examiner et de discuter des enjeux liés aux personnes handicapées vieillissantes 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 :

- **Nounagnon Agbangla**, MCU, Université d'Artois.
- **Olivier Baelus**, infirmier coordonnateur du CRT n°8.
- **Sébastien Bil**, président Udaf de la Somme et Uraf Hauts-de-France.
- **Frédéric Bloch**, PU-PH CHU Amiens-Picardie, président du comité scientifique du Gérontopôle des Hauts-de-France.
- **Céline Bouquet**, coordonnatrice territorial, DAC Appui Santé Montreuillois-Ternois-Arrageois.
- **Bernard Da Lage**, Coordinateur Commission Personnes Âgées de France-Assos Santé Hauts de France, RU au GH Seclin-Carvin.
- **Samuel Debril**, directeur régional Hauts-de-France des Petits Frères des Pauvres.
- **Evelyne Ducrot**, représentante des usagers au CHU Amiens-Picardie et PSY PRO Amiens et présidente UFAL Picardie Maritime.
- **Thomas Gadenne**, fondateur de AlloMamy.
- **Clémentine Gazzera-Spieser**, directrice adjointe-maladie Carsat Hauts-de-France.
- **Anne Guénand**, CEO de Bip Pop et enseignante-chercheuse à l'UTC.
- **Ghislaine Lefebvre**, UFAL Amiens-Métropole.
- **Jennifer Pereira**, chargée d'études, MSA de Picardie, Service ASS.
- **Christophe Venant**, coordonnateur général des soins, CH Somain.

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. La vigilance à avoir quant à la **perte financière** importante pour les personnes handicapées à 62 ans lors du passage de l'AAH au minimum vieillesse.

2. **L'accompagnement du départ en retraite** des travailleurs handicapés en établissements, notamment lors du passage dans les établissements pour personnes âgées qui ne sont pas toujours adaptés aux personnes handicapées vieillissantes, ni le personnel pas toujours formé.
3. De la même façon, les personnes handicapées vieillissantes vivant avec leurs proches, ou en famille d'accueil, ont des passages compliqués vers les structures spécialisées.
4. Les personnes handicapées vieillissantes, à l'instar des autres personnes âgées, souhaitent rester à domicile mais rencontrent des difficultés particulières face à **l'adaptation de leur habitat** : il y a une donc une nécessité d'avoir une offre d'habitat adaptée.
5. Les priorités pour les personnes handicapées vieillissantes concernent **l'accès au droit commun** (accessibilité) et le **renforcement de l'accueil en établissement** (offre et adaptation de l'offre).

## 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 « accès aux droits »** (axe 3), notamment pour l'accès au droit commun des personnes handicapées vieillissantes.
- La thématique **« Accompagnement à domicile et en établissement »** (axe 1) en lien avec l'accompagnement du domicile ou d'un établissement pour personnes handicapées vers un établissement pour personnes âgées.
- La thématique **« Bienveillance »** (axe 2) en lien avec la nécessité d'adapter les établissements pour personnes âgées à l'inclusion des personnes handicapées vieillissantes.

## Les préconisations du groupe de travail

1. Connaître les enjeux du vieillissement des personnes handicapées vieillissantes et savoir quelle est l'offre réelle pour leur prise en soin et quelles sont les problématiques auxquelles la population fait face. De manière générale il est nécessaire d'anticiper les besoins de cette population, de mieux adapter l'offre existante et de communiquer davantage autour de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes pour lutter contre les représentations.
2. Engager une réflexion autour de l'adaptation de l'offre pour les personnes handicapées vieillissantes, notamment vis-à-vis des projets de vie individuels. L'offre doit mieux préparer au passage des personnes handicapées vieillissantes vers des établissements de personnes âgées.
3. Accompagner les professionnels, en particulier en établissement, à l'accompagnement spécifique des personnes handicapées vieillissantes.
4. Renforcer l'accessibilité au droit commun des personnes handicapées vieillissantes, notamment dans le vieillissement à domicile. Favoriser leur inclusion dans les différents dispositifs existants tout en prenant en compte leur spécificités.
5. Faciliter l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD et renforcer la coopération entre les structures spécialisées du handicap et du vieillissement.

6. Mobiliser les SPDA sur les enjeux du vieillissement des personnes handicapées.

## Les actions à mener par le gérontopôle

1. Analyser les **ressources et services existants** au regard des **besoins populationnels des personnes handicapées vieillissantes** et identifier les freins à l'entrée en établissement, notamment vis-à-vis des projets de vie individuels. Inclure les départs de personnes handicapées vieillissantes en Belgique dans l'analyse.
2. Mettre en place une **action de sensibilisation sur l'accompagnement** des personnes handicapées vieillissantes auprès des professionnels intervenant à domicile ou en établissement (cf. thématique « Soutien à l'autonomie à domicile ou en établissement »).
3. Mener une enquête exploratoire sur les **besoins des professionnels en EHPAD** sur l'accompagnement spécifique des personnes handicapées vieillissantes.
4. Effectuer une action de sensibilisation autour de la **charte Romain Jacob** auprès des professionnels intervenant à domicile ou en établissement, ainsi que des proches aidants.

# Bientraitance à domicile et en établissement en Hauts-de-France

## Définition de la bientraitance

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la bientraitance comme « une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins »<sup>149</sup>. La HAS précise que l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a identifié quatre repères :

- « L'usager co-auteur de son parcours ;
- La qualité du lien entre professionnels et usagers ;
- L'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes ;
- Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance. »

Le guide « Bientraitance et vieillissement » mis en place par le Cif-SP précise qu'avoir un comportement bientraitant « ne signifie pas seulement avoir les bons gestes/paroles, mais c'est également contribuer à redonner une place à la personne âgée dans la société, à faire valoir ses droits, à l'informer pour qu'elle ait la capacité d'exprimer pleinement ses besoins et ses envies et garder à l'esprit qu'elle a toujours le droit au choix »<sup>150</sup>.

## Définition et données sur la maltraitance

La définition de la maltraitance souvent retenue par les institutions est celle issue du vocabulaire partagé défini par la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance<sup>151</sup> :

*« Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. »*

*Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »*

En 2017, une analyse de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>152</sup> a révélé qu'au cours de l'année précédente, une personne âgée de plus de 60 ans sur six (15,7 %) avait été victime d'une forme de maltraitance. Selon une analyse, également produite par l'OMS, d'études récemment réalisées sur la maltraitance des personnes âgées en institution, 64,2 % des membres du personnel ont déclaré avoir commis un acte de maltraitance au cours de l'année écoulée.

## Bientraitance dans les ehpad

Les travaux de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), sur la bientraitance et les pratiques professionnelles en EHPAD, conduits en

<sup>149</sup> HAS, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 1<sup>er</sup> juillet 2008 : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre)

<sup>150</sup> Guide « Bientraitance et vieillissement » mis en place par le Cif-SP et le collectif Bientraitance en 2016.

<sup>151</sup> Source et données rassemblées par le HCFEA : Maltraitements envers les personnes âgées, données de cadrage, *Séminaire du 17/05/2023*.

<sup>152</sup> Yon, Y. et al. (2017) Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis, *Glob Health*, 5 (2), pp.147-156, cite par l'OMS : "Maltraitance des personnes âgées".

2015<sup>153</sup> ont mis en avant des éléments de vigilance dont nous pouvons retenir notamment :

- La nécessité d'assurer la liberté d'aller et venir pour les résidents. Les restrictions à cette liberté sont souvent mises en lien avec les enjeux de sécurité des résidents. Le rapport de l'Anesm montre qu'en moyenne 88 % des nouveaux arrivants dans les EHPAD sont effectivement libre d'aller et venir au sein de leur établissement. Ce chiffre tombe à 61 % pour les sorties vers l'extérieur de l'établissement.
- L'importance pour les établissements de mettre en place des procédures concernant les situations de maltraitance. En 2015, un quart des EHPAD ne disposaient d'aucune procédure concernant les situations de maltraitements et seul un tiers des EHPAD prévoyait une procédure spécifique pour les décès consécutifs à un suicide.
- L'impératif de mettre en place des retours d'expériences des équipes et réfléchir aux questions d'éthique : 19 % des EHPAD ne réunissent jamais ou moins d'une fois par an leurs équipes pour mettre en place des retours d'expérience et développer une réflexion éthique.
- La nécessité de mettre en place des instances de réflexion éthique : en 2022, 68 % des établissements étaient dépourvus de ce type d'instance et 27 % ne disposaient d'aucune charte de bienveillance.<sup>154</sup>

## Bientraitance à domicile

A partir de l'observatoire de la fondation Médéric Alzheimer et des données de la CNSA, une enquête a été menée en 2019 auprès des professionnels chargés de l'évaluation des plans d'aide pour l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). Sur les questions de maltraitance, il résulte que 51 % des

professionnels ont déclaré avoir été confrontés à au moins une situation de maltraitance au cours des six derniers mois. En moyenne, ces professionnels ont repéré 2,9 situations de maltraitance (dont 2,3 pour des personnes atteintes de troubles cognitifs).

Dans le même ordre d'idée, l'enquête a montré que 46 % des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont déclaré avoir été confrontés à des cas de maltraitance dans l'année écoulée<sup>155</sup>. La négligence (définie comme un manque de soins ou d'attention à l'égard d'une personne dépendante, la privation de nourriture, de vêtements, d'aide ou de compagnie), quelle que soit son origine, est la forme de maltraitance la plus souvent citée : 84 % des SSIAD l'ont mentionnée. 63 % des services ont également déclaré avoir été confrontés à des cas de maltraitance psychologique. La maltraitance physique et la maltraitance financière ont été moins souvent évoquées (respectivement par 37 % et 26 % des services de soins)

L'enquête qualitative ASDO de 2021 sur les maltraitements à domicile envers les personnes âgées et les adultes en situation de handicap<sup>156</sup> montre que les maltraitements les plus déclarés par les professionnels à domicile sont les maltraitements psychologiques (60 % des répondants concernés y ont été confrontés), les négligences, les abandons ou les privations (53 %) et les maltraitements physiques (46 %). Seuls 36 % des professionnels interrogés déclarent avoir été témoins de situation de maltraitance, ce qui illustre bien l'écart entre le repérage et la qualification d'une maltraitance.

Cette enquête montre également que 74 % des intervenants à domicile confrontés à une situation de maltraitance la rapportent à leur responsable, 32 % ont mobilisé une équipe pluridisciplinaire et 28 % ont mobilisé les services sociaux du territoire.

Les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) confirment que le sujet de la bientraitance est un sujet récurrent des thématiques

<sup>153</sup> Source : Anesm – Bientraitance, analyse nationale 2015 - Déploiement des pratiques professionnelles en Ehpads ; recensé par le HCFEA « Maltraitements envers les personnes âgées, données de cadrage », *Séminaire du 17/05/2023*.

<sup>154</sup> Source : Enquête Flash Ehpads- fondation Médéric Alzheimer/Ifop-Mars 2022.

<sup>155</sup> Fondation Médéric Alzheimer, 2019/2020.

<sup>156</sup> Source : enquête qualitative ASDO commandée par la DGCS, novembre 2021 à partir du recensement de l'HCFEA.

qu'ils abordent : environ ¼ d'entre eux ont élaboré des recommandations sur le respect des droits et la bientraitance<sup>157</sup>. Parmi ces recommandations, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) note que :

- 21 % préconisent le renforcement des moyens humains pour l'accompagnement et les soins.
- 21 % préconisent l'accroissement de la formation des professionnels et des proches aidants.
- 20 % préconisent une meilleure information des personnes âgées ou en situation de handicap sur leurs droits et sur les moyens d'exercer leur citoyenneté.
- 21 % préconisent le renforcement de l'action des conseils de la vie sociale (CVS) en établissement.

### Dispositifs de recours en cas de maltraitance à domicile ou en établissement

Le HCFEA évoque trois types de dispositifs de recours en cas de maltraitance : le recours auprès du défenseur des droits, l'activité de la Fédération 3977 et les plaintes auprès de l'ARS.

Concernant le recours auprès du défenseur des droits, leurs données de 2023 concernant les saisines reçues entre mai 2021 et décembre 2022 recensent 281 saisines en lien avec les EHPAD<sup>158</sup>. Parmi elles, 43 % sont en lien avec de la maltraitance par excès ou négligence, 30 % pour une limitation des visites, 12% pour une entrave à la liberté d'aller et venir, 8 % pour de la violence morale, 4 % pour le droit à la vie privée, 2 % pour des cas de violence physique et 1 % pour une atteinte au bien ou une maltraitance financière.

Les chiffres clés de la Fédération 3977 pour 2022<sup>159</sup> permettent également de saisir les cas de maltraitance envers les personnes âgées. Sur l'ensemble des appels reçus par la plateforme en 2022 (81 701 appels), 7 368 dossiers ont été ouverts.

Sur l'ensemble de ces dossiers, le rapport d'activité de la Fédération met en avant que :

- 82 % des victimes ont plus de 60 ans. Elles sont principalement âgées de 76 à 85 ans (26 % des situations) et de 86 à 95 ans (28 % des situations). 69 % sont des femmes, avec notamment une prédominance de femmes aux âges avancés (67 % des cas pour les 66-75 ans et 78 % pour les 86-95 ans). 30 % sont en situation de handicap.
- Les personnes mises en cause sont principalement des membres de la famille (38%), issues du personnel d'établissement (31%), des services médicaux (13%), des membres de l'entourage hors famille (7%) ou des services sociaux (3%).
- 59 % des maltraitements ont lieu à domicile et 41 % en établissement.
- Chez les personnes âgées de 60 ans et plus, les maltraitements principaux étaient plus souvent liées à des négligences passives (25 %). Ensuite viennent les maltraitements psychologiques (17 %), physiques (17 %) et liées aux soins (14 %). Les maltraitements financiers et le non-respect des droits représentent chacun 10 % des maltraitements principaux rapportés.

Parmi les actions préconisées par la Fédération, on note qu'il s'agissait d'actions juridiques dans 23 % des cas, d'actions administratives (21 %) et sociales (21 %), de recherches de conciliation (15 %), d'actions sanitaires (13 %) et d'actions portant sur l'environnement de la victime (7 %).

Les chiffres d'Allo Maltraitance Personnes âgées et/ou handicapées (ALMA) Nord-Pas-de-Calais<sup>160</sup> pour le département du Nord<sup>161</sup> montrent une augmentation importante, de l'ordre de 50 %, des signalements auprès de la Fédération 3977 en 2021 et 2022. Les victimes supposées ont plus de 80 ans pour 52 % d'entre elles, et sont à 70 % des femmes. Les chiffres d'ALMA permettent de voir que la « maltraitance multiple est la règle » avec une moyenne de 1,6 maltraitance par cas. Pour 2023, les

<sup>157</sup> Source : enquête CNSA, juin 2022 : bilan d'activité des CDCA, cité par le HCFEA.

<sup>158</sup> Défenseur des droits - suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad (2023), cité par le HCFEA.

<sup>159</sup> Rapport d'activité 2022, Fédération 3977, cité par le HCFEA.

<sup>160</sup> Source : Données Centre Alma 59 et Fédération 3977.

<sup>161</sup> La collecte de données pour les autres départements est en cours.

signalements recensés concernaient des personnes vivant à leur domicile dans 81,7 % des cas et en établissement dans 18,3 % des cas. L'entourage familial est le principal mis en cause (52,4 %), suivi par les professionnels (29,4 %).

Par ailleurs, sur les 256 dossiers créés en 2023 par la Fédération 3977 ou par ALMA Nord-Pas-de-Calais concernent à 61,64 % des personnes âgées (dont 65 % de femmes), dont 75 % vivent à domicile. Les 38,36 % restant concernent des personnes handicapées (dont 56 % des femmes). Ces dossiers concernent à 90 % des situations préoccupantes. Le centre d'écoute est principalement contacté par des membres de la famille (44,40 %) ou par la victime elle-même (25 %)<sup>162</sup>. Le nombre de dossiers créés est en augmentation quasi constante depuis 2015 (162 dossiers créés), pour atteindre en 2024, 379 dossiers créés, soit une augmentation de 48 % par rapport à 2023.

Enfin, le suivi des plaintes et réclamations reçues par les agences régionales de santé montre que celles mettant en cause les structures accueillant des personnes âgées ont fortement augmenté en 2022 avec un doublement par rapport à 2021. Par ailleurs, la part des plaintes relatives à des situations de maltraitance est passé de 4 % en 2020 à 8 % en 2022<sup>163</sup>.

### Les déclarations d'évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS)

En 2024, la Haute Autorité de santé (HAS) a reçu 4 631 déclarations d'évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS)<sup>164</sup>. Parmi ces déclarations, 9,2 % proviennent de la région Hauts-de-France (soit 426 déclarations), ce qui en fait la troisième région avec le plus de déclarations après l'Île-de-France et la région Auvergne-Rhône-Alpes. En 2023, la HAS n'avait reçu que 301 déclarations provenant des Hauts-de-France, soit 7,37 % de l'ensemble des déclarations (4 083).

Sur l'ensemble des déclarations de 2024, 2 125 concernent des patients et 2 379 des patientes. Les patients concernés sont des personnes âgées en majorité : 61,91 % des EIGS concernent des patients de plus de 61 ans. Dans le détail, 28,29 % concernent des patients de 61 à 80 ans, 32,82 % concernent des patients de 81 à 100 ans et 0,8 % des patients âgés de plus de 100 ans.

21,7 % de l'ensemble des EIGS sont considérées évitables par les déclarants et 28 % probablement évitables. Les causes immédiates les plus déclarées concernent les erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins, les erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic et les actions du patient contre lui-même.

Malgré une amélioration en 2023, les analyses approfondies sont jugées incorrectement réalisées pour 54 % des EIGS par les experts de la HAS. Or, la HAS explique que « le manque de qualité des déclarations nuit à la réalisation d'un retour d'expérience national complet et pertinent et donc à l'identification d'actions à mettre en place afin d'éviter la récurrence des événements »<sup>165</sup>.

<sup>162</sup> Rapport d'activité 2023, ALMA Nord-Pas-de-Calais.

<sup>163</sup> Source : Secrétariat général des ministères sociaux, cité par le HCFEA.

<sup>164</sup> Données : Visualisation des données sur les déclarations d'évènements indésirables graves associés

aux soins (EIGS) reçues à la HAS, *Études et Rapports – Données actualisées au 15/01/2025.*

<sup>165</sup> HAS, *abrEIGÉS, Un rapport synthétique annuel sur les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2023*, Septembre 2024.

## Faits marquants

- Bien que les données dont nous disposons soient **parcellaires et limitées**, celles mises en avant permettent de constater que la bientraitance des personnes âgées est **un enjeu majeur**.
- Selon la HAS, en 2024, 61,91 % des EIGS en France concernent des patients de plus de 61 ans.
- Selon l'OMS, **en 2017, une personne âgée de plus de 60 ans sur six (15,7 %) avait été victime d'une forme de maltraitance**.
- Les points de vigilance mis en avant par l'Anesm pour la bientraitance dans les ehpad concernent : la **liberté d'aller et venir**, la mise en place de procédures concernant les situations de maltraitance, la mise en place de **retours d'expériences des équipes** et la réflexion autour des questions **d'éthique**.
- En 2018, selon la Fondation Médéric Alzheimer, 46 % des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont déclaré avoir été confrontés à des cas de maltraitance.
- Les types de maltraitements les plus déclarés par les professionnels à domicile sont les **maltraitements psychologiques** (60 % des répondants concernés y ont été confrontés), les **négligences**, les **abandons** ou les **privations** (53 %) et les **maltraitements physiques** (46 %).
- **En 2022, 82 % des dossiers ouverts auprès de la Fédération 3977 concernent des personnes de 60 ans et plus.**



# Les travaux du groupe de travail

Un groupe de travail s'est constitué autour de cette thématique. Ce groupe s'est réuni à trois reprises afin d'examiner et de discuter des enjeux liés à la bientraitance 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 :

- **Nounagnon Agbangla**, MCU, Université d'Artois.
- **Olivier Baelus**, infirmier coordonnateur du CRT n°8.
- **Sébastien Bil**, président Udaf de la Somme et Uraf Hauts-de-France.
- **Frédéric Bloch**, PU-PH CHU Amiens-Picardie, président du comité scientifique du Gérontopôle des Hauts-de-France.
- **Céline Bouquet**, coordonnatrice territoriale, DAC Appui Santé Montreuillois-Ternois-Arrageois.
- **Bernard Da Lage**, Coordinateur Commission Personnes Âgées de France-Assos Santé Hauts de France, RU au GH Seclin-Carvin.
- **Samuel Debril**, directeur régional Hauts-de-France des Petits Frères des Pauvres.
- **Evelyne Ducrot**, représentante des usagers au CHU Amiens-Picardie et PSY PRO Amiens et présidente UFAL Picardie Maritime.
- **Thomas Gadenne**, fondateur de AlloMamy.
- **Clémentine Gazzera-Spieser**, directrice adjointe-maladie Carsat Hauts-de-France.
- **Anne Guénand**, CEO de Bip Pop et enseignante-chercheuse à l'UTC.
- **Ghislaine Lefebvre**, UFAL Amiens-Métropole.
- **Jennifer Pereira**, chargée d'études, MSA de Picardie, Service ASS.
- **Christophe Venant**, coordonnateur général des soins, CH Somain.

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. Les réflexions autour de la bientraitance en amènent d'autres sur les **questions d'éthique** et sur les **questions juridiques**.

## 2. Les violences conjugales, la conjugopathie et les violences intra-familiales sont des

sujets importants à traiter dans cette thématique de la bientraitance.

3. Les questions de bientraitance sont particulièrement importantes dans l'accompagnement des **sorties d'hospitalisation**, ainsi que dans les **entrées dans les services gériatriques** souvent plus adaptées que les services urgences.

## Liens avec d'autres fiches thématiques

Avec les problématiques identifiées, le groupe de travail met en avant le lien important avec une autre fiche thématique :

- La **thématique « Prévention et soutien à l'autonomie »** (Axe 1), notamment dans la diffusion de « bonnes pratiques » dans les prises en soin, les entrées et les sorties d'hospitalisation.

## Les préconisations du groupe de travail

1. Eviter la ré-hospitalisation des personnes âgées en accompagnant mieux les sorties doit être considérée comme une forme de bientraitance. Il est donc nécessaire de travailler sur les sorties d'hospitalisation et les sorties des services d'urgences, notamment à travers le lien ville-hôpital, critère obligatoire dans la nouvelle certification notamment sur les dispositifs de liaison (cf. thématique « Prévention »).
2. Favoriser la bientraitance en facilitant les entrées en service gériatrique plutôt qu'en service d'urgences. De même, il est nécessaire d'éviter les hospitalisations de nuit.
3. Prendre en compte l'avancée en âge comme facteur aggravant et situation de maltraitance dans les expulsions des logements.

4. Développer les informations et données sur les situations de maltraitance au sein du couple, les violences conjugales et les formes de conjugopathie chez les personnes âgées. Les données à ce sujet sont parcellaires alors qu'il s'agit d'un enjeu important et qui doit être une priorité dans la lutte contre les maltraitements. Les situations où le conjoint est aidant doivent être particulièrement prises en compte (cf. fiche thématique « Proches aidants »).
  5. Identifier des éléments de solution et des pratiques existantes quant aux expulsions des personnes âgées afin d'éviter les mises à la rue et mieux accompagner les personnes concernées, les professionnels et associatifs face à cette problématique. (A priori périmètre d'intervention des SPDA et des DAC).
- Accompagner les professionnels de santé dans leur formation continue sur la prise en soin des personnes âgées afin de favoriser la **prise en compte des cinq sens** dans leur

### Les actions à mener par le Gérontopôle

1. Repérer sur la région les **initiatives déjà existantes sur les sorties d'hospitalisation et d'urgence** (notamment le lien ville-hôpital présent dans le cycle de certification) et les communiquer largement aux acteurs régionaux afin de diffuser des « bonnes pratiques » (Prise en compte dans l'axe 1 « Accompagnement du bien vieillir, prévention et parcours de soin »).
2. Mettre en place une **réflexion autour des entrées directes en service gériatrique** qui doivent être privilégiées aux urgences : identifier les dispositifs existants et communiquer autour de ces dispositifs auprès des acteurs concernés en région pour favoriser les « bonnes pratiques » (Prise en compte dans l'axe 1 « Accompagnement du bien vieillir, prévention et parcours de soin »).
3. Elaborer une **analyse sur les violences conjugales et la conjugopathie** chez les personnes âgées dans la région afin d'identifier les problématiques et sensibiliser autour de ces enjeux, notamment auprès des plateformes de répit (cf. thématique « proches aidants »).
4. **Sensibiliser aux chartes de bientraitance**, présentes auprès des professionnels de santé du sanitaire et du médico-social, des proches (notamment aidants) et personnes concernées.



**Axe 3 : Inégalités sociales et inclusion sociale**

# Accès aux droits des personnes âgées en Hauts-de-France

## Contexte et enjeux

L'accès aux droits des personnes âgées est un enjeu majeur en France, et plus particulièrement dans la région des Hauts-de-France. Avec le vieillissement de la population, les démarches administratives deviennent de plus en plus complexes, entraînant ainsi des difficultés pour de nombreuses personnes âgées. L'isolement social, la fracture numérique et le manque d'accompagnement personnalisé viennent exacerber cette problématique. L'objectif est donc d'identifier les obstacles rencontrés par les personnes âgées et de proposer des solutions adaptées pour leur garantir un accès simplifié aux services et prestations sociales.

D'après une enquête réalisée par le défenseur des droits en France, en 2021<sup>166</sup> :

- 21 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont rencontré des difficultés pour résoudre une situation, auprès d'un service public, ces cinq dernières années.

Le manque d'information et les difficultés à contacter une personne sont les problématiques les plus signalées par les personnes âgées.

- 23 % des personnes de 65 ans et plus indiquent se trouver en difficulté pour accomplir leurs démarches administratives.

La disparition des services de proximité, notamment en milieu rural, contribue à aggraver la situation.

Ces relations complexes avec les administrations amènent les personnes âgées à renoncer à leurs droits. D'ailleurs, la fréquence du renoncement augmente avec l'âge : 22 % des personnes de plus de

85 ans ont indiqué abandonner leur démarche en cas de difficultés, contre 14 % chez les 65-85 ans.

Les risques d'abandonner des démarches à la suite de difficultés sont multipliés par sept chez les personnes en situation de dépendance sévère. Le taux d'abandon est corrélé au niveau de précarité des personnes âgées. Celles qui se sentent peu à l'aise financièrement, abandonnent plus souvent les démarches.

La législation autour de l'accès aux droits des personnes âgées s'est considérablement renforcée depuis quelques années, notamment avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015, portant sur la perte d'autonomie et le maintien à domicile, ainsi que la loi du 8 avril 2024, qui vise à améliorer la protection des droits des personnes âgées et à prévenir l'isolement et le risque de maltraitance<sup>167</sup>.

Toutefois, ces avancées restent insuffisantes et des obstacles à l'accès aux droits persistent dans cette population, requérant un accompagnement individualisé et une vigilance accrue contre certaines discriminations dont elles peuvent être victimes.

**Le non-recours aux droits : un phénomène multifactoriel alimenté par le manque d'information, la complexité des démarches et la fragmentation des dispositifs**

Le **non-recours** fait partie des préoccupations majeures des politiques sociales en France. Il concerne un nombre significatif de personnes, notamment les publics âgés. Ainsi, en 2016, une

<sup>166</sup> Défenseur des droits. *Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé*, 2021.

<sup>167</sup> Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

personne sur deux éligible au minimum vieillesse (Aspa) n'en bénéficiait pas<sup>168</sup>.

L'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore)<sup>169</sup> donne la définition suivante : « le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause - ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre ». Selon l'Odenore, ces situations peuvent s'expliquer par :

- La non-connaissance
- La non-demande
- La non-réception
- La non-proposition

Les données publiées par la DREES<sup>170</sup> mettent en lumière une méconnaissance notable des droits sociaux chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Seules 31 % déclarent connaître de manière précise l'Allocation de solidarité pour les personnes âgées (Aspa), tandis que 18 % indiquent connaître l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), sans toutefois en comprendre clairement les modalités.

De même, la commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)<sup>171</sup> a souligné en 2013 une sous mobilisation des dispositifs d'aides tels que l'aide personnalisée à l'autonomie, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ou aux dispositifs des personnes qualifiées, par méconnaissance. En effet, la diversité des acteurs, l'évolution et la création de nouvelles aides rendent difficile la visibilité des aides mobilisables.

Parmi les autres motifs fréquemment évoqués figurent la complexité et la longueur des démarches administratives (23 %), la crainte d'éventuelles répercussions négatives (18 %), ainsi que le désir d'autonomie ou le refus d'être perçu comme dépendant des aides sociales (16 %)<sup>172</sup>.

Par ailleurs, les personnes âgées rapportent fréquemment des difficultés d'accès à l'information via les services publics, en particulier par téléphone. Lorsqu'une réponse leur est apportée, elles déplorent de ne pas être systématiquement orientées vers des interlocuteurs capables de fournir des réponses adaptées à leur situation<sup>173</sup>.

Dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées, les constats sont aujourd'hui largement partagés : la multiplicité des services, des dispositifs et des acteurs rend l'offre illisible, tant pour les usagers que pour certains professionnels eux-mêmes. Il devient alors difficile, voire impossible, d'exiger des personnes âgées, qu'ils puissent s'y retrouver seuls dans cette complexité. Le principal frein se situe en amont, au moment du repérage des personnes âgées en situation d'isolement ou de perte d'autonomie. En effet, lorsque ces situations sont identifiées, les relais institutionnels tels que le département ou les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont en mesure de mettre en œuvre un accompagnement coordonné et une information adaptée. C'est donc l'étape du signalement initial qui constitue aujourd'hui un maillon faible du parcours d'accès aux droits.

### **L'accès aux droits : un enjeu crucial dans les Hauts-de-France, où la proportion de personnes âgées en perte d'autonomie demeure élevée**

Cet enjeu d'accès aux droits revêt une importance particulière dans la région Hauts-de-France, qui figure, aux côtés de l'Occitanie et de la Corse, parmi les territoires comptant les proportions les plus élevées de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile<sup>174</sup>. En effet, 9,3 % des personnes âgées à domicile de 60 ans ou plus sont considérées en perte d'autonomie contre 7,2 % en France métropolitaine. Les femmes, du fait d'une espérance

<sup>168</sup> Drees. *Le non-recours au minimum vieillesse des personnes seules*, 2022.

<sup>169</sup> ODEONORE, Working paper n°1, juin 2010 - actualisé en décembre 2016 : "Le non-recours : définition et typologies", 2016.

<sup>170</sup> Drees. *Baromètre d'opinion*, 2020.

<sup>171</sup> Direction des Affaires Juridiques (DAJ). *Commission nationale consultative des droits de l'homme*, 26

septembre 2013, *avis sur les discriminations fondées sur la précarité sociale*, 2013.

<sup>172</sup> Drees, *Baromètre d'opinion 2021*.

<sup>173</sup> Défenseur des droits. *Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé*, 2021.

<sup>174</sup> Catherine Barkovic, Noémie Grandperrin ; Insee. *Près d'un senior à domicile sur dix en perte d'autonomie dans les Hauts-de-France*, 2023.

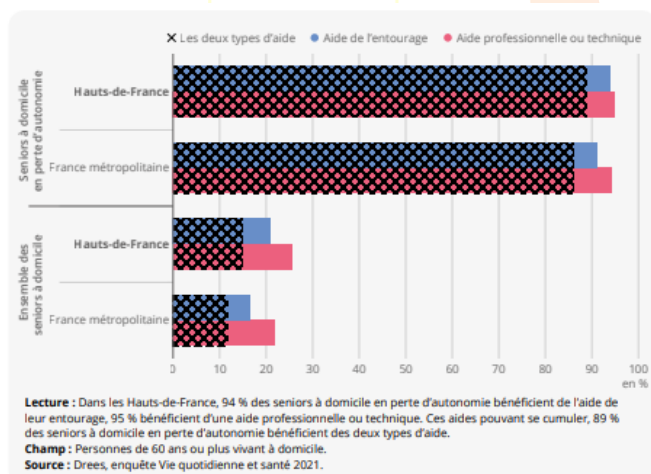
de vie plus importante sont plus concernées que les hommes.

28 % des personnes âgées à domicile présentent une ou plusieurs limitations fonctionnelles (sensorielles, cognitives et/ou physiques). Parmi elles, 14 % rapportent souffrir de problèmes de santé, principalement moteurs et se déclarent en mauvais voire en très mauvais état de santé, ce qui complique l'accès aux démarches administratives et à l'information sur leurs droits.

Plus généralement, les personnes âgées à domicile des Hauts-de-France en perte d'autonomie ou non, sont celles qui recourent le plus souvent qu'ailleurs à une aide ou un appui technique. Ainsi, 95 % reçoivent une aide professionnelle (infirmier, aide-ménagère...) ou technique (fauteuil roulant, déambulateur...) pour les actes de la vie quotidienne, tandis que 94 % reçoivent une aide de leur entourage.

Enfin, 89 % cumulent les deux types d'aides.

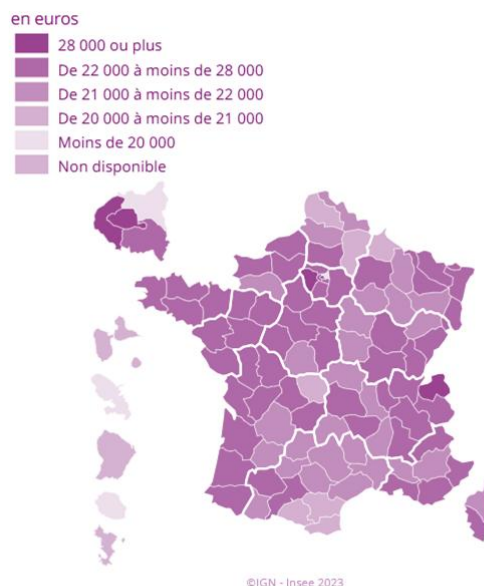
### Part des personnes âgées à domicile bénéficiant d'une aide



Cependant, les difficultés financières des personnes âgées de la région constituent l'une des principales barrières à l'accès aux soins, aux aides techniques et à l'accompagnement professionnel. Le revenu annuel médian par ménage était d'environ 20 800 euros en 2020<sup>175</sup>. Cette fragilité économique est

d'autant plus préoccupante que certains territoires, notamment dans les départements du Nord, présentent une situation de pauvreté particulièrement marquée. En 2021, le taux de pauvreté y était compris entre 18,4 % et 21,2 %, plaçant ces départements parmi les plus touchés de France métropolitaine<sup>176</sup>.

### Niveau de vie médian par département en 2021



Lecture : En 2021, en Haute-Corse, la moitié de la population a un niveau de vie annuel inférieur à 21 460 euros.

Champ : France métropolitaine, Martinique et La Réunion ; personnes appartenant à des ménages fiscaux en logement ordinaire dont le revenu disponible est positif ou nul.

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA. Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2021.

### Un recours inégal à l'APA dans les Hauts-de-France : entre besoins croissants et disparités territoriales

Étant donné que les Hauts-de-France comptent le plus grand nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, la proportion de bénéficiaires de l'APA dans les Hauts-de-France est également l'une des plus élevées<sup>177</sup>. En effet, la région enregistre le deuxième taux de bénéficiaires le plus élevé de France. En 2021, 8,3% des personnes âgées des Hauts-de-France perçoivent cette aide financière contre 7,2 % au niveau national. Passé 75 ans, cette proportion passe à 25 % dans cette région contre 20 % en France métropolitaine.

<sup>175</sup> Insee, *Chiffres clés des Hauts-de-France : des indicateurs pour éclairer la situation des départements et des arrondissements de la région*, 2024.

<sup>176</sup> Insee, *Principaux résultats sur les revenus et la pauvreté des ménages en 2021*, 2024.

<sup>177</sup> Catherine Barkovic, Noémie Grandperrin ; Insee. *Près d'un senior à domicile sur dix en perte d'autonomie dans les Hauts-de-France*, 2023.

Pour les personnes âgées résidant en établissement, la demande d'aide financière est généralement systématique. En revanche, les personnes en perte d'autonomie vivant à domicile n'engagent pas toujours ces démarches, souvent freinées par la complexité des procédures administratives et une information insuffisante sur leurs droits et les aides disponibles. Par ailleurs, le montant de l'aide varie selon les ressources, ce qui peut également freiner certaines demandes. La dépense totale par bénéficiaire attribué par les départements des Hauts-de-France est la plus importante de France, après la Corse : en effet, en 2021, 5 162 euros ont été versés par bénéficiaire et par an contre 4 744 euros au niveau national.

### L'éloignement géographique des services : un facteur déterminant des difficultés d'accès aux droits

Les longues distances à parcourir constituent un obstacle non négligeable à l'égalité d'accès aux services publics, particulièrement en milieu rural. La dispersion territoriale des infrastructures publiques, combinée à des réseaux de transports parfois insuffisants, complique considérablement les démarches administratives des personnes âgées.

Pour remédier à ces difficultés, des dispositifs de mutualisation des services, tels que les espaces Frances Services, ont été mis en place. Cependant, leur couverture demeure inégale sur le territoire, laissant certaines zones rurales encore insuffisamment desservies<sup>178</sup>.

### Une dématérialisation croissante des services publics, une source d'exclusion pour les personnes âgées en difficulté avec le numérique

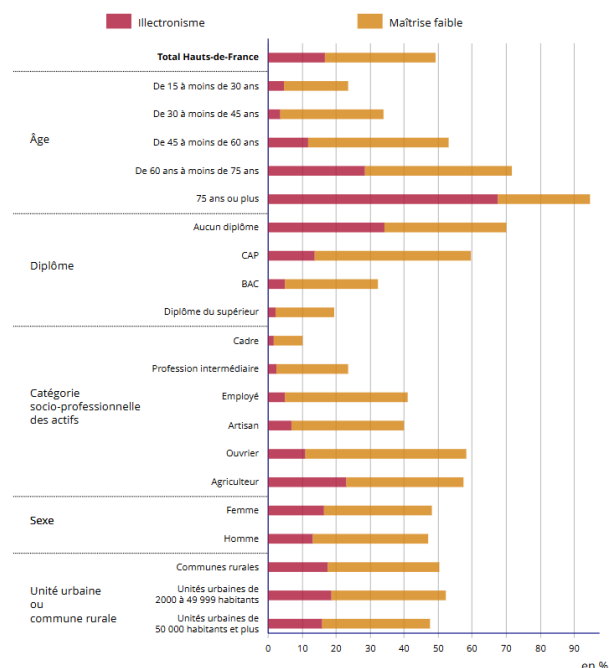
Le niveau de dépendance des personnes âgées, la situation de précarité et l'usage du numérique apparaissent comme les principaux facteurs qui compliquent la réalisation des démarches administratives chez les personnes âgées. D'après

l'association des Petits Frères des Pauvres : « Plus les personnes sont âgées, plus elles ont des difficultés avec le numérique ». Cette fracture numérique peut s'expliquer par des difficultés d'utilisation des outils numériques, voire une non-maîtrise totale, ou par l'absence de connexion Internet à domicile. Les personnes présentant des difficultés de compréhension et d'expression de la langue française sont d'autant plus concernées. Même si l'usage des technologies numériques est en croissance dans cette population, l'e-administration reste une source d'inquiétude pour près d'une personne de 70 ans ou plus sur deux<sup>179</sup>.

Dans les Hauts-de-France, 7 personnes sur 10 en situation d'illectronisme ont plus de 60 ans<sup>180</sup>. Cette problématique concerne 12 % des individus âgés de 45 à 59 ans, 28 % des 60 à 74 ans, et atteint 67 % chez les personnes de 75 ans et plus. Cette fracture numérique augmente l'exclusion des personnes âgées et se cumule à d'autres difficultés, notamment sociales et économiques, qui touchent les personnes âgées de la région.

### Les personnes âgées et les non-diplômés davantage concernés par le manque de compétence numérique

Estimation de la répartition par niveaux de compétences numériques selon leurs caractéristiques



Lecture : 17 % des habitants de 15 ans ou plus des Hauts-de-France sont en situation d'illectronisme et 32 % ont une maîtrise faible.

Champ : individus de 15 ans ou plus

Source : Insee, enquête TIC ménages 2019, RP 2016.

<sup>180</sup> Amélie Fievet, Solène Hilary, Annie Moineau ; Insee, 800 000 habitants en situation d'illectronisme, 2020.

<sup>178</sup> Union Départemental des Centres Communaux d'Action Sociale (UDCCAS), L'accès aux droits sur le territoire de la métropole européenne de Lille.

<sup>179</sup> Défenseur des droits, Dématérialisation des services publics : trois ans après, où en est-on ?, 2022.

## Lutte contre le non-recours : initiatives et dispositifs en faveur de l'accès effectif aux droits

Plusieurs recommandations ont été formulées par la commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)<sup>181</sup> afin de réduire l'impact de la dématérialisation des démarches et simplifier le recours aux droits :

- Maintenir plusieurs modes d'accès aux services publics
- Améliorer et faciliter les démarches dématérialisées
- Instaurer des dispositifs de mutualisation des services (organisme social, pôle emploi, travailleur social...)
- Intensifier la formation des agents et travailleurs sociaux à l'usage des technologies de l'information et de la communication, à l'identification des publics en difficulté et à leur accompagnement.

Le rapport Alcimed<sup>182</sup>, mandaté par l'ARS Hauts-de-France, insiste également sur la nécessité de garantir l'accès aux droits des personnes âgées, dans une perspective de construction d'une société plus inclusive. Il met en lumière plusieurs initiatives nationales, portées notamment par l'Assurance retraite ou la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), visant à répondre aux obstacles rencontrés lors des démarches administratives ainsi qu'aux situations de discrimination.

Par ailleurs, des actions concrètes sont d'ores et déjà mises en œuvre sur les territoires pour proposer des réponses adaptées et offrir un accompagnement personnalisé aux usagers : permanences d'accompagnement aux démarches administratives en ligne, visites à domicile, ateliers de formation au numérique, campagnes de sensibilisation. De même, les centres communaux d'action sociale et les centres locaux de l'information et de coordination s'engagent à informer et orienter les usagers vers les organismes adaptés pour leur faciliter l'accès à

l'ensemble des droits. Toutefois, ces structures ne disposent pas toujours d'une vision globale et actualisée de l'ensemble des dispositifs existants. Face à ce constat, plusieurs expérimentations sont en cours, notamment dans les territoires du DAC Ternois, Arrageois, Montreuillois – Côte d'Opale, afin de favoriser une meilleure connaissance mutuelle entre professionnels. Ces initiatives visent à renforcer la coordination sur les territoires où le nombre de partenaires impose une véritable logique d'interconnaissance.

Par ailleurs, des ressources comme le répertoire des représentants des usagers sur le site de France Assos Santé, ou encore la ligne "Info Droits", restent largement méconnues du public alors qu'elles proposent une information juridique gratuite et de qualité.

Toutefois, il apparaît que l'accès à l'information, bien qu'indispensable, demeure insuffisant en l'absence d'un repérage proactif des personnes âgées isolées ou en situation de vulnérabilité. Dans cette optique, le rôle des professionnels de santé libéraux, des associations de proximité et des équipes mobiles – telles que celles rattachées aux centres de ressources territoriaux (CRT) – s'avère crucial. Leur capacité à intervenir auprès des publics les plus éloignés des dispositifs constitue un levier fondamental pour la mise en œuvre d'une véritable logique d'« aller-vers ».

C'est dans ce contexte que les Services Publics Départementaux de l'Autonomie (SPDA) ont été créés. Ils constituent une réponse structurelle aux problèmes de cloisonnement et de complexité, en s'appuyant sur un socle commun de missions : accueil, information, évaluation, coordination et prévention. Le SPDA ambitionne ainsi de centraliser l'ensemble des démarches pour les rendre plus lisibles et plus efficaces.

### Exemples d'actions concrètes déployées sur le territoire pour favoriser l'accès aux droits et lutter contre le non-recours

<sup>181</sup> Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH), *Repenser l'accès aux droits pour mieux lutter contre les non-recours*, 2022.

<sup>182</sup> ARS Hauts-de-France. *Appui à la conduite de diagnostics territoriaux partagés de l'offre médico-sociale en Hauts-de-France*, Alcimed, rapport complet.

- **Des ateliers pour bien vivre sa retraite et maîtriser le numérique**

Dans le cadre de sa mission de service public et de lutte contre le non-recours aux droits, la Carsat Hauts-de-France développe l'offre *Vivons Retraite*, dont les actions s'inscrivent dans une logique de prévention et d'accompagnement des retraités.

Ce programme comprend deux volets d'ateliers :

- « Bienvenue à la retraite », destiné à accompagner les futurs et jeunes retraités dans cette nouvelle étape de vie.
- « Autonomie numérique », visant à favoriser l'inclusion digitale des publics éloignés du numérique.

Afin de renforcer l'impact de ces dispositifs, une formation des partenaires est organisée. Elle s'adresse aux professionnels de proximité et vise à leur apporter un niveau 1 d'information, notamment sur l'usage des sites de démarches en ligne, leur permettant ainsi de mieux orienter et accompagner les retraités dans leurs parcours administratifs.

- **Des événements festifs**

Une tournée festive organisée au sein de la communauté de communes du Pays de Mormal, portée par l'association Martine, vise à créer des moments conviviaux tout en facilitant l'accès à l'information, aux droits et aux services pour les retraités vivant en milieu rural.

- **Des dispositifs mobiles d'accès aux droits**

Il existe désormais des bus France Services itinérants qui sillonnent les villages. Ils se stationnent le plus souvent sur les places de marché ou dans les centres-villes, offrant une meilleure visibilité auprès des publics qui ne fréquentent pas ou peu les structures d'accès aux droits.

- **Des lieux ressources pour lutter contre l'illectronisme dans les Hauts-de-France**

À ce jour, plus de 2000 lieux ressources sont répertoriés sur le territoire grâce à la contribution de différents acteurs pour lutter contre la fracture numérique des publics en déshérence.

- **Des expérimentations Territoires Zéro Non-Recours**

Le programme *Territoire Zéro Non-Recours* vise à lutter contre le phénomène du non-recours aux droits sociaux en France. Il s'inscrit dans une initiative lancée par l'État, dans le cadre d'un appel à projets lancé le 31 mars 2023. Au total, 39 territoires, dont la ville de Lille et la communauté urbaine d'Arras, ont été sélectionnés pour mettre en place de nouvelles approches afin de garantir à chacun l'accès à ses droits.

L'objectif de ce programme, qui se déploie sur trois ans, est de tester des solutions concrètes pour simplifier l'accès aux services et prévenir l'abandon des démarches administratives. L'accent est mis sur la mise en place d'actions innovantes, visant à rendre les démarches plus accessibles, tout en impliquant les collectivités locales et les différents acteurs publics et privés.

Ainsi, cette expérimentation cherche à réduire les barrières administratives, sociales et numériques, pour que chaque citoyen, en particulier les plus vulnérables, puisse bénéficier de leurs droits sans obstacle.

Dans le cadre du programme TZNR, la Communauté Urbaine d'Arras a mis en place plusieurs actions pour lutter contre le non-recours aux droits : un baromètre local, des interventions de proximité, des formations pour les professionnels, ainsi qu'un bus multiservices visant à rapprocher les services publics des habitants isolés.

De son côté, la Ville de Lille<sup>183</sup> a initié une expérimentation ciblée dans le quartier de Wazemmes, ayant pour objectif d'améliorer l'accès aux droits pour ses habitants. Cette initiative s'est traduite par la mise en place de permanences dédiées, la simplification des supports de communication institutionnelle, ainsi que le renforcement des échanges entre les services municipaux et les habitants, dans le but de mieux identifier et traiter les situations de non-recours aux droits et dispositifs existants.

---

<sup>183</sup> Métropole Européenne de Lille, *Rendez-vous des droits*.

## Faits marquants

- Une partie des personnes âgées des Hauts-de-France, notamment parmi les plus précaires, connaissent des difficultés pour accéder à leurs droits, ce qui se traduit, dans la plupart des cas, par un non-recours.
- Le non-recours s'explique en grande partie par une difficulté en amont liée à la détection des situations d'isolement ou de perte d'autonomie, car une fois ces situations repérées, les institutions sont en mesure de proposer un accompagnement adapté.
- La diversité des services, dispositifs et acteurs intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées contribue à une lisibilité réduite de l'offre. Cette complexité rend son appropriation difficile, voire impossible, sans accompagnement adapté.
- La dématérialisation et la complexité des démarches administratives pour obtenir des aides financières ou des services de santé, constituent des freins majeurs et renforcent les inégalités d'accès aux droits.
- L'isolement social et la mobilité réduite accentue le non-recours et donc l'accès aux droits.
- L'information, l'accompagnement, la démarche d'aller-vers ainsi que le travail en réseau des acteurs œuvrant auprès des personnes âgées constituent des leviers essentiels pour garantir un accès effectif à leurs droits.



# Les contributions du groupe de travail

Un groupe de travail s'est constitué autour de cette thématique. Ce groupe s'est réuni à trois reprises afin d'examiner et de discuter des enjeux liés à la pauvreté et la précarité 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 :

- **Evelyne Ducrot**, représentante des usagers CHU Amiens Picardie & présidente UFAL Picardie Maritime.
- **Olivier Baelus**, infirmier coordonnateur du CRT n°8.
- **Camille Flandre**, Chargée de mission Partenariats Economiques, CRESS
- **Céline Bouquet**, coordonnatrice territoriale, DAC Appui Santé Montreuillois-Ternois-Arrageois.
- **Jennifer Pereira**, chargée d'études, MSA de Picardie, Service ASS.
- **Mauricette Aupicq**, Bénévole association « Debout Les Aînés ».
- **Thomas Maenhout**, directeur de la coordination et de la qualité des parcours de santé, SantélyS et responsable du DIREVP.
- **Géraldine Cleret-Delcroix**, responsable du département offre de services ASV, Carsat HDF.
- **Perreault Laurie**, sous-directrice pilotage et action sociale vieillesse, Carsat HDF.
- **Jérôme Lefebvre**, responsable du service innovation et engagement pour le bien vieillir, Ville de Dunkerque.
- **Patrick Fournier**, Président de l'association « Debout Les Aînés ».
- **Ghislaine Lefebvre**, UFAL Amiens-Métropole.

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. **Le non-recours** aux droits constitue un phénomène massif, marqué par un renoncement plus fréquent à mesure que l'âge avance ou que la dépendance

s'accroît, reflétant souvent une méconnaissance des dispositifs existants, une complexité administrative ou un sentiment d'indignité.

2. **La complexité et la fragmentation des dispositifs d'aide**, marquées par la multiplicité des services, des acteurs et des démarches, rendent l'offre illisible et difficilement accessible, en particulier pour les personnes âgées isolées ou en perte d'autonomie, dont le repérage reste souvent insuffisant.
3. **L'isolement social et géographique**, particulièrement marqué en milieu rural, complique l'accès aux droits en raison de l'éloignement des services publics, de la réduction des services de proximité et de l'implantation inégale des espaces France Services sur le territoire.
4. **La fracture numérique limite fortement l'accès aux droits**, en particulier pour les personnes en situation d'illectronisme ou éloignées des usages numériques, aggravant les inégalités face à la dématérialisation des démarches administratives.
5. **Le manque d'information claire et d'accompagnement personnalisé** freine l'accès aux droits des personnes âgées, qui peinent à identifier les aides disponibles et à être orientées efficacement dans un parcours souvent complexe.

## 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 « **Numérique** » (Axe 3) car la dématérialisation croissante des services accentue les difficultés d'accès aux droits des personnes âgées.
- La thématique « **Isolement** » (Axe 2) et « **Accessibilité, transports, ruralité** » (Axe 3) car l'isolement social et géographique peut

entraîner une méconnaissance des droits disponibles, une difficulté à accomplir les démarches administratives nécessaires, ce qui contribue à la non-demande ou à la non-utilisation des droits auxquels les personnes âgées peuvent prétendre.

professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

5. Participer aux projets en cours, telles que le repérage des invisibles conduit par l'association "Debout Les Aînés", pour modéliser et déployer des actions de repérage à l'échelle de l'ensemble des territoires.

### Les préconisations du groupe de travail

1. Identifier, compléter et mutualiser les gérontoguides<sup>184</sup> existants au sein de la région.
2. Renforcer et développer l'aller vers.
3. Faciliter l'interconnaissance des acteurs en gérontologie pour une meilleure lisibilité.
4. Renforcer le repérage des personnes isolées ou en situation de fragilité afin de prévenir les ruptures de parcours et favoriser leur accompagnement.
5. Améliorer la connaissance des dispositifs sociaux et simplifier l'accès aux prestations.
6. Favoriser l'inclusion numérique des personnes âgées en proposant des solutions alternatives à la dématérialisation, ainsi qu'un accompagnement adapté à l'utilisation des outils numériques.

### Les actions à mener par le Gérontopôle

1. Rendre accessible et diffuser un gérontoguide, à partir des guides existants, sur le site internet du Gérontopôle pour faciliter la connaissance entre les services, les acteurs et les dispositifs d'accompagnement.
2. Etablir une cartographie des acteurs en gérontologie afin de clarifier les rôles de chacun, renforcer la lisibilité de l'offre.
3. Déployer un projet pour développer une médiation basée sur l'aller-vers.
4. Organiser des temps d'échanges pour impulser une culture partagée entre les

---

<sup>184</sup> Un gérontoguide est un répertoire regroupant les ressources locales disponibles pour les personnes âgées (services d'aide à domicile, établissements, etc.).

# Accessibilité, transports, ruralité en Hauts-de-France

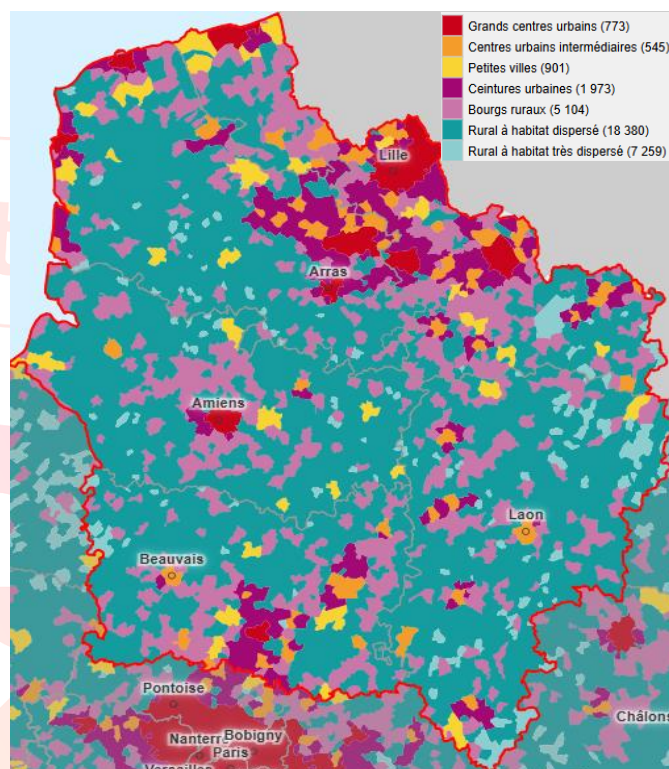
## Contexte et enjeux

Le vieillissement de la population en Hauts-de-France, accentué par les réalités rurales, pose des défis majeurs en matière d'accessibilité, de mobilité et de lutte contre l'isolement. Les inégalités territoriales freinent l'accès des aînés aux services essentiels, soulignant la nécessité d'une réflexion sur l'organisation des transports, des services et de l'aménagement du territoire.

## Une forte prédominance des communes rurales dans les Hauts-de-France

La région Hauts-de-France se caractérise par une structure territoriale marquée par la ruralité. D'après la typologie communale de densité élaborée par l'Insee, qui distingue sept niveaux de densité allant des espaces très denses aux zones rurales à habitat très dispersé, 63,2 % des communes sont classées en « rural à habitat dispersé », suivies de celles qualifiées de « bourgs ruraux », qui représentent 15,8 % de l'ensemble des communes. La carte ci-après met en évidence une forte ruralité dans les départements de la Somme, du Pas-de-Calais, de l'Aisne et de l'Oise, caractérisée par un habitat majoritairement dispersé, voire très dispersé, notamment dans l'Aisne. À l'opposé, les zones urbaines sont concentrées dans le Nord, le nord du Pas-de-Calais et le sud de l'Oise et autour de grands centres comme Lille, Amiens ou Dunkerque. Le bassin minier et la métropole lilloise (MEL) apparaissent comme des espaces particulièrement denses. Une forte disparité départementale est observée : seuls 5 % des communes de la Somme et de l'Aisne sont urbaines, contre 40,9 % dans le Nord.

Degré de densité des communes des Hauts-de-France<sup>185</sup>

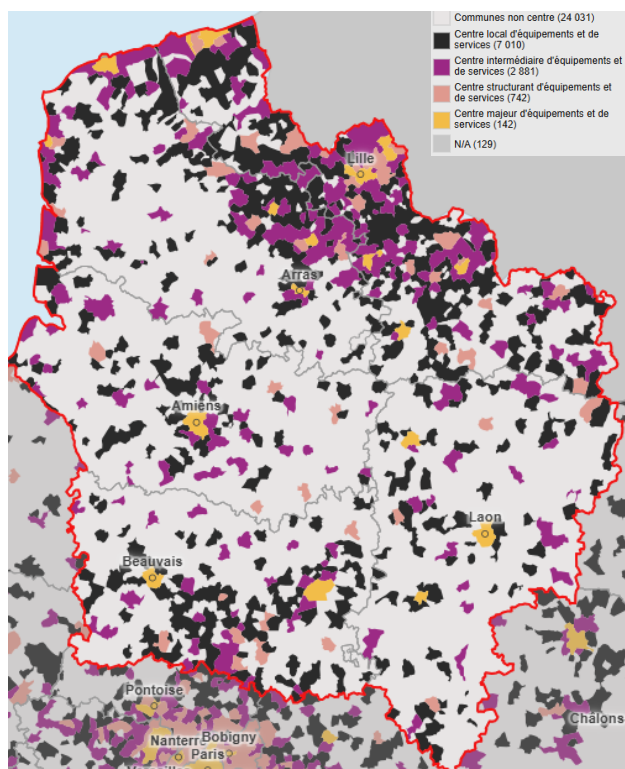


## Proximité aux équipements et services : une disparité importante dans la région

L'étude « Centralités », conduite en 2019 par l'INRAE-CESAER en partenariat avec l'ANCT, a permis d'élaborer un indicateur mesurant les niveaux de centralité en matière d'équipements et de services. Cette typologie s'appuie sur les données de la Base permanente des équipements (BPE) et couvre l'ensemble des communes de France (cf. carte ci-dessous). Dans la région des Hauts-de-France, les résultats de l'analyse révèlent des disparités particulièrement marquées entre les départements.

<sup>185</sup> Insee, Observatoire des territoires, 2024.

## Niveau de centres d'équipements et de services des communes des Hauts-de-France (2021)<sup>186</sup>



Les communes sont réparties selon cinq niveaux de centralité. Les centres majeurs (0,5 %) concentrent les services spécialisés et rares ; les centres structurants (1,4 %) disposent d'équipements importants mais non quotidiens ; les centres intermédiaires (7,2 %) assurent les services de base du quotidien ; les centres locaux (16,9 %) offrent une gamme restreinte d'équipements de proximité ; enfin, les communes non-centres (74 %) disposent de peu ou pas de services et dépendent des pôles supérieurs, en particulier dans les zones rurales des Hauts-de-France.

### L'accès aux services et aux commerces : un défi majeur pour les territoires ruraux

Afin de faciliter l'accès aux démarches administratives, le déploiement des espaces France Services a été engagé à l'échelle nationale à partir de 2020. Ces guichets de proximité regroupent, en un lieu unique, plusieurs services publics afin de simplifier les démarches des usagers. Ils couvrent un large éventail de domaines tels que la santé, la famille, la retraite, les droits, le logement, la fiscalité, l'emploi ainsi que l'accompagnement au numérique.

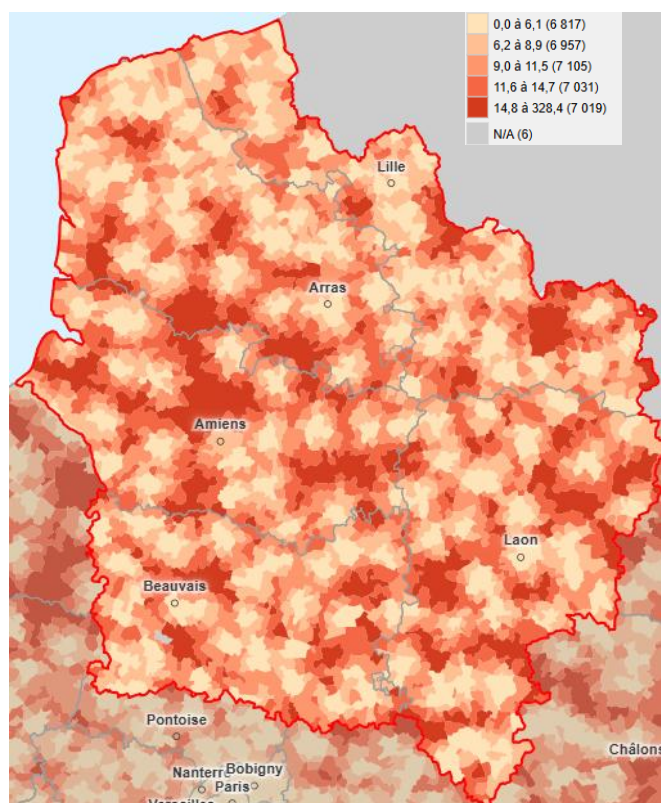
L'objectif est de rendre ces services accessibles à moins de 20 minutes de trajet sur l'ensemble du territoire. La moyenne pour l'ensemble des communes des Hauts-de-France est de 10,0 minutes, contre 10,66 minutes sur l'ensemble des communes de France<sup>187</sup>. Cette moyenne globalement satisfaisante masque néanmoins d'importantes disparités territoriales (cf. carte suivante) : 1857 communes (49 %) présentent un temps d'accès supérieur à 10 minutes ; 516 communes (13,6 %) atteignent ou dépassent les 15 minutes ; 37 communes dépassent les 20 minutes dont Havernas (Somme), qui enregistre le temps d'accès le plus élevé de la région, avec 24,8 minutes.

Parmi ces 37 communes, on dénombre 4 dans le Pas-de-Calais, 6 dans le Nord, 6 dans l'Aisne, et 21 dans la Somme, département affichant le temps d'accès moyen le plus long (11,17 minutes). À titre de comparaison, les moyennes par département sont de 9,12 minutes dans le Nord ; 9,56 dans l'Oise ; 9,64 dans le Pas-de-Calais et 10,39 dans l'Aisne.

<sup>186</sup> Observatoire des territoires, à partir des données de l'enquête Centralités, INRAE-CESAER, ANCT 2021.

<sup>187</sup> ANCT, Observatoire des territoires, *Commerces et services du quotidien*, 2024.

## Temps d'accès moyen, en minutes, aux guichets France services les plus proches via le réseau routier, par commune des Hauts-de-France (2024)<sup>188</sup>



La présence d'épicerie et de supérettes<sup>189</sup> constitue un indicateur pertinent de l'accessibilité aux commerces de proximité. La région en compte 1974 au total. Leur répartition montre une nouvelle fois que la Somme, le nord de l'Oise, le sud du Pas-de-Calais et le nord-est de l'Aisne sont moins bien desservis, avec de nombreuses communes qui ne disposent d'aucune supérette ni épicerie. À l'inverse, les zones les mieux pourvues sont le bassin minier, la Métropole Européenne de Lille (MEL), les grands centres urbains, le sud de l'Oise ainsi que le littoral du Nord-Pas-de-Calais.

En matière d'accès aux soins, la typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours élaborée par l'IRDES et l'EHESP<sup>190</sup> permet de mettre en évidence d'importantes inégalités

territoriales et sociales dans l'accès aux services de santé de proximité (cf. carte suivante).

La typologie montre une nouvelle fois d'importantes disparités inter et intra-départementales. Ainsi, les communes présentant la meilleure accessibilité aux soins pour tous les types de services, ainsi que celles bénéficiant d'un environnement socio-sanitaire favorable, se situent principalement au sein de la Métropole Européenne de Lille (MEL), du bassin minier, de l'arrageois, de l'amiénois, ainsi que sur la côte (Dunkerque, Calais, Le Touquet, Berck). Quelques autres villes, telles qu'Abbeville, Laon, Beauvais, Chantilly et Senlis, font également partie de ces zones bien desservies.

Cette accessibilité tend néanmoins à se réduire à mesure que les besoins augmentent, ce qui est particulièrement le cas dans l'est de la Somme, le sud et le nord du Nord, le nord de l'Aisne et une partie du Pas-de-Calais.

Les communes avec une faible accessibilité aux soins, en désertification médicale et avec de forts besoins sont plus rares et sont essentiellement concentrées dans l'Aisne ainsi que le sud et l'ouest de l'Oise. Enfin, seules 9 communes (2 dans l'Oise, 7 dans l'Aisne) sont classées en « communes avec une moins bonne accessibilité aux soins tous services confondus ».

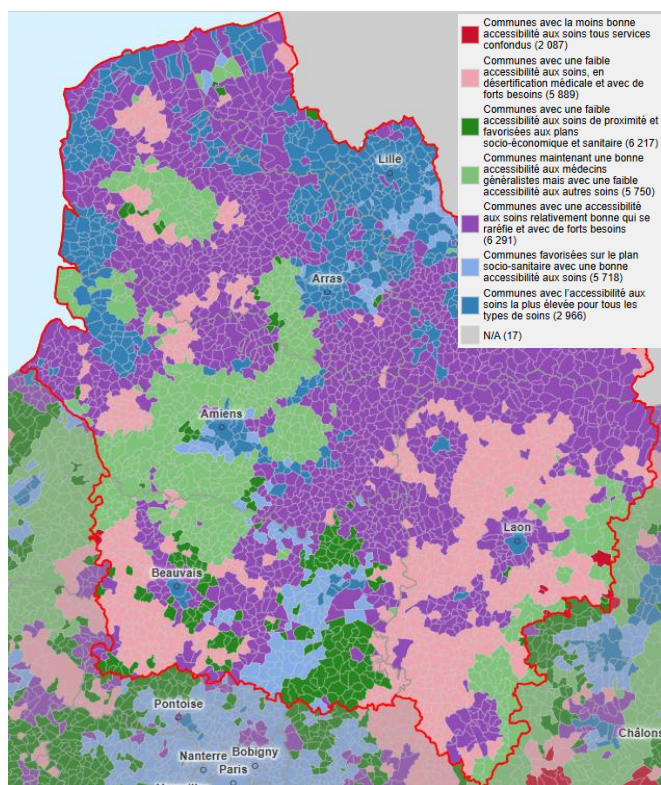
<sup>188</sup> Observatoire des territoires, ANCT, 2024.

<sup>189</sup> Dans la BPE, les supérettes et épicerie sont définies comme des « commerces de détail non spécialisés à prédominance alimentaire avec une surface de vente déclarée entre 120 et 400 m<sup>2</sup> et commerces de détail non spécialisés à prédominance alimentaire en surface de vente déclarée inférieure à 120 m<sup>2</sup> ».

<sup>190</sup> Typologie réalisée dans le cadre du projet « promoting evidence-based reforms on medical deserts » (OASES),

financé par la Commission européenne. La typologie donne « l'accessibilité aux soins de premier recours à partir d'une approche pluriprofessionnelle tenant compte du médecin généraliste, de ses partenaires du quotidien (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmacies), de ceux servant d'appui au diagnostic (laboratoires et radiologues) et des services d'urgence. » (Observatoire des territoires).

## Typologie communale de l'accessibilité aux soins de premier recours dans les Hauts-de-France<sup>191</sup>



### Le concept de la ville du quart d'heure : une approche innovante de réorganisation urbaine au service de la proximité

Face à ces défis d'accessibilité, une approche innovante de l'aménagement urbain suscite un intérêt croissant : le concept de la « ville du quart d'heure ». Ce modèle, qui a émergé dans plusieurs villes et régions de France, a pris un essor particulier à la suite des bouleversements causés par la pandémie, notamment lors des périodes de restrictions des déplacements. Plusieurs maires ont décidé d'adopter ce concept, qui se traduit par une réorganisation urbaine où tous les services essentiels seraient accessibles à moins de quinze minutes à pied ou à vélo depuis le domicile. L'objectif étant de créer des villes multacentriques où la proximité des services favoriserait une certaine mixité et renforcerait les relations sociales, économiques et culturelles.

<sup>191</sup> IRDES-EHESP, Observatoire des territoires, *Typologie communale de l'accès aux soins de premier recours en France*, 2021.

<sup>192</sup> FNH, WIMOOV, *Baromètre des mobilités du quotidien*, 2022.

Ce modèle suscite un intérêt croissant dans la région, même si cette démarche reste encore émergente, en comparaison avec la ville de Paris, où cette approche y est plus largement déployée. Cette démarche est prometteuse en matière d'amélioration de la qualité de vie des habitants mais nécessiterait d'être déployée à plus grande échelle.

### L'accès des personnes âgées aux transports : réalités et obstacles

Dans les Hauts-de-France, région marquée par une forte ruralité et des disparités territoriales, l'accès des personnes âgées aux transports constitue un enjeu majeur d'autonomie, d'inclusion sociale et d'égalité territoriale. Avec le vieillissement de la population, notamment dans les zones peu denses, les besoins de mobilité évoluent tandis que les réponses institutionnelles et les infrastructures de transport restent souvent inadaptées ou insuffisantes. Quelle que soit la proximité des services de mobilité disponibles, le taux d'équipement reste inférieur à la moyenne nationale<sup>192</sup>. À titre d'illustration, la couverture en transports en commun urbains atteint 54 % dans la région, contre 56 % à l'échelle nationale. Les transports collectifs régionaux sont légèrement mieux représentés (51 % contre 45 % au niveau national). En revanche, les services en libre-service restent peu développés : seuls 17 % des habitants ont accès à des vélos en libre-service (contre 20 % au niveau national), 4 % à des voitures en libre-service (contre 8 %), et 5 % à des trottinettes électriques (contre 11 %).

Les réalités du terrain montrent une forte dépendance à la voiture individuelle, un mode de déplacement qui devient difficile, voire impossible, à mesure que l'âge avance. Cependant, les témoignages recueillis par une enquête réalisée dans la métropole de Lille<sup>193</sup> confirment une tendance déjà observée les années précédentes : une diminution progressive du nombre de kilomètres parcourus en voiture par les personnes âgées. Si cette baisse a pu être initialement attribuée à la crise sanitaire en 2020-2021, cette tendance se poursuit en 2022.

<sup>193</sup> Mobilité des séniors de la Métropole européenne de Lille, Résultats issus de l'enquête qualitative 2022.

Dans de nombreuses communes rurales et périurbaines, les transports collectifs sont rares, peu fréquents, voire inexistant, contraignant les personnes âgées à limiter leurs déplacements, parfois au détriment de leur santé, de leur vie sociale ou de leurs démarches administratives. Sur le territoire de l'Arrageois, du Ternois et du Montreuillois, l'offre de transport en commun reste extrêmement limitée, bien loin de ce qui peut exister dans des agglomérations comme Dunkerque, qui bénéficie d'un réseau plus structuré et accessible.

Dans les zones rurales ou semi-rurales, les moyens de transport collectifs sont rares, souvent coûteux à mettre en œuvre pour les petites communes, et ne couvrent qu'un périmètre restreint. Ainsi, les dispositifs existants, tels que les minibus ou les transports à la demande ne peuvent répondre à toutes les demandes. Dans le Ternois par exemple, des critères restrictifs tels que la localisation géographique ou la nature du déplacement limitent fortement l'accès au service : un déplacement pour un rendez-vous médical peut être pris en charge, contrairement à un trajet vers un lieu de formation ou d'activités sociales. Cette problématique est également observée dans le département de l'Aisne, où l'accessibilité des transports pour les personnes âgées demeure un sujet de préoccupation majeure. Malgré la présence de dispositifs ponctuels et d'initiatives locales, l'offre spécifique reste largement insuffisante. Elle souffre souvent d'un manque de coordination, de lisibilité et de couverture territoriale.

Par ailleurs, l'usage des transports en commun peut s'avérer peu sécurisant pour ce public. L'accessibilité physique constitue un frein majeur : la hauteur des marches à l'entrée des bus rend la montée difficile, tandis que de nombreux arrêts ne sont pas aménagés de manière adéquate pour répondre aux besoins des personnes à mobilité réduite. Enfin, l'instabilité des véhicules en mouvement peut entraîner des pertes d'équilibre lors de la montée, de la descente ou au cours du trajet et les personnes âgées ne disposent souvent pas de suffisamment de temps pour se lever et descendre du bus ou du métro en toute sécurité, en raison de leur mobilité réduite et de la rapidité avec laquelle les arrêts sont effectués.

Selon l'étude conduite par le Cerema (Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement) sur la mobilité des personnes âgées dans le département du nord, les transports en commun restent très peu empruntés par les personnes âgées : seuls 3 % des 65-74 ans les utilisent, proportion qui n'atteint que 5 % à partir de 75 ans.

Parmi les facteurs expliquant le non-recours aux transports en commun par les personnes âgées figure une méconnaissance du réseau de transport, souvent couplée à une appréhension à les emprunter sans accompagnement. Pour de nombreuses personnes âgées, l'usage des transports en commun, notamment le bus, s'apparente à une véritable mission, tant il nécessite de maîtriser une série d'étapes complexes : se procurer un titre de transport, choisir l'itinéraire le plus adapté, localiser avec précision les arrêts de départ et d'arrivée, tant sur un plan qu'en situation réelle, connaître les horaires, la fréquence de circulation et enfin, une fois installé, ne pas manquer son arrêt.

À cela s'ajoute les difficultés liées à l'usage du numérique pour planifier, réserver ou payer un trajet en transport. Peu familiarisées avec les applications mobiles ou les bornes automatiques, les personnes âgées peuvent éprouver des difficultés à accéder aux informations en temps réel, à effectuer des démarches en ligne ou à naviguer dans des interfaces souvent peu adaptées à leurs besoins. Cette fracture numérique renforce leur sentiment d'exclusion et limite leur autonomie en matière de mobilité.

### Les offres de transports sur le territoire

Le site officiel d'information destiné aux personnes âgées et à leurs aidants recense diverses solutions de transport spécialement adaptées aux besoins des personnes âgées<sup>194</sup> :

- Certains départements et centres Communaux d'action sociale (CCAS) offrent des services de transport individuel sur demande (taxi), des navettes pour faciliter les déplacements quotidiens ou des cartes de transport à tarifs réduits.

---

<sup>194</sup> CNSA, *Les solutions de transport pour les personnes âgées*, 2024.

- Le projet Croix-Rouge mobilités met en relation des acteurs locaux et leurs ressources pour proposer des solutions de mobilités solidaires, avec un accent particulier sur les liens entre les habitants des territoires. Plusieurs services sont proposés, tels que le transport solidaire, l'autopartage, le vélopartage et les dispositifs itinérants de la Croix-Rouge (« Croix-Rouge sur roues »)<sup>195</sup>.
- Les prestations de transport adapté fournies par les organismes de services à la personne, notamment dans le cadre de la perte d'autonomie, sont recensées sur le site gouvernemental. Celui-ci redirige vers les points d'information locaux afin de connaître les services disponibles dans chaque département.  
Le recensement des points d'information local dédiés aux personnes âgées (dont les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les Maisons de l'autonomie, les Maisons des seniors/CCAS et les Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS) indique la répartition suivante par département :
  - 14 dans l'Aisne
  - 17 dans le Nord
  - 29 dans l'Oise
  - 6 dans le Pas-de-Calais
  - 5 dans la Somme
- Le dispositif « Sortir plus », proposé par l'Agirc-Arrco, permet aux retraités de 75 ans et plus de bénéficier d'un accompagnement à pied ou en voiture pour leurs déplacements quotidiens.

Le tissu associatif joue également un rôle central dans ce champ, bien que souvent contraint par un manque de moyens. De nombreuses associations assurent des missions de transport qu'elles ne sont pas toujours en capacité de porter seules. À titre d'exemple, l'association ABCD, dans la Somme, a mis en place un service d'accompagnement

individualisé par des conducteurs bénévoles, permettant aux personnes âgées d'accéder à leurs rendez-vous ou de réaliser leurs courses. D'autres initiatives locales, souvent portées par des centres sociaux, développent des formes de transport solidaire. Cependant, l'absence de financements pérennes fragilise la continuité de ces actions.

En complément de ces initiatives, le Centre de Ressources Territoriales (CRT) joue un rôle central dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile. À travers ses équipes mobiles, le CRT peut contribuer à identifier les besoins de mobilité non couverts, à coordonner les solutions de transport existantes, et à accompagner les personnes dans leurs démarches. Sa présence territoriale et sa connaissance fine du tissu local permettent également un meilleur repérage des personnes isolées, souvent invisibles pour les dispositifs classiques.

Enfin, des structures comme les PAMS (Points d'Appui Mobilité Solidaire) ou des associations comme SYNAPS, qui ont identifié l'invisibilité sociale d'une partie de la population âgée, contribuent également à la sensibilisation et à la mise en œuvre de solutions concrètes.

### **Accessibilité et soutien aux personnes âgées en milieu rural : un engagement concret**

Dans le cadre de sa mission de prévention et d'action sociale, la Carsat Hauts-de-France agit en faveur de l'accessibilité aux services pour les retraités, notamment dans les zones rurales et les territoires les plus isolés. La MSA de Picardie s'inscrit dans cette même dynamique, en apportant un soutien financier aux initiatives locales.

Un axe de travail important concerne le déploiement de l'offre de service des Services d'Aide à Domicile (SAD) dans les différents départements, en fonction des besoins identifiés localement. Une attention particulière est portée aux SAD intervenant en milieu rural, où des difficultés spécifiques en termes d'accessibilité et de continuité de service peuvent apparaître. Ces enjeux font l'objet d'une vigilance partagée au sein des équipes, qui réfléchissent à des solutions d'accompagnement adaptées aux réalités du terrain.

<sup>195</sup> Croix-Rouge française. (S.d.). *Nos solutions de mobilité* : <https://www.croix-rouge.fr/aides-maternelles/solutions-de-mobilite>

Des initiatives innovantes voient le jour, à l'image du dispositif "Ville à joie", qui propose l'organisation d'événements festifs dans les zones ultra-rurales. Ces manifestations permettent de rapprocher les services publics des habitants en allant à leur rencontre, dans une logique d'"aller-vers". Ce dispositif est actuellement déployé dans le département de la Somme.



### Faits marquants

- En Hauts-de-France, la majorité des communes (63,2 %) sont classées comme des zones « rurales à habitat dispersé », accentuant les disparités d'accès aux services, notamment dans les départements de la Somme, de l'Aisne, du Pas-de-Calais et de l'Oise, où de nombreuses zones restent mal desservies par les équipements et commerces de proximité.
- La typologie de l'accessibilité aux soins révèle de fortes disparités territoriales dans les Hauts-de-France, avec une couverture plutôt satisfaisante dans les zones urbaines et côtières, tandis que certaines zones rurales sont confrontées à une offre médicale insuffisante, voire en déclin.
- Les espaces ruraux connaissent des difficultés accrues d'accès aux services et aux transports, conduisant à l'isolement des personnes âgées.
- Une dépendance marquée à la voiture individuelle, un mode de transport qui devient progressivement contraignant et insécurisant, au fur et à mesure du vieillissement.
- L'inadaptabilité des transports en commun et en particulier des véhicules collectifs réduit l'accès aux transports des personnes âgées.
- Le non-recours aux transports en commun des personnes âgées s'explique particulièrement par l'absence d'information, la complexité des trajets et la dématérialisation des titres de transports.
- Divers dispositifs de transport adapté et solidaire se déploient en Hauts-de-France pour répondre aux besoins des personnes âgées, mais leur pérennité est souvent fragilisée par un manque de financements.



# Les contributions du groupe de travail

Un groupe de travail s'est constitué autour de cette thématique. Ce groupe s'est réuni à trois reprises afin d'examiner et de discuter des enjeux liés à la pauvreté et la précarité 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 :

- **Evelyne Ducrot**, représentante des usagers CHU Amiens Picardie & présidente UFAL Picardie Maritime.
- **Olivier Baelus**, infirmier coordonnateur du CRT n°8.
- **Camille Flandre**, Chargée de mission Partenariats Economiques, CRESS
- **Céline Bouquet**, coordonnatrice territorial, DAC Appui Santé Montreuillois-Ternois-Arrageois.
- **Jennifer Pereira**, chargée d'études, MSA de Picardie, Service ASS.
- **Mauricette Aupicq**, Bénévole association « Debout Les Aînés ».
- **Thomas Maenhout**, directeur de la coordination et de la qualité des parcours de santé, SantélyS et responsable du DIREVP.
- **Géraldine Cleret-Delcroix**, responsable du département offre de services ASV, Carsat HDF.
- **Perreault Laurie**, sous-directrice pilotage et action sociale vieillesse, Carsat HDF.
- **Jérôme Lefebvre**, responsable du service innovation été engagement pour le bien vieillir, Ville de Dunkerque.
- **Patrick Fournier**, Président de l'association « Debout Les Aînés ».
- **Ghislaine Lefebvre**, UFAL Amiens-Métropole.

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. **La prédominance de la ruralité engendre une répartition inégale des services et des infrastructures.** Cette situation se traduit par des difficultés accrues d'accès aux soins, à

l'éducation et à l'emploi pour les populations résidant en zones rurales ou périurbaines.

2. **La mobilité des personnes âgées est entravée par plusieurs obstacles**, tels que la forte dépendance à la voiture individuelle, la rareté des transports collectifs en milieu rural et périurbain, l'inadaptation des transports en commun (marches, arrêts non aménagés).
3. **La fracture numérique**, notamment pour la réservation, le paiement et l'accès aux horaires des transports, limite leur capacité à utiliser les transports en commun, restreignant ainsi leur accès aux services essentiels.
4. **Les initiatives de transport solidaire**, bien que bénéfiques pour améliorer la mobilité des personnes âgées, restent souvent précaires, insuffisantes et non pérennes, limitant ainsi leur efficacité à long terme et leur capacité à répondre aux besoins des populations vulnérables.

## 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 « **Numérique** » (Axe 3) car la fracture numérique constitue un frein indirect mais significatif à la mobilité dans les territoires ruraux. L'insuffisance de couverture réseau, le manque d'équipements numériques adaptés ou encore l'absence de compétences numériques de base affectent directement la capacité des personnes âgées à accéder aux services de mobilité.
- La thématique « **Isolement** » (Axe 2) car en milieu rural, la faiblesse de l'offre de transport, combinée à l'éloignement des services essentiels, accentue la vulnérabilité des personnes âgées, qui se retrouvent souvent en situation d'isolement social et géographique. L'absence de solutions de

mobilité adaptées à leurs besoins, transports à la demande, accompagnement, accessibilité physique, constitue un frein majeur à leur autonomie, à l'accès aux soins, aux démarches administratives, ainsi qu'à la vie sociale et citoyenne.

- La thématique « **Pauvreté et précarité** » (Axe 2) car les obstacles à la mobilité contribuent significativement à l'aggravation des situations de précarité, en affectant plus particulièrement les personnes disposant de ressources limitées. Le manque de solutions de transport accessibles financièrement constitue un frein majeur à l'accès aux soins, ainsi qu'aux services publics et de proximité. Cette difficulté engendre une forme d'exclusion territoriale, dans laquelle l'éloignement géographique se conjugue à une précarité sociale et économique croissante.
- La thématique « **Accès aux droits** » (Axe 3), dans la mesure où, l'éloignement, en particulier dans les zones rurales ou peu urbanisées, entrave l'accès des personnes âgées aux structures de santé, aux institutions administratives, ainsi qu'aux dispositifs d'aide sociale.

### Les préconisations du groupe de travail

1. S'inspirer du système belge des Voitures À Plusieurs (VAP) pour améliorer l'offre de transport en commun.
2. Encourager l'utilisation du dispositif « Bus Citoyen », basé sur le covoiturage solidaire, afin de répondre aux besoins de mobilité des

personnes âgées et de favoriser leur accès aux services essentiels tout en renforçant le lien social.

3. Accompagner les personnes âgées vers les lieux de transport (gares, arrêts de bus, points de covoiturage), dans une logique de médiation et de sécurisation des déplacements.
4. Renforcer l'autonomie des personnes âgées en leur fournissant les compétences nécessaires pour mieux utiliser les services de transport public disponibles.
5. Identifier les initiatives mises en œuvre par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les communautés de communes, les associations, ainsi que d'autres acteurs, en matière d'accessibilité aux soins pour les personnes âgées dans la région Hauts-de-France.
6. Faciliter l'accès des personnes âgées aux services de proximité en renforçant la présence de services itinérants et en assurant une meilleure information sur les dispositifs existants.

### Les actions à mener par le Gérotopôle

1. Mener une étude sur l'accès aux transports et les modalités d'usage par les personnes âgées, afin d'identifier les freins existants et de formuler des recommandations en vue d'améliorer leur accessibilité.
2. Réaliser une cartographie des initiatives efficaces mises en place par les CPTS, les communautés de communes, les associations, etc., en matière d'accessibilité aux soins pour les personnes âgées.

# Participation et pouvoir d’agir des personnes âgées en Hauts-de-France : état des lieux

Le « **pouvoir d’agir** », désigné en anglais par le terme « empowerment » devient un leitmotiv en gérontologie et dans de nombreux secteurs, mais il reste confronté à certains défis qui limitent et conditionnent son exercice. Il est défini comme « un processus par lequel des personnes accèdent ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d’agir sur ce qui est important pour elles, leurs proches ou la communauté à laquelle ils s’identifient » (Le Bossé, 2012). Cette approche, marquée par l’hétérogénéité des personnes âgées, doit être centrée sur leurs besoins et ressources. Elle nécessite souvent, en première étape, leur participation qui se traduit par leur capacité à prendre part à une décision ou une action collective. Ainsi, promouvoir la participation et le pouvoir d’agir des personnes âgées, c’est préserver leur dignité et leur citoyenneté, en leur permettant de rester acteurs de leur vie et de la société notamment face aux risques de dépendance et d’exclusion.

## La participation des personnes âgées et le développement de leur pouvoir d’agir, une émergence progressive en France

Le développement du pouvoir d’agir est devenu un enjeu majeur qui s’est progressivement imposé depuis les années 2000. De nombreux rapports<sup>196</sup> mettent en évidence que le respect de la dignité, de l’autonomie et du libre choix des personnes âgées n’est pas toujours effectif, notamment en institution (EHPAD). Beaucoup évoquent un sentiment d’infantilisation ou d’invisibilité sociale. Ainsi, la loi 2002-2<sup>197</sup> rénovant l’action sociale et médico-sociale, renforcée par les instructions de 2023, a imposé un nouveau cadre légal afin de garantir l’effectivité des droits des résidents au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Elle impose la création d’un conseil de la vie sociale (CVS) afin de faire participer les

usagers et leurs familles dans la gestion de l’établissement.

De même, la législation française s’engage activement à promouvoir la participation des personnes âgées, notamment à travers le plan national « Bien vieillir » (2007-2009) et la loi de l’adaptation de la société au vieillissement de 2016. Ces lois affirment leur droit à l’autonomie, la participation sociale et citoyenne, et ceci même en situation de dépendance et encouragent leur implication dans toutes les décisions qui les concernent.

Plusieurs études scientifiques associent justement l’engagement social des aînés à une meilleure santé physique et mentale, à la prévention de l’isolement et à un sentiment d’utilité dans la société. Celles qui restent actives et engagées disposent d’une meilleure qualité de vie et d’une capacité à s’adapter plus facilement au vieillissement<sup>198</sup>. Selon une étude de France Bénévolat en 2022, la part des bénévoles âgés de 65 ans ou plus est de 26 %<sup>199</sup>. Cependant, il a été constaté une diminution du bénévolat associatif depuis 2010, fortement accentué par la pandémie, chez toutes les générations, mais en particulier les plus âgés.

## La participation électorale en hausse avec l’âge, mais une abstention marquée chez les plus de 80 ans

Contrairement aux jeunes, chez qui l’abstention systématique reste particulièrement élevée, la participation électorale augmente avec l’âge dans les Hauts-de-France, comme au niveau national<sup>200</sup>. Cette tendance est particulièrement marquée après 40 ans. Entre 40 et 79 ans, 44 % des inscrits votent à l’ensemble des tours de scrutin, soit un taux seulement 1,7 point inférieur à celui observé en

<sup>196</sup> Défenseur des droits, *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD [Rapport]*, 2021.

<sup>197</sup> Légifrance. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale

<sup>198</sup> Santé Publique France, *Promouvoir la participation sociale des personnes âgées : le dossier de la revue La Santé en action n°443*, mars 2018

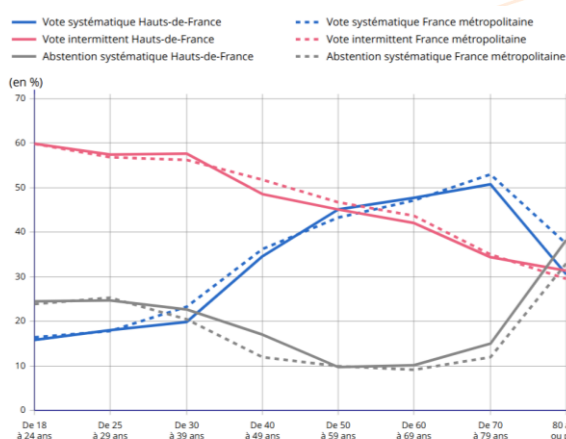
<sup>199</sup> France bénévolat, *Baromètre du bénévolat 2010-2022*

<sup>200</sup> Insee, *Les Hauts-de-France : région la plus abstentionniste en 2022*, novembre 2022.

France métropolitaine. En 2022, pour la première fois depuis 2012, le vote systématique progresse et en particulier chez les 50-59 ans, avec un gain de 4,7 points, dépassant ainsi la hausse nationale de 3,2 points.

Néanmoins, la participation électorale diminue significativement à partir de 80 ans. Dans la région, quatre personnes sur dix s'abstiennent de voter, un phénomène qui s'explique en grande partie par les difficultés accrues liées à la perte d'autonomie.

### La participation par âge aux scrutins législatifs et présidentiels (année 2022 - INSEE)



Lecture : Parmi les électeurs inscrits âgés de 25-29 ans des Hauts-de-France, 24,6 % n'ont voté à aucun des quatre tours des élections en 2022.

Champ : Personnes résidant dans la région (ou en France) et inscrites sur les listes électorales.

### La participation sociale des personnes âgées, un enjeu croissant dans la région

Une étude menée par la Carsat Hauts-de-France et l'URIOPSS<sup>201</sup> met en évidence un intérêt particulier pour la participation sociale d'une partie des personnes âgées de la région tels que le bénévolat, la vie associative ou la prise de parole dans les dispositifs locaux. La transition à la retraite est un moment opportun pour s'engager dans ce type d'activité mais certaines personnes âgées restent peu ou pas engagées, souvent à cause du manque d'information, de formation ou de la peur de l'engagement. Les principales motivations de ceux qui choisissent l'engagement, incluent le maintien du lien social, le sentiment d'utilité et la volonté de contribuer à la vie locale.

<sup>201</sup> Nora Charkaoui, Morgane Mouillié-Chauvet, Aurélie Wilquin et Marie-Amélie Yoka-Posso, *S'ENGAGER À LA RETRAITE ? Une étude sur la participation sociale des retraités des hauts-de-France*, 2021.

Selon une enquête régionale, environ 65 % des retraités des Hauts-de-France déclarent être engagés dans une forme d'activité sociale ou bénévole. Les retraités assurent 37,6 % du volume total du bénévolat alors qu'ils comptent pour 27,7 % de la population de référence. L'engagement associatif est le plus répandu avec 51 à 54 % des retraités actifs. Les autres formes incluent la vie citoyenne (16 %), la solidarité de proximité (15 %) et des activités diverses (15 %). Parmi les retraités actifs, 76 % s'engagent dans leurs activités au moins une fois par semaine, et la plupart cumulent plusieurs formes d'engagement, ce qui prouve que les aînés sont des acteurs clés de la vie sociale régionale<sup>202</sup>. Pour 56 % des retraités actifs, ils n'auraient aucune raison de mettre fin à leur engagement, néanmoins la dégradation de leur condition physique pourrait être une raison de stopper leur implication.

Cependant, un constat majeur s'impose : de nombreuses personnes âgées souhaitent rester à leur domicile, par refus ou crainte de se rendre à l'extérieur. Ce choix, compréhensible à certains égards, conduit néanmoins à un isolement croissant. Cet isolement, souvent silencieux, fragilise non seulement les individus concernés, mais affaiblit aussi le tissu social local.

Dans les petites communes, les élus locaux jouent un rôle central dans la lutte contre cet isolement. Leur proximité avec les habitants leur permet de relayer les besoins spécifiques des aînés et de mettre en œuvre des actions concrètes. Parmi les enjeux majeurs figure celui des transports et de la mobilité. Sans solutions de transport accessibles et adaptées, la mobilité des aînés reste entravée, limitant de fait leur capacité à participer à la vie locale.

### La dépendance réduit le pouvoir d'agir et un maintien à domicile peut en atténuer les effets et favoriser l'autonomisation

Lorsque la dépendance s'installe, les personnes concernées doivent souvent recourir à une aide professionnelle, à un soutien technique ou à l'appui de leur entourage. Le maintien à domicile leur permet de conserver leurs habitudes, leur mode de vie et de rester actrices de leur quotidien, renforçant ainsi leur

<sup>202</sup> Observatoire Régionale de la Vie Associative (ORVA), *Etude sur l'engagement des personnes retraitées des Hauts-de-France*, 2021.

sentiment de sécurité et de continuité. Même en présence d'une perte d'autonomie, elles peuvent bénéficier d'une aide tout en préservant une certaine indépendance. Le pouvoir d'agir, soutenu par l'accompagnement des professionnels, constitue un levier d'émancipation. Cela suppose une posture professionnelle particulière, qui vise à préserver la capacité de décision de la personne, malgré l'aide apportée. À ce titre, une étude de Behm et coll. (2013)<sup>203</sup> s'est penchée sur les effets bénéfiques des visites préventives à domicile et des activités de promotion de la santé chez des personnes âgées de 80 ans ou plus. Les résultats indiquent que, pour la majorité d'entre elles, ces interventions renforcent leur visibilité sociale et constituent une reconnaissance de leur dignité (8 personnes sur 17). Par ailleurs, treize participants ont affirmé que ces actions les avaient incités à agir. L'étude souligne que les bénéficiaires ont particulièrement apprécié d'être reconnus et d'avoir la possibilité de participer aux décisions les concernant.

### **Un pouvoir d'agir restreint en institution par des contraintes organisationnelles et des mesures de sécurité à respecter**

D'après l'enquête menée par France Assos Santé Hauts-de-France autour du respect des choix, des droits et des libertés en Ehpad, les résidents interrogés révèlent détenir une liberté partielle en établissement par rapport à la vie à domicile<sup>204</sup>. Le devoir de se plier à l'organisation interne (respect des horaires de coucher, des repas, demandes d'autorisation pour sortir...) et l'infantilisation exercée par le personnel accentuent le sentiment de privation de leurs libertés en institution.

Selon l'analyse du rapport, les personnes âgées en établissement ne se considèrent plus comme décisionnaires dans leur quotidien.

D'autant plus que la plupart d'entre eux n'ont même pas connaissance de leurs droits. Bien que la législation impose l'existence d'instances participatives, telles que le Conseil de la Vie Sociale (CVS), la participation des résidents reste limitée aux élus. Pourtant l'objectif principal de cette instance

est de permettre aux usagers et à leurs familles d'exprimer leurs besoins et de faire des suggestions sur les différents aspects de la vie collective, à savoir les conditions de vie en établissement, les projets, les questions sur l'organisation interne etc. Les résidents élus estiment cependant que le CVS se limite à une instance consultative, un lieu d'information et de concertation et qu'ils n'ont pas le pouvoir de changer leur quotidien. Ces constats mettent en lumière la nécessité de communiquer sur le rôle et l'intérêt de cette instance, en informant l'ensemble des usagers, qu'ils soient élus du CVS ou non.

Par ailleurs, pour une grande partie des résidents, l'entrée en établissement n'était pas de leur initiative. Généralement, ce sont leurs enfants qui ont dû faire ce choix au vu de leur dépendance. Cette démarche est d'ailleurs vécue comme une « obligation » ou une « décision de dernier recours », ce qui participe d'emblée à leur rôle secondaire concernant leur pouvoir d'agir. Pour les résidents, c'est la direction qui prend les décisions, un point de vue qui s'explique soit par une volonté d'être pris en charge et de ne pas avoir à intervenir dans l'organisation, soit parce qu'ils se résignent du fait de leur dépendance, considérant que leur avis ne compte plus.

### **L'âgisme et les préjugés restent des freins majeurs à la pleine reconnaissance du pouvoir d'agir des personnes âgées dans la société**

Les stéréotypes négatifs liés à l'âge empêchent les personnes âgées d'exercer leur autodétermination et leur pouvoir d'agir, les cantonnant à des rôles souvent passifs et dépendants<sup>205</sup>. Ces comportements âgistes peuvent affaiblir leur confiance en leur capacité d'agir, notamment en diminuant leur sentiment d'efficacité personnelle. Or plus cette croyance en leur efficacité est renforcée, plus elles sont à même de mobiliser leurs ressources pour surmonter les difficultés de la vie quotidienne. En effet, le fait de croire que son pouvoir d'agir est faible, constitue un frein majeur à tout type d'actions et de participations (sociale, associative, politique...).

<sup>203</sup> Behm, L., Dahlin-Ivanoff, S., Ziden, F., (2013). Preventive home visits and health – experiences among very old people. *BMC Public Health* ; 13(378) ; p.1-10.

<sup>204</sup> France Assos Santé, *La démocratie en Ehpad : Paroles de résidents des Hauts-de-France [Rapport]*, 2024.

<sup>205</sup> Pour plus d'informations, se référer à la fiche thématique consacrée à l'âgisme, issue du diagnostic territorial partagé

## Le pouvoir d'agir et la participation des personnes âgées : une dynamique régionale en pleine croissance

### Quelques exemples d'initiatives

Après plus de 20 ans de mobilisation inter associative, une organisation nommée « France Assos Santé » a été créée en 2017 pour représenter et défendre les intérêts des usagers du système de santé français. Face aux constats d'un manque de connaissance des personnes âgées sur leurs droits en EPHAD, France Assos Santé en partenariat avec l'Inter-CVS 59, a mené une étude qualitative<sup>206</sup> sur la démocratie en institution dans la région des Hauts-de-France. 43 résidents dans 4 EPHAD de la région ont pu être interrogés sur leur perception de la démocratie, leur rapport à la prise de décision et leur connaissance du rôle du Conseil de la Vie Sociale (CVS). Un second rapport auprès des familles des résidents a été réalisé en 2025. Cette organisation intervient pour relayer la parole des résidents et de leurs familles, promouvoir la démocratie en établissement et encourager les initiatives locales.

Parallèlement, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a lancé un appel à projet en 2023, intitulé : « La participation des personnes vivant en établissement : relever le défi de l'effectivité »<sup>207</sup>. Sur 48 projets déposés, sept ont été financés pour être conduits sur une durée de 30 à 36 mois. Ces démarches visent à développer des espaces d'échanges entre les résidents et les professionnels aidants, favoriser la communication et l'expression des personnes âgées ainsi qu'accompagner la transformation de l'offre médico-sociale pour mieux répondre à leurs attentes.

Dans cette dynamique, la Carsat s'engage également à soutenir les démarches innovantes en faveur des personnes âgées, notamment à travers la création et l'animation de Tiers-Lieux au sein des résidences autonomie. Ces espaces novateurs viennent renforcer l'inclusion des structures d'accueil, tout en favorisant l'intégration des résidents dans la vie locale et sur leur territoire.

<sup>206</sup> France Assos Santé, *La démocratie en EPHAD : Paroles de résidents des Hauts-de-France [Rapport]*, 2024.

<sup>207</sup> CNSA, *Sept projets innovants de participation des personnes vivant en établissement*, 2023.

Fondée en 2021 à Lille, l'association « Debout les Aîné.e.s » régie par la loi 1901, intervient dans le département du Nord afin de promouvoir un modèle d'inclusion où les personnes âgées sont acteurs de leur parcours de vie et pleinement intégrés dans les dynamiques territoriales.

Le Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés (RFVAA), affilié à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) promeut à travers la démarche « Ville Amie des Aînés » la transversalité, la participation des habitants ainsi que la lutte contre l'âgisme. En janvier 2021, la ville de Dunkerque a créé « la Mission Séniors »<sup>208</sup> avec les habitants âgés de 60 ans et plus. Plus de 250 habitants ont participé à 17 ateliers organisés dans tous les quartiers et résidences séniors de la ville. Un réseau d'ambassadeurs est en projet, bien qu'il ne soit pas encore opérationnel. Il vise à créer une dynamique locale d'engagement citoyen. Lors des premières concertations menées en 2014, les habitants se sont montrés réticents, témoignant d'une forte défiance envers les institutions et la sphère politique. Cette réalité souligne la nécessité d'un travail de pédagogie et de proximité, ainsi que d'un cadre clair, conforme aux exigences législatives et réglementaires. L'objectif de ce réseau est d'inclure pleinement les habitants dans la réflexion et l'action.

De la même manière, la ville de Saint-Quentin a rejoint la démarche « Ville Amie des Aînés » en créant un « conseil des séniors », permettant aux personnes âgées tirées au sort de participer à la politique municipale.

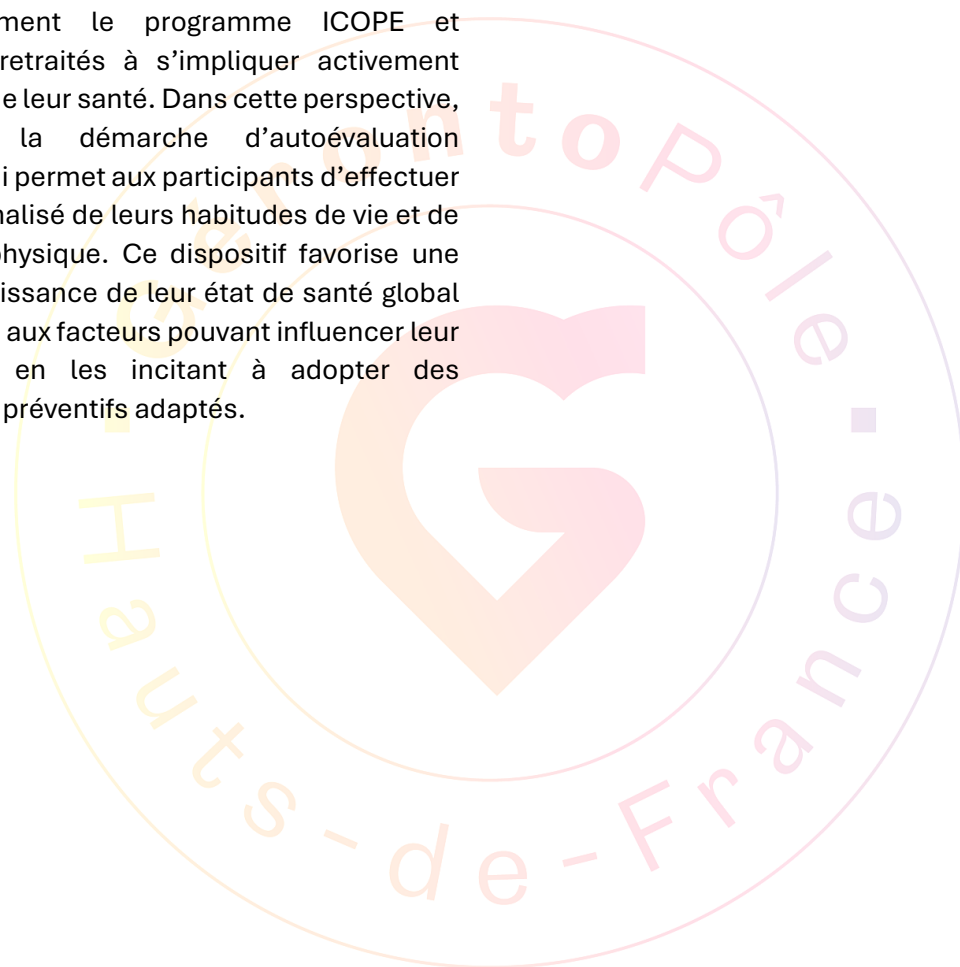
La promotion de la participation active des personnes âgées à la vie sociale, citoyenne et locale peut également être soutenue par le dispositif Bip Pop, une plateforme numérique d'entraide. En facilitant l'entraide de proximité par une mise en relation sécurisée entre personnes en besoin d'assistance et bénévoles ou associations locales, il permet aux aînés de rester acteurs de leur vie et de leur territoire.

Enfin, la MSA de Picardie contribue à cette dynamique avec la mise en œuvre des chartes territoriales des solidarités avec les aînés. Ce dispositif de développement social local permet de lutter contre l'isolement des personnes âgées, de

<sup>208</sup> Ville de Dunkerque, *Une démarche et un programme d'actions concrètes au service des séniors 2024-2026*.

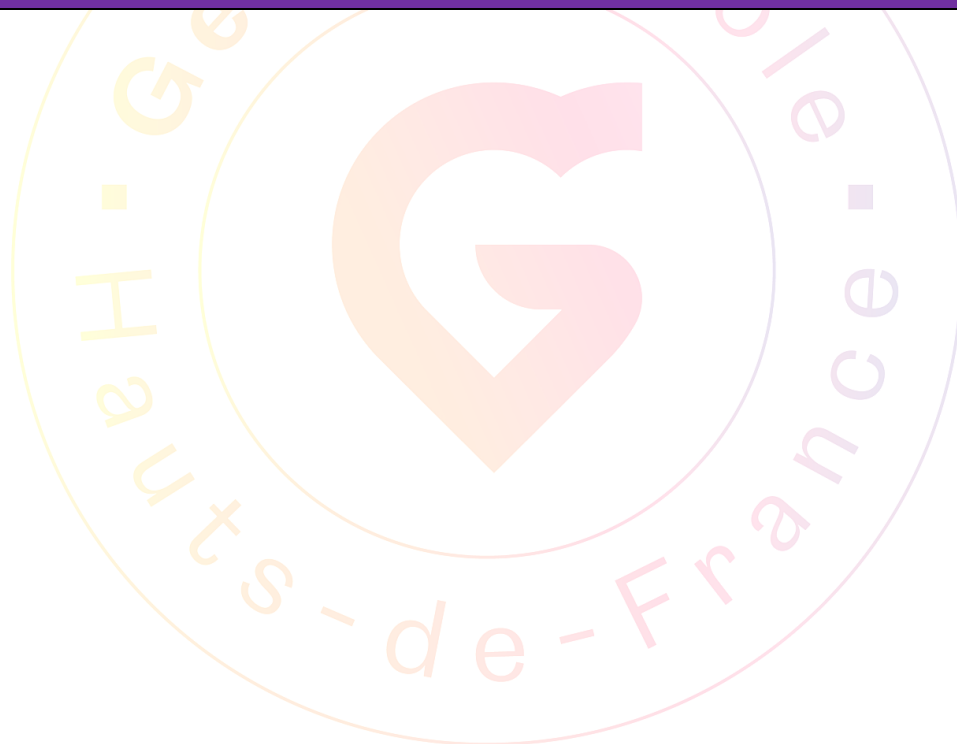
renforcer les solidarités intergénérationnelles, et d'adapter l'offre de services aux besoins prioritaires des territoires ruraux vieillissants. Chaque charte s'appuie sur un diagnostic de territoire, réalisé à l'échelle d'un EPCI, en intégrant la participation des habitants et des acteurs locaux à travers divers outils (questionnaires, banquets citoyens, etc.). Ceux-ci sont ensuite pleinement associés à des groupes de travail et des comités de pilotage, afin de co-construire des réponses adaptées aux enjeux identifiés.

En complément de ces actions sociales, la Carsat soutient également le programme ICOPE et encourage les retraités à s'impliquer activement dans la gestion de leur santé. Dans cette perspective, elle promeut la démarche d'autoévaluation *Tempoforme*, qui permet aux participants d'effectuer un bilan personnalisé de leurs habitudes de vie et de leur condition physique. Ce dispositif favorise une meilleure connaissance de leur état de santé global et les sensibilise aux facteurs pouvant influencer leur bien-être, tout en les incitant à adopter des comportements préventifs adaptés.



### Faits marquants

- En Hauts-de-France, le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes posent des défis majeurs en termes d'inclusion, de pouvoir d'agir et de participation des personnes âgées.
- Les personnes âgées vivant en établissement soulignent l'importance d'un accompagnement qui valorise leur autonomie, respecte leur libre arbitre et les implique pleinement dans les décisions les concernant au quotidien. Elles aspirent à rester actrices de leur parcours de vie, y compris en situation d'hébergement.
- Une part importante des retraités des Hauts-de-France révèle être engagée dans une forme d'activité sociale ou bénévole.
- L'âgisme et le niveau de dépendance constituent des obstacles significatifs à la reconnaissance du pouvoir d'agir des personnes âgées, limitant ainsi leur participation à la vie communautaire.



# Les contributions du groupe de travail

Un groupe de travail s'est constitué autour de cette thématique. Ce groupe s'est réuni à trois reprises afin d'examiner et de discuter des enjeux liés à la pauvreté et la précarité 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 :

- **Evelyne Ducrot**, représentante des usagers CHU Amiens Picardie & présidente UFAL Picardie Maritime.
- **Olivier Baelus**, infirmier coordonnateur du CRT n°8.
- **Camille Flandre**, Chargée de mission Partenariats Economiques, CRESS
- **Céline Bouquet**, coordonnatrice territorial, DAC Appui Santé Montreuillois-Ternois-Arrageois.
- **Jennifer Pereira**, chargée d'études, MSA de Picardie, Service ASS.
- **Mauricette Aupicq**, Bénévole association « Debout Les Aînés ».
- **Thomas Maenhout**, directeur de la coordination et de la qualité des parcours de santé, SantélyS et responsable du DIREVP.
- **Géraldine Cleret-Delcroix**, responsable du département offre de services ASV, Carsat HDF.
- **Perreault Laurie**, sous-directrice pilotage et action sociale vieillesse, Carsat HDF.
- **Jérôme Lefebvre**, responsable du service innovation été engagement pour le bien vieillir, Ville de Dunkerque.
- **Patrick Fournier**, Président de l'association « Debout Les Aînés ».
- **Ghislaine Lefebvre**, UFAL Amiens-Métropole.

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. **La perte d'autonomie et la dépendance croissante des personnes âgées** représentent un défi majeur, limitant leur capacité à vivre de manière indépendante.

2. **L'isolement social et le repli à domicile**, souvent liés à la perte d'autonomie et à un soutien insuffisant, réduisent le pouvoir d'agir des personnes âgées en limitant leur participation sociale et leur inclusion.
3. **Le pouvoir d'agir des résidents en EHPAD** est souvent restreint, limitant leur autonomie, leur prise de décision et leur participation active à la gestion de leur quotidien.
4. **La participation des personnes âgées aux instances tels que le CVS** est encore limitée, ce qui réduit leur véritable pouvoir d'influence sur les décisions qui les concernent et leur intégration dans les processus décisionnels.
5. **L'âgisme et les stéréotypes négatifs associés à la vieillesse** constituent des freins importants à la reconnaissance du pouvoir d'agir des personnes âgées dans la société. Ces préjugés empêchent les personnes âgées d'exercer leur autodétermination, en les cantonnant à des rôles passifs et dépendants.
6. **Le recul de l'engagement bénévole**, alimenté par un désintérêt croissant des personnes âgées elles-mêmes, contribue à l'affaiblissement des liens sociaux et à l'isolement des aînés.

## 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 « **Accompagnement à domicile et en établissement** » (Axe 1) car la participation active des personnes âgées et le renforcement de leur pouvoir d'agir apparaissent comme des leviers incontournables pour préserver, voire renforcer, leur autonomie.
- La thématique « **Agisme** » (Axe 3) puisqu'il constitue un frein majeur à la **participation sociale** des personnes âgées et à l'exercice de leur **pouvoir d'agir**. En véhiculant une image réductrice des personnes âgées

comme dépendantes et inactives, l'âgisme contribue à invisibiliser leur voix et à limiter leur place dans l'espace public.

### Les préconisations du groupe de travail

1. Promouvoir la participation active des personnes âgées à la vie sociale, citoyenne et locale afin de valoriser leur expérience, renforcer leur pouvoir d'agir et lutter contre leur isolement.
2. Recueillir le point de vue des professionnels et des institutions sur le pouvoir d'agir des personnes âgées en EHPAD.
3. Renforcer la formation des professionnels, élus et citoyens à la lutte contre l'âgisme, en intégrant des modules spécifiques de sensibilisation aux stéréotypes liés à l'âge, aux droits des personnes âgées et à la promotion d'une culture du respect et de l'inclusion à tous les niveaux de la société.

### Les actions à mener par le Gérontopôle

1. Mettre en œuvre un projet visant à renforcer la participation citoyenne et le dialogue au sein des EHPAD, notamment à travers une valorisation et une dynamisation du Conseil de la Vie Sociale (CVS).
2. Sensibiliser, informer et former les personnes âgées sur les opportunités de participation afin de les encourager à prendre part à la vie locale.

# Numérique et personnes âgées en Hauts-de-France : état des lieux

## Contexte et enjeux

Dans un contexte de dématérialisation croissante, l'accès aux outils numériques est un enjeu social majeur, notamment pour les personnes âgées, souvent plus touchées par l'exclusion numérique. Cependant, cette situation varie selon les individus. Le manque de ressources, commun à tous les âges, s'ajoute à d'autres facteurs, comme une connaissance limitée du numérique ou des limitations fonctionnelles liées à l'âge (troubles sensoriels, cognitifs, etc.). Au-delà de l'âge, d'autres facteurs personnels influencent l'usage des technologies, tels que l'intérêt porté à ces outils, la perception de leur utilité, ou encore le degré de confiance en sa propre capacité à les utiliser<sup>209</sup>.

## Un taux d'illectronisme<sup>210</sup> préoccupant chez les personnes âgées en Hauts-de-France

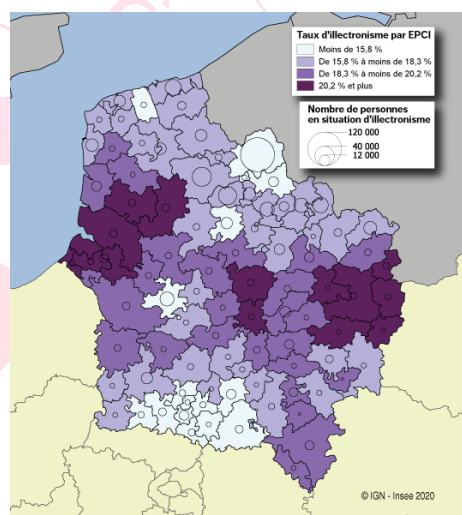
En 2020, environ 800 000 personnes âgées de 15 ans et plus, soit 17 % de la population des Hauts-de-France, étaient en situation d'illectronisme<sup>211</sup>. Parmi elles, 90 % n'avaient pas utilisé Internet au cours de l'année. Bien que ce taux soit comparable à la moyenne nationale, les habitants des Hauts-de-France sont légèrement plus concernés par cette problématique que ceux des autres régions. L'illectronisme touche particulièrement les personnes âgées, avec 28,3 % des individus de 60 ans et plus, et 67,4 % des 75 ans et plus.

Cette situation concerne davantage les femmes (16,5 %) que les hommes (13,2 %), ainsi que certaines catégories professionnelles, telles que les agriculteurs (22,9 %) et les ouvriers (10,8 %), par rapport aux cadres (1,7 %). En ce qui concerne la

répartition géographique, peu de différences sont observées entre les zones rurales et urbaines.

Néanmoins, des disparités notables apparaissent à l'échelle régionale : le sud de l'Oise, la MEL et sa périphérie ou encore Amiens ont des taux d'illectronisme inférieurs à 15,8 %, alors que la Thiérache, le Ternois, le littoral et l'est de la Somme ont des taux supérieurs à 20,2 % (cf. carte suivante).

## Taux d'illectronisme par EPCI dans les Hauts-de-France



<sup>209</sup> ILVV, *Recherche sur le vieillissement : La dématérialisation des services publics et les pratiques et usages numériques des plus âgés*, 2024.

<sup>210</sup> L'illectronisme désigne l'incapacité ou la difficulté à utiliser les outils numériques en raison d'un manque de compétences.

<sup>211</sup> Insee, *800 000 habitants en situation d'illectronisme*, 2020

La Somme et l'Aisne sont les départements qui affichent les taux les plus élevés d'illectronisme. L'analyse territoriale réalisée par l'Insee indique que les taux les plus importants se trouvent dans les zones éloignées des grandes agglomérations. Cependant, l'Insee souligne également que « bien que le taux d'illectronisme soit nettement plus faible dans les grandes villes, le nombre de personnes concernées y est significatif ». Cette répartition de l'illectronisme doit être mise en perspective avec la localisation des différents dispositifs de lutte contre ce phénomène.

Concernant ces dispositifs, l'Insee mentionne la plateforme « Les Assembleurs », qui « accompagne les acteurs de l'inclusion numérique, forme les professionnels et anime les réseaux régionaux et locaux de médiation ». L'Insee évoque également le dispositif *Pass Numérique*, qui propose des financements sous forme de chèques permettant aux bénéficiaires d'accéder à des services d'accompagnement numérique<sup>212</sup>. Ce dispositif, mis en place à la suite d'un appel à projets lancé en 2019-2020, est actuellement en phase d'essai, avec des lauréats parmi le conseil régional des Hauts-de-France et plusieurs EPCI de la région.

De manière générale, « le manque d'équipement et l'illectronisme, affectant particulièrement les personnes âgées, soulèvent la question des difficultés liées au développement de la dématérialisation des démarches administratives »<sup>213</sup>. Selon les données de l'INSEE de 2021, 67 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont effectué au moins une démarche administrative en ligne au cours de l'année. Cependant, ce taux diminue à 59 % pour les 60-74 ans et à 27 % pour les 75 ans et plus. Ainsi, les personnes de 60 ans et plus sont plus susceptibles de renoncer à réaliser leurs démarches administratives en ligne.

L'essor du numérique transforme profondément l'accès aux services, qu'ils soient administratifs, sociaux ou de santé. Pourtant, cette transition

accélérée ne tient pas suffisamment compte des réalités vécues par une partie importante de la population : les personnes âgées, en particulier celles qui ne disposent ni des outils nécessaires, ni de la maîtrise des usages numériques.

L'accès au numérique reste aujourd'hui très inégal. Pour de nombreuses personnes âgées en institution ou en perte d'autonomie, l'absence d'équipements rend toute interaction numérique difficile, voire impossible. Beaucoup vivent encore avec un téléphone fixe et une télévision comme seuls outils technologiques. L'installation d'une connexion internet représente un coût supplémentaire, dans un contexte où le déploiement du réseau reste inégal selon les territoires.

Cette situation engendre une nouvelle forme de dépendance. Les personnes âgées qui ne maîtrisent pas le numérique doivent s'en remettre à leurs enfants, voisins ou amis pour réaliser des démarches en ligne. Ce déséquilibre fragilise leur autonomie.

### **Une exclusion numérique significative chez les personnes âgées**

Le baromètre isolement et solitude produit par l'association les Petits Frères des Pauvres<sup>214</sup> donne un aperçu de l'exclusion numérique des personnes âgées : en France métropolitaine, 27 % des 60 ans et plus sont concernés par l'exclusion numérique. Mais ce taux est beaucoup plus élevé dans la région Hauts-de-France, où 36 % des personnes âgées de 60 ans et plus se disent « exclues numériquement ». Il s'agit du deuxième taux régional le plus élevé après la Normandie (40).

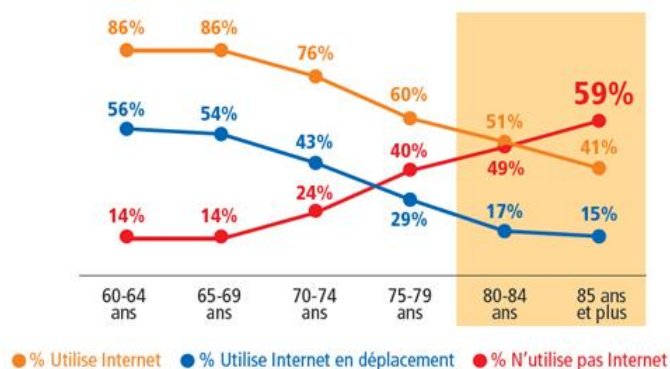
<sup>212</sup> Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT). *Pass numérique*, 2020.

<sup>213</sup> Guilloton, V., *L'usage des technologies de l'Information et de la communication par les seniors : état des lieux des*

*travaux de l'Insee, Recherche sur le vieillissement, ILVV, p.6, 2024.*

<sup>214</sup> Petits Frères des Pauvres, *Baromètre solitude et isolement : quand on a plus de 60 ans en France en 2021*, octobre 2024.

## Âge et exclusion numérique<sup>215</sup>

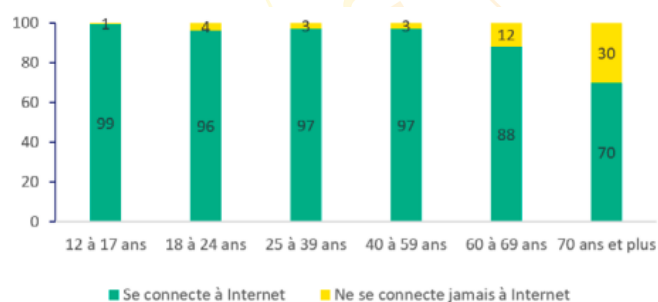


Cette analyse détaillée révèle qu'une part significative des personnes âgées ne recourent pas à Internet, une proportion qui augmente avec l'âge.

Alors que 14 % des 60-64 ans et 65-69 ans n'utilisent pas internet, cette part est de 24 % chez les 70-74 ans, 49 % chez les 80-84 ans et atteint les 59 % pour les plus de 85 ans.

D'autres données confirment cette plus faible utilisation d'internet avec l'âge : 12 % pour les 60-69 ans et 30 % chez les 70 ans et plus (cf. figure suivante)<sup>216</sup>. Les recherches sur l'exclusion numérique des personnes âgées révèlent que, bien que l'âge soit un facteur déterminant, les inégalités numériques sont également fortement influencées par des variables socio-économiques et culturelles<sup>217</sup>.

## Connexion à internet selon la classe d'âge



L'étude<sup>218</sup> publiée par l'association *Les Petits Frères des Pauvres* souligne une double fracture numérique chez les personnes âgées de 60 ans et plus : une fracture d'équipement, puisque 21 % ne disposent pas d'accès à Internet à domicile et 44 % ne

possèdent pas de smartphone ; et une fracture d'usage, marquée par une faible maîtrise des outils, avec seulement 54 % capables de regarder des vidéos en ligne, 43 % utilisant les réseaux sociaux et 35 % accédant à Internet via leur smartphone.

Les principaux freins évoqués par les personnes âgées sont le manque d'intérêt (68 %), la complexité perçue (59 %), l'absence de compétences (47 %), le coût (54 %) et la crainte du piratage (41 %). L'accompagnement reste insuffisant : seuls 35 % ont reçu une aide ou une formation, souvent dispensée par des proches (enfants, petits-enfants). Cependant, seules 11 % des personnes âgées non connectées se disent prêtes à suivre une formation.

Dans les zones rurales, où l'accès aux services publics et aux commerces est souvent limité par la distance, le numérique peut représenter une véritable solution pour pallier cet isolement, notamment avec la dématérialisation des services, le télétravail, la télémédecine et le commerce en ligne. Toutefois, la qualité du réseau peut restreindre l'utilisation de ces technologies, bien que la couverture soit relativement bonne dans certaines régions.

## Disparités dans les taux de couverture 4G et Internet à travers la région

Dans les Hauts-de-France, la couverture numérique, notamment en très haut débit, est globalement bien développée, avec une large majorité des communes raccordées à la fibre optique en 2024. Cependant, quelques zones restent encore non desservies par la fibre, ce qui entraîne des disparités dans la qualité de la connexion Internet à l'échelle régionale.

En 2018, le gouvernement a mis en œuvre le programme « New Deal Mobile » pour renforcer la couverture mobile dans les zones dites « peu denses ». Ce dispositif repose sur un partenariat étroit avec les collectivités locales, permettant d'identifier chaque année les zones prioritaires à équiper selon une approche ascendante, fondée sur les remontées du terrain.

<sup>215</sup> Baromètre solitude et isolement 2021, Petits Frères des Pauvres.

<sup>216</sup> Arcep, Arcom, CGE, ANCT, *Baromètre du numérique*, 2023.

<sup>217</sup> Brice-Masencal L., *Éloignement numérique des personnes âgées : un nécessaire dépassement du concept*

de « fracture numérique grise », *Recherche sur le vieillissement*, ILVV, 2024.

<sup>218</sup> Les Petits Frères des Pauvres, *L'exclusion numérique des personnes âgées*, 2018.

Dans le département de l'Aisne<sup>219</sup>, près de 50 pylônes ont été déployés, bien que certains territoires restent encore insuffisamment couverts. Parallèlement, sept nouveaux sites ont été sélectionnés dans le département de la Somme<sup>220</sup>.

Le New Deal Mobile prévoit, à l'échelle nationale, le déploiement de 5 000 sites supplémentaires par opérateur d'ici 2026, afin de réduire durablement les zones à faible couverture.

## Enjeux et impacts du numérique dans les organisations de santé et pour leurs usagers

La transformation numérique révolutionne les soins destinés aux personnes âgées en les rendant plus efficaces, accessibles et sécurisés. La digitalisation s'accélère avec l'adoption du dossier médical électronique, de la téléconsultation, et de technologies telles que la télésanté, les capteurs connectés et les objets médicaux intelligents. Les innovations comme l'intelligence artificielle, la robotique, et les logiciels en cloud transforment à la fois les soins cliniques et les fonctions administratives (finances, logistique). Toutefois, la cybersécurité et la conformité réglementaire demeurent des enjeux majeurs pour garantir la fiabilité et la protection des données dans ce secteur.

## Télémedecine et vieillissement : un levier pour améliorer l'accès aux soins

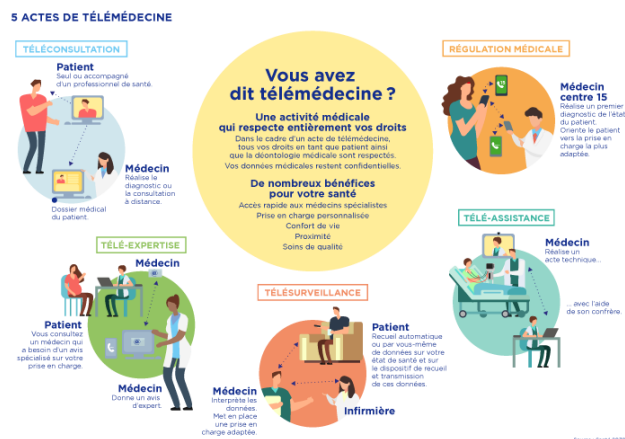
Conformément à l'article L.6316-1 du Code de la santé publique, la télémedecine constitue une modalité de pratique médicale à distance reposant sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle s'inscrit désormais pleinement dans le parcours de soins, facilitant un suivi renforcé des personnes âgées, tant à domicile qu'en établissement (EHPAD).

Par le décret du 19 octobre 2010, la loi HPST<sup>221</sup> précise cinq actes médicaux reconnus dans le champ de la télémedecine : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance et la régulation médicale.

<sup>219</sup> Département de l'Aisne, *Téléphonie mobile : améliorer la couverture*, Janvier 2023.

<sup>220</sup> Département de la Somme, *Amélioration de la couverture en téléphonie mobile dans la Somme : le Département se félicite des 9 nouvelles communes*

## Description des cinq actes de télémedecine



Ces services permettent un suivi médical à distance, le renouvellement d'ordonnances, ou encore l'accompagnement des soins en maison de retraite. Depuis 2018, la téléconsultation est remboursée par l'Assurance Maladie, tout comme la téléexpertise depuis 2019, notamment dans les établissements d'hébergement, où ces dispositifs améliorent la continuité des soins, la coordination entre professionnels et réduisent les déplacements pour des résidents souvent fragiles et polyopathologiques.

## La télésurveillance médicale : un atout majeur pour le maintien à domicile des personnes âgées

La télésurveillance médicale est essentielle dans la prévention des risques liés au vieillissement et dans le soutien au maintien à domicile des personnes âgées. Elle permet, grâce à des dispositifs connectés, de suivre en temps réel des constantes physiologiques (tension artérielle, fréquence cardiaque, oxygénation, température, glycémie...), facilitant ainsi une prise en charge précoce en cas de décompensation. Elle constitue également un outil essentiel dans la prévention des chutes, un risque majeur pour les personnes âgées, souvent associé à une perte de mobilité, des troubles de l'équilibre ou des maladies chroniques. Ces incidents, fréquents chez les personnes âgées, peuvent entraîner des blessures graves et compromettre leur autonomie. Grâce à des capteurs connectés, portés par la personne ou installés dans l'environnement, les professionnels de santé ou les proches sont alertés

concernées par le dispositif national New Deal mobile, Février 2024.

<sup>221</sup> LOI « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

instantanément en cas de chute, permettant ainsi une intervention rapide et réduisant les risques de complications.

### **Téléconsultation assistée et téléassistance médicale : des leviers pour compenser la perte de mobilité des personnes âgées**

La question de la mobilité revêt une importance particulière pour les personnes âgées ou en situation de dépendance. Beaucoup d'entre elles, en raison de leur état de santé, sont dans l'incapacité de se déplacer pour consulter un médecin. Parallèlement, on observe une diminution progressive des visites médicales à domicile, en raison de contraintes organisationnelles ou de la disponibilité réduite du personnel médical. Cette situation met en évidence une faille préoccupante dans l'accès aux soins.

Dans ce contexte, la **téléconsultation assistée** émerge comme une solution innovante et adaptée. Elle combine la consultation médicale à distance avec le soutien d'un professionnel de santé local, généralement une infirmière, qui assiste le patient lors de la consultation. Cette approche permet de maintenir un lien direct entre le patient et le médecin, tout en garantissant l'accompagnement et l'expertise clinique de l'infirmière sur place.

Par ailleurs, la **téléassistance médicale** pourrait également être mobilisée dans le cadre de certains actes infirmiers, notamment pour le traitement de plaies, en facilitant la sollicitation d'un avis médical à distance via une consultation en visioconférence. Ce complément d'expertise à distance permet de sécuriser les interventions tout en optimisant la coordination entre les professionnels.

La loi de santé de 2019, à travers son article 13, introduit une avancée importante : la possibilité de recourir au télésoin, une pratique distincte de la télémédecine. Ce dispositif permet aux pharmaciens et aux auxiliaires médicaux de dispenser des soins à distance, élargissant ainsi l'accès aux prises en charge, notamment pour les publics fragiles. Contrairement à la télémédecine, centrée sur la consultation médicale, le télésoin se concentre sur

l'accompagnement thérapeutique, le suivi de traitements ou encore l'éducation à la santé, en s'inscrivant pleinement dans la continuité des soins. Cette pratique vient aussi pallier le manque de ressources humaines dans certaines régions rurales ou isolées, où les médecins et autres professionnels de santé sont souvent peu nombreux.

### **Télémédecine pour les personnes âgées : faible usage malgré des bénéfices incontestables**

Les personnes âgées, y compris celles résidant en EPHAD, restent des utilisatrices très minoritaires de la télémédecine en France. Selon la Cour des comptes<sup>222</sup>, le profil moyen d'un patient qui bénéficie d'une téléconsultation est « jeune et très urbain ». Les personnes âgées et celles en situation de handicap bénéficient « très insuffisamment » de ces actes, malgré les enjeux d'accessibilité aux soins de ces populations. Selon une étude de la Drees<sup>223</sup> sur les téléconsultations réalisées en 2020 et 2021, les médecins généralistes de moins de 40 ans consacraient 4,8 % de leur activité à la téléconsultation, contre 2,5 % pour leurs confrères âgés de 65 ans ou plus. Les jeunes patients (15 à 44 ans) représentent 45,2 % des téléconsultations, contre seulement 28,7 % des consultations en cabinet. De plus, 70 % des téléconsultations concernaient des personnes résidant en centre-ville ou banlieue.

En juin 2023, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a publié un document intitulé « État des lieux et analyse des potentialités de déploiement de la télésanté en région Hauts-de-France »<sup>224</sup>, en prévision des travaux du Plan Régional de Santé (PRS). Ce rapport met en évidence que les cartographies des usages de la télémédecine ne correspondent pas aux zones les plus fragiles (cf. carte suivante). De plus, l'analyse révèle que les trois principaux actes de télémédecine suivent des tendances distinctes : la téléconsultation a retrouvé son niveau "normal" après la crise sanitaire, tandis que la téléexpertise et la télésurveillance continuent d'enregistrer une croissance régulière.

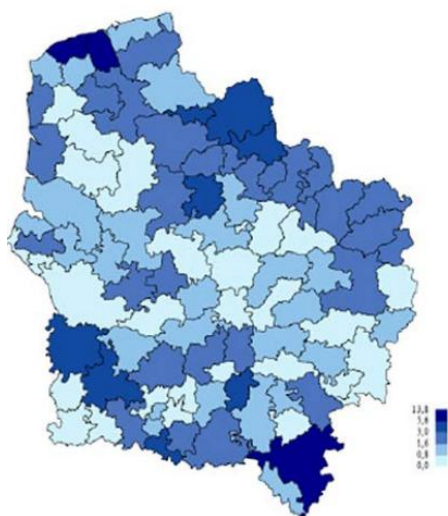
<sup>222</sup> Cour des comptes, *Les téléconsultations : une place limitée dans le système de santé, une stratégie à clarifier pour améliorer l'accès aux soins*, avril 2025.

<sup>223</sup> Drees, *Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains*, 2022

<sup>224</sup> ARS Hauts-de-France, *Feuille de route pour les usages de la télésanté en hauts-de-France*, 2024.

## Part des téléconsultations, sur l'ensemble des rencontres de médecine générale

(en %, période 2021, selon lieu d'exercice)



Source : SNDS - DCIR (Exploitations OR2S)

Selon les données issues de Prédice<sup>225</sup>, la plateforme régionale de télésanté des Hauts-de-France, 250 450 téléconsultations ont été enregistrées dans la région au mois d'avril 2023, avec une concentration notable dans le département du Nord (144 580 actes), suivi du Pas-de-Calais (45 409), de la Somme (33 469), de l'Oise (16 475) et de l'Aisne (3 765). Parallèlement, les établissements médicaux sociaux (ESMS) ont réalisé 1 598 téléconsultations, assurées par 1 179 professionnels inscrits, dont la majorité ont été effectuées dans le département du Nord (1 023 actes).

### Télémédecine : des limites persistantes à sa généralisation

La généralisation de la télémédecine a certes permis d'apporter des réponses rapides et efficaces pour certaines pathologies chroniques ou dans le cadre d'un suivi psychologique. Toutefois, elle présente aussi des limites majeures, notamment l'incapacité à évaluer les conditions de vie au domicile. Une téléconsultation ne permet pas, par exemple, de constater la présence de médicaments périmés ou d'évaluer le niveau réel d'autonomie d'une personne. Après 75 ans, une visite annuelle obligatoire à domicile par un professionnel de santé, voire une infirmière en pratique avancée (IPA), devrait être

instaurée pour pallier ce manque de contact humain et renforcer la prévention.

Il ne s'agit pas de rejeter les outils numériques, mais de reconnaître qu'ils ne peuvent remplacer l'accompagnement humain, surtout pour les publics les plus vulnérables. Une approche inclusive du numérique, fondée sur la solidarité et l'adaptation, est indispensable pour que la transition numérique ne devienne pas un facteur d'exclusion, mais un levier d'autonomie.

### Initiatives régionales en faveur du déploiement de la télémédecine

Depuis 2019, la région des Hauts-de-France a connu plusieurs vagues de déploiement, permettant à 55 Ehpad de la région de mettre en place des téléconsultations avec des médecins spécialistes locaux<sup>226</sup>. Ce dispositif vise plusieurs objectifs : amélioration de l'accompagnement des résidents, réduction des transports sanitaires, meilleur accès aux avis spécialisés et renforcement de la coordination pluridisciplinaire. Toutefois, la télémédecine vient en complément des consultations en présentiel, et non en substitution. Pour soutenir cette dynamique, les EHPAD bénéficient d'un accompagnement de proximité par l'ARS, le GRADeS S&N-HDF pour les solutions numériques, ainsi que les coordonnateurs de filière gériatrique pour assurer la cohérence territoriale des parcours de soins. Dans cette perspective, l'ARS Hauts-de-France a inscrit la télésanté comme priorité dans sa feuille de route 2023-2028, avec l'ambition d'augmenter significativement les pratiques de télémédecine, notamment pour les publics fragiles et les zones sous-dotées<sup>227</sup>.

### Le numérique pour tous : mise en œuvre des politiques publiques d'inclusion

Un plan national pour un numérique inclusif<sup>228</sup> a été lancé en 2018 et renforcé en 2020, afin de lutter contre l'exclusion numérique, en ciblant notamment les publics vulnérables, comme les personnes âgées. Coordonné par l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) via le programme *Société numérique*, ce plan repose sur cinq axes majeurs :

<sup>225</sup> Inéa. Santé et numérique Hauts-de-France, *Les chiffres clés Prédice, 2023*.

<sup>226</sup> Inéa. Santé et numérique Hauts-de-France, *Le déploiement régional de la télémédecine de spécialités en EPHAD*.

<sup>227</sup> ARS Hauts-de-France, *L'ARS Hauts-de-France publie une feuille de route pour les usages de la télésanté, 2025*.

<sup>228</sup> CNAV, CNSA. *Autonomie numérique des seniors. [Guide]*.

- La détection des publics en difficulté, grâce à la formation des professionnels et à des outils comme *Les Bons Clics* ;
- L'accompagnement dans les démarches, en clarifiant les missions des aidants numériques ;
- L'orientation vers l'autonomie, notamment via le pass numérique et les lieux qualifiés de médiation ;
- La structuration territoriale, avec la mise en place des Hubs France Connectée ;
- Et l'outillage et formation des acteurs, à l'aide de plateformes comme *PIX*.

D'autres dispositifs sont venus renforcer cette stratégie nationale, tels que la plateforme *Solidarite-numerique.fr*, destinée à accompagner les publics en difficulté ou encore la cartographie nationale des lieux d'inclusion numérique.

### **Hauts-de-France : des ateliers « autonomie numérique » déployés sur l'ensemble du territoire**

Afin de favoriser la familiarisation des futurs et jeunes retraités avec les outils numériques, la Carsat, dans le cadre de son offre « Vivons Retraite ! », déploie à l'échelle régionale des ateliers « autonomie numérique ». En complément, dans le cadre de l'offre OSCAR (Offre de Services complète et Coordonnée pour l'Accompagnement de votre Retraite), la Carsat soutient des accompagnements individuels autour de l'informatique, proposés par l'opérateur Santély. Par ailleurs plusieurs ateliers similaires sont organisés dans les centres sociaux, dans le cadre de Défi Autonomie Séniors (DAS), ainsi que par le partenaire *Neosilver*.

Des actions ciblées sont également menées dans les résidences sociales ARELI et ADOMA, où des ateliers d'autonomie numérique sont adaptés aux spécificités générationnelles et culturelles des résidents.

En complément, les conseillers numériques France Services assurent une mission d'accompagnement numérique de proximité à travers de nombreux points

d'accueil répartis sur le territoire. Leur présence est particulièrement marquée dans le Nord-Pas-de-Calais, comme en témoigne le nombre d'antennes disponibles par département<sup>229</sup> :

- 95 antennes dans l'Aisne
- 223 dans le Nord
- 70 dans l'Oise
- 123 dans le Pas-de-Calais
- 62 dans la Somme

Le dispositif itinérant « Numéric'aid » facilite également l'accompagnement numérique en se déplaçant directement auprès des publics, contribuant ainsi à réduire la fracture numérique dans les territoires. Ce soutien est renforcé par la démarche de référent numérique itinérant portée par la Croix-Rouge Hauts-de-France, qui assure des permanences dans des zones ciblées et une présence régulière dans l'ensemble des départements de la région.

Par ailleurs, l'expérimentation « Innovons en résidences autonomie » a permis, pendant une année, de faciliter l'accès à neuf solutions innovantes auprès des résidents en établissement. Cette initiative a contribué à enrichir l'offre de prévention collective et individuelle dans 30 structures.

Enfin, le déploiement d'outils de communication numérique, tels que le programme vidéo « Les Zastuces » développé par l'Assurance Retraite, vise à mieux faire connaître l'offre de services auprès des personnes âgées.

<sup>229</sup> Conseiller numérique [Internet]. Conseiller Numérique : <https://www.conseiller-numerique.gouv.fr/>

### Faits marquants

- En Hauts-de-France, 17 % de la population de 15 ans et plus est touchée par l'illectronisme, avec une proportion particulièrement élevée chez les personnes âgées de plus de 75 ans, dont 7 sur 10 sont concernées par des difficultés numériques.
- L'exclusion numérique progresse nettement avec l'âge, touchant 14 % des 60-69 ans et jusqu'à 59 % des personnes de plus de 85 ans, révélant une fracture numérique importante chez les personnes âgées.
- La dématérialisation croissante des services publics ne fait qu'accentuer le sentiment d'exclusion des personnes âgées qui rencontrent de grandes difficultés avec le numérique.
- La transformation numérique du secteur de la santé, améliore l'accès, la continuité et la sécurité des soins pour les personnes âgées, tout en posant des enjeux cruciaux, d'équité d'accès et d'adaptation aux besoins des publics vulnérables.
- La faible utilisation de la télémédecine par les personnes âgées résulte d'un cumul de freins, tels que la fracture numérique, des limitations physiques ou cognitives, des préférences pour le présentiel, un manque d'équipement et d'accompagnement, ainsi qu'une offre inégalement répartie sur le territoire.



# Les contributions du groupe de travail

Un groupe de travail s'est constitué autour de cette thématique. Ce groupe s'est réuni à trois reprises afin d'examiner et de discuter des enjeux liés à la pauvreté et la précarité 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 :

- **Evelyne Ducrot**, représentante des usagers CHU Amiens Picardie & présidente UFAL Picardie Maritime.
- **Olivier Baelus**, infirmier coordonnateur du CRT n°8.
- **Camille Flandre**, Chargée de mission Partenariats Economiques, CRESS
- **Céline Bouquet**, coordonnatrice territorial, DAC Appui Santé Montreuillois-Ternois-Arrageois.
- **Jennifer Pereira**, chargée d'études, MSA de Picardie, Service ASS.
- **Mauricette Aupicq**, Bénévole association « Debout Les Aînés ».
- **Thomas Maenhout**, directeur de la coordination et de la qualité des parcours de santé, SantélyS et responsable du DIREVP.
- **Géraldine Cleret-Delcroix**, responsable du département offre de services ASV, Carsat HDF.
- **Perreault Laurie**, sous-directrice pilotage et action sociale vieillesse, Carsat HDF.
- **Jérôme Lefebvre**, responsable du service innovation été engagement pour le bien vieillir, Ville de Dunkerque.
- **Patrick Fournier**, Président de l'association « Debout Les Aînés ».
- **Ghislaine Lefebvre**, UFAL Amiens-Métropole.

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. **Le phénomène de l'illectronisme**, combiné à une double fracture numérique, à la fois en termes d'équipement et d'usage, contribue à accentuer les inégalités d'accès aux services et aux droits.
2. **Le manque d'intérêt ou le rejet du numérique**, souvent lié à un sentiment

d'exclusion avec l'âge, freine l'inclusion. Ce problème est renforcé par l'absence d'un accompagnement adapté, rendant l'utilisation des nouvelles technologies difficile pour les personnes âgées.

## 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 « **Accès aux droits** » (Axe 3) car bien que la transition numérique offre des opportunités en termes d'autonomie et de lien social, elle constitue également un facteur d'exclusion pour certaines personnes âgées. En effet, le manque d'équipement, les difficultés d'utilisation des outils numériques, ainsi que l'absence de formation adéquate, peuvent accentuer l'isolement et limiter l'accès aux services essentiels.
- La thématique « **Accessibilité, transports et ruralité** » (Axe 3) car le numérique, lorsqu'il est bien intégré et accessible, peut constituer un véritable levier pour résoudre les problématiques d'isolement et d'accès aux services. Cependant, pour les personnes âgées, et plus particulièrement en milieu rural, l'accès aux outils numériques, ainsi que la formation et l'accompagnement à leur usage, restent des enjeux majeurs.
- La thématique « **Proche aidants** » (Axe 1) puisque l'absence de compétences numériques chez les personnes âgées les rend souvent dépendantes de leurs proches. Cette dépendance, en particulier dans un contexte où les démarches administratives et les services se numérisent de plus en plus, accentue la charge pour les aidants et limite l'autonomie des personnes âgées.

## Les préconisations du groupe de travail

1. Maintenir dans les services publics et organismes sociaux des lignes téléphoniques dédiées et des guichets ou relais de

proximité, pour permettre aux personnes âgées d'effectuer leurs démarches sans passer par le numérique.

2. Renforcer les démarches d'« aller vers » en proposant un accompagnement individualisé et pratique à l'usage du numérique pour les personnes âgées, tout en assurant une information claire et accessible sur les services et dispositifs existants.
3. Intégrer la télémédecine comme un outil de soin accessible aux personnes âgées, en veillant à sa disponibilité dans les établissements de santé et en assurant un accompagnement adapté pour favoriser son utilisation, notamment pour les consultations à distance avec des spécialistes, afin de réduire les obstacles géographiques et améliorer l'accès aux soins.
4. Garantir à tous un accès équitable aux outils numériques afin de répondre aux besoins spécifiques des populations, en particulier celles éloignées des ressources numériques.

#### **Les actions à mener par le Gérontopôle**

1. Assurer une communication régulière et accessible à travers des supports variés (en ligne, affiches, réunions d'information) pour maintenir les personnes âgées informées des nouvelles possibilités d'accès à la télémédecine et des services disponibles.
2. Communiquer sur les dispositifs d'inclusion numérique existants, en mobilisant les relais de terrain (acteurs associatifs, professionnels médico-sociaux, collectivités locales) afin d'assurer une information directe, ciblée et adaptée aux personnes âgées et à leurs aidants.

# Agisme en Hauts -de-France : état des lieux

## Contexte et enjeu

Le terme d'**âgisme** a été inventé en 1969 par le gérontologue américain Robert Butler. Cette notion fait référence à toute forme de discrimination ou de ségrégation envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge, touchant principalement les personnes âgées, mais aussi les plus jeunes<sup>230</sup>. Les représentations négatives liées au vieillissement peuvent entraîner des différences de traitement envers les personnes âgées, ce qui constitue dans certaines circonstances, des discriminations interdites par le droit communautaire et national. Ces situations sont néanmoins souvent banalisées et peu rapportées par les victimes. Compte tenu de l'accélération du vieillissement de la population dans les Hauts-de-France, avec une projection de près de 110 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2050, les enjeux d'intégration et de valorisation des personnes âgées s'imposent désormais comme des priorités majeures des politiques publiques régionales.

## L'âgisme, un phénomène peu connu mais existant

Selon une enquête nationale réalisée par Harris Interactive en 2024 à l'intention du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)<sup>231</sup>:

- **Trois quarts** des Français ne se sentent pas âgistes mais **deux tiers** d'entre eux jugent la France comme une société âgiste.
- **Plus d'un Français sur dix âgé de 50 ans et plus déclare avoir subi au moins une forme d'âgisme**, principalement dans l'espace public.
- Seul **un tiers** déclarent en avoir déjà entendu parler, dont **une personne sur dix** précisément.

Toutefois, les Français interrogés gardent une représentation plutôt positive à leur égard et s'empêchent de les considérer comme « moins utiles ou agréables » que les autres générations.

D'après le rapport du Défenseur des droits (2021)<sup>232</sup>, les aidants sont davantage conscients des inégalités de traitement envers les aînés que les personnes âgées elles-mêmes. Les personnes avec des difficultés financières sont deux fois plus nombreuses à déclarer des situations de discrimination (28 % vs 14 %) que les personnes se sentant à l'aise financièrement. De même, les personnes déclarant un mauvais état de santé (28 %) ou être en situation de dépendance (32 %) dénoncent le plus ces types de traitements, par rapport à celles en bonne santé (14 %).

Face à ce phénomène, un tiers des personnes âgées interrogées indiquent en parler à la personne qui en est à l'origine ou aux responsables, et un quart réclament l'aide d'un proche ou d'un professionnel. Seulement 12 % s'engagent dans un recours contentieux et 10 % font appel au défenseur des droits. En revanche, une personne sur cinq décide de ne pas agir. L'âgisme se manifeste le plus couramment par des moqueries, paroles ou comportements humiliants notamment dans l'espace public (transports, commerces), et par l'existence d'une limite d'âge pour certaines fonctions ou responsabilités<sup>233</sup>. Ces phénomènes s'insinuent dans de nombreux domaines tels que l'emploi, la santé, le logement ou la politique et peuvent se cumuler avec d'autres formes de discriminations, comme celles basées sur le genre ou le handicap.

<sup>230</sup> UNSA retraité, *Enquête sur l'âgisme*, 2024.

<sup>231</sup> Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA). *Les Français et l'âgisme*, 2024. Echantillon de 2057 personnes représentatives des Français âgés de 18 ans et plus.

<sup>232</sup> Défenseur des droits, *Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé*, 2021.

<sup>233</sup> Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), *Les Français et l'âgisme*, 2024.

Les différentes formes d'âgisme<sup>234</sup> :

Formes d'âgisme	Description	Exemple de manifestation
Hostile	Attitudes, paroles ou comportements négatifs, méprisants ou malveillants	Moqueries, insultes, exclusion
Compassion	Attitudes paternalistes ou infantilisantes, visant à surprotéger les aînés	Prise de décision sans consultation
Intergénérationnel	Discriminations exercées par une génération envers une autre	Les personnes âgées ne savent pas se servir des outils numériques
Intragénérationnel	Discriminations exercées par une personne âgée envers une autre	Des personnes âgées actifs discriminant ceux qui ne le sont pas
Institutionnel	Lois ou pratiques défavorisant les personnes âgées	L'âge obligatoire de départ à la retraite
Interpersonnel	Attitudes discriminatoires dans les relations sociales	Ignorer l'opinion d'une personne âgée
Autodirigé	Agisme envers soi-même	L'âge constitue un frein à l'apprentissage d'une nouvelle compétence

### L'âgisme entraîne de graves conséquences sur la santé et le bien-être des personnes vieillissantes

Il conduit à une dégradation de la santé physique et mentale des personnes âgées, accroît leur isolement social et leur solitude, et diminue leur qualité de vie. L'ensemble de ces facteurs augmente le risque de maladies chroniques, de dépression et précipite, par conséquent, le risque de décès prématuré.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 6,3 millions de cas de dépression dans le monde sont attribuables à l'âgisme<sup>235</sup>.

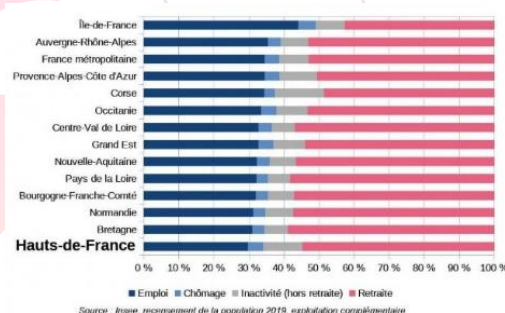
Des études scientifiques<sup>236</sup> montrent que les personnes âgées ayant une représentation négative du vieillissement sont plus à risque de présenter un déclin des fonctions mnésiques dans les années qui suivent, que ceux ayant une vision plutôt positive du vieillissement. D'autres études se sont intéressées à l'effet immédiat des stéréotypes négatifs liés à leur âge et démontrent que les sujets victimes, présentent de moins bons scores intellectuels, un comportement de dépendance plus important et un sentiment de faible efficacité. Plus inquiétant, les stéréotypes agistes entraînent chez les séniors une augmentation du stress, une perception négative de leur santé et une moindre volonté de vivre.

L'âgisme contribue également à la pauvreté et à l'insécurité financière en raison des discriminations dans l'accès à l'emploi ou aux ressources. Les coûts économiques engendrés par la discrimination fondée sur l'âge sont évalués à plusieurs milliards pour le système de santé et les économies nationales.

### Accès au logement et à l'emploi : une illustration de l'âgisme

La situation des personnes âgées sur le marché du travail est particulièrement défavorable dans la région<sup>237</sup> : seuls trois personnes âgées de 55 à 70 ans sur dix sont en activité. Les ouvriers et les employés, majoritaires dans la région, sont le plus souvent sans emploi après 60 ans, notamment du fait de la pénibilité des emplois mais aussi de débuts d'activités plus précoces. Parmi les demandeurs d'emploi, la part des personnes âgées inscrites à France Travail depuis un an ou plus est de 62,2 %<sup>238</sup>.

#### Situation des personnes âgées de 50-70 ans face à l'emploi selon les régions (2019)



<sup>234</sup> Fédération des aînées et aînés francophones du Canada, *Comprendre, reconnaître et dénoncer l'âgisme*.

<sup>235</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *L'âgisme, un enjeu mondial*, 2021.

<sup>236</sup> Stéphane Adam, Sven Joubert, Pierre Missotten, *L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs. Vol (5). p.4-8*, 2013.

<sup>237</sup> Catherine Barkovic, Émilie Pawlowski ; INSEE. *Des seniors moins souvent en emploi, des revenus plus faibles une fois retraités*, 2023.

<sup>238</sup> CREAL Hauts-De-France, *Les séniors en Hauts-de-France*, 2025.

Les stéréotypes liés à l'âge freinent le recrutement des personnes âgées qui sont perçues comme moins performants. Les femmes d'âge avancé sont d'autant plus touchées, avec un taux d'emploi inférieur à celui des hommes : 51,2 % contre 58,5 %<sup>239</sup>.

Bien que le taux de pauvreté soit en moyenne plus élevé chez les jeunes, les personnes âgées des Hauts-de France rencontrent également des difficultés économiques et une précarité renforcée avec des taux de pauvreté et de dépendance supérieurs à la moyenne nationale. Cette situation accroît leur vulnérabilité et leur exposition à l'âgisme.

Dans la région, les personnes âgées sont majoritairement propriétaires de leur logement<sup>240</sup>. Toutefois, l'accès à un logement peut s'avérer difficile pour cette population. Ces difficultés sont notamment liées aux représentations des propriétaires ou des gestionnaires d'établissement, qui priorisent des locataires plus jeunes, perçus comme présentant une plus grande stabilité.

Plusieurs initiatives émergent pour sensibiliser, encourager l'inclusion des aînés et faire évoluer les représentations sur le vieillissement

#### Au niveau mondial

L'OMS fait de la lutte contre l'âgisme, un axe majeur de son plan « Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030 ». Des organisations internationales et nationales telles que la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) s'inspirent de mouvements contre d'autres formes de discriminations et lancent des campagnes #OldLivesMatter pour sensibiliser la population et les décideurs à l'urgence de combattre l'âgisme, un phénomène répandu mais souvent ignoré et profondément installé dans les sociétés.

#### Au niveau national

Une semaine nationale des personnes âgées et retraitées, baptisée **la Semaine Bleue**, a pour vocation de changer le regard sur l'âge et renforcer les liens entre les générations en mobilisant de nombreuses initiatives locales (marches, forums, ateliers culturels...). Chaque année, ce sont des manifestations et des événements qui sont organisés

pour mettre en avant la participation des aînés à la vie sociale et renforcer les liens intergénérationnels. Cet événement soutenu par le ministère chargé des solidarités, est coordonné par l'union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS), qui propose chaque année une thématique dont les acteurs œuvrant auprès des aînés se saisissent pour mettre en place des actions sur l'ensemble du territoire.

#### Au niveau régional

En Hauts-de-France, plusieurs villes se sont inscrites dans la démarche « Ville amie des aînés » qui implique la participation des résidents et de l'ensemble des partenaires du territoire concerné pour agir ensemble autour d'une même cause : le bien vieillir dans la ville. La seconde priorité de cette démarche est de favoriser « le sentiment d'appartenance des habitants à leur territoire » en luttant contre l'âgisme.

Dans le cadre de « l'Automne bleu », la Maison des Aînés de Villeneuve d'Ascq a accueilli une conférence-débat sur les discriminations liées à l'âge, organisée par l'association *Debout Les Aînées*. L'événement a mis en lumière les multiples formes de discriminations dont sont victimes les personnes âgées, souvent silencieuses face aux injustices subies.

À cette occasion, Mme Georges Pau-Langevin, adjointe à la défenseure des droits, a rappelé le droit fondamental des aînés à choisir leur mode de vie, tandis que le sociologue Bernard Ennuyer a dénoncé les stéréotypes négatifs liés à l'âge. La conférence a également permis de mettre en lumière plusieurs formes concrètes de discriminations : les refus d'accès à certains services, notamment en matière de logement ou de crédit bancaire ; les inégalités croissantes face aux outils numériques, accentuant la fracture technologique ; ainsi que la déshumanisation progressive des services publics, qui contribue à l'isolement et à la perte du lien social chez les personnes âgées.

En l'absence de données précises sur la perception de l'âgisme, le Conseil de l'âge a lancé une enquête d'opinion. Ainsi, un cycle de travail sur les discriminations liées à l'âge a été lancé en 2024 par le Haut conseil de l'âge (HCA) en partenariat avec

<sup>239</sup> C2RP-Oref Hauts-De-France, *Les femmes séniiores dans les entreprises des Hauts-de-France - Quels enjeux ? Quelles actions ?*, 2025.

<sup>240</sup> Insee, *Portrait social France*, 2024.

l'UNSA retraités afin de mieux comprendre et lutter contre l'âgisme dans les territoires, y compris dans les Hauts-de-France.

La sensibilisation au vieillissement dès le plus jeune âge constitue un levier essentiel dans la lutte contre l'âgisme. Le dispositif « Génération liens », porté par l'association Les Petits Frères des Pauvres, s'inscrit comme une initiative majeure en ce sens. Ce programme propose des ateliers de sensibilisation centrés sur le vieillissement ainsi que sur le repérage de la précarité des personnes âgées. Destinées principalement aux élèves des lycées, ces sessions ont pour vocation de déconstruire les stéréotypes et préjugés liés à l'âge, tout en favorisant une meilleure compréhension des enjeux associés au vieillissement auprès des jeunes générations.

### **Les recommandations de la CNCDH pour faire valoir les droits et la place des personnes âgées**

La commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) a rédigé un ensemble de recommandations pour lutter contre l'âgisme et faire valoir les droits des personnes âgées<sup>241</sup>.

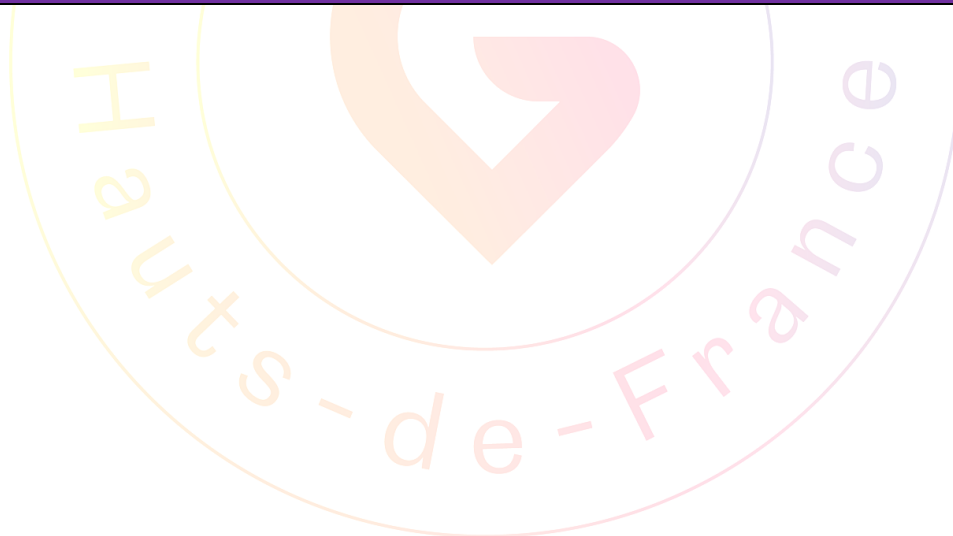
Parmi les principales pistes d'actions, il s'agit d'organiser des campagnes de sensibilisation en diffusant des guides pratiques et des brochures afin de déconstruire les idées reçues liées à l'âge, de mettre en place des ateliers intergénérationnels, de souligner les compétences et l'expérience des aînés au travail et dans la société. Il convient également de penser au renforcement des moyens humains et financiers pour l'accompagnement à domicile ou en structure d'accueil et d'en assurer la veille pour prévenir de potentiels actes de maltraitance ou de négligence. Les politiques publiques agissent, dans la même mesure, en repensant leur approche de l'inclusion des séniors tout en tenant compte de leur besoin dans l'aménagement des territoires et la conception des programmes publics.

---

<sup>241</sup> Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), *Agir pour une meilleure effectivité des droits des personnes âgées et une meilleure inclusion*.

### Faits marquants

- Plus d'un français âgé de 50 ans et plus déclarent avoir subi des discriminations âgistes, le plus souvent dans l'espace public.
- Deux tiers des Français considèrent la France comme une société âgiste, alors qu'un quart seulement estime avoir une attitude âgiste.
- L'expérience de l'âgisme varie en fonction de la situation socio-économique et de l'état de santé des personnes concernées, ces facteurs influençant la vulnérabilité perçue ou réelle face aux discriminations liées à l'âge.
- L'âgisme entraîne des conséquences sévères sur la santé physique et mentale ainsi que sur la qualité de vie des personnes âgées, en favorisant souvent leur isolement social, la perte d'autonomie et une baisse de l'estime de soi.
- L'accès à l'emploi et au logement constitue en Hauts-de-France des indicateurs révélateurs de la persistance de discriminations liées à l'âge.
- Bien que le phénomène soit largement sous-estimé et banalisé, une prise de conscience progressive commence néanmoins à se manifester dans les Hauts-de-France, notamment à travers diverses initiatives locales.



# Les contributions du groupe de travail

Un groupe de travail s'est constitué autour de cette thématique. Ce groupe s'est réuni à trois reprises afin d'examiner et de discuter des enjeux liés à la pauvreté et la précarité 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 :

- **Evelyne Ducrot**, représentante des usagers CHU Amiens Picardie & présidente UFAL Picardie Maritime.
- **Olivier Baelus**, infirmier coordonnateur du CRT n°8.
- **Camille Flandre**, Chargée de mission Partenariats Economiques, CRESS
- **Céline Bouquet**, coordonnatrice territorial, DAC Appui Santé Montreuillois-Ternois-Arrageois.
- **Jennifer Pereira**, chargée d'études, MSA de Picardie, Service ASS.
- **Mauricette Aupicq**, Bénévole association « Debout Les Aînés ».
- **Thomas Maenhout**, directeur de la coordination et de la qualité des parcours de santé, Santély et responsable du DIREVP.
- **Géraldine Cleret-Delcroix**, responsable du département offre de services ASV, Carsat HDF.
- **Perreault Laurie**, sous-directrice pilotage et action sociale vieillesse, Carsat HDF.
- **Jérôme Lefebvre**, responsable du service innovation et engagement pour le bien vieillir, Ville de Dunkerque.
- **Patrick Fournier**, Président de l'association « Debout Les Aînés ».
- **Ghislaine Lefebvre**, UFAL Amiens-Métropole.

## Les principales problématiques identifiées par le groupe de travail

1. **L'âgisme est peu reconnu comme une vraie discrimination**, même si les stéréotypes négatifs sur le vieillissement sont très répandus. Ces stéréotypes sont rarement contestés par les personnes âgées, ce qui contribue à leur

marginalisation et à leur invisibilité dans la société.

2. **Les représentations négatives liées au vieillissement** entraînent des conséquences graves sur la santé mentale et physique des personnes âgées, ce qui peut exacerber les problèmes de santé et aggraver leur qualité de vie.
3. **L'âgisme, un phénomène qui contribue à marginaliser les personnes âgées**, les privant de droits fondamentaux tels que l'accès à un emploi ou à un logement adapté.
4. **Les stéréotypes associés à l'âge constituent un frein important au recrutement des personnes âgées**, souvent perçues comme moins performantes.

## 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 « **Accès aux droits** » (Axe 3), car cet accès est compromis par les discriminations liées à l'âge, qui contreviennent au principe d'une société inclusive.
- La thématique « **Participation et pouvoir d'agir** » (Axe 3) car l'âgisme limite la participation des personnes âgées en les excluant de certains processus décisionnels et en réduisant leur contribution à la vie sociale, professionnelle et citoyenne.

## Les préconisations du groupe de travail

1. Promouvoir, dès le plus jeune âge, la préparation au vieillissement à travers des interventions variées, afin de favoriser une société plus inclusive et intergénérationnelle.
2. Sensibiliser les institutions, les entreprises et les communes à l'âgisme afin de promouvoir une culture du respect, de l'inclusion et de la

valorisation des personnes âgées dans tous les secteurs de la société.

3. Mettre en place une réflexion approfondie sur l'âgisme dans l'accès à l'emploi et au logement, afin de définir des mesures concrètes pour lutter contre les discriminations liées à l'âge et garantir une égalité des chances pour les personnes âgées.

### **Les actions à mener par le Gérontopôle**

1. Mettre en place des actions de communication visant à sensibiliser le grand public, les employeurs et les bailleurs aux enjeux du vieillissement, aux stéréotypes liés à l'âge et aux conséquences de l'âgisme.