

# PRÉVENTION DES CHUTES DES PERSONNES ÂGÉES

ÉTAT DES LIEUX  
NOUVELLE-AQUITAINE



2023

## **INTRODUCTION..... 3**

Chute des personnes âgées : état des lieux

Le plan national antichute des personnes âgées

## **LES CHUTES DES PERSONNES ÂGÉES EN NOUVELLE-AQUITAINE ..... 14**

Les données régionales hospitalières

La prise en compte de la question des chutes dans les schémas départementaux de l'autonomie

## **LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION DES CHUTES EN NOUVELLE-AQUITAINE..... 19**

Les acteurs transversaux : panorama

Les acteurs portants les actions repérées

Leviers et crédits alloués par l'ars

## **ÉTAT DES LIEUX DES ACTIONS DE PRÉVENTION DES CHUTES EN NOUVELLE-AQUITAINE..... 26**

Panorama régional

État des lieux par axe et par département

Synthèse

## **CONCLUSION..... 40**

Quelques précautions

Mentions et contributeurs

Références bibliographiques

# INTRODUCTION

« En France, les chutes des personnes âgées entraînent chaque année plus de 100 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès. Ces chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et marquent une rupture dans la vie des individus et une perte d'autonomie. Au-delà de ces conséquences humaines, les chutes ont un coût pour la collectivité : 2 milliards d'euros dont 1,5 milliard pour la seule Assurance Maladie »  
*Plan antichute des personnes âgées*

## ○ CHUTE DES PERSONNES ÂGÉES : ÉTAT DES LIEUX

## ○ LE PLAN NATIONAL ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES



## CHUTE DES PERSONNES ÂGÉES : ÉTAT DES LIEUX

### DÉFINITION QU'EST-QU'UNE CHUTE ?

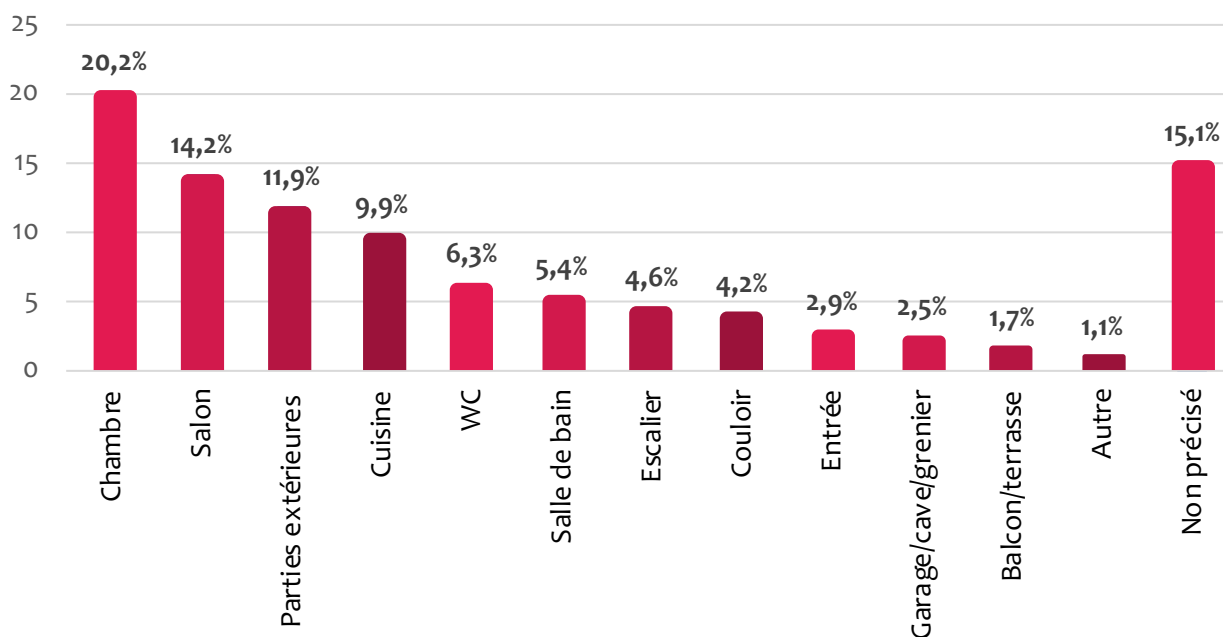
Si l'on imagine intuitivement très bien ce qu'est une chute, il est intéressant de noter que sa définition concrète et opérationnelle a fait l'objet de longues discussions de recherche. La définition qui semble finalement faire consensus aujourd'hui a été proposée en 2006 : « une **perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait** » (Hauer et coll., 2006).

Les **chutes répétées** ont quant à elles été définies par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie et par la Haute autorité de santé (HAS) comme la survenue d'**au moins deux chutes dans des intervalles de temps s'étendant de 6 à 12 mois** (SFGG, HAS, 2009). Elles sont considérées comme un indicateur de mauvais état de santé et un marqueur de fragilité chez les personnes âgées. Les personnes chutant 2 fois ou plus dans l'année présentent plus de risques d'avoir des traumatismes que les « mono-chuteurs » (Gonthier, 2014).

### LIEU DE SURVENUE DES CHUTES

Dès lors que l'enjeu des chutes des personnes âgées émerge dans la recherche comme dans les programmes d'action publique visant à les réduire, se pose naturellement la question du lieu de leur survenue. Dans la plupart des études consacrées à la question **le lieu de la chute rapporté est très principalement l'intérieur du domicile** (Kim et coll., 2016) et, le cas échéant, le **plus fréquemment dans la salle de bain** (Pichai et coll., 2019).

En 2020, l'enquête ChuPADom conduite par Santé Publique France (Chutes des personnes âgées à domicile) rapporte pourtant comme lieux les plus cités : **la chambre** (dans 20 % des cas), le salon/séjour (14 %), la cuisine (10 %), une partie extérieure type jardin ou cour (12 %). En revanche, **la salle d'eau (y compris les WC) n'arrive qu'en 5ème position**. Cela s'explique notamment par le fait qu'un certain nombre de chuteurs avaient déjà réalisé des travaux d'aménagement dans leurs salles de bains, ce qui ne fait que renforcer l'importance de tels aménagements (Santé Publique France, 2020).



○ Figure 1. Lieu de la chute, volet hospitalisation de l'enquête ChuPADom, 2018

○ Source : Santé Publique France, op. cité. études et enquêtes, octobre 2020.

## FACTEURS AUGMENTANT LES RISQUES DE CHUTE

Une autre question qui est directement posée lorsque l'enjeu des chutes émerge est celle des facteurs pouvant aggraver leur survenue. Ici les travaux sont aussi nombreux (ils constituent l'essentiel des travaux de recherche sur la question des chutes) que les facteurs identifiés. Nous proposons un petit tour d'horizon non exhaustif des résultats que nous avons repérés. A noter que l'essentiel de ces résultats sont très bien détaillés dans la très imposante synthèse conduite par l'INSERM sur le sujet en 2015.

### Sédentarité

De nombreuses études épidémiologiques soulignent le **lien entre un faible niveau d'activité physique et une augmentation du risque de chute** et, dans la même idée, d'une réduction du risque de chute à long terme chez les sujets actifs (Englund et coll., 2011, 2013).

### Dépression

Les sujets dépressifs ont une vitesse de marche réduite, une longueur de pas plus courte, des temps de double appui et de cycle plus longs, ce qui peut accroître le risque de chutes. Par ailleurs, **la prise d'antidépresseurs est associée aux chutes** chez la personne âgée (cf. infra psychotropes) (Cwikel et coll. 1989).

---

## Sarcopénie, dénutrition, obésité

La sarcopénie désigne traditionnellement la diminution progressive de la masse musculaire liée au vieillissement, indépendamment des maladies et des carences d'apports alimentaires. La définition de la sarcopénie ne se limite toutefois plus à cette baisse de la masse musculaire mais englobe désormais la diminution de la force, de la masse et de la qualité musculaire.

Cette évolution dans la définition de la sarcopénie est importante car **la diminution des performances motrices et de la force est beaucoup plus associée aux événements péjoratifs comme les chutes que la masse musculaire** (Walston, 2012).

Par ailleurs, en pratique clinique, il est observé que **la sarcopénie et la dénutrition s'associent au cours du temps, et contribuent à une diminution de la force musculaire** autant qu'elles favorisent les troubles de l'équilibre, participant avec d'autres facteurs à majorer le risque de chute (Szulc et coll. 2005). Enfin, **l'obésité est également liée à un risque de chute plus important** (Hita-Contreras et coll., 2013).

---

## Hypotension orthostatique

L'hypotension orthostatique désigne un trouble de la régulation de la pression artérielle qui correspond à la diminution de la pression artérielle lors du passage en position debout. Elle est une **cause fréquente de malaises, de syncopes et de chute chez la personne âgée** (Gangavati et coll., 2011).

---

## Incontinence urinaire

L'incontinence d'effort et l'incontinence par impériosité urinaire sont plus **fréquemment retrouvées chez les personnes qui chutent**. Cette corrélation est renforcée par le fait que les personnes qui ont à la fois une incontinence urinaire et un vécu des chutes signalent un retentissement sur leur vie sociale et ont des symptômes d'anxiété et de dépression avec la perception d'une moins bonne qualité de vie, **autant d'éléments faisant de l'incontinence urinaire un facteur indirect important aggravant le risque de chutes** (Folez et coll. 2012).

---

## Médicaments psychotropes

Chez les personnes âgées, le risque de chute est majoré lors de la prise de médicaments psychotropes (de l'ordre de 1,7 à 2 fois selon des méta-analyses), notamment pour les hypnotiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques (Bloch et coll., 2011). Cette association est particulièrement forte pour les résidents d'Ehpad, la consommation de psychotropes y étant très élevée.

---

## Autres facteurs

La synthèse conduite par l'INSERM sur le sujet en 2015, très détaillée et riche, présente enfin de nombreux autres facteurs aggravant les risques de chute :

- **Les femmes ostéoporotiques** ont un taux de chutes plus élevé et ont également moins de force ;
- **Les douleurs articulaires et l'arthrose** sont des facteurs de risque de chute ;
- **L'insomnie ou la fragmentation du sommeil** entraîne une baisse des performances physiques et sont associées à des chutes plus fréquentes ;
- **Les altérations des différents composants de la vision** sont susceptibles d'augmenter le risque de chute ;
- **La perte d'acuité auditive**, très fréquente chez le sujet âgé, est aussi un facteur de risque de chute ;
- **L'existence d'un déclin cognitif** constitue un facteur de risque de chute chez les patients même si les troubles cognitifs sont modérés ;
- Des caractéristiques telles qu'**un faible revenu, un niveau d'éducation peu élevé, un logement inapproprié, un réseau social pauvre ou une difficulté d'accès aux services sociaux** facilitent l'expression d'autres facteurs de risque de chute.

## ● CONSÉQUENCES DE LA CHUTE

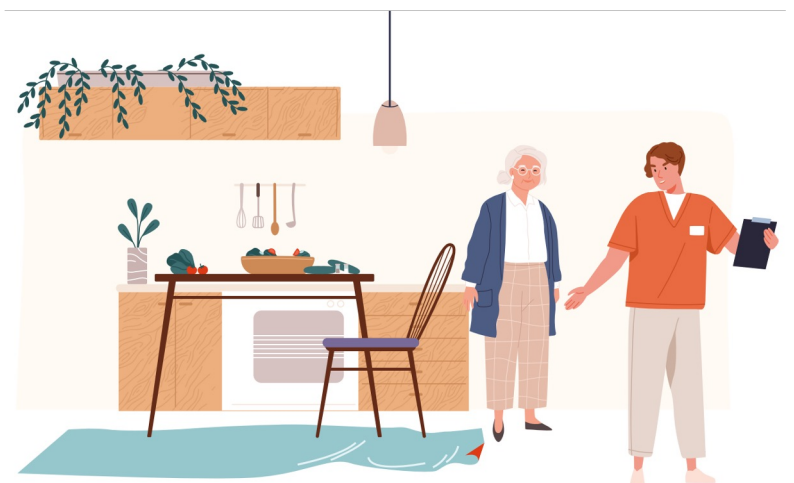
Les chutes représentent la **principale cause de traumatismes physiques chez les plus de 70 ans** et ont des conséquences psychiques et sociales sur l'autonomie et la qualité de vie : la chute doit donc être considérée comme **un marqueur fort de fragilité avec un risque de perte d'autonomie et d'institutionnalisation** (Inserm, 2015). Par ailleurs, si la chute peut être exceptionnelle lorsqu'elle concerne des adultes en bonne santé, plus on avance en âge, plus la chute a tendance à se répéter et à être de moins en moins le fait du hasard et à être le reflet d'une « fragilité » croissante de la personne âgée ou d'une baisse des réserves physiologiques provoquée par la polyopathie : la chute récidivante est ainsi considérée comme un syndrome gériatrique conduisant à une restriction d'activités, une perte de confiance en soi, un tableau de désadaptation posturale et, dans un

deuxième temps, à une perte d'autonomie « fixée » avec un recours élevé à l'institutionnalisation (Gonthier, 2014).

Outre la mortalité et l'hospitalisation qui sont les deux conséquences les plus évidentes des chutes des personnes âgées, les chutes peuvent entraîner des **complications traumatiques immédiates** (hématomes, plaies, entorses, luxations, fractures...), des **complications liées à l'immobilisation au sol** (ischémie, hypothermie, rhabdomyolyse...), une **perte des automatismes de marche**, et des **conséquences psychologiques** (traumatismes) (Gonthier, 2014).

Le temps passé au sol peut également avoir des conséquences importantes. R. Gonthier (2014) rappelle ainsi par exemple que les femmes de plus de 75 ans qui sont incapables de se relever du sol subissent dans les 12 mois une mortalité beaucoup plus élevée : à l'enjeu de la prévention des chutes s'ajoute ainsi celui de la sensibilisation et des dispositifs d'aide au relevage.

Enfin, la fréquence des traumatismes physiques consécutifs à une chute est comprise entre 40 et 60% des chutes en fonction des études (Jensen et coll., 2002, 2003 ; Robertson et coll., 2002). La fréquence de ces traumatismes physiques varie en fonction de l'âge de la personne et de son lieu de vie. **Les personnes les plus âgées et vivant en institution ont plus fréquemment des traumatismes** (McClure et coll., 2005 ; Olivier et coll., 2007) probablement du fait d'une plus grande fragilité et dépendance que les personnes âgées vivant à domicile.







---

### L'adaptation des logements

Dans la mesure où la plupart des chutes ont lieu au domicile, il semble presque mécanique qu'une adaptation des lieux de vie aie des conséquences favorables sur la réduction des risques de chutes. Et sans surprise, il s'avère que **l'adaptation du logement au vieillissement de son occupant s'avère efficace pour prévenir et réduire les risques de chutes**. Les interventions d'évaluation et de modification de la sécurité au domicile sont efficaces pour réduire le taux de chute autant que le risque de chute. Ces conclusions sont notamment celles d'une vaste et robuste étude englobant 159 essais avec 79 193 participants (Gillepsie et coll., 2012) : la plupart des essais ont comparé une intervention de prévention des chutes avec aucune intervention ou une intervention qui n'était pas censée réduire les chutes.

---

### L'activité physique

La même étude (Gillepsie, 2012) a étudié les effets de l'exercice en groupe et conclue que **l'exercice en groupe à composantes multiples** réduit de manière significative le taux et le risque de chute tout comme l'exercice à domicile à composantes multiples.

Ces résultats sont largement confirmés par la synthèse INSERM de 2015 intitulée *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées* qui présente par ailleurs l'intérêt de mettre en exergue les facteurs de réussite des programmes d'activités physiques sur la réduction des chutes :

- **L'efficacité des interventions de prévention des chutes dépend de la population ciblée**

Les **interventions unifactorielles reposant sur la pratique d'exercices physiques multi-catégories** (plusieurs types d'activités) sont efficaces pour réduire le nombre de chutes et le nombre de chuteurs chez les personnes vivant à domicile tant lorsqu'ils sont pratiqués en groupe qu'en individuel à domicile.



Ces programmes réduisent également les risques de fractures en cas de chutes. Les activités physiques ayant dans ce cadre l'impact favorable le plus important sont **les exercices d'équilibre et de renforcement musculaire**. Toutefois, en établissement d'hébergement pour personnes âgées, les programmes d'activité physique et les interventions uni et multifactorielles n'ont pas démontré leur efficacité dans la prévention des chutes.

Plus globalement, pour les sujets fragiles et/ou à haut risque de chute, **l'approche multifactorielle** (mêlant activité physique à d'autres dimensions comme l'adaptation du logement par exemple ou encore la nutrition) **est la plus adaptée** : cette approche visant à reconnaître et corriger les facteurs de risque et les facteurs de gravité en cas de chute permet de repérer et diagnostiquer différents problèmes de santé pouvant être à l'origine d'une perte d'autonomie : maladies de la mémoire, dénutrition, dépression... Elle permet donc la définition d'un plan de soins et d'aides global et coordonné pouvant réduire le risque de perte fonctionnelle au-delà du seul risque lié aux chutes. Cette approche est la plus adaptée aux sujets fragiles.

- **L'entraînement de l'équilibre est la clé de voûte de tout programme d'exercices de prévention des chutes**

La synthèse, basée sur une large revue de la littérature, souligne que les programmes d'exercices physiques les plus efficaces sont ceux centrés sur **le travail de l'équilibre, du renforcement musculaire et de l'amélioration de l'endurance** : ils participent au maintien des capacités fonctionnelles et ont des effets positifs sur la prévention des chutes.

- **L'activité physique participe au maintien de l'autonomie de la personne âgée**

**Les bénéfices de l'activité physiques s'étendent bien au-delà de la prévention des chutes sur d'autres déterminants de santé... pouvant impacter directement le risque de chutes.** Ainsi, à titre d'exemple, l'activité physique a un effet bénéfique sur le maintien des capacités cognitives, ce qui intéresse la prévention de la chute à deux titres : en raison des associations fortes entre la fréquence de la chute et les troubles cognitifs mais aussi en raison du rôle des fonctions cognitives dans le contrôle du mouvement et de la posture.

## LE PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

Les chutes constituent ainsi un **enjeu de santé publique majeur**, et de nombreux leviers sont à envisager et/ou à renforcer rapidement pour y répondre : sensibiliser et informer sur les chutes, identifier les personnes âgées à risque, agir face à la consommation excessive de médicaments psychotropes, assurer une prise en charge post-chute des patients âgés accueillis aux urgences, développer des programmes d'activités physiques adaptés à l'état de santé des personnes âgées, adapter les logements etc.

Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé et Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'Autonomie, ont lancé en février 2022 **un plan national triennal antichute des personnes âgées** qui couvre peu ou prou ces propositions à travers 6 axes d'intervention visant à réduire les décès et les hospitalisations pour chute des personnes âgées.

### LES OBJECTIFS DU PLAN ANTICHUTE

Le plan antichute des personnes âgées a pour objectif **la réduction de 20 % des chutes mortelles ou invalidantes des personnes de 65 ans et plus d'ici 2024.**

Concrètement, d'ici 2024, la cible est de **réduire de 27 000 le nombre annuel de séjours hospitaliers pour chute** et de **2 000 le nombre annuel de chutes mortelles.**

Parce que les enjeux pluriels entourant la question des chutes des personnes âgées ne sauraient se limiter à la question des décès et des hospitalisations, le plan prévoit également un certain nombre d'objectifs complémentaires :

- **Le maintien de l'autonomie des personnes âgées**
- **La réduction des dépenses de santé**
- **L'accélération du virage domiciliaire**
- **L'intensification de la politique de prévention pratiquée par les professionnels de santé.**

## LES AXES DU PLAN ANTICHUTE

Le plan antichute des personnes âgées s'articule autour de cinq axes d'intervention stratégique, englobant eux-mêmes différents sous-axes.

### AXE 1 SAVOIR REPÉRER LES RISQUES DE CHUTE ET ALERTER

Sous-axe 1. Informer les bénéficiaires et professionnels sur les risques de chute

Sous-axe 2. Outils et bilans/examens de prévention auprès des personnes à risque

Sous-axe 3. Promotion et information auprès des CPTS

### AXE 2 AMÉNAGER SON LOGEMENT POUR ÉVITER LES RISQUES DE CHUTES

Sous-axe 1. Outils de repérage des risques de chute

Sous-axe 2. Formation d'équipes mobiles au repérage des risques du logement

Sous-axe 3. Soutien au développement et au relais de ma prime adapt'

### AXE 3 DES AIDES TECHNIQUES À LA MOBILITÉ FAITES POUR TOUS

Sous-axe 1. Réduction du coût des aides techniques les plus pertinentes

Sous-axe 2. Modules de rééducation post-chute après une hospitalisation

Sous-axe 3. Information et formation sur les aides techniques

### AXE 4 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, MEILLEURE ARME ANTICHUTE

Sous-axe 1. Offre d'activité physique et d'activité physique adaptée

Sous-axe 2. Dépistage des besoins des personnes âgées en activité physique

Sous-axe 3. Orientation des personnes vers des programmes adaptés à leurs capacités

Sous-axe 4. Référentiel consacré à l'activité physique adaptée des seniors

Sous-axe 5. Panier de soins prévention des chutes

### AXE 5 LA TÉLÉASSISTANCE POUR TOUS

Sous-axe 1. Généraliser le recours à la téléassistance

Sous-axe 2. Favoriser l'accessibilité financière de la téléassistance

Sous-axe 3. Études sur l'usage de la téléassistance et ses impacts sur les chutes

## FINANCEMENTS

Le financement du plan antichute sera permis par la mobilisation de crédits déjà disponibles des ARS et des partenaires (conférences des financeurs, crédits prévention médico-sociaux EHPAD, crédits d'action sociale des caisses, des collectivités territoriales, etc.) et par l'action financée par le Ministère des sports, notamment à travers 30 Maisons sport santé qui seront identifiées au niveau national pour mettre en œuvre le plan, pour un financement global de 700 000€.

## OBJECTIFS DU DOCUMENT

Le 9 février 2022, est parue une circulaire<sup>1</sup> relative à la mise en œuvre du plan triennal antichute des personnes âgées. La circulaire demande aux ARS de mobiliser les acteurs sur les axes du plan antichute, suivant des objectifs chiffrés, d'élaborer en concertation et sous leur coordination des plans locaux antichute, de relayer l'information et d'organiser la gouvernance régionale et locale et le suivi du plan. L'ARS Nouvelle-Aquitaine a présenté le 4 mai, en commission de coordination des politiques publiques, les grandes lignes du plan national antichute des personnes âgées.

**Une phase d'état des lieux poussée en région a alors été initiée** afin de comprendre les données hospitalières de la Nouvelle-Aquitaine, de déterminer les leviers territoriaux en région, et d'avoir un aperçu de l'ampleur et de la nature des actions financées. Dans ce contexte **l'ARS a missionné le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine et l'ORS Nouvelle-Aquitaine afin qu'ils réalisent un diagnostic conjoint de l'offre existante.**



Ce document vise à **restituer les résultats de ce travail d'état des lieux** de la prévention des chutes en Nouvelle-Aquitaine. L'objectif est de **comprendre la répartition territoriale des actions ainsi que leur nombre pour chaque territoire et chaque axe du plan**. Cet état des lieux doit également permettre, à l'aide de capsules actions choisies, de mettre en lumière certaines actions porteuses de sens sur le territoire. Il est également important de noter que **ce document est un travail de restitution global** : il ne présente pas la liste précise des actions repérées. La finalité est ainsi de déterminer **les forces et des faiblesses des organisations en place**, afin de préfigurer les futurs travaux de co-construction des préconisations d'actions en lien avec les 6 axes du plan national sur chaque territoire pilote.

1● Accéder à la circulaire : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45293>

## LES CHUTES DES PERSONNES ÂGÉES EN NOUVELLE-AQUITAINE



○ LES DONNÉES NATIONALES

○ LES DONNÉES RÉGIONALES  
HOSPITALIÈRES



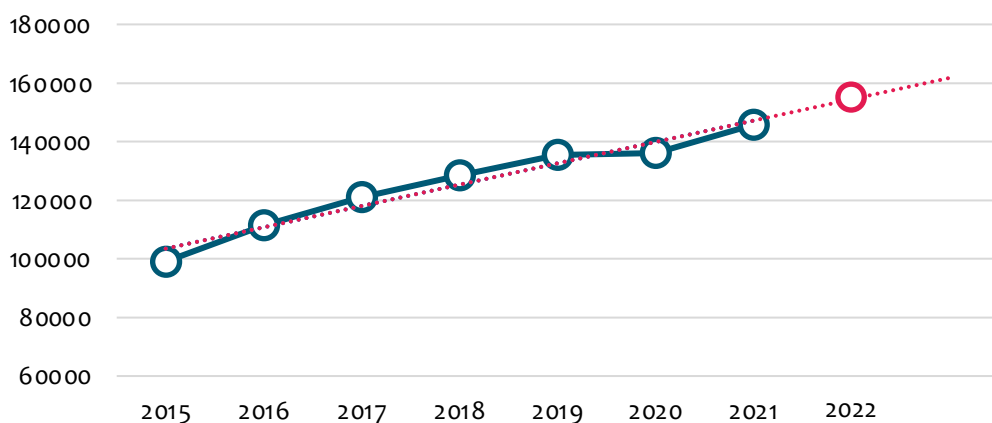
## LES DONNÉES NATIONALES

### DONNÉES NATIONALES : SÉJOURS POUR CHUTE

Selon les données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), **le nombre de séjours annuels pour chutes des personnes âgées de 65 ans et plus a considérablement augmenté entre 2015 et 2021** en passant de 99 051 à 136 418 en 2020 et même 145 718 en 2021, soit une **augmentation de 47%**. Les projections pour 2023 laissent entrevoir un nombre de séjours approchant les 160 000. Il est difficile de connaître en l'état les raisons d'une telle augmentation, une explication pouvant résider dans une amélioration progressive de la fiabilité du PMSI. D'autres facteurs, d'ordres psychosociologiques peuvent être avancés : la chute étant perçue comme une symptomé du vieillissement, attaché à la perte d'indépendance et de l'institutionnalisation, peut conduire les personnes âgées à une sous-déclaration. La diminution de ces mécanismes de sous-déclaration peut ainsi être à l'origine de cette forte augmentation.

Figure 2.  
Évolution du  
nombre de  
séjours pour  
chute depuis  
2015 chez les  
personnes  
âgées de 65  
ans et plus

Source : PMSI



### DONNÉES RÉGIONALES : COMPARAISON NATIONALE

La circulaire du 9 février 2022 relative au lancement et à la mise en œuvre du plan triennal antichute des personnes âgées présente quelques **données relatives aux séjours hospitaliers pour chutes** (données 2020 de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation sur les séjours hospitaliers, extraites du PMSI) et aux décès dus à des chutes par région (données 2016 du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès mises à disposition des ARS).

	Séjours pour chutes		Décès dus à des chute	
	Données 2020	Objectif de réduction en 3 ans	Données 2016	Objectif de réduction en 3 ans
France entière	136 418	-27 284	10247	-2049
Auvergne-Rhône-Alpes	18 923	-3 785	1400	-280
Bourgogne-Franche-Comté	8 148	-1 630	563	-113
Bretagne	10 583	-2 117	676	-135
Centre-Val-de-Loire	5 256	-1 051	436	-87
Corse	442	-88	44	-9
Grand Est	13 035	-2 605	952	-190
Hauts-de-France	12 893	-2 579	853	-171
Ile-de-France	11 006	-2 201	1110	-222
Normandie	8 293	-1 659	525	-105
Nouvelle-Aquitaine	<b>17 658</b>	-3 532	<b>1146</b>	-229
Occitanie	13 417	-2 683	976	-195
Pays de la Loire	5 406	-1 081	595	-119
PACA	9 473	-1 895	837	-167
Guadeloupe	152	-30	39	-8
Martinique	314	-63	35	-7
Guyane	49	-10	9	-2
Réunion	1 325	-265	45	-9
Mayotte	31	-6	3	-1
TOM	24	-5	3	-1

○ Tableau 1.  
Nombre de séjours et de décès pour chute par région en France

○ Source : PMSI et CepiDc

D'après ces données, **la Nouvelle-Aquitaine est la deuxième région de France en termes d'hospitalisations et de décès dus aux chutes**. Cela s'explique bien sûr par le nombre très important de personnes âgées résidant en Nouvelle-Aquitaine.

Pour rappel **la Nouvelle-Aquitaine est la région comportant la part la plus importante de personnes âgées de France sur les trois tranches d'âge** (avec 23,7% de la population âgée de plus de 65 ans, 11,4% de plus de 75 ans et 7,6% de plus de 80 ans ; Insee RP). Par ailleurs, **la Nouvelle-Aquitaine est la troisième région comportant le plus de personnes âgées de plus de 65 ans** (1,415 millions de personnes), **de plus de 75 ans** (683 000 personnes) **et de plus de 80 ans** (454 000 personnes) **en termes de nombre de personnes âgées** (Insee, RP).

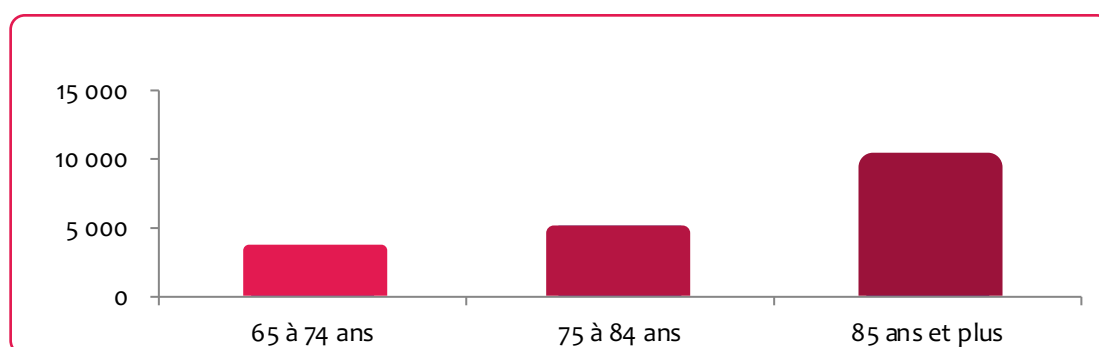


## LES DONNÉES RÉGIONALES HOSPITALIÈRES

### DONNÉES NOUVELLE-AQUITAINE : SÉJOURS POUR CHUTE

En 2021, **18 777 séjours pour chute ont été dénombrés en Nouvelle-Aquitaine**. Les séjours concernent surtout des **personnes âgées de 85 ans et plus** (53% des séjours). Si l'on ajoute les séjours des personnes âgées entre 75 et 84 ans (27% des séjours), on constate sans surprise que **80% des séjours pour chutes concernent des personnes âgées de plus de 75 ans**.

Figure 3.  
Nombre de séjours pour chute en Nouvelle-Aquitaine en fonction de l'âge (2021)



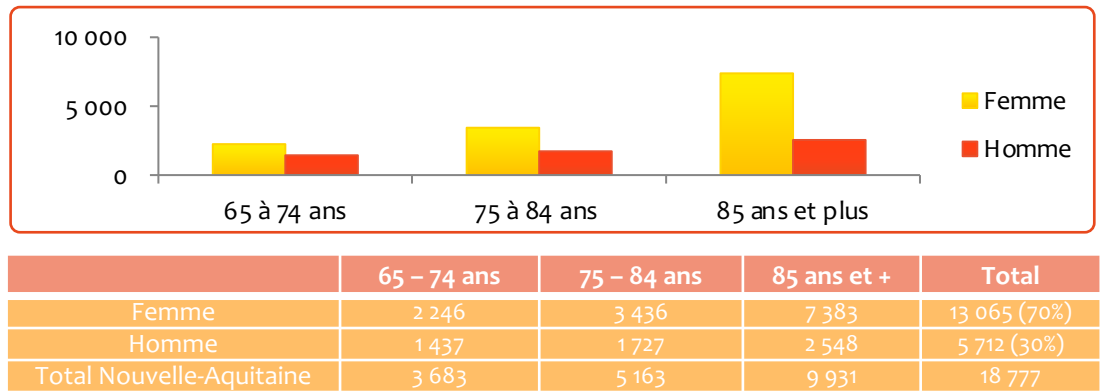
	65 – 74 ans	75 – 84 ans	85 ans et +	Total
Total Nouvelle-Aquitaine	3 683 (20%)	5 163 (27%)	9 931 (53%)	18 777

Source : PMSI

Étant donné que ce sont majoritairement les personnes les plus âgées qui sont hospitalisées pour chutes, se pose dès lors la question de leur résidence : **les personnes âgées vivant en établissement subissent-elles davantage de séjours pour chutes que les personnes âgées vivant à domicile ?** Il est très difficile de répondre à cette question. Le PMSI ne permet pas de spécifier le domicile d'origine (logement traditionnel ou établissement médico-social). Les données RESIDEHPAD 2020 donnent quant à elles 3 358 (soit 21%) séjours pour chute concernant des résidents d'EHPAD mais la base de données est incomplète, et donc sous-estimée.

Concernant les autres caractéristiques des chuteurs en Nouvelle-Aquitaine, nous notons que **les femmes chutent plus que les hommes** dans les trois tranches d'âge, *a fortiori* pour la tranche des personnes âgées de 85 ans et plus. Les femmes de 85 ans représentent à elles seules près de 40% des séjours chute en Nouvelle-Aquitaine en 2021.

○ Figure 4. Nombre de séjours pour chute en Nouvelle-Aquitaine en fonction de l'âge et du sexe (2021)



○ Source : PMSI

## ● DONNÉES NOUVELLE-AQUITAINE : MORTALITÉ PAR CHUTE

Enfin, en termes de mortalité, **on dénombreait 1 146 décès suite à une chute en 2016** (Source CépiDC 2016).

A noter que 554 décès en 2021 ont eu lieu suite à une chute ayant entraîné un séjour à l'hôpital. Ainsi, **environ 50% des décès liés à une chute ont lieu suite à une hospitalisation**.

## ● PLAN ANTICHUTE EN NOUVELLE-AQUITAINE : OBJECTIFS RÉGIONAUX

Étant donné les objectifs du plan antichute des personnes âgées (baisse de 20% des décès et des hospitalisations des personnes âgées suites à une chute), les objectifs en Nouvelle-Aquitaine sont les suivants :

Séjours hospitaliers pour chutes (données 2020)	Objectif de réduction de 20% en 3 ans (2024)
17 658	- 3 532
Décès dus à des chutes (données 2016)	Objectif de réduction de 20% en 3 ans (2024)
1 146	- 229

○ Tableau 2. Objectifs chiffrés de réduction des décès et hospitalisation pour chute en Nouvelle-Aquitaine

Ces données proviennent de l'ATIH (données sur les séjours hospitaliers, extraites du PMSI) et de Santé publique France (données CépiDC, décès pour chutes).

Les données du PMSI sont régulièrement mises à jour, régionalisées, et seront mises à disposition des ARS.

Les données du CépiDC, également mises à disposition des ARS, sont en cours de refonte. La dernière année disponible est 2016 et l'objectif est indiqué en tendance.

## LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION DES CHUTES EN NOUVELLE-AQUITAINE

- LES ACTEURS TRANSVERSAUX :  
PANORAMA
- LES ACTEURS PORTANTS LES ACTIONS  
REPÉRÉES
- LEVIERS ET CRÉDITS ALLOUÉS PAR  
L'ARS



## LES ACTEURS TRANSVERSAUX : PANORAMA

Plusieurs groupes d'acteurs dits « transversaux » portant ou finançant des actions (in)directement liées aux 6 axes du plan ont été identifiés auprès des partenaires. Ces acteurs sont des partenaires de premier plan de la conduite et de la mise en œuvre du plan antichute.

### LES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX ET LES CFPPA

Cet état des lieux doit beaucoup aux conseils départementaux et aux différentes CFPPA qui portent l'essentiel des actions repérées. Les Conseils départementaux financent de nombreuses actions de prévention individuelles et collectives via les CFPPA (au sein desquelles les axes du plan antichute sont ventilés dans les 6 axes de leur programme de financement). Ils sont ainsi des acteurs transversaux majeurs du plan antichute. Les CFPPA peuvent également co-financer des actions avec l'ARS, ce qui permet souvent l'émergence d'initiatives inspirantes, à la croisée du sanitaire et du médico-social. Il en est ainsi par exemple pour un très intéressant projet de repérage des fragilités au domicile porté par le SPASAD Sud Deux-Sèvres.

#### CAPSULE ACTION

#1



Deux-Sèvres

#### REPÉRAGE DE LA FRAGILITÉ AU DOMICILE DES SENIORS SPASAD (SERVICE POLYVALENT D'AIDE ET DE SOIN À DOMICILE) SUD DEUX-SÈVRES

Le SPASAD Sud Deux-Sèvres pilote depuis 2021 un projet d'envergure de repérage des fragilités des personnes âgées à domicile. Le SPASAD regroupe 32 services (25 SAAD et 7 SSIAD) sur tout le territoire du Sud Deux-Sèvres (Bassin de Vie Niortais, Haut-Val-de-Sèvre et Pays Mellois). Le projet vise tout d'abord à former des intervenants au domicile des personnes âgées à la prévention des fragilités (formation de base puis formation de niveau 2). Il vise ensuite à permettre aux intervenants formés de réaliser des ateliers à domicile (alimentation, sport, jeux) et, tous les six mois, de se retrouver afin d'interroger sa pratique. Le projet a été financé par la CFPPA 79 pour 2021 et

2022, après un financement ARS (PAERPA) pour la partie formation des intervenants à domicile au repérage de la fragilité des seniors. En 2021, un budget de 126 000€ a été dépensé. Cela a permis à 40 personnels d'obtenir une formation de niveau 2 sur la nutrition, 25 sur l'activité physique et 47 sur l'activité relationnelle. Par ailleurs, 895 heures d'ateliers individuels ont été réalisées auprès de 240 bénéficiaires. En termes de profil de bénéficiaires, on compte 199 femmes et 41 hommes, dont 148 ayant une forte fragilité et 92 une fragilité plus faible, 190 personnes âgées de plus de 80 ans et un profil-type correspondant à une femme de 80 ans ou + avec un haut niveau de fragilité.

## L'ASSURANCE MALADIE ET LES CENTRES HOSPITALIERS

L'Assurance Maladie est également un acteur incontournable et transversal de la prévention des chutes : elle donne accès à de l'information, met en ligne des formulaires et services de demande d'aide à l'autonomie, et développe des services personnalisés d'accompagnement, tels que Prado, le service de retour à domicile des patients hospitalisés etc.

Par ailleurs, **les centres hospitaliers sont globalement des acteurs stratégiques importants de la prévention des chutes**. Ils sont amenés à développer de nombreuses actions innovantes et pertinentes, et, dans le cas des CHU, à porter des projets de recherche de pointe sur le sujet. Pour ne citer qu'un exemple, nous proposons de présenter la stratégie de prévention des chutes développée par le centre hospitalier d'Arcachon.

### CAPSULE ACTION

#2



Gironde

#### UN CENTRE HOSPITALIER ENGAGÉ DANS LA PRÉVENTION DES CHUTES LE CH PROMOTEUR DE SANTÉ D'ARCACHON

Depuis 2016, le CH d'Arcachon s'engage en faveur de la prévention et a recruté une chargée de projets Santé Publique dans le but de mettre en place une démarche globale de prévention, développer des actions sur le territoire et ainsi éviter le recours aux soins.

Aujourd'hui, le CH d'Arcachon est porteur de plusieurs programmes de prévention proposés aux habitants du territoire et aux patients. Aussi, depuis mai 2019, le CH s'est engagé auprès du réseau Lieu de Santé Promoteur de Santé, version française du Réseau *Health Promoting Hospitals* de l'OMS (seuls 4 CH en France). Celui-ci coopère ainsi avec le territoire pour promouvoir une approche globale de la santé en direction des usagers, des personnels, et de l'environnement du lieu de santé.

**Le CH développe trois types d'actions en faveur de la prévention des chutes.** Tout d'abord, des **actions en faveur de l'activité physique adaptée (APA)** : un programme d'APA de 3 mois, avec des séances 2 fois par semaine proposés notamment aux seniors souffrant d'affections de longue durée et / ou de

problématique psychologique et/ou sociale : une formation proposée aux éducateurs sportifs (programme de 14h avec l'association Prof'APA) et une labellisation Maison Sport Santé en 2021 avec l'ouverture pour tous d'un accompagnement. Ensuite, le CH porte des **actions en faveur de la prévention des chutes à domicile** via des visites à domicile par un ergothérapeute pour tous les seniors du territoire en perte d'autonomie. L'ergothérapeute propose des conseils d'aménagement et d'équipements pour favoriser le maintien à domicile. Le CH forme des auxiliaires de vie et aides-soignantes et encadre des ateliers de prévention des chutes pour des seniors et aidants au sein de plusieurs résidences seniors.

Enfin, dans le cadre de l'hôpital de jour, le CH conduit des actions de dépistage et de prévention des chutes avec une équipe pluridisciplinaire : 4 patients par matinée, tous les lundis, en bénéficient.

Ce projet est soutenu par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de Gironde et l'ARS Nouvelle-Aquitaine. » ;

## LES RÉGIMES DE RETRAITE ET RETRAITES COMPLÉMENTAIRES

Les régimes de retraite et retraites complémentaires sont également des partenaires importants de la prévention des chutes au titre de la transversalité des actions qu'ils conduisent.

Tout d'abord, ils interviennent en transversalité en développant des actions visant à favoriser l'accès aux droits et à l'information, à soutenir la vie à domicile avec des actions spécifiques pour les plus fragiles, à élaborer, programmer et financer des actions collectives de prévention, et à accompagner des personnes dans leurs démarches. Ensuite, ils sont amenés à expérimenter des innovations à destination des personnes âgées comme c'est le cas dans le cadre du projet NACRE dont la CARSAT Aquitaine est partenaire.

CAPSULE ACTION

#3



Dordogne  
Lot-et-Garonne

### VERS UN NOUVEL ACCOMPAGNEMENT CO-CONSTRUIT DES RETRAITÉS FONDÉ SUR LE PROGRAMME ICOPE LE PROJET « NACRE » DONT LA CARSAT AQUITAINE EST PARTENAIRE

La Carsat Aquitaine s'est engagée pour permettre aux retraités de maintenir leur capital santé le plus longtemps possible grâce à l'outil ICOPE (cf. capsule action 5) aux côtés de 4 partenaires : la CNAV, le Gérontopôle du CHU de Toulouse, l'Institut méditerranéen des métiers de la longévité (I2ML) et la Carsat Midi-Pyrénées.

Intitulé NACRE (Nouvel Accompagnement Co-construit auprès des Retraités), ce projet vise à mobiliser le programme ICOPE élaboré par l'OMS, dans le but de :

- Evaluer, prendre en charge et assurer le suivi de 6 fonctions clés des retraités (la mobilité, la mémoire, la nutrition, l'état psychologique, la vision et l'audition)
- Consolider et renforcer les capacités et les ressources des jeunes retraités pour agir, le plus en amont possible, sur l'apparition de fragilités associées aux conséquences vieillissement.
- Sensibiliser les retraités fragiles sur l'importance d'être actif dans la préservation de leur capital autonomie.

L'originalité et l'une des plus-values du projet résident dans le fait que le partenariat s'appuie sur les compétences

des structures d'évaluation et des structures d'aide à domicile, impliquées dans les territoires au plus près des besoins des seniors.

Le projet poursuit deux grandes ambitions. D'une part, l'idée est de pouvoir expérimenter auprès de jeunes retraités, à faible niveau de pension, un rendez-vous à domicile pour les sensibiliser à l'importance d'évaluer leur capital autonomie et les informer sur les solutions qui peuvent répondre à leurs besoins (actions de prévention collectives, d'amélioration de leur habitat et conditions de vie etc.). L'expérimentation vise ainsi à bâtir le contenu de ce rendez-vous, la formation des évaluateurs, à la mise en œuvre et l'évaluation de cette nouvelle offre sur les territoires volontaires. D'autre part, une deuxième expérimentation permet aux structures d'aide à domicile volontaires de consacrer, dans le cadre de leur accompagnement, des temps dédiés à la prévention et de suivre dans le temps l'évolution de leurs fonctions clefs.

En ex-Aquitaine, le projet NACRE est expérimenté en Dordogne et dans le Lot-et-Garonne.

Par ailleurs, ils peuvent développer des **services en ligne** pour prévenir et éviter les chutes en Ephpad et résidence autonomie (tels que le dispositif de la MSA Lantichute) ou encore à mobiliser des **Observatoires régionaux des fragilités** (CARSAT).

## CAPSULE ACTION

#4



Nouvelle-Aquitaine

### LANTICHUTE, LE SERVICE EN LIGNE POUR PRÉVENIR ET ÉVITER LES CHUTES MSA – MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE

**LANTICHUTE** est un service en ligne destiné à **prévenir et éviter les chutes en Ephpad et résidence autonomie**, qui s'adresse aux professionnels de ces institutions. LANTICHUTE permet de **recenser l'ensemble des chutes survenues** au sein de l'établissement, de **mettre en évidence les facteurs individuels de chute** et d'évaluer le **risque de chute de chaque résident**. L'outil permet ainsi d'**ajuster le plan de prévention individuel de chaque résident** avec la prise en compte de mesures préventives et correctives pour éviter la survenue ou récurrence de chutes. En termes de gestion, LANTICHUTE

permet de **favoriser le partage d'informations au sein des équipes**, d'**améliorer la traçabilité des chutes** et l'**identification des facteurs de risques environnementaux** et d'obtenir une vue globale de l'établissement concernant le risque de chute. LANTICHUTE est un **outil gratuit** permettant de mobiliser les équipes autour de la prévention des chutes et d'agir plus rapidement sur une situation à risque. **La MSA accompagne par ailleurs les établissements dans l'installation de l'outil** et propose une **assistance téléphonique** en cas de problème.

Lien : <https://www.msa.fr/lfp/lantichute>

#### Type d'activités (financement 2019)

Accès aux droits	87
Activité physique	209
Bienvenue à la retraite	48
Bien être et estime de soi	93
Équilibre/prévention des chutes	245
Habitat et cadre de vie	226
Mémoire	355
Nutrition	250
Santé globale et bien vieillir	570
Sécurité routière	14
Sécurité domestique	26
Sommeil	76
<b>Total</b>	<b>2199</b>

Enfin, les régimes développent de nombreuses actions collectives de prévention primaire (par exemple dans le cadre du PRIP). Ainsi, en 2019, **la CARSAT et la MSA ont financé près de 2200 activités ayant impacté 51 433 bénéficiaires**. Au-delà d'activités dédiées à la prévention des chutes, on notera le financement de nombreuses actions agissant sur des facteurs aggravants des risques de chutes.

Tableau 4.  
Les activités financées  
par la CARSAT-MSA  
en 2019

## LES ACTEURS PORTANT LES AUTRES ACTIONS REPÉRÉES

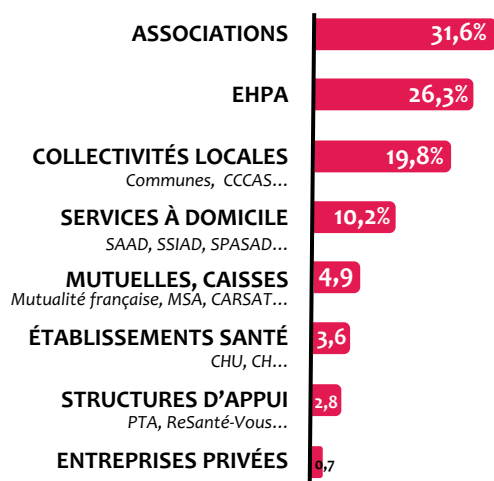


Figure 6. Catégorie du porteur principal des actions repérées (%)

L'essentiel des actions repérées dans la partie suivante émanent de trois types d'acteurs : des associations, des établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad, résidences seniors et résidences autonomie) et des collectivités territoriales.

Ces trois types d'acteurs portent ainsi 78% de l'ensemble des actions repérées.

Le reste des actions se divisent entre d'autres types de porteurs, par ordre d'importance : les structures de service à domicile, les mutuelles, caisses et organismes de protection, les établissements de santé, les structures d'appui notamment de l'ESS et enfin les entreprises privées.

## L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ : LEVIERS ET CRÉDITS ALLOUÉS

Le dernier acteur transversal à envisager est l'Agence régionale de santé, à laquelle la mise en œuvre du plan a été confiée par le ministère. L'ARS intervient directement ou indirectement dans le champ de la prévention des chutes via des leviers territoriaux entrant dans son champ d'action et des crédits alloués.

### LEVIERS TERRITORIAUX DANS LE CHAMP DE COMPÉTENCE DE L'ARS

Trois types de leviers territoriaux entrant dans le champ de compétence de l'ARS ont été identifiés :

Tout d'abord, la Nouvelle-Aquitaine compte 105 EHPAD Pôle ressources de proximité, qui représentent 10 % des EHPAD de Nouvelle-Aquitaine dont près de la moitié (48 %) mettent en œuvre des actions d'activité physique adaptée/prévention des chutes. Pour rappel, les Ehpad pôle ressource de proximité ont vocation à créer des interactions entre les Ehpad et leur environnement de proximité (partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires) afin de permettre aux résidents d'avoir des interactions concrètes et de participer à la vie sociale. La fonction « pôle ressource de proximité » s'adresse également aux personnes extérieures de l'Ehpad afin de leur permettre de participer à certaines activités, voire de bénéficier d'interventions à visée préventive à domicile.

Ensuite, la région compte également un bon maillage



des **DAC-PTA** (1 par département) et des **plateformes d'accompagnement et de répit** (2 par département) en relai de l'ARS pour mobiliser les acteurs. Par ailleurs **des CPTS investissent le repérage des fragilités** dans leur projet de santé.

Enfin, la région accueille **le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine**, un groupement d'intérêt public co-financé par le Conseil Régional et l'ARS. Le Gérontopôle se positionne en appui de l'ARS dans l'élaboration du diagnostic territorial et qui appuiera les territoires pilotes et contributeurs pour l'élaboration des plans d'action territorialisés.

En plus des leviers territoriaux, **l'ARS alloue des crédits entrant directement dans le champ de la prévention**, de la prévention des chutes et/ou de l'un des axes du plan antichute des personnes âgées. Ainsi, quatre types de crédits entrant dans le champ de compétence de l'ARS ont été repérés.

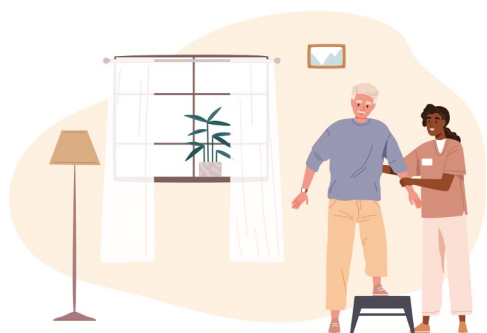
Tout d'abord, **les crédits prévention médico-sociaux** : 240 000 € alloués aux EHPAD de la région en 2021 au titre de la prévention des chutes (8 % des crédits) et 1.680 M€ au titre de l'activité physique adaptée (35 % des crédits) dans le cadre de l'appel à contribution prévention en EHPAD de 2021.

Ensuite, **les crédits prévention du Fonds d'intervention régional (FIR) : 76 326 € ont été alloués en 2021 à 5 opérateurs** spécifiquement pour des ateliers de prévention des chutes ou d'éducation thérapeutique et **433 763 € au titre de l'APA en direction des personnes âgées**.

Par ailleurs, **les crédits prévention des hôpitaux promoteurs de santé** (cf. capsule action #2, page 21) alloués à des actions de prévention des chutes : **en 2021, ces crédits ont financé 5 actions**, à destination des plus de 55 ans, portant sur la nutrition et l'activité physique **pour un montant total de 67 553€** (soit 3,5% des crédits prévention hôpital promoteur de santé) ; **en 2022, ces crédits ont financé 3 actions**, également à destination des plus de 55 ans et toujours sur la nutrition et l'activité physique **pour un montant total de 33 620€**, (soit 3,8% des crédits).

Enfin, a été également repéré **le fonds d'innovation pour le système de santé** qui a notamment permis deux expérimentations dont nous avons parlé précédemment, à savoir le « **repérage des fragilités ICOPE** » et l'expérimentation EQLAAT.

## CRÉDITS ALLOUÉS DANS LE CHAMP DE COMPÉTENCE DE L'ARS



# ÉTAT DES LIEUX DES ACTIONS DE PRÉVENTION DES CHUTES EN NOUVELLE-AQUITAINE

- PANORAMA RÉGIONAL
- ÉTAT DES LIEUX PAR AXE ET PAR DÉPARTEMENT
- SYNTHÈSE



687

actions identifiées en Nouvelle-Aquitaine

500

porteurs



Les acteurs territoriaux de Nouvelle-Aquitaine ont collaboré à la réalisation d'un **état des lieux des actions financées dans le cadre des CFPPA**.

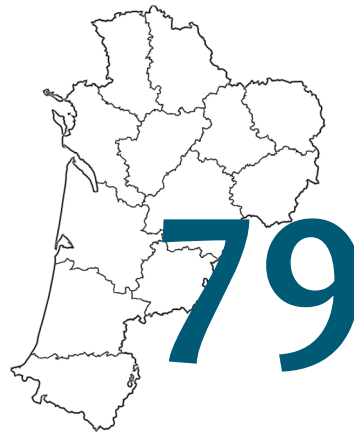
Ainsi, les 12 CFPPA ont fait remonter leurs tableaux d'instructions à l'ORS Nouvelle-Aquitaine qui a pu réaliser une synthèse des actions de prévention des chutes en Nouvelle-Aquitaine. Ce travail a demandé beaucoup de réactivité et de collaboration de la part des partenaires et a permis un recueil de 1000 actions. L'ORS a approfondi son état des lieux en analysant également une extraction d'actions issues d'Oscars (uniquement des actions financées par l'ARS) ce qui a permis d'identifier 50 autres actions, les données fournies par le Gérotopôle Nouvelle-Aquitaine (84 actions supplémentaires) et les données issues de l'expérimentation Ehpad Pôle de ressources de proximité (86 actions).

Au total, ce sont **687 actions de prévention des chutes** qui ont été identifiées, **mises en œuvre par plus de 500 porteurs différents**.

Figure 7. Nombre et échelle géographique des actions repérées

Actions ayant une portée régionale ou départementale

Actions ayant une portée infra-départementale



non précisé = 96 actions

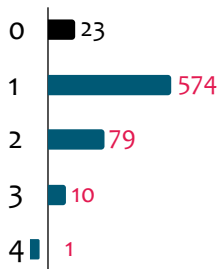


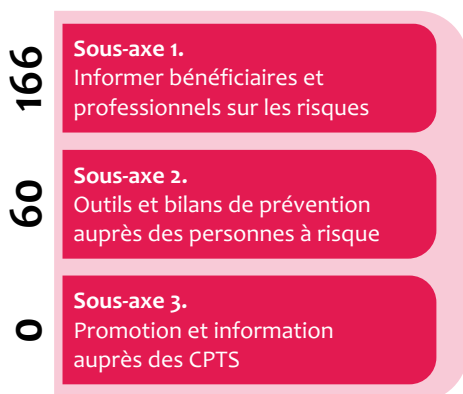
Figure 8. Nombre d'axes couverts par les actions

AXE 1 SAVOIR REPÉRER LES RISQUES DE CHUTE ET ALERTER	AXE 2 AMÉNAGER SON LOGEMENT POUR ÉVITER LES RISQUES DE CHUTES	AXE 3 DES AIDES TECHNIQUES À LA MOBILITÉ FAITES POUR TOUS	AXE 4 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, MEILLEURE ARME ANTICHUTE	AXE 5 LA TÉLÉASSISTANCE POUR TOUS
223 actions (29%)	57 actions (7%)	76 actions (10%)	388 actions (51%)	22 actions (3%)

Tableau 5. Nombre d'actions par axe du plan antichute

## ÉTAT DES LIEUX PAR AXE ET PAR DÉPARTEMENT

### AXE 1 : SAVOIR REPÉRER LES RISQUES DE CHUTE ET ALERTER



Les actions de l'axe 1 sont inégalement réparties dans chaque sous-axe le composant. **On compte une très large majorité d'actions relevant de l'information aux bénéficiaires et aux professionnels sur les risques de chutes.** Le reste des actions relève des outils et bilans de prévention auprès des personnes à risques. Enfin, aucune action n'a été repérée concernant la promotion et l'information auprès des CPTS. Toutefois il est à noter que **les CPTS jouent un rôle majeur dans les deux premiers sous-axes, notamment, en Nouvelle-Aquitaine, dans les expérimentations du programme ICOPE au titre de l'article 51.**

#### CAPSULE ACTION

#5

#### INSCRIRE LE REPÉRAGE DES FRAGILITÉS DANS UNE APPROCHE GLOBALE DU BIEN-VIEILLIR LE PROGRAMME ICOPE ET SES EXPÉRIMENTATIONS

ICOPE est le **programme de santé publique porté par l'OMS à destination des personnes de 60 ans et plus.** L'objectif est de **promouvoir et favoriser un vieillissement en bonne santé.** Le programme propose un **outil multidimensionnel d'évaluation du déclin fonctionnel et de repérage de la perte d'autonomie.** Matérialisé par une application, l'outil permet d'évaluer différentes fonctions pouvant être impliquées dans la perte d'autonomie : mobilité, nutrition, état psychologique, mémoire, vue et ouïe. Il se décline en 5 étapes dites Steps : dépistage (step 1), évaluation (2), plan de soin personnalisé (3), fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention (4), implication des collectivités et soutien aux aidants (5). ICOPE est expérimenté en Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de l'article 51 en Charente-Maritime et en Ex-Limousin, et via un financement CFPPA dans le département des Landes. En Charente-Maritime, l'expérimentation est portée par le **DAC 17** (Dispositif local

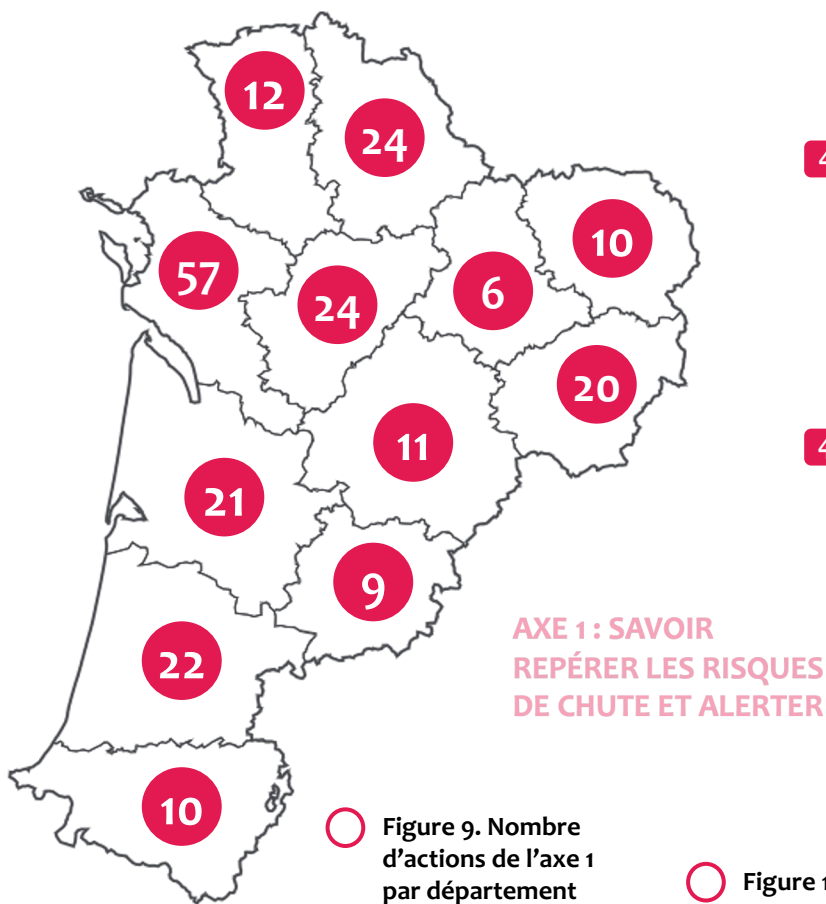
d'accompagnement) qui a en outre obtenu un financement CFFPA pour réaliser le repérage step 1 en partenariat avec des services à domicile. Le DAC collabore également avec **Agirc Arcco** sur les step 1 et 2 en se greffant sur des actions portées par la complémentaire et a développé le dispositif « **l'heure civique** » en formant plus de 200 volontaires bénévoles qui se rendent au domicile des personnes afin de les sensibiliser au repérage step 1.

En Ex-Limousin, l'expérimentation article 51 est portée par **3 CPTS couvrant des territoires étendus sur la Corrèze, la Haute-Vienne et la Creuse,** qui ont créé une **association inter-CPTS** dont l'objet est la gestion de l'étude ICOPE en lien avec les DAC. L'association organise des comités techniques et devrait fonctionner par la suite avec un prestataire en cours de sélection.

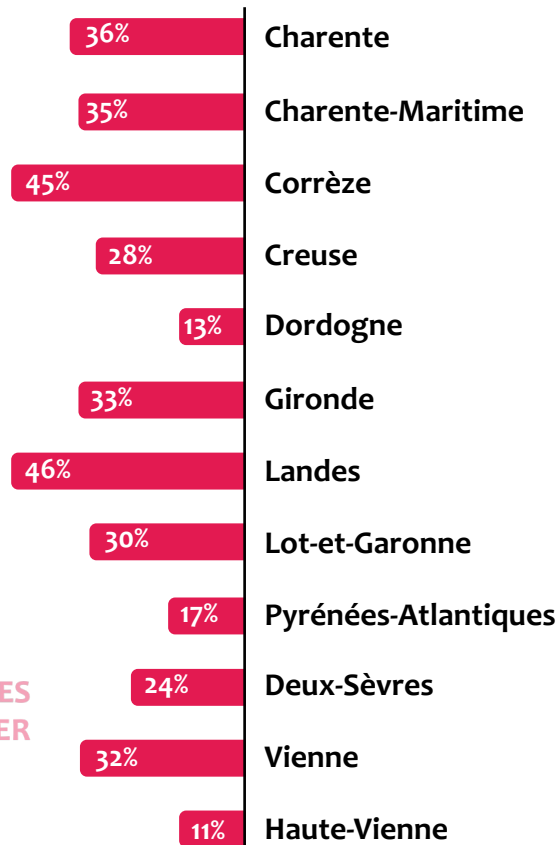
Dans les Landes l'expérimentation fait l'objet d'un financement de la **CFPPA.**



**Charente-Maritime**  
**Corrèze**  
**Creuse**  
**Landes**  
**Haute-Vienne**



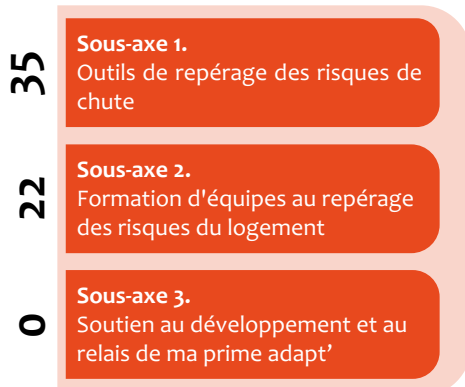
○ Figure 9. Nombre d'actions de l'axe 1 par département



○ Figure 10. Part des actions de l'axe 1 par département

Tous les départements de Nouvelle-Aquitaine ne comptent pas le même nombre d'actions relevant de l'axe 1, de 6 actions en Haute-Vienne à 57 en Charente-Maritime. Étant donné que ces données sont principalement issues des tableaux d'instruction des CFPPA, cela peut s'expliquer par les montants attribués : une CFPPA peut allouer de plus faibles montants à un nombre plus grand d'actions et inversement. Nous pouvons enfin noter qu'en Corrèze et dans les Landes, les actions relevant de l'axe 1 représentent plus de 45% du total des actions ciblées sur les chutes.

## AXE 2 : AMÉNAGER SON LOGEMENT POUR ÉVITER LES RISQUES DE CHUTES



Les actions de l'axe 2 sont, à l'image de l'axe 1, **inégalement réparties et comportent un sous-axe n'ayant aucune action associées**. En tant que dispositif très récent, il n'est pas étonnant de voir un manque d'actions relevant du soutien au développement de ma prime adapt' : gageons que la situation sera différente l'an prochain.

Souvent associés à l'intervention de professionnels au domicile, les outils de repérage des risques de chutes peuvent également relever d'une information directe aux habitants, à l'aide de guides techniques, simples et concrets permettant des aménagements faciles à réaliser. C'est ce que nous proposons de mettre en lumière dans le cadre de fiche pratique inspirante #2.



## GUIDE PRATIQUE « BIEN-VEILLIR À DOMICILE » POUR FACILITER SON QUOTIDIEN RESANTÉ-VOUS

Le guide pratique « Bien- vieillir à domicile : des idées pour faciliter son quotidien » a été rédigé par l'équipe des professionnels de **Resanté-Vous**.

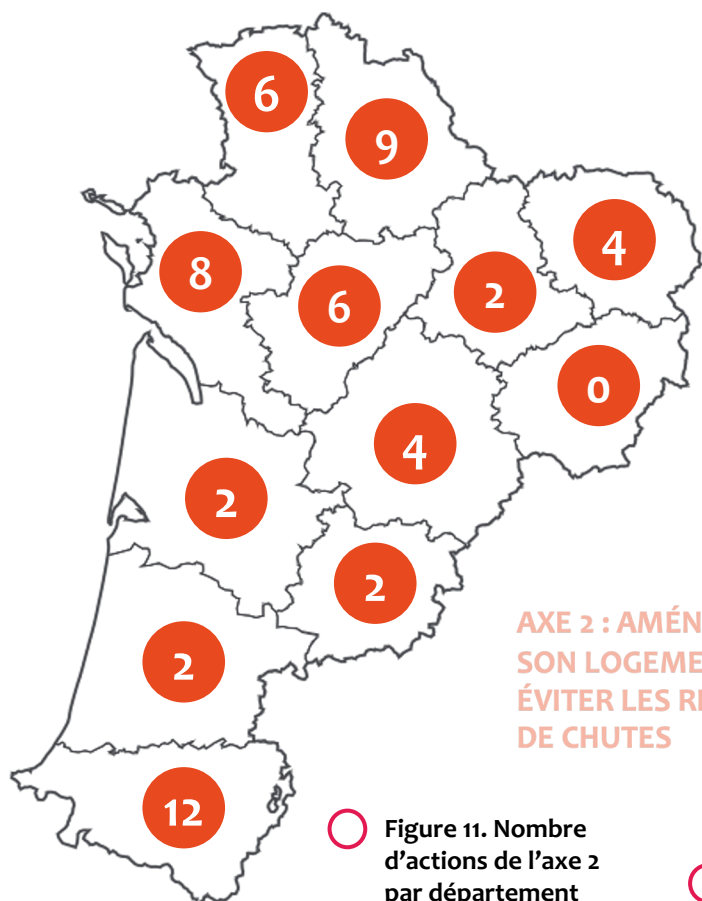
Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale, ReSanté-Vous regroupe **des thérapeutes** (ergothérapeute, psychomotricien, professionnel en activité physique adaptée, art-thérapeute, psychologue) et **des spécialistes de la gérontologie**.

Après le succès rencontré lors des précédentes parutions du guide, Resanté-Vous poursuit l'aventure avec une 4<sup>ème</sup> édition qui se veut encore plus fonctionnelle. L'objectif de cet ouvrage est finalement à double usage : **améliorer la qualité de vie au quotidien**

**des personnes de plus de 60 ans et accompagner l'évolution des pratiques professionnelles.**

Construit par des ergothérapeutes, ce guide fournit de **nombreuses idées d'adaptation du logement et de l'environnement des seniors, pièce par pièce** : à l'extérieur, dans l'entrée, le séjour, la cuisine, la salle d'eau, la salle de bains et les toilettes, la chambre, le garage et la buanderie.

Pratique, concret et proposant des solutions immédiates à bas coûts, ce guide peut s'avérer précieux pour la prévention des chutes des personnes âgées à domicile.



AXE 2 : AMÉNAGER  
SON LOGEMENT POUR  
ÉVITER LES RISQUES  
DE CHUTES

Figure 11. Nombre d'actions de l'axe 2 par département

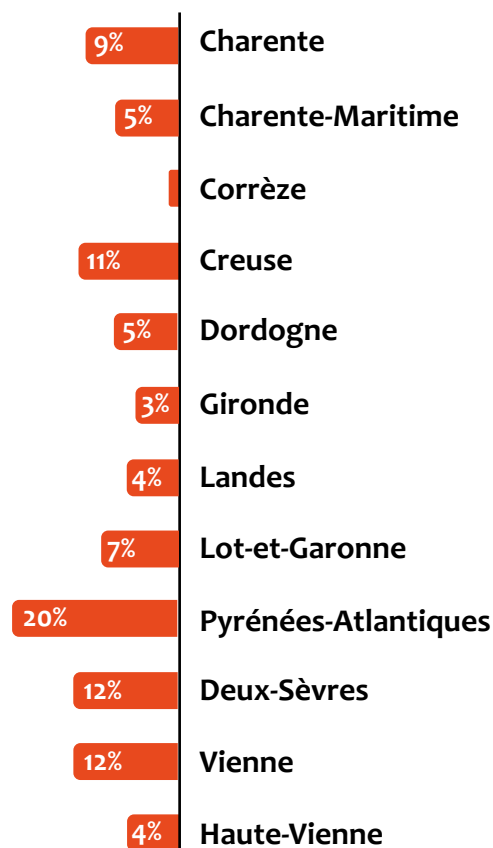


Figure 12. Part des actions de l'axe 2 par département

## AXE 3 : DES AIDES TECHNIQUES À LA MOBILITÉ POUR TOUS

32

Sous-axe 1.  
Réduction du coût des aides techniques les plus pertinentes

1

Sous-axe 2.  
Modules de rééducation post-chute après une hospitalisation

43

Sous-axe 3.  
Information et formation sur les aides techniques

Les actions de l'axe 2 sont réparties de façon relativement homogène sur les différents départements, notamment parce qu'elles sont souvent en nombre limité. À part en Pyrénées-Atlantiques (12 actions), tous les départements accueillent moins de 10 actions sur l'axe 2.

Comme pour les deux axes précédents, l'axe 3 souffre d'un sous-axe sous-représenté en matière d'actions repérées. Cela concerne les modules de rééducation post-chute après une hospitalisation. L'essentiel des actions repérées de l'axe 3 se concentrent donc sur la réduction du coût des aides techniques les plus pertinentes et l'information et la formation sur les aides techniques. Parmi les actions repérées intéressantes, notons qu'avec 4 EQLAAT retenues lors de l'appel à projet CNSA 2021, la Nouvelle-Aquitaine est la région accueillant le plus d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques.

### CAPSULE ACTION

#7

#### ACCOMPAGNER DANS LE CHOIX ET L'USAGE D'AIDES TECHNIQUES LES ÉQUIPES LOCALES D'ACCOMPAGNEMENT SUR LES AIDES TECHNIQUES

Les EQLAAT ont émergé en 2021 à la suite d'un AAP lancé par la CNSA et profitant des opportunités de l'article 51 (expérimentations). La CNSA a reçu 112 projets à travers toute la France et ce sont 24 équipes qui ont finalement été sélectionnées pour répondre à cet engouement.

Avec 4 EQLAAT retenues, la Nouvelle-Aquitaine est la région accueillant le plus de structures ayant remporté l'appel à projet : Ardevie en Charente, le GIHP Aquitaine en Gironde, APF Nouvelle-Aquitaine en Haute-Vienne et Diapasom sur l'ensemble de l'ex-Poitou-Charentes. La mise en place des EQLAAT vise à faire

émerger des équipes de professionnels accompagnant, en proximité, les personnes âgées ou en situation de handicap en matière d'aides techniques, et à définir les activités, l'organisation et le modèle économique de ces équipes d'accompagnement en vue d'une généralisation. L'accompagnement des personnes par les EQLAAT s'entend depuis l'évaluation des besoins en aides techniques jusqu'au suivi de la personne dans son utilisation de l'aide technique. Les usagers sont fortement impliqués à chaque étape de la démarche afin de favoriser la réussite de l'expérimentation.



Charente  
Charente-Maritime  
Gironde  
Deux-Sèvres  
Vienne  
Haute-Vienne

Les actions relevant de l'axe 3 sont assez hétérogènes sur les territoires. Ainsi, 7 des 12 départements ne comportent que 3 actions repérées ou moins sur l'axe 3. Seule la Dordogne accueille plus de 20 actions. L'utilisation d'aides techniques par les personnes âgées contribue à maintenir ou améliorer l'autonomie et peut

ainsi permettre de prévenir les chutes. Toutefois, leur utilisation nécessite que les personnes soient informées et conseillées, aussi bien sur le choix de l'aide technique que sur son usage. Sur de nombreux territoires, des CICAT sont installés afin de répondre à ces objectifs.

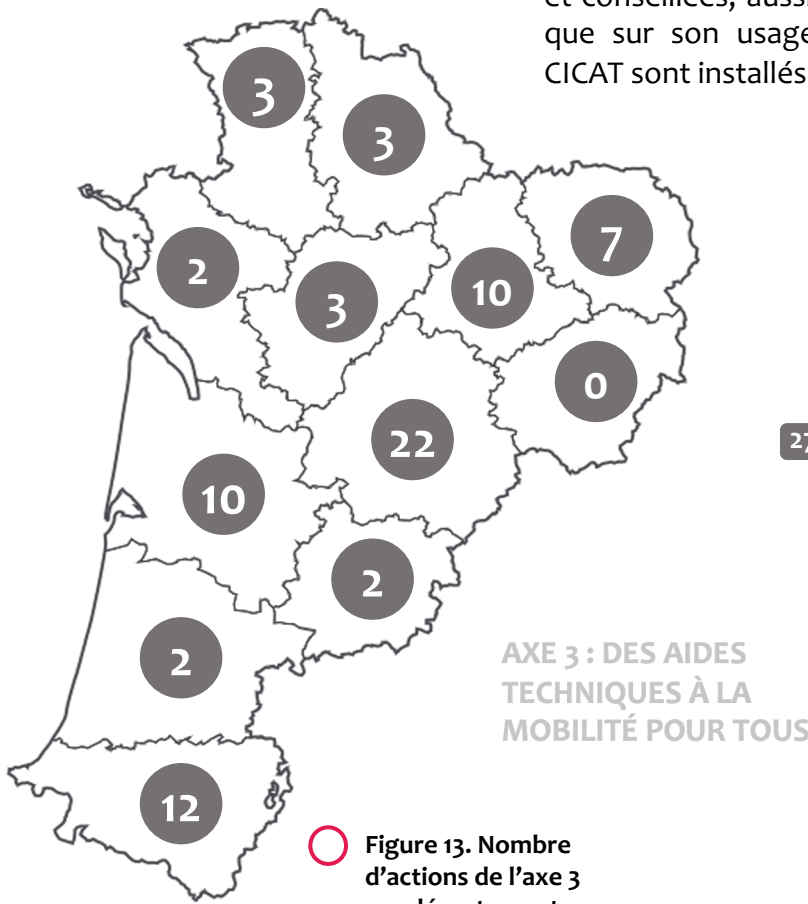


Figure 13. Nombre d'actions de l'axe 3 par département

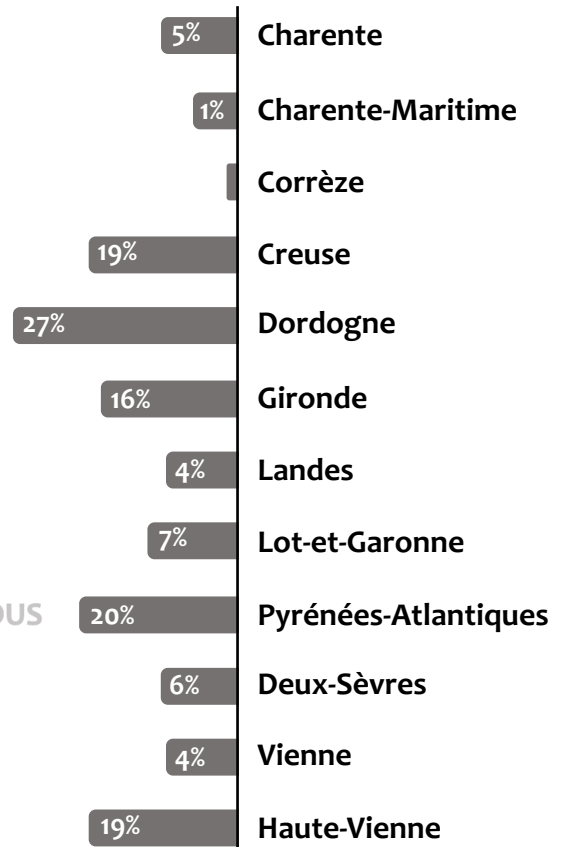


Figure 14. Part des actions de l'axe 3 par département

**#8**  
**CAPSULE ACTION**

**INFORMER LES UTILISATEURS D'AIDES TECHNIQUES  
LES CENTRES D'INFORMATION ET DE CONSEIL EN  
AIDES TECHNIQUES (CICAT)**

Les CICAT font partie des dispositifs locaux accompagnant les personnes. Ils délivrent gratuitement et de façon neutre des informations aux personnes, à leurs proches et aux professionnels qui les accompagnent. Les CICAT sont des lieux ressources de proximité sur les aides techniques et les aménagements de logement. Ils ne proposent ni vente ni location d'aides techniques et s'engagent à l'impartialité de leurs actions (dénuées d'enjeux commerciaux). Les évaluateurs (ergothérapeutes) cherchent les besoins

- Creuse
- Dordogne
- Gironde
- Lot-et-Garonne
- Vienne
- Haute-Vienne

et formulent des préconisations en aides techniques. Ces évaluations peuvent être réalisées dans les locaux du CICAT ou de partenaires, par exemple lors de consultations pluridisciplinaires en centre hospitalier ou lors de visites à domicile. Au moment où ces lignes sont écrites, la moitié des départements néo-aquitains possèdent un CICAT : Lot-et-Garonne, Vienne, Haute-Vienne, Gironde, Dordogne, Creuse.



## AXE 4 : L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, MAILLEURE ARME ANTICHUTE

366  
14  
3  
0  
10

**Sous-axe 1.**  
Offre d'activité physique et d'activité physique adaptée

**Sous-axe 2.**  
Dépistage des besoins en activité physique

**Sous-axe 3.**  
Orientation des vers des programmes adaptés

**Sous-axe 4.**  
Référentiel consacré à l'activité physique adaptée

**Sous-axe 5.**  
Panier de soins prévention des chutes

Les actions repérées dans le cadre de l'axe 4 sont celles présentant **le plus grand écart entre sous-axes**. Avec 366 actions, l'offre d'activité physique adaptée est logiquement le sous-axe accumulant le plus d'actions repérées étant donné son importance dans le cadre des CFPPA. À l'opposé, aucune action de référentiels en activité physique adaptée n'ont été repérées : ce point mériterait donc d'être approfondi. L'efficacité reconnue de l'activité physique dans la prévention des chutes tend à interroger sur les raisons de la prévalence des chutes en Nouvelle-Aquitaine. **Ces actions parviennent-elles à cibler/attirer un public adapté, en nombre suffisant ? Relèvent-elles davantage de l'animation et du lien social que de la prévention avec de réels impacts ?**



Pyrénées-Atlantiques

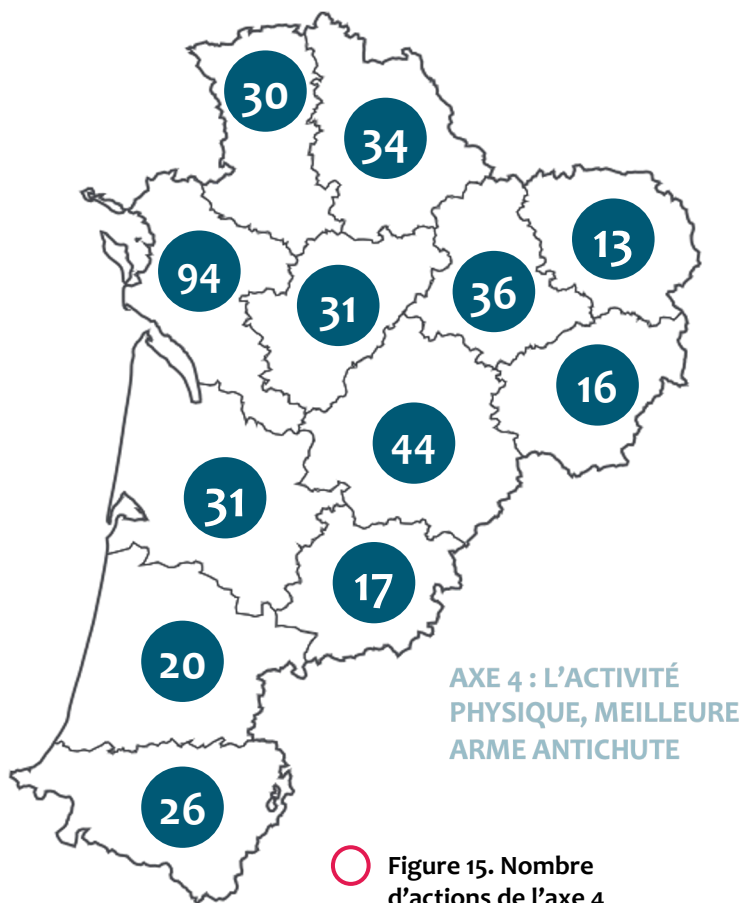
#9

CAPSULE ACTION

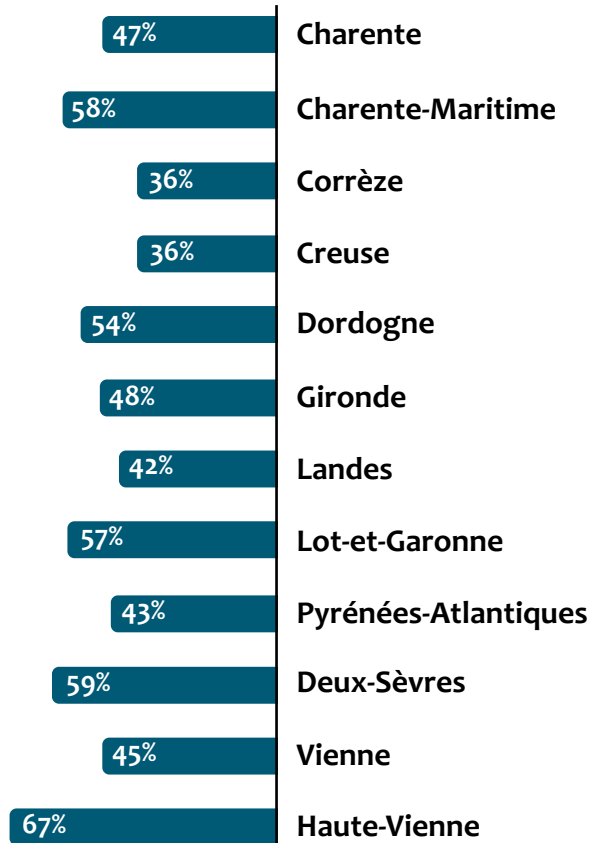
### DES PROGRAMMES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE AU SERVICE DE LA PRÉVENTION LE PROGRAMME ÉQUILIBRE ET MOUVEMENT DE LA MAISON SPORT SANTÉ 64

Le programme « se remettre en mouvement » porté par la Maison Sport Santé (MSS) 64 vise à prévenir les chutes et les fractures chez les aînés qui sont préoccupés par les chutes ou par leur équilibre. Les bénéficiaires sont orientés vers la MSS par les partenaires locaux. Le programme débute par une phase de tests utilisés lors des séances en début et fin de cycle (test de marche de 6 mn, test assis-debout, équilibre unipodale et force de préhension). Les résultats peuvent être communiqués au médecin prescripteur. Le programme se poursuit par une séance d'activité « antichute » d'une heure. Les objectifs sont multiples : améliorer l'équilibre et la force des jambes, informer sur l'aménagement du domicile et l'adoption de comportements sécurisés, contribuer à maintenir la densité osseuse, favoriser le maintien d'une

pratique régulière, enseigner des techniques de relevage... Ces séances sont encadrées par un enseignant APA et, en cas de besoin, un ergothérapeute. Enfin, un temps collectif d'échange de 30 minutes vient clore le programme. L'objectif est de « mieux comprendre pour avoir la motivation d'agir ». Ces temps de travail sont organisés sous forme d'une table ronde ou en utilisant une activité physique comme support et sont animés par l'enseignant APA, l'ergothérapeute ou une diététicienne. Ces ateliers sont gratuits pour les bénéficiaires durant un an. Ensuite, le bénéficiaire est orienté vers un autre dispositif en fonction des résultats du bilan final. L'association est financée par la CFPPA à hauteur de 50€ la séance (déplacement compris). Environ 40 personnes bénéficient de ce programme chaque année.



○ Figure 15. Nombre d'actions de l'axe 4 par département



○ Figure 16. Part des actions de l'axe 4 par département

Les actions repérées dans le cadre de l'axe 4 présentent **des écarts importants entre territoires**. Elles restent néanmoins globalement plus nombreuses que pour n'importe quel autre sous-axe. **Elles représentent ainsi une part importante des actions repérées dans chaque département** : de 36% en Creuse et en Corrèze à 67% des actions repérées en Haute-Vienne. En Charente-Maritime, Deux-Sèvres, Lot-Et-Garonne et Dordogne, les actions repérées relatives à l'activité physique représentent plus de la moitié de l'ensemble des actions repérées sur la prévention des chutes des personnes âgées.

Enfin, certaines disparités territoriales peuvent notamment s'expliquer par les priorités retenues dans le cadre de chaque CFPPA. Par ailleurs, une même action peut être amenée à récolter des financements différents d'un territoire à l'autre ce qui n'impactera pas son référencement dans cet état des lieux mais plutôt sa couverture territoriale et son déploiement. L'exemple de l'URPS MK et de son projet relatif à la prévention des chutes chez la personne âgée est à ce titre très parlant.



## LES ATELIERS PRÉVENTION DES CHUTES URPS MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES NA

Le projet « prévention des chutes chez la personne âgée » piloté par l'URPS MK Nouvelle-Aquitaine consiste à mettre en place des ateliers de l'équilibre avec au préalable un bilan par une évaluation individuelle permanente de l'état de santé de la personne.

Le masseur-kinésithérapeute a à sa disposition plusieurs outils comme le test de la station unipodale, le test de Romberg, le *timed up and go test* ou encore le bilan baro-podométrique.

Une fois les séances collectives réalisées par un masseur kinésithérapeute animateur, un bilan lors d'une séance d'évaluation individuelle ainsi qu'un suivi à 3 mois après la fin des ateliers permet d'avoir un recul nécessaire sur l'effet des ateliers sur la personne.

Des partenariats ont été conclus avec 5 CCAS. Le projet a fait l'objet de plusieurs demandes de financement auprès des CFPPA de 4 départements : Lot-et-Garonne, Charente-Maritime, Gironde et Haute-Vienne. Sur ces quatre dossiers, Deux ont été acceptés (en Gironde et Haute-Vienne). Au total, 43 995€ ont été financés pour la Gironde et 28 000€ pour la Haute-Vienne. L'année 2019 a marqué le déploiement opérationnel sur

les territoires avec 8 ateliers (5 ateliers en Gironde et 3 ateliers en Haute-Vienne). Le retour extrêmement positif des participants et des CCAS, ainsi que la demande de nouveaux ateliers ont conduit l'URPS à renouveler ces actions et donc à relancer une campagne de financement auprès des conférences des financeurs de la région.

Les points forts de ces ateliers entièrement gérés et animés par des kinésithérapeutes, ont beaucoup été plébiscités par les participants. Il a été positivement remonté : l'adaptation des exercices à chaque patient en fonction de leur pathologie ou de leurs limites ; le côté médical plutôt que la recherche de performances présente dans certains cours collectifs de sport ; les conseils individuels en fin de cours ; le regard de professionnels de la santé,

Résumé du programme :

- 1 séance initiale d'évaluation individuelle
- 8 séances collectives en atelier de l'équilibre
- 1 séance finale d'évaluation individuelle
- 1 séance de suivi 3 mois après la fin de l'atelier.

## AXE 5 : LA TÉLÉASSISTANCE POUR TOUS

13

Sous-axe 1.  
Généraliser le recours à la  
téléassistance

5

Sous-axe 2.  
Favoriser l'accessibilité financière  
de la téléassistance

4

Sous-axe 3.  
Études sur l'usage de la  
téléassistance et ses impacts

L'axe 5 est celui sur lequel nous avons eu le plus de difficultés à repérer des actions. Peut-être parce que la téléassistance est parfois, à tort, considérée comme ne relevant de dispositif de prévention. Peut-être également parce que la téléassistance fait partie des plans d'aide APA et que son coût peut être partiellement ou totalement pris en charge dans le cadre de l'APA, ce qui peut désinciter à surinvestir cette thématique.



Landes

CAPSULE ACTION

#11

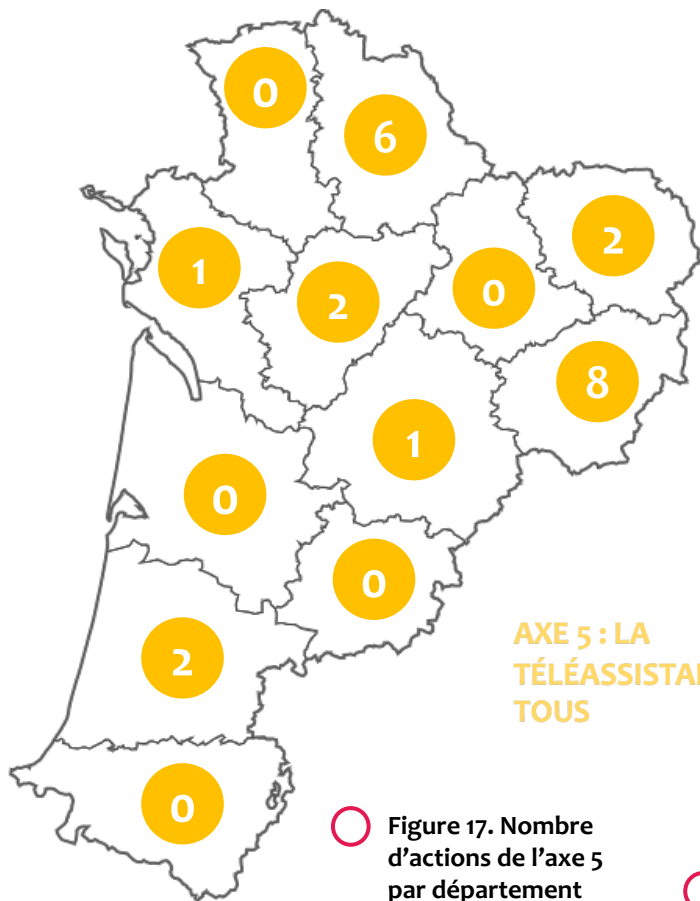
### DE LA TÉLÉASSISTANCE AUX OUTILS DOMOTIQUES ADAPTÉS À CHAQUE SITUATION LA PROMOTION DE LA TÉLÉASSISTANCE DANS LES LANDES

Instauré en 1986 dans les Landes, le dispositif de téléassistance vise un maintien à domicile de qualité des personnes âgées, en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques, à l'aide d'outils adaptés et sécurisants. En 2021, près de 8 300 foyers landais (10 000 bénéficiaires) sont équipés d'un système de téléalarme. Ce dispositif permet à la personne âgée à domicile de solliciter 24 heures sur 24 une aide en cas de chute, malaise, ou urgence vitale... via la touche appel de son médaillon ou de son boîtier. Le Service d'Incendie et de Secours des Landes (SDIS) reçoit les appels et apporte la réponse adaptée.

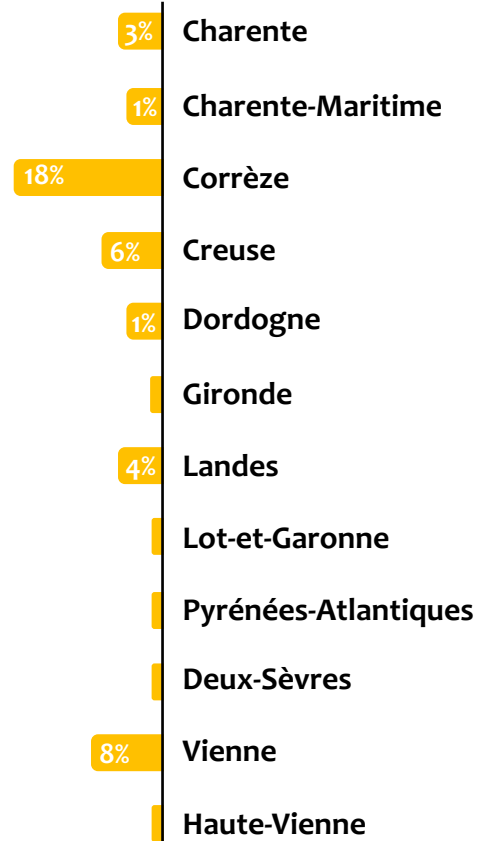
En 2019, le Conseil Départemental des Landes s'est associé au Groupe « La Poste » pour développer la Société « XL Autonomie », en vue de favoriser le « Vivre à domicile », en proposant une offre étoffée venant compléter la téléalarme de base. Ce modèle, **unique en France**, met à disposition de l'utilisateur de nouveaux outils particulièrement adaptés à chaque situation :

- la téléassistance avancée (avec capteurs) renforce la sécurité au domicile prenant en compte de façon automatique les chutes ; un bon dispositif de prévention (en lien direct avec le SDIS) ;
- la tablette numérique et son lot de jeux cognitifs visent l'entretien des capacités intellectuelles tout autant que de lien social ;
- l'éclairage nocturne est un élément vraiment incontournable de la prévention des chutes ;
- Le portage de médicaments à domicile, l'aide aux démarches administratives et les visites de lien social par le facteur participent à cette politique volontariste de prévention.

L'équipe, chargée de l'installation et de la maintenance, est composée de 7,5 ETP. Le budget du dispositif de téléassistance s'élève à 795 000 €, totalement supporté par le Conseil Départemental des Landes.



○ Figure 17. Nombre d'actions de l'axe 5 par département



○ Figure 18. Part des actions de l'axe 5 par département

L'axe 5 est celui pour lequel nous trouvons le plus de départements sans aucune action repérées. Cet état de fait est largement dépendant de l'organisation territoriale de la téléassistance.

En effet, la puissance publique a plusieurs options pour l'encadrement des activités de téléassistance :

- Intervenir par le biais des services d'incendie et de secours (SDIS) : Landes
- Intervenir par le biais du marché public (le téléassisteur réalise la prestation en fonction du cahier des charges de la collectivité) : Deux-Sèvres
- Intervenir en attribuant une délégation de service public à une société délégataire après consultation par appel d'offres (Le téléassisteur réalise la totalité de la prestation technique et commerciale) : Creuse, Corrèze, Dordogne.
- S'en tenir à une prise en charge financière des services par le biais de l'APA, en considérant que le marché de la téléassistance est, sur leur territoire, suffisamment dynamique (non intervention) : tous les autres départements.

**Dans les départements ayant choisi cette dernière option (la non-intervention), aucune action relative à la téléassistance n'a logiquement été repérée.**

Le mode d'intervention choisi par les conseils départementaux est important dans la mesure où il peut avoir un impact sur le reste à charge pour les bénéficiaires et cela entre donc directement en lien avec le sous-axe 2 de l'axe 5 du plan antichute des personnes âgées (développer l'accès à la téléassistance en réduisant le reste à charge). Le rapport *Prospective. L'avenir du marché de la téléassistance et des services associés* rendu en 2017 (DGE, Pipame, CNSA) résume bien la situation :

**Le marché public offre l'avantage pour la collectivité de garder le contrôle administratif et commercial de la prestation**, ce qui permet en particulier d'avoir un retour direct sur la qualité de service. Le téléassiste assure la prestation d'écoute et de gestion des appels d'urgence. La politique tarifaire est fixée par la collectivité et modulée en fonction de ses choix et de ses priorités. Elle peut choisir de revendre le service au prix coûtant ou à un prix inférieur au prix d'achat et même de rendre gratuit le service. Elle peut également décider de moduler les prix de vente en fonction des revenus des bénéficiaires.

Dans la même idée, **dans la délégation de service public, la collectivité obtient un engagement du délégataire sur le prix et le mode tarifaire reste figé sur la durée du contrat**, sous réserve d'un réajustement annuel calculé sur la base d'indices de prix. Dans un certain nombre de cas, des conventions sont passées avec des prestataires qui proposent des conditions avantageuses aux administrés (prise en charge des frais d'installation, quelques mois de gratuité, voire abonnement mensuel réduit) en échange de la promotion du service par la collectivité.

Enfin, au titre de leurs missions facultatives, les interventions des SDIS au profit des activités de téléassistance peuvent donner lieu à des conventions établies avec le conseil départemental, sous réserve que l'intervention soit gratuite. Il suffit d'une simple convention entre le SDIS et le conseil départemental. Par contre, si des offres commerciales existent sur le territoire, l'intervention du SDIS pourrait être contestée.

**Au-delà de ces éléments, le prix reste le premier critère d'attribution des marchés publics, parfois au détriment... de la qualité des services.** Notamment car il est parfois difficile de discriminer des solutions tant les offres se ressemblent d'un fournisseur à l'autre.

## SYNTHÈSE

Une lecture attentive permettra d'observer que le cumul des actions par axe est parfois supérieur au total des actions par département : certaines actions ont en effet pu être fléchées sur plusieurs axes.

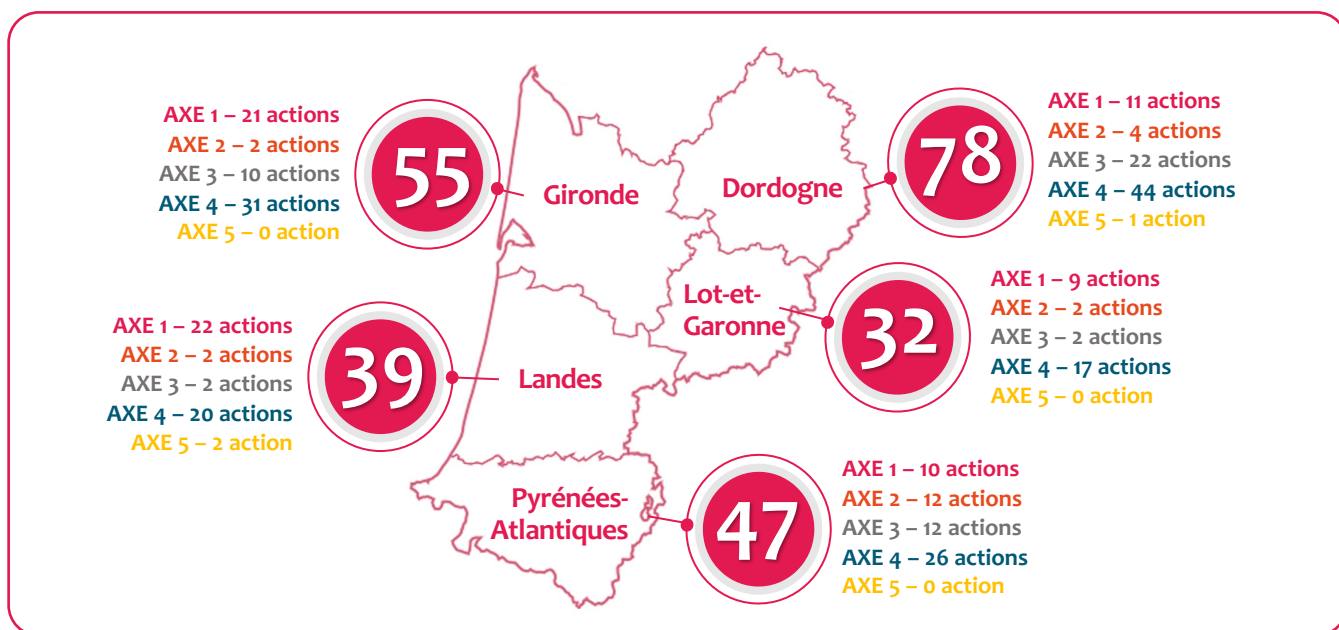


Figure 19. Nombre d'actions par département et par axe du plan en ex-Aquitaine

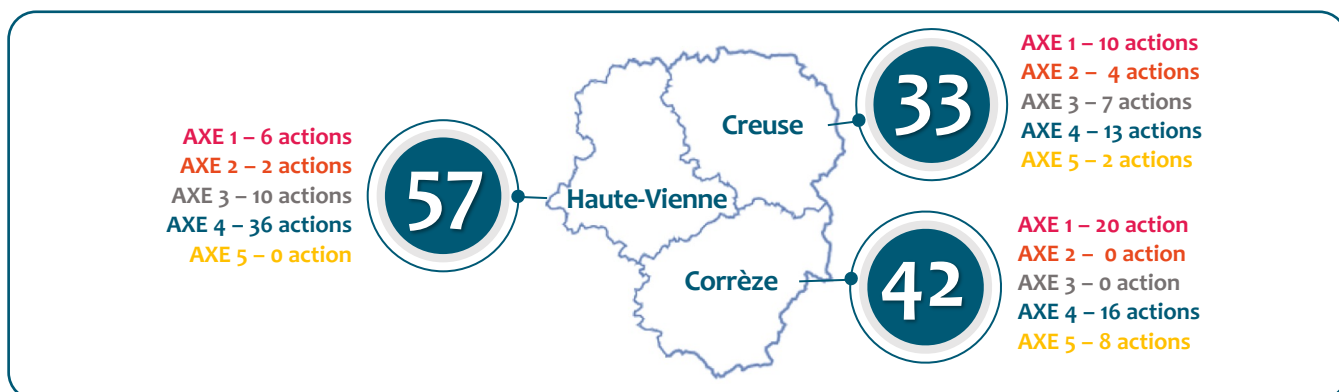


Figure 20. Nombre d'actions par département et par axe du plan en ex-Limousin

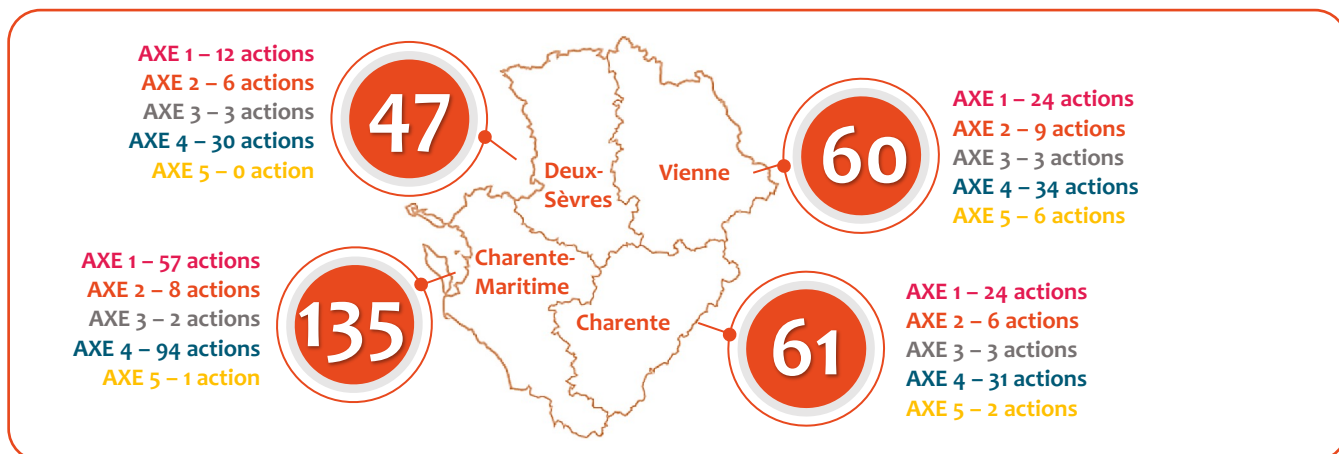


Figure 21. Nombre d'actions par département et par axe du plan en ex-Poitou-Charente

# CONCLUSION

## ○ QUELQUES PRÉCAUTIONS

## ○ MENTIONS ET CONTRIBUTEURS

## ○ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES





## QUELQUES PRÉCAUTIONS

### ENVISAGER LA QUESTION DES CHUTES DE FAÇON HOLISTIQUE

Au regard des éléments soulevés dans cet état des lieux, la première précaution est d'**éviter une segmentation des enjeux qui pourrait être induite par l'organisation du plan antichute en axes et sous-axes**. Comment, en effet, penser l'adaptation du logement sans penser la téléassistance et plus globalement la question des aides techniques ? Comment penser la prévention des chutes sans parler d'activité physique adaptée ou d'adaptation des logements ?

**C'est dans l'élaboration de solutions plurielles et articulées qu'un programme d'action antichute pourra se montrer efficace**, comme en attestent les recherches consacrées à la question qui mettent en avant l'efficacité de programmes multifactoriels pensés de façon cohérente.

En l'état, il existe un risque d'envisager la question des chutes à travers chaque axe du plan, et donc de chercher à développer 5 programmes d'actions (ou 6, si l'on inclut l'axe transversal) manquant de cohérence et d'articulation.

**Or c'est dans cette cohérence qu'un programme d'action global et articulé serait qualitativement supérieur à la somme de ses parties.**

### PRENDRE EN COMPTE LES INÉGALITÉS SOCIALES FACE AUX CHUTES

Comme souvent, les études consacrées aux chutes ne tiennent pas compte des catégories socio-professionnelles des usagers. La recherche en santé tend ainsi souvent à homogénéiser les individus, comme si tous les patients se ressemblaient et adoptaient les mêmes comportements. À titre d'exemple, les travaux de Muriel Darmon sur les AVC montrent combien **les patients issus de classes populaires sont mis en difficulté par les protocoles prévus** lors des séjours en soins de suite et réadaptation, notamment parce que ces protocoles ont été conçus par des personnes issues de CSP+ (médecins, psychologues etc.). Ainsi, dans ce cas précis, les patients en difficulté le sont donc parfois plutôt par l'inadaptation des programmes plus que par leur difficulté à récupérer de leur AVC.

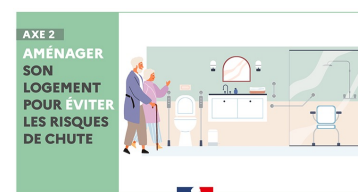
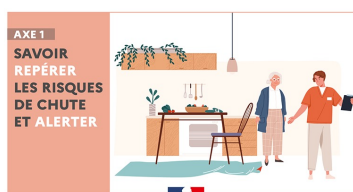
Il est probable que le sujet puisse être similaire dans la prévention des chutes : **l'activité physique adaptée à domicile, notamment, semble se destiner plutôt à un public ayant déjà été socialisé à ce type d'activité**, et **disposant d'un domicile adéquat**, sans parler de la question du financement et de l'accès aux droits.

De la même façon, l'analyse des chutes montre des éléments différenciants selon les classes sociales des individus : comment, dès lors cibler des programmes non pas pour toute la population âgée, mais uniquement pour celle qui en a le plus besoin ? Par exemple, la consommation de psychotropes est-elle vraiment homogène au sein de la population âgée ou concerne-t-elle majoritairement les plus défavorisés ?

Plus globalement, les travaux issus de cette réflexion régionale doivent **éviter de cibler « les seniors » entendus comme un groupe social homogène**. Les seniors ne constituent pas un groupe plus homogène que « les jeunes » ou « les adultes » et **les inégalités sociales ne disparaissent pas au moment du passage à la retraite** (elles ont même plutôt tendance à s'accroître).

Cet état des lieux a été rendu possible grâce aux contributions de nombreux partenaires en Nouvelle-Aquitaine que nous souhaitons remercier : l'ensemble des CFPPA ayant fait remonter leurs tableaux d'instructions, tous les partenaires porteurs ayant fait remonter leurs actions, les équipes de l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour le pilotage global, l'analyse des données hospitalières et le repérage des leviers territoriaux, l'ORS Nouvelle-Aquitaine pour l'analyse des données issues des tableaux d'instruction et le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine pour l'état de l'art universitaire, l'analyse des schémas de l'autonomie, la remontée d'actions innovantes, la rédaction et la mise en forme de ce document.

Les illustrations utilisées dans ce document sont issues du kit de communication transmis par le Ministère chargé de l'autonomie dans le cadre de l'élaboration du plan antichute des personnes âgées.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**Bloch F., Thibaud M., Dugué B., Brèque C., Rigaud A.S., Kemoun G.** (2011), "Psychotropic drugs and falls in the elderly people: updated literature review and meta-analysis", *Journal of Aging and Health*, 23, pp. 329-346

**Cameron I.D., Murray G.R., Gillespie L.D., Robertson M.C., Hill K.D., Cumming R.G., et al.** (2010), "Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals", *Cochrane Database System Revue*, 1; CD005465.

**Cwikel J., Fried A.V., GALinsky D.** (1989), "Falls and psychosocial factors among community dwelling elderly persons: a review and integration of findings", *Israel Public Health Revue*, 17, pp. 39-50

**Englund U., Nordström P., Nilsson J., Bucht G., Björnstig U., et coll.** (2011), "Physical activity in middle-aged women and hip fracture risk: the UFO study", *Osteoporosis International*, 22, pp. 499-505

**Englund U., Nordström P., Nilsson J., Hallmans G., Svensson O.** (2013), "Active commuting reduces the risk of wrist fractures in middle-aged women-the UFO study", *Osteoporosis International*, 24, 533-540

**Foley A., Loharuka S., Barret J.A., et coll.** (2012), "Association between the geriatric giants of urinary incontinence and falls in older people using incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC incontinence study", *Age and Ageing*, 41, pp. 35-40

**Gangavati A., Hajjar I., Quach L.** (2011), "Hypertension, orthostatic hypotension, and the risk of falls in a community-dwelling elderly population: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the Elderly of Boston Study", *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, pp.383-389

**Gillespie L.D. (et al.)** (2012), « Interventions for preventing falls in older people living in the community », *Cochrane database of systematic reviews*, n°9.

**Gonthier R.** (2014), « Épidémiologie, morbidité, mortalité, coût pour la société et pour l'individu, principales causes de la chute », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 198, n°6, pp. 1025-1039.

**Hauer K., Lamb S.E., Jorstad E.C., Todd C., Becker C., Profane-Group.** (2006), "Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials", 35(1), pp. 5-10.

**Hita-Contreras F., Martinez-Amat A., Lomas-Vega R., et coll.** (2013), "Relationship of body mass index and body fat distribution with postural balance and risk of falls in Spanish postmenopausal women", *Menopause*, 20, pp. 202-208

**Inserm** (2015), *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*, Expertise collective, Les éditions Inserm.

**Jensen J., Lundin-Olsson L., Nyberg L., Gustafson Y.** (2002), "Fall and Injury Prevention in Older People Living in Residential Care Facilities: A Cluster Randomized Trial", *Annals of Internal Medicine*, 21; 136 (10), pp. 733-41.

**Jensen J., Nyberg L., Gustafson Y., Lundin-Olsson L.** (2003), "Fall and Injury Prevention in Residential Care-Effects in Residents with Higher and Lower Levels of Cognition", *Journal of the American Geriatrics Society*, 1; 51 (5), pp. 627-35.

**Kim S.H.** (2016), "Risk factors for severe injury following indoor and outdoor falls in geriatric patients", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol 62, pp. 75-82.

**McClure R.J., Turner C., Peel N., Spinks A., Eakin E., Hughes K.** (2005), "Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. status and date: Edited (no change to conclusions)", published in 2005.

**Oliver D., Connelly J.B., Victor C.R., Shaw F.E., Whitehead A., Genc Y., et al.** (2007), "Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses", *BMJ*, 13; 334 (7584) pp. 82.

**Pitchai P., Dedhia H.B., Bhandari N., Krishnan D., D'Souza N.R.J., Bellara J.M.** (2019), "Prevalence, risk factors, circumstances for falls and level of functional independence among geriatric population - A descriptive study", *Indian Journal of Public Health*, vol 63, n°1, pp. 21-26.

**Robertson M.C., Campbell A.J., Gardner M.M., Devlin N.** (2002), "Preventing Injuries in Older People by Preventing Falls: A Meta-Analysis of Individual-Level Data", *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (5), pp. 905-11.

**Santé Publique France** (2020), *Chutes des personnes âgées à domicile : caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute*, Études et enquêtes, octobre.

**Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, HAS** (2009), *Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

**Szulc P., Beck T.J., Marchand F.** (2005), "Low skeletal muscle mass is associated with poor structural parameters of bone and impaired balance in elderly men. The MINOS study", *Journal of Bone and Mineral Research*, 5, pp. 721-729

**Walston J.D.** (2012), "Sarcopenia in older adults", *Current Opinion in Rheumatology*, 24, pp. 623-627

## Contact

**Raphaël Rogay**

Responsable

Pôle appui aux politiques  
publiques et aux territoires

[r-rogay@gerontopole-na.fr](mailto:r-rogay@gerontopole-na.fr)



