

ACCOMPAGNER LE VIEILLISSEMENT
ET SOUTENIR LES AIDANTS

REPÉRER ET PRÉVENIR LES FRAGILITÉS ET LA PERTE D'AUTONOMIE

INTRODUCTION

Le développement de la prévention à tous les niveaux (primaire, secondaire, tertiaire) doit être renforcé afin de limiter l'apparition de certaines pathologies, en particulier les syndromes gériatriques et les risques infectieux. L'objectif est d'anticiper et de prévenir la perte d'autonomie, notamment chez les personnes présentant des maladies neurodégénératives, des troubles psychogériatriques, des situations de précarité ou des facteurs de fragilité (troubles sensoriels, bucco-dentaires, iatrogénie médicamenteuse, dénutrition, douleur, chutes...).

La stratégie repose sur des actions de prévention collectives et individuelles, élaborées avec les partenaires territoriaux et en lien avec les CDFPPA, avec un accent particulier sur la prévention des chutes. Le repérage précoce des situations à risque doit être assuré par des professionnels formés, en respectant les choix de la personne, et doit s'étendre jusqu'au domicile via des actions de communication, de sensibilisation, de dépistage et d'accès à des bilans gériatriques multidisciplinaires.

L'accompagnement préventif des personnes âgées et de leurs aidants doit intégrer l'activité physique, l'éducation thérapeutique et des programmes d'éducation à la santé, quel que soit le lieu de vie.



Le schéma régional de santé (SRS) décline les orientations stratégiques du cadre d'orientation stratégique du projet régional de santé (PRS).

Pour la période 2023-2028, 6 orientations stratégiques sont déclinées dans le SRS révisé en 24 objectifs généraux, mis en œuvre pendant la durée du schéma au travers de plans d'actions.

Le présent document s'inscrit dans le cadre de l'objectif général n°13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants » relatif à l'objectif stratégique n°3 « Favoriser la santé tout au long de la vie ». Une série de quatre documents permet de fournir le bilan d'activité des dispositifs liés au parcours vieillissement (dont les maladies neurodégénératives) et de fournir quelques éléments de contextes sociosanitaires. Ils sont construits en regard des orientations opérationnelles ; celui-ci porte sur l'orientation « Repérer et prévenir les fragilités et la perte d'autonomie ».

SOMMAIRE

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	7
Vieillessement de la population	8
Espérance de vie à 65 ans	9
Facteurs de fragilité	10
Dépendance	10
BILANS D'ACTIVITÉ	11
ÉQUIPES SPÉCIALISÉES DE PRÉVENTION EN EHPAD (ESPRÉVE)	12
Implantation des ESPrévE	14
Composition des équipes	15
Accompagnement individuel des Ehpads	16
Interventions préalables : l'autodiagnostic	17
Thématiques des plans d'action	19
Types d'actions réalisées	20
Étude d'impact 2024 des ESPrévE en Ehpads	22

CELLULE DE SUIVI DE LA CONSOMMATION DES PSYCHOTROPES EN EHPAD (CSCP).....25

Présentation de L'équipe26

Indicateurs d'activité27

Profil des résidents ayant bénéficié de l'intervention de la CSCP 27

Consommation des psychotropes en Ehpad 29

Activités de la CSCP 30

Modalités d'intervention de la CSCP 30

Mesures correctives proposées, mises en œuvre et suivi 31

Actions de communication..... 31

Indicateurs qualitatifs.....32

Organisation mise en œuvre avec les autres dispositifs..... 32

Difficultés rencontrées 32

Bénéfices observés 32

Appréciation des Ehpad et des professionnels de santé 32

PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT DES TROUBLES BUCCO-DENTAIRES EN EHPAD..... 33

Présentation des équipes territoriales34

Indicateurs d'activité34

Profil des usagers ayant bénéficié de l'intervention de l'IDE territoriale en santé orale 34

Activité de l'IDE territoriale dans la création d'un parcours en santé orale en Ehpad..... 37

Activité des IDE territoriales en santé orale 38

Indicateurs qualitatifs 42

CENTRE DE RESSOURCES EN PSYCHOGÉRIATRIE ET PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE (CR3PA)	44
Communication	45
Formation	46
Un guide de recensement des formations	46
Groupes d'échanges des équipes mobiles de psychogériatrie	46
Création et diffusion d'outils de formation	46
Formations à la prévention du suicide en Ehpad	47
Autres formations organisées	47
Parcours de santé.....	48
La cartographie interactive des ressources en psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée des Hauts-de-France et de Normandie	48
Participation aux projets territoriaux	48
Animation de groupes de travail sur la résolution de situations complexes	48
 ÉQUIPES GÉRIATRIQUES D'EXPERTISE À DOMICILE (EGED).....	 49
Implantation des Eged	50
Sollicitations reçues par l'Eged	51
Sollicitations selon l'adresseur.....	52
Sollicitations selon le motif identifié	53
Profil des patients.....	55
Informations/précisions	59
Interventions des Eged	61
Délais	61
Intervenants pluridisciplinaires.....	63
Contact avec le médecin traitant	64
Contributions de l'intervention	65

Orientations	66
Vers une hospitalisation	66
Vers des solutions ambulatoires.....	67
Intervention du dispositif ADNP	68
Vers un retour ou un maintien à domicile	68
Vers un hébergement collectif	69
Suivi des recommandations.....	70
Personnel	71
 PARCOURS DE PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE « IATROPREV »	72
Contexte et constats	73
La iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé	73
La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse	74
Les médicaments potentiellement inappropriés (MPI)	74
Objectifs du projet	75
La démarche d'optimisation médicamenteuse	76
La population cible.....	76
L'entrée du sujet âgé à haut risque iatrogénique dans le dispositif	76
Démarche innovante	76
Territoire d'expérimentation	77
Le modèle de financement dérogatoire	77
Le financement dérogatoire	78
Évaluation du parcours IATROPREV	79
Points saillants.....	79
Conclusion de l'évaluation	81
Conclusion	82

CENTRES DE RESSOURCES TERRITORIAUX (CRT).....	83
Présentation des CRT	84
Prestations optionnelles réalisées par d'autres partenaires	87
Fonctionnement	88
Fonctionnement des professionnels	93
Financements	95
Partenariats	96
Offre sur le territoire	101
File active des CRT (Volets 1 et 2)	102
File active des CRT pour le Volet 1	103
Usagers professionnels	107
Actions contribuant à l'amélioration des pratiques professionnelles et à la qualité d'accompagnement	107
Prestations du volet 1	111
Actions pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention	111
Prestations de télésanté	112
Actions pour lutter contre l'isolement des personnes âgées et leurs aidants	112
Actions pour contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques	113
Autres types de prestations	114
Actions réalisées en collaboration avec un partenaire	114
Évaluation des prestations mises en place	115
Prestations portées et réalisées par un partenaire	116



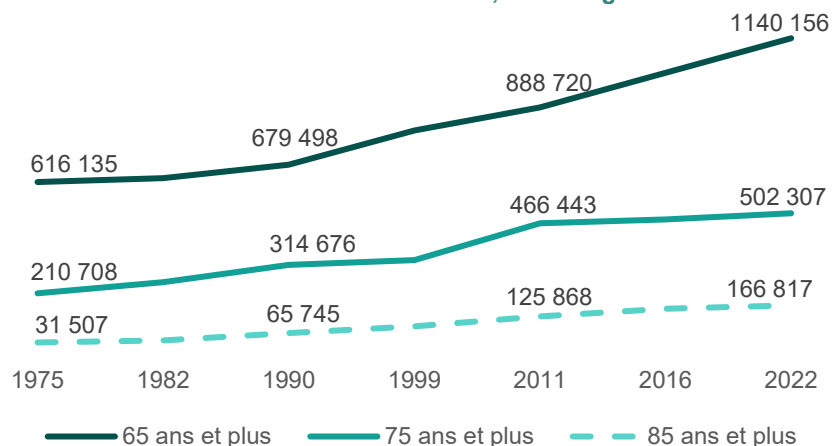
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Une augmentation des effectifs de personnes âgées au cours des 50 dernières années moins marquée qu'à l'échelon national

Entre 1975 et 2022, la population de la région, tous âges confondus, a progressé de 7 %, contre 25 % en France hexagonale. Dans le même temps, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentait de 85 % et celui des 75 ans et plus de 138 %. Ces hausses, bien que très marquées, sont inférieures à celles observées au niveau national (respectivement +111 % et +180 %).

Évolution du nombre de personnes âgées dans les Hauts-de-France, selon l'âge



Source : Insee - Exploitation OR2S

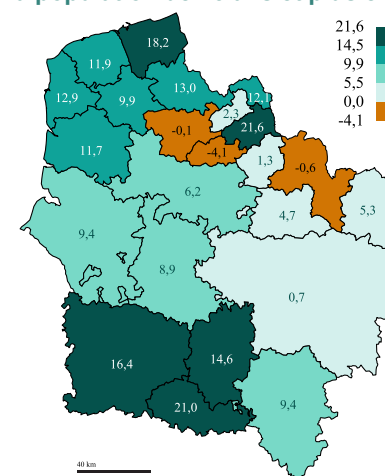
Les Hauts-de-France restent l'une des régions les moins âgées de France hexagonale

Au 1^{er} janvier 2022, la population recensée des Hauts-de-France est de 5 998 916 habitants, dont 19,0 % de personnes âgées de 65 ans et plus (1 140 156 personnes), 8,4 % de 75 ans et plus (502 307 personnes) et 2,8 % de personnes de 85 ans et plus (166 817 personnes). Il s'agit pour ces trois tranches d'âge des proportions les plus faibles des régions hexagonales après celles de l'Île-de-France (respectivement 15,4 %, 7,2 % et 2,4 %).

De forts contrastes en termes d'évolution récente des effectifs de 75 ans et plus au sein de la région

L'augmentation de la population des 75 ans et plus connaît un net ralentissement depuis une dizaine d'années. Entre 2011 et 2022, la population de cette tranche d'âge a progressé de 8 % dans la région (14 % au niveau national). À l'échelon des territoires de filières gériatriques, la situation est très contrastée. Cinq d'entre eux connaissent toujours une progression importante des effectifs de 75 ans et plus, Compiègne, Clermont-Beauvais, Dunkerque-Flandre maritime, Senlis-Creil et Lille sud-est (entre +15 et +22 %), alors que ces effectifs diminuent dans deux territoires, Lens Hénin (-4 %) et Valenciennais-Quercitain (-1 %).

Évolution de la population de 75 ans et plus entre 2011 et 2022



Source : Insee - Exploitation OR2S

Les effectifs de 75 ans et plus devraient très fortement croître au cours des prochaines années

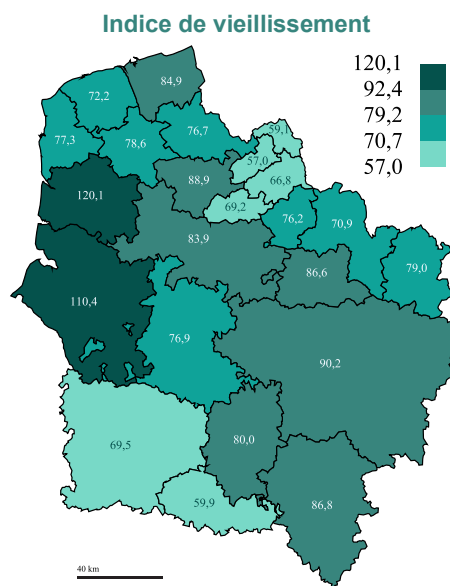
La progression très ralentie des effectifs de personnes de 75 ans et plus dans les Hauts-de-France au cours des dernières années est un phénomène temporaire. Avec l'arrivée progressive des générations du baby-boom dans cette tranche d'âge, le nombre de 75 ans et plus va à nouveau fortement progresser. D'après les projections Omphale de l'Insee (scénario central), cette population augmente fortement depuis

2022. En l'espace de dix ans (2022 et 2032), sa progression devrait être de +48 %. Pour la même raison, la croissance de la population de 80 ans et plus devrait connaître une forte accélération à compter de 2027 (+54 % au cours des dix années suivantes), celle des 85 ans et plus à partir de 2032 (+58 % au cours des dix années suivantes), etc., avec pour corollaire, une augmentation des besoins liés au grand âge.

Un indice de vieillissement qui varie du simple au double entre filières gériatriques territoriales

L'indice de vieillissement — c'est-à-dire le nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans — atteint 75,3 dans la région, contre 89,9 en France hexagonale. Les Hauts-de-France présentent ainsi le deuxième indice le plus faible des régions hexagonales. Il reste cependant nettement inférieur à celui de l'Île-de-France (60,9).

Les disparités au sein de la région sont fortement marquées, avec un indice de vieillissement qui varie de plus du simple au double selon les territoires de filière gériatrique. Deux de ces territoires se distinguent avec un indice particulièrement élevé : Montreuillois (120,1) et Abbeville (110,4). À l'opposé, trois autres se démarquent avec des indices de vieillissement particulièrement faibles : Lille Métropole-Weppes (57,0), Roubaix-Tourcoing (59,1) et Senlis-Creil (59,9).



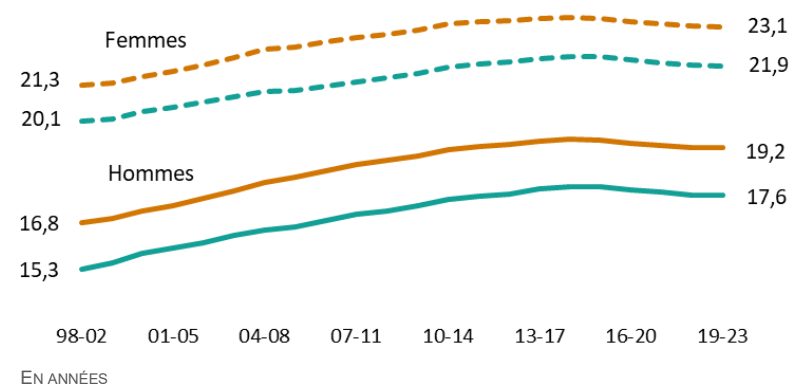
Source : Insee - Exploitation OR2S

ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS

L'espérance de vie constitue un bon indicateur de mesure synthétique de l'état de santé d'une population. Dans les Hauts-de-France comme en France hexagonale, les espérances de vie à 65 ans ont progressé durant de nombreuses années. Toutefois, une inversion de tendance s'observe au cours des dernières années, en lien avec la pandémie de la Covid-19, comme le montre le graphique ci-dessous.

En 2019-2023, les espérances de vie à 65 ans des hommes et des femmes domiciliés dans les Hauts-de-France sont respectivement de 17,6 ans et de 21,9 ans. Ce sont les espérances de vie les plus faibles des régions hexagonales. Pour mieux prendre la mesure de cette situation, chez les hommes comme chez les femmes, l'espérance de vie à 65 ans de 2019-2023 dans les Hauts-de-France correspond à celle de la France hexagonale dix-sept ans plus tôt. Cette situation défavorable n'est pas spécifique aux personnes âgées, les constats pour les espérances de vie à la naissance étant en tous points identiques.

Évolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe



Sources : Insee CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Au sein des Hauts-de-France, les disparités géographiques sont importantes, en particulier chez les hommes, avec un écart d'espérance de vie à 65 ans de 2,6 ans entre les territoires de filière gériatrique. Chez les femmes les disparités sont également notables, bien que moins marquées (1,8 an). Les plus faibles espérances de vie à 65 ans sont celles de Lens Hénin (16,3 ans pour les hommes et 21,1 ans pour les femmes) et du Valenciennais-Quercitois (16,8 ans et 21,3 ans). Lille sud-est enregistre à l'opposé les espérances de vie à 65 ans les plus élevées (18,8 ans pour les hommes et 22,9 ans pour les femmes).

FACTEURS DE FRAGILITÉ

Plus de quatre personnes âgées de 75 ans ou plus sur dix vivent seules à domicile

Dans les Hauts-de-France, en 2022, 203 359 personnes de 75 ans et plus vivent seules à domicile, soit 44,2 % de la population de cette tranche d'âge, part légèrement plus élevée qu'à l'échelon national (42,0 %). Cette population est composée en grande majorité de femmes (79,1 %).

Comme dans l'ensemble de la France, le nombre de personnes âgées vivant seules à domicile est en progression. Ces dynamiques reflètent principalement l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population générale, la part de personnes seules restant relativement stable au cours du temps.

Il existe de sensibles disparités entre filières gériatriques territoriales, avec des parts de personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile qui varient de 40,0 % à 48,6 %. Les territoires où ces parts sont les plus faibles sont ceux de Compiègne (40,0 %), Audomarois (40,2 %) et Clermont-Beauvais (40,3 %). Les parts les plus élevées sont relevées dans les territoires du Calais (47,0 %), du Valenciennois-Quercitain (47,0 %), de Lille métropole - Weppes (47,2 %) et de Lens Hénin (48,6 %).

Une légère surmortalité féminine par chutes accidentelles chez les 75 ans et plus

Les chutes accidentelles sont à l'origine de 1 111 décès annuels en Hauts-de-France en 2019-2023. Pour 901 décès, il s'agit de personnes de 75 ans et plus (322 décès masculins et 579 décès féminins). Les taux standardisés de mortalité s'élèvent à 224,0 décès pour 100 000 hommes et 175,1 décès pour 100 000 femmes de 75 ans et plus. Si la mortalité masculine ne diffère pas significativement de la valeur nationale (France hexagonale), la région enregistre une légère surmortalité féminine (+6 %).

Par rapport à la période 2000-2004, la mortalité masculine n'a dans les Hauts-de-France pratiquement pas évolué alors que la mortalité féminine diminuait de 20 %.

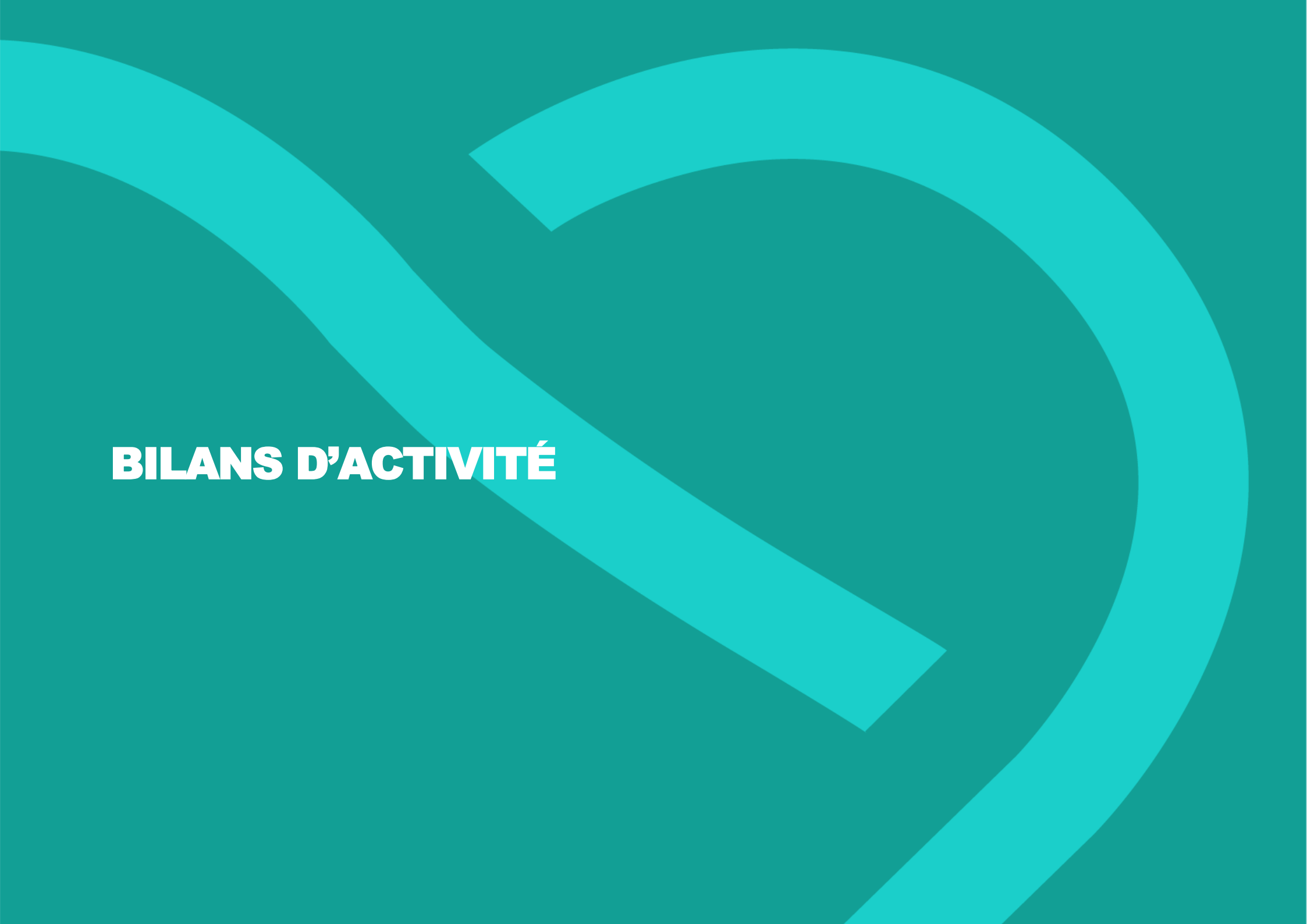
DÉPENDANCE

Un nombre de seniors dépendants qui devrait augmenter de 21 % entre 2015 et 2030

En 2024, les Hauts-de-France comptent 127 606 bénéficiaires de l'APA - effectif en hausse de 14 % en 10 ans - dont près des deux tiers (81 425 personnes) vivent à domicile et un tiers (46 181 bénéficiaires) en institution.

Selon une étude produite par l'Insee et le Département du Nord¹, concernant l'impact du vieillissement de la population sur l'emploi dans les Hauts-de-France à l'horizon 2030, les Hauts-de-France s'apprêtent à connaître une forte augmentation du nombre de seniors de 60 ans et plus dépendants. En 2030, la région compterait 276 900 seniors dépendants, soit une hausse de 21 % par rapport à 2015. Cette augmentation est portée par l'arrivée des générations du baby-boom à des âges avancés et par la hausse de l'espérance de vie. Il est à noter qu'en 2015, le taux de dépendance dans la région (17,1 %) était déjà supérieur à la moyenne nationale.

¹ L'accompagnement des seniors dépendants : 9 300 emplois à créer d'ici 2030 - Insee Analyses n°115 - Novembre 2020



BILANS D'ACTIVITÉ

ÉQUIPES SPÉCIALISÉES DE PRÉVENTION EN EHPAD (ESPRÉVE)

Au cours de ces dernières années, plusieurs plans nationaux ont souligné l'importance de la prévention et de l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées, particulièrement en Ehpad. Ainsi, la feuille de route « grand âge et autonomie » présentée par la ministre de la Santé en mai 2018, le Plan national prévention 2018-2022 et le Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 s'inscrivent dans cette optique et un des axes dégagés était le développement d'actions en matière de santé bucco-dentaire, de dépistage, d'activité physique adaptée, de diététique et de prévention des chutes.

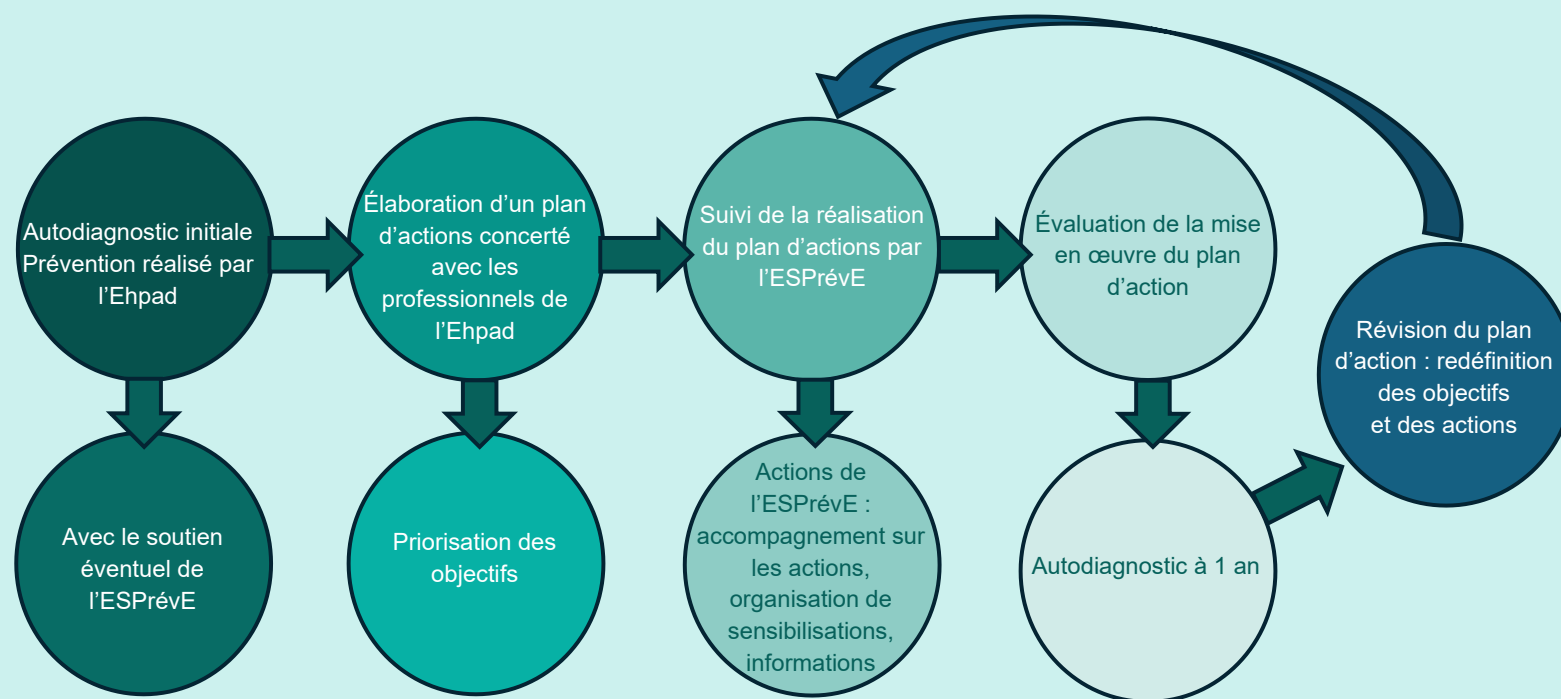
Le Projet régional de santé (PRS) des Hauts-de-France 2018-2028 a inscrit dans son objectif : accompagner le vieillissement et soutenir les aidants, un objectif opérationnel relatif au repérage et à la prévention de la perte d'autonomie. Il s'attache également à renforcer la qualité des soins en Ehpad. C'est dans ce cadre que des équipes pluridisciplinaires territoriales de prévention ont été créées et déployées pour couvrir la région : les ESPréVE (Équipes spécialisées en prévention inter-Ehpad). Elles visent à soutenir les professionnels des Ehpad et notamment les médecins coordonnateurs dans leur mission de prévention, ainsi que les médecins traitants dans l'aide à la prévention des complications des pathologies.

L'objectif de ces équipes est de proposer aux professionnels des pistes de réflexion et d'action, d'une part sur la place des soins de prévention, tant dans le projet personnalisé de chaque résident que dans le projet d'établissement, et d'autre part sur leur complémentarité avec les différents aspects de l'accompagnement global individualisé.

Le but poursuivi est, par des interventions individuelles et collectives, de prévenir les complications des maladies chroniques et d'éviter autant que possible les événements aigus intercurrents par des actions d'éducation à la santé et également d'aider le résident à utiliser au mieux toutes ses potentialités et ressources, quand il ne peut plus les mettre en œuvre lui-même spontanément par des actions de réadaptation.

Les ESPréVE ne réalisent pas de soins ni d'avis individuels pour un résident, mais une situation problématique d'un résident peut être l'occasion de générer une réflexion sur les actions à conduire. Elles ont une méthodologie d'intervention spécifique (cf. illustration à la page suivante).

Méthodologie d'intervention



Source : ARS

ORIENTATIONS NATIONALES

Le plan national de prévention 2018-2022 et la feuille de route grand âge et autonomie présentée par la Ministre de la santé en mai 2018 prévoient un effort particulier en direction des résidents des Ehpad. Ils ciblent le développement d'actions en matière de santé bucco-dentaire, de dépistage, d'activité physique adaptée, de diététique et de prévention des chutes.

La loi ASV du 28 décembre 2015 incite au développement de l'activité physique adaptée en Ehpad avec l'intervention de professionnels de l'activité physique adaptée.

L'instruction DGCS du 6 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé et Ehpad prévoit (fiche action n°1) d'anticiper pour mieux recourir aux urgences et limiter les hospitalisations évitables, notamment avec la prévention des chutes.

IMPLANTATION DES ESPRÉVE

Les ESPrévE ont été créées à partir de 2019, dans un premier temps à titre expérimental pour une durée de 3 ans. À l'aune des résultats observés, le dispositif a été pérennisé à partir de 2023.

À partir de septembre 2022, 13 équipes couvrent les 569 Ehpad de la région, soit une équipe pour 30 à 50 Ehpad.



COMPOSITION DES ÉQUIPES

CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL

Composition de l'équipe pour un territoire de 30 à 50 Ehpad et/ou de 3 000 à 5 000 places totales autorisées environ.

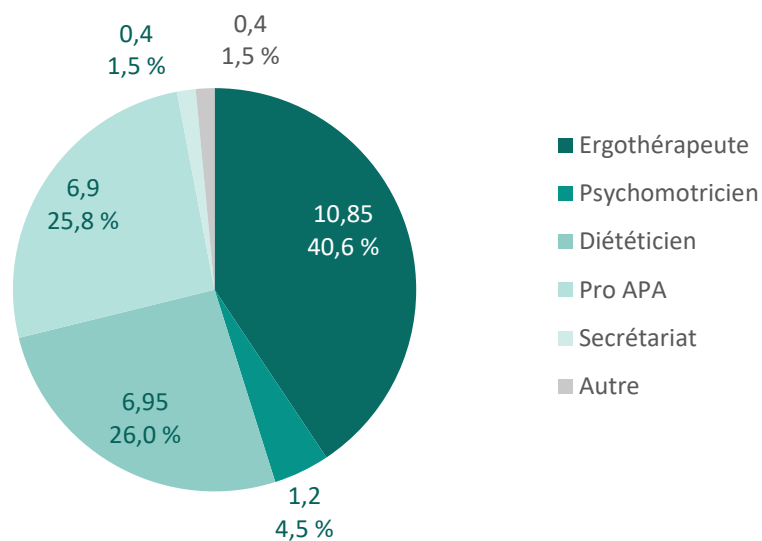
L'équipe ESPrévE est nécessairement composée à minima des professionnels suivants :

- 1 ETP d'ergothérapeute et/ou psychomotricien (cet ETP peut être réparti sur les deux types de professionnels ou dédié à un seul) ;
- 0,5 ETP diététicien ;
- 0,7 ETP enseignant en activité physique adaptée ;
- 0,8 ETP professionnels au choix (hors professionnels sociaux ou administratifs).

Il est important de prévoir l'accès à un temps de secrétariat.

Un de ces professionnels assurera la fonction de coordination de l'équipe.

Composition des ESPrévE en ETP et en pourcentage, en 2024

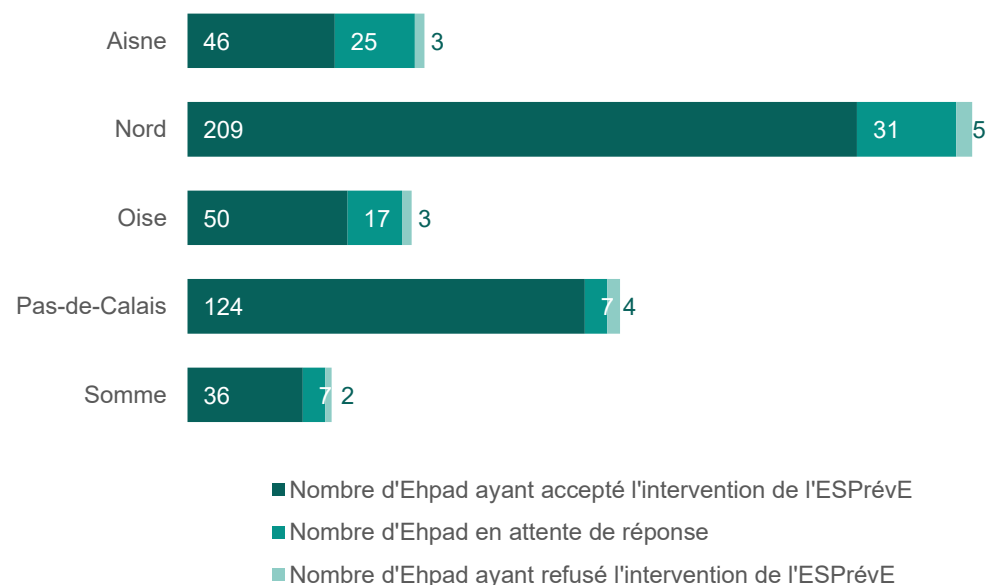


Source : ARS - DOS 2025

ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL DES EHPAD

Depuis le début de l'activité des ESPrévE, un premier contact a été établi avec 568 Ehpads soit 99,8 % des Ehpads des Hauts-de-France. Sur 569 Ehpads, 465 (soit 81,7 %) ont accepté une intervention de l'ESPrévE. Pour 87 Ehpads (soit 15,2 %), une réponse est en attente et 17 Ehpads (soit 3,0 %) ont refusé l'intervention de l'ESPrévE. Les refus ont pour principaux motifs le non-intérêt de l'Ehpad (4 Ehpads) et le manque de temps (2 Ehpads). Pour 1 Ehpad, le refus était temporaire (turnover d'équipes, projets autres...) et 4 Ehpads avaient un autre motif (non précisé). Enfin, 6 Ehpads n'ont donné aucune réponse.

Nombre d'Ehpads selon l'acceptation ou non d'intervention de l'ESPrévE, en 2024



Source : ARS - DOS 2025

INTERVENTIONS PRÉALABLES : L'AUTODIAGNOSTIC

CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL

Dans l'objectif de l'amélioration de la qualité des prestations pour les résidents, les ESPrévE proposent aux Ehpad de réaliser dans un premier temps un autodiagnostic de la prévention en Ehpad, qui permet d'objectiver les points forts et les points d'amélioration de l'organisation et d'identifier les perspectives de travail. C'est à partir de cet autodiagnostic et de son analyse que sont définis les axes prioritaires et que le plan d'actions est élaboré en concertation avec les professionnels de l'Ehpad.

Depuis le début de fonctionnement des ESPrévE, il y a eu 408 premiers autodiagnostic, ce qui représente 88,8 % des Ehpad ayant accepté l'intervention de l'ESPrévE. Toujours pour le niveau régional, cela représente 71,7 % de l'ensemble des Ehpad en 2024 contre 53,1 % en 2023. Sur les 408 autodiagnostic, 105 premiers autodiagnostic ont été validés au cours de l'année 2024 (89 en 2023).

	2023	2024
Nombre de premiers autodiagnostic validés depuis le début de l'activité des ESPrévE	304	408
Nombre de premiers autodiagnostic validés au cours de l'année du bilan	89	105
Nombre d'Ehpad ayant bénéficié d'une aide au remplissage de l'autodiagnostic depuis le début de l'activité des ESPrévE	34	104
Nombre de réunions nécessaires en moyenne pour l'autodiagnostic et son analyse	1,3	1,4
Nombre de réunions nécessaires au total pour l'autodiagnostic et son analyse depuis le début de l'activité des ESPrévE	340	459
Nombre de réévaluations d'autodiagnostic moyen dans l'année	0,59	1,03

Source : ARS - DOS 2025

Focus par département pour l'année 2024

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme
Nombre d'Ehpad	73	246	70	135	45
Nombre de premiers autodiagnostic validés depuis le début de l'activité des ESPrévE	42	181	40	120	25
Nombre de premiers autodiagnostic validés au cours de l'année du bilan	16	47	10	24	8

Source : ARS - DOS 2025

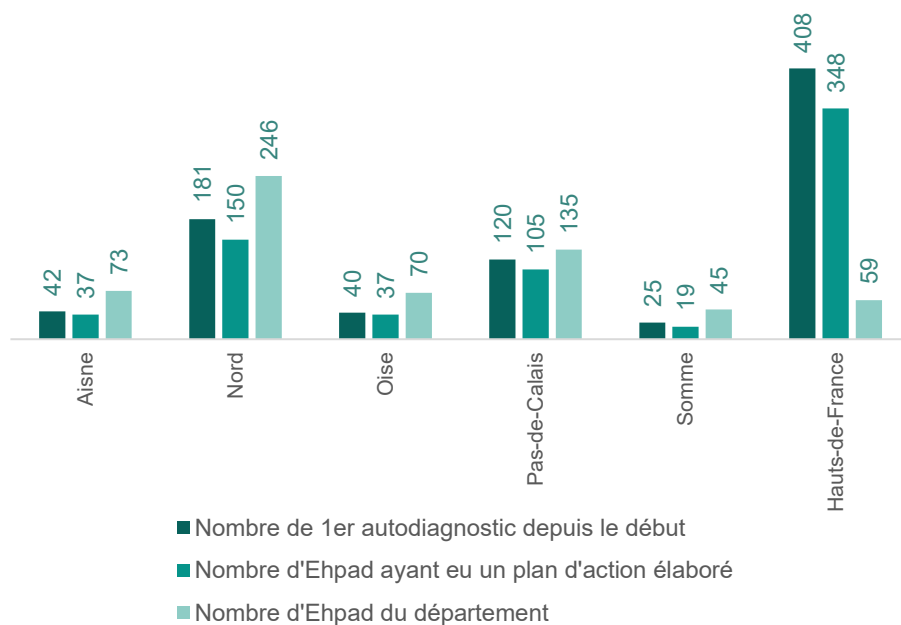
PLANS D'ACTIONS

CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL

Quand l'autodiagnostic est élaboré et analysé, il permet la détermination de priorités concertées en interne. Un plan d'actions est alors établi et les activités en Ehpad réalisées en fonction de celui-ci. Ce plan d'actions est articulé autour des thématiques de santé sur lesquelles agissent les ESPrévE

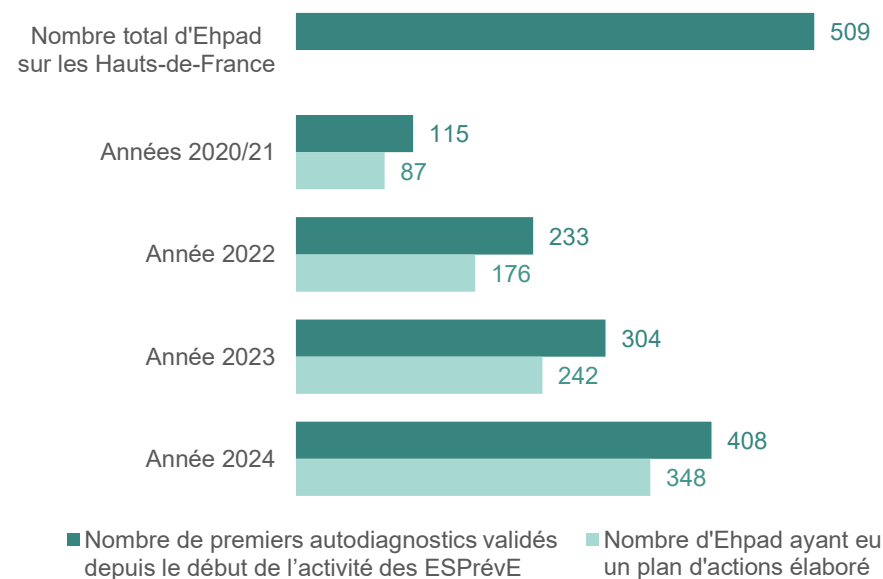
Au total, 348 Ehpad ont un plan d'actions élaboré (soit 75,8 % des Ehpad ayant accepté l'intervention de l'ESPrévE et 61,1 % de l'ensemble des Ehpad) parmi lesquels, 244 Ehpad ont eu une validation ou réactualisation de leur plan d'actions au cours de l'année 2024.

Autodiagnostic et plans d'action par ESPrévE, en 2024



Source : ARS - DOS 2025

Évolution des autodiagnostic et des plans d'actions, depuis 2020



Source : ARS - DOS 2025

THÉMATIQUES DES PLANS D'ACTION

CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL

En cohérence avec le PRS et les recommandations de bonnes pratiques, les ESPrévE interviennent sur les thématiques prioritaires suivantes, qui sont enrichies progressivement selon les besoins mis en évidence en Ehpad :

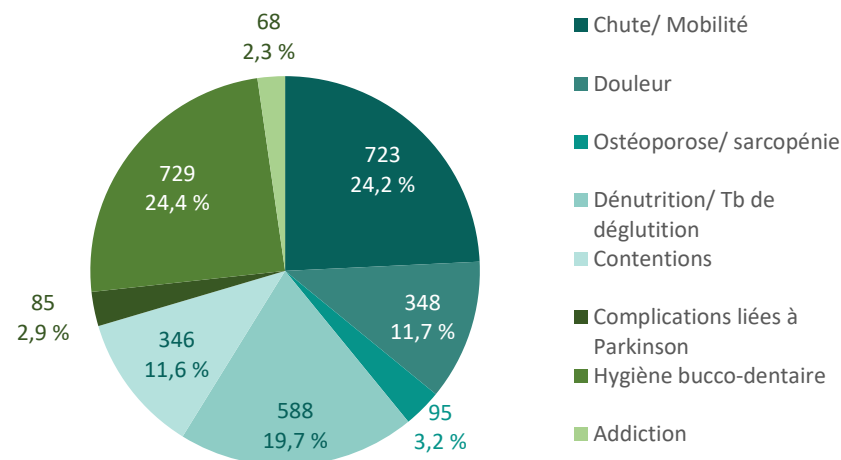
- La chute/la mobilité ;
- La dénutrition/les troubles de la déglutition ;
- Les contentions ;
- La douleur ;
- L'ostéoporose/la sarcopénie ;
- Les troubles liés à la maladie de Parkinson ou syndromes apparentés ;
- L'hygiène bucco-dentaire inscrit au cahier des charges en décembre 2021 ;
- Les addictions (décembre 2022) ;
- La gestion des troubles psycho-comportementaux par des interventions non médicamenteuses (2024) ;
- Le respect de la vie affective, intime et sexuelle des résidents (2024).

La répartition des thématiques prévues au sein des plans d'actions élaborés montre une prédominance des thématiques chute/mobilité, hygiène bucco-dentaire et dénutrition/troubles de la déglutition.

Le nombre d'actions est passé de 2 286 en 2023 à 2 982 en 2024. La répartition reste sensiblement identique avec l'apparition des actions sur les addictions. L'augmentation significative de celles liées à l'ostéoporose et la sarcopénie (95 en 2024, 18 en 2023) peut être due à la mise en place de la formation sur l'ostéoporose en 2023 et à la révision de l'autodiagnostic.

Les thématiques peu questionnées dans l'autodiagnostic sont de fait moins représentées. Le travail de révision de l'autodiagnostic a été terminé en début 2024. L'évolution de la répartition des thématiques reste à surveiller sur l'année 2025. Une réflexion sur la réalisation d'outils sur la thématique de l'addiction est actuellement en cours.

Répartition des activités prévues dans les plans d'action selon la thématique, en 2024 (nombre et part)



Source : ARS - DOS 2025

TYPES D' ACTIONS RÉALISÉES

CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL

L'équipe intervient sur demande des directeurs et médecins coordonnateurs et sous leur responsabilité, dans le cadre d'un partenariat fixé avec le porteur de l'équipe de prévention pour :

- Aider à la structuration et l'intégration de la prévention dans le projet de soins/d'établissement et les documents individuels (livret d'accueil, contrat de séjour) ;
- Favoriser l'implication du conseil de vie sociale ;
- Accompagner l'organisation de sensibilisations des professionnels des Ehpad avec mise en place d'outils et diffusion de bonnes pratiques préventives au quotidien, en lien avec les priorités définies conjointement entre Ehpad/ESPrévE ;
- Aider à l'organisation d'actions d'éducation et de prévention de la santé.

La répartition des activités réalisées en 2024 par types d'intervention fait apparaître des activités dominantes : la formation/sensibilisation, l'utilisation d'outils référencés et personnalisés, et les groupes de travail. Les autres activités se sont développées par rapport à l'année 2023.

À travers la lecture du graphique figurant sur la page suivante, il est identifié qu'au sein de la thématique ostéoporose et sarcopénie, les activités sont passées de 7 à 53 entre 2023 et 2024. Les principales activités sont la formation, la sensibilisation ainsi que l'utilisation d'outils référencés.

Dans la thématique hygiène bucco-dentaire, mise en place fin 2021, les activités sont passées de 41 à 361 entre 2023 et 2024. Cette forte augmentation s'accompagne d'un emploi varié de l'ensemble des activités sur cette thématique, avec une prédominance pour l'utilisation d'outils, les groupes de travail ainsi que la formation et la sensibilisation.

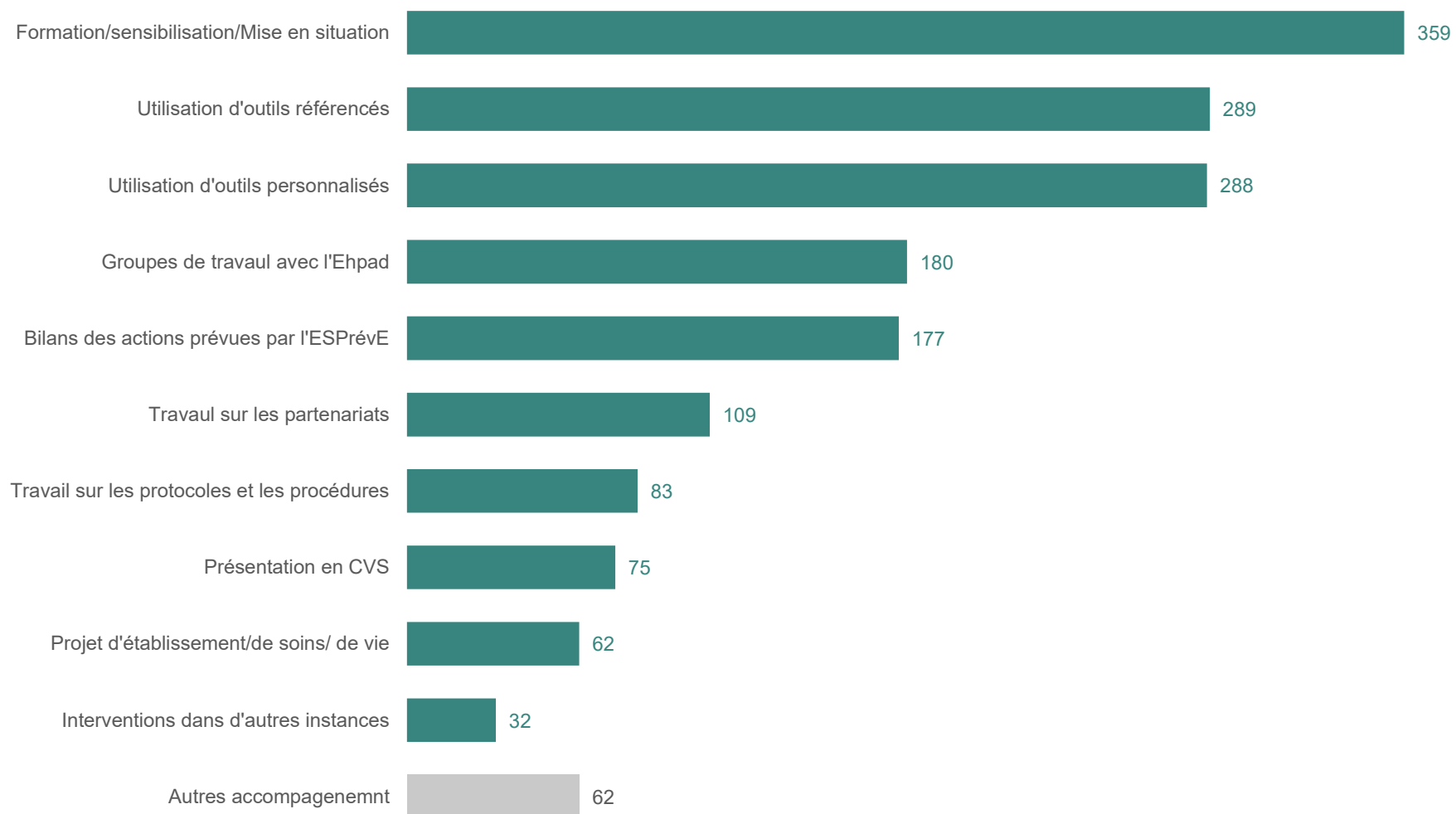
Pour les thématiques les plus travaillées, à savoir la chute/mobilité, la dénutrition/troubles de la déglutition, la contention et la douleur, les activités réalisées sont plutôt hétérogènes.

En 2022, dans l'ensemble des thématiques, les activités les moins réalisées étaient : les présentations dans les CVS et les interventions dans d'autres instances. Une augmentation de ces activités a été constatée en 2023 et s'est poursuivie en 2024.

Parmi les activités réalisées auprès des Ehpad, les activités les plus réalisées sont celles dédiées à la formation/sensibilisation/mise en situation et à l'utilisation d'outils (référencés ou personnalisés).

En 2024, 57,5 % des activités prévues ont été réalisées, contre 58,5 % en 2023.

Répartition du nombre d'activités selon le type d'intervention, en 2024



Source : ARS - DOS 2025

ÉTUDE D'IMPACT 2024 DES ESPRÉVE EN EHPAD

MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

Un questionnaire est envoyé aux Ehpads pour identifier les impacts des interventions d'une ESPrévE après 12 mois de la définition du plan d'action concerté entre l'Ehpad et l'ESPrévE, puis annuellement. La remontée des questionnaires est réalisée 2 fois par an : en mai-juin et en décembre-janvier.

L'analyse des données et la présentation du bilan sont réalisées par la coordination régionale des ESPrévE afin d'élaborer un bilan en juin de l'année N+1 des enquêtes.

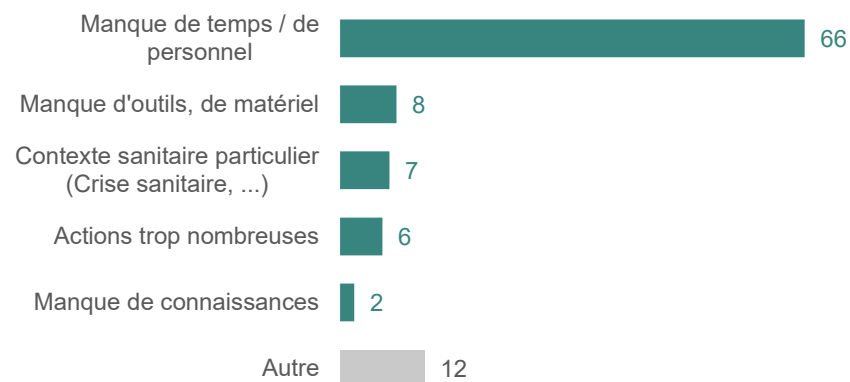
Effectivité déclarée de la mise œuvre des actions prévues au plan d'action

Parmi les Ehpads ayant répondu aux enquêtes, 97 % déclarent avoir réalisé les actions prévues au plan d'actions : dans leur totalité pour 60 % et partiellement pour 37 %.

Les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des actions définies

Sur les 119 Ehpads participants aux enquêtes, 100, soit 84 % des établissements, ont rencontré au moins une difficulté pour la mise en œuvre du plan d'actions.

Difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des actions définies, en 2024 (en %)



Source : ARS - DOS 2025

Le manque de temps et de personnels (66 % en 2024 contre 61 % en 2023) reste la principale difficulté rencontrée par les Ehpads répondant aux enquêtes.

Pour les autres difficultés, les établissements ont mentionné :

- « Organisation Ehpads - diffusion information / coordination de disponibilité »
- « Redémarrage du projet » ;
- « Beaucoup de choses qui sont déjà faites » ;
- « Difficulté d'investissement de certains personnels dans l'Ehpads » ;
- « Non implication des salariés de manière globale » ;
- « Multi site » ;
- « Changement d'encadrement » ;
- « 1 seule formation pour le moment concernant la pathologie Parkinson et peu de résidents atteints de cette maladie actuellement » ;
- « Début des interventions fin d'année » ;
- « Difficultés pour les équipes de mettre en place les ateliers de prévention chutes en USA (Unité de Soins Alzheimer) au vu des troubles cognitifs » ;
- « Faire correspondre nos disponibilités » ;
- « Nouvel encadrant » ;
- « Temps non défini, mais actions correctives en cours » ;
- « En cours, changement de codir » ;
- « Action sur une équipe seulement ».

L'intervention de l'ESPrévE a-t-elle conduit à des évolutions dans les Ehpad ?

Vingt-et-une propositions sont formulées, pour lesquels l'Ehpad interrogé peut répondre par oui, non ou partiellement afin de mettre en évidence ce que l'accompagnement par l'ESPrévE a permis de mettre en place ou de développer.

Actions mises en œuvre grâce à l'accompagnement des ESPrévE

Pour 98 % des Ehpad, l'accompagnement de l'ESPrévE a permis de « mobiliser les professionnels de l'Ehpad sur les thématiques de prévention » ; 10 % partiellement et 88 % totalement.

Les Ehpad développent davantage d'actions avec les ESPrévE au fur et à mesure des années.

Nombre d'actions mises en place en totalité par chaque Ehpad

- 17 Ehpad ont mis en place entre 0 et 6 actions en totalité (contre 26 Ehpad en 2023 - ↘)
- 54 Ehpad ont mis en place entre 7 et 14 actions en totalité (contre 55 Ehpad en 2023 - ➡)
- 48 Ehpad ont mis en place entre 15 et 21 actions en totalité (contre 33 Ehpad en 2023 - ↗)

Part des actions totalement ou partiellement réalisées grâce à l'intervention de l'ESPrévE, en 2024 (en %)



Source : ARS - DOS 2025

Actions pas ou peu réalisées par les Ehpad

Le graphique ci-dessous se lit comme suit : pour 37 % des Ehpad, l'accompagnement de l'ESPrévE n'a pas permis « d'adapter l'environnement de l'Ehpad ».

Part des actions n'ayant pas été réalisées grâce à l'intervention de l'ESPrévE, en 2024 (en %)

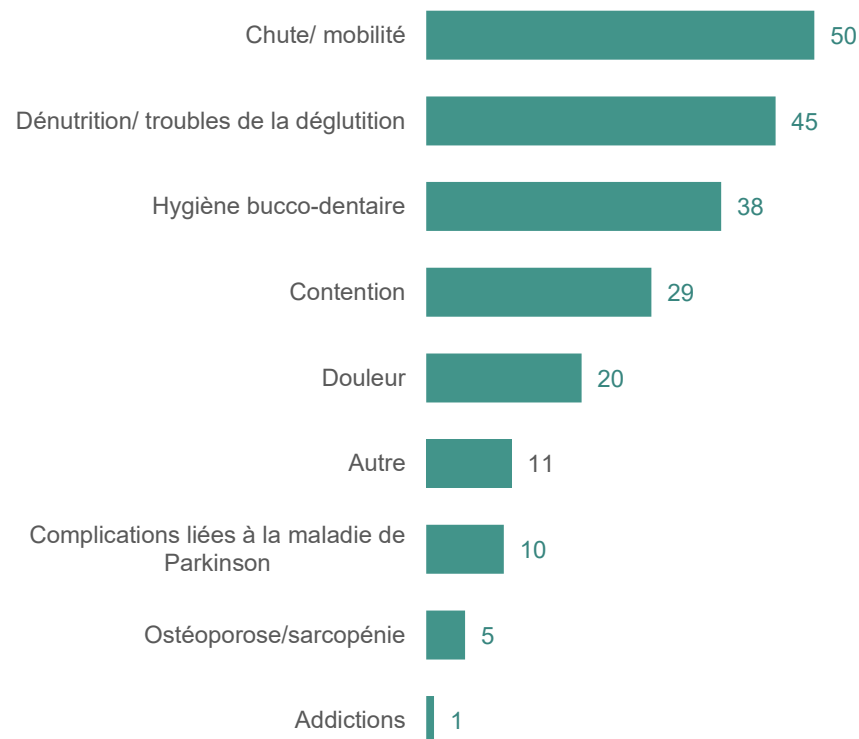


Source : ARS - DOS 2025

Thématiques travaillées grâce à l'ESPrévE

Plusieurs thématiques peuvent être retenues dans le plan d'actions de prévention établi avec l'Ehpad.

Part des thématiques retenues dans le plan d'actions de prévention, en 2024 (en %)



Source : ARS - DOS 2025

CELLULE DE SUIVI DE LA CONSOMMATION DES PSYCHOTROPES EN EHPAD (CSCP)

En France, selon la HAS, 74 % des seniors vivant en Ehpad ou unités de soins de longue durée consomment des psychotropes, contre 24 % de ceux vivant à domicile. Ces molécules ont un retentissement à la fois sur la qualité de vie des résidents, mais également sur les hospitalisations qui y sont liées.

Différents rapports nationaux et recommandations récents²³ préconisent une plus grande utilisation des INM (interventions non médicamenteuses) pour réduire les troubles psycho-comportementaux et éviter ainsi les psychotropes.

Dans les Hauts-de-France, il existe une prévalence élevée de troubles anxieux et dépressifs, corrélée à une consommation plus importante de psychotropes.

Pour répondre à ces enjeux, et dans la mesure où la iatrogénie médicamenteuse et la polymédication constituent des priorités du Projet régional de santé (PRS) en matière de qualité et de sécurité des soins, l'ARS Hauts-de-France a développé différents dispositifs pour tenter d'y répondre :

- Une expertise auprès des résidents et des conseils de prise en charge pour les personnels : les équipes mobiles de psychogériatrie ;
- À titre expérimental, un accompagnement des personnels d'Ehpad à la mise en place des interventions non médicamenteuses et au suivi des recommandations thérapeutiques : la cellule de suivi de la consommation des psychotropes (CSCP).

Objectifs de la CSCP

Ce projet expérimental répond aux objectifs suivants :

- Participer à la maîtrise des risques liés aux mésusages des psychotropes ;
- Réduire l'exposition des résidents d'Ehpad aux psychotropes ;
- Limiter les conséquences néfastes liées à ces médicaments ;
- Diminuer la iatrogénie et les hospitalisations évitables ;
- Améliorer la qualité de vie des résidents d'Ehpad.

Missions de la CSCP

Adossée à l'Ehpad du CHU d'Amiens Picardie (CHUAP), la CSCP est une cellule ressource pour les autres Ehpad de son territoire sur la gestion des psychotropes. Elle permet de mobiliser les ressources du CHUAP que sont les services du pôle gériatrique dont plus particulièrement l'UCC (unité cognitivo-comportementale) et l'équipe mobile de psychogériatrie, ainsi que l'équipe de prévention en Ehpad (ESPrévE), mais également l'OMEDIT.

Deux neuropsychologues à temps partagé, représentant au total 1 ETP, forment la CSCP et interviennent auprès des 32 Ehpad du territoire de filière gériatrique Somme centre. En réponse à une sollicitation, il s'agit de mettre en place, en coordination avec l'équipe mobile de psychogériatrie et l'ESPrévE, des mesures de sensibilisation et de formation des soignants sur les risques liés aux mésusages des psychotropes, à la polymédication et à la iatrogénie, ainsi que la proposition de mesures alternatives à l'usage de ces molécules, ces mesures pouvant être non médicamenteuses, adaptées aux résidents, et mises en place au sein de l'Ehpad.

² Nouvelles recommandations pour la prise en soins des Symptômes Psychologiques et Comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives, SFGG, FCM et SF3PA, septembre 2024.

³ Guide pratique pour mieux comprendre, connaître et mettre en œuvre les interventions non médicamenteuses, fondation méderic Alzheimer, 2024

PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE

En 2024, les Hauts-de-France comptent une équipe expérimentale située sur le territoire de filière gériatrique d'Amiens.

Cette équipe expérimentale, déployée en janvier 2023, a déclaré une activité en 2024.

Elle est portée par un Ehpad relevant d'un établissement public hospitalier.

Cette équipe intervient auprès des 32 Ehpad du territoire de filière gériatrique, en lien avec la coordinatrice de filière gériatrique.

La cellule de suivi de la consommation des psychotropes (CSCP) accompagne les professionnels intervenant en Ehpad à un usage approprié des psychotropes, en lien avec les recommandations de bonnes pratiques. Elle intervient sur sollicitation de l'Ehpad après réalisation d'un diagnostic institutionnel (ensemble de l'Ehpad ou une unité de l'Ehpad) ou d'un diagnostic individuel (1 résident) ou par suite du repérage d'un médecin hospitalier.

À la suite de son intervention, la CSCP émet des préconisations (adaptation de la prescription et/ou interventions non médicamenteuses) et en assure le suivi.

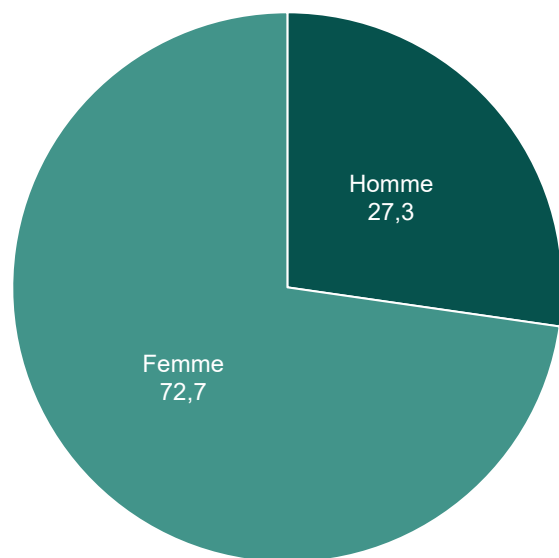
INDICATEURS D'ACTIVITÉ

Au vu de l'âge moyen élevé des résidents d'Ehpad et de la lourdeur de leurs pathologies, la consommation des médicaments est forte. Les dernières données de la Drees citent que l'âge moyen des résidents est de 86 ans et demi, le nombre moyen de médicaments est de 8 (environ 75% des résidents ont au moins un psychotrope dans l'année) et le nombre moyen de pathologies est de 7.

PROFIL DES RÉSIDENTS AYANT BÉNÉFICIÉ DE L'INTERVENTION DE LA CSCP

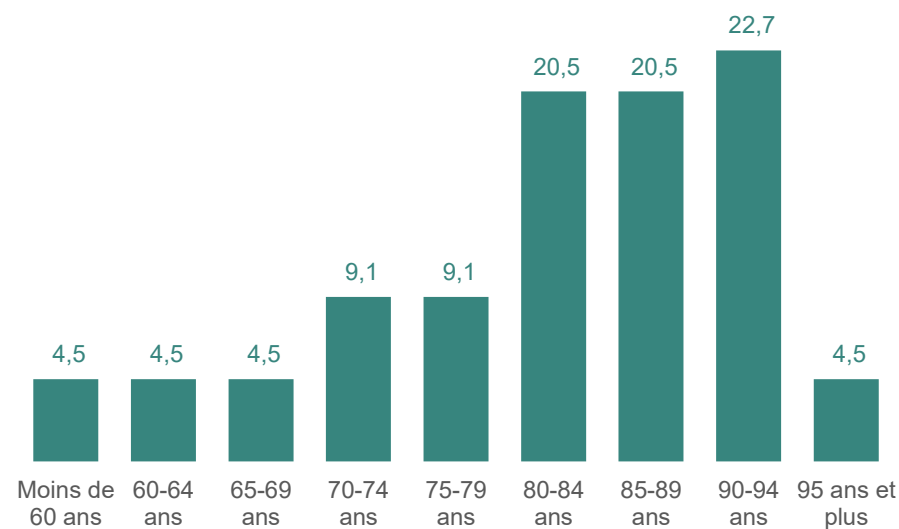
En 2024, la CSCP est intervenue auprès de **44 résidents**, répartis dans 23 Ehpad, avec un âge médian de 82 ans, ce qui traduit une population particulièrement âgée. La répartition par tranche d'âge confirme cette tendance : 63,7 % des résidents ont entre 80 et 94 ans, tandis que les personnes de moins de 70 ans représentent 13,5 %.

Répartition des résidents selon le sexe, en 2024 (en %)



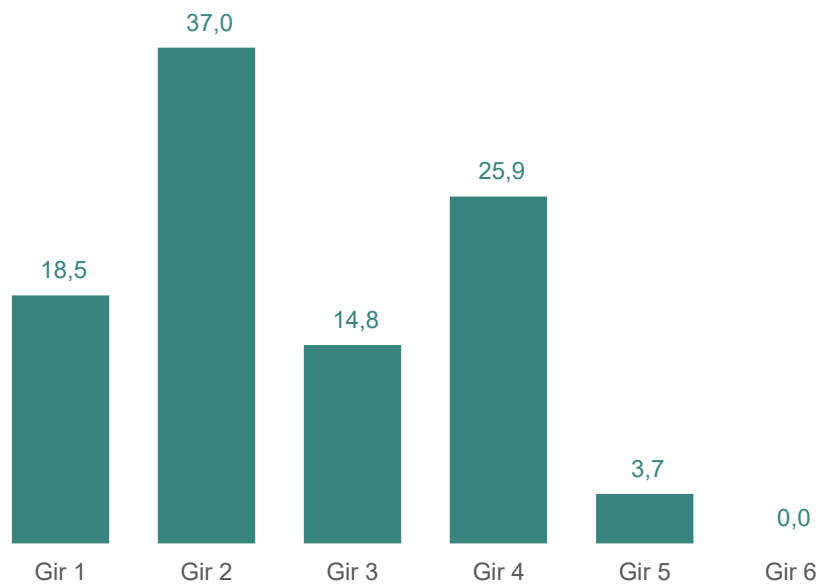
Source : ARS - DOS 2025

Répartition des résidents selon l'âge, en 2024 (en %)



Source : ARS - DOS 2025

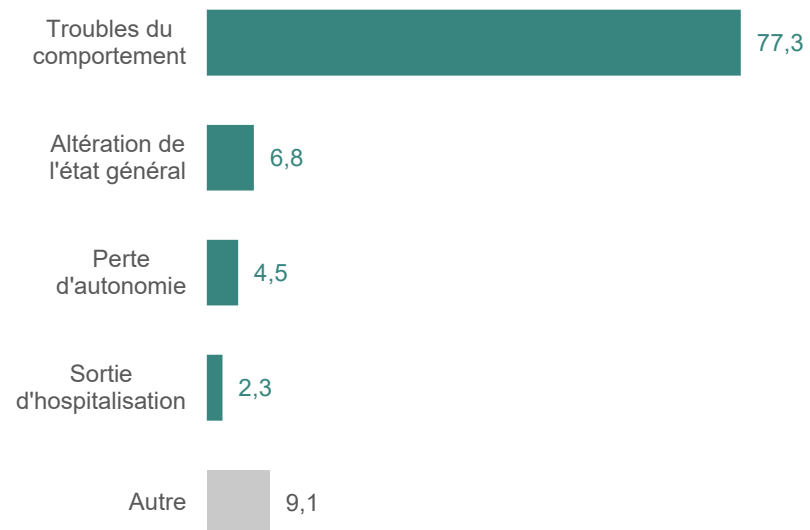
Répartition des résidents selon le Gir, en 2024 (en %)



Non-réponse : 38,6 % (17 résidents)

Source : ARS - DOS 2025

Répartition des résidents selon le motif à l'origine de la demande, en 2024 (en %)

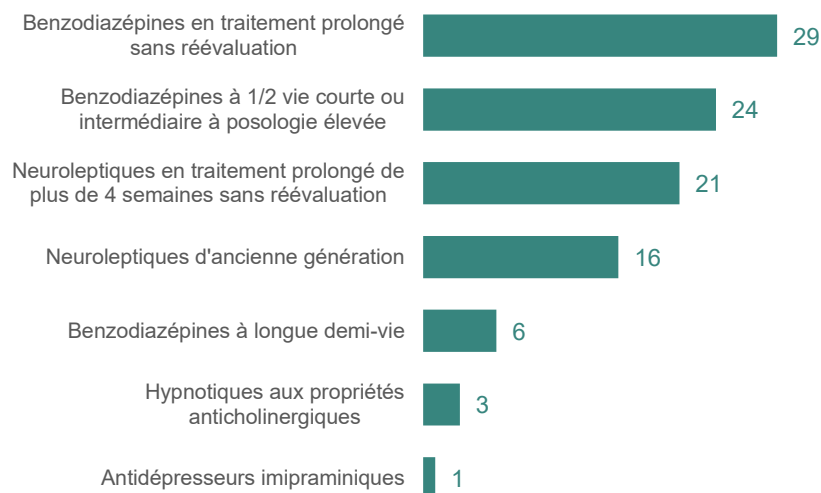


Source : ARS - DOS 2025

CONSOMMATION DES PSYCHOTROPES EN EHPAD

En 2024, la CSCP a révélé une forte utilisation de psychotropes parmi les résidents, soulevant des enjeux majeurs en matière de sécurité et de qualité des soins. Concernant les benzodiazépines, 24 résidents étaient sous molécules à demi-vie courte ou intermédiaire à posologie élevée, tandis que 6 résidents recevaient des benzodiazépines à longue demi-vie. Plus préoccupant encore, 29 résidents étaient maintenus sous traitement prolongé sans réévaluation, augmentant le risque de dépendance et d'effets indésirables. Du côté des neuroleptiques, 16 résidents utilisaient des molécules d'ancienne génération et 21 étaient exposés à des traitements prolongés sans réévaluation, ce qui peut entraîner des complications graves, telles que des syndromes extrapyramidaux ou une aggravation des troubles cognitifs. Les associations inappropriées sont également fréquentes : 27 résidents cumulaient au moins deux psychotropes de la même classe pharmacologique, et 3 résidents présentaient des prescriptions concomitantes à effets anticholinergiques, augmentant le risque de confusion, chutes et iatrogénie. Ces constats soulignent la nécessité d'une réévaluation systématique des prescriptions, d'une stratégie de déprescription raisonnée et d'une formation renforcée des équipes pour limiter les risques liés à la polymédication et améliorer la qualité de vie des résidents.

Part des résidents selon le type de psychotropes utilisé, en 2024 (en %)



Source : ARS - DOS 2025

L'analyse des prescriptions met également en évidence des associations potentiellement inappropriées. En effet, 27 résidents présentent une association d'au moins deux psychotropes appartenant à la même classe pharmacothérapeutique, ce qui augmente le risque d'effets indésirables, notamment la sédation excessive, les troubles cognitifs et les chutes. Par ailleurs, 3 résidents ont une prescription concomitante d'au moins deux psychotropes à effets anticholinergiques qui favorisent la confusion, la constipation, la rétention urinaire et peuvent aggraver les troubles cognitifs existants.

Nombre de résidents avec des associations potentiellement inappropriées, en 2024

Association d'au moins 2 psychotropes de la même classe pharmacothérapeutique

27

Prescription concomitante d'au moins 2 psychotropes à effets anticholinergiques

3

Source : ARS - DOS 2025

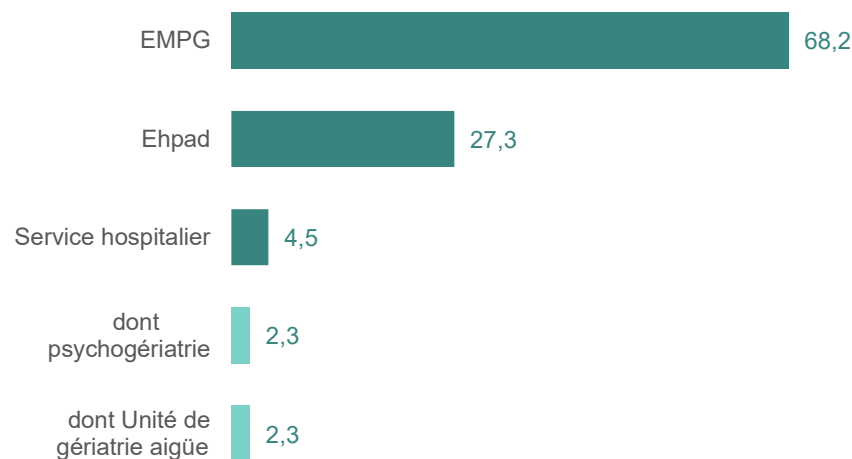
ACTIVITÉS DE LA CSCP

En 2024, un seul Ehpad a mené la démarche de diagnostic institutionnel, portant sur 89 dossiers, sans qu'aucune sollicitation ni intervention de la CSCP ne soit engagée par la suite.

Les diagnostics individuels ont représenté **44 interventions**. L'analyse de l'origine des demandes révèle une forte prédominance des équipes mobiles de psychogériatrie (EMPG), à l'origine de 30 sollicitations, contre 12 demandes émanant des Ehpad et 2 des services hospitaliers (dont psychogériatrie et gériatrie aigüe).

Au sein des Ehpad, le médecin coordonnateur est à l'origine de 7 demandes et l'équipe soignante de l'Ehpad de 5 demandes. Les équipes soignantes des établissements de santé ont fait 2 demandes.

Répartition des diagnostics individuels selon le demandeur, en 2024 (en %)



Source : ARS - DOS 2025

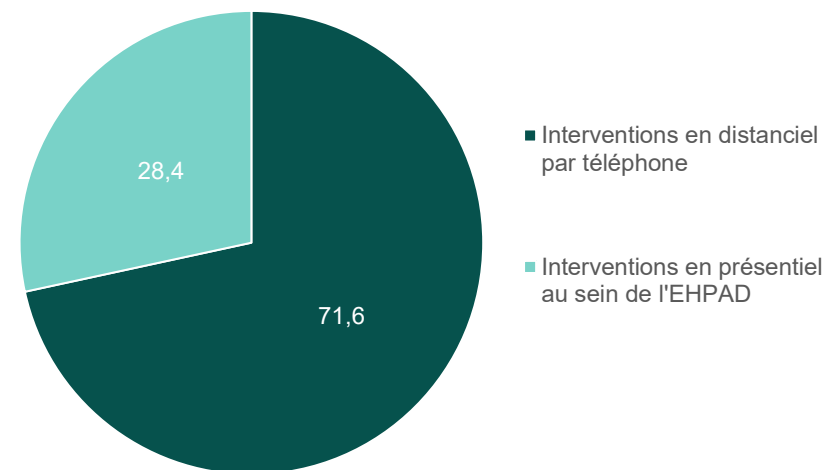
MODALITÉS D'INTERVENTION DE LA CSCP

En 2024, la CSCP a donc été sollicitée à 44 reprises, dont 40 interventions ont été acceptées (soit 90,9 %) ; 4 ont été refusées, principalement en raison de décès ou d'autres motifs.

Concernant les modes d'intervention, la majorité s'est déroulée en distanciel par téléphone avec 58 échanges, contre 23 interventions en présentiel au sein des Ehpad, et aucune *via* un outil de télémedecine.

Le délai moyen entre la sollicitation et l'intervention s'élève à 44,9 jours.

Répartition des interventions selon le mode d'intervention, en 2024 (en %)



Source : ARS - DOS 2025

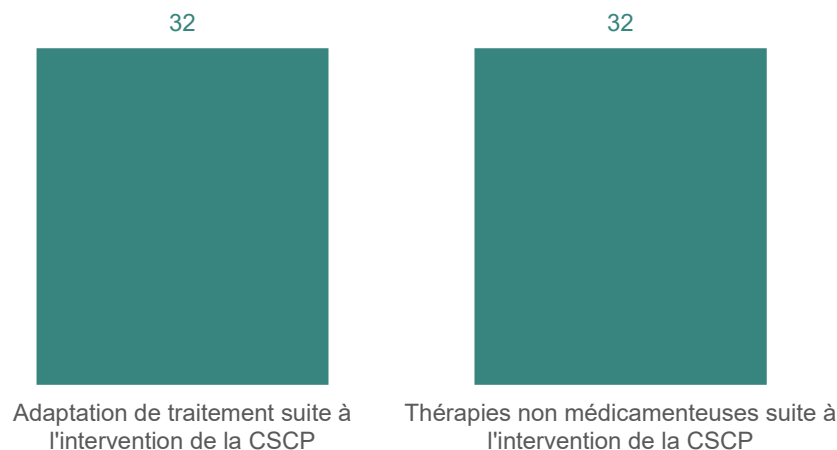
MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES, MISES EN ŒUVRE ET SUIVI

En 2024, la CSCP a proposé un total de **286 mesures correctives** à l'issue de leurs interventions. Parmi celles-ci, 32 résidents se sont vu proposer une adaptation médicamenteuse et autant ont profité de thérapies non médicamenteuses (TNM). Les TNM les plus fréquemment mises en œuvre concernent l'adaptation de l'accompagnement soignant (44 mesures), les activités significatives⁴ (23 mesures) et l'évaluation ou la prise en charge de la douleur (20 mesures). Ces propositions illustrent une approche centrée sur la qualité de vie et la réduction des troubles comportementaux.

Cependant, la mise en œuvre des recommandations reste partielle : 77 mesures n'ont pas été suivies par les professionnels, dont 59 médicamenteuses.

Pour les mesures mises en place, le suivi moyen des interventions s'étend sur 108 jours, avec un nombre moyen de 2,9 interventions par résident, traduisant un accompagnement relativement soutenu.

Nombre de résidents selon la mesure de protection proposée,
en 2024



Source : ARS - DOS 2025

⁴ Activités significatives désignent les activités individualisées et construites à partir du projet de vie du résident, de ses centres d'intérêt, loisirs, passions et de ses habitudes antérieures à l'entrée en Ehpad tout en prenant en compte ses capacités actuelles, dans un objectif de donner

ACTIONS DE COMMUNICATION

En 2024, la CSCP a mené une stratégie de communication particulièrement dynamique, avec 19 actions réalisées, incluant des présentations dans les Ehpad, des interventions lors de colloques, des réunions territoriales et divers événements professionnels. Ces initiatives ont permis de renforcer la visibilité et la compréhension du rôle de la CSCP auprès des acteurs.

Par ailleurs, la création d'outils opérationnels, tels que le suivi des antipsychotiques et benzodiazépines en Ehpad, les fiches de liaison ESPREVE-CSCP et le catalogue des thérapies non médicamenteuses (TNM), constitue un levier essentiel pour structurer les pratiques et favoriser leur harmonisation.

du sens au quotidien et renforcer le sentiment d'utilité (ex : tricot, jardinage, activités manuelles pour les résidents ayant pratiqué ces activités dans le passé, lecture, etc.)

INDICATEURS QUALITATIFS

ORGANISATION MISE EN ŒUVRE AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS

En 2024, la CSCP a renforcé sa coopération avec plusieurs dispositifs territoriaux afin d'améliorer la coordination et la qualité des prises en charge. Une fiche de liaison spécifique a été créée avec l'ESPrévE pour fluidifier les échanges et assurer une continuité dans le suivi des résidents. Par ailleurs, un outil d'aide à la décision et d'évaluation des contentions et des alternatives possibles a été élaboré en partenariat avec l'ESPrévE et l'Ecepe, favorisant une approche centrée sur la réduction des pratiques restrictives. Concernant l'EMPGE, un travail de formalisation du partenariat était en cours en 2024, visant à établir une procédure claire pour les interventions conjointes et optimiser la réactivité face aux situations complexes. Enfin, la collaboration avec l'OMEDIT a permis de concevoir un outil de suivi des antipsychotiques et benzodiazépines en Ehpad, contribuant à la sécurisation des prescriptions et à la prévention des risques liés à la polymédication. Ces initiatives témoignent d'une volonté de structurer les partenariats et d'harmoniser les pratiques.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

En 2024, la CSCP a dû faire face à plusieurs contraintes organisationnelles et structurelles qui ont impacté son fonctionnement. Le manque de ressources humaines a été un frein majeur : l'équipe a fonctionné avec 0,7 ETP de janvier à mai, puis seulement 0,3 ETP de juin à septembre, période concomitante avec la montée en charge de l'activité, ce qui a limité la capacité d'intervention et la réactivité. À cela s'ajoute le partage du véhicule avec l'EMPGE, compliquant la planification des déplacements. Sur le plan partenarial, la difficulté d'adhésion des médecins traitants à ce nouveau dispositif a été notable, en raison d'un manque de disponibilité et parfois d'une réticence à accepter un avis tiers, ce qui freine la mise en œuvre des recommandations. Par ailleurs, le turn-over important dans les Ehpad impose une sensibilisation constante des équipes pour maintenir leur implication et garantir la continuité des pratiques. Enfin, l'articulation avec le secteur de la psychiatrie reste complexe, nécessitant une meilleure coordination pour assurer une prise en charge globale des troubles du comportement.

BÉNÉFICES OBSERVÉS

En 2024, la CSCP a démontré des résultats encourageants malgré les contraintes rencontrées. Le taux de suivi des préconisations atteint près de 60 %, ce qui témoigne à la fois de l'investissement des équipes et de la pertinence des recommandations formulées par la CSCP. Ce niveau d'adhésion est significatif dans un contexte où la mise en œuvre des mesures correctives peut être freinée par des contraintes organisationnelles ou des résistances au changement. Par ailleurs, 10 suivis ont été clôturés au cours de l'année en raison d'une amélioration comportementale des résidents et de l'atteinte d'une prescription appropriée des psychotropes, illustrant l'impact concret des interventions sur la qualité de vie et la sécurité médicamenteuse. Enfin, on observe une augmentation des sollicitations directes par les Ehpad, par rapport aux demandes initialement portées par les équipes mobiles (EMPGE), ce qui traduit une progression de l'appropriation du dispositif par les établissements et une meilleure intégration dans les pratiques quotidiennes.

APPRÉCIATION DES EHPAD ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

En 2024, les retours des Ehpad ont mis en évidence des échanges particulièrement constructifs, répondant à un besoin fort de soutien des équipes soignantes et de rupture avec l'isolement professionnel. Les interventions ont permis de recentrer les réflexions sur le résident, favorisant une analyse critique des pratiques professionnelles et l'élargissement des discussions à d'autres modalités d'accompagnement. Les équipes ont également souligné la valorisation des bonnes pratiques et l'importance de disposer d'un temps dédié pour se poser sur une problématique, afin de sortir de la routine et renforcer la qualité des soins.

Pour les médecins traitants et les pharmaciens d'officine, aucune appréciation formalisée n'a été recueillie en 2024 ; une enquête de satisfaction est prévue en 2025, afin d'évaluer leur perception et d'identifier les leviers pour renforcer leur implication.

PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT DES TROUBLES BUCCO-DENTAIRES EN EHPAD

Priorité de santé publique, la santé bucco-dentaire est consubstantielle à la santé globale et au bien-être de chaque individu. Une bonne santé bucco-dentaire joue un rôle primordial de prévention de maladies ou de troubles fonctionnels.

De nombreuses études mettent en lumière la faible hygiène quotidienne et le manque de prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes.

En région Hauts-de-France, l'ARS a financé une étude⁵ sur les soins bucco-dentaires en établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, en 2020-2021. Concernant les personnes âgées, celle-ci a relevé plusieurs difficultés dans la prise en charge bucco-dentaire :

- le non-repérage ou le repérage tardif des pathologies bucco-dentaires des résidents,
- la coopération difficile avec les résidents ayant des troubles cognitifs,
- la problématique d'accompagnement du résident jusqu'au lieu de prise en charge,
- le manque de visibilité des lieux de soins accessibles, voire spécifiques, aux personnes âgées et le manque de coopération des professionnels entre eux,
- le manque de sensibilisation des résidents et de leurs familles aux soins bucco-dentaires,
- le manque de chirurgiens-dentistes formés aux problématiques des personnes âgées.

Cette étude a permis d'identifier différents leviers d'actions permettant d'améliorer les soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes qui résident en Ehpad.

Dans le cadre de la mise en œuvre de son Projet régional de santé, l'ARS Hauts-de-France vise à répondre à ce besoin de soins spécifiques pour les personnes âgées institutionnalisées et promeut la mise en place d'une offre de soins adaptée et graduée aux personnes âgées dépendantes dans le champ de la santé orale.

⁵ Cabinet CEMKA, Étude sur les soins bucco-dentaires en établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap sur la région Hauts-de-France, 2021.

Une solution territoriale pour les Ehpad a été déployée, à titre expérimental, en 2023, afin de structurer un parcours coordonné en santé orale pour les personnes âgées en Ehpad.

Ce dispositif repose sur :

- une **infirmière territoriale référente et mobile**, intervenant auprès de plusieurs établissements pour accompagner les résidents dans leurs soins bucco-dentaires et soutenir les équipes soignantes. Deux territoires pilotes ont été concernés par cette expérimentation : le Valenciennois-Quercitain et le Boulonnais.
- La plateforme régionale HANDIDENT Hauts-de-France, association créée par les chirurgiens-dentistes (CD), qui assure l'expertise régionale, la formation des professionnels, le lien avec les CD libéraux, l'accompagnement du projet.

Objectifs

Ce projet expérimental répond aux objectifs suivants :

- Améliorer la prévention, le dépistage et l'accès aux soins ;
- Renforcer la coopération entre Ehpad, CD et soins oraux hospitaliers ;
- Évaluer la reproductibilité pour un déploiement régional.

Missions

Les missions des deux infirmières territoriales en santé orale se concentrent sur les étapes clés du parcours coordonné en santé bucco-dentaire de la personne âgée institutionnalisée, à savoir :

- La coordination des actions de formation/sensibilisation en collaboration avec HANDIDENT Hauts-de-France ;
- La prévention, à organiser avec l'ESPrévE du territoire concerné ;
- La coordination des dépistages en lien avec HANDIDENT Hauts-de-France ;
- La coordination des rendez-vous pour l'accès aux soins des résidents.

PRÉSENTATION DES ÉQUIPES TERRITORIALES

En 2024, les Hauts-de-France comptent 2 équipes expérimentales réparties comme suit : 1 dans le Nord (Hainaut), et 1 dans le Pas-de-Calais.

Ces équipes expérimentales, déployées en janvier 2023, ont déclaré une activité en 2024.

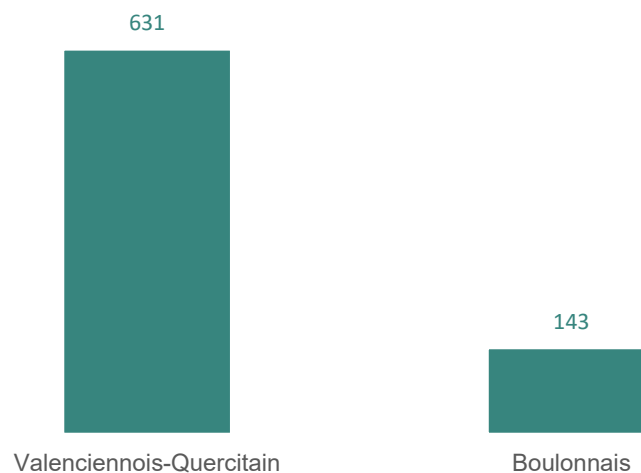
Elles sont exclusivement portées par des Ehpad relevant pour l'un, d'une association loi 1901, et pour l'autre par un établissement public hospitalier.

INDICATEURS D'ACTIVITÉ

PROFIL DES USAGERS AYANT BÉNÉFICIÉ DE L'INTERVENTION DE L'IDE TERRITORIALE EN SANTÉ ORALE

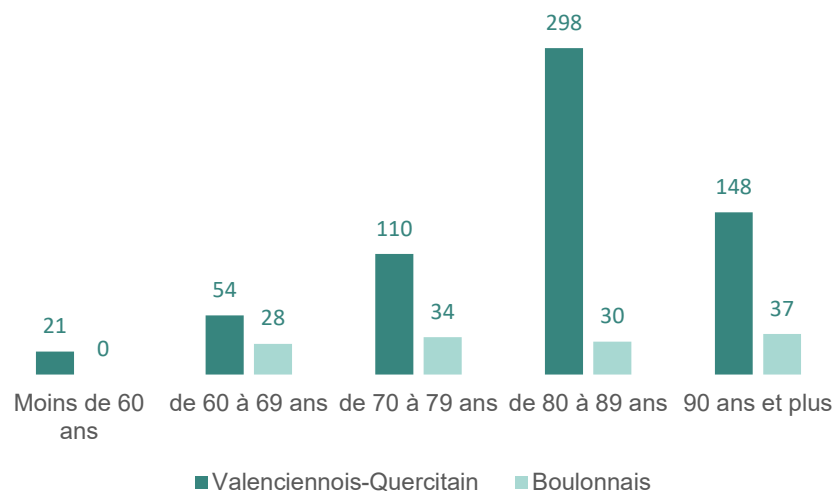
En 2024, 774 résidents ont bénéficié de l'intervention de l'IDE référente en santé orale sur l'un des territoires : 18,5 % dans le Pas-de-Calais et 81,5 % dans le Nord.

**Nombre de résidents ayant bénéficié
de l'intervention de l'IDE référent territorial en santé bucco-dentaire
selon le territoire d'intervention, en 2024**



Source : ARS - DOS 2025

Nombre de résidents ayant bénéficié de l'intervention de l'IDE référent territorial en santé bucco-dentaire selon l'âge et le territoire d'intervention, en 2024

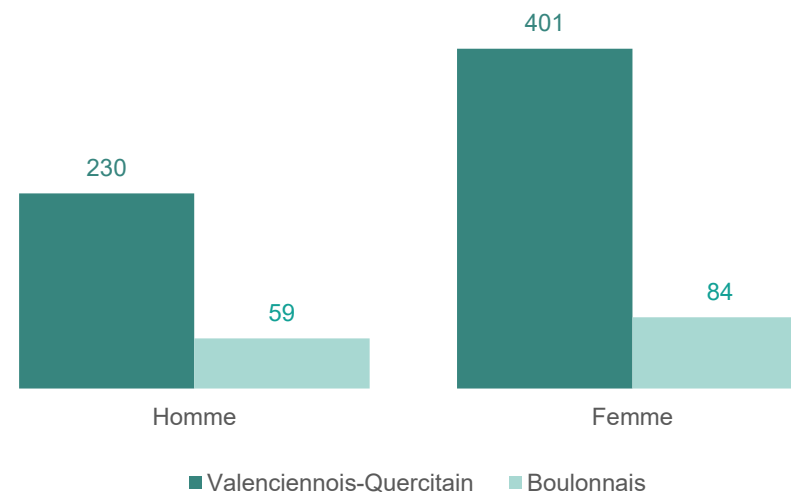


Source : ARS - DOS 2025

En 2024, l'âge médian des résidents ayant bénéficié de l'intervention de l'IDE territoriale en santé orale est de 80 ans pour le Boulonnais et de 81 ans pour le Valenciennois-Quercitain.

La majorité des résidents se situe entre 70 et 89 ans, mais le Valenciennois-Quercitain présente une concentration particulièrement élevée dans la tranche 80-89 ans (298 personnes, soit 47,2 %) et un nombre significatif de résidents de 90 ans et plus (148, soit 23,5 %, contre 37 dans le Boulonnais, soit 28,7 %).

Nombre de résidents ayant bénéficié de l'intervention de l'IDE référent territorial en santé bucco-dentaire selon le sexe et le territoire d'intervention, en 2024

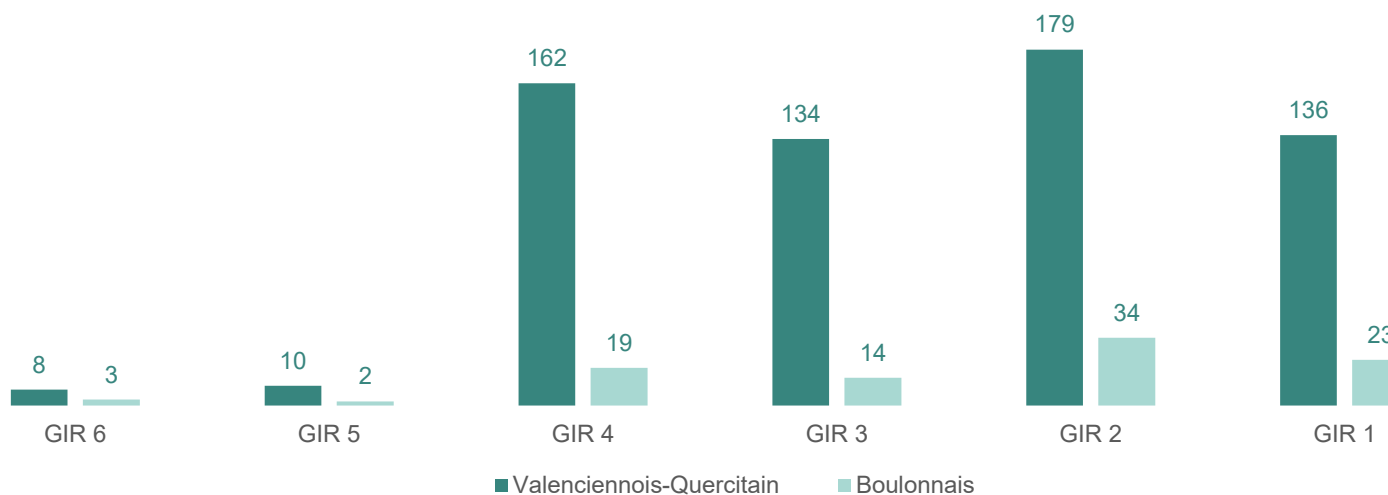


Source : ARS - DOS 2025

En 2024, la population suivie est majoritairement féminine, représentant entre 58,7 % et 63,5 % des résidents.

Dans le Boulonnais, on compte 41,3 % d'hommes ayant bénéficié de l'intervention de l'IDE territoriale en santé orale, tandis que dans le Valenciennois-Quercitain, la proportion masculine est légèrement plus faible avec 36,4 % d'hommes.

**Nombre de résidents ayant bénéficié
de l'intervention de l'IDE référent territorial en santé bucco-dentaire
selon le Gir et le territoire d'intervention, en 2024**



Source : ARS - DOS 2025

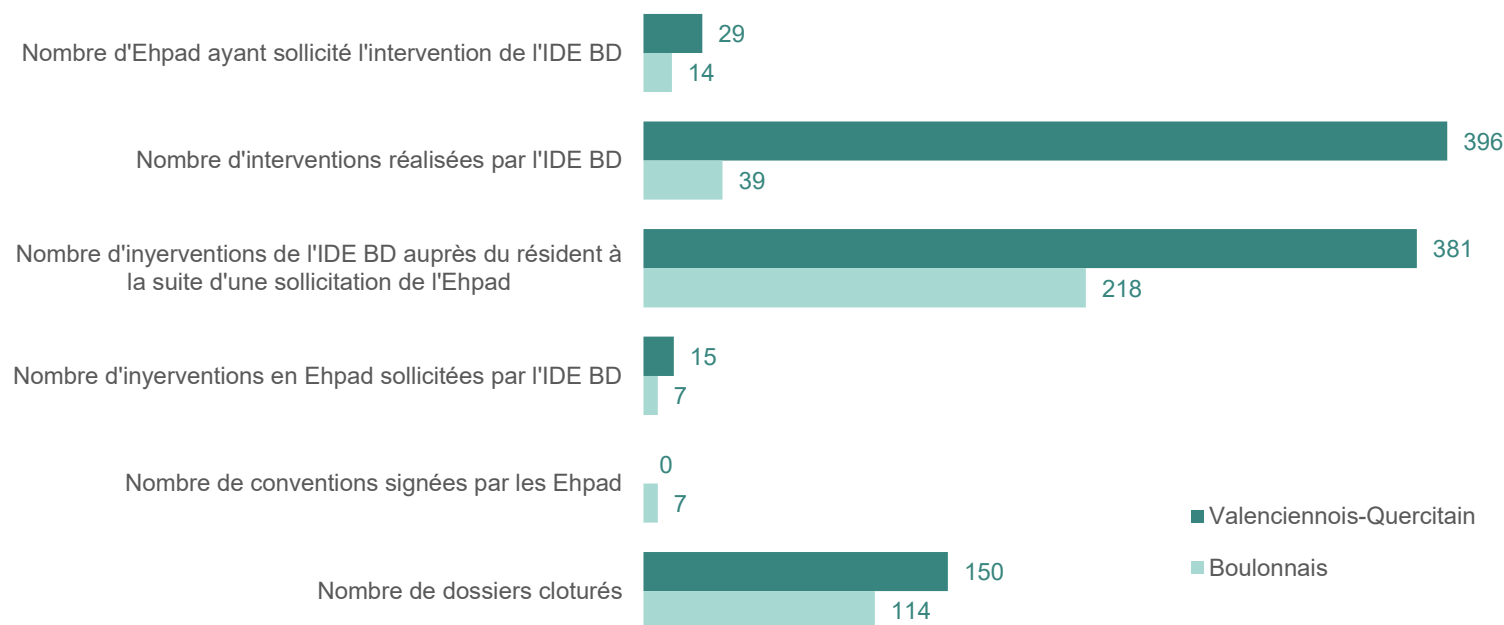
La forte dépendance des résidents d'Ehpad se retrouve dans la population accompagnée par les IDE territoriales en santé orale.

Dans le Boulonnais, la majorité des bénéficiaires se situe aux niveaux GIR 1 et 2 (57 résidents, soit 60,0 % des résidents dont le Gir est connu).

Le Valenciennois-Quercitain présente une répartition plus diversifiée, mais reste dominé par les GIR 1, 2 et 4 (477 résidents, soit 75,8 % des résidents dont le Gir est connu).

ACTIVITÉ DE L'IDE TERRITORIALE DANS LA CRÉATION D'UN PARCOURS EN SANTÉ ORALE EN EHPAD

Volume de l'activité selon le territoire d'intervention, en 2024

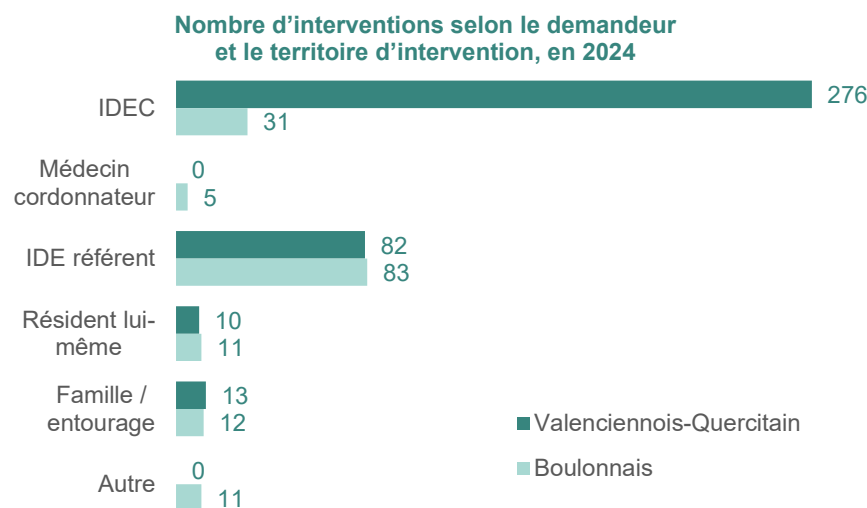


Source : ARS - DOS 2025

L'analyse comparative des deux territoires met en évidence de bonnes dynamiques, mais quelque peu contrastées. Le Valenciennois-Quercy, avec 48 Ehpad, enregistre 29 établissements ayant sollicité l'IDE territoriale en santé orale, soit un taux de couverture de 60 %, contre 82 % pour le Bouloonnais (14 Ehpad sur 17). Cette différence souligne une meilleure pénétration territoriale dans le Bouloonnais, malgré un volume d'activité nettement inférieur au Valenciennois-Quercy : 396 interventions en Valenciennois-Quercy ; 39 en Bouloonnais. L'écart est encore plus marqué pour les interventions auprès des résidents (381 vs 218). Les deux territoires se distinguent par un volume important de dossiers clôturés, avec 150 dossiers en Valenciennois-Quercy et 114 en Bouloonnais, traduisant une réelle efficacité dans la gestion des suivis.

ACTIVITÉ DES IDE TERRITORIALES EN SANTÉ ORALE

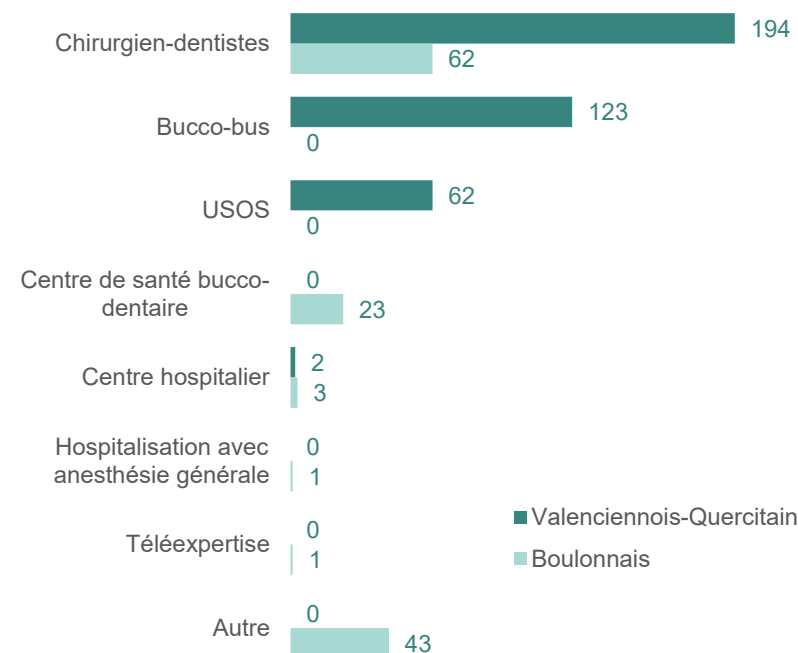
L'analyse des données d'activité de l'année 2024 met en lumière des contrastes marqués entre le Valenciennois-Quercitain et le Boulonnais. Que ce soit sur les interventions en urgence, le volume et la nature des évaluations et du suivi, ou encore sur les actions de formation et de sensibilisation, des différences significatives apparaissent. Ces écarts sont particulièrement visibles en matière de communication.



Source : ARS - DOS 2025

Dans le Valenciennois-Quercitain, la majorité des sollicitations provient des IDEC des Ehpad (276 interventions). À l'inverse, le Boulonnais présente une répartition plus équilibrée : l'IDE territoriale en santé orale est la principale orienteuse (83 interventions, contre 82 en VQ), suivis des IDEC des Ehpad (31 interventions) et des familles ou résidents eux-mêmes (respectivement 12 et 11 interventions). Il est également à noter que le médecin coordonnateur intervient uniquement sur le territoire du Boulonnais (5 demandes), tout comme la catégorie « Autre » (11 demandes).

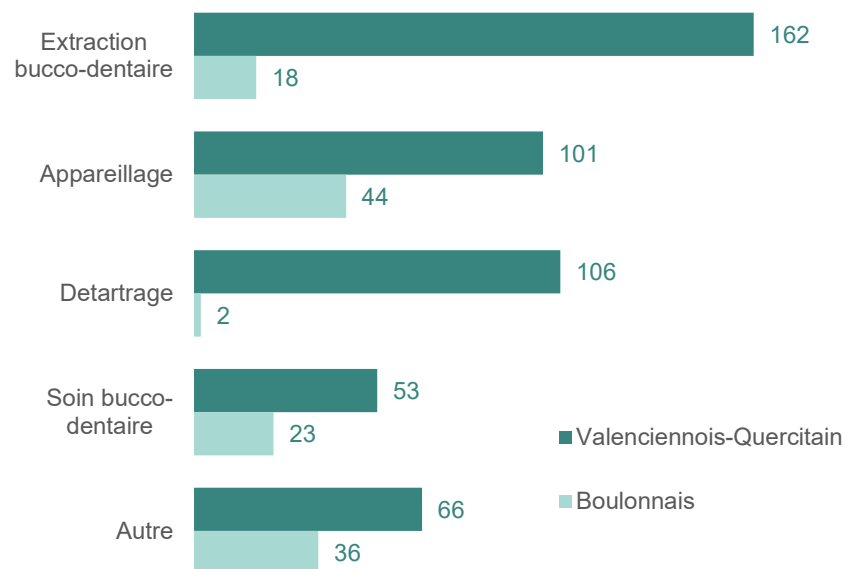
Répartition du nombre d'orientations suite à l'intervention de l'IDE territoriale en santé orale selon le territoire d'intervention, en 2024



Source : ARS - DOS 2025

Dans le Valenciennois-Quercitain, la majorité des orientations concerne des chirurgiens-dentistes libéraux (194 cas), complétée par un recours important au Bucco-bus (123 cas) et à l'USOS (62 cas), ce qui traduit une forte mobilisation des ressources mobiles et hospitalières spécialisées. À l'inverse, le Boulonnais présente une configuration différente : bien que les chirurgiens-dentistes restent le premier recours (62 cas), le territoire s'appuie largement sur le centre de santé bucco-dentaire (23 cas). Les orientations vers le centre hospitalier sont marginales dans les deux territoires (2 en Valenciennois-Quercitain, 3 en Boulonnais), tout comme les hospitalisations avec anesthésie générale ou téléexpertises (1 cas chacune en Boulonnais). Enfin, la catégorie « Autre » est notable en Boulonnais (43 cas), ce qui suggère des solutions alternatives ou des partenariats spécifiques non formalisés.

Répartition du nombre d'intervention selon le motif de prise en charge et le territoire d'intervention, en 2024

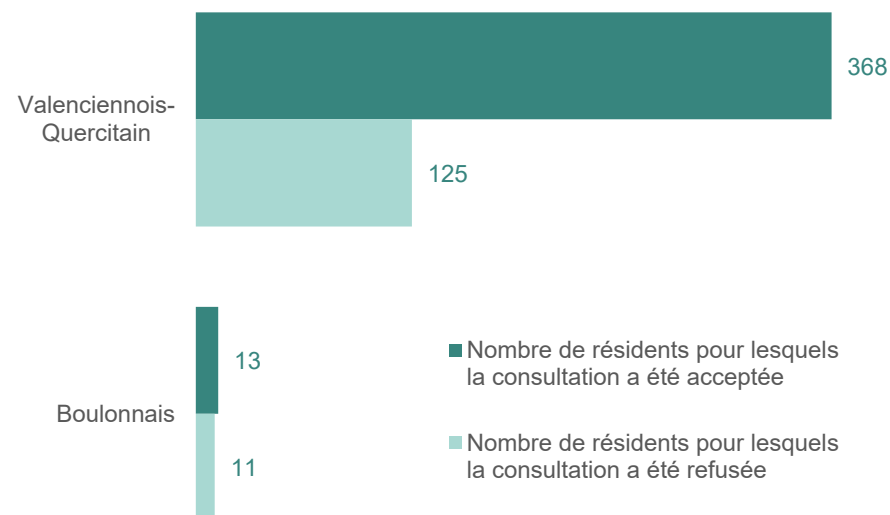


Source : ARS - DOS 2025

En 2024, dans le Valenciennois-Quercitain, les demandes de prise en charge sont dominées par les extractions bucco-dentaires (162 cas) et les détartrages (106 cas), suivis par les interventions liées à l'appareillage (101 cas) et aux soins bucco-dentaires (53 cas). Cette répartition traduit une charge thérapeutique importante, orientée vers des actes curatifs lourds, probablement liée à des situations de dégradation avancée de l'état bucco-dentaire des résidents. À l'inverse, le Boulonnais présente un profil plus centré sur l'appareillage (44 cas) et les soins bucco-dentaires (23 cas), tandis que les extractions (18 cas) et les détartrages (2 cas) restent marginaux.

Par ailleurs, le délai moyen entre la sollicitation et la consultation illustre une différence majeure : 30 jours en Valenciennois-Quercitain contre seulement 2 jours en Boulonnais. Cette disparité s'explique en partie par le nombre d'Ehpad et la taille du territoire du Valenciennois-Quercitain

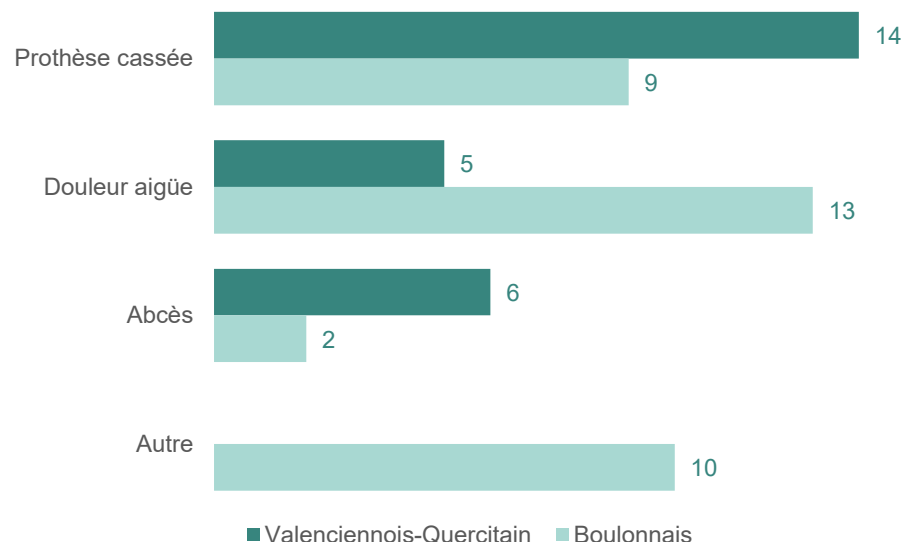
Nombre de résidents selon l'acceptation de la consultation et le territoire d'intervention, en 2024



Source : ARS - DOS 2025

L'analyse des données relatives à l'acceptation des consultations par l'IDE bucco-dentaire met en évidence une forte adhésion dans les deux territoires. Le Valenciennois-Quercitain enregistre un taux de 11,4% de résidents acceptés contre un taux de 10,8% dans le Boulonnais. En proportion, les refus restent marginaux : 13 refus en Valenciennois-Quercitain et 11 en Boulonnais, traduisant un taux d'acceptation supérieur à 96 % dans les deux zones. Cette convergence démontre une bonne appropriation du dispositif par les établissements et les familles, quel que soit le territoire.

Nombre d'interventions en urgence selon les motifs et le territoire d'intervention, en 2024



Source : ARS - DOS 2025

Dans le Valenciennois-Quercitain, les motifs les plus fréquents concernent les prothèses cassées (56,0 %) et les abcès (24,0 %), suivis des douleurs aiguës (20,0 %). À l'inverse, le Boulonnais se distingue par une prédominance des douleurs aiguës (38,2 %), devant les prothèses cassées (26,5 %) et les abcès (5,9 %).

Le délai moyen de réponse illustre une différence majeure : 7 jours pour le Valenciennois-Quercitain contre seulement 3 jours en Boulonnais. Cette disparité peut s'expliquer par le nombre d'Ehpad et la taille géographique du Valenciennois-Quercitain, rendant la planification des interventions plus complexe. Enfin, en cas d'urgence non satisfaite, les orientations proposées se concentrent exclusivement vers les chirurgiens-dentistes dans le Valenciennois-Quercitain (100 % des cas) contre une répartition équivalente entre CD et centre hospitalier pour le Boulonnais (50 % chacun).

Nombre d'interventions selon le type et le territoire d'intervention, en 2024



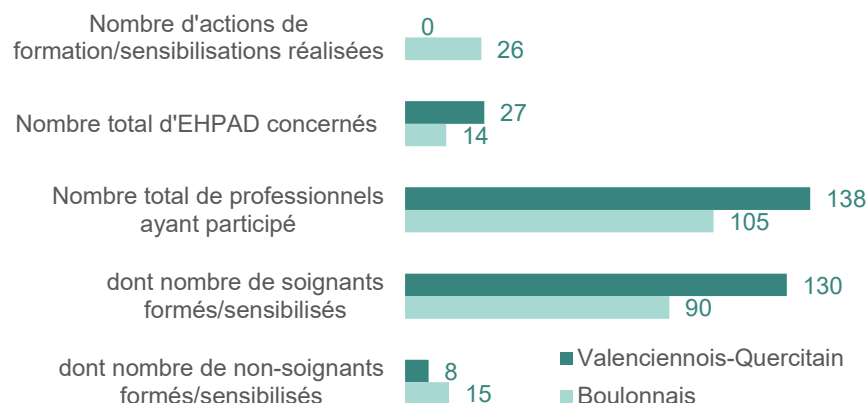
Source : ARS - DOS 2025

En 2024, le Valenciennois-Quercitain se distingue par une activité nettement plus soutenue, avec 385 évaluations bucco-dentaires réalisées — soit 12 % des résidents — contre 141 en Boulonnais, représentant également 12 % des résidents. Le territoire présente par ailleurs une mise en place beaucoup plus fréquente des carnets de santé bucco-dentaires (64 % contre 24 %) ainsi qu'un recours plus important au marquage des prothèses (15 % contre 3 %). Concernant le suivi, les différences entre les deux territoires sont également significatives. Le Valenciennois-Quercitain privilégie des suivis longs, s'étendant de 1 à 8 mois, et réalise 149 bilans à 12 mois, soit 39 % des résidents ayant bénéficié d'une évaluation. À l'inverse, le Boulonnais adopte majoritairement des suivis courts

(14 jours) et des bilans précoces : 40 réalisés entre 0 et 3 mois (28 % des résidents évalués) et 27 à 6 mois (19 %).

La nature des suivis mis en place illustre également ces divergences. Dans le Valenciennois-Quercitain, les suivis reposent principalement sur des consultations de contrôle programmées à un an et des consultations en cas de douleurs, traduisant une approche centrée sur la stabilité et la prévention des complications. À l'inverse, le Boulonnais déploie une palette plus large d'actions : suivis téléphoniques, échanges par mail, présence physique en structure, ainsi que des interventions ciblées pour l'adaptation des nouvelles prothèses, la cicatrisation post-extraction, la gestion des abcès, des dents cassées ou des racines résiduelles, sans oublier la surveillance de l'état général après anesthésie générale.

Nombre d'actions de formation et de sensibilisation selon le territoire d'intervention, en 2024



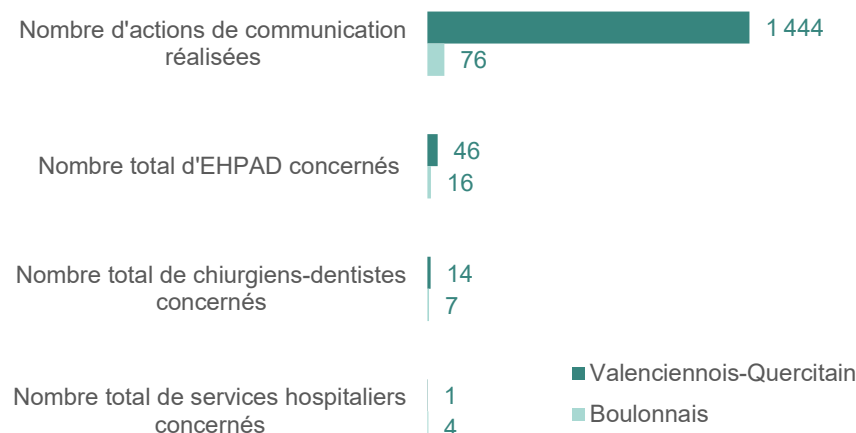
Source : ARS - DOS 2025

En 2024, le Valenciennois-Quercitain a réalisé 14 sensibilisations et 1 formation, couvrant 56 % des Ehpads du territoire mobilisant 138 professionnels, dont 130 soignants. À l'inverse, le Boulonnais a conduit 26 actions, mais sur un périmètre plus restreint. Elles ont néanmoins permis de toucher 82 % des Ehpads du territoire, réunissant 105 participants, dont 90 soignants.

Les aides-soignants représentent la majorité des professionnels formés dans les deux territoires (99 en Valenciennois-Quercitain, 50 en Boulonnais), mais le Boulonnais mobilise davantage de profils « autres » (32 vs 14). Par ailleurs, le Boulonnais enregistre 4 refus d'Ehpads, motivés par des contraintes organisationnelles ou l'absence de besoins perçus, alors que le Valenciennois-Quercitain ne signale aucun refus.

Enfin, la nature des actions illustre des approches pédagogiques différenciées : le Valenciennois-Quercitain privilégie des formats courts et collectifs (PowerPoint, cafés-débats, animations résidents), tandis que le Boulonnais propose des contenus plus techniques et individualisés (cas concrets sur résidents opposants, sensibilisation aux techniques de brossage, entretien des prothèses).

Nombre d'actions de communication selon le territoire d'intervention, en 2024



Source : ARS - DOS 2025

Concernant la thématique de communication, le Valenciennois-Quercitain affiche, en 2024, une activité particulièrement intense avec 1 444 actions, couvrant 96 % des Ehpads, 14 chirurgiens-dentistes et 1 service hospitalier, contre 76 actions en Boulonnais, couvrant 94 % des Ehpads, 7 chirurgiens-dentistes et 4 services hospitaliers.

La nature des actions est diversifiée selon les territoires : le Valenciennois-Quercitain s'appuie sur des outils numériques et événementiels tels que les campagnes « Ma santé orale en Ehpads » sur LinkedIn et Facebook, des colloques dédiés à la prévention, et des formations bucco-dentaires. À l'inverse, le Boulonnais privilégie des actions de proximité, comme la communication lors des accompagnements de résidents, la participation à des commissions gériatriques, des relances ciblées auprès des encadrements, et des initiatives locales telles que la diffusion d'affiches préventives ou la participation à des colloques régionaux.

INDICATEURS QUALITATIFS

Organisation mise en œuvre avec les autres dispositifs

L'organisation mise en œuvre dans le cadre de cette expérimentation repose sur la coordination et la collaboration étroite entre les IDE territoriales en santé orale, les ESPrévE, les acteurs locaux et HANDIDENT HDF afin de renforcer la prévention et la prise en charge des problématiques bucco-dentaires.

Sur le territoire du Boulonnais, le dispositif ESPrévE s'articule autour de la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire (HBD), l'organisation de la journée mondiale dédiée, ainsi que la mise en place de groupes de travail auprès des soignants pour développer des outils et accompagner le remplissage des autodiagnostic des structures. En parallèle, HANDIDENT intervient pour organiser et déployer des formations HBD, échanger sur les difficultés rencontrées et accompagner les dépistages réalisés dans la majorité des Ehpad du territoire.

Dans le Valenciennois-Quercitain, la dynamique repose sur une coordination renforcée, illustrée par la tenue de 44 réunions impliquant divers partenaires (filiale gériatrique, URPS, ARS, IDEC, infirmières hygiénistes, dentistes libéraux, CPAM, etc.), ainsi que des groupes de travail spécifiques (ESPrévE Lens-Arras, HANDIDENT HDF) et des actions de prévention (colloques, cahiers des charges, projets SYNERGHIP et Conex Santé).

Cette organisation collaborative favorise la mutualisation des compétences et des expériences, garantissant une approche cohérente et adaptée aux besoins des populations fragiles.

Difficultés rencontrées

La mise en œuvre de cette expérimentation se heurte à plusieurs obstacles, tant dans le Boulonnais que dans le Valenciennois-Quercitain, compromettant la fluidité du parcours de soins.

Dans le Boulonnais, le manque d'adhésion de certains Ehpad et de leurs encadrants, malgré les relances et propositions de groupes de travail, constitue un frein majeur. À cela s'ajoute la pénurie de professionnels : un seul dentiste accepte d'intervenir sur site, limitant l'accès aux soins, et le manque d'accompagnants pour les consultations accentue les difficultés. Les structures spécialisées et créneaux adaptés pour les patients atteints de troubles cognitifs ou de démence sont insuffisants, ce qui rend certains soins impossibles en cabinet. Les familles, parfois peu impliquées dans la gestion des rendez-vous ou des démarches administratives (carte Vitale, financement), contribuent également à des ruptures de prise en charge.

Dans le Valenciennois-Quercitain, les difficultés sont davantage organisationnelles : absence d'outil de coordination sécurisé pour échanger et partager les documents, problématique des transports (retards entraînant des refus de consultation), et complexité autour du consentement nécessitant des échanges réguliers avec les familles et tuteurs. S'ajoutent des contraintes matérielles (véhicule d'accompagnement inadapté), une forte dépendance des Ehpad à l'accompagnement externe, des refus de soins par crainte des coûts, ainsi que des problèmes administratifs similaires. Enfin, la participation des soignants lors des formations en journée complète s'avère limitée, ce qui a conduit à envisager des sessions en demi-journée.

Ces difficultés, à la fois structurelles, organisationnelles et humaines, soulignent la nécessité d'outils de coordination, de renforcement des ressources et d'une meilleure implication des acteurs pour garantir l'efficacité des dispositifs.

Bénéfices observés

Les actions mises en œuvre dans le cadre de cette expérimentation ont généré des impacts significatifs, tant dans le Boulonnais que dans le Valenciennois-Quercitain, améliorant la qualité des soins et la prévention.

Dans le Boulonnais, on observe un suivi bucco-dentaire renforcé des résidents, limitant les risques de complications générales liées à des problèmes dentaires non traités. Les soins complexes ont pu être réalisés avec succès grâce à une meilleure coordination et à la rigueur dans la prise en charge des parcours, tandis que les urgences dentaires sont désormais traitées rapidement. Le déploiement de référents bucco-dentaires au sein des Ehpad et l'élargissement des groupes de travail ont favorisé une montée en compétence des équipes, rendant certains établissements plus autonomes qu'au début du projet. Par ailleurs, la demande croissante de sensibilisations et de formations, y compris par les centres de formation (IFSI, IFAS), témoigne d'une dynamique positive et d'une appropriation des enjeux par les acteurs.

Dans le Valenciennois-Quercitain, la réalisation d'une formation ayant mobilisé 60 participants illustre cette dynamique territoriale. L'amélioration générale de l'hygiène bucco-dentaire des résidents lors des consultations, la validation de l'expérimentation ETSO et l'investissement prévu dans un chariot mobile marquent des avancées concrètes. Enfin, la création de parcours de soins individualisés renforce la personnalisation et l'efficacité des interventions.

Ces bénéfices traduisent une évolution vers une meilleure intégration de la santé bucco-dentaire dans le parcours global des personnes âgées, tout en consolidant la coopération entre acteurs.

Appréciation des Ehpad

Les retours des Ehpad témoignent d'une forte satisfaction quant à l'accompagnement proposé dans le cadre des dispositifs bucco-dentaires, tant dans le Boulonnais que dans le Valenciennois-Quercitain.

Dans le Boulonnais, les établissements soulignent une nette amélioration de la prise en charge des résidents, permettant d'éviter des conséquences telles que des changements d'alimentation liés à des problèmes d'appareillage. La présence et le soutien de l'IDE bucco-dentaire sont particulièrement appréciés, notamment lors des parcours complexes ou en l'absence d'accompagnants, garantissant une prise en charge complète et sécurisée. Les conseils prodigués face aux problématiques rencontrées et la réactivité des interventions renforcent la confiance des équipes.

Du côté du Valenciennois-Quercitain, la satisfaction porte principalement sur la coordination et l'accompagnement des résidents en consultation, considérés comme des atouts majeurs. Les Ehpad expriment également un intérêt croissant pour le déplacement des chirurgiens-dentistes afin de faciliter l'accès aux soins, et la reconnaissance du dispositif dépasse le territoire, comme en témoigne la sollicitation lors du colloque de prévention organisé par ESPrévE à Amiens.

Ces appréciations confirment l'impact positif des actions menées, tant sur la qualité des soins que sur la coopération interprofessionnelle, et soulignent la nécessité de poursuivre et renforcer ces dispositifs.

Appréciation des résidents / des familles

Les retours des résidents et des familles mettent en évidence une réelle satisfaction quant à l'accompagnement bucco-dentaire proposé sur les deux territoires.

Dans le Boulonnais, les familles soulignent la qualité et la rapidité de la prise en charge lors des sollicitations. Les suivis dentaires sont jugés très satisfaisants, et la prise de conscience de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire sur la qualité de vie des résidents constitue un bénéfice notable. Les familles expriment également leur soulagement face à la gestion complète du parcours de soins, notamment lorsqu'elles ne peuvent se rendre disponibles en raison de leurs contraintes professionnelles.

Du côté du Valenciennois-Quercitain, les résidents apprécient particulièrement l'accompagnement lors des consultations, qui leur permet de sortir et d'éviter les attentes liées aux transports en ambulance. Cette dynamique a favorisé une impulsion positive : certains résidents, parfois très âgés, envisagent désormais des soins qu'ils pensaient impossibles, comme le remplacement d'une prothèse complète. Les familles, rassurées par la présence d'un accompagnant, témoignent d'une confiance accrue dans le dispositif, tandis que la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire se diffuse progressivement au sein des Ehpad.

Ces appréciations confirment l'impact concret des actions menées sur le bien-être des résidents et la sérénité des familles, tout en renforçant la culture de la prévention.

Appréciation des chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes expriment une appréciation très positive de cette expérimentation.

Dans le Boulonnais, ils constatent une nette avancée face à la problématique majeure de l'hygiène bucco-dentaire, grâce à un projet jugé pertinent et efficace. L'accompagnement par l'IDE bucco-dentaire est particulièrement valorisé, tant pour la réalisation des soins au fauteuil que pour la gestion des aspects administratifs et financiers, ce qui facilite leur intervention et sécurise le parcours de soins.

Du côté du Valenciennois-Quercitain, on observe une augmentation du nombre de chirurgiens-dentistes libéraux acceptant de participer au projet, parfois même sans sollicitation préalable, ce qui témoigne d'une dynamique positive. Leur disponibilité pour accueillir de nouveaux patients est renforcée par la présence d'un accompagnant, qui assure la transmission des documents, la coordination et le soutien logistique, apportant une véritable sérénité aux praticiens.

Ces retours confirment que la collaboration interprofessionnelle et l'appui organisationnel sont des leviers essentiels pour favoriser l'implication des professionnels de santé et améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes âgées.

CENTRE DE RESSOURCES EN PSYCHOGÉRIATRIE ET PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE (CR3PA)

Le centre, porté par le G4, a pour but d'améliorer la prise en charge des patients âgés à l'échelon inter-régional Hauts-de-France et Normandie en tant que :

- Centre de ressources et de coordination de la réflexion pour les professionnels pour améliorer la qualité des parcours de santé (prévention, soins et accompagnement, réhabilitation, fin de vie) ;
- Centre d'expertise pour la diffusion de bonnes pratiques et des formations, ainsi que la promotion de la recherche clinique et l'innovation, dans l'objectif de fournir aux professionnels un appui de qualité quant aux difficultés et questionnements qu'ils peuvent avoir sur leurs pratiques cliniques.

Les missions du centre de ressources s'articulent autour de trois axes :

- Communication ;
- Parcours patient ;
- Formation.

COMMUNICATION

Dans la région des Hauts-de-France, ce sont plus de 130 rencontres et 15 présentations du CR3PA organisées au sein des territoires durant l'année 2024.

La fréquentation du site représente plus de 21 000 consultations. Cela représente une augmentation de 50 % si l'on compare les chiffres des 4 derniers mois 2024 avec les chiffres des 4 derniers mois de 2023.

Le site du CR3PA est référencé par 6540 sites en 2024, toujours en comparant les chiffres des 4 derniers mois de 2023 et 2024, ce qui représente une augmentation de plus de 400 % du nombre de référencement sur la même période.

Les pages les plus consultées sont les suivantes : accueil, capsules vidéo, newsletters, boîte à outils et agenda. La grande majorité des utilisateurs se connecte depuis un ordinateur, mais 20 % des connexions sont tout de même réalisées à partir d'une tablette ou un smartphone.

Six nouvelles newsletters ont pu être mises à disposition sur le site du CR3PA et diffusées par mail auprès de 1 000 professionnels, dont environ la moitié sont des professionnels des Hauts-de-France. Le format et les modalités de diffusion ont toutefois évolué avec l'arrivée du site internet.

FORMATION

UN GUIDE DE RECENSEMENT DES FORMATIONS

Fin 2022, une première version du guide inter-régional des formations, construit autour de trois parties a été mis en ligne et est actualisé annuellement :

- Formations diplômantes ;
- Formations et sensibilisations institutionnelles, publiques et associatives ;
- Formations proposées par les organismes privés.

GROUPES D'ÉCHANGES DES ÉQUIPES MOBILES DE PSYCHOGÉRIATRIE

Le premier groupe d'échange régional porté par le CR3PA Hauts-de-France s'est poursuivi en 2024. Il s'agit du groupe d'échange inter EMPG (équipes mobiles de psychogériatrie). À la suite des premières journées régionales 2022 et 2023 organisées en visioconférence et en présentiel, les rencontres ont continué sur les mêmes formats cette année.

Ces rencontres ont permis de travailler différents outils concernant :

- Une **sensibilisation sur les troubles du comportement et les interventions non médicamenteuses**. Ce support de formation construit initialement par les EMPG pour leur mission de formation sera mis à disposition du Comité de Pilotage initié par l'ARS Hauts-de-France relatif au développement des Interventions non médicamenteuses en EHPAD piloté par le CR3PA et la Coordination régionale des ESPrévEs. Ce support de sensibilisation vient en complément des fiches réflexes qui ont été initiées sur plusieurs thématiques (troubles du sommeil, anxiété, agressivité) par l'antenne normande du CR3PA et les EMPPA de cette région.
- Des **fiches réflexes et affiches d'information concernant le dispositif de sensibilisation à la prévention du risque suicidaire**. Dispensées depuis plusieurs années sur les territoires des Hauts-de-France, ces formations manquaient parfois de visibilité au sein même des Ehpads. Mais le format de ces formations ayant évolué depuis 2023 permettant l'accès des professionnels au format « sentinelle » du GEPS sur de nombreux territoires, il était important de créer un support d'information de nature à rendre visible ces formations et à faciliter la compréhension des deux formats proposés. Ainsi, les fiches réflexes constituent un complément de la formation dispensée et ne sont pas livrées seules aux Ehpads. Elles viennent en appui de ces formations pour permettre une continuité du discours des formateurs dispensé aux professionnels des Ehpads.

CRÉATION ET DIFFUSION D'OUTILS DE FORMATION

Capsules vidéo sur les troubles du comportement

En 2024, la création des capsules vidéo (à la suite de la parution d'une première capsule fin 2023) s'est poursuivie.

Ainsi, en 2024, trois capsules vidéo ont été réalisées :

- Évolution de la sexualité ou trouble du comportement à caractère sexuel ;
- Prévention du risque suicidaire ;
- Agitation et agressivité lors des troubles neurocognitifs.

Les quatre capsules réalisées depuis 2023 ont été visualisées près de 3 500 fois depuis leur mise en ligne sur YouTube et 2144 fois sur le site internet du CR3PA.

Fin 2024, un questionnaire d'évaluation de ces outils a été réalisé auprès des utilisateurs. 73 professionnels ont accepté de répondre au questionnaire. Au-delà des retours très positifs sur ces outils (100 % de satisfaction, dont 66 % de satisfaction totale), les partenaires ont largement plébiscité la création de nouvelles capsules (95 % souhaitent de nouvelles capsules).

En 2025, la réalisation de six nouvelles capsules sur 2 ans va démarrer. Pour finir, les partenaires ont souhaité étendre les thématiques évoquées par les capsules sur d'autres outils. En 2025, une boîte à outils en lien avec chaque capsule sera mise à disposition des usagers.

Parcours de sensibilisation aux troubles du comportement de la personne âgée

Le CR3PA s'est associé à trois filières gériatriques (Amiens, Abbeville et Montreuil) pour élaborer avec des groupes pluriprofessionnels, des supports de formation simples et pratiques, consultables en ligne à tout moment de manière individuelle ou en équipe.

Ces supports sont mis à disposition des professionnels, aidants, issus des structures sanitaires ou médico-sociales, directement en ligne sur le site du CR3PA.

Trois modules sont proposés :

- Les structures d'accueil des personnes âgées ayant des troubles du comportement ;
- Le syndrome confusionnel ;
- « Quelle approche de la personne âgée ayant des troubles du comportement ? ».

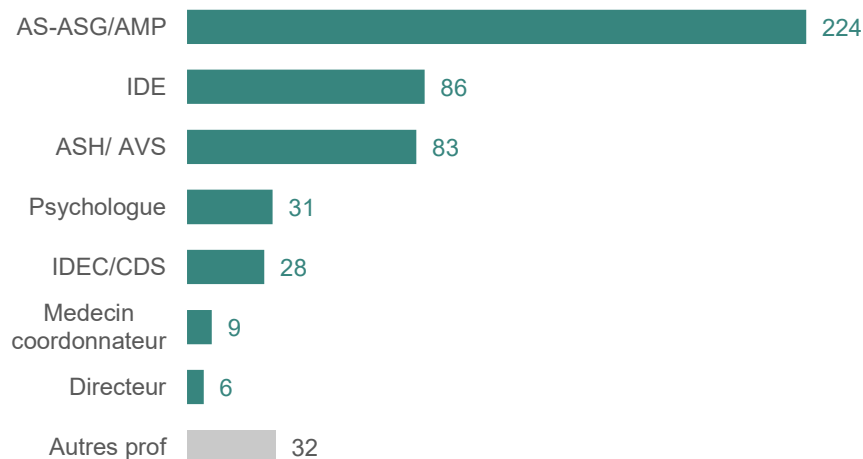
Ces outils ont été visualisés par 564 professionnels en 2024.

FORMATIONS À LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN EHPAD

L'antenne Hauts-de-France du CR3PA est dotée par l'ARS Hauts-de-France d'une enveloppe spécifique pour l'organisation, en Ehpad, de sessions de formation issues du programme national de formation à la prévention du risque suicidaire dans les différents territoires des filières gériatriques. Depuis 2023, deux formats sont proposés par des binômes de formateurs constitués au sein des EMPG de la région : le format « Évaluation et orientation » et le format « Sentinelle ».

En 2024, deux nouvelles équipes issues de deux nouveaux territoires ont conventionné avec le CR3PA pour compléter le dispositif régional : L'EMPG du CH de Saint-Quentin et l'EMPG du CH de Calais. Ce sont désormais 19 territoires des Hauts-de-France qui peuvent bénéficier des formations sur la prévention du risque suicidaire en Ehpad, ce qui représente 18 sessions de formation « Évaluation et orientation » et 26 sessions au format « Sentinelle » pour un total de 524 participants (pour 533 inscrits).

Nombre de formations à la prévention du suicide en Ehpad réalisées selon la profession, en 2024



Source : ARS - DOS 2025

AUTRES FORMATIONS ORGANISÉES

Webinaire interrégional OMEDIT / CR3PA (pharmacothérapie de la dépression de la personne âgée)

À l'échelle interrégionale, un premier webinaire a pu voir le jour en partenariat avec les OMEDIT Normandie et Hauts-de-France. Celui-ci s'inscrit dans le parcours de formation relatif à l'optimisation des prescriptions médicamenteuses.

Il a été organisé et animé en partenariat entre le CR3PA, les deux OMEDIT, l'EPSM de Caen et le CHU de Lille. Près de 250 professionnels ont participé à ce webinaire d'une heure le 13 juin 2024. Celui-ci a été enregistré et mis à disposition sur le site internet ; il comptabilise près de 400 vues sur la plateforme YouTube désormais.

Cette collaboration entre les OMEDIT et le CR3PA va se poursuivre avec l'organisation, dès 2025, de deux nouveaux webinaires.

Webinaire interrégional URPS infirmiers / CR3PA (agitation et dépression chez la PA)

Toujours à l'échelle interrégionale, le CR3PA a répondu favorablement à la demande des URPS infirmiers d'organiser avec eux un webinaire d'une heure à destination des infirmiers libéraux des deux régions sur la thématique de l'agitation et de la dépression chez la personne âgée. L'objectif de cette formation sera de proposer une approche pragmatique de l'agitation et de la dépression chez la personne âgée.

En 2024, deux réunions préparatoires ont eu lieu entre les deux URPS infirmiers et le CR3PA pour aboutir à la programmation de ce webinaire en 2025.

PARCOURS DE SANTÉ

LA CARTOGRAPHIE INTERACTIVE DES RESSOURCES EN PSYCHOGÉRIATRIE ET PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE DES HAUTS-DE-FRANCE ET DE NORMANDIE

La cartographie initiée au lancement du CR3PA et publiée en 2022 continue d'être complétée et mise à jour. Elle a été remodelée dans une version plus ergonomique et plus complète. Elle comprend désormais un filtre pour effectuer les recherches par type de structure et par territoire. Elle permet également d'accéder à certaines informations relatives à chaque type de structure (public cible, missions, accessibilité).

PARTICIPATION AUX PROJETS TERRITORIAUX

Le coordonnateur et le référent médical Hauts-de-France du CR3PA participent aux groupes de travail psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée des différents territoires lorsqu'ils sont sollicités, quel que soit l'organisateur :

- Groupe de travail psychogériatrie de la filière gériatrique du Valenciennois ;
- Groupe de travail psychogériatrie des filières gériatriques de la Somme ;
- La Somme des coordinations ;
- Groupe de travail sur les relations affectives et sexuelles en Ehpad des filières gériatriques de Creil-Senlis et Oise Vexin ;
- Groupe de travail sur les relations affectives et sexuelles en Ehpad des filières gériatriques de Creil-Senlis et Oise Vexin ;
- Groupe de travail sur la prise en charge des patients souffrant du syndrome de Korsakoff ;
- Groupe de travail psychogériatrie de la filière gériatrique Flandre-Intérieure ;
- Groupe de travail psychiatrie personne âgée du PTSM de l'Audomarois ;
- Groupe de travail psychogériatrie du Douaisis ;
- Groupe de travail refus de soins du Hainaut ;
- Participation aux instances et commissions des financeurs et partenaires du CR3PA.

ANIMATION DE GROUPES DE TRAVAIL SUR LA RÉOLUTION DE SITUATIONS COMPLEXES

Groupe de travail "prise en charge de patients ayant commis des actes médico-légaux"

Le CR3PA a construit, depuis la fin de l'année 2022, un groupe de travail inter-régional sur l'organisation des parcours dans le cadre d'actes médico-légaux (violences physiques et/ou sexuelles). Ce groupe de travail a décidé de construire des recommandations ou fiches réflexes pour appuyer les professionnels.

Copil troubles du comportement sexuel en Ehpad

L'ARS Hauts-de-France a décidé de formaliser une étude sur la thématique des troubles du comportement sexuel en Ehpad avec le CR3PA. Une première réunion du groupe de travail, constitué pour mettre en œuvre ce plan d'action en 2025, a eu lieu en novembre 2024.

Postvention en Ehpad

Le CR3PA participe, à la demande de l'ARS Hauts-de-France, et en lien avec la F2RSM, au déploiement du dispositif d'accompagnement des équipes soignantes des Ehpad en cas de tentative de suicide au sein de la structure afin d'éviter le risque de contagion.

Il est prévu un test sur le territoire de la Flandre-Intérieure avec la coordinatrice de filière gériatrique et en vue d'un élargissement au tout d'abord sur le département du Nord, avant généralisation à l'ensemble des territoires des Hauts-de-France.

ÉQUIPES GÉRIATRIQUES D'EXPERTISE À DOMICILE (EGED)

Dans le cadre du PRS 2018-2023, l'agence régionale de santé des Hauts-de-France a adopté dans son parcours « vieillissement des populations et soutien des aidants » l'objectif de poursuivre la mise en place d'expertises au service des patients âgés quel que soit leur lieu de vie pour prévenir les risques liés à la dépendance.

L'objectif avec les Eged est donc de faciliter l'accès à une expertise gériatrique au domicile des personnes âgées, en appui du premier recours. Cette volonté se traduit par la mise en place d'une équipe portée par un établissement de santé assurant une gestion pluridisciplinaire des situations en lien avec le DAC du territoire correspondant, avec en sus une fonction d'expertise psychogériatrique. Les objectifs de cette équipe sont de limiter le plus possible les passages aux urgences et de réduire l'hospitalisation complète injustifiée, notamment par des propositions alternatives ambulatoires, ainsi que de favoriser les liens dans le parcours de santé.

L'évaluation pluridisciplinaire des patients âgés est un **pilier fondamental de la prise en charge gériatrique**, notamment dans le cadre de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS). Elle repose sur la collaboration de plusieurs professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.) pour offrir une vision globale et coordonnée de l'état de santé de la personne âgée.

Les principaux intérêts de l'évaluation pluridisciplinaire

1. **Approche globale et personnalisée** : prise en compte des dimensions médicale, fonctionnelle, psychologique, sociale et environnementale. Meilleure compréhension des besoins spécifiques du patient.
2. **Détection précoce des fragilités** : identification de troubles souvent sous-estimés (dépression, dénutrition, isolement, troubles cognitifs...). Prévention des complications (chutes, hospitalisations, perte d'autonomie).
3. **Optimisation du parcours de soins** : coordination entre les intervenants pour éviter les redondances ou les oublis. Adaptation des traitements (réduction de la polymédication, ajustement des objectifs thérapeutiques).
4. **Amélioration de la qualité de vie** : mise en place de plans d'aide à domicile, de rééducation, ou d'aménagement du logement. Soutien aux aidants et anticipation des besoins futurs.
5. **Aide à la décision éthique et médicale** : réflexion partagée sur les orientations de soins (hospitalisation, maintien à domicile, entrée en institution). Prise en compte des souhaits du patient et de son entourage.

INSTRUCTION

DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées :

Afin de limiter les hospitalisations évitables et les hospitalisations en urgence des personnes âgées, la mesure 28 du Ségur de la santé portant sur « une offre de soins de ville-hôpital et médico-sociale des personnes âgées » prévoit le développement de l'accès à l'expertise gériatrique hospitalière, au travers du déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie (EMG) sur leur lieu de vie.

IMPLANTATION DES EGED

La mise en place de ces équipes s'étale progressivement selon les projets déposés par les établissements de santé à compter de 2024. L'objectif est de couvrir la région avec 23 équipes, soit une par territoire de filière gériatrique.

En 2024, les Hauts-de-France comptent 16 équipes gériatriques d'expertise à domicile (Eged). Elles se répartissent ainsi :

- 8 dans le Nord, soit 4 dans le TDS du Hainaut et 4 dans celui de Métropole-Flandres (1 reste à créer en 2025) ;
- 2 dans l'Oise (1 reste à créer en 2025) ;
- 4 dans le Pas-de-Calais (3 restent à créer en 2025) ;
- 2 dans la Somme ;
- 0 dans l'Aisne (2 restent à créer en 2025).

Parmi elles, 7 ont eu une activité sur l'ensemble de l'année. Une Eged a démarré son activité en février, une autre en avril, une en mai, une en juin, deux en juillet, une en octobre et une en novembre. Les données d'activité présentées ne couvrent donc pas toutes l'année entière.

Nord - TDS Hainaut

CH de Douai
CH de Valenciennes
CH Le Cateau-Cambrésis
GCS FG aversnois (CH Avesnes-sur-Helpe)

Nord - TDS Métropole - Flandres

CH de Dunkerque
CH d'Armentières
CH de Roubaix/Tourcoing
GHICL

Oise

CH de Beauvais
CHICN - GHPSO

Pas-de-Calais

CH de Calais
CHRSO
Association bien vieillir en béthunois (clinique Anne d'Artois/CH Beuvry)
CH d'Arras

Somme

CHUAP
CH Abbeville

SOLLICITATIONS REÇUES PAR L'EGED

INSTRUCTION

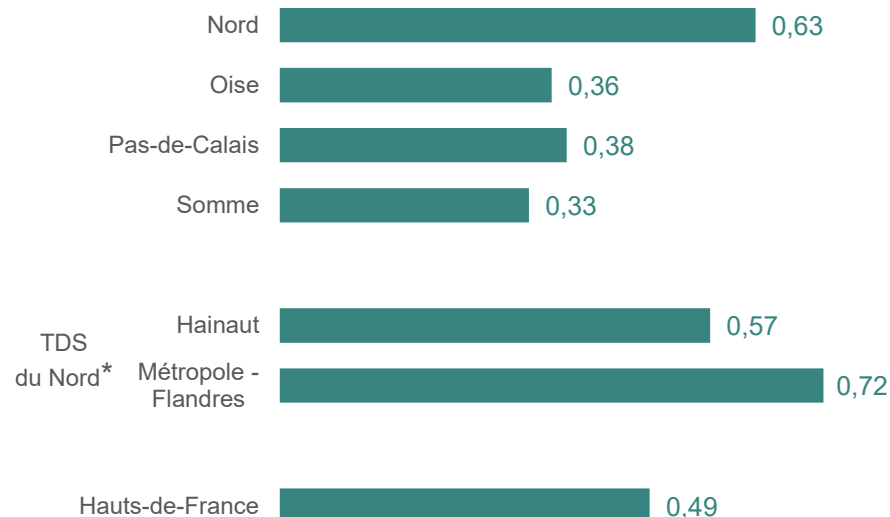
DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées :

Les personnes âgées à domicile signalées par leur médecin traitant ou le dispositif d'appui à la coordination (DAC) présentant des situations complexes (ou selon l'appréciation des professionnels prenant en charge la personne âgée), avec intrication de problématiques somatiques, psychiques, neurocognitives et sociales qui nécessitent une approche globale.

Le déclenchement de l'intervention des EMG s'effectue suite à un appel au numéro de la filière gériatrique (ou un numéro d'appel de l'EMG) dédié aux professionnels extérieurs ou au DAC afin d'examiner la pertinence de l'intervention de l'EMG ou la capacité de recourir à une consultation (par télémedecine ou avec déplacement) ou une hospitalisation de jour. Ce recours téléphonique peut suffire à apporter une réponse au médecin traitant des personnes âgées en EHPAD ou à domicile ou au médecin coordonnateur de l'EHPAD et permettre d'anticiper les crises ou d'organiser une hospitalisation.

En 2024, les Eged totalisent 1 764 sollicitations : 1 128 dans le Nord, dont 605 dans le TDS du Hainaut et 523 dans celui de Métropole-Flandres, 128 dans l'Oise, 310 dans le Pas-de-Calais et 198 dans la Somme. Cela représente en moyenne 0,49 sollicitation par jour⁶ : 0,3 dans l'Oise, le Pas-de-Calais et la Somme, 0,5 dans le Nord (0,5 pour dans le territoire de démocratie sanitaire du Hainaut et 0,6 pour celui de Métropole-Flandres).

Nombre moyen de sollicitations par jour des Eged, en 2024



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

⁶ Par jour ouvrable à partir de la date de démarrage de l'activité.

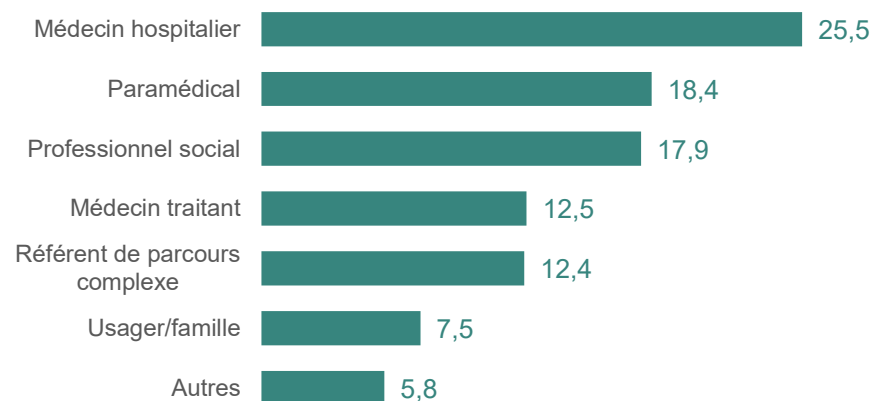
SOLLICITATIONS SELON L'ADRESSEUR

Selon la profession

Un quart des sollicitations a été adressé par des médecins hospitaliers (25,5 %), 18,4 % par un professionnel paramédical et 17,9 % par un professionnel social. Les médecins traitants sont à l'origine de 12,5 % des sollicitations, les référents de parcours complexe de 12,4 % et l'usager lui-même ou sa famille de 7,5 %. Les médecins coordonnateurs, les médecins libéraux et les bénévoles viennent ensuite et représentent chacun moins de 1,0 % des sollicitations. Enfin, 5,1 % des sollicitations ont été adressées par d'autres professionnels.

Il existe quelques disparités selon les territoires, avec notamment la Somme qui recense peu de sollicitations des médecins hospitaliers (9,6 %) et des professionnels paramédicaux (7,6 %), mais davantage des médecins traitants et des médecins coordonnateurs (19,2 % et 3,0 %) en comparaison des autres départements. Le département du Nord se démarque avec une faible proportion de sollicitations adressées par les référents de parcours complexe (4,2 %, 2,3 % pour le TDS du Hainaut et 6,5 % pour celui de Métropole-Flandres).

Répartition des sollicitations Eged
selon la profession du demandeur, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.
Non-réponse : 2,6 %.

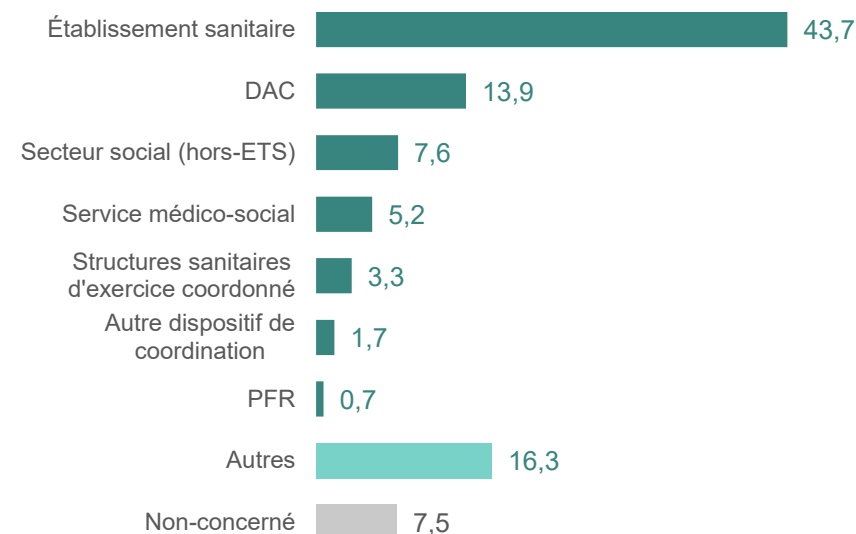
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Selon le service ou la structure

Les établissements sanitaires sont à l'origine de près de la moitié (43,7 %) des sollicitations reçues par les Eged de la région en 2024. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ont adressé 13,9 % des sollicitations, suivi du secteur social (hors-ETS ; 7,6 %), des services médico-sociaux (5,2 %), des structures sanitaires d'exercice coordonné (3,3 %) et des autres dispositifs de coordination (1,7 %). Les plateformes de répit et d'accompagnement (PFR) et les centres de ressources territoriaux (CRT) ont adressé moins de 1 % des sollicitations. Enfin, 16,3 % des sollicitations ont été adressées par d'autres structures ou services.

La Somme et le Nord se démarquent : la Somme recense moins de sollicitations adressées par un établissement sanitaire (18,9 %) et le Nord moins venant des DAC (6,2 %, 4,8 % pour le TDS du Hainaut et 8,0 % pour celui de Métropole-Flandres) que dans le reste du territoire.

Répartition des sollicitations Eged
selon le service ou la structure demandeur, en 2024 (en %)



Non-réponse : 2,7 %.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

SOLLICITATIONS SELON LE MOTIF IDENTIFIÉ

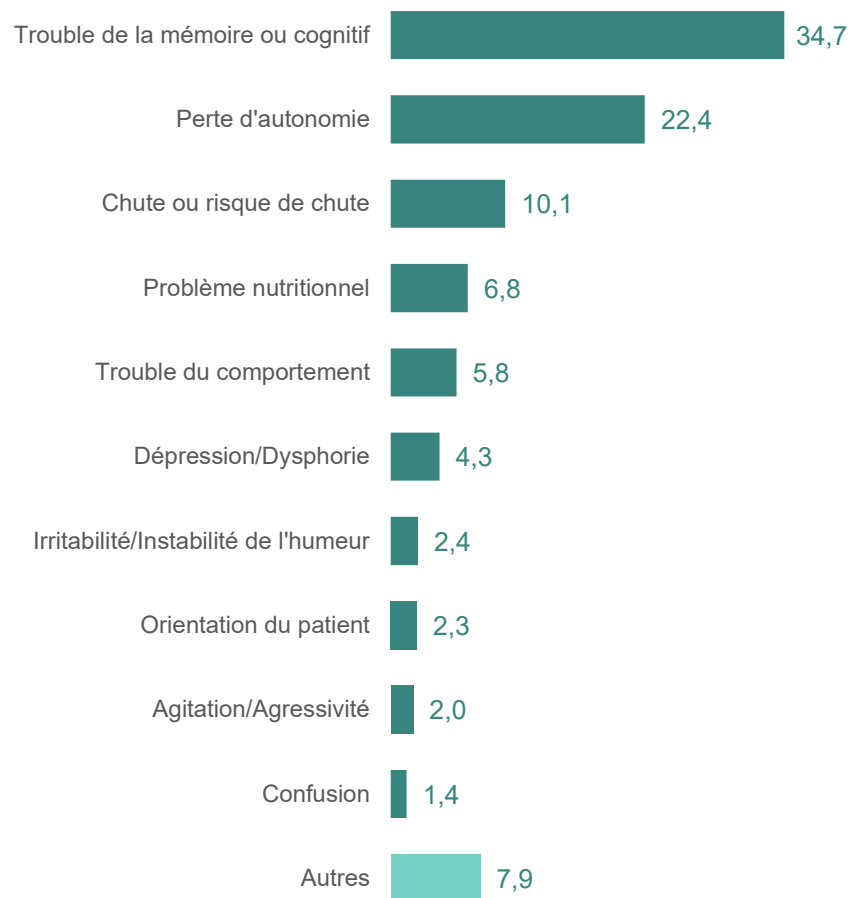
Un peu plus d'un tiers des sollicitations reçues par les Eged ont pour motif principal un trouble de la mémoire ou cognitif (34,7 %) et pour près d'un quart (22,4 %) une perte d'autonomie. Arrive en troisième position, avec une sollicitation sur dix (10,1 %), la chute ou le risque de chute. Les problèmes nutritionnels représentent 6,8 % des motifs principaux, suivis par les troubles du comportement (5,8 %), la dépression ou la dysphorie (4,3 %), l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur (2,4 %), l'orientation du patient (2,3 %), l'agitation ou l'agressivité (2,0 %) et les confusions (1,4 %). Les Eged ont également reçu des sollicitations (entre 0,1 % et 0,9 %) avec pour principal motif : hallucinations, anxiété, une évaluation onco-gériatrique, iatrogénie, question éthique, une évaluation pré-opérationnelle, idées délirantes, apathie ou indifférence et trouble du sommeil. Enfin, pour 3,8 % des sollicitations, le motif était différent (sans précisions).

L'Oise et la Somme recensent moins de 20 % de troubles de la mémoire ou cognitifs comme motif principal de sollicitations (respectivement 17,2 % et 17,9 %) tandis que le Nord en recense 38,3 % (40,0 % pour le TDS du Hainaut et 35,0 % pour celui de Métropole-Flandres) et le Pas-de-Calais 41,4 %. La perte d'autonomie représente de 16,2 % des motifs dans le Pas-de-Calais à 29,7 % dans l'Oise. L'Oise compte 2,3 % de sollicitations avec comme motif principal une chute ou un risque de chute contre 15,8 % dans le Pas-de-Calais (6,7 % dans la Somme et 10,0 % dans le Nord).

Pour 19,3 % des sollicitations, aucun motif secondaire n'a été identifié par les Eged. La perte d'autonomie représente 18,8 % des motifs secondaires de sollicitations, suivie par l'épuisement de l'aidant (11,1 %), les troubles de la mémoire et cognitifs (10,8 %), les chutes ou risques de chute (10,0 %) et les problèmes nutritionnels (9,4 %). L'orientation du patient représente 5,3 % des motifs secondaires, la dépression ou la dysphorie 4,1 %, le trouble du comportement 3,4 %, l'anxiété 1,4 %, l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur 1,3 %, l'agitation ou l'agressivité 1,1 % et la confusion 1,0 %. Avec moins de 1,0 % chacun, les Eged comptent également parmi les motifs secondaires les hallucinations, les questions éthiques, les troubles du sommeil, les idées délirantes, l'iatrogénie, l'apathie ou l'indifférence, la désinhibition, l'exaltation de l'humeur et les comportements moteurs aberrants.

Il est à noter que la part de non-réponse fluctue de façon sensible selon le département. Ainsi, si aucune réponse n'est recensée pour 0,8 % des sollicitations dans l'Oise, cette proportion atteint 39,1 % dans le Nord (28,6 % dans le Pas-de-Calais et 32,8 % dans la Somme).

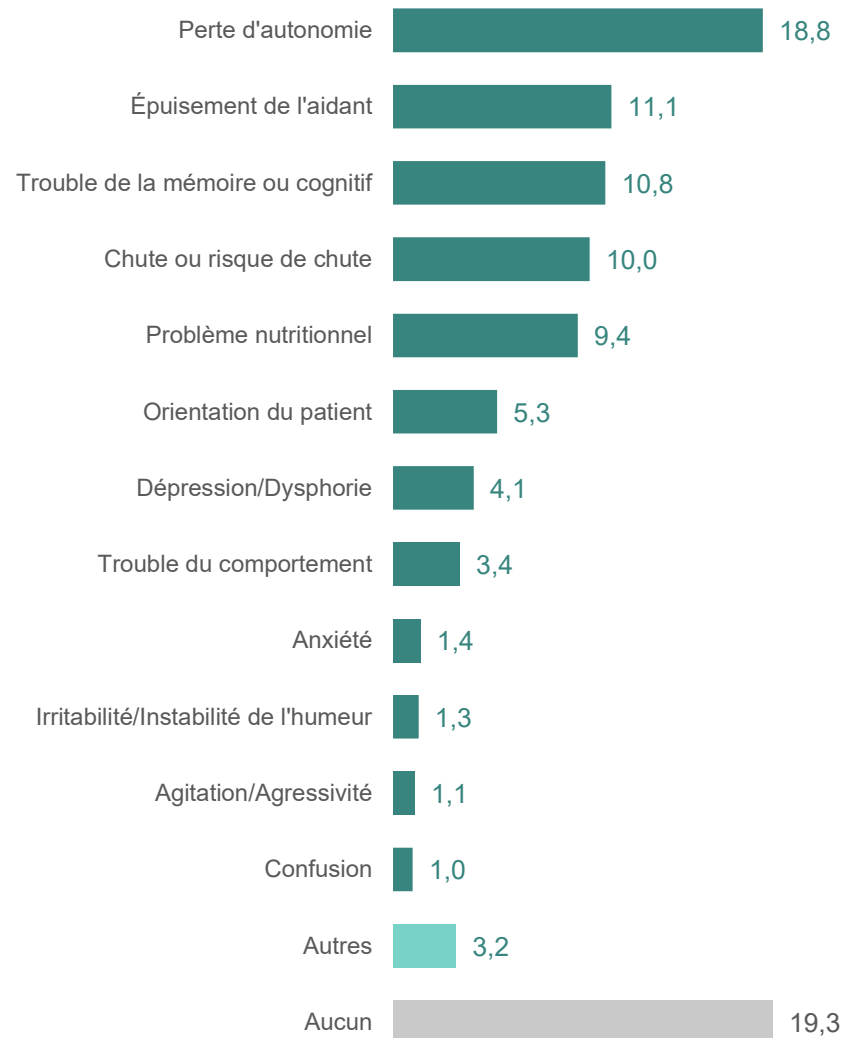
**Répartition des sollicitations Eged
selon le motif principal, en 2024 (en %)**



Non-réponse : 14,0 %.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

**Répartition des sollicitations Eged
selon le motif secondaire, en 2024 (en %)**



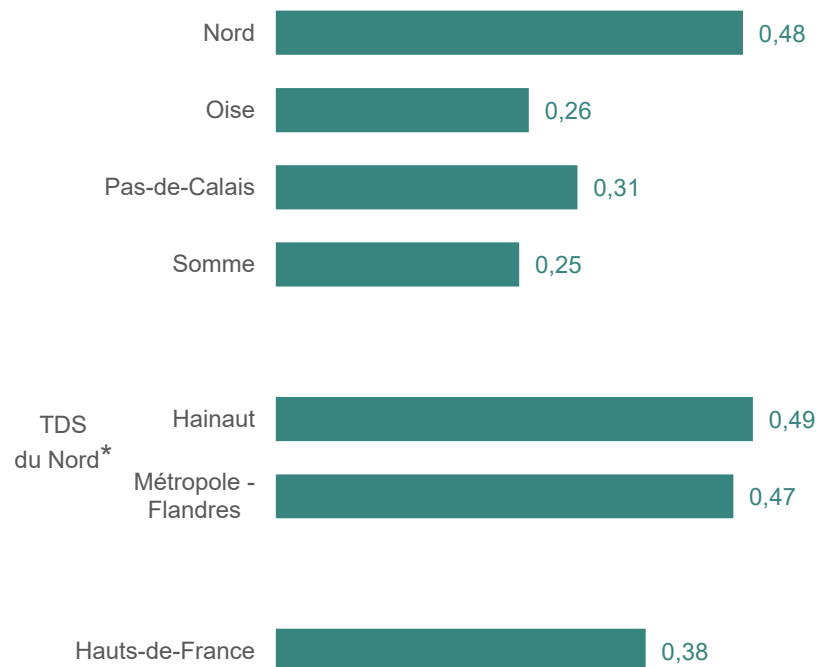
Non-réponse : 33,8 %.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

PROFIL DES PATIENTS

En 2024, les Eged ont rencontré 1 649 patients différents : 1 051 dans le Nord, dont 595 pour le Hainaut et 456 pour Métropole-Flandres, 116 dans l'Oise, 296 dans le Pas-de-Calais et 186 dans la Somme. Cela représente en moyenne 0,4 patient par jour⁷ : 0,3 dans l'Oise, le Pas-de-Calais et la Somme, 0,5 dans les deux territoires de démocratie sanitaire du Nord. Des disparités existent selon les équipes avec une moyenne allant de 0,1 (CH de Calais et CH d'Abbeville) à 0,7 patients par jour (GHICL, CH de Dunkerque, de Le Cateau-Cambrésis, et de Valenciennes).

Nombre moyen de patients rencontrés par jour par les Eged, en 2024



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

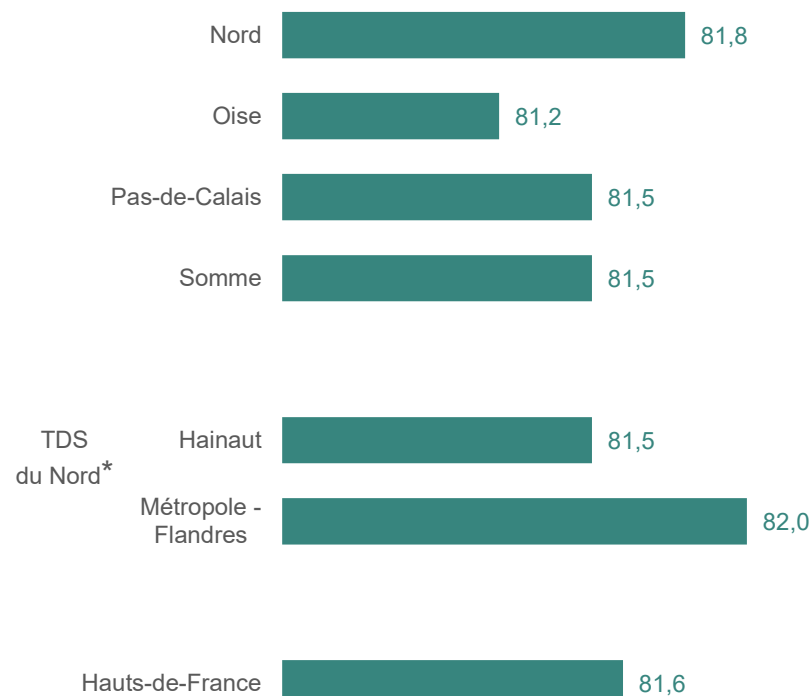
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

⁷ En émettant l'hypothèse que l'Eged est en activité 7j/7 à partir de la date de démarrage.

Âge

La moyenne d'âge régionale des patients rencontrés est de 81,6 ans : 81,8 ans dans le Nord (81,5 pour le Hainaut et 82,0 pour Métropole-Flandres), 81,2 dans l'Oise, 81,5 dans le Pas-de-Calais et 81,5 dans la Somme.

Âge moyen des patients rencontrés par les Eged, en 2024



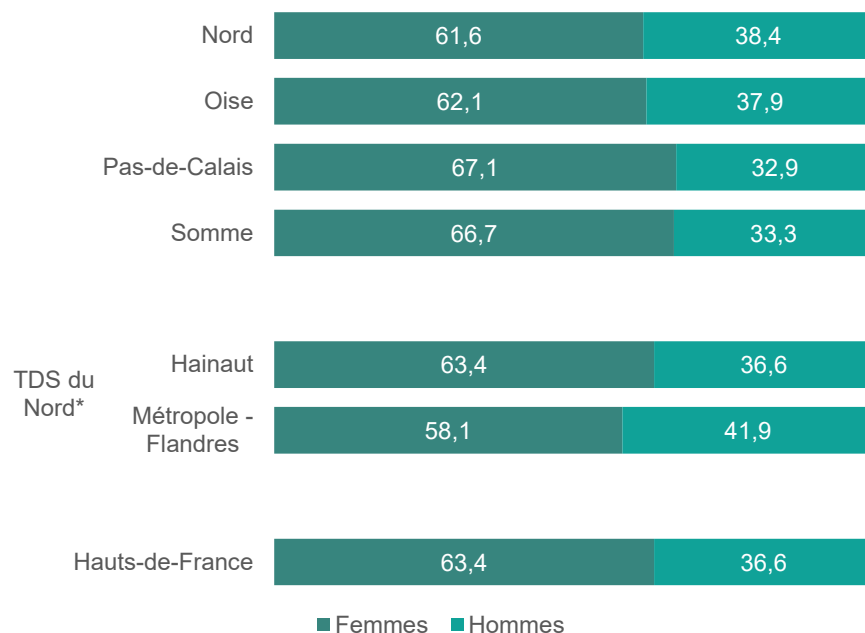
* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Sexe

La majorité des patients rencontrés sont des femmes : 63,4 %. Le Pas-de-Calais et la Somme recensent un peu plus de femmes que les autres départements : respectivement 67,1 % et 66,7 % contre 61,6 % dans le Nord (63,4 % pour le TDS du Hainaut et 58,1 % pour celui de Métropoles-Flandres) et 62,1 % dans l'Oise.

Répartition des patients rencontrés par les Eged selon le sexe, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.
Non-réponse : 9,4 %.

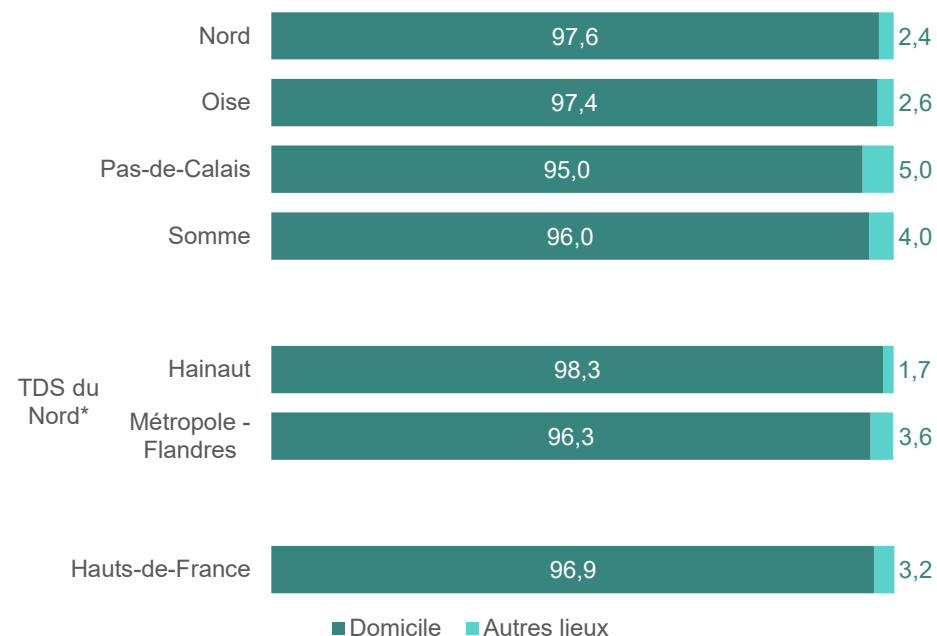
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Lieu de vie

Les patients rencontrés par les Eged vivent pour la quasi-totalité à leur domicile : 96,9 %. Seuls 2,1 % vivent en résidence autonomie et 1,1 % vivent dans un autre lieu, notamment chez un tiers ou dans un établissement d'hébergement social. Pour 5 patients, le lieu de vie n'est pas connu par l'Eged (0,3 %).

La répartition est assez proche pour l'ensemble des départements (cf. graphique ci-dessous).

Répartition des patients rencontrés par les Eged selon le lieu de vie, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.
Non-réponse : 9,8 %.

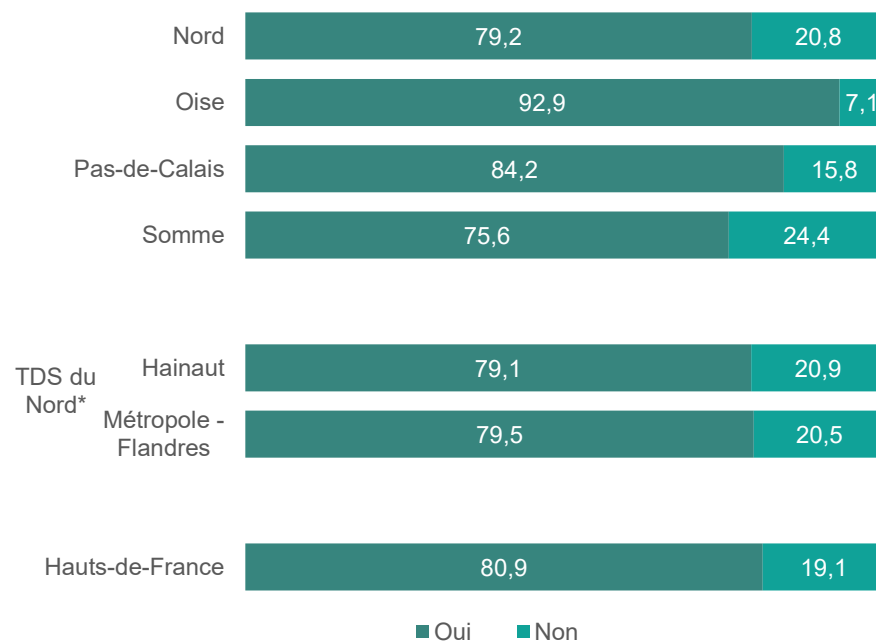
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Présence d'un aidant familial

Quatre patients sur cinq disposent d'un aidant familial (80,9 %) : 79,2 % dans le Nord (79,1 % pour le TDS du Hainaut et 79,5 % pour celui de Métropole-Flandres), 92,9 % dans l'Oise, 84,2 % dans le Pas-de-Calais et 75,6 % dans la Somme.

L'Insee évalue la Part estimée des personnes âgées sans aidant en France : entre 25 % et 35 %, selon les tranches d'âge et les conditions de vie. Ce chiffre est en augmentation avec le vieillissement de la population et la hausse du nombre de personnes âgées vivant seules.

Répartition des patients rencontrés par les Eged selon la présence d'un aidant familial, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Non-réponse : 17,9 %.

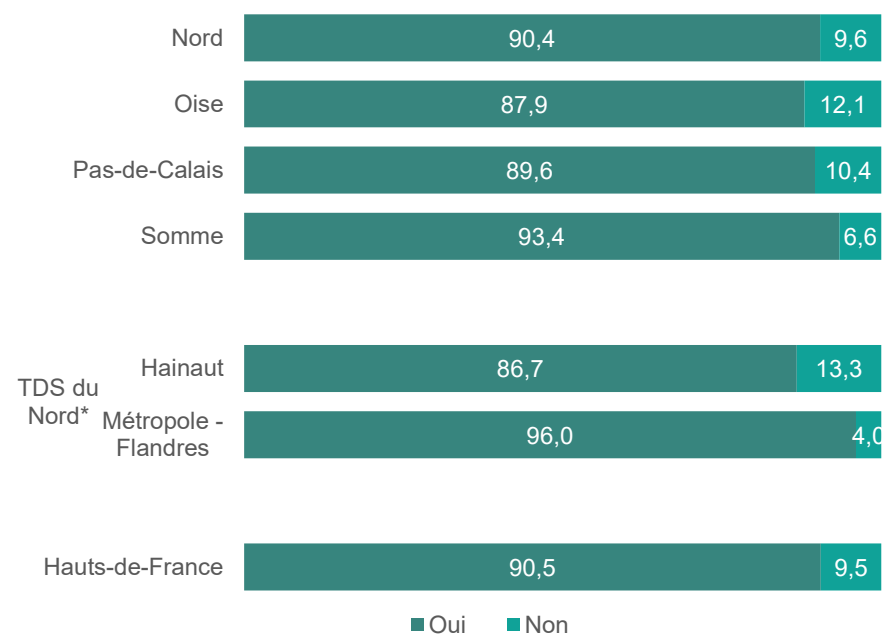
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Suivi par un médecin traitant

Un dixième des patients (9,5 %) n'est pas suivi par un médecin traitant. Cette part est plus élevée dans l'Oise (12,1 %) et le Pas-de-Calais (10,4 %) et moindre dans le TDS de Métropole-Flandres (4,0 %) et pour la Somme (6,6 %).

Ces éléments sont cohérents avec l'enquête 2023 de l'assurance maladie où 8 à 10 % des patients en ALD n'ont pas de médecin traitant déclaré. Ces patients sont souvent plus âgés, en situation de précarité ou avec des pathologies psychiatriques ou chroniques complexes.

Répartition des patients rencontrés par les Eged selon le fait d'être suivis ou non par un médecin traitant, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Non-réponse : 18,5 %.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

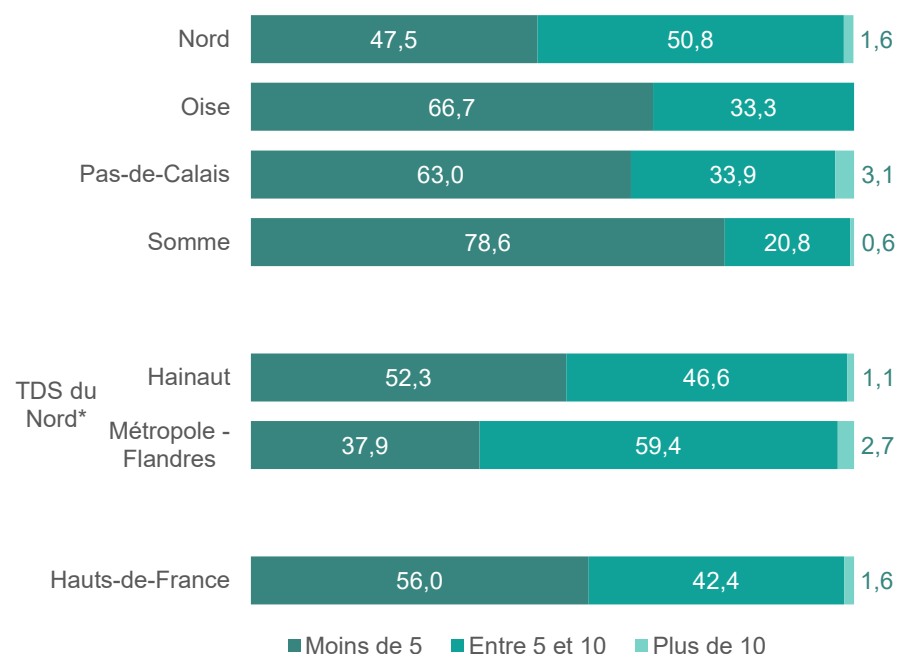
Nombre de maladies chroniques

Un peu plus de la moitié des patients rencontrés ont moins de cinq maladies chroniques (56,0 %), 42,4 % en ont entre cinq et dix et 1,6 % en ont plus de dix.

Le Nord recense davantage de patients avec entre cinq et dix maladies chroniques (50,8 %, 46,6 % pour le TDS du Hainaut et 59,4 % pour celui de Métropole-Flandres). L'Oise et le Pas-de-Calais ont des proportions similaires avec 33,3 % et 33,9 %, la Somme se démarque avec 20,8 %.

D'après les données les plus récentes de l'Assurance Maladie (juillet 2025), les personnes âgées en Hauts-de-France présentent en moyenne entre 2,5 et 3,5 maladies chroniques identifiées par le système national des données de santé (SNDS), selon leur tranche d'âge et leur niveau de dépendance.

Répartition des patients rencontrés par les Eged selon le nombre de maladies chroniques, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.
Non-réponse : 21,4 %.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

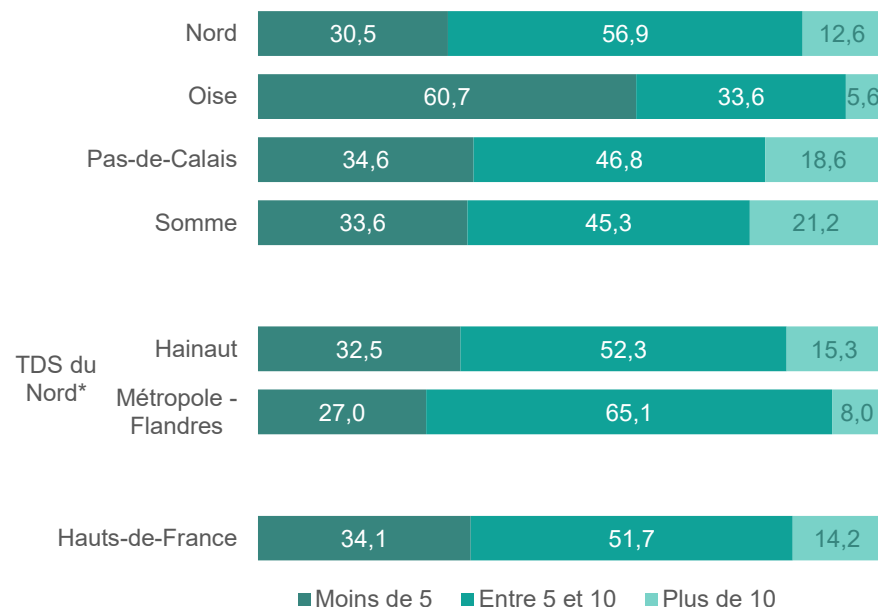
Nombre de molécules dans le traitement habituel

La moitié des patients a entre cinq et dix molécules dans son traitement habituel (51,7 %) et un tiers moins de cinq molécules (34,1 %). Les traitements avec plus de dix molécules concernent 14,2 % des patients rencontrés en 2024.

L'Oise se démarque des autres départements avec 60,7 % de ses patients ayant moins de cinq molécules dans leur traitement contre moins de 35,0 % dans les autres départements. Le Nord recense un peu plus de patients ayant entre cinq et dix molécules dans leur traitement avec 56,9 % (52,3 % pour le TDS du Hainaut et 65,1 % pour celui de Métropole-Flandres).

D'après les données de Santé publique France et de l'Assurance Maladie, les personnes âgées en Hauts-de-France consomment en moyenne entre 5 et 8 molécules différentes de manière chronique, selon leur niveau de fragilité et leur âge.

Répartition des patients rencontrés par les Eged selon le nombre de molécules dans le traitement habituel, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.
Non-réponse : 20,7 %.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

L'évaluation gériatrique standardisée : les scores des différentes échelles ADL-Gir-GDS-MNA-MMS

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) comporte différentes passations d'échelles dont les scores servent à objectiver l'état de santé global d'une personne âgée, en évaluant plusieurs dimensions de sa vie quotidienne, médicale, psychologique et sociale. Ces scores permettent de guider les décisions cliniques, d'anticiper les risques et de personnaliser les plans de soins.

Objectifs des scores en EGS :

1. Identifier les fragilités : repérer les domaines où la personne est vulnérable (mobilité, cognition, nutrition...) ;
2. Évaluer la perte d'autonomie : mesurer l'impact des troubles sur la vie quotidienne ;
3. Prévenir les complications : chutes, hospitalisations, iatrogénie, isolement ;
4. Adapter les interventions : soins, rééducation, aides à domicile, orientation en structure.

INFORMATIONS/PRECISIONS

ADL : L'évaluation des activités de la vie quotidienne, ou *Activities of Daily Living*, permet de savoir si une personne a besoin d'aide humaine dans les gestes de base de la vie quotidienne

Gir : La grille Aggir est utilisée pour évaluer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. À l'issue de l'évaluation, la personne âgée est classée dans 1 des 6 Gir possibles. En fonction de son Gir, elle peut ou non percevoir l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa).

GDS : L'échelle de dépression gériatrique, ou *Geriatric Depression Scale*, a été conçue pour rechercher les symptômes dépressifs chez les sujets âgés.

MNA : Le *Mini Nutritional Assessment* est un outil d'évaluation permettant d'identifier les personnes âgées dénutries ou présentant un risque de dénutrition.

MMS : Le *mini-mental state* est un test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique d'une personne. Le mini mental test est employé à visée d'orientation diagnostique devant une suspicion de démence.

La moyenne des scores ADL des patients au moment de l'évaluation (renseigné par 15 Eged) est de 3,6 : de 2,2 dans l'Oise à 4,1 dans le Pas-de-Calais.

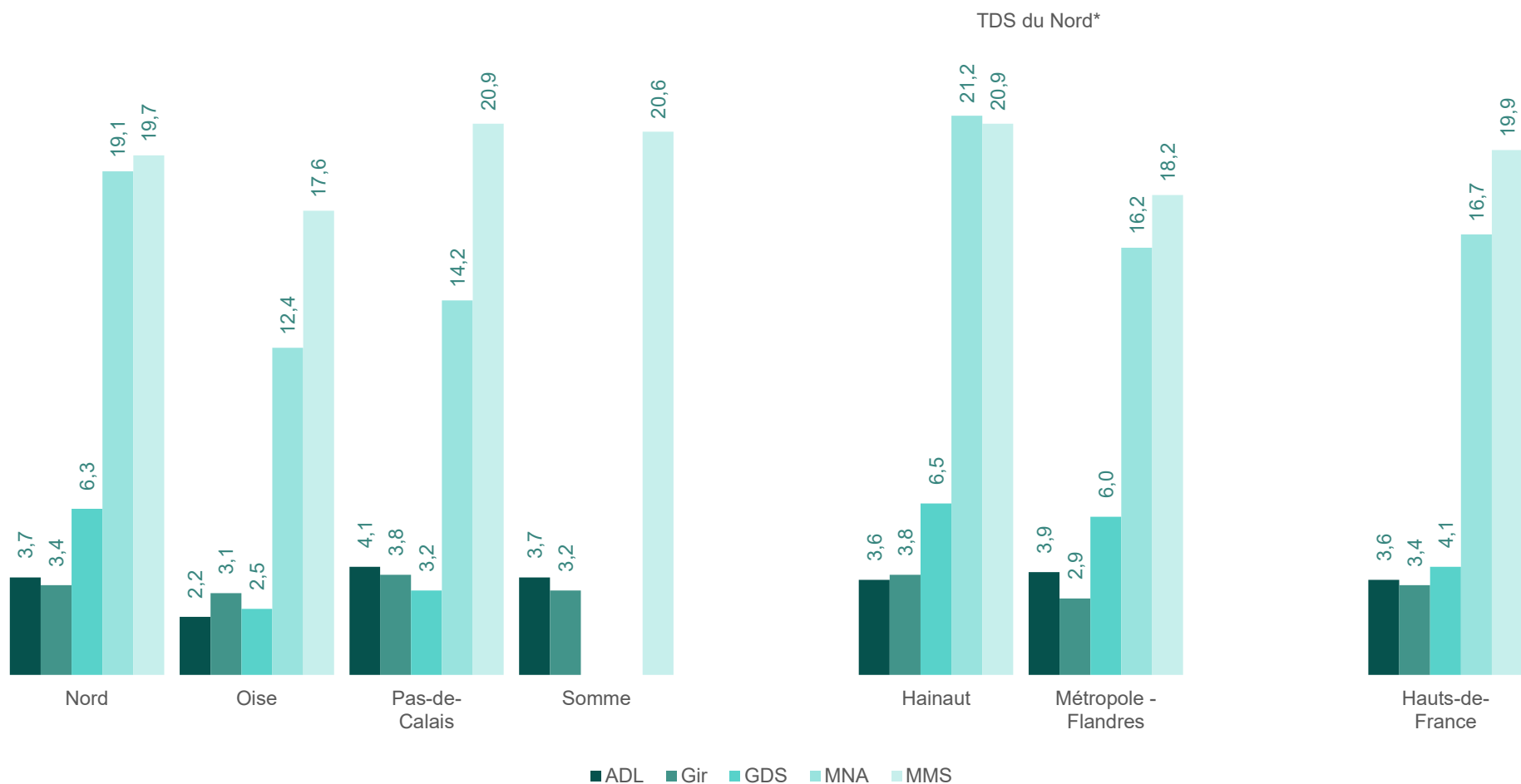
La moyenne des scores Gir (renseignés par 13 Eged) est de 3,4 : de 3,1 dans l'Oise à 3,8 dans le Pas-de-Calais.

La moyenne des scores GDS (renseignés par 9 Eged) est de 4,1 : de 2,5 dans l'Oise à 6,3 dans le Nord (6,5 pour le TDS du Hainaut et 6,0 pour celui de Métropole-Flandres).

La moyenne des scores MNA (renseignés par 12 Eged) est 16,7 : de 12,4 dans l'Oise à 19,1 dans le Nord (21,1 pour le TDS du Hainaut et 16,2 pour celui de Métropole-Flandres).

La moyenne du score MMS (renseigné par 15 Eged) est de 19,9 : de 17,6 dans l'Oise à 20,9 dans le Pas-de-Calais.

Moyenne des scores des échelles ADL, Gir, GDS, MNA et MMS réalisées par les Eged, en 2024



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Non-réponse : 6,3 % pour ADL, 18,8 % pour Gir, 43,8 % pour GDS, 25,0 % pour MNA et 6,3 % pour MMS.

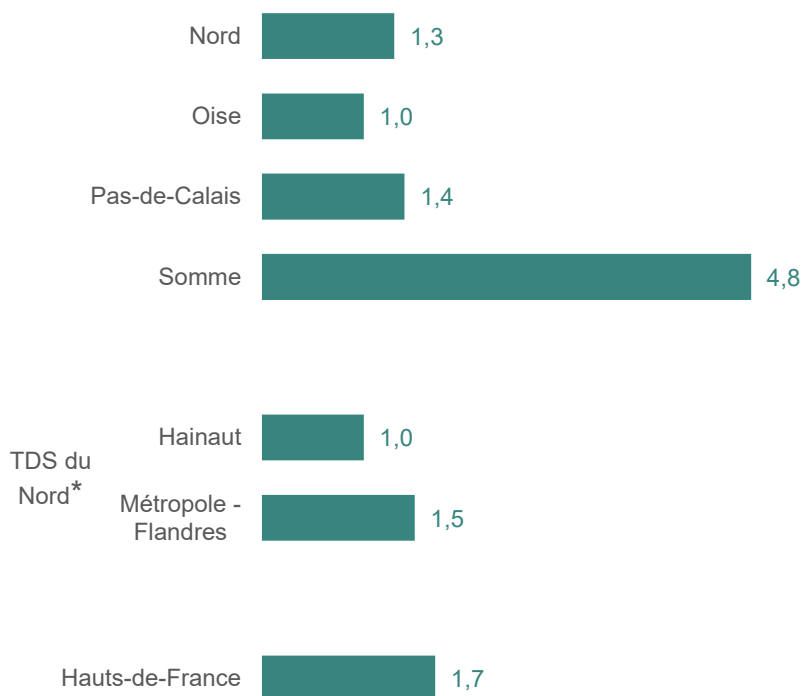
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

INTERVENTIONS DES EGED

En 2024, les 16 Eged ont réalisé 2 469 interventions : 1 377 dans le Nord (dont 610 pour le TDS du Hainaut et 767 pour celui de Métropole-Flandres), 136 dans l'Oise, 452 dans le Pas-de-Calais et 504 dans la Somme.

Cela représente 1,7 intervention par patient 1,3 dans le Nord (1,0 pour le TDS du Hainaut et 1,5 pour celui de Métropole-Flandres), 1,0 dans l'Oise, 1,4 dans le Pas-de-Calais et 4,8 dans la Somme.

Nombre moyen d'interventions par patient rencontré par les Eged, en 2024



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.
Non-réponse : 20,4 %.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

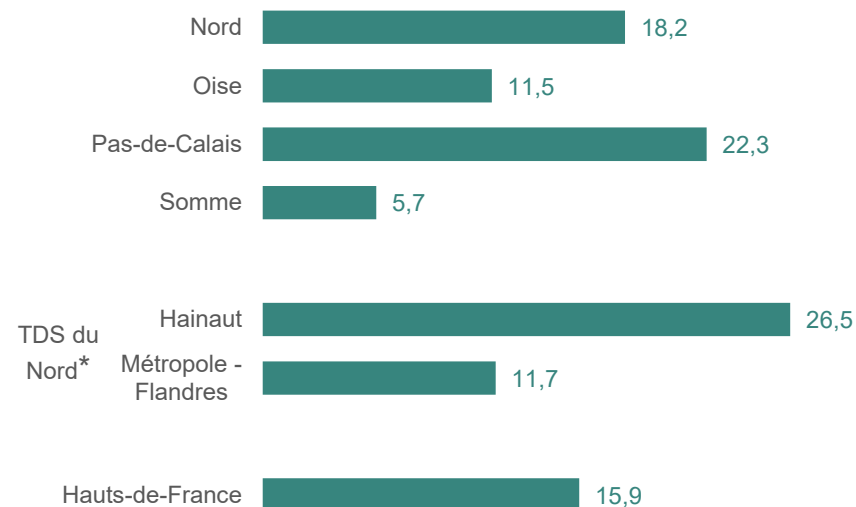
DÉLAIS

Entre la sollicitation et la première intervention de l'Eged

Au niveau régional le délai moyen entre la sollicitation et la première intervention de l'Eged est de 15,9 jours. Ce délai varie sensiblement selon les territoires. La Somme, l'Oise et le TDS de Métropole-Flandres recensent les délais les plus faibles avec respectivement 5,7 jours, 11,5 jours et 11,7 jours. Le TDS du Hainaut présente le délai le plus long avec 26,5 jours, suivi par le Pas-de-Calais avec 22,3 jours.

De grandes disparités sont visibles selon les équipes : entre 1,5 jour (CH de Calais) et 33,2 jours (CH de Valenciennes). Sur les 15 Eged ayant renseigné l'information, 8 présente un délai inférieur à 10 jours, 3 entre 10 et 20 jours et 4 un délai de plus de 20 jours.

Délai moyen entre la sollicitation et la première intervention des Eged, en 2024 (en jours)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.
Non-réponse : 6,3 %.

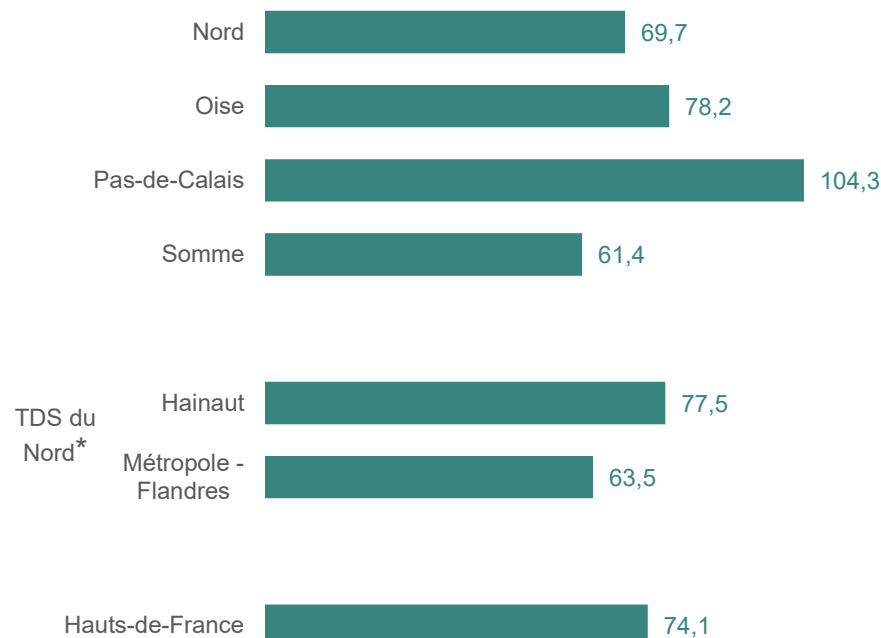
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Entre la demande d'intervention et la fin d'intervention

En 2024, le délai moyen entre la demande d'intervention et la fin d'intervention est de 74,1 jours dans les Hauts-de-France. Ce délai est le plus faible dans la Somme et dans le TDS de Métropole-Flandres : respectivement 61,4 et 63,5 jours. Il est proche dans l'Oise et le TDS du Hainaut : 78,2 jours et 77,5 jours. Le Pas-de-Calais présente le délai le plus important avec 104,3 jours.

De grandes disparités existent selon les équipes. Le délai varie entre 18,3 jours (CHICN) et 127,2 jours (CH Béthune-Beuvry). Sur les 15 équipes ayant renseigné l'information, 3 recensent un délai inférieur à 20 jours, 5 entre 46,0 et 61,4 jours et 6 entre 73,2 et 84,8 jours.

Délai moyen entre la demande et la fin d'intervention des Eged, en 2024 (en jours)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.
Non-réponse : 6,3 %.

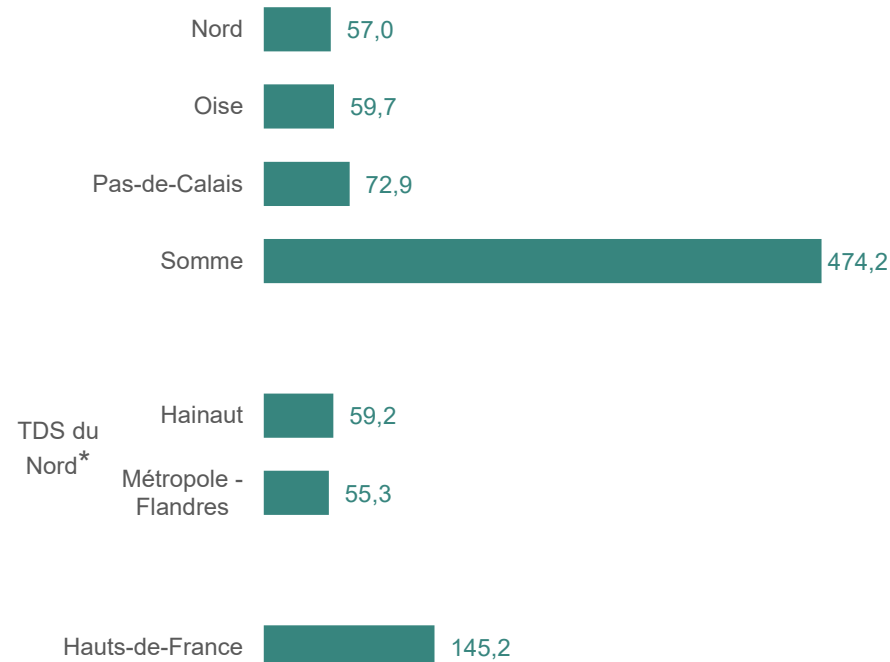
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Durée moyenne d'intervention

La durée moyenne d'intervention s'élève à 145,2 jours dans la région. La Somme se démarque des autres départements avec une durée moyenne de 474,2 jours contre moins de 73,0 jours sur le reste du territoire. Le Nord présente une moyenne de 57,0 jours (59,2 jours pour le Hainaut et 55,3 jours pour Métropole-Flandres), l'Oise de 59,7 jours et le Pas-de-Calais de 72,9 jours.

Cette durée est très variable selon les Eged : de 5,7 jours (CHRSO) à 474,2 jours (2 Eged de la Somme). Parmi l'ensemble des équipes, 4 présentent une durée moyenne inférieure à 20 jours, 4 entre 43,0 et 52,8 jours, 3 entre 60,0 et 64,5 jours, 3 entre 78,9 et 104,9 jours et 2 équipes recense une durée de 474,2 jours en moyenne.

Durée moyenne d'intervention des Eged, en 2024 (en jours)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

INTERVENANTS PLURIDISCIPLINAIRES

INSTRUCTION

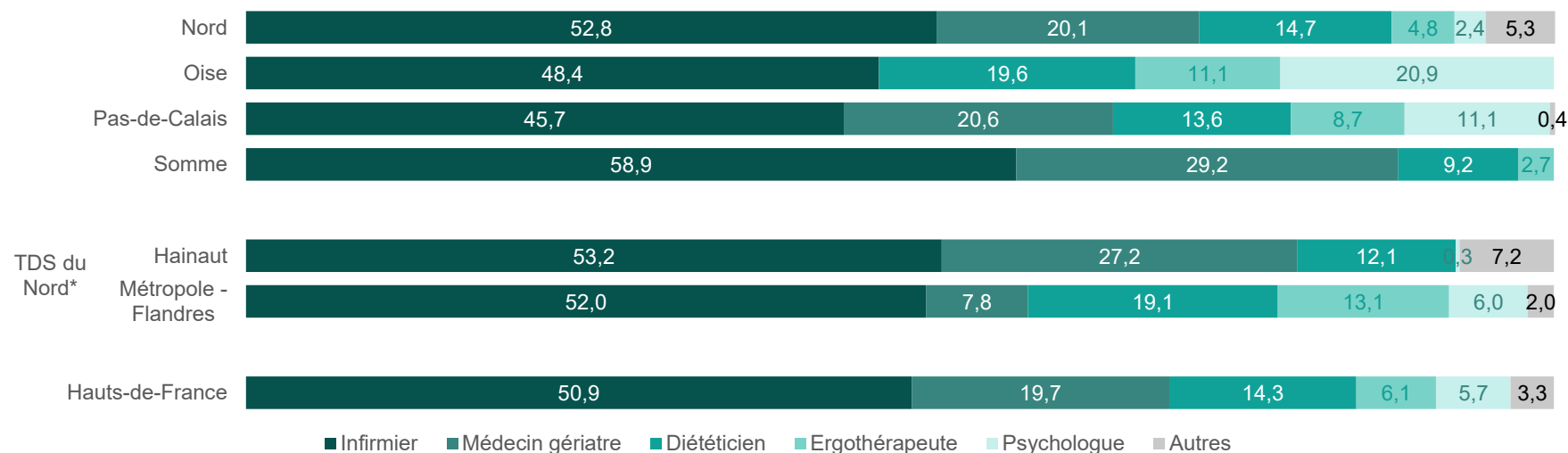
DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées.

La composition de l'EMG a vocation à être pluriprofessionnelle afin de proposer une démarche globale somatique et psychique. À minima, elle comporte un binôme composé de compétences de gériatre et d'infirmier. De manière spécifique, un autre professionnel pourra composer ce binôme avec le gériatre. Il est recommandé que les EMG puissent faire appel à des compétences en psychiatrie/psychologie, en ergothérapie, voire à une compétence pharmaceutique internalisée ou avec des partenaires. Un temps de secrétariat est prévu, qui peut être mutualisé avec celui de l'équipe intra-hospitalière. Elles doivent pouvoir s'appuyer sur une ressource d'assistante sociale du service ou de l'hôpital.

Les professionnels des Eged programment leurs interventions auprès des personnes selon les besoins repérés. Les infirmiers sont intervenus sur la moitié des interventions en 2024 (50,9 %), les médecins gériatres sur un cinquième (19,7 %) et les diététiciens sur un septième (14,3 %). Pour 5,7 % des interventions, un psychologue est intervenu, pour 6,1 % un ergothérapeute, pour 0,3 % un psychiatre ou psychogériatre et pour 0,2 % un assistant social. Un autre professionnel est intervenu sur 2,7 % des interventions.

Quelques disparités existent entre les territoires (cf. graphique ci-dessous). Si aucun médecin gériatre n'est intervenu dans l'Oise, ils sont plus de 20 % à être intervenus dans les autres départements. Dans la Somme, aucun psychologue n'est intervenu tandis qu'ils sont 2,4 % dans le Nord, 11,1 % dans le Pas-de-Calais et 20,9 % dans l'Oise.

Répartition des interventions des Eged selon l'intervenant, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

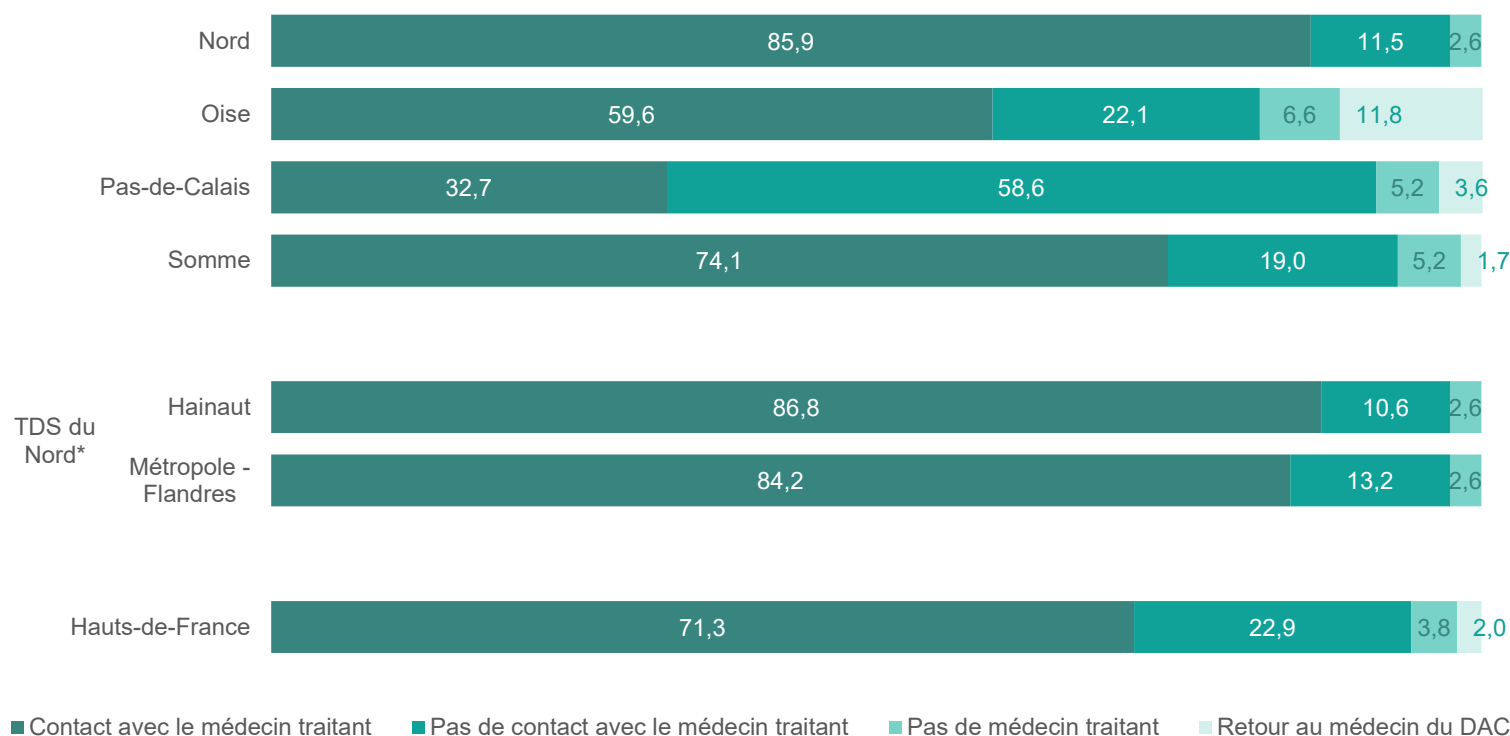
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

CONTACT AVEC LE MÉDECIN TRAITANT

Parmi les 1 508 interventions pour lesquelles l'information est connue, 71,3 % ont donné lieu à un contact avec le médecin traitant et 22,9 % n'ont donné lieu à aucun contact avec ce dernier. Dans 2,0 % des cas, l'intervention a donné lieu à un retour au médecin du DAC. Enfin, 3,8 % des interventions concernent des patients n'ayant pas de médecin traitant.

Le Pas-de-Calais recense moins de contact avec le médecin traitant : 32,7 % contre plus de 59,0 % dans les autres territoires. L'Oise a réalisé plus de retours au médecin du DAC : 11,8 % contre moins de 4,0 % ailleurs (0,0 % dans le Nord).

Répartition des interventions des Eged ayant donné lieu à un contact avec le médecin traitant ou non, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.
Non-réponse : 39,1 %.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

CONTRIBUTIONS DE L'INTERVENTION

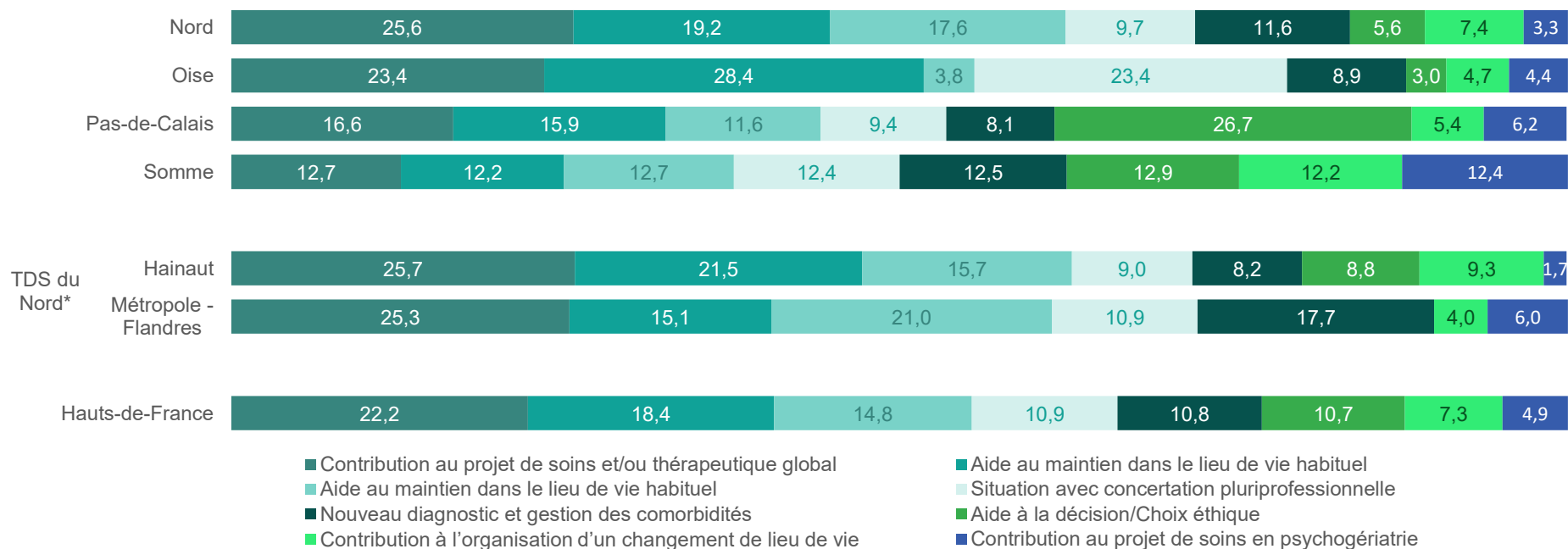
En 2024, les interventions ont permis dans 22,2 % des cas de contribuer au projet de soins et/ou thérapeutique global, dans 18,4 % des cas d'aider au maintien dans le lieu habituel et dans 14,8 % des cas de lutter contre l'iatrogénie.

À part égale, les interventions ont donné lieu à une situation avec concertation pluriprofessionnelle (10,9 %), une aide à la décision (10,8 %) et un nouveau diagnostic et à la gestion des comorbidités (10,7 %).

Enfin, les interventions ont permis de contribuer à l'organisation d'un changement de lieu de vie dans 7,3 % des cas et de contribuer au projet de soins en psychogériatrie dans 4,9 % des cas.

Les nouveaux diagnostics et la gestion des comorbidités concernent davantage les interventions du Pas-de-Calais avec 26,7 % contre moins de 13,0 % dans les autres territoires. L'Oise compte plus de situations avec concertation pluriprofessionnelle, avec 23,4 % contre moins de 12,5 % dans les autres territoires, et d'aide au maintien dans le lieu de vie habituel, avec 58,4 % contre moins de 18,5 % ailleurs. Les interventions ayant permis de contribuer au projet de soins et/ou thérapeutique global sont proportionnellement plus nombreuses dans l'Oise et les deux TDS du Nord : 23,4 % dans l'Oise, 25,7 % pour le Hainaut et 25,3 % pour Métropole-Flandres, contre 16,6 % dans le Pas-de-Calais et 12,7 % dans la Somme.

Répartition des contributions des interventions des Eged, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

ORIENTATIONS

VERS UNE HOSPITALISATION

Orientations recommandées

En 2024, les Eged ont recommandé 87 orientations vers une hospitalisation : 36 dans le Nord, dont 28 dans le Hainaut et 8 dans le territoire de Métropole-Flandres, 21 dans l'Oise, 20 dans le Pas-de-Calais et 10 dans la Somme.

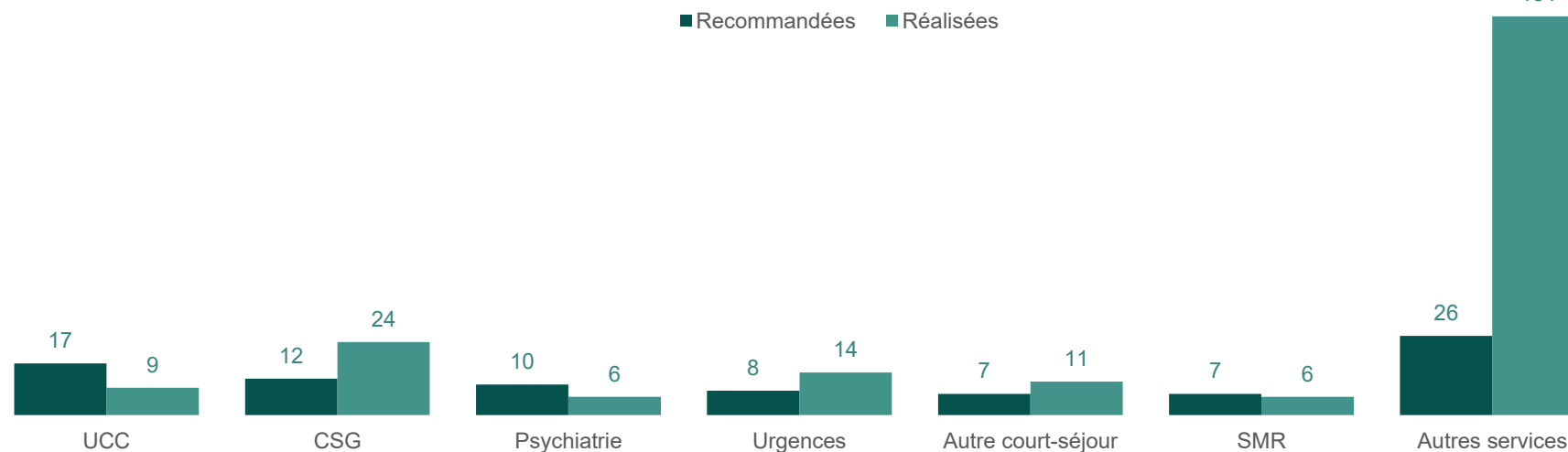
Parmi ces 87 orientations, 19,5 % étaient dirigées vers une unité cognitivo-comportementale (UCC), 13,8 % vers un court séjour gériatrique (CSG), 11,5 % vers un service de psychiatrie, 9,2 % vers les urgences, 8,0 % vers un autre court-séjour, 8,0 % également vers les soins médicaux et de réadaptation (SMR) et 5,7 % vers une unité de soins longue durée (USLD). Enfin, 24,1 % des orientations ont été recommandées vers un autre service hospitalier.

Orientations réalisées

En 2024, les Eged ont réalisé 201 orientations vers une hospitalisation : 37 dans le Nord, dont 30 dans le Hainaut et 7 dans le territoire de Métropole-Flandres, 122 dans l'Oise, 17 dans le Pas-de-Calais et 25 dans la Somme.

Parmi ces 201 orientations, 11,9 % ont été réalisées vers un court séjour gériatrique, 7,0 % vers les urgences, 5,5 % vers un autre court-séjour, 4,5 % vers une unité cognitivo-comportementale, 3,0 % vers les soins médicaux et de réadaptation et 3,0 % vers un service de psychiatrie. Enfin, la majorité des orientations ont été réalisées vers un autre service hospitalier (65,2 %). Seize orientations vers une hospitalisation, soit 8,0 % des orientations réalisées, ont nécessité un passage aux urgences.

Nombre d'orientations des Eged vers une hospitalisation, en 2024



Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

VERS DES SOLUTIONS AMBULATOIRES

Orientations recommandées

En 2024, les Eged ont recommandé 531 orientations vers une filière gériatrique ambulatoire : 356 dans le Nord, dont 283 dans le Hainaut et 73 dans le territoire de Métropole-Flandres, 31 dans l'Oise, 127 dans le Pas-de-Calais et 17 dans la Somme.

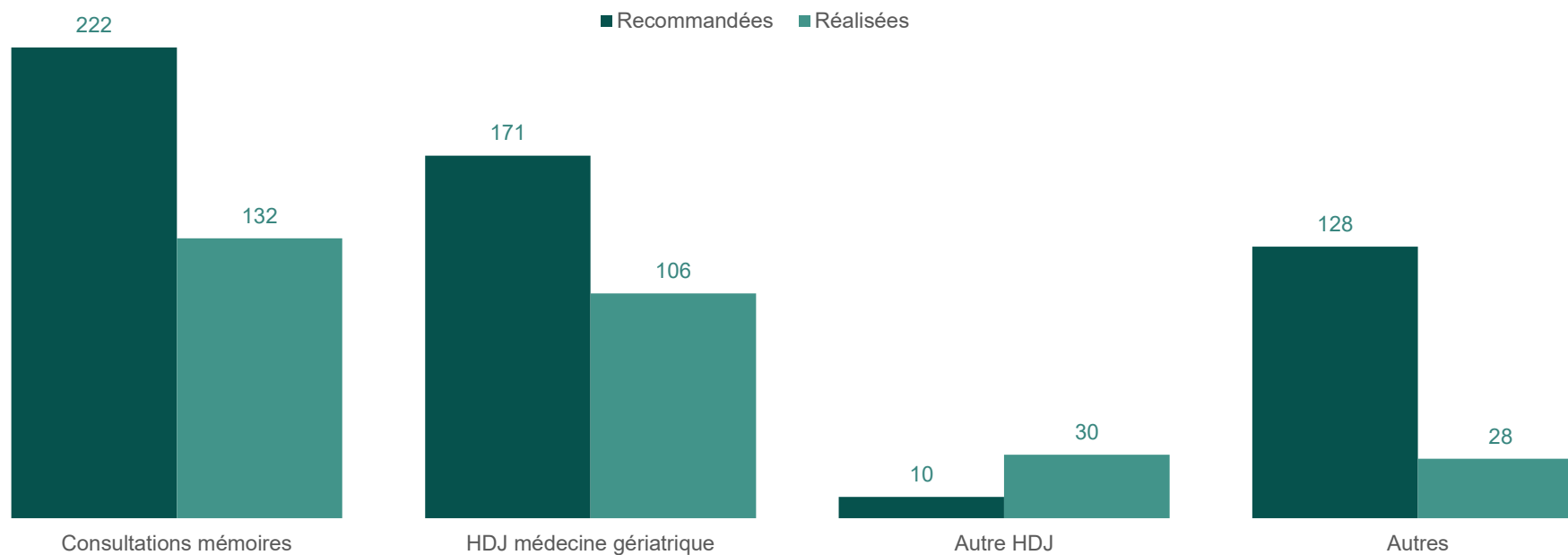
Parmi ces 531 orientations, 41,8 % étaient dirigées vers une consultation mémoire et 32,2 % vers un hôpital de jour en médecine gériatrique. Enfin, 1,9 % ont été recommandées vers un autre hôpital de jour (HDJ), 0,6 % vers une hospitalisation à domicile (HAD) et 23,5 % vers une autre consultation ou exploration.

Orientations réalisées

En 2024, les Eged ont réalisé 296 orientations vers une filière gériatrique ambulatoire : 188 dans le Nord, dont 151 dans le Hainaut et 37 dans le territoire de Métropole-Flandres, 15 dans l'Oise, 83 dans le Pas-de-Calais et 10 dans la Somme.

Parmi ces 296 orientations, 35,8 % ont été réalisées vers un hôpital de jour en médecine gériatrique, 44,6 % vers une consultation mémoire, 10,1 % vers un autre hôpital de jour, 6,1 % vers un accueil de jour et 3,4 % vers un centre médico-psychologique (CMP).

Nombre d'orientations des Eged vers des solutions ambulatoires, en 2024



Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

INTERVENTION DU DISPOSITIF ADNP

En 2024, parmi les 427 orientations réalisées vers une hospitalisation ou des solutions ambulatoires, 26 ont mobilisé l'intervention du dispositif d'admissions directes non programmées (ADNP), soit 6,1 %.

VERS UN RETOUR OU UN MAINTIEN À DOMICILE

Orientations recommandées

En 2024, les Eged ont recommandé 1 118 orientations vers un retour ou un maintien à domicile : 719 dans le Nord, dont 498 dans le Hainaut et 221 dans le territoire de Métropole-Flandres, 68 dans l'Oise, 194 dans le Pas-de-Calais et 137 dans la Somme.

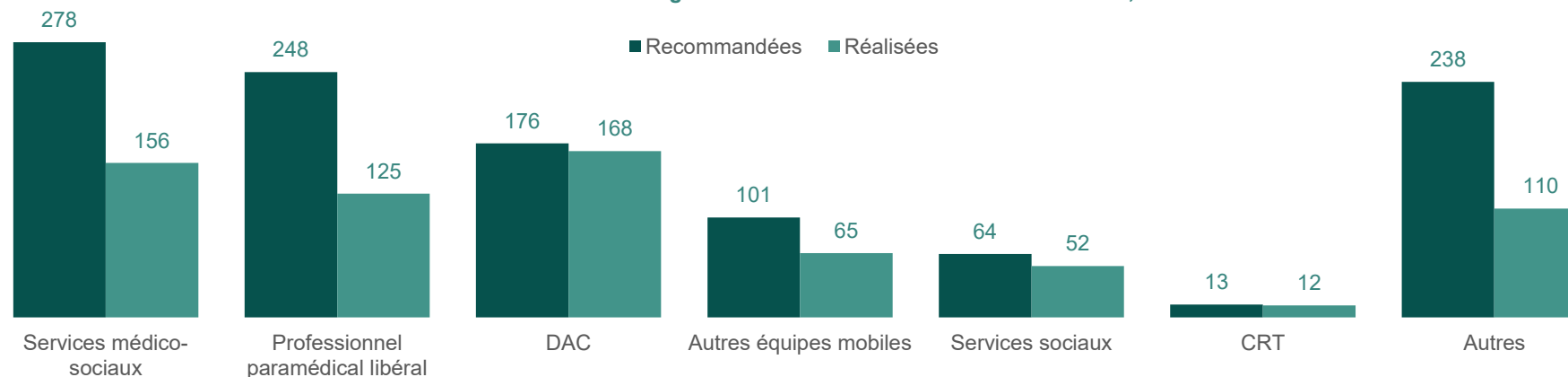
Parmi ces 1 118 orientations, 24,9 % étaient dirigées vers des services médico-sociaux, 22,2 % vers un professionnel paramédical libéral et 15,7 % vers un dispositif d'appui à la coordination (DAC), 9,0 % vers d'autres équipes mobiles. Enfin, 5,7 % ont été recommandées vers des services sociaux, 5,5 % vers des plateformes de répit et d'accompagnement (PFR), 1,2 % vers des centres de ressources territoriaux et 15,7 % vers d'autres services pour le maintien à domicile.

Orientations réalisées

En 2024, les Eged ont réalisé 688 orientations vers un retour ou un maintien à domicile : 377 dans le Nord, dont 317 dans le Hainaut et 60 dans le territoire de Métropole-Flandres, 60 dans l'Oise, 152 dans le Pas-de-Calais et 99 dans la Somme.

Parmi ces 688 orientations, 24,4 % ont été réalisées vers dispositif d'appui à la coordination, 22,7 % vers des services médico-sociaux, 18,2 % vers un professionnel paramédical libéral, 9,4 % vers d'autres équipes mobiles, 7,6 % vers des services sociaux, 1,7 % vers des centres de ressources territoriaux et 16,0 % vers d'autres services pour le maintien à domicile.

Nombre d'orientations des Eged vers un retour ou un maintien à domicile, en 2024



Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

VERS UN HÉBERGEMENT COLLECTIF

Orientations recommandées

En 2024, les Eged ont recommandé 232 orientations vers un hébergement : 119 dans le Nord, dont 62 dans le Hainaut et 57 dans le territoire de Métropole-Flandres, 22 dans l'Oise, 58 dans le Pas-de-Calais et 33 dans la Somme.

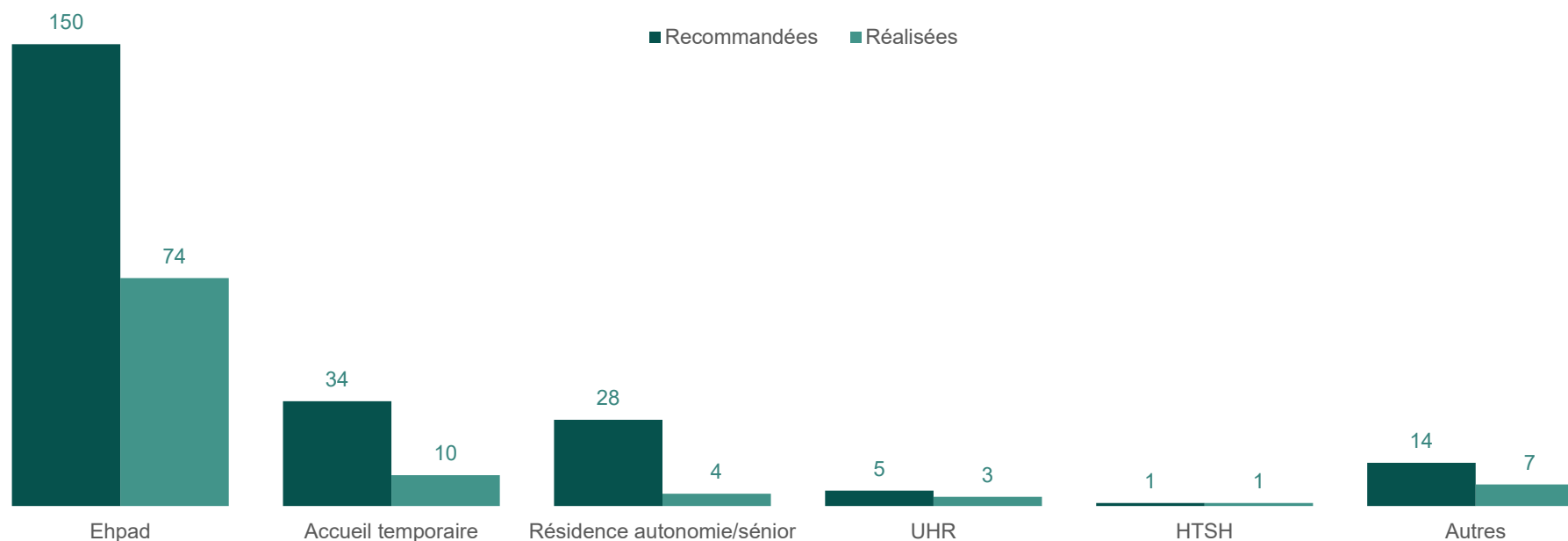
Parmi ces 232 orientations, 64,7 % étaient dirigées vers un Ehpad, 14,7 % vers un accueil temporaire et 12,1 % vers une résidence autonomie ou une résidence senior. Enfin, 2,2 % ont été recommandées vers une unité d'hébergement renforcée (UHR), 0,4 % vers un hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) et 6,0 % vers d'autres hébergements.

Orientations réalisées

En 2024, les Eged ont réalisé 99 orientations vers un hébergement : 41 dans le Nord, dont 34 dans le Hainaut et 7 dans le territoire de Métropole-Flandres, 15 dans l'Oise, 18 dans le Pas-de-Calais et 25 dans la Somme.

Parmi ces 99 orientations, 74,7 % ont été réalisées vers un Ehpad, 10,1 % vers un accueil temporaire, 3,0 % vers une unité d'hébergement renforcée, 4,0 % vers une résidence autonomie ou résidence senior, 1,0 % vers un hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation et 7,1 % vers d'autres hébergements.

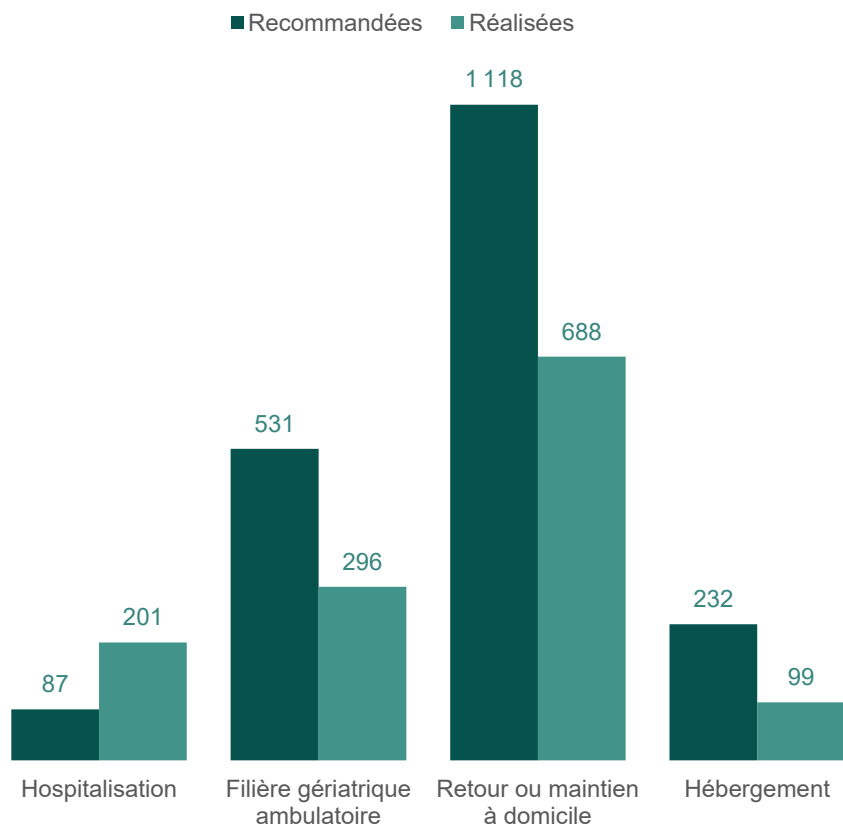
Nombre d'orientations des Eged vers un hébergement collectif, en 2024



Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

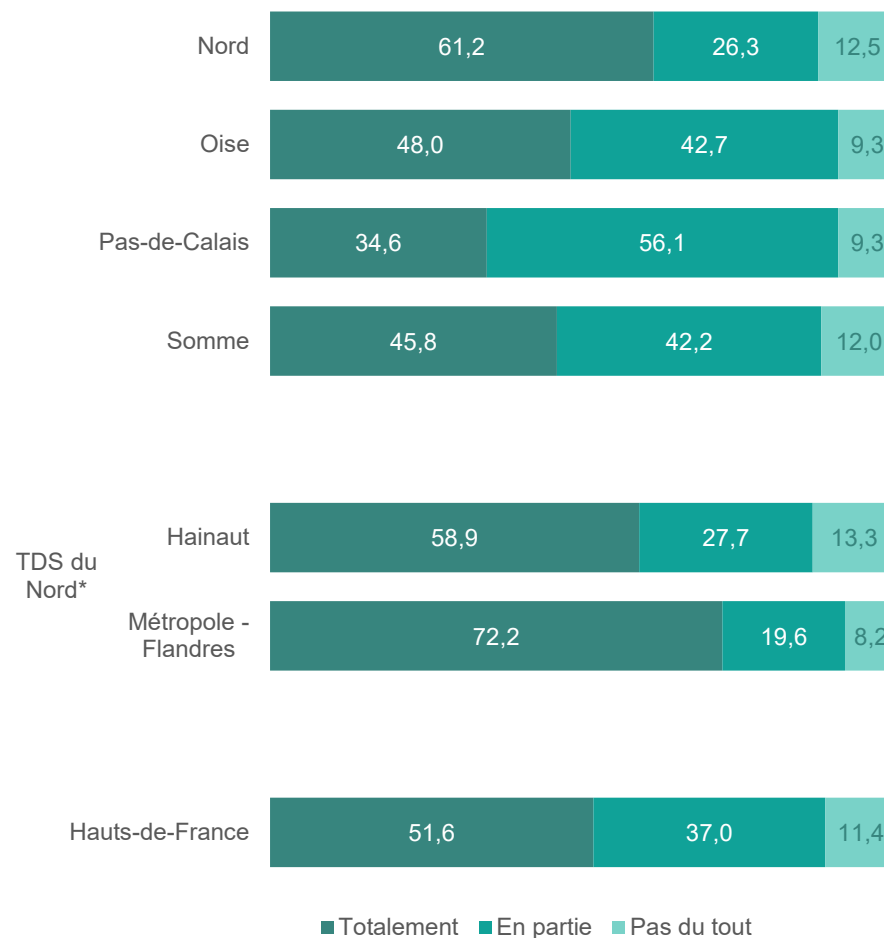
SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Nombre d'orientations des Eged recommandées et réalisées, en 2024



Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Répartition des orientations des Eged selon le suivi des recommandations, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

PERSONNEL

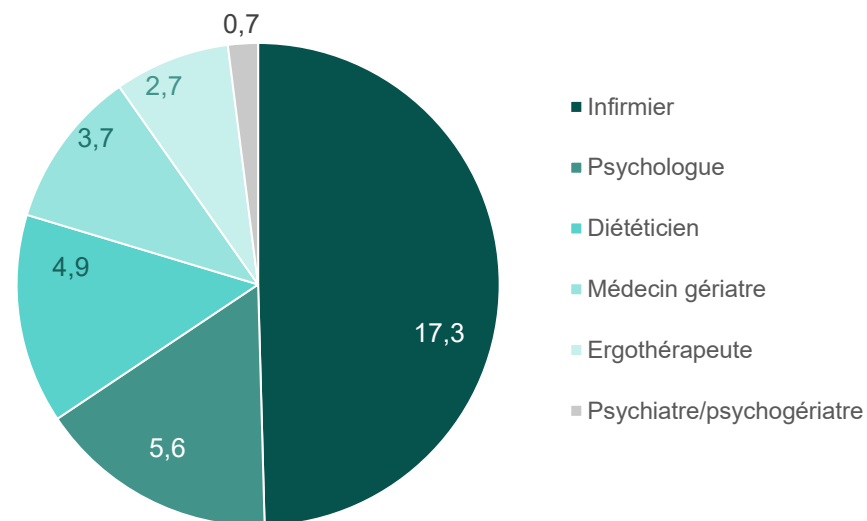
En 2024, les 16 Eged cumulent un effectif de 34,8 ETP : 5,6 ETP dans le TDS du Hainaut (4 Eged), 10,9 dans le TDS de Métropole-Flandres (4 Eged), 6,7 dans l'Oise (2 Eged), 7,9 dans le Pas-de-Calais (4 Eged) et 3,7 dans la Somme (2 Eged).

Les 34,8 ETP se répartissent ainsi :

- 17,3 ETP d'infirmier ;
- 5,6 ETP de psychologue ;
- 4,9 ETP de diététicien ;
- 3,7 ETP de médecin gériatre ;
- 2,7 ETP d'ergothérapeute ;
- 0,7 ETP de psychiatre ou psychogériatre.

L'ensemble des Eged des Hauts-de-France disposent d'infirmier(s) et de médecin(s) gériatre(s). Treize équipes disposent d'au moins un diététicien, onze d'un ergothérapeute, huit d'un psychologue et sept d'un psychiatre ou d'un psychogériatre.

Répartition des ETP des Eged, en 2024 (en %)



Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

PARCOURS DE PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE « IATROPREV »

Une expérimentation d'innovation en santé « Article 51 »

Les personnes âgées sont les plus exposées au risque iatrogène du fait d'une polypathologie et d'une polymédication fréquentes ; les patients âgés présentant des syndromes gériatriques (comme une dénutrition, des chutes, une démence) ont un risque encore accru d'événement iatrogène. Cependant, le risque iatrogène n'est pas uniquement lié aux caractéristiques des patients : il dépend également de l'organisation structurelle des soins portés au patient, et notamment de la qualité de la transmission d'informations entre les professionnels de santé. L'âge est un déterminant majeur de fragilité, mais n'explique pas à lui seul ce syndrome qui est modulé par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux.

L'enjeu principal de IATROPREV est de renforcer la sécurité du parcours de santé de la personne âgée fragile par une organisation optimisée entre les acteurs de ville et hospitaliers.

Le parcours IATROPREV est un projet d'expérimentation porté, dans les Hauts-de-France, par le CHU d'Amiens-Picardie et le CHU de Lille, en partenariat avec les URPS Médecins libéraux et Pharmaciens des Hauts-de-France.

L'expérimentation a pour objet de mettre en place auprès du médecin traitant et du pharmacien d'officine, un appui hospitalier d'expertise gériatrique et de pharmacie clinique dédiée à l'optimisation médicamenteuse du sujet âgé résidant à son domicile ou en hospitalisation. Deux portes d'entrée sont testées : un point d'entrée de la ville vers l'hôpital et inversement de l'hôpital vers la ville.

Celle-ci a pour objectif principal l'optimisation médicamenteuse chez la personne âgée de 75 ans et plus. Les objectifs secondaires sont : (1) l'amélioration de la prise en charge de la fragilité ; (2) l'apprentissage de pratiques professionnelles communes.

Le champ d'application du projet est régional. Il s'applique dans le département de la Somme et le territoire du GHT Lille-Métropole-Flandre intérieure, à l'attention du sujet âgé à haut risque iatrogénique.

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

L'expérimentation « IATROPREV » est autorisée au titre de l'article 51, par l'arrêté d'autorisation du Directeur Général de l'ARS Hauts-de-France, du 17 octobre 2019, publié le 22 octobre 2019, au recueil des actes administratifs ; elle a été mise en œuvre de 2019 à 2024 selon le cahier des charges validé par le Comité technique d'innovation en santé (CTIS).

L'ARTICLE 51 EN BREF

Le dispositif Article 51 est un cadre juridique.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement innovants.

Périmètre :

Sont éligibles les expérimentations portant une innovation concernant la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins.

RECEVABILITÉ DU PROJET « IATROPREV » AU TITRE DE L'ARTICLE 51

Au titre de la finalité : Le projet soumis est recevable en ce qu'il repose sur une organisation interdisciplinaire et pluriprofessionnelle autour de la personne âgée, par une collaboration ville-hôpital s'inscrivant dans le parcours patient. Il propose également une forfaitisation de la démarche d'optimisation médicamenteuse chez le sujet âgé, incluant l'élaboration du Plan Personnalisé Pharmaceutique et de Soins ainsi que la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire entre les acteurs de la ville et de l'hôpital ;

Au titre de la dérogation : le projet soumis est recevable en ce qu'il déroge aux articles, L.162-5°, L.162-16-1 L ;162-22-6 et suivants du code de la Sécurité sociale.

CONTEXTE ET CONSTATS

LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Les personnes âgées sont les plus exposées au risque iatrogène du fait d'une polypathologie et d'une polymédication fréquentes ; les patients âgés présentant des syndromes gériatriques (comme une dénutrition, des chutes, une démence) ont un risque encore accru d'événement iatrogène. Cependant, le risque iatrogène n'est pas uniquement lié aux caractéristiques des patients : il dépend également de l'organisation structurelle des soins portés au patient, et notamment de la qualité de la transmission d'informations entre les professionnels de santé.

L'âge est un déterminant majeur de fragilité, mais n'explique pas à lui seul ce syndrome qui est modulé par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Malgré le développement de plusieurs échelles simplifiées de dépistage de la fragilité, il semble que les médecins traitants se soient peu appropriés ces outils, freinant l'orientation des sujets fragiles, voire préfragiles, précocement vers des filières d'expertise spécialisées. Gleize et al. [2018] dans leur étude appréciant la fragilité de la population de plus de 75 ans vue par les médecins traitants en Picardie ne retrouvait que 31,3 % de sujets entrant dans la catégorie des robustes. Pourtant, la prévalence des patients vus en consultation pour bilan de fragilités est loin de couvrir le nombre attendu au vu des données sur ce territoire.

Afin d'augmenter le taux de personnes âgées de plus de 75 ans bénéficiant d'un bilan de fragilité, il convient donc de trouver un outil plus simple, utilisable facilement par les médecins traitants, mais également par tous les professionnels de santé reconnus comme interlocuteurs privilégiés sur la ville des personnes âgées, telles que les pharmaciens d'officine, les infirmières libérales (IDEL) et les infirmières de pratique avancée. Compte tenu du fait qu'il existe un lien reconnu aujourd'hui entre fragilité et polymédication, celle-ci peut représenter un indicateur de fragilisation qui constitue l'élément d'alerte simple et facilement assimilable par le professionnel de santé. Il existe plusieurs arguments allant dans ce sens : la polymédication expose à la iatrogénie et aux complications liées notamment à la fragilité.

Par ailleurs, dans le parcours de soins d'un patient âgé, la sortie d'hospitalisation est à très haut risque d'événement iatrogène du fait de modifications potentielles à l'échelle du patient et de son traitement. Les acteurs hospitaliers doivent transmettre de manière claire et structurée toutes les modifications le jour de la sortie.

En parallèle, il faut que les acteurs du soin de premier recours puissent réceptionner ces informations à temps, les intégrer, et les exploiter (continuité ville-hôpital). Les interactions pluriprofessionnelles nécessaires pour réduire le risque iatrogène en sortie d'hospitalisation sont donc complexes. Elles requièrent une synchronisation temporo-cognitive élevée. Les études en psycho-ergonomie suggèrent que face à ces situations, le recours à une aide humaine, souvent appelée coordinateur de soins (*care coordinator*) dans le domaine de la santé, est essentiel. Les éléments des évaluations PAERPA nationales et locales vont en ce sens.

Le parcours IATROPREV s'inscrit dans la continuité des expérimentations du parcours de santé des Personnes âgées en risque de Perte d'autonomie (Paerpa). Il contribue pleinement à la logique de décroisement des structures et acteurs qui était visée dans la démarche Paerpa. Ainsi, le projet est en synergie avec les travaux liés à l'optimisation médicamenteuse qui avaient été menés en région sur le territoire du Valenciennois-Quercitain dans le cadre de Paerpa. Deux types de Plans personnalisés de soins (PPS) avaient été mis en place, à savoir le PPS « multi-risques » et le PPS « Conciliation » ; le PPS « Conciliation » étant un PPS spécifique au risque médicamenteux, élaboré par les acteurs de ville suite au retour à domicile après hospitalisation. L'Irdes avait mené une évaluation d'impact de l'expérimentation Paerpa et les analyses par territoire avaient permis de déceler des effets significatifs dans certains territoires et pour des indicateurs de résultat les plus sensibles à la mobilisation des acteurs de soins primaires. Ainsi, dès 2015, la polymédication baissait de façon significative dans le territoire Paerpa du Nord - Pas-de-Calais. Dans un contexte d'amélioration générale de ces indicateurs de polymédication, l'évolution était significativement plus favorable dans ce territoire comparativement aux territoires témoins.

Enfin, selon la dernière étude Iatostat, plus de 8 % des hospitalisations seraient imputables aux effets indésirables des médicaments (EIM). Les personnes âgées sont les plus touchées, ce taux atteignant 10,5 % chez les plus de 65 ans (rapport IATROSTAT - RFCRPV - 02 mai 2022).

De plus une revue systématique datant de 2016 et portant sur trente et une études observationnelles a évalué le coût direct d'un effet indésirable médicamenteux à 6 527 € en gériatrie ; les coûts indirects n'avaient pas été étudiés (Étude Batel Marques F et al [2016]).

LA LUTTE CONTRE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, priorité de santé publique, fait l'objet d'évolutions réglementaires s'inscrivant dans le droit commun.

Ainsi mis en place depuis mars 2018 par l'avenant n°12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie, le Bilan partagé de médication (BPM) est une évolution importante du métier de pharmacien d'officine. Il s'agit d'une pratique clinique

collaborative en ville, entre le patient, le médecin et le pharmacien, visant à optimiser l'utilisation des médicaments et à améliorer les résultats thérapeutiques. Le BPM constitue un accompagnement pharmaceutique du patient âgé polymédiqué résidant à son domicile. Il est réalisé par le pharmacien d'officine à son initiative ou à la demande du médecin traitant et s'adresse aux patients de plus de 65 ans souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques et présentant au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits pour une durée supérieure ou égale à 6 mois.

LES MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS (MPI)

Les médicaments potentiellement inappropriés sont devenus un enjeu majeur pour améliorer les pratiques de prescription et prévenir le risque d'événements médicamenteux indésirables chez les personnes âgées. En effet, les MPI sont définies comme des médicaments qui devraient être évités chez les personnes âgées en raison d'un mauvais rapport bénéfice-risque et pouvant être source d'une morbi-mortalité accrue.

Selon les résultats d'EPI-PHARE, environ 40 % de la population des 75 ans et plus (non institutionnalisée ou résidant en Ehpad) sont concernés par la prescription de MPI : 39,6 % ont été exposés à au moins un MPI : 21 % en ont reçu deux, 10,3 % trois et 10,9 % quatre MPI ou plus. Et près de la moitié de la population est médicamentée (5 à 9 médicaments), un quart avec 10 médicaments ou plus. (Étude transversale sur une période de trois mois en 2019)

Par ailleurs, la Cnam évalue pour l'année 2022, l'hyperpolymédication à près d'un séjour hospitalier sur 3 ; l'hyper polymédication étant définie par au moins 10 molécules délivrées au moins 3 fois dans l'année précédant le séjour ; parmi ces séjours de patients hyperpolymédiqués, plus de 6 séjours sur 10 sont concernés par la délivrance d'au moins un MPI dans l'année précédente.

Forte de ces constats liés à la iatrogénie médicamenteuse, l'expérimentation IATROPREV porte sur l'optimisation des prescriptions médicamenteuses et a été conduite par le CHU de Lille et le CHU d'Amiens-Picardie de 2019 à 2024.

OBJECTIFS DU PROJET

OBJECTIF PRINCIPAL

Optimisation médicamenteuse chez les sujets âgés de 75 ans et plus, dans la perspective de réduire le risque iatrogène chez les personnes âgées.

OBJECTIFS SECONDAIRES

1. Amélioration de la prise en charge de la fragilité
2. Apprentissage de pratiques professionnelles communes.

Ainsi, le projet définit les objectifs opérationnels suivants :

- Mettre à disposition du médecin traitant et du pharmacien d'officine, un appui hospitalier, composé d'un gériatre et d'un pharmacien clinicien, d'expertise dédiée à l'optimisation médicamenteuse et aux situations de fragilité complexes ;
- Développer la coopération interprofessionnelle autour de la prise en charge de la personne âgée ;
- Mettre en place une démarche innovante d'optimisation médicamenteuse visant l'établissement d'un Plan « PPP/PPCS » (Plan personnalisé pharmaceutique et de coordination de santé), destiné au médecin traitant et au pharmacien d'officine ;
 - Pour des patients en ville : créer une consultation externe à l'hôpital de gériatrie spécialisée avec évaluation standardisée de bilan des fragilités et de pharmacie clinique avec revue de l'ordonnance.
 - Pour des patients en hospitalisation : mettre en place une conciliation médicamenteuse d'entrée toujours en lien avec le pharmacien d'officine, à l'aide aussi du Bilan partagé de médication en cas de réalisation, une conciliation des pathologies actives en lien avec le médecin traitant ± spécialistes (équipe médicale) et une conciliation médicamenteuse de sortie, standardisée (gériatre + pharmacien).
- Créer et organiser une Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) 'Optimisation médicamenteuse' entre l'équipe hospitalière (gériatre et pharmacien clinicien) dédiée à l'optimisation médicamenteuse et les professionnels du 1er recours (médecin traitant et pharmacien d'officine) ;
- Améliorer les compétences et les outils de tous les acteurs (soins de premier recours et hospitaliers) sur le bon usage du médicament chez les personnes âgées ;
- Créer un mode de financement innovant : une cotation pour un forfait global d'Optimisation médicamenteuse, pour financer la démarche d'optimisation médicamenteuse, de Réunion de concertation pluridisciplinaire et de coordination entre les acteurs de la ville et de l'hôpital ;
 - un forfait global d'optimisation médicamenteuse se composant de la manière suivante :
 - Une composante hospitalière 'Optimisation médicamenteuse' : démarche d'optimisation médicamenteuse engagée par le binôme hospitalier (gériatre + pharmacien clinicien) + Réunion de concertation pluridisciplinaire avec les acteurs de ville pour la mise en place du Plan « PPP/PPS » ;
 - Une composante « ville » de Plan Personnalisé Pharmaceutique et de Soins (forfait Plan « PPP/PPS ») : démarche en ville consistant en la participation du médecin traitant et du pharmacien d'officine à la Réunion de concertation pluridisciplinaire avec élaboration, mise en œuvre et suivi du Plan. « PPP/PPS » ;
 - Une composante « coordination » pour gérer les liens entre les acteurs de la ville et de l'hôpital et la mise en œuvre de la démarche d'optimisation ;
- Mettre en place une campagne de communication auprès des médecins généralistes, des IDEL et des pharmaciens d'officine permettant une présentation des objectifs du projet ;
- Mettre en place des retours d'expérience entre professionnels au travers de revues interdisciplinaires d'optimisation médicamenteuse ;
- Acculturer les professionnels aux bonnes pratiques gériatriques ;
- Mettre à profit le bilan partagé de médication (BPM) réalisé par le pharmacien d'officine accompagné de ses entretiens pharmaceutiques d'observance ;
 - Celui-ci pourra constituer une alerte permettant l'identification des patients à haut risque iatrogénique ou constituer une action du Plan personnalisé pharmaceutique et de Soins : Plan « PPP/PPS » en particulier par ses entretiens d'observance ;
- Élaborer le Plan personnalisé pharmaceutique et de Soins : « PPP/PPS » ;
- Renforcer les liens entre les acteurs de la ville et de l'hôpital.

LA DÉMARCHE D'OPTIMISATION MÉDICAMENTEUSE

La démarche d'optimisation médicamenteuse s'appuie sur la mise en place d'une organisation innovante, à savoir la création d'un dispositif d'appui hospitalier, destiné aux médecins traitants et aux pharmaciens d'officine et qui est dédié à l'optimisation médicamenteuse et aux situations de fragilité complexes. Le consentement du patient est requis.

Ce dispositif a la particularité d'être composé d'un binôme hospitalier : un gériatre et un pharmacien clinicien.

LA POPULATION CIBLE

La population cible répond à deux critères :

- Sujets âgés de 75 ans et plus résidant en ville (hors Ehpad), considéré comme fragile selon la définition de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) c'est-à-dire qui présente une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress et dont l'expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux et pour qui la polymédication est un marqueur.
- Sujets âgés de 75 ans et plus en hospitalisation (admis au service des urgences, puis hospitalisé avec une priorité pour les patients hospitalisés dans un service de court séjour de médecine ou SSR gériatrique).

L'ENTRÉE DU SUJET ÂGÉ À HAUT RISQUE IATROGÉNIQUE DANS LE DISPOSITIF

Pour les patients résidents en ville, l'entrée se fait suite au repérage des sujets âgés fragiles par les professionnels de ville (médecin traitant, pharmacien d'officine, ...); et à l'orientation par le médecin traitant vers ce dispositif.

Le critère de repérage initial sera une ordonnance comportant 10 médicaments ou plus chez les personnes de 75 ans ou plus.

Le Bilan partagé de médication (BPM) réalisé par le pharmacien d'officine constitue aussi une alerte.

Pour les patients en hospitalisation, l'entrée se fait suite à l'identification à haut risque iatrogénique des sujets âgés de 75 ans et plus et à l'orientation intra- hospitalière vers ce dispositif avec l'accord du médecin traitant.

DÉMARCHE INNOVANTE

Pour les patients résidents en ville, la démarche repose sur une consultation externe à l'hôpital : consultation de gériatrie spécialisée avec évaluation standardisée de bilan des fragilités et de pharmacie clinique avec revue de l'ordonnance. Cela permet notamment le diagnostic des fragilités gériatriques et l'optimisation de la prescription médicamenteuse.

Pour les patients en hospitalisation, la démarche repose sur trois points :

- Une conciliation médicamenteuse d'entrée toujours en lien avec le pharmacien d'officine, à l'aide aussi du BPM en cas de réalisation ;
- Une conciliation des pathologies actives en lien avec le médecin traitant et d'autres spécialistes au besoin (équipe médicale) ;
- Une conciliation médicamenteuse de sortie, standardisée (gériatre et pharmacien), permettant l'optimisation de la prescription médicamenteuse.

Entre les acteurs de ville et le dispositif d'optimisation médicamenteuse, la démarche recoupe trois points :

- L'établissement de recommandations pour un Plan « PPP/PPS » par le dispositif d'appui d'optimisation médicamenteuse ;
- Une Réunion de concertation pluridisciplinaire « Optimisation médicamenteuse » entre une équipe hospitalière (gériatre et pharmacien clinicien) dédiée à l'optimisation médicamenteuse et les professionnels du 1^{er} recours (médecin traitant et pharmacien d'officine) ;
- L'élaboration d'un Plan « PPP/PPCS ».

Enfin, au niveau des acteurs de ville (médecin traitant, pharmacien d'officine,...), il s'agit de la mise en œuvre et du suivi du Plan Pharmaceutique et de Coordination de Santé (PPCS).

TERRITOIRE D'EXPÉRIMENTATION

IATROPREV est déployé sur deux territoires pilotes : le département de la Somme et le territoire du GHT Lille Métropole Flandre intérieure.

Les établissements hospitaliers de mise en œuvre sont :

- le CHU Amiens ;
- le CHU Lille ;
- le CH Armentières ;
- le CH Abbeville.

LE MODÈLE DE FINANCEMENT DÉROGATOIRE

L'expérimentation IATROPREV a pour objectif de structurer une organisation pluriprofessionnelle et interdisciplinaire visant à améliorer la prise en charge médicamenteuse dans le parcours du sujet âgé, dans l'objectif final de réduire le risque iatrogène.

Le financement dérogatoire proposé concerne des activités non prises en charge par l'assurance maladie :

- La démarche d'optimisation médicamenteuse engagée par le binôme hospitalier (gériatre et pharmacien clinicien) ;
- La Réunion de concertation pluridisciplinaire avec élaboration du plan personnalisé pharmaceutique et de soins (Plan « PPP/PPCS ») ;
- La coordination entre les acteurs de la ville et de l'hôpital.

Le projet propose de créer une cotation pour un **forfait global d'Optimisation médicamenteuse** comportant :

- Une composante hospitalière (avec un Forfait hospitalier 'optimisation médicamenteuse') :
 - Démarche d'optimisation médicamenteuse engagée par le binôme hospitalier (gériatre + pharmacien clinicien) ;
 - Réunion de concertation pluridisciplinaire avec élaboration du Plan « PPP/PPCS » (organisation et participation) ;

- Une composante 'ville' (avec un Forfait Plan « PPP/PPCS ») :
 - Réunion de concertation pluridisciplinaire avec élaboration du Plan « PPP/PPCS » (participation du médecin traitant et pharmacien d'officine) ;
 - mise en œuvre et suivi du Plan « PPP/PPCS » ;
- Une composante 'Coordination' (avec un Forfait « Coordination »), pour faciliter les liens entre les acteurs de la ville et de l'hôpital et la mise en œuvre de la démarche d'optimisation ;
 - Prise de contact, gestion du Plan « PPP/PPCS »...

Il est proposé de financer un seul Forfait global d'optimisation médicamenteuse par an et par sujet âgé éligible au dispositif d'optimisation médicamenteuse.

À ce financement dérogatoire s'ajoutent aussi les frais d'ingénierie : organisation des réunions, élaboration des supports de communication, réajustement des procédures...

D'autres actes entrent dans le droit commun et sont pris en charge par l'assurance maladie :

- Les consultations médicales pour le médecin traitant ;
- Le Bilan partagé de médication comportant les entretiens d'observance, réalisé par le pharmacien d'officine.

LE FINANCEMENT DÉROGATOIRE

Le coût par patient éligible pour la démarche intégrale d'optimisation médicamenteuse est de 350 €, pour réduire des hospitalisations dont le coût journalier, même en hospitalisation de jour, est bien supérieur. De plus, le projet permet la collaboration ville-hôpital et l'apprentissage de nouvelles pratiques professionnelles communes pour une meilleure prise en charge du patient, de son traitement et de son parcours.

Composantes		Proposition de cotation dérogatoire (en €)	Acteurs impliqués
Forfait global d'optimisation médicamenteuse Financement FISS	Composante hospitalière (avec un forfait hospitalier 'optimisation médicamenteuse')	200	Dispositif d'appui hospitalier : Géiatre + pharmacien clinicien
	Composante ville (avec un forfait Plan "PPP/PPS")	100	Médecin traitant + pharmacien d'officine
	Composante 'Coordination' (avec un forfait "Coordination")	50	Dispositif d'appui hospitalier (gériatre + pharmacien clinicien) + Acteurs de la ville (Médecin traitant + pharmacien d'officine)
	Total	350	

Source : ARS - DOS 2025

ÉVALUATION DU PARCOURS IATROPREV

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM, par l'évaluateur externe CEMKA sous le pilotage de la cellule d'évaluation Article 51.

Le rapport final comporte une présentation des principaux résultats finaux sur les différents critères et champs étudiés, des constats et jugements évaluatifs découlant des résultats en termes d'opérationnalité/de faisabilité, d'efficacité, d'efficience ainsi que des éléments à prendre en compte concernant la reproductibilité du dispositif.

POINTS SAILLANTS

Un dispositif opérationnel pour les patients hospitalisés à Lille et à Amiens, mais une implémentation plus longue et réduite pour la porte d'entrée « ville » et les hôpitaux périphériques

Une expérimentation qui cible des patients à haut risque d'iatrogénie et qui repose sur la **coopération entre des acteurs hospitaliers et libéraux, qui a dû se construire au fil du temps** et pour laquelle l'ARS, très impliquée, a fortement œuvré. Si cette coopération peut engendrer des lenteurs, elle est désormais jugée effective et enrichissante.

Une **faisabilité en partie démontrée** avec un projet pas complètement en phase de routine (porte d'entrée ville et hôpitaux périphériques), bien **qu'opérationnel et intégré dans les pratiques pour la porte d'entrée hospitalière** des CHU d'Amiens et de Lille ; avec **469 patients inclus au 3 janvier 2024** (soit près de 3 ans après le début des inclusions).

Le rythme d'inclusion a été perturbé au démarrage du fait de la crise sanitaire (professionnels non disponibles, notamment les libéraux sur fin 2021-début 2022), du retard pris dans le développement du SI et de la stratégie de communication sur l'axe « ville » (long travail sur le contenu et la validation des éléments de communication entre les porteurs hospitaliers et les URPS).

Une **implémentation plus longue que prévue et réduite pour les hôpitaux périphériques** (problèmes de ressources humaines principalement) et pour la porte d'entrée « ville » (N=36 patients inclus au global) : temps d'acculturation, d'appropriation et de mise en place incompressible (une modalité nouvelle qui demande une évolution dans les pratiques) et difficultés de l'hôpital à « embarquer » les professionnels de ville (positionnement, légitimité).

Une structuration opérationnelle en termes de pilotage malgré les difficultés liées à la mise en place et à l'opérationnalité du SI ville-hôpital

Le projet est coordonné par un directoire composé des médecins et pharmaciens impliqués dans le projet dans les 2 CHU porteurs. Un comité de pilotage élargi réunit les membres du directoire, les représentants des partenaires du projet (URPS Médecins libéraux et Pharmaciens) et des institutions (ARS, CPAM, GIP Sant&Numérique). Il constitue l'organe de pilotage et de coordination du projet. Des comités opérationnels, comprenant les membres du comité de pilotage et les interlocuteurs impliqués dans la phase opérationnelle se tiennent en fonction des besoins.

Le projet repose sur une coopération entre des acteurs hospitaliers et libéraux, qui a dû se construire au fil du temps avec l'implication de l'ARS. Cette coopération peut engendrer des lenteurs, mais elle est jugée effective et enrichissante.

L'implication forte de partenaires externes et en particulier des URPS pharmaciens et médecins libéraux : mobilisation dans le cadre des nombreux COPIL, adaptation des éléments de langage, présentation/communication autour du projet, nombreuses réunions et nombreux tests pour définir les besoins et pour s'assurer de l'ergonomie du SI proposée....

Un système d'information partagé - BIMEDOC®, utilisé après une procédure d'appel à candidatures par le GIP Sant&Numérique, jugé **utile pour l'analyse pharmaceutique, mais pas adapté aux besoins de coordination de IATROPREV** : une difficulté commune aux parcours nécessitant des outils de coordination numérique.

L'expérience des professionnels hospitaliers et de ville confirme le **rôle essentiel/indispensable du gestionnaire de cas et nécessaire, même en cas d'opérationnalité de l'outil BIMEDOC®** (ou autre outil informatique) : relations humaines avec les professionnels de ville et organisation des RCP notamment.

Une bonne adhésion des professionnels de ville (MG et pharmaciens d'officine) aux modalités de l'expérimentation, mais un nécessaire temps d'acculturation et d'appropriation

Des retours d'expérience (déclaratifs) qui témoignent (1) d'une **bonne adhésion des professionnels hospitaliers et de ville au dispositif**, (2) de **l'intérêt majeur de la RCP** qui réunit les quatre professionnels et de l'importance des échanges pluriprofessionnels pour l'application du PPP, et (3) de **l'efficacité perçue de l'expérimentation sur la prise en charge médicamenteuse et sur la qualité du parcours des patients** : une convergence des retours observée ; principalement une sécurisation des parcours / réduction du risque iatrogène ; une optimisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Une majorité de patients avec une complexité thérapeutique majeure et des RCP produisant un gros volume de révisions thérapeutiques et de révisions plus larges (14 recommandations par patient en moyenne)

Au global, les RCP ont abouti à **4 795 recommandations, soit environ 14 par patient** (confirmant le profil de patients à haut risque d'iatrogénie).

Il s'agit principalement de **révisions thérapeutiques** (80 %), mais aussi de recommandations plus larges sur le suivi biologique (8 %), le suivi clinique (dont la mise à jour des vaccinations) (7 %) ou d'autres recommandations (gestion de traitement) (5 %).

Les révisions thérapeutiques **ne consistent pas uniquement en des déprescriptions**. Il y a autant de médicaments ajoutés (39 %) qu'arrêtés (40 %) et dans 21 % des cas, les prescriptions ou les posologies étaient modifiées.

L'analyse de l'implémentation par le médecin traitant du PPP à 45 et 90 jours après la RCP témoigne d'un très fort suivi des **recommandations d'optimisation thérapeutiques** : 87,9 % à 90 jours post RCP.

L'analyse des données du SNDS ne montre **pas d'impact sur la polymédication** des patients, mais **un impact sur les réhospitalisations à 30 jours** (4,4 % versus 11,6 % des témoins ($p=0,003$)) et la même tendance à 90 jours et sur certaines prescriptions inappropriées à 90 jours (IPP à forte dose (3,6 % versus 14,4 %, $p<0,0001$)).

Elle montre aussi à 90 jours des **taux beaucoup plus élevés de patients prenant des vitamines et/ou du calcium**, en lien avec les recommandations plus générales faites en RCP (vitamine D : 80,4 % versus 52,2 % - $p<0,0001$ -) et davantage de **patients vaccinés** contre la DT-Polyo ou la grippe.

Ces résultats montrent les **apports de la révision médicamenteuse** sur la pertinence des traitements : réduction de certaines prescriptions inappropriées et mise en œuvre des traitements de prévention.

Des résultats perçus en matière d'évolution du lien ville-hôpital sur l'iatrogénie et de changement de pratiques : une dynamique ville-hôpital instaurée et le développement des compétences avec une acculturation aux bonnes pratiques gériatriques.

Une culture d'optimisation des traitements médicamenteux à l'hôpital et en ville

Le projet IATROPREV participe à la diffusion d'une culture d'optimisation des traitements médicamenteux à l'hôpital et en ville en particulier lors des RCP, pour les professionnels impliqués directement dans le suivi de patients inclus, mais également en intégrant IATROPREV dans des dispositifs de formation ou d'échanges de pratiques, auprès des pharmaciens hospitaliers et des jeunes internes en pharmacie.

Ceci assure une diffusion plus large et une inscription plus large de cette culture dans les pratiques actuelles ou futures des professionnels.

Le projet est également à l'origine de deux autres projets sur l'iatrogénie médicamenteuse : Optimedoc en Normandie (sur un modèle très proche de IATROPREV), et Optimed mené par les URPS Pharmaciens et Médecins des Hauts-de-France (« IATROPREV libéral » entre médecins traitants et officines).

Une expérience-patient très positive : des retours qui témoignent de leur adhésion aux modalités de l'expérimentation et de la pertinence du dispositif proposé ; une satisfaction d'être pris en charge et des retours positifs en termes d'écoute/d'échanges et d'acceptation de la nouvelle ordonnance.

Un plus grand recours à des soins de ville, sans impact sur les soins hospitaliers. L'expérimentation engendre un plus grand recours à des soins de ville (à 3 et 6 mois), mais sans impact significatif sur les soins hospitaliers. Cette hausse des dépenses en soins de ville, s'explique principalement par l'augmentation significative des dépenses en LPP (liste de produits et prestations), un plus grand recours à des auxiliaires médicaux, à des honoraires médicaux ainsi que des dépenses de pharmacie plus importantes ; probablement en lien avec les recommandations de révisions thérapeutiques et les recommandations biologiques faites en RCP, engendrant des consultations, actes et prestations supplémentaires.

Un environnement qui a évolué depuis le démarrage (structuration des CPTS, des MSP...) et qui offre de nouvelles perspectives : ces différentes formes d'organisations coordonnées territoriales constituent un levier potentiel à la mise en œuvre de la porte d'entrée « ville ».

CONCLUSION DE L'ÉVALUATION

L'expérimentation IATROPREV a permis de montrer la **faisabilité d'un parcours qui repose sur un dispositif d'appui hospitalier innovant**, dédié à l'optimisation médicamenteuse et sur la mise en place de RCP entre l'équipe hospitalière (gériatre et pharmacien clinicien) et les professionnels du 1er recours (médecin traitant et pharmacien d'officine), permettant l'élaboration d'un Plan « PPP/PPCS » et sa mise en œuvre par les acteurs de ville ; hormis sur la porte d'entrée « ville » et le déploiement aux « hôpitaux périphériques » pour lesquels il est difficile à ce jour de tirer des enseignements

L'expérimentation a permis de démontrer la pertinence du dispositif, ses apports, son efficacité et les grandes lignes de sa reproductibilité.

Même si le parcours IATROPREV est maintenant opérationnel (notamment modalité de coordination *via* un gestionnaire de cas bien calé), sa mise en œuvre dans un territoire nécessite un peu de temps (essentielle articulation des acteurs de ville et hospitaliers à mettre en place, qui doit s'accompagner d'une acculturation et d'un changement de pratiques...) et un accompagnement/une communication.

Un déploiement par étape semble à privilégier, en commençant par les établissements volontaires justifiant d'une activité de pharmacie clinique avancée (ressources humaines dédiées) et ayant des liens préexistants/formalisés avec la ville (CPTS, MSP...).

Des éléments restent à préciser sur les modalités d'organisation de la porte d'entrée ville, l'accompagnement et la coordination, et un réajustement des forfaits.

OPTIMEDOC, UN PROJET INSPIRÉ DE L'EXPÉRIMENTATION IATROPREV

L'expérimentation IATROPREV a inspiré le projet Optimedoc (Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée) lancé par l'OMéDIT Normandie (Observatoire des Médicaments, Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques), en lien avec l'ARS Normandie (financement FIR) Il a utilisé également la solution numérique BIMEDOC®.

ÉVALUATION DES PARCOURS « ARTICLE 51 »

Une évaluation réalisée aussi pour les deux autres parcours « article 51 » de prévention de la iatrogénie médicamenteuse :

- Parcours MEDISIS en région du Grand-Est
- Parcours OCTAVE en région Bretagne

CONCLUSION

La phase expérimentale du parcours IATROPREV a été réalisée entre octobre 2019 et juillet 2024.

L'évaluation menée sous le pilotage de la DREES et de la CNAM a démontré la faisabilité et l'intérêt du parcours IATROPREV.

Le Conseil stratégique de l'innovation en santé, dans son avis du 18 septembre 2024, a formulé la recommandation de conduire une nouvelle phase expérimentale pour tester la soutenabilité, la transférabilité du modèle et confirmer les premiers résultats d'efficacité.

Ainsi, IATROPREV se poursuit dans le cadre d'une nouvelle phase expérimentale en inter-régions, permettant d'ajuster le modèle en vue d'affiner les conditions d'implémentation sur d'autres territoires, ainsi que dans des établissements de santé de proximité, et d'en mesurer l'efficacité.

Deux autres expérimentations 51 sur la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées se sont terminées en juillet 2024 (Octave en Bretagne et Pays-de-Loire et Medisis en Grand Est). Un travail conjoint a été mené pour tirer les enseignements de ces trois expérimentations : atelier sur le bilan partagé de médication, partage d'expériences en communautés de pratiques, et co-construction d'un nouveau cahier des charges pour IATROPREV dans sa phase inter-régionale.

IATROPREV dans sa phase inter-régionale comporte les réajustements au regard de la phase pilote, sur les points suivants :

- Poursuite de l'expérimentation en Hauts-de-France et extension à d'autres régions ;
- Élargissement de la mise en œuvre dans des établissements de santé de proximité ;
- Population cible étendue aux sujets âgés de 65 ans et plus, en hospitalisation, à haut risque iatrogénique ;
- Révision du modèle de financement pour se rapprocher des tarifs de droit commun existants ;
- Intégration du recours au Dossier médical partagé (DMP) et à la messagerie sécurisée de santé (MSS) pour échanger entre professionnels et partager des documents ;
- Expérimentation de la fonction de gestionnaire de parcours comme facilitateur des liens hôpital-ville et acteur de la coordination du parcours.

Démarrage des inclusions à partir de janvier 2026.

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EXPÉRIMENTATEURS EN HAUTS-DE-FRANCE :

- CHU Amiens
- CHU Lille
- CH Boulogne-sur-Mer
- CH Ham
- CH Péronne
- CH Chaumont en Vexin
- Hôpital de Riamont
- CH Saint Quentin
- CH Valenciennes
- CH Maubeuge et CH Pays d'Avesnes
- CH Denain

CENTRES DE RESSOURCES TERRITORIAUX (CRT)

Face au défi du vieillissement et à l'augmentation des situations de perte d'autonomie, la stratégie nationale "Bien vieillir" s'appuie sur des dispositifs innovants, dont les **Centres de ressources territoriaux (CRT)**. Créés par la **loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022** (articles 44 et 47) et encadrés par le **décret n° 2022-731** et l'**arrêté du 27 avril 2022**, les CRT proposent des solutions d'accompagnement permettant aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible, avec un accompagnement renforcé à domicile lorsque l'aide classique n'est plus suffisante.

Les CRT peuvent être portés par un **établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes** (Ehpad) ou par un **service à domicile** (SAD), en partenariat avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire.

Contexte et objectifs

Le développement des CRT répond à deux enjeux majeurs :

- **Prévenir et accompagner la perte d'autonomie** en respectant le choix des personnes âgées de vivre à domicile.
- **Fluidifier les parcours** en évitant les ruptures d'accompagnement et les hospitalisations évitables, grâce à une coordination renforcée entre acteurs du territoire.

Missions des CRT

Le cahier des charges définit deux volets complémentaires :

1. **Appui aux professionnels et mutualisation des ressources** : mise à disposition d'expertise gériatrique, outils, formations et coordination pour les acteurs du territoire et développement d'actions favorisant la prévention et le maintien à domicile.
2. **Accompagnement renforcé à domicile** : pour les personnes âgées en perte d'autonomie (Gir 1 à 4) nécessitant un soutien intensif à domicile, en alternative à l'entrée en Ehpad, via une offre graduée et sécurisée (adaptation du logement, gestion des urgences, soutien des aidants).

L'action des CRT s'articule avec les acteurs déjà présents sur le territoire afin de veiller à ce qu'elle réponde à un besoin du territoire qui jusque-là n'était pas ou insuffisamment couvert à partir d'un diagnostic partagé.

L'ARS prévoit la création de 43 CRT d'ici 2028 pour une couverture complète de la région.

PRÉSENTATION DES CRT

En 2024, les Hauts-de-France comptent 18 centres de ressources territoriaux (CRT), répartis comme suit : 2 dans l'Aisne, 4 dans le Nord (dont 2 dans le Hainaut et 2 dans la Métropole-Flandres), 5 dans l'Oise, 6 dans le Pas-de-Calais et 1 dans la Somme.

Parmi ces structures, 6 ont déclaré ne pas avoir eu d'activité en 2024 : 1 dans l'Aisne, 2 dans le Pas-de-Calais et 3 dans l'Oise.

**Nombre de CRT en 2025,
dont ceux ayant eu une activité en 2024**

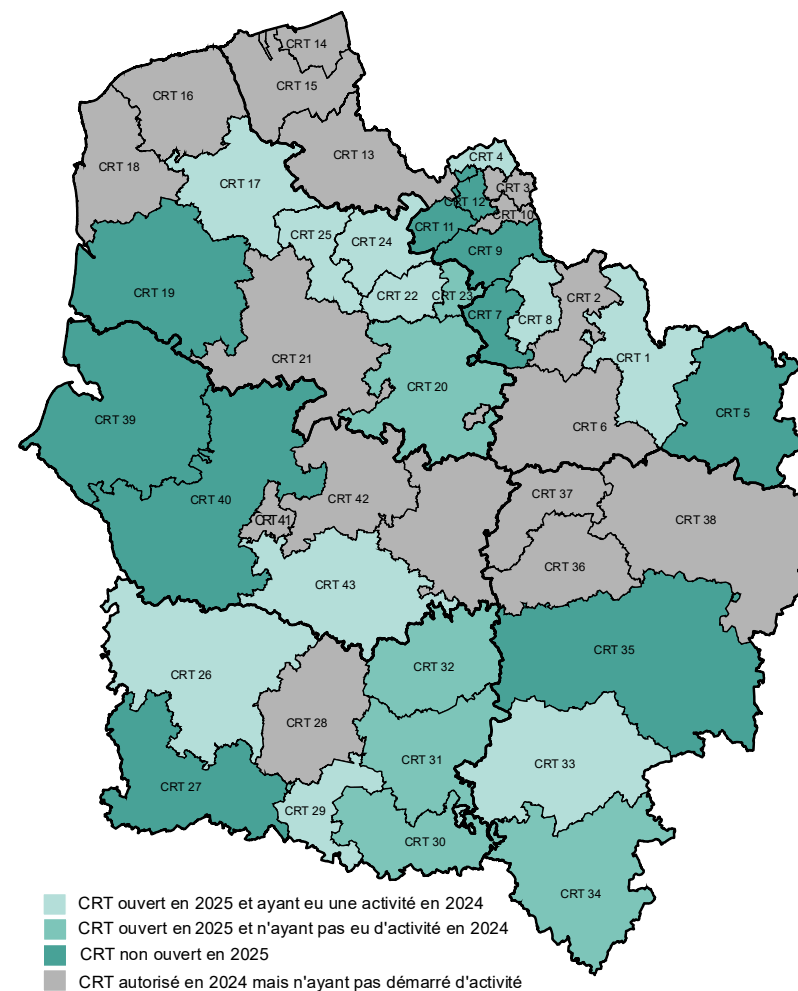
	Nombres de CRT	Nombre de CRT ayant eu une activité en 2024
Aisne	2	1
Nord	3	3
Nord - TDS Hainaut	2	2
Nord - TDS Métropole - Flandres	2	2
Oise	5	2
Pas-de-Calais	6	4
Somme	1	1
Hauts-de-France	18	12

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

En 2025, 33 CRT sont autorisés par l'ARS Hauts-de-France qui prévoit la création de 43 CRT, d'ici 2028, pour une couverture complète.

Sur la carte ci-contre permet de visualiser les CRT ayant eu une activité en 2024, ceux ayant ouvert en 2025, mais n'ayant pas démarré d'activité en 2024, ceux restant à couvrir (ouverture prévue d'ici 2028) et ceux autorisés en 2024, mais n'ayant pas démarré d'activité.

Territoire d'intervention des CRT, en 2025



Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

La majorité des CRT de la région sont rattachés à des EHPAD (55,6 %), suivis par des SSIAD (33,3 %) et des SAAD (11,1 %), ces derniers étant tous situés dans l'Aisne. Dans le Pas-de-Calais, l'ensemble des CRT sont liés à des EHPAD. Dans la Somme, le CRT est rattaché à un SSIAD. Dans l'Oise, quatre CRT sur cinq sont liés à des SSIAD, le cinquième étant lié à un EHPAD. Enfin, dans le Nord, les 2 CRT de la Métropole-Flandres sont rattachés à un EHPAD, tandis que ceux du Hainaut se répartissent entre EHPAD et SSIAD.

Répartition des CRT selon le type d'établissement, en 2025 (en %)

	EHPAD	SSAD	SSIAD
Aisne	0,0	100,0	0,0
Nord	75,0	0,0	25,0
Nord - TDS Hainaut	50,0	0,0	50,0
Nord - TDS Métropole - Flandres	100,0	0,0	0,0
Oise	20,0	0,0	80,0
Pas-de-Calais	100,0	0,0	0,0
Somme	0,0	0,0	100,0
Hauts-de-France	55,6	11,1	33,3

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2

Les CRT de la région sont majoritairement portés par des associations loi 1901 (38,9 %), principalement dans l'Aisne et le Pas-de-Calais. Les organismes privés à but non lucratif représentent 27,8 % des porteurs, exclusivement, présents dans l'Oise. Les établissements publics hospitaliers comptent pour 22,2 %, répartis entre le Hainaut, la Somme et partiellement le Pas-de-Calais. Enfin, 11,1 % des CRT relèvent d'un organisme public territorial, uniquement situé en Métropole-Flandres.

Répartition des CRT selon le type de structure, en 2025 (en %)

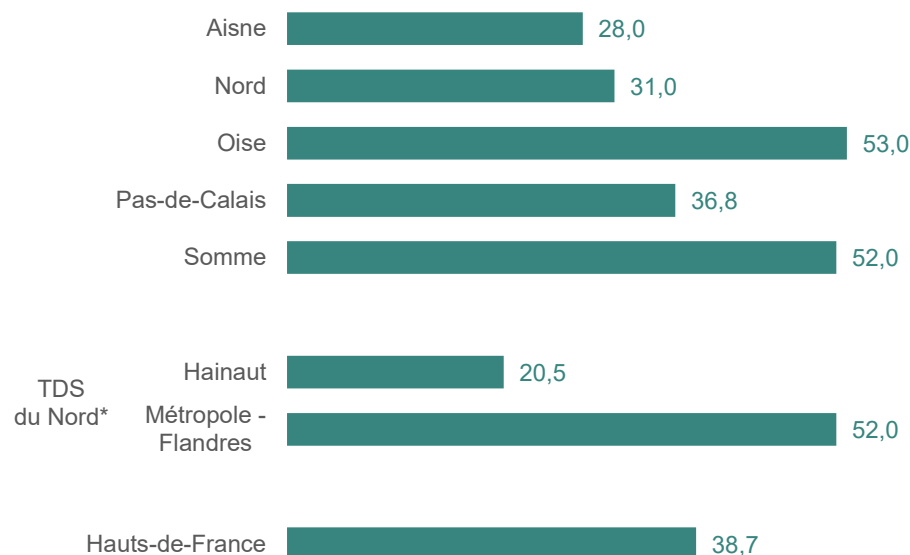
	Association loi 1901	Privé à but non lucratif	Public hospitalier	Public territorial
Aisne	100,0	0,0	0,0	0,0
Nord	0,0	0,0	50,0	50,0
Nord - TDS Hainaut	0,0	0,0	100,0	0,0
Nord - TDS Métropole - Flandres	0,0	0,0	0,0	100,0
Oise	0,0	100,0	0,0	0,0
Pas-de-Calais	83,3	0,0	16,7	0,0
Somme	0,0	0,0	100,0	0,0
Hauts-de-France	38,9	27,8	22,2	11,1

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Semaine d'ouverture des CRT

Parmi les établissements ayant déclaré une activité en 2024, la durée moyenne d'ouverture s'élève à 38,7 semaines. Cette moyenne témoigne toutefois d'importantes disparités au niveau des territoires de démocratie sanitaire : les CRT de l'Oise sont restés ouverts en moyenne 53,0 semaines, soit toute l'année, comme ceux de la Somme et de la Métropole-Flandres (52,0 semaines), tandis que ceux du Pas-de-Calais sont restés ouverts 36,8 semaines, ceux du Hainaut 20,5 semaines et seulement 28,0 semaines pour celles de l'Aisne.

Nombre moyen de semaines d'ouverture des CRT, en 2024



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

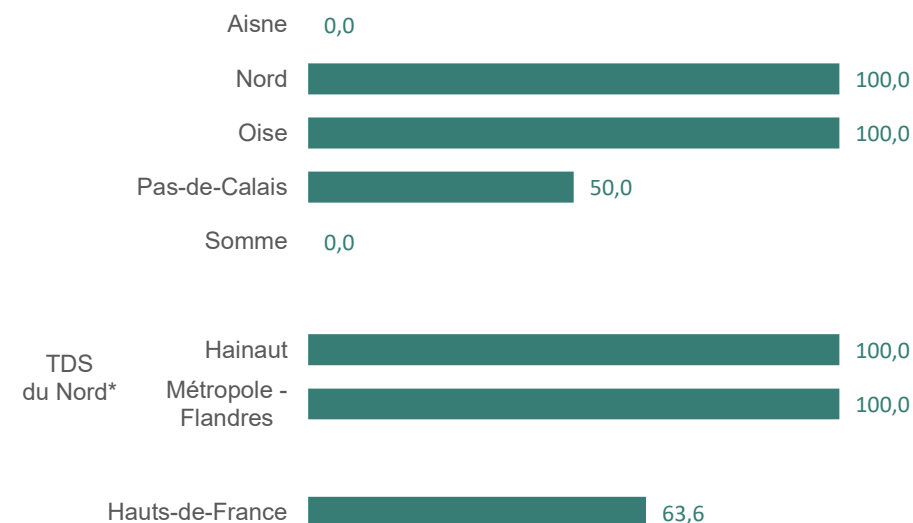
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Système de transport mis en place

Par ailleurs, 63,6 % de ces établissements ont mis en place un système de transport afin de faciliter l'accès aux prestations. Ces structures se situent dans le Nord, l'Oise, ainsi que dans la moitié des CRT du Pas-de-Calais.

La plupart des CRT orientent et accompagnent les bénéficiaires vers les services de transport existants sur leurs territoires respectifs, tels que des dispositifs de service de transport adapté comme "TIVA" dans l'Oise, la "Navette Tempo" dans la Métropole-Flandres, le service "Mobia" de la Communauté urbaine d'Arras ou encore le transport financé par l'Agirc-Arrco dans le CRT de Liévin. Lorsque ces solutions ne sont pas accessibles ou adaptées, le transport est directement assuré par le CRT lui-même ou par ses partenaires de proximité, tels que les EHPAD ou les CCAS.

Part de CRT ayant mis en place un système de transport pour faciliter l'accès aux prestations, en 2024



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

PRESTATIONS OPTIONNELLES RÉALISÉES PAR D'AUTRES PARTENAIRES

En 2024, 18,2 % des CRT de la région ont proposé des prestations optionnelles réalisées par d'autres partenaires, ce qui représente 2 CRT de la région. Parmi ces derniers, un se situe dans le Pas-de-Calais (soit un quart des CRT du département) et un dans l'Oise, soit la moitié des CRT du département.

Dans le CRT concerné du Pas-de-Calais, ces prestations ont pris la forme de repas convivial au sein de la structure, au bon vouloir des bénéficiaires le souhaitant. Dans le CRT de l'Oise, afin de sécuriser le domicile, un dispositif de téléalarme du conseil départemental est proposé à chaque usager.

FONCTIONNEMENT

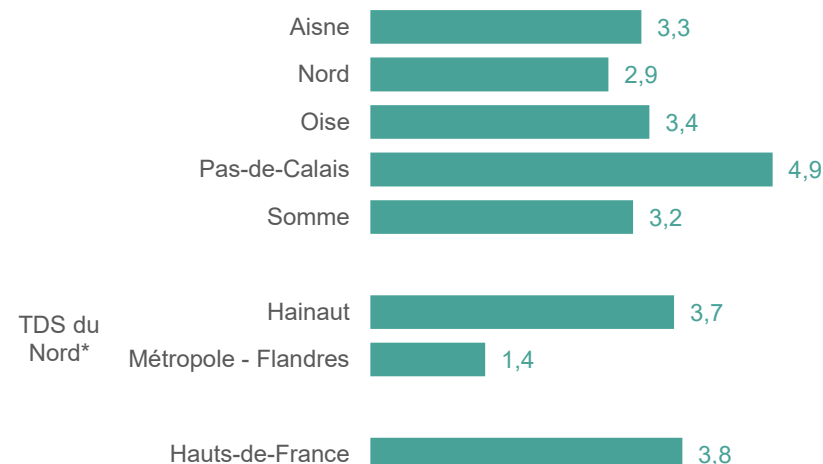
Répartition des effectifs par type de professionnels

En 2024, les centres de ressources territoriaux de la région ont mobilisé 41,6 ETP (équivalent temps plein). La majorité de ces ETP proviennent des CRT du Pas-de-Calais (19,6 ETP), du Nord (8,7 ETP, dont 7,3 pour les CRT du Hainaut et 1,4 pour celui de la Métropole-Flandres) et de l'Oise (6,8 ETP). Les CRT de l'Aisne et de la Somme totalisent respectivement 3,3 et 3,2 ETP.

Cela correspond à une moyenne de 3,8 ETP par CRT régional, répartie comme suit :

- 4,9 ETP en moyenne par CRT du Pas-de-Calais ;
- 3,4 ETP en moyenne par CRT de l'Oise ;
- 3,3 ETP en moyenne par CRT de l'Aisne ;
- 3,2 ETP en moyenne par CRT de la Somme ;
- 2,9 ETP en moyenne par CRT du Nord, dont :
 - 3,7 ETP en moyenne par CRT du Hainaut
 - 1,4 ETP en moyenne par CRT de la Métropole-Flandres.

Nombre moyen d'ETP par CRT, en 2024



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

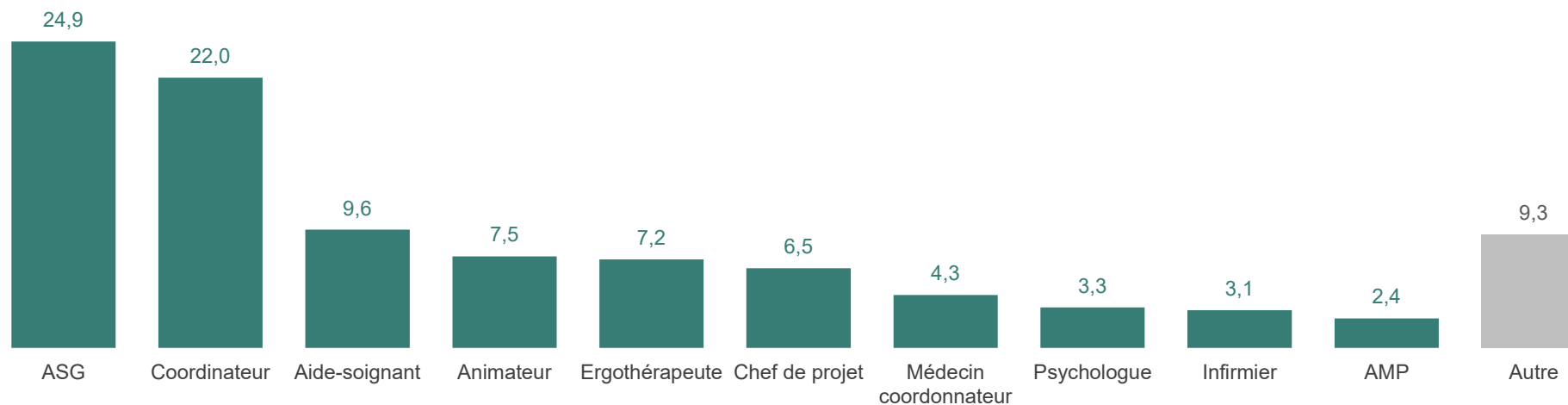
En 2024, la répartition des ETP au sein des CRT régionaux montre une prédominance des assistants en soin de gérontologie, qui représentent 24,9 % des ETP, suivis de près par les coordinateurs avec 22,0 %.

D'autres professions sont également représentées, dans une moindre mesure : les aides-soignants comptent pour 9,6 % de la répartition, les animateurs pour 7,5 %, les ergothérapeutes pour 7,2 %, les chefs de projet pour 6,5 %, les médecins coordonnateurs pour 4,3 %, les psychologues pour 3,3 % et les infirmiers pour 3,1 %. Les aides médico-psychologiques ferment la marche avec 2,4 % de la répartition régionale des ETP. Les coordinateurs ont différents profils : infirmier, dont IDE ou IDEC, responsable de service et ergothérapeutes. Aucun psychomotricien n'a exercé dans un CRT des Hauts-de-France en 2024.

Enfin, 9,3 % des ETP sont attribués à d'autres professionnels, tels que les comptables (dans la moitié des CRT du Pas-de-Calais), des secrétaires ou une assistante sociale (dans un CRT du Hainaut). Le CRT de Somain, dans le Hainaut, indique également employer un infirmier en pratique avancée ainsi qu'un psychologue mis à disposition par le centre hospitalier, sans toutefois préciser les ETP correspondants.

Répartition des ETP des CRT selon la profession, en 2024 (en %)

dans les Hauts-de-France



selon l'unité géographique*

	ASG	Coordinateur	Aide-soignant	Animateur	Ergothérapeute	Chef de projet	Médecin coordonnateur	Psychologue	Infirmier	AMP	Autre
Aisne	47,7	7,6	0,0	0,0	6,1	9,1	2,7	6,1	20,7	0,0	0,0
Nord	0,0	40,2	11,5	5,7	8,0	13,8	5,7	2,3	0,0	0,0	12,6
Nord - TDS Hainaut	0,0	34,2	13,7	6,8	8,2	16,4	4,1	1,4	0,0	0,0	15,1
Nord - TDS Métropole - Flandres	0,0	71,4	0,0	0,0	7,1	0,0	14,3	7,1	0,0	0,0	0,0
Oise	0,0	29,4	29,4	1,5	1,5	14,7	5,9	2,9	0,0	14,7	0,0
Pas-de-Calais	39,8	15,3	0,0	12,7	10,2	0,0	4,1	3,9	0,0	0,0	14,0
Somme	31,3	12,5	31,3	0,0	0,0	6,3	0,0	0,0	18,8	0,0	0,0

* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

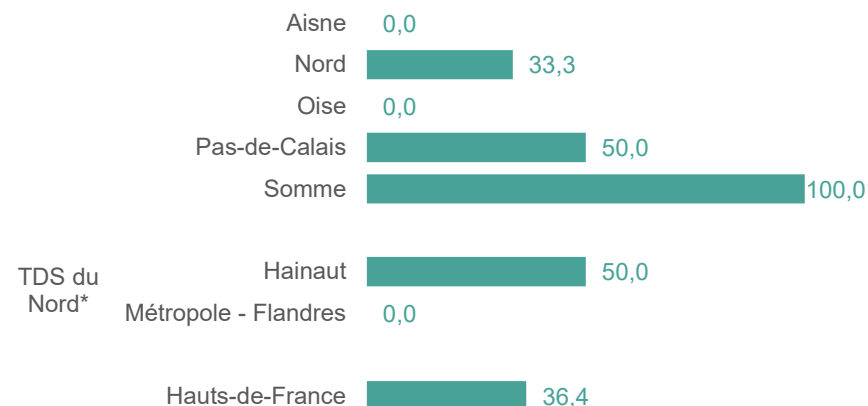
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Intervention du personnel du CRT en dehors de la structure

En 2024, 36,4 % des CRT des Hauts-de-France ont vu leurs professionnels intervenir en dehors de la structure. C'est le cas du CRT de la Somme, de la moitié des CRT du Pas-de-Calais et du Hainaut, ce qui représente, par extension, un tiers des CRT du Nord. En revanche, les CRT de l'Aisne, de l'Oise et de la Métropole-Flandres n'ont pas été concernés.

Les formes d'intervention ont varié selon les territoires. Dans le Pas-de-Calais, elles ont consisté en des visites à domicile, une participation à des forums et des présentations du CRT auprès de partenaires. Dans la Somme, les professionnels ont mené des visites à domicile, animé des activités occupationnelles et réalisé des accompagnements auprès des partenaires. Dans le Hainaut, le personnel a participé à la journée de psychogériatrie ainsi qu'à une commission médico-sociale organisée par la filière gériatrique.

Part de CRT dont le personnel a réalisé des interventions en dehors de la structure, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

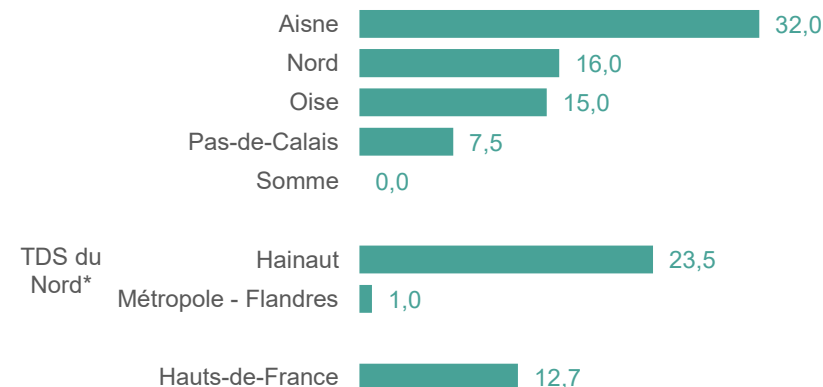
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Réalisation d'actions de communication au cours de l'année

En 2024, 90,9 % des CRT de la région ont mené des actions de communication, soit l'ensemble des structures à l'exception de celle de la Somme.

Au total, 140 actions ont été recensées. Parmi elles, 57,9 % ont pris la forme de rencontres avec les partenaires, organisées dans chaque territoire sauf dans la Métropole-Flandres. Les flyers et publications représentent 23,6 % des actions, concentrées dans le Hainaut et l'Oise. Les réunions d'information comptent pour 5,0 %, réalisées dans l'Aisne et l'Oise. Les journées à thème ou lors d'événements divers représentent également 5,0 %, observées dans la Métropole-Flandres et le Pas-de-Calais. D'autres formes d'action ont été moins fréquentes : 3,6 % sous la forme de groupes de travail dans l'Aisne, 2,9 % sous forme de comités de coordination dans le Pas-de-Calais, et 2,1 % sous la forme de colloques ou conférences dans le Pas-de-Calais et l'Oise.

Nombre moyen d'actions de communication par CRT, en 2024



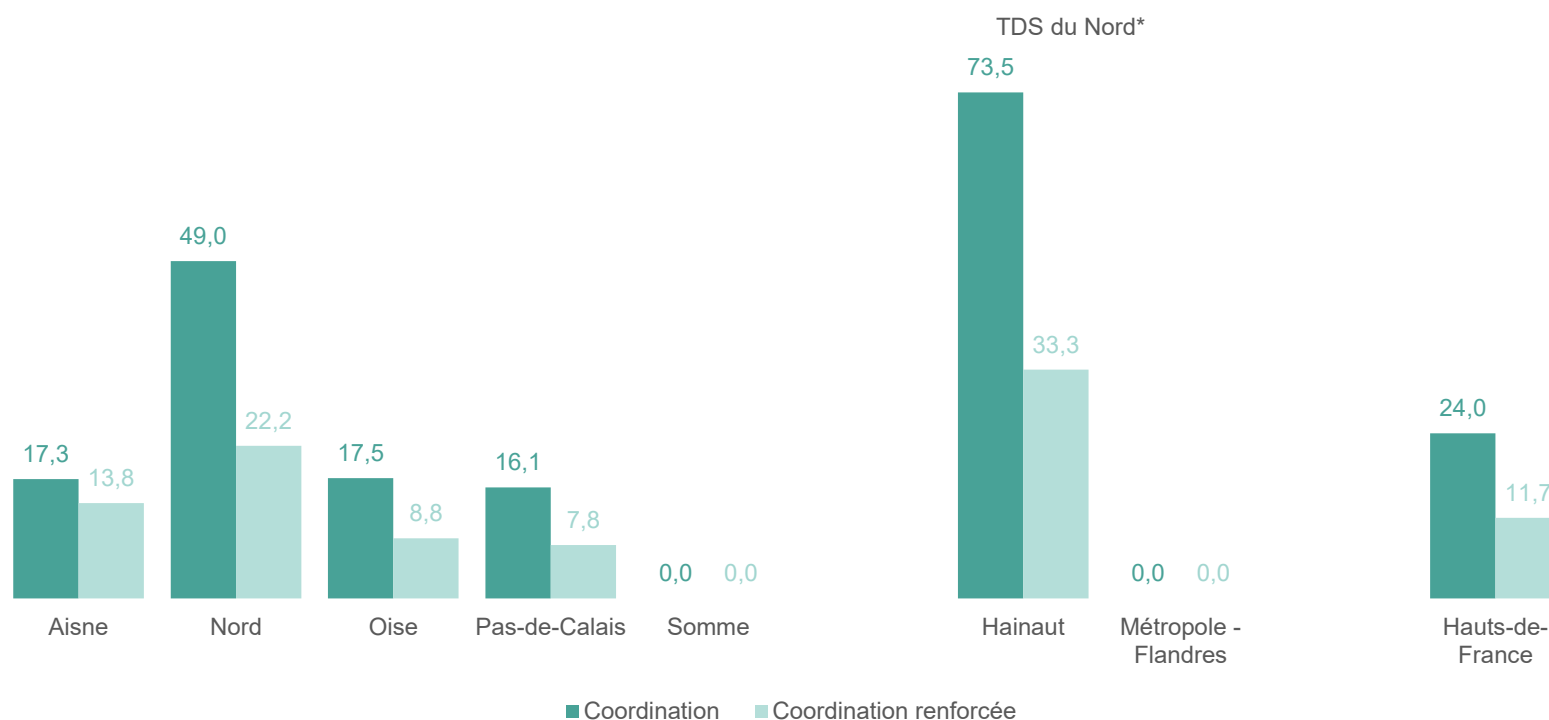
* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Organisation de la coordination au sein du CRT

En 2024, dans les Hauts-de-France, 24,0 heures hebdomadaires sont en moyenne consacrées à la coordination, dont 11,7 heures à la coordination renforcée. Sur certains territoires de démocratie sanitaire, comme dans l'Oise, les CRT ont consacré à la coordination renforcée la moitié du temps dédié à la coordination (8,8 heures sur 17,5). C'est également le cas dans le Pas-de-Calais, mais dans une moindre mesure (7,8 heures consacrées à la coordination renforcée sur 17,5 heures de coordination). Les CRT du Hainaut présentent un cas similaire (33,3 heures sur 73,5 heures), bien que le volume total consacré à la coordination y soit nettement plus élevé. Dans l'Aisne, la majeure partie du temps consacré à la coordination est dédiée à la coordination renforcée (13,8 heures sur 17,3 heures). Les CRT de la Somme et de la Métropole-Flandres n'ont pas indiqué de temps consacré à la coordination.

Temps moyen consacré à la coordination et à la coordination renforcée par CRT, en 2024 (en heures)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Dans l'Aisne, la coordination dans le cadre du volet 2 est assurée par une Idec. Celle-ci assure les évaluations, le suivi des bénéficiaires et coordonne les interventions internes et externes. De plus, elle assure une communication centralisée afin de coordonner les informations essentielles auprès des acteurs intervenants autour du patient. La mise en œuvre du volet 1 est assurée par la responsable de service. L'étude des nouvelles demandes, la coordination des besoins de prise en charge et la clôture des situations pour lesquelles le CRT n'agit plus sont étudiées dans une réunion hebdomadaire. Cette réunion peut d'ailleurs être ouverte aux intervenants externes dans le cadre d'une prise en charge spécifique, uniquement sur le temps d'échange autour du bénéficiaire. Les différentes informations sont centralisées et coordonnées grâce à un logiciel.

Dans le Hainaut, les demandes d'admission arrivent *via* le Clic et le DAC (particulièrement pour un des deux CRT), la coordination repose sur l'animation du dialogue entre le CRT et les actions menées. De plus, le CRT entretient les relations avec les partenaires externes et internes. Dans les deux CRT du Hainaut, la coordination est assurée par l'Idec qui facilite les liens entre les différents partenaires impliqués (intervenants, partenaires de ville) et propose un plan d'accompagnement personnalisé pour le bénéficiaire. L'Idec effectue une veille active de la situation.

Système d'information mis en place

Le CRT de l'Aisne et certains CRT du Pas-de-Calais utilisent le dispositif Dôme pour assurer la coordination. Ces derniers ont également recours à Télégrafik pour la téléassistance et l'altimétrie. Pour le suivi des dossiers des bénéficiaires, certains CRT du Pas-de-Calais utilisent des classeurs individuels, tandis que celui de l'Aisne s'appuie sur la suite Arcad, en particulier sur la solution web Apologic. Un CRT du Pas-de-Calais indique aussi utiliser le dispositif Presage pour l'identification du risque

Dans l'Oise, l'organisation est mise en place sur un modèle partenarial. Les CRT proposent des services complémentaires aux dispositifs déjà existants, en les réalisant directement ou en activant les ressources territoriales disponibles. La coordination autour du bénéficiaire est assurée par l'Idec et le médecin coordonnateur qui sollicitent les différents partenaires gravitant autour de l'usager. De plus, la coopération et la coordination sont mises en œuvre à travers une instance de pilotage et des réunions de coordination régulières impliquant l'ensemble des parties prenantes : acteurs du domicile et de la ville, filières gériatriques, associations, CCAS, département et DAC.

Dans le Pas-de-Calais, le personnel du CRT se réunit de façon mensuelle pour synthétiser toutes les transmissions orales et écrites autour des bénéficiaires accompagnés. Les partenaires les plus adaptés aux besoins du bénéficiaire sont contactés par le CRT, et au besoin, des réunions de coordination avec ces derniers peuvent être organisées. Les plans personnalisés de coordination en santé sont rédigés de manière collaborative.

La Métropole-Flandres et la Somme n'ont pas communiqué sur la manière dont la coordination est organisée.

d'hospitalisation à 14 jours. Dans l'Oise, un CRT recourt à Apoweb, tandis qu'un CRT du Hainaut utilise les logiciels Globule et Pandalab. Enfin, les échanges par mails et appels téléphoniques restent des outils couramment mobilisés dans la majorité des CRT. Le CRT de la Somme indique ne pas utiliser de système d'information, tandis que celui de la Métropole-Flandres n'a pas précisé s'il en utilise un.

FONCTIONNEMENT DES PROFESSIONNELS

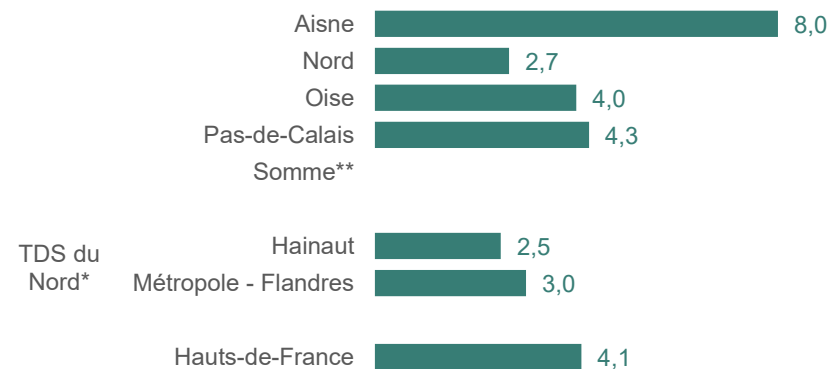
Formations

Sur les onze CRT ayant déclaré une activité en 2024, seul le CRT de la Somme indique que ses professionnels n'ont pas bénéficié de formations au cours de l'année.

Parmi ces CRT, en moyenne, les professionnels ont été en mesure de bénéficier de 4,1 formations réparties comme suit : 8,0 dans l'Aisne, 4,3 dans le Pas-de-Calais, 4,0 dans l'Oise et 2,7 dans le Nord (dont 2,5 dans le Hainaut et 3,0 dans la Métropole-Flandres). Ainsi, 4,6 professionnels de la région ont bénéficié en moyenne de 122,4 heures de formation, dont 6 professionnels dans l'Aisne (302,5 heures), 5,8 professionnels dans le Pas-de-Calais (184,75 heures), 3,6 professionnels dans le Nord, dont 3,5 professionnels dans le Hainaut et 4,0 dans la Métropole-Flandres sur, respectivement, 30,8 heures, 32,8 heures et 27,0 heures. Enfin, dans les CRT de l'Oise, en moyenne 3,0 professionnels ont été formés sur 44,8 heures.

Ainsi, les CRT de l'Aisne et du Pas-de-Calais témoignent d'une forte intensité de formation (50,4 et 33,2 heures par professionnel), comparativement aux CRT du Nord et de l'Oise, où le nombre d'heures de formation par professionnel est respectivement de 7,8 heures et 12,3 heures.

Nombre moyen de formations réalisées par professionnels de CRT, en 2024

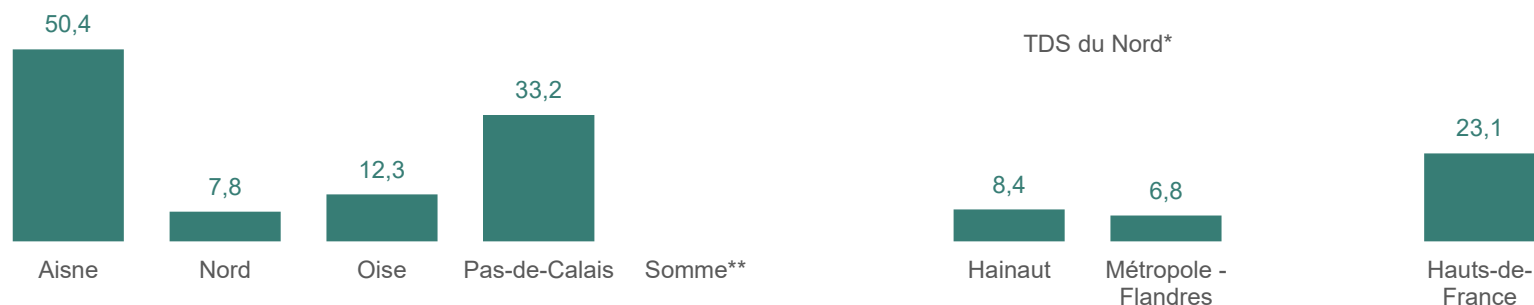


* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

** Les professionnels du CRT de la Somme n'ont pas réalisé de formations.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Nombre moyen d'heures de formations par professionnels de CRT, en 2024



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

** Les professionnels du CRT de la Somme n'ont pas réalisé de formations.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Les formations ont porté sur quatre grands thèmes : l'amélioration de la prise en charge et l'accompagnement des patients, les compétences humaines, relationnelles et éthiques, la santé publique, la prévention et le travail collectif et les formations à des outils et compétences techniques. En détail, voici la liste des formations dont ont bénéficié les professionnels des CRT :

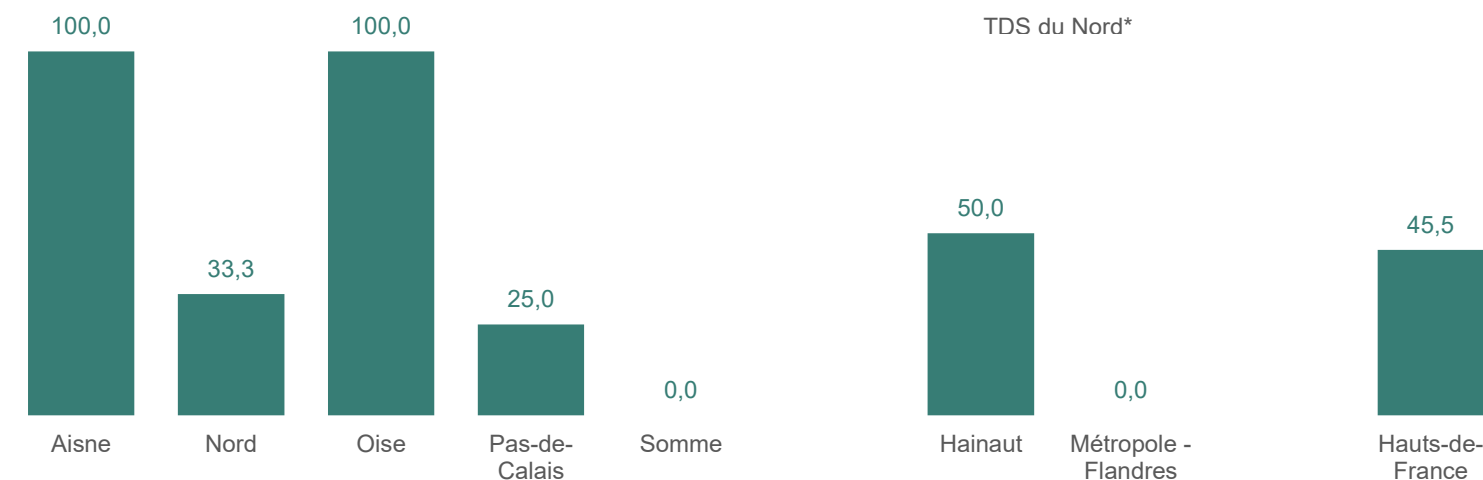
- Les formations / sensibilisations visant à améliorer la prise en charge et l'accompagnement des patients :
 - des colloques autour de la chute avec Parc-SeP (Pas-de-Calais) ;
 - la prise en charge des patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée (Oise) ;
 - l'accompagnement du handicap (Aisne) ;
 - les soins palliatifs (Aisne) ;
 - l'hygiène bucco-dentaire (Pas-de-Calais) ;
 - la bientraitance à domicile (Oise) ;
 - la maladie de Parkinson (Oise) ;
 - Formation spécialisée d'assistant de soins en gériatrie (Aisne et Pas-de-Calais) ;
 - l'accompagnement de fin de vie (Oise) ;
 - les soins de manutention (Pas-de-Calais) ;
 - le recueil des conditions favorables au développement d'un projet de prévention (Pas-de-Calais).
- Les formations autour des compétences humaines, relationnelles et éthiques ont eu comme thèmes :
 - les formations à l'humanité (Pas-de-Calais et Métropole-Flandres) ;
 - la réflexion éthique et les pratiques soignantes (Oise) ;
 - l'inégalité des sexes (Oise) ;
 - l'intelligence émotionnelle (Aisne) ;
 - l'hypnose (Aisne) ;
 - les séminaires de psychologues (Aisne) ;
- Celles autour de la santé publique, de la prévention et du travail collectif ont regroupé :
 - les formations promotion santé Hauts-de-France (Pas-de-Calais et Hainaut) ;
 - la gestion du stress et des émotions (Oise) ;
 - la modulation du temps de travail (Aisne) ;
 - la prévention des risques environnementaux et physiques au travail (Hainaut) ;
 - les digues d'épuisement des aidants (Hainaut) ;
 - formation autour de l'éthique en Ehpad (Pas-de-Calais) ;
 - conception d'actions collectives avec les habitants (Pas-de-Calais).
- Enfin, les formations autour des outils et compétences techniques ont porté sur :
 - des formations aux gestes de soins et d'urgence, 1 et 2 (Pas-de-Calais) ;
 - des formations diplômantes comme ASG ou Dumos (Pas-de-Calais) ;
 - des formations à différents outils informatiques, comme Excel, Outlook et autres (Métropole-Flandres, Hainaut et Aisne).

FINANCEMENTS

En 2024, dans les Hauts-de-France, aucun CRT n'a bénéficié de financement supplémentaire, hormis ceux accordés par l'ARS, et aucun d'entre eux n'a mis en place une participation financière des usagers pour les différentes prestations proposées.

Dans le cadre du volet 2, 45,5 % des CRT de la région proposent une offre accessible financièrement, dont 100,0 % des CRT de l'Oise et de l'Aisne, 33,3 % des CRT du Nord (50,0 % des CRT du Hainaut) et 25,0 % des CRT du Pas-de-Calais. Le CRT de la Métropole-Flandres et celui de la Somme ne l'offrent pas. Le CRT de l'Aisne finance les interventions des ASG et la domotique connectée ; en revanche, les financements d'aide à domicile ainsi que les autres prestations du droit commun sont à la charge du bénéficiaire. Les CRT de l'Oise proposent, en cas de besoin, des facilités d'admission à l'Ehpad, ainsi qu'une participation financière n'excédant pas 30,0 % pour les prestations renforcées. Dans un CRT du Hainaut, une majeure partie des prestations est assurée financièrement par le CRT via un budget dédié à cet effet. Enfin, le CRT du Pas-de-Calais affirme proposer une offre financièrement accessible en mobilisant les aides existantes (comme l'APA ou l'aide sociale) pour limiter le reste à charge des bénéficiaires. Un contrat d'accompagnement est signé pour bénéficier des prestations de base, tandis que les prestations optionnelles, si elles existent, nécessitent l'accord explicite du bénéficiaire. Le CRT s'engage également à travailler en partenariat avec son écosystème pour améliorer la qualité et la couverture de l'offre à destination des personnes âgées et de leurs aidants.

Part de CRT proposant une offre accessible financièrement dans le cadre du volet 2, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

PARTENARIATS

Conventions signées avec les acteurs du territoire

En 2024, dans les Hauts-de-France, 113 conventions ont été signées avec les acteurs du territoire. Parmi elles, 25,7 % l'ont été avec les services à domicile, 23,9 % avec une SAAD, 17,7 % avec des Ehpad, 10,6 % avec des établissements de santé, 8,0 % avec des SSIAD, et 3,5 % avec des Esad. Les équipes mobiles, les Spasad, les Esprad et les HAD représentent chacun 2,7 % des conventions signées.

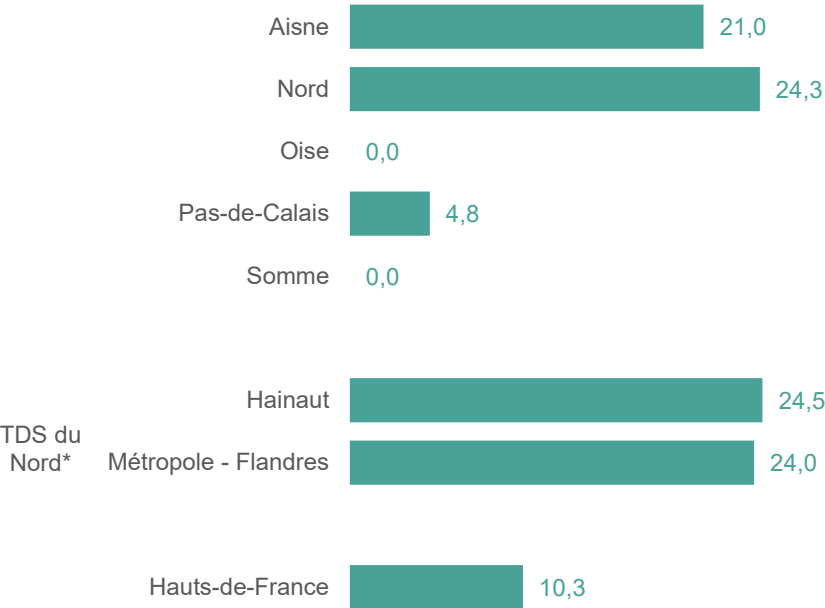
Dans l'Aisne, 21 conventions ont été établies. Parmi elles, 33,3 % concernent les Ehpad, 19,0 % les établissements de santé et autant les SSAS, 9,5 % les Équipes spécialisées Alzheimer à domicile (Esad), les équipes mobiles, les SSIAD, les Esprad et les HAD ont chacun compté pour 4,8 %. Aucune convention n'a été signée avec les services à domicile ni avec les SPASAD.

Dans le Nord, 73 conventions ont été signées, dont 49 dans le Hainaut et 24 dans la Métropole-Flandres. Les services à domicile représentent 35,6 % des conventions (38,8 % dans le Hainaut et 29,2 % dans la Métropole-Flandres), les SSAS 23,3 % (28,6 % et 12,5 % respectivement), les Ehpad 16,4 % (18,4 % et 12,5 %), les SSIAD 8,2 % (6,1 % et 12,5 %), les Spasad 4,1 % (identique dans les deux zones), les établissements de santé également 4,1 % (2,0 % et 8,3 %), les HAD 2,7 % (2,0 % et 4,2 %), et les équipes mobiles 2,7 %, uniquement dans la Métropole-Flandres (8,3 %). Enfin, les Esad et les Esprad représentent 1,4 % des conventions, dont 4,2 % pour le CRT de la Métropole-Flandres.

Dans le Pas-de-Calais, sur les 19 conventions signées, 31,6 % l'ont été avec les SSAS, 26,3 % avec les établissements de santé, 15,8 % avec les services à domicile, 10,5 % avec les SSIAD, tandis que les Esprad, les Esad et les Ehpad représentent chacun 5,3 %. Aucune convention n'a été signée avec les équipes mobiles et les HAD.

Enfin, dans l'Oise et la Somme, aucune convention n'a été signée en 2024.

Nombre moyen de conventions signées par CRT, en 2024

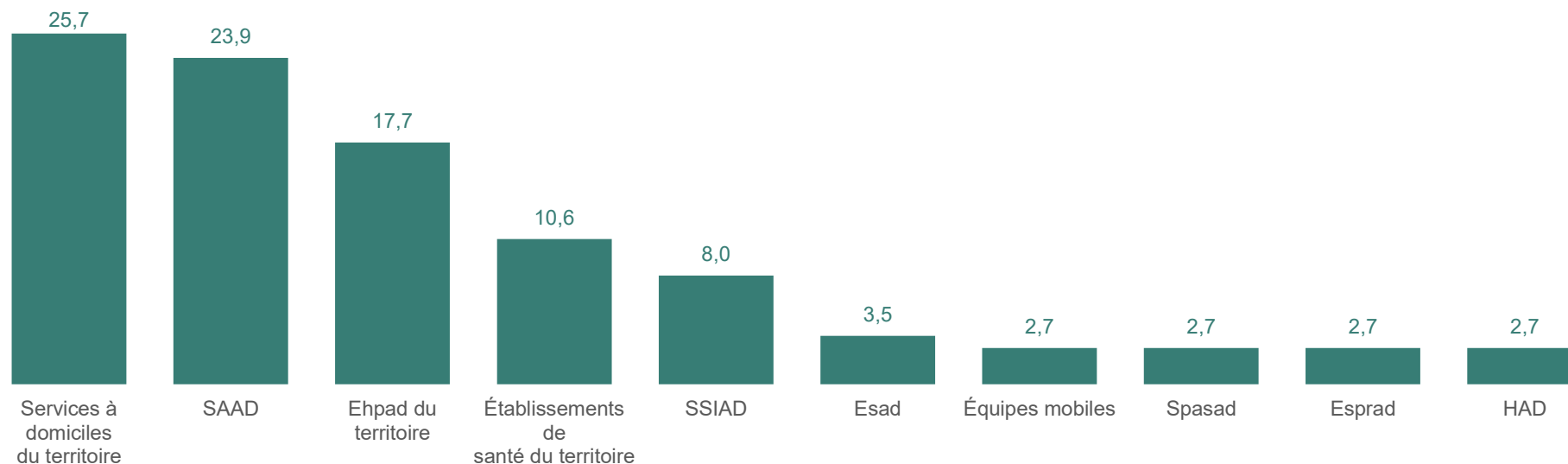


* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Répartition des acteurs du territoire avec lesquels les CRT ont signé une convention, en 2024 (en %)

dans les Hauts-de-France



selon l'unité géographique*

	Services à domiciles du territoire	SAAD	Ehpad du territoire	Établissements de santé du territoire	SSIAD	Esad	Équipes mobiles	Spasad	Esprad	HAD
Aisne	0,0	19,0	33,3	19,0	4,8	9,5	4,8	0,0	4,8	4,8
Nord	35,6	23,3	16,4	4,1	8,2	1,4	2,7	4,1	1,4	2,7
Nord - TDS Hainaut	38,8	28,6	18,4	2,0	6,1	0,0	0,0	4,1	0,0	2,0
Nord - TDS Métropole - Flandres	29,2	12,5	12,5	8,3	12,5	4,2	8,3	4,2	4,2	4,2
Oise	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pas-de-Calais	15,8	31,6	5,3	26,3	10,5	5,3	0,0	0,0	5,3	0,0
Somme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Convention de partenariat ou charte d'engagement avec...

... les DAC

En 2024, 54,6 % des CRT de la région ont signé une convention de partenariat ou une charte d'engagement avec les DAC, dont l'ensemble des CRT de l'Aisne et du Nord, 50,0 % des CRT de l'Oise et 25,0 % de ceux du Pas-de-Calais. Dans l'Aisne, un groupe de travail est en place pour formaliser la convention, mais ce travail est suspendu en attente du groupe de travail porté par l'ARS. Un CRT du Hainaut indique avoir signé une convention de partenariat, et l'autre précise que la convention a été signée lors de l'appel à projets. Dans la Métropole-Flandres, la convention a été signée avec le DAC Appui Santé du Ferrain. Dans un CRT de l'Oise, la convention est en cours de rédaction.

... les filières gériatriques

En 2024, 27,3 % des CRT de la région ont signé une convention de partenariat ou une charte d'engagement avec les filières gériatriques, soit les CRT de l'Aisne et du Hainaut. Dans l'Aisne, la formalisation est toujours en cours au sein d'un groupe de travail piloté par la filière gériatrique Sud Aisne. Dans le Hainaut, une convention a été signée, et l'autre CRT indique que la signature a eu lieu lors de la réponse à l'appel à candidatures.

... les plateformes d'accompagnement et de répit

45,5 % des CRT de la région ont signé une convention ou une charte d'engagement avec les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR), incluant l'ensemble des CRT de l'Aisne et du Nord, ainsi que la moitié de ceux de l'Oise. Dans l'Aisne, une convention avec la PFR portée par le centre hospitalier de Villers-Saint-Denis est en cours de rédaction. Dans le Hainaut, une convention a été signée, et l'autre CRT mentionne une signature durant l'appel à candidatures. La Métropole-Flandres a signé une convention avec la PFR. Dans l'Oise, les conventions sont en cours d'élaboration avec les partenaires concernés.

... les associations d'usagers

Aucun CRT de la région n'a signé de convention ou de charte d'engagement avec les associations d'usagers.

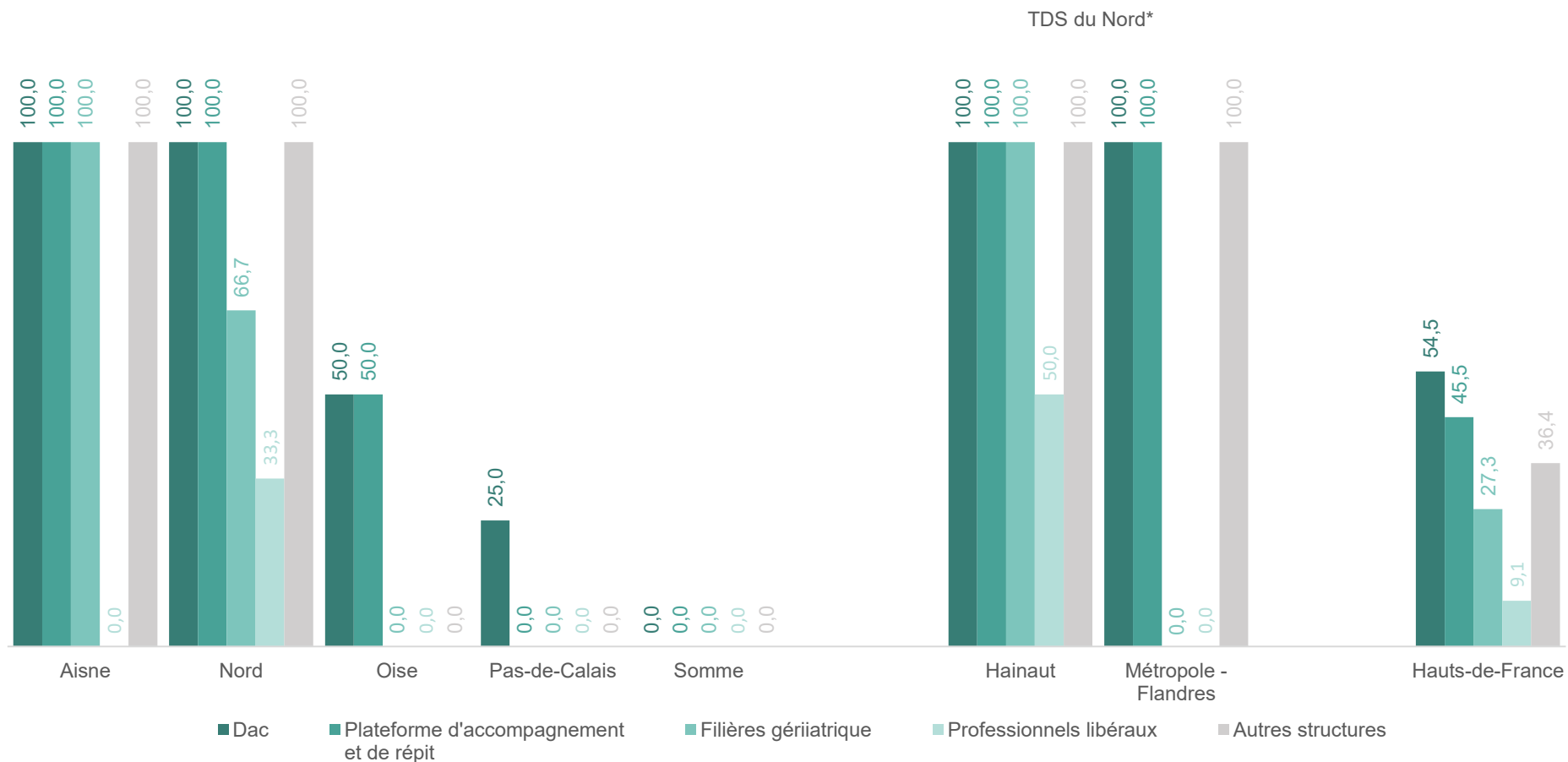
... les professionnels libéraux

9,1 % des CRT de la région ont signé une convention ou une charte d'engagement avec des professionnels libéraux, soit un seul CRT, situé dans le Hainaut. Ce dernier indique avoir signé avec l'Association des infirmiers libéraux du Hainaut (ADILH).

... d'autres structures

36,4 % des CRT ont signé une convention ou une charte avec diverses structures. Le CRT de l'Aisne a signé avec les ADSEA, France Alzheimer et le Clic du Soissonnais. Les CRT du Hainaut ont signé avec les Clic, les CCAS, les SSIAD, les Spasad, les SAD, les HAD et les communautés de communes. Le CRT de la Métropole-Flandres a signé avec le Clic.

Répartition des CRT ayant signé une convention ou charte d'engagement selon le partenaire, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Gouvernance mise en place

Dans les Hauts-de-France, la gouvernance avec les partenaires des CRT est structurée, mais demeure hétérogène : certains territoires privilégient des comités de pilotage annuels élargis à l'ensemble des acteurs, tandis que d'autres adaptent leur organisation en fonction des dynamiques locales et des spécificités territoriales.

Ainsi, le CRT de l'Aisne fonctionne principalement avec des COPIL, organisés une fois par an, avec l'ensemble des partenaires du territoire : les Ehpad, les SAAD, les professionnels libéraux, les équipes mobiles, les PFR, les dispositifs de coordination ou tout autre dispositif en lien avec la prise en charge de personnes âgées à domicile. Avec les partenaires principaux et la filière gériatrique, le CRT organise un COPIL opérationnel annuel ainsi que des réunions de suivi des travaux en cours organisées de manière trimestrielle.

Dans les CRT du Hainaut, la gouvernance est organisée, en interne, au sein du centre hospitalier de Somain. Pour le second CRT, la gouvernance s'appuie sur un partenariat avec le Centre hospitalier du Quesnoy *via* l'Ehpad Vauban, afin d'assurer une offre de proximité.

Au sein du CRT de la Métropole-Flandres, un comité stratégique est organisé avec les différents centres hospitaliers du territoire (Tourcoing, Roubaix, Wattrelos, Wasquehal), les CCAS (Roubaix et Tourcoing) ainsi qu'un EHPAD et le groupe Orchidées.

Au cours de l'année 2024, un CRT de l'Oise a organisé sept réunions de coordinations avec les SAD, les DAC et le conseil départemental. De plus, de Copil de gouvernance ont eu lieu avec ces différents partenaires (les DAC, l'ADAHAP, les SSIAD, l'ASSCO, les CCAS de Nogent-sur-Oise et celle de Creil, les coordonnateurs de la filière gériatrique, les PFR, Auxilife, Adomcile 60, les ADMR de l'Oise ainsi que les Ehpad. Le second CRT n'a pas précisé la gouvernance mise en place.

Un CRT du Pas-de-Calais a mis en place une gouvernance en lien avec ses différents partenaires (services à domicile, résidence autonomie) à travers des échanges téléphoniques et des mails. Dans un second CRT, en plus de ces échanges à distance, des réunions ont également été organisées avec les partenaires du territoire, notamment les services à domicile, les résidences autonomie, les ESA et l'ESPRAD. Enfin, dans un troisième CRT, la gouvernance s'articule autour d'un comité opérationnel qui s'appuie sur l'organisation de trois comités de pilotage annuels et sur la mise en place de groupes de travail thématiques, rassemblant une grande diversité d'acteurs de terrain : les PFR, les DAC, les Esprad, les Ema, les filières gériatriques, les CPTS, la Maison de l'Autonomie, ainsi que des représentants des SAAD, SSIAD, Spasad, HAD, associations d'aidants, ESPIC, GHT, Ehpad, services sociaux, mairies, CCAS, conseil départemental et ARS.

Le CRT de la Somme a mis en place un comité de pilotage en juin 2024 avec la plupart de ses partenaires : DAC, la maison départementale des solidarités et de l'insertion (MDSI), les SSIAD, les IDE libéraux, les Esa, le centre Hospitalier intercommunal Montdidier-Roye, les HAD, les Ehpad, les SAAD, les PFR, le dispositif expérimental Asalée (action de santé libérale en équipe) et la AJ.

Niveau de satisfaction des partenaires

Seuls deux CRT, l'un dans l'Oise et l'autre dans le Pas-de-Calais, ont recueilli le niveau de satisfaction des partenaires à l'égard du dispositif. Ces retours ont été collectés lors de comités de pilotage et sont globalement positifs. Le CRT du Pas-de-Calais précise que les partenaires reconnaissent la plus-value du dispositif sur le territoire.

OFFRE SUR LE TERRITOIRE

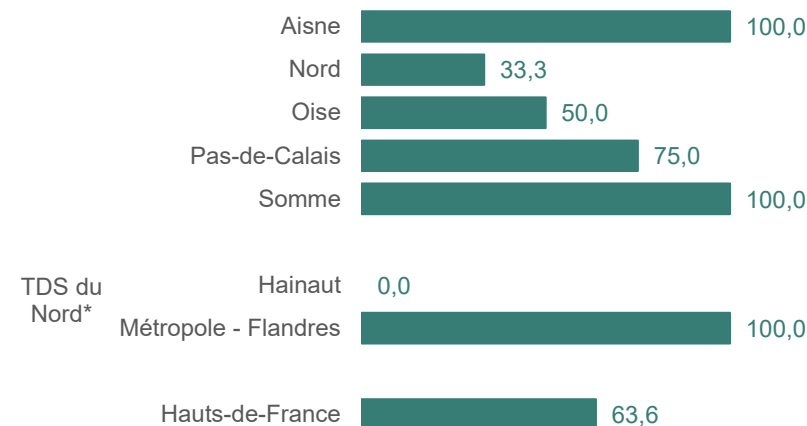
Difficultés dans la mise en œuvre des CRT

En 2024, dans les Hauts-de-France, 63,6 % des CRT ont admis avoir rencontré des difficultés dans la mise en œuvre du CRT, dont ceux de l'Aisne, de la Métropole-Flandres et de la Somme, ainsi que 75,0 % des CRT du Pas-de-Calais et 50,0 % de ceux de l'Oise.

Les principales difficultés rencontrées par les CRT tiennent à la coexistence de nombreux dispositifs déjà présents sur le territoire. Cette densité rend complexe l'identification du rôle spécifique des CRT. Des difficultés à établir des liens avec les professionnels de santé, notamment libéraux, sont signalées, tout comme la crainte d'intervenir en doublon lors des interventions à domicile. Par ailleurs, dans le Pas-de-Calais, certains CRT s'interrogent sur leur capacité à accompagner plus de 30 personnes dans le cadre du volet 2, tant le dispositif rencontre un succès croissant. Enfin, l'Aisne ajoute que l'impact politique généré par le CRT ralentit et complexifie son déploiement.

Les CRT du Hainaut n'ont pas indiqué avoir rencontré de difficulté dans la mise en œuvre de leurs CRT.

CRT indiquant avoir rencontré des difficultés, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Bénéfices observés depuis la mise en œuvre des CRT

En 2024, 90,9 % des CRT de la région ont pu observer des bénéfices sur leur territoire depuis la mise en œuvre du CRT. Seul un CRT de l'Oise n'a pas été en mesure de les observer. Les principaux bénéfices concernent les bénéficiaires eux-mêmes : fluidité du parcours de soins, bien-être des personnes accompagnées, diminution de l'isolement, facilité d'admission en Ehpad, meilleure sécurisation du domicile. Certains CRT indiquent également que le CRT facilite la coordination entre les différents dispositifs et professionnels de santé.

Observations générales

Trois cinquièmes des CRT de la région ont tenu à formuler des remarques générales.

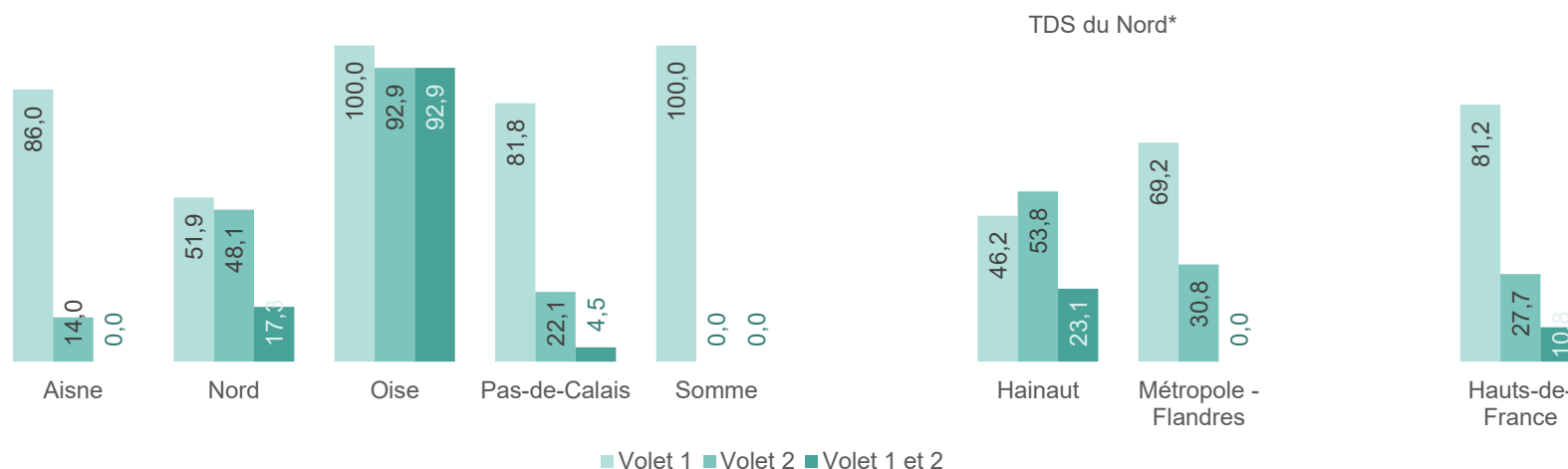
Parmi celles-ci, les CRT du Pas-de-Calais tiennent à souligner les bénéfices apportés par le dispositif aux personnes âgées, ainsi que l'importance de l'interopérabilité des systèmes d'information et le fonctionnement constant du système pour assurer la réussite de la coordination renforcée. Enfin, pour garantir la réussite du volet 1, un CRT du Pas-de-Calais indique qu'il est nécessaire d'inculquer une culture de la prévention auprès des bénéficiaires et des acteurs gravitant autour. Un CRT du Hainaut indique que le dispositif constitue une réelle plus-value pour les personnes âgées, les aidants et les professionnels de santé. De plus, le CRT a été bien compris l'intérêt du dispositif sur le territoire, et les partenaires le perçoivent positivement. Concernant les commentaires négatifs, le CRT de la Métropole-Flandres signale une lourdeur administrative, et un CRT de l'Oise indique avoir dû financer l'intégralité de l'installation, en attendant le budget alloué par l'ARS.

FILE ACTIVE DES CRT (VOLETS 1 ET 2)

En 2024, dans les CRT de la région, parmi les 628 personnes âgées de la région ayant bénéficié d'une prestation, 81,2 % d'entre eux ont bénéficié d'une prestation du volet 1, 27,7 % d'une prestation du volet 2 et 10,8 % d'entre eux de chacune de ces deux prestations.

Au sein de la région, ces parts peuvent fortement varier selon les territoires de démocratie sanitaire. Dans l'Oise, tous les usagers ont bénéficié d'une prestation du volet 1 et 92,8 % d'entre eux ont également reçu une prestation du volet 2. Dans la Somme, la totalité des usagers a bénéficié d'une prestation du volet 1, mais aucun n'a reçu une prestation du volet 2. Dans les CRT de l'Aisne et de la Métropole-Flandres, une majorité des bénéficiaires a eu accès aux prestations du volet 1 (respectivement 86,0 % et 69,2 %), tandis qu'une minorité a bénéficié du volet 2 (14,0 % et 30,8 %). Aucun usager n'a cumulé les 2 volets. Les CRT du Pas-de-Calais sont également concernés, mais dans une moindre mesure : 88,1 % ont bénéficié du volet 1 ; 22,1 % du volet 2 ; 4,5 % des 2 volets. Enfin, le Hainaut se démarque par une répartition plus équilibrée entre les 2 volets : 46,2 % des usagers ont reçu une prestation du volet 1, 53,8% du volet 2.

Répartition des usagers ayant bénéficié d'une prestation selon le type d'action, en 2024 (en %)



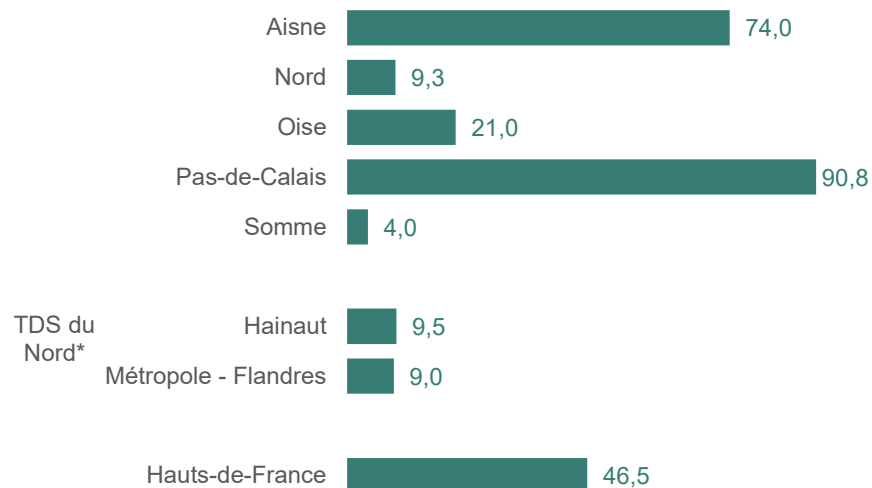
* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

FILE ACTIVE DES CRT POUR LE VOLET 1

En 2024, 511 personnes âgées ont bénéficié d'une prestation du volet 1 dans l'un des CRT de la région, soit une moyenne de 46,5 personnes âgées par CRT. La grande majorité d'entre elles, soit 71,0 %, provient des CRT du Pas-de-Calais, avec une moyenne de 90,8 bénéficiaires par CRT. Le CRT de l'Aisne a accueilli 14,5 % des bénéficiaires régionaux, soit 74,0 bénéficiaires en moyenne par CRT du territoire. Les bénéficiaires de l'Oise représentent 8,2 % de l'ensemble régional, avec une moyenne de 21,0 bénéficiaires par CRT. Dans le Nord, la moyenne est de 9,3 bénéficiaires par CRT, répartis entre le Hainaut (9,5 bénéficiaires en moyenne, soit 3,7 % des bénéficiaires régionaux) et la Métropole-Flandres (9,0 bénéficiaires en moyenne, soit 1,7 %). Enfin, le CRT de la Somme a accueilli 0,8 % des bénéficiaires du volet 1, avec une moyenne de 4,0 bénéficiaires par CRT.

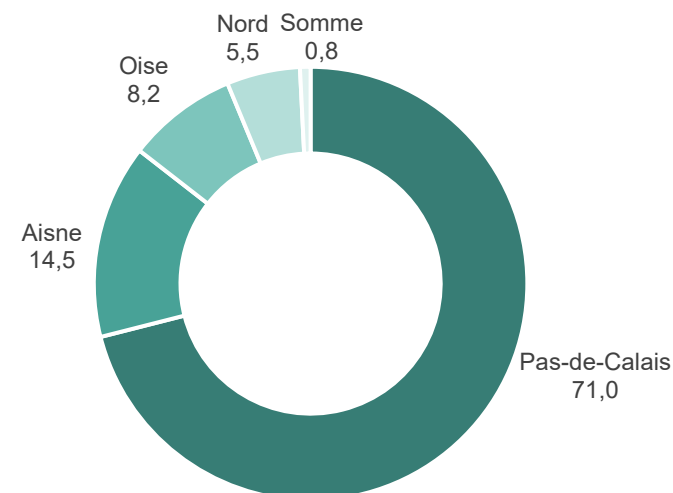
Nombre moyen de bénéficiaires du volet 1, en 2024



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Répartition des bénéficiaires du volet 1 selon le département, en 2024 (en %)

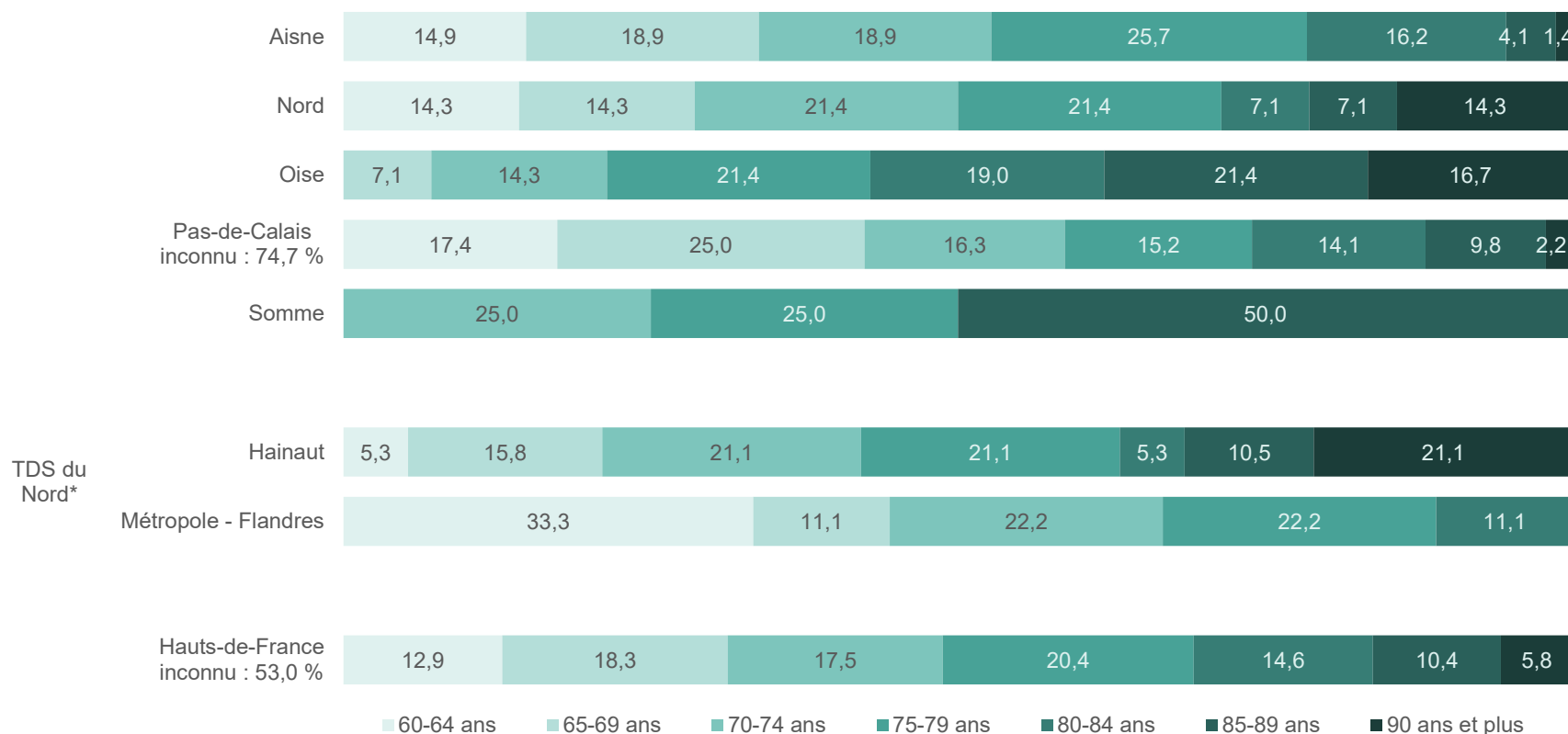


Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Âge des bénéficiaires

En 2024 dans la région, l'âge de 240 bénéficiaires du volet 1 a été précisé, ce qui signifie que, pour 53,0 % des bénéficiaires, l'âge n'a pas été renseigné ; ceux-ci étant majoritairement situés dans le Pas-de-Calais (74,7 %). La répartition par âge varie selon les territoires de démocratie sanitaire. Certains CRT accueillent principalement des personnes de 75 ans et plus, comme dans l'Oise (78,6%) et la Somme (75,0 %). À l'inverse, d'autres territoires présentent des proportions bien plus faibles pour cette tranche d'âge, notamment le Pas-de-Calais (41,3%) et la Métropole-Flandres (33,3%). Il convient également de souligner que les territoires de l'Aisne, du Hainaut et du Pas-de-Calais disposent de CRT accueillant une diversité de groupes d'âge sans prédominance marquée d'une tranche particulière.

Répartition des usagers ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 selon la tranche d'âge, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Sexe des bénéficiaires

En 2024, le sexe de 306 personnes âgées ayant bénéficié d'au moins une action du volet 1 dans l'un des CRT de la région, a été renseigné ce qui signifie que e 40,1 % des bénéficiaires ont un sexe non renseigné. Ces cas sont exclusivement localisés dans le Pas-de-Calais (56,5 % d'informations manquantes).

Parmi les bénéficiaires dont le sexe est connu, les femmes sont largement majoritaires, représentant (70,9 % des usagers. Cette tendance est observée dans plusieurs territoires de démocratie sanitaire, à l'exception du Hainaut où la proportion de femmes ne s'élève qu'à 42,1 %. L'Oise et le Nord se distinguent également par une répartition plus équilibrée, avec respectivement 52,4 % et 53,6 % de femmes parmi les bénéficiaires.

Répartition des bénéficiaires du volet 1 ayant bénéficié d'une prestation selon le sexe, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Niveau de Gir des bénéficiaires

En 2024, parmi les 511 bénéficiaires d'une prestation du volet 1 au sein de l'un des CRT de la région, le niveau de Gir n'est pas identifié pour 83,0 % d'entre eux. Cette absence de mesure concerne principalement les départements de l'Aisne, où aucun des bénéficiaires n'a vu son niveau de Gir évalué, et du Pas-de-Calais, où ce taux atteint 96,1 %. À l'inverse, dans l'Oise, seuls 2,4 % des bénéficiaires n'ont pas eu leur niveau de Gir mesuré.

Parmi les 87 bénéficiaires pour lesquels une évaluation a été réalisée, 35,6 % présentent un Gir 4, et 32,2 % un Gir 2. Les bénéficiaires en Gir 3 représentent 13,8 %, tandis que ceux ayant un Gir 1 ou un Gir 5 constituent chacun 6,9 %. Enfin, 4,6 % des bénéficiaires dont le Gir est indiqué relèvent du Gir 6, correspondant à la plus faible perte d'autonomie.

À l'échelle infrarégionale, la Somme se distingue en ayant exclusivement accompagné des personnes âgées présentant un Gir 1 ou un Gir 2). Dans l'Oise et le Nord, la répartition est plus diversifiée, avec la quasi-totalité des niveaux de Gir représentés — à l'exception du Gir 6 dans l'Oise et du Gir 1 dans le Nord.

Répartition des usagers ayant bénéficié d'au moins une prestation du volet 1 selon leur niveau de Gir, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

USAGERS PROFESSIONNELS

ACTIONS CONTRIBUANT À L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET À LA QUALITÉ D'ACCOMPAGNEMENT

Profil des professionnels

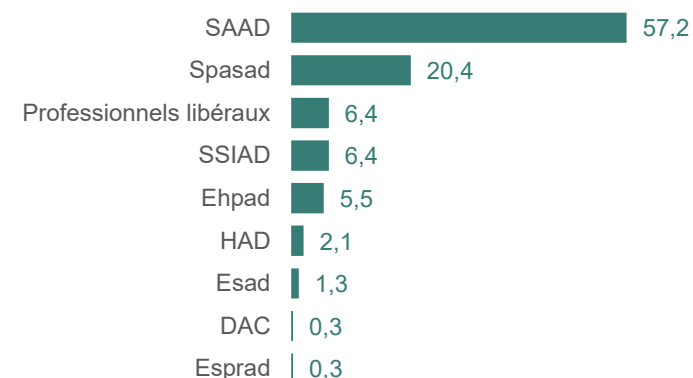
En 2024, 1 099 professionnels de santé ont bénéficié d'une action relevant du volet 1. Parmi ces professionnels, le profil de 14,7 % d'entre eux n'a pas été renseigné. Cette part varie selon les territoires : 29,1 % dans les CRT de l'Aisne, 4,9 % dans ceux du Nord (dont 8,3 % dans le Hainaut) et 16,7 % dans le Pas-de-Calais. Ainsi, le profil de 937 professionnels de santé a été renseigné.

Les Saad constituent la majorité des professionnels accompagnés (57,2 %), une tendance observée dans la plupart des territoires, à l'exception de l'Oise et la Métropole-Flandres. Les Spasad représentent 20,4 % des professionnels accompagnés, principalement situés dans le Pas-de-Calais et la Métropole-Flandres.

Les professionnels issus des SSIAD comptent pour 6,4 % des professionnels ayant bénéficié d'une action relevant du volet 1, avec une représentativité dans tous les territoires. Les professionnels libéraux représentent 6,4 % des professionnels accompagnés, répartis sur l'ensemble des territoires à l'exception de la Somme. Leurs profils sont variés : médecins, psychomotriciens, infirmiers, orthophonistes ou kinésithérapeutes, selon les territoires.

Les autres catégories sont plus marginales : 5,5 % des professionnels viennent d'un Ehpad, 2,1 % d'une HAD, 1,3 % d'un Esad et 0,3 % d'un DAC ou d'un Esprad.

Répartition des professionnels ayant bénéficié d'une action du volet 1, en 2024 (en %)



Non-réponse : 14,7 %

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Répartition des professionnels ayant bénéficié d'une action du volet 1, en 2024 (en %)

	Saad	Spasad	SSIAD	Professionnels libéraux	Ehpad	HAD	Esad	Esprad	DAC
Aisne	51,8	0,0	14,5	2,4	26,5	0,0	3,6	1,2	0,0
Nord	35,3	6,0	20,7	12,1	20,7	0,0	3,4	0,0	1,7
Nord - TDS Hainaut	62,1	0,0	22,7	1,5	7,6	0,0	6,1	0,0	0,0
Nord - TDS Métropole - Flandres	0,0	14,0	18,0	26,0	38,0	0,0	0,0	0,0	4,0
Oise	21,1	0,0	21,1	21,1	31,6	0,0	0,0	0,0	5,3
Pas-de-Calais	60,4	30,2	1,6	6,6	0,0	0,0	0,8	0,3	0,0
Somme	72,7	0,0	9,1	0,0	0,0	18,2	0,0	0,0	0,0

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Formation des professionnels

En 2024, le profil de 912 professionnels de santé a été indiqué ; cela signifie que pour 17,0 % des professionnels ayant bénéficié d'une action du volet 1, le profil professionnel n'a pas été précisé. Ces cas sont répartis dans tous les territoires, à l'exception de l'Aisne et de Métropole-Flandres. Les proportions de profils non renseignés varient fortement : 68,2 % dans la Somme ; 50,0 % dans le Hainaut ; 26,3 % dans l'Oise ; 9,7 % dans le Pas-de-Calais.

Parmi les professionnels dont le profil est connu, 66,1% sont auxiliaires de vie, représentés dans tous les territoires sauf la Somme, avec une forte proportion dans le Pas-de-Calais (82,0 %). 11,4 % sont des aides-soignants, représentés sur tous les territoires, avec une part particulièrement élevée dans la Somme (65,7 %). 7,0% sont travailleurs sociaux, uniquement représentés dans l'Aisne (17,9 %) et le Pas-de-Calais (6,9 %). 4,4 % sont issus d'une CPTS sans précision sur leur profil professionnel. Cette catégorie représente 6,1 % des professionnels ayant bénéficié d'une prestation du volet 1 dans le Pas-de-Calais).

Les infirmiers représentent 3,6 % des bénéficiaires et sont présents dans tous les territoires de démocratie sanitaire, sauf l'Oise, avec une forte proportion dans la Somme, (34,3 %). Les responsables de services (SAAD, SSIAD) ou de structures (CCAS) comptent pour 3,5 % des bénéficiaires, avec une représentativité marquée en Métropole-Flandres.

Enfin, les profils professionnels listés ci-dessous sont variés, **et plusieurs d'entre eux regroupent moins de 9 bénéficiaires dans les Hauts-de-France, soit moins de 1,0 % des professionnels dont le profil est renseigné.**

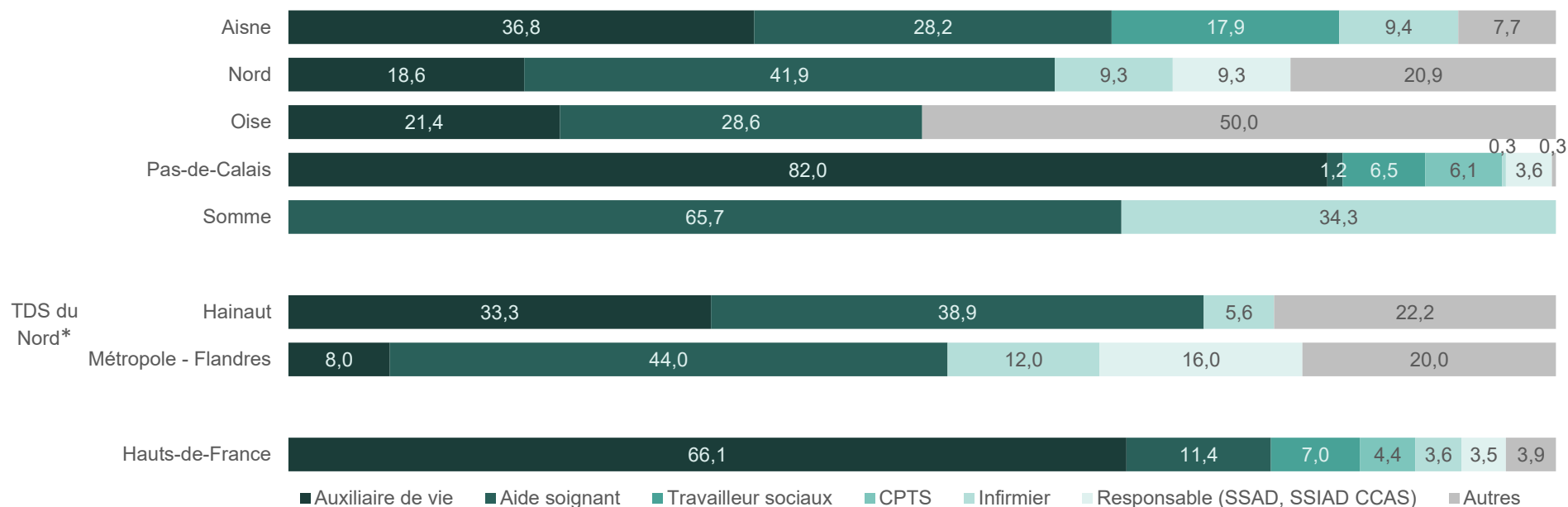
Parmi ces profils minoritaires, on retrouve :

- les assistants de soin en gériatrie (0,9 %) ;
- les ergothérapeutes (0,9 %) ;
- les coordinateurs (0,5 %) ;
- les psychologues (0,4 %) ;
- les aides médico-psychologiques (0,3 %) ;
- les IDEC (0,2 %) ;
- les médecins (0,1 %) ;
- les médecins coordonnateurs (0,1 %) ;
- les psychomotriciens (0,1 %) ;
- les animateurs en gériatrie (0,1 %) ;
- les agents d'accueil (0,1 %) ;
- et les éducateurs (0,1 %).

Par souci de clarté, les professionnels relevant de profils peu représentés ont été regroupés dans la catégorie « Autres » dans le graphique suivant.

Par ailleurs, il est à noter que le CRT de la Somme a déclaré avoir accompagné 5 professionnels supplémentaires, sans préciser leur profil. Ces derniers ont néanmoins été comptabilisés.

Répartition par profil des professionnels ayant bénéficié d'une action du volet 1, en 2024 (en %)



détail de la catégorie "Autres"

	Assistant de soin en gériatrie	Ergo-thérapeute	Coordi-nateur	Psycho-logue	Aide médico-psychologique	IDEC	Médecin	Médecin coordonnateur	Psycho-motricien	Animateur en gériatrie	Agent d'accueil	Éducateur
Aisne	2,6	2,6	0,0	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0
Nord	3,5	4,7	5,8	1,2	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	1,2	1,2	1,2
Nord - TDS Hainaut	5,6	8,3	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0
Nord - TDS Métropole - Flandre	2,0	2,0	10,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	2,0
Oise	7,1	0,0	0,0	14,3	21,4	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Pas-de-Calais	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Somme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Âge et sexe des professionnels

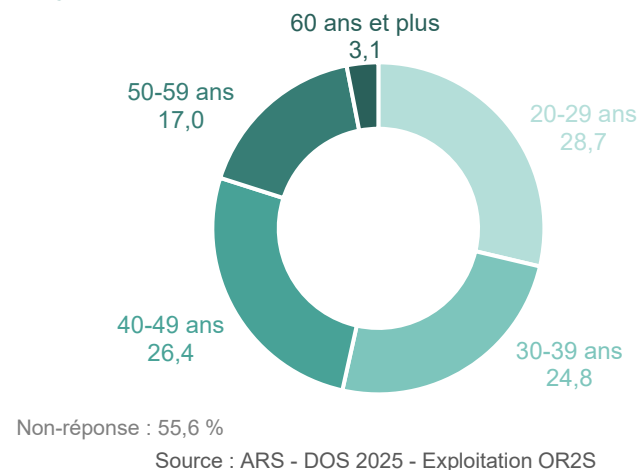
En 2024, l'âge de 488 professionnels de santé ayant bénéficié du volet 1 a été renseigné dans la région, ce qui signifie que cette donnée démographique est manquante pour 55,6 % des bénéficiaires, notamment dans les départements du Nord, de l'Oise et de la Somme, où aucun âge n'a été renseigné. Dans le Pas-de-Calais et l'Aisne, les taux d'âge non renseignés atteignent respectivement 55,6 % et 49,1 %.

Parmi les professionnels dont l'âge est connu, une majorité a moins de 40 ans (53,5 %), tandis que les plus de 60 ans sont très minoritaires (3,1 %). Les tranches 20-29 ans, 30-39 ans et 40-49 ans représentent chacune environ un quart des bénéficiaires (28,7 %, 24,8 % et 26,4 %), et les 50-59 ans comptant pour 17,0 %.

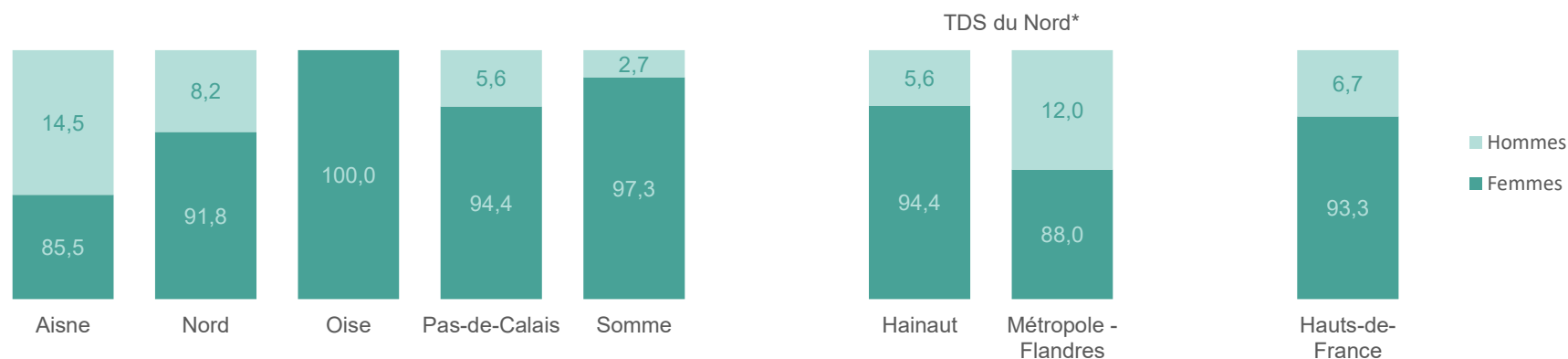
Parmi les CRT ayant eu une activité en 2024, le sexe de 976 professionnels bénéficiaires d'une prestation du volet 1 a été renseigné. Ainsi, pour 11,2 % des bénéficiaires, cette information est inconnue, principalement dans l'Oise (63,2 %), et dans le Pas-de-Calais (15,2 %).

Les femmes représentent une grande majorité des professionnels ayant bénéficié d'une action du volet 1 (93,3 %), une tendance observée dans tous les territoires de démocratie sanitaire. Dans l'Oise, 100% des bénéficiaires sont de sexe féminin. Seuls l'Aisne et la Métropole-Flandres présentent des proportions légèrement inférieures, avec respectivement 85,5 % et 88,0 % de femmes.

Répartition de l'âge des professionnels ayant bénéficié d'une prestation du volet 1, en 2024 (en %)



Répartition du sexe des professionnels ayant bénéficié d'une prestation du volet 1, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

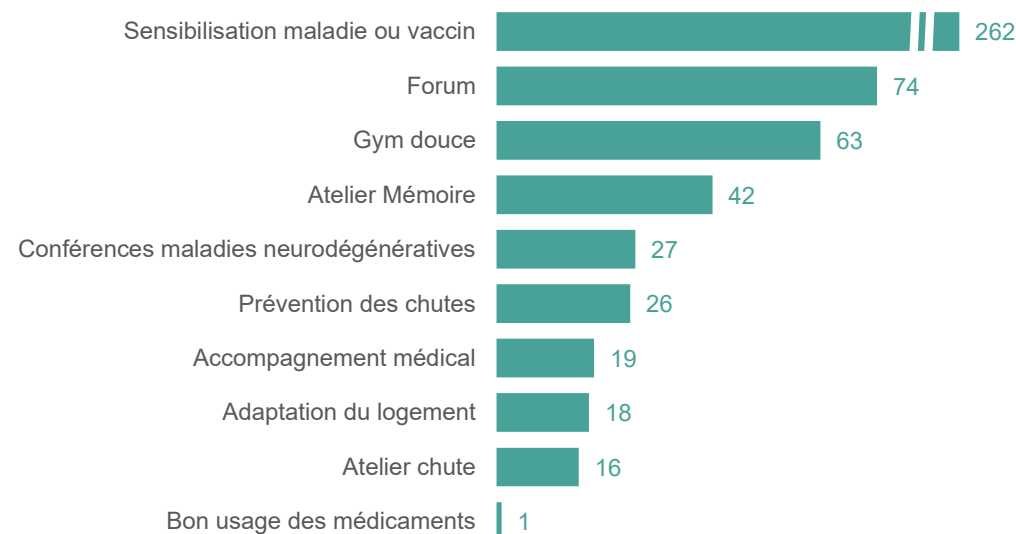
PRESTATIONS DU VOLET 1

ACTIONS POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION

En 2024, les CRT de la région ont proposé 86 actions visant à favoriser l'accès aux soins et à la prévention. La grande majorité de ces actions ont été réalisées dans le Nord (31,4% dont 30,2% dans le Hainaut et 1,2% dans la Métropole-Flandres) et le Pas-de-Calais (64,0%) ; 3,5% ont été réalisées dans l'Oise ; 1,2% dans l'Aisne et aucune dans la Somme. Au total, 300 personnes âgées ont bénéficié de ces actions, réparties ainsi : 71,0 % dans les CRT du Pas-de-Calais ; **6,0 %** dans le **Nord** (dont **3,0 %** dans le **Hainaut** et **Métropole-Flandres**) ; **14,0 %** dans l'**Oise** ; **9,0 %** dans l'**Aisne**, et **aucun bénéficiaire** dans la **Somme**, faute d'actions proposées.

Un même bénéficiaire pouvant participer à plusieurs actions, ce sont ainsi 548 participations qui ont été recensées dans le cadre des actions menées par les CRT en 2024. La majorité des participations provient des CRT de l'Oise, avec 290 participations, autour de thématiques telles que la sensibilisation aux maladies et aux vaccins, la prévention des chutes ou encore l'accompagnement médical. Dans le Pas-de-Calais, 213 participations ont été enregistrées, notamment à des forums, des représentations théâtrales (« Aide aux aidants »), des séances de gym douce, des ateliers mémoire, des actions de prévention des chutes, d'adaptation du logement ou d'accompagnement médical. Dans l'Aisne, 27 participants ont suivi une conférence sur les maladies neurodégénératives. Dans le Hainaut, 9 actions ont porté sur des ateliers mémoire, le bon usage des médicaments et l'accompagnement médical. Enfin, dans la Métropole-Flandres, les 9 participations ont concerné des thématiques d'adaptation du logement.

Nombre de bénéficiaires par action visant à favoriser l'accès aux soins et à la prévention, en 2024



Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

PRESTATIONS DE TÉLÉSANTÉ

Parmi les CRT ayant déclaré une activité en 2024, 2 ont indiqué avoir mis en place des prestations de télésanté. Il s'agit d'un CRT du Hainaut, qui a réalisé une téléconsultation accompagnée ayant bénéficié à une personne âgée, et d'un CRT de l'Oise, où le projet est en cours de construction, en lien avec l'IPA du GHPSO de Creil.

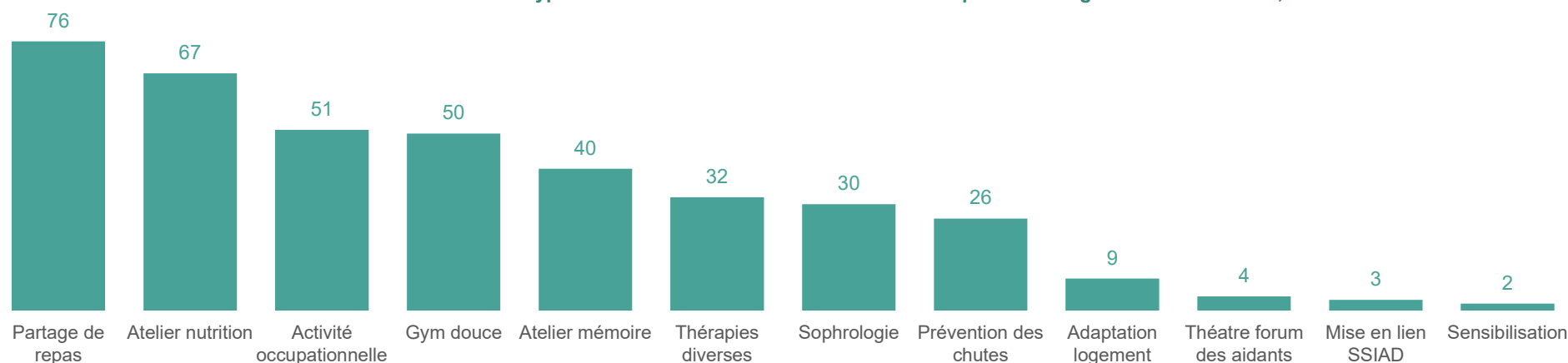
ACTIONS POUR LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS AIDANTS

En 2024, les CRT de la région ont proposé 141 actions visant à lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants. La majorité de ces actions ont été mises en œuvre dans le **Hainaut (70 actions)** et le **Pas-de-Calais (64 actions)**, suivis de l'**Aisne (5 actions)** et de l'**Oise (2 actions)**.

Ces prestations ont bénéficié à 309 personnes âgées et 62 aidants, répartis ainsi : dans le Pas-de-Calais, 222 personnes âgées et 30 aidants ont été accompagnés. dans l'Aisne, 44 personnes âgées et 4 aidants ont bénéficié des actions, dans le Hainaut, 20 personnes âgées et 10 aidants ont été concernés, dans l'Oise, les prestations ont concerné 18 personnes âgées et 18 aidants, et pour la Métropole-Flandres, 5 bénéficiaires ont été recensés, sans distinction entre personnes âgées et aidants.

Ces actions se déclinent de diverses manières selon les territoires. Dans l'Aisne, les bénéficiaires ont pu participer à des activités sous différentes formes (méditation, thérapie classique ou par le voyage, l'art-thérapie, ainsi qu'à des séances de sophrologie). Un théâtre forum des aidants a également été proposé, bénéficiant à 48 personnes. Le CRT de la Métropole-Flandres a principalement mis en lien les aidants, 5 au total, avec d'autres dispositifs, les Ehpad et les SSIAD. Dans le Hainaut, 70 bénéficiaires ont participé à des repas partagés, visant à rompre l'isolement. Dans l'Oise, 39 personnes ont bénéficié d'activités occupationnelles. Le Pas-de-Calais a proposé un large éventail d'actions : gym douce ou prévention des chutes (76 bénéficiaires), ateliers nutrition (67 bénéficiaires), ateliers mémoire (40 bénéficiaires), activités occupationnelles (12 bénéficiaires), des thérapies diverses (18 personnes), adaptations de logements (9 personnes âgées), partages de repas (6 bénéficiaires) et séances de sophrologie (5 bénéficiaires).

Nombre de bénéficiaires selon le type d'actions de lutte contre l'isolement des personnes âgées et leurs aidants, en 2024

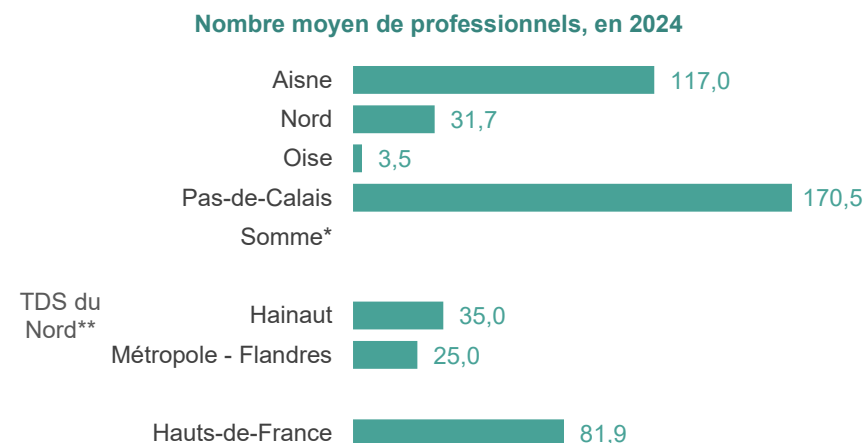


Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

ACTIONS POUR CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET AU PARTAGE DE BONNES PRATIQUES

En 2024, 69 actions visant à améliorer les pratiques professionnelles et à favoriser le partage des bonnes pratiques ont été mises en œuvre dans le cadre du volet 1 par les CRT actifs des Hauts-de-France. Plus de la moitié de ces actions (55,1 %) ont été réalisées par les CRT du Pas-de-Calais, suivis par ceux du Nord (15,9 %, dont 13 % dans le CRT du Hainaut et 2,9 % dans la Métropole-Flandres), de la Somme (11,6 %), de l'Oise (10,1 %) et de l'Aisne (7,2 %).

Au total, 901 professionnels ont bénéficié de ces actions, soit une moyenne de 81,9 bénéficiaires par CRT. Le Pas-de-Calais se distingue avec 682 bénéficiaires, soit une moyenne de 170,5 par CRT. L'Aisne en compte 117, le Nord 95 (dont 70 dans le Hainaut, soit 35,0 en moyenne, et 25 dans la Métropole-Flandres), soit une moyenne de 31,7 professionnels par CRT du Nord. L'Oise a enregistré 7 bénéficiaires, soit 3,5 en moyenne. À noter que, bien que le CRT de la Somme ait déclaré avoir mené 8 actions, aucune donnée précise sur les participants n'a été transmise.



* la Somme n'a pas communiqué le nombre de bénéficiaires

** hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Ces actions se répartissent en quatre grandes catégories :

- Prévention des risques**
 Ces actions ont bénéficié à 109 professionnels. Elles incluent des interventions autour de l'hygiène, de la canicule ou des troubles musculosquelettiques, principalement proposées par les CRT du Pas-de-Calais, ainsi que des actions sur le risque infectieux dans le Hainaut.
- Troubles et pathologies**
 Un total de 134 professionnels a participé à des actions portant sur les troubles cognitifs (dans le Pas-de-Calais et le Hainaut), la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs (Hainaut), ainsi que sur les risques suicidaires (Pas-de-Calais et Aisne).
- Accompagnement des personnes âgées**
 Ces actions ont concerné 82 professionnels. Elles regroupent des thématiques telles que le droit des patients (Hainaut) ; des ateliers nutritionnels (Hainaut, Pas-de-Calais), des accompagnements divers (Oise), ainsi que des accompagnements spécifiques autour des personnes âgées (Hainaut, Aisne).
- Formations, sensibilisations ou prise en main d'outils**
 Ces actions ont été menées notamment dans le Pas-de-Calais, avec des sensibilisations, des présentations des CPTS et des conférences. Le CRT de l'Aisne a également proposé ce type d'intervention. Dans le Nord, le CRT du Hainaut a organisé des actions de manutention, tandis que celui de Métropole-Flandres s'est concentré sur la formation à différents outils.

AUTRES TYPES DE PRESTATIONS

En 2024, d'autres actions complémentaires ont également été menées par les CRT de la région. Dans un CRT du Pas-de-Calais, une présentation du CRT à destination des partenaires du secteur domicile et social a permis de sensibiliser 20 bénéficiaires. Dans la Métropole-Flandres, trois formations ont été dispensées par le CRT, principalement à destination des professionnels des SSIAD du territoire : une formation sur la fin de vie réunissant 9 professionnels, une formation sur les troubles du comportement et les troubles cognitifs bénéficiant à 10 participants, une formation sur les violences intrafamiliales, avec un focus particulier sur les personnes âgées, ayant rassemblé 11 professionnels du territoire.

Nombre de bénéficiaires d'autres actions réalisées par le CRT, selon le type d'action, en 2024

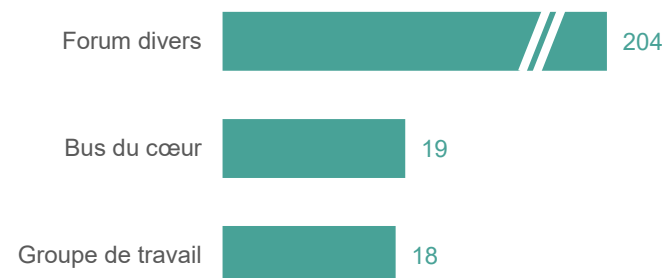


Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

ACTIONS RÉALISÉES EN COLLABORATION AVEC UN PARTENAIRE

En 2024, plusieurs actions complémentaires ont été menées en collaboration avec les partenaires des territoires. Dans le Pas-de-Calais, 6 actions ont été réalisées : 2 actions "Bus du Cœur", dispositif de dépistage cardio-vasculaire, bénéficiant à 19 femmes, 4 actions menées lors de forums locaux, tels que le forum CHRSO « Bien Vieillir », le forum « Santé des Aidants » organisé par la mutualité française, le forum « Habitat adapté aux seniors » organisé par le CCAS de Noyelles-Godault et le forum « Vacances Loisirs Relayage Répit Transport » en partenariat avec la PFR EMAA (APEI Hénin-Carvin). Ces forums ont touché plus de 200 personnes, bien que le nombre exact au dernier événement n'ait pas été précisé. Dans la Métropole-Flandres, 4 groupes de travail ont été organisés avec le CR3PA, portant sur le contenu des formations sur les troubles cognitifs et troubles du comportement réunissant 5 professionnels. Enfin, dans le Hainaut, un groupe de travail logigramme a été mené en partenariat avec les Clics et DAC, rassemblant 13 participants.

Nombre de bénéficiaires d'actions réalisées en collaboration avec les partenaires selon le type d'action, en 2024



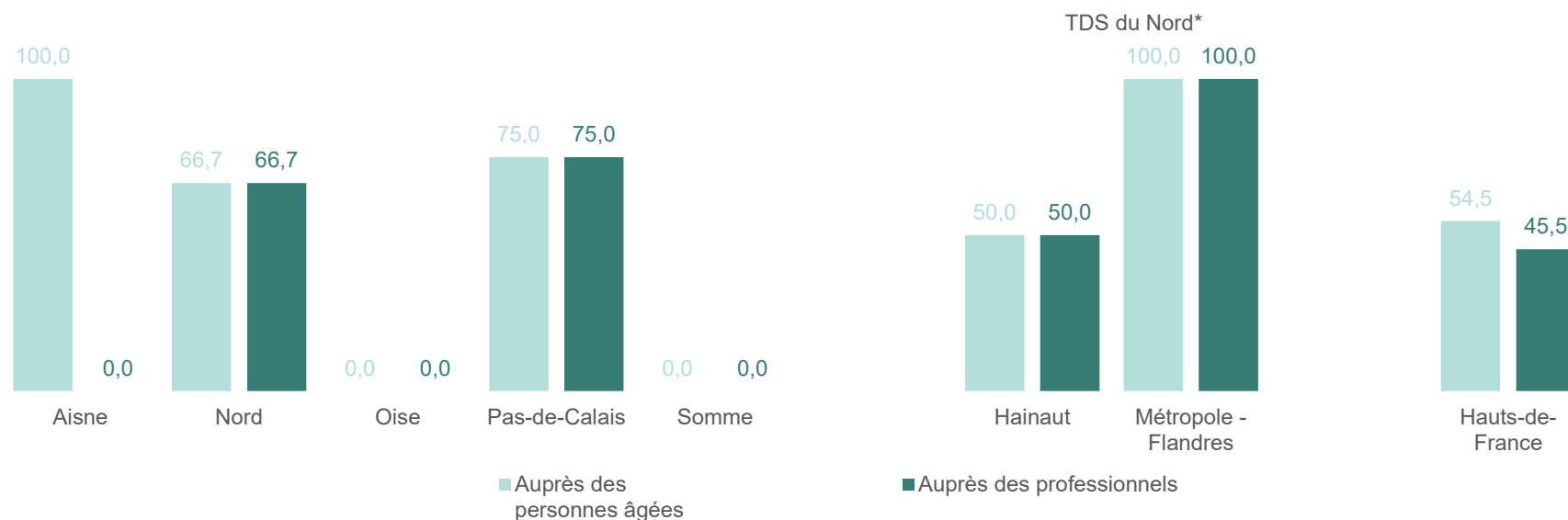
Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

ÉVALUATION DES PRESTATIONS MISES EN PLACE

Dans les Hauts-de-France, plus d'un CRT sur deux (54,5 %) a mis en place un dispositif d'évaluation des prestations du volet 1 auprès des personnes âgées. Cela concerne notamment les CRT de l'Aisne et de la Métropole-Flandres, trois des quatre CRT du Pas-de-Calais et un CRT sur deux dans le Hainaut.

En revanche, moins d'un CRT sur deux (45,5 %) a instauré un dispositif d'évaluation des prestations du volet 1 auprès des professionnels. Les CRT concernés sont globalement les mêmes que ceux ayant mis en place une évaluation auprès des personnes âgées, hormis celui de l'Aisne qui n'a pas mis en place d'évaluation auprès des professionnels. Il est également à noter que, parmi les deux CRT du Hainaut, l'un a mis en place le système d'évaluation auprès des personnes âgées, tandis que l'autre a mis en place une évaluation auprès des professionnels.

Répartition des CRT ayant mis en place un système d'évaluation selon le public cible, en 2024 (en %)



* hormis pour le Nord, le TDS correspond au département.

Source : ARS - DOS 2025 - Exploitation OR2S

Que ce soit du côté des personnes âgées ou des professionnels, les retours recueillis témoignent d'un haut niveau de satisfaction. Lorsque le degré de satisfaction est mesuré, il oscille ainsi entre 90 % et 100 %, avec des bénéficiaires se déclarant satisfaits, voire très satisfaits.

Liste d'attente pour les prestations

En 2024, seuls 2 CRT ont indiqué avoir mis en place une liste d'attente pour les prestations du volet 1 : il s'agit du CRT de l'Aisne et de l'un des CRT du Pas-de-Calais.

PRESTATIONS PORTÉES ET RÉALISÉES PAR UN PARTENAIRE

En 2024, les CRT ont également orienté les personnes âgées vers d'autres prestations portées et réalisées par d'autres partenaires, à travers diverses actions. Dans l'Oise, un CRT a participé à cinq événements destinés aux personnes âgées et à leurs aidants, favorisant ainsi la mise en relation avec les acteurs locaux. Dans le Pas-de-Calais, un CRT a contribué à une cinquantaine de diffusions mensuelles sur le territoire, relayant les actions menées par différents partenaires tels que les PFR, France Alzheimer, les CPTS et Temps Forts.

Ce document a été publié en mars 2026.
Il a été réalisé avec le soutien financier de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France,
par Amandine Vassent, Romain Dussaucoy, Alain Trugeon, Frédéric Imbert et Nadège Thomas (OR2S),
Brigitte Caron, Coralie Venel et Dr Marguerite-Marie Defebvre (ARS Hauts-de-France),
en lien étroit avec Christophe Douay (ARS Hauts-de-France).

Remerciements à l'ensemble des professionnels de la région
qui ont contribué à la remontée des données présentées dans ce rapport.

ACCOMPAGNER LE VIEILLISSEMENT
ET SOUTENIR LES AIDANTS

REPÉRER ET PRÉVENIR LES FRAGILITÉS ET LA PERTE D'AUTONOMIE
