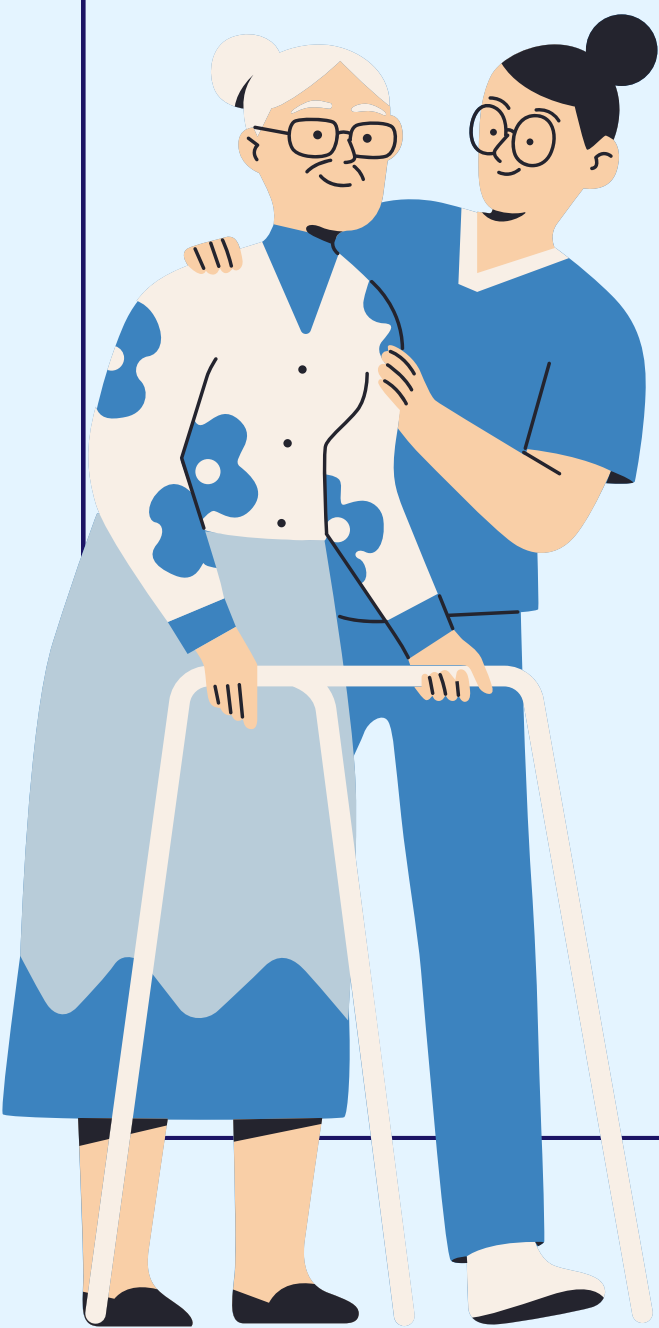


PERSONNES ÂGÉES

JOURNÉE INTERNATIONALE DES PERSONNES ÂGÉES



Pourquoi les
personnes âgées
de 75 ans et plus
y passent-elles
de plus en plus ?

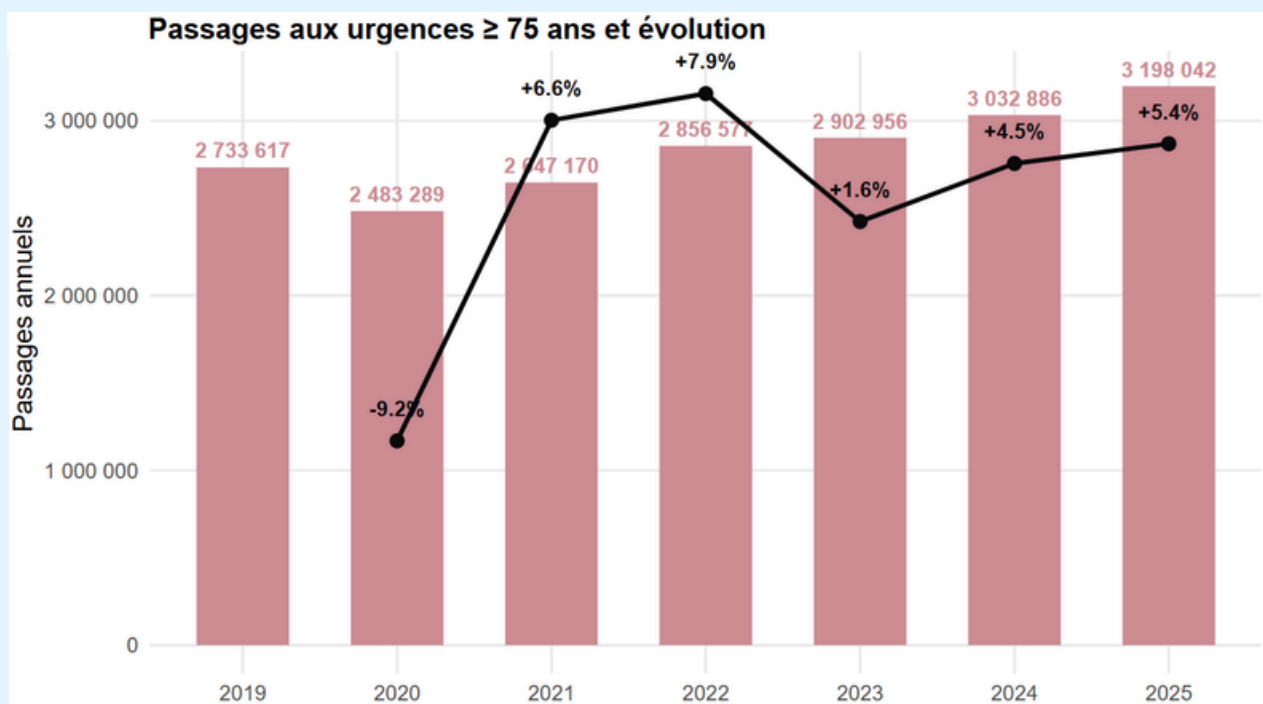
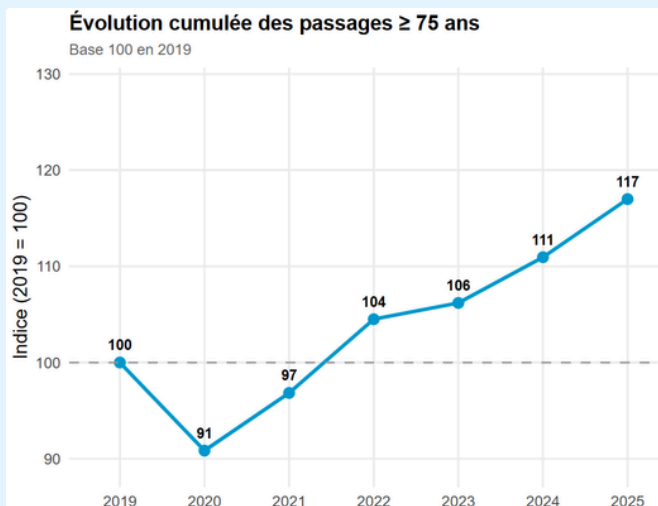
En 2025, plus de 3 millions de personnes âgées de 75 ans et plus ont franchi les portes des services d'urgence en France hexagonale. Un chiffre en hausse de 17 % depuis 2019 qui cache une réalité : les urgences sont devenues, pour beaucoup de seniors, la seule issue face à des situations de santé de plus en plus complexes. On vous explique.



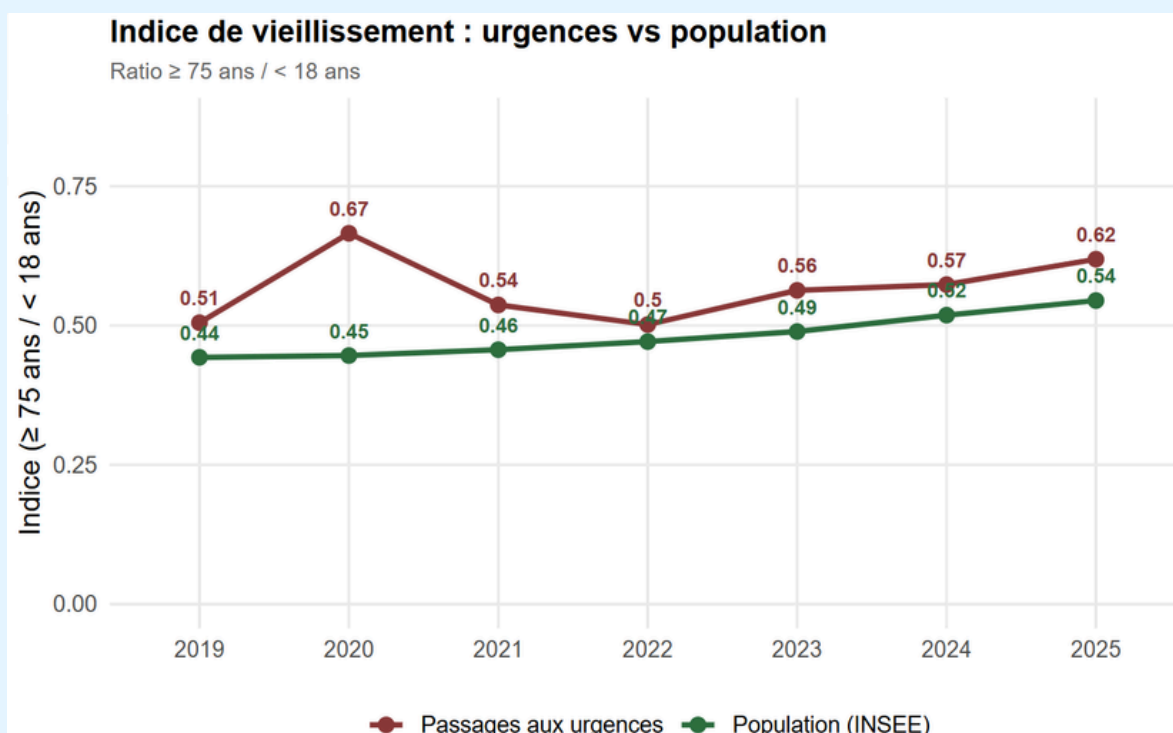
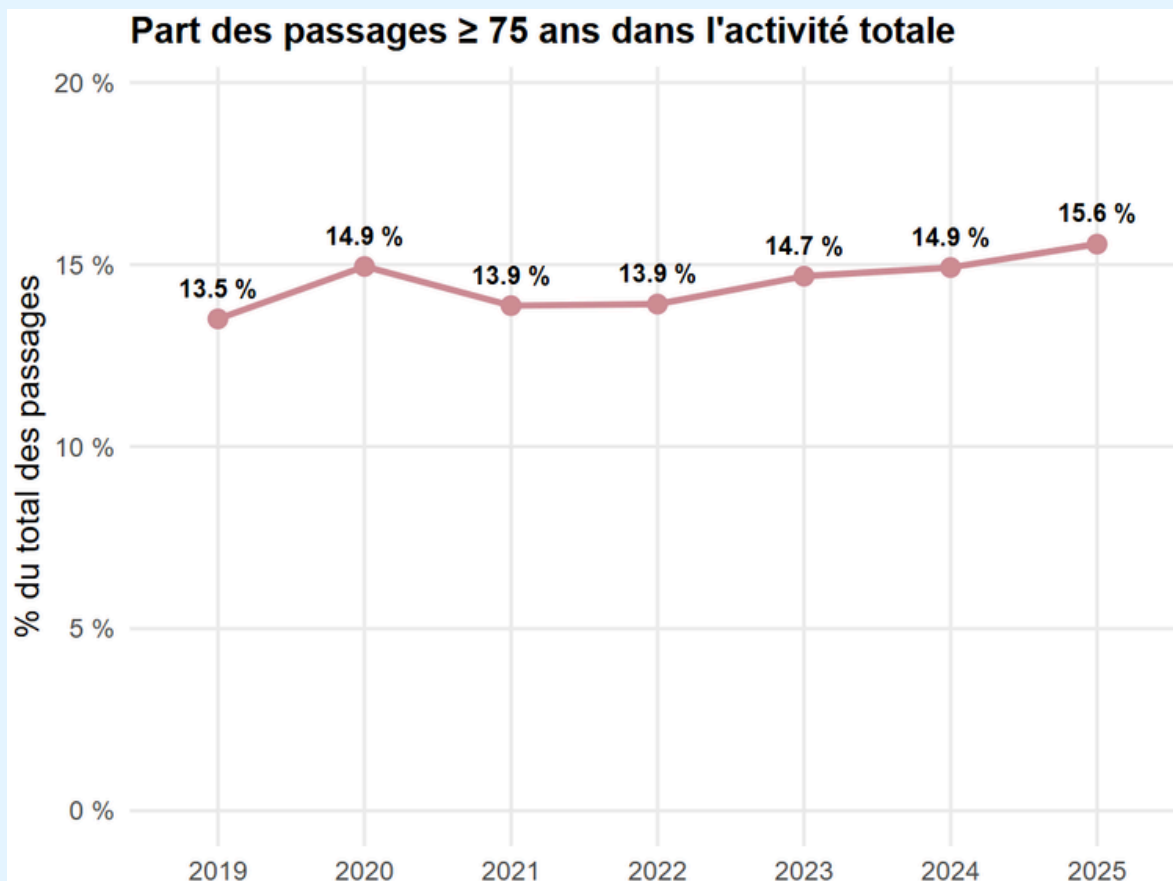
LE CONSTAT : des chiffres en augmentation permanente

Le résultat des analyses réalisées par la FEDORU à partir des données de passages aux urgences est sans appel. Après une baisse de 9,2 % en 2020 — imputable à la diminution générale des recours aux urgences pendant la crise du Covid-19 —, les passages des patients de 75 ans et plus ont connu une hausse de 7,9 % en 2022, puis ont poursuivi leur progression : +1,6 % en 2023, +4,5 % en 2024 et +5,4 % en 2025.

Ainsi, entre 2019 et 2025, le nombre de passages aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté de 17 %, passant de 2,7 à 3,2 millions par an. Autrement dit, pour une base de 100 passages en 2019, on en dénombre maintenant 117.



En 2025, les patients de 75 ans et plus représentaient 15,6 % de l'activité totale des urgences, contre 13,5 % en 2019. L'indice de vieillissement des passages — qui compare le nombre de passages des plus de 75 ans à celui des moins de 18 ans — progresse lui aussi nettement, passant de 0,51 en 2019 à 0,62 en 2025.



Cette évolution est d'autant plus importante qu'elle ne traduit qu'imparfaitement son impact réel sur l'activité des structures d'urgence. Les patients de 75 ans et plus constituent en effet la population dont la progression y est la plus marquée, mais aussi une population associée à une charge en soins particulièrement élevée. Leur prise en charge est généralement plus complexe et mobilise davantage de ressources, notamment en raison de la fréquence des polypathologies, de la dépendance, des besoins d'examens complémentaires et de l'organisation de l'orientation en aval.

Dès lors, si les plus de 75 ans représentent aujourd'hui plus de 15 % des passages aux urgences, leur poids réel dans la charge en soins des services est sensiblement supérieur à leur seul poids dans le volume d'activité. L'augmentation du nombre de passages ne constitue donc qu'une partie de l'impact du vieillissement de la population sur les urgences : mesurée en charge en soins plutôt qu'en nombre de passages, cette évolution serait probablement beaucoup plus marquée.



Pourquoi une telle hausse ? La réponse est systémique

L'augmentation des passages aux urgences des personnes âgées n'est pas une surprise pour les professionnels qui en constatent quotidiennement les effets sur le terrain. Mais l'évolution démographique ne suffit donc pas, à elle seule, à expliquer le phénomène.

Celui-ci résulte de la combinaison de plusieurs facteurs : une population âgée plus nombreuse, des prises en charge souvent complexes, un accès parfois difficile aux soins de proximité et des possibilités d'orientation en aval de l'hôpital qui ne répondent pas toujours aux besoins.

Les urgences se trouvent ainsi au point de rencontre des fragilités de l'ensemble du parcours de soins : lorsque les réponses manquent en amont comme en aval, elles deviennent à la fois la porte d'entrée et le lieu où se concentrent les difficultés.



1

Une population âgée plus nombreuse et des prises en charge plus complexes

Le premier facteur est démographique. La France compte aujourd'hui près de 7,6 millions de personnes âgées de 75 ans et plus, soit environ 11 % de la population*. Cette population va continuer à augmenter fortement dans les prochaines années avec l'arrivée aux âges élevés des générations du baby-boom. Cette transformation démographique se traduit mécaniquement dans les services d'urgence qui accueillent une proportion croissante de patients âgés.

Mais l'enjeu ne se résume pas au nombre de passages. Les patients de cette tranche d'âge présentent fréquemment des situations médicales complexes. Ils sont plus souvent polypathologiques, cumulant plusieurs maladies chroniques — diabète, insuffisance cardiaque, BPCO, insuffisance rénale, troubles cognitifs, etc. — auxquelles peuvent s'ajouter une polymédication et une perte d'autonomie.

Chez ces patients, une chute, une déshydratation, une confusion ou une altération de l'état général ne constituent pas toujours un événement médical isolé. Ces situations peuvent être la conséquence de plusieurs facteurs simultanés : décompensation d'une maladie chronique, infection, effet indésirable ou difficulté liée à la prise d'un traitement, dénutrition, perte d'autonomie, isolement ou difficultés de maintien à domicile.

L'enjeu pour les équipes d'urgence est donc double : identifier et traiter le problème aigu ayant motivé le recours aux soins, mais aussi comprendre les facteurs qui l'ont provoqué et anticiper ses conséquences sur l'autonomie du patient.

La complexité de ces prises en charge ne réside ainsi pas nécessairement dans le recours à une médecine hyperspécialisée. Elle tient davantage à une évaluation globale du patient et à l'organisation de son parcours. De la prise en charge initiale jusqu'à l'orientation ou au retour à domicile, celui-ci peut mobiliser plusieurs professionnels et nécessite d'intégrer, au-delà de la situation médicale, les dimensions fonctionnelles et sociales.

L'environnement de vie devient alors déterminant. Une perte d'autonomie temporaire n'a pas les mêmes conséquences pour une personne vivant seule à domicile, sans aidant immédiatement disponible, que pour une personne entourée ou vivant dans une structure médico-sociale telle qu'un EHPAD. Un patient peut être médicalement stabilisé sans pour autant être en capacité de rentrer immédiatement chez lui en toute sécurité.

*Insee, *Population par sexe et groupes d'âge*, au 1^{er} janvier 2026).

La réponse dépasse alors le seul soin médical : il faut évaluer les capacités fonctionnelles du patient, identifier les ressources de son entourage et les aides disponibles et, parfois, organiser dans des délais très courts une solution permettant de sécuriser sa sortie.

Le vieillissement de la population produit donc un double effet sur les urgences : une augmentation du nombre de patients âgés accueillis et une augmentation de la charge associée à leur prise en charge.

2

En amont des urgences, un accès aux soins de proximité parfois difficile

Le deuxième facteur se situe en amont de l'hôpital. L'accès à un médecin traitant, à une consultation non programmée ou à une visite à domicile peut être difficile dans certains territoires. Ces difficultés prennent une importance particulière pour les personnes âgées, dont la mobilité peut être réduite et pour lesquelles le déplacement vers un cabinet médical n'est pas toujours possible.

La raréfaction des visites médicales à domicile dans certains territoires renforce cette difficulté. Des situations qui pourraient parfois être évaluées, anticipées ou prises en charge dans le cadre d'un parcours coordonné peuvent alors aboutir aux urgences faute d'alternative immédiatement accessible.

Dans ce contexte, les urgences jouent un rôle de recours lorsque les autres possibilités de prise en charge ne sont pas disponibles ou ne peuvent être mobilisées dans les délais nécessaires.

De nouvelles organisations cherchent à apporter une réponse à ces difficultés, notamment à travers le Service d'Accès aux Soins (SAS), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou encore le développement de dispositifs de Soins Non Programmés (SNP).

Leur déploiement vise à mieux orienter les patients et à proposer, lorsque cela est possible, une réponse alternative au recours aux urgences. Leur capacité à répondre spécifiquement aux besoins des personnes âgées et à prévenir certains passages aux urgences doit toutefois être appréciée au regard des organisations et des ressources disponibles dans chaque territoire.



La difficulté ne s'arrête donc pas une fois le patient pris en charge aux urgences. Pour une personne âgée, traiter le problème médical aigu ne suffit pas toujours : il faut aussi pouvoir organiser la suite de son parcours.

Lorsque le retour immédiat à domicile est impossible, les équipes doivent trouver une solution adaptée : hospitalisation dans un service de médecine, prise en charge en soins médicaux et de réadaptation (SMR), hébergement médico-social, renforcement des aides à domicile ou autre dispositif adapté à la situation du patient.

Lorsque ces solutions ne sont pas disponibles assez rapidement, l'aval hospitalier devient un véritable goulet d'étranglement. Les patients restent aux urgences alors même que la phase strictement urgente de leur prise en charge est terminée, et ce dans l'attente d'un lit ou d'une orientation adaptée.

Les données récentes illustrent l'importance de cette problématique. Dans l'enquête nationale réalisée par la DREES* sur l'année 2023, sur une journée donnée, pour 10 % des patients concernés, plus de 6h10 ont été nécessaires pour trouver un lit adapté, soit 2h20 de plus qu'en 2013. Cet allongement des parcours se retrouve également dans le temps passé aux urgences : 3h10 en 2023 contre 2h15 en 2013.

Cette problématique concerne particulièrement les patients âgés. Chez les 75 ans et plus, 22 % des patients ont été admis en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), contre 18 % en 2013. Parmi les patients admis en UHCD, la moitié y passent désormais plus de 17h30, soit 2h40 de plus qu'en 2013. Par ailleurs, 94 % des patients âgés concernés font l'objet d'au moins un acte ou de l'administration d'un médicament**.

Ces durées ne sont pas neutres. Pour une personne âgée, un séjour prolongé sur un brancard ou dans un environnement d'urgence peu adapté peut compliquer la prise en charge : désorientation, rupture des rythmes habituels, difficultés d'alimentation ou de mobilisation et risque de perte d'autonomie. L'engorgement de l'aval ne constitue donc pas seulement un problème de flux hospitalier : il peut avoir des conséquences sur le parcours et l'état fonctionnel des patients les plus âgés.

*DREES, *Études et Résultats*, n° 1372, publié le 1^{er} juin 2026, mise à jour du 8 juillet 2026, Elvire Demoly et Thomas Deroyon.

**DREES, *Études et Résultats*, n° 1334, publié le 19 mars 2025, Elvire Demoly et Thomas Deroyon.

Ces différents facteurs ne s'additionnent pas simplement : ils se renforcent mutuellement.

Une population âgée plus nombreuse génère davantage de besoins de soins. Lorsque l'accès aux soins de proximité est difficile ou que les réponses permettant d'anticiper une décompensation ne sont pas mobilisables, les urgences deviennent plus fréquemment le point d'entrée dans le système de soins. Une fois le patient pris en charge, les difficultés d'accès à un lit, à une structure médico-sociale ou à une organisation sécurisée du retour à domicile peuvent à leur tour prolonger sa présence aux urgences.

Le problème est donc systémique : les urgences ne sont pas seulement confrontées à une augmentation du nombre de patients âgés. Elles absorbent également une partie des difficultés rencontrées en amont et en aval de leur propre périmètre d'intervention.

Cette situation explique pourquoi l'impact du vieillissement sur les services d'urgence est supérieur à ce que laisse apparaître la seule évolution du nombre de passages. Avec les personnes âgées, c'est à la fois le volume d'activité, la charge en soins, le temps médical et paramédical mobilisé et la complexité de l'organisation des parcours qui augmentent.

Et demain ?

Le vieillissement de la population va continuer à accroître la pression exercée sur les services d'urgence dans les prochaines années. Mais cette évolution ne doit pas être considérée comme une fatalité : elle impose avant tout d'adapter l'organisation du système aux besoins spécifiques des personnes âgées. L'enjeu est d'agir sur l'ensemble du parcours, en amont, pendant et après le passage aux urgences.

En amont, il faut renforcer les possibilités d'évaluation et de prise en charge à domicile ou en EHPAD : équipes mobiles de gériatrie, télé médecine, soins non programmés, coordination avec les médecins traitants, les CPTS et le SAS. L'objectif n'est pas d'empêcher le recours aux urgences lorsqu'il est nécessaire, mais d'éviter qu'il devienne la seule solution disponible.

Aux urgences, le repérage précoce des patients âgés les plus complexes et l'accès rapide à une expertise gériatrique doivent permettre une prise en charge globale, intégrant les dimensions médicales, fonctionnelles et sociales.

L'aval doit parallèlement être organisé dès l'arrivée du patient. Admissions directes en gériatrie ou en SMR, hospitalisation à domicile, équipes mobiles, hébergements temporaires et dispositifs de retour sécurisé à domicile doivent permettre d'éviter les attentes prolongées et les hospitalisations par défaut.

Cette transformation suppose surtout de décroisonner les acteurs et de construire de véritables filières territoriales associant urgences, médecine de ville, hôpital, gériatrie, EHPAD, secteur médico-social et soins à domicile.

Enfin, le pilotage des urgences doit évoluer : le nombre de passages ne suffit plus à mesurer leur activité. La complexité des patients, leur dépendance, le temps soignant mobilisé et les difficultés d'orientation doivent également être pris en compte.

Le véritable objectif n'est donc pas de réduire à tout prix le nombre de personnes âgées aux urgences, mais de permettre à chacune de bénéficier du bon soin, au bon endroit et au bon moment. Les urgences pourront alors retrouver pleinement leur fonction première : prendre en charge l'urgence, au lieu de compenser les difficultés du reste du parcours de soins.

