

► PLAN COMPLET

# STRATÉGIE RÉGIONALE DE LA PRÉVENTION DES CHUTES DES PAYS DE LA LOIRE

2022 - 2024



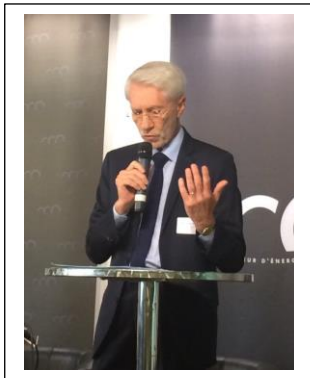
  
RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

  
ars  
Agence Régionale de Santé  
Pays de la Loire

 GÉRONTOPÔLE  
AUTONOMIE LONGÉVITÉ  
PAYS DE LA LOIRE

I. Editorial.....	3
II. Remerciements.....	7
III. Une stratégie participative et évolutive .....	11
IV. Données populationnelles régionales .....	13
V. Analyse de l'enquête .....	19
VI. 6 axes, 48 préconisations et 47 suggestions d'actions pour parvenir à réduire de 20% le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes de 65 ans et plus.....	34
VII. Synthèse des préconisations/actions .....	112
VIII. Les conditions pour y parvenir .....	135
IX. Pilotage et suivi de la stratégie de la prévention des chutes Ligérienne. ....	135
ANNEXE 1 : Des acteurs régionaux investis dans la prévention des chutes du sujet âgé .....	137
ANNEXE 2 : L'état de l'art de la prévention des chutes .....	166
ANNEXE 3 : Le calendrier de l'élaboration du plan régional .....	170
ANNEXE 4 : Les éléments qui ont permis l'élaboration des préconisations par axe.....	176
ANNEXE 5 : Synthèse des réflexions du groupe de travail du 29 juin 2022 .....	195
ANNEXE 6 : Zoom sur la profession d'ergothérapeute .....	200
ANNEXE 7 : AFRATA.....	202

## I. Editorial



Le Plan antichute des personnes âgées est un projet qui fédère le monde gérontologique de par sa pertinence, ses enjeux, sa conception et ses objectifs.

Il est souvent facile de dire que les actions et les plans mis en œuvre répondent à des enjeux majeurs de santé publique mais dans ce thème nous touchons au nœud gordien du vieillissement de la société.

Comme dans sa signification mythologique avec la légende du char du roi Midas, seule une action radicale comme celle que réalisa Alexandre le Grand pourra résoudre non pas le problème mais ses conséquences.

De façon pragmatique, c'est ce qui compte ici et la société a besoin de solutions pour ce genre de problème qui n'existe que par l'intrication de nombreux facteurs et dont la façon de les délier importe moins que le résultat, s'il est efficace.

La chute, chez la population âgée, est fréquente, multifactorielle et aux conséquences majeures, tant pour la personne que pour son entourage.

Le Plan national antichute, décidé par les pouvoirs publics pour les trois ans à venir, répond à ce besoin de solutions efficaces et se déclinera en lien avec tous les acteurs concernés et en premier lieu les professionnels de santé mais aussi ceux du monde médico-social et social, les intervenants à domicile et bien entendu les usagers, en particulier au travers de leurs associations et représentants.

Le Gérontopôle Autonomie Longévité des Pays de la Loire, comme d'autres Gérontopôles sur le territoire national, participe à la mise en place de cette ambition, sous le pilotage de l'Agence Régionale de Santé et à la demande du Ministère de la Santé et de la Prévention et du Ministère des Solidarités et de l'Autonomie.

Il a pour mission de favoriser le déploiement du Plan antichute dans les domaines de l'étude, de la recherche et de la veille concernant les données sur cette problématique, la formation et la diffusion des bonnes pratiques, la communication et la promotion des actions en cours, le suivi et l'évaluation des résultats.

Le texte ci-dessous est une première réponse à cette mission.

**« Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait ».**

**Mark Twain (1835-1910)**

**Docteur Vincent OULD-AOUDIA**

**Président du Gérontopôle des Pays de la Loire**



Les chutes de personnes âgées, à domicile ou au sein d'établissements spécialisés, sont encore trop fréquentes. Elles ont malheureusement de nombreuses répercussions sur l'autonomie de nos aînés, l'impact pour les personnes concernées, leurs aidants et les professionnels qui les accompagnent est délétère. En effet, la chute est la 3ème cause d'admission en médecine aiguë et la première cause d'accidents mortels chez les seniors.

Notre ambition et notre devoir, à l'issue des trois ans du plan, sont de répondre à l'objectif donné par les autorités nationales à chaque région de diminuer de 20 % le nombre de chutes déclarées à l'hôpital et le nombre de décès, qui ont pour élément déclencheur principal la chute.

Il n'y a pas de fatalité dans ce domaine.

L'enjeu est d'agir ensemble, en intelligence collective et au plus près des besoins des gens. Le principe est d'avoir une vision pluridimensionnelle, plurisectorielle et pluri professionnelle du sujet.

Un des enjeux importants est d'organiser le repérage et « l'aller vers » les personnes âgées les plus vulnérables et éloignées de l'accès aux droits, à l'information, à la prévention et aux soins.

C'est toute l'attention que l'on doit porter aux plus fragiles dans le respect de leur choix de vie.

C'est par le repérage du risque de chute, que seront identifiées les personnes à risque susceptibles de bénéficier d'interventions préventives leur évitant, ainsi de basculer dans la perte d'autonomie. La sensibilisation, l'information et la formation de tous ceux qui interviennent auprès des personnes âgées sont particulièrement essentielles. Il s'agit de créer un réseau de partenaires du domicile, des établissements, du monde libéral, des CCAS, des élus, des acteurs de la démocratie sanitaire, des associations, des pairs aidants... qui, formés, seront des acteurs de ces actions de prévention.

Pour construire le plan Antichute des pays de la Loire, le parti pris, avec son Gérontopôle, qui a été notre partenaire de confiance, a d'abord été de s'appuyer sur les acteurs et les initiatives existant dans les territoires.

Mais aussi de valoriser les dynamiques déjà en place et, ainsi, de repérer les actions qui n'existent pas encore mais qui seraient à expérimenter et/ou à essayer.

Enfin, même si la phase intense de construction du plan régional touche à sa fin, il n'en est qu'à son commencement en région.

Il aura toute sa place dans les mois à venir dans les priorités des politiques publiques et partenariales, que soit au niveau national, régional ou départemental...

Je veux, ici, remercier tous les contributeurs à ce plan de grande qualité, concret et opérationnel.

Il sera également un élément essentiel de notre futur PRS3.

Repérer, agir, aller vers, accompagner et évaluer : ce n'est pas l'affaire des seuls soignants, ce n'est pas l'affaire des seuls aidants, ce n'est pas l'affaire des collectivités ou de l'Etat, ce n'est pas l'affaire des seuls usagers.

**C'est l'affaire de tous !**

**Jean- Jacques COIPLÉ**

**Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire**

## CLUB RÉGIONAL DES USAGERS

PAYS DE LA LOIRE  
2020

Nous autres, membres du Club régional des Usagers du GÉrontopôle des Pays de la Loire, sommes, du fait de notre âge (65 ans et au-delà), particulièrement concernés par le risque de chute qui est une épée de Damoclès au-dessus de nos têtes ou, pour mieux dire, comme une chausse-trappe embusquée sur notre chemin.

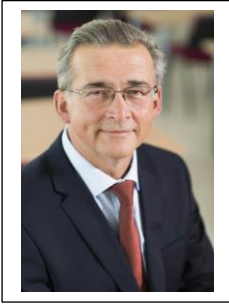
Du fait de notre âge, nous sommes nombreux à l'avoir croisée au cours de notre vie : la chute a souvent affecté ceux de la génération précédente, parfois nos proches ou nous-même. En 2022, les chutes de milliers de personnes âgées en France entraînent souvent une rupture et une perte d'autonomie avec des conséquences physiques, psychiques et sociales et un coût certain pour la société.

C'est pourquoi nous sommes particulièrement sensibles à l'effort national entrepris pour prévenir et combattre ce fléau majoritairement domestique et pour accompagner ceux qui en sont victimes. Nous nous engageons donc auprès des professionnels en activité en leur apportant, dans la mesure de nos moyens, notre contribution fondée sur deux sources complémentaires : la crainte et (hélas !) l'expérience.

## Le CLUB REGIONAL DES USAGERS

du GÉrontopôle des Pays de la Loire

## La prise en soin de la personne âgée après une chute : de l'utopie à l'innovation.



La chute de la personne âgée par sa fréquence élevée, sa gravité et son coût est un authentique problème de santé publique. Au regard de ces faits, le traitement diagnostic et thérapeutique qui en est fait dans les hôpitaux n'est pas en rapport. Souvent la personne âgée qui chute est accueillie en urgence où on recherche des diagnostics immédiatement graves, puis on recherche un lit dans un service de médecine ou on la renvoie à son domicile ou en EHPAD.

Or, ce que l'on sait des chutes et de leurs conséquences impose un travail pluri professionnel aussi bien médical et de rééducation, la recherche de facteurs favorisants qui sont nombreux, le traitement des complications aussi bien musculaires, osseuses que psychologiques. Avec les difficultés de fonctionnement du parcours de soins que l'on connaît aujourd'hui, construire une telle démarche semble utopique.

Comme le souligne son inventeur, Thomas More, l'Utopie n'est pas l'impossible, mais ce qui peut avoir lieu.

Le plan antichute est le témoignage que la volonté de ce qui semble le plus difficile à mettre en œuvre puisse faire levier sur l'ensemble du système pour améliorer son fonctionnement. Ce travail écrit à plusieurs voix, fruit d'une réflexion collective, porté par des expertises d'excellences de natures différentes est à la hauteur de cet enjeu. Dans le contexte que l'on doit vivre, il apparaît essentiel d'imaginer des innovations de fonctionnement entre professionnels pour répondre à ce défi. Les outils numériques, renforcés par les algorithmes de l'intelligence artificielle, peuvent y trouver une place essentielle, qui permettra aux patients, à leur famille et aux professionnels, d'intervenir à leur place respective dans le cadre de leurs compétences, de leur disponibilité et dans un modèle économique soutenable. En effet, répondre à ce défi impose de redistribuer les cartes et de sortir des schémas habituels d'un parcours soins promis, qui a de grandes difficultés à s'imposer avant même que son modèle économique soit à maturité.

Là encore, la gériatrie et la gérontologie explorent la terre inconnue de la longévité porteuse de promesses pour faire évoluer l'ensemble du système de santé et de l'organisation médico-sociale.

**La longévité n'a pas fini de nous étonner !**

**Professeur Gilles BERRUT**

**Responsable Scientifique du Gérontopôle des Pays de la Loire**

## II. Remerciements

### A. Nous remercions la gouvernance régionale impliquée et engagée

La gouvernance régionale se compose de :

- DT ARS Sarthe : Mme BARON et M. DOMINGO,
- DT ARS Loire-Atlantique : Mme BERTHE,
- DT ARS Mayenne : M. DUMAY,
- Directions métiers ARS : Mmes BROWAEYS, PÉRIBOIS, RIVET, LE GALL, Ms. RIPOCHE, POUGET
- Conseil départemental de la Sarthe : M. COMIN
- Conseil départemental de la Loire-Atlantique : Mmes FLEURIEL et GALAND
- Conseil départemental de la Mayenne : Mmes PIRON et DUCLOS, M. LE CALLENNEC
- Conseil départemental du Maine-et-Loire : M BIDET, Mmes LE BOUELLEC et MARTIN-RENAUD
- Conseil départemental de la Vendée : Mme SERIN
- Nantes Métropole : Mme FLEURY et Mme GATE
- Ville de Nantes : Mmes ROUSSET et BAHOLET
- CARSAT : Mme FONTENAY
- AGIRC ARRCO : Mme LEMAIRE
- Malakoff Humanis : Mme PETIT
- CHU d'Angers : Dr DUVAL
- CHU de Nantes : Dr BOUREAU
- Nantes Université : Pr CORNU
- SRAE nutrition : Mme LE CHEVALLIER, M. GIGNON, Dr CAILLAULT
- SRAE sensoriel : Mme PICHELIN
- INTER URPS - ICOPE Pays de la Loire : Mme GIRARD
- GCS e santé : Mme CARLIER
- Comité Régional des Usagers du Gérontopôle des Pays de la Loire : Mmes FREYGEFOND, HINOT, MAUCHRETIEN et M. RETOUR
- DREAL : Mme GERGAUD
- Gérontopôle des Pays de la Loire : Mmes ARTAUD, BERNAT, et TERROM

La diversité des institutions et structures qui la compose illustre la richesse du territoire en matière de prévention des chutes.

Tous ces acteurs ont, depuis des années, engagé et financé des actions de prévention des chutes dont vous retrouverez le descriptif en annexe1.

La mission de la gouvernance régionale du plan antichute dans un premier temps est d'orienter, de catalyser les acteurs et actions à identifier et à déployer à l'échelle régionale et départementale. Une fois par an sera organisé un comité de suivi auquel un compte rendu de l'avancée des travaux sur les 5 départements sera présenté.

Pour la réalisation du plan, deux temps de comité de pilotage ont eu lieu. Le premier a été le lancement du plan qui s'est tenu le 11 mai 2022 et le deuxième fut un temps de validation/ajustement de la feuille de route et la déclaration d'intention des partenaires à collaborer sur ce programme, il s'est tenu le 29 septembre 2022.

## B. L'appui des experts du GÉrontopôle

- Mme BARLOUIS, Responsable Silver Economie
- M. BLANCHET, Chargé de mission en géographie et action territoriale
- M. BRONQUARD, Responsable Communication
- Mme DUTHEILLET-DE-LAMOTHE, Chef de projet Recherche
- M. KNAPP-ZILLER, Chargé de mission Territoires
- Mme RENAUDINEAU, Chargée de communication
- M. VEJUX, Chargé de mission médical et médico-social
- Mme VESCO-GUITTIÈRE, Chargée de mission Formation

## C. Les personnalités qualifiées qui ont bien voulu nourrir notre réflexion et nos travaux

### LE COMITÉ SCIENTIFIQUE COMPOSÉ POUR LA BONNE CONDUITE DU PLAN

- Pr ANNWEILER
- Pr BERRUT
- Dr OULD AOUDIA

### LE CENTICH

- Mme ERVE
- M. HAJJAM

### DOMUS PRÉVENTION

- M. CHATEAU

### CHU d'ANGERS

- Dr DUVAL Praticien Hospitalier Universitaire

### CHU de NANTES

- Dr CHAPELET Praticien Hospitalier Universitaire
- Dr BOUREAU Praticien Hospitalier Universitaire

### EHPAD de PLESSE

- Dr FOUCAULT Médecin coordinateur



D. Les 180 contributeurs de l'état des lieux des Pays de la Loire

CARTOGRAPHIE DES CONTRIBUTEURS DU PLAN ANTICHUTE EN PAYS DE LA LOIRE



La survenue d'une chute chez la personne âgée est un événement majeur qui peut impacter son autonomie physique, avoir des effets psychologiques au long cours, et entraîner la modification de son lieu de vie. Réduire le nombre de chutes par une action de prévention est un véritable objectif de Santé Publique et de défense de la qualité de vie et de la dignité des personnes âgées.

Le Ministre des Solidarités et de la Santé a souhaité décliner un plan antichute dans chaque Région sous l'égide de l'ARS. Il a pour objectif de réduire de 20% le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation chez le sujet âgé de 65 ans et plus d'ici fin 2024.

Il se décline en 6 axes :



Le plan régional s'est fortement nourri de la dynamique régionale sur le sujet de la prévention des chutes.

Ce plan est voué à évoluer au fil des années, permettant d'ajuster les actions selon l'actualité nationale, celle des territoires et les résultats obtenus. Il représente un socle commun partagé par l'ensemble des acteurs régionaux, premier pas vers une action régulièrement concertée.

### III. Une stratégie participative et évolutive

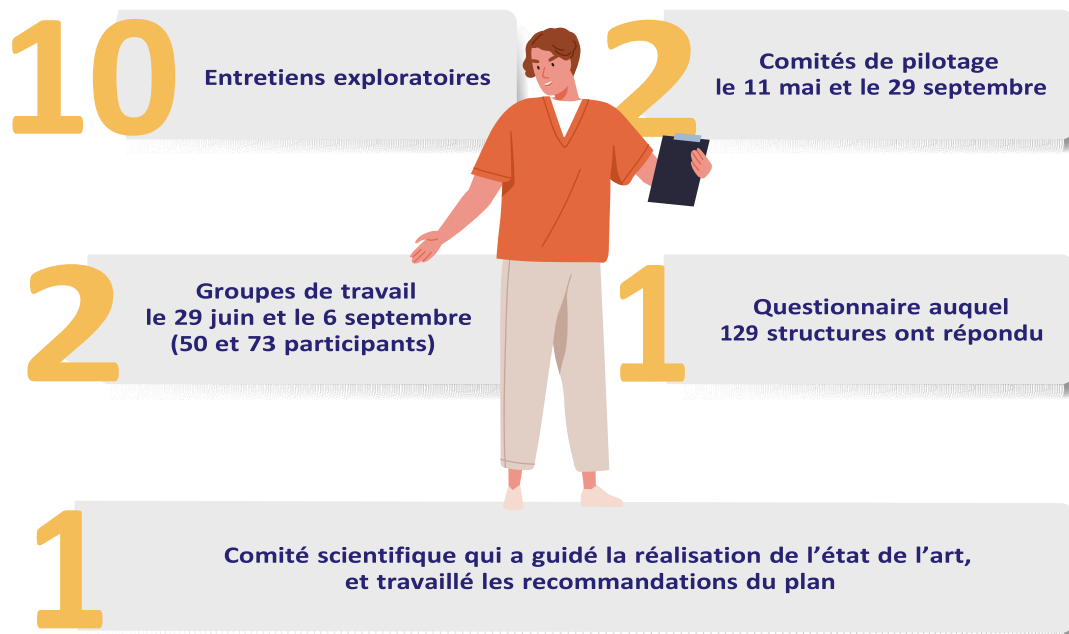
L'écriture du plan régional antichute, à partir d'une page blanche, a impliqué de mobiliser l'ensemble des acteurs pour que celui-ci corresponde aux réalités de chaque territoire caractérisant les Pays de la Loire.

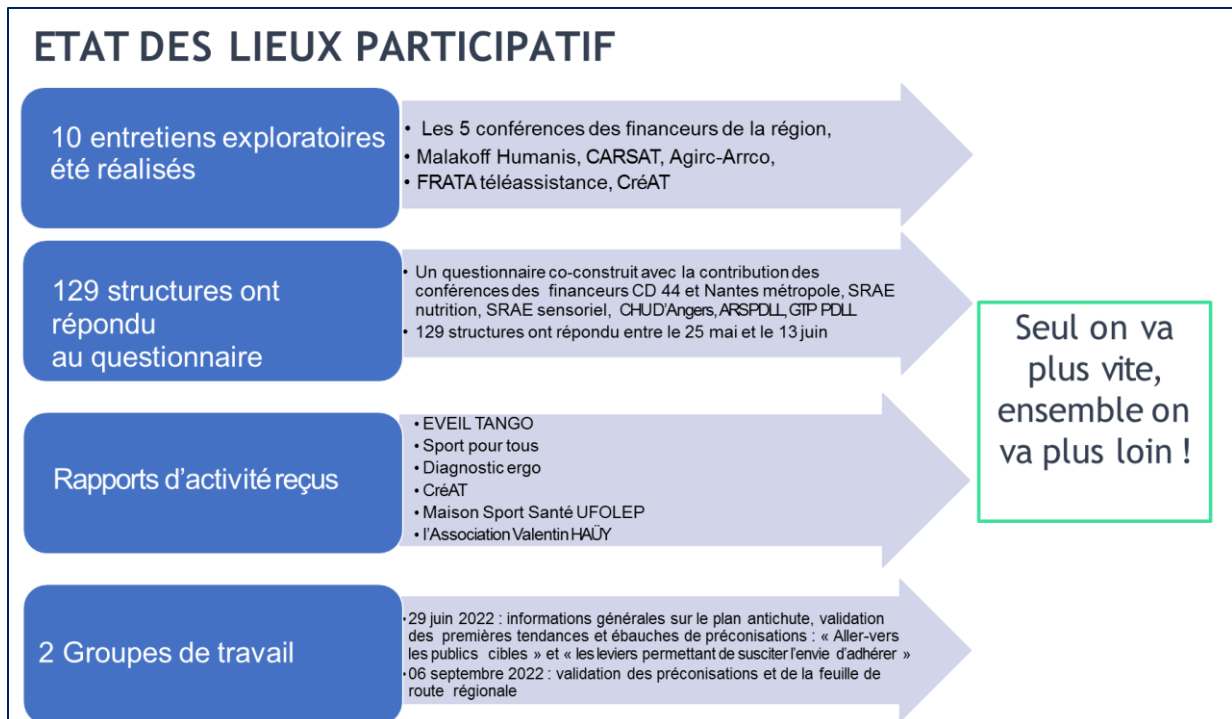
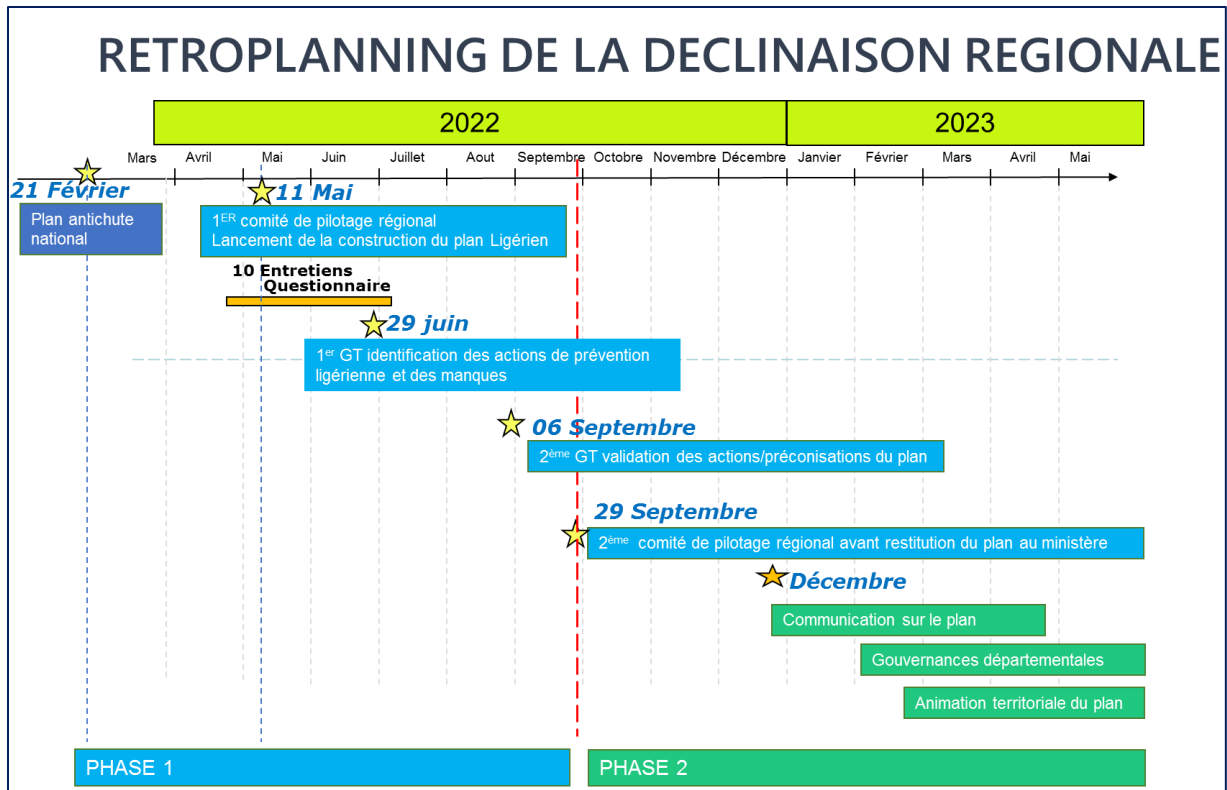
L'ARS a positionné le Gérontopôle comme centre d'expertise régional dans les champs de la gériatrie et de la gérontologie aidant à la mise en œuvre des évolutions et des transformations de notre système de santé. En lien avec le Conseil Régional, le Gérontopôle a ainsi pour vocation de dynamiser ce changement de société vers un âge avancé, actif et autonome. Il vise à optimiser la qualité de vie des seniors sur le territoire.

Dans le cadre de l'assistance à maîtrise d'ouvrage aux côtés de l'ARS, les missions confiées au Gérontopôle ont été de :

- Faire un état des lieux des actions en région sur chacun des 6 axes du plan
- Proposer les actions prioritaires à décliner en région dans le cadre de la mise en œuvre du plan

Pendant trois mois (calendrier contraint par l'échéance de transmission du plan régional au Ministère le 30 septembre 2022), différentes modalités de travail ont permis de recueillir les matériaux qui forment la colonne vertébrale de ce document :





L'ensemble a permis de projeter le plan d'actions qui balisera les actions sur les 3 prochaines années. Le calendrier détaillé de l'élaboration du plan régional se trouve en annexe<sup>2</sup>.

## IV. Données populationnelles régionales

### A. Cadrage population au domicile et population en communauté

En 2018, les communautés<sup>3</sup> accueillent un peu plus de 107 000 personnes, soit un peu moins de 3 % de la population de la région. A la même date, 43 % de cette population, soit 46 000 personnes, résident en EHPAD. Selon la DREES, l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 86 ans en 2019. En utilisant cet âge moyen, on constate qu'un ligérien de 85 ans et plus sur quatre vit en EHPAD. En creux, cette proportion rappelle que les trois quarts de cette même catégorie d'âge résident chez elle, et ce de manière autonome pour les deux tiers d'entre eux (Brunel et al, 2019)<sup>4</sup>. En élargissant aux 65 ans et plus, la part des personnes vivant en EHPAD est de 5,6 %, déséquilibre qui invite plus largement à envisager la territorialisation des réponses et des dispositifs de prévention selon cette dichotomie.

### B. Le vieillissement de la population ligérienne

L'appréhension territoriale des chutes des personnes âgées nécessite au préalable un bref cadrage démographique sur le vieillissement de la population régionale. A ce titre, deux faits peuvent être retenus.

En premier lieu, la région Pays de la Loire compte au 1er janvier 2018 un peu plus de 769 000 personnes âgées de 65 ans ou plus, soit une personne sur cinq de la population totale (20,4 %). Cette proportion, proche de celle de la France (19,8 %), s'inscrit dans une dynamique de croissance démographique.

En effet, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus et celui de 75 ans et plus dans la région sont respectivement passés de 635 000 à 769 000 et de 337 000 à 367 000 entre 2010 et 2018. Ces augmentations respectives de 19,6 % et de 8,1 % sur cette période contrastent avec celle de la population régionale qui est de 4,1 %.

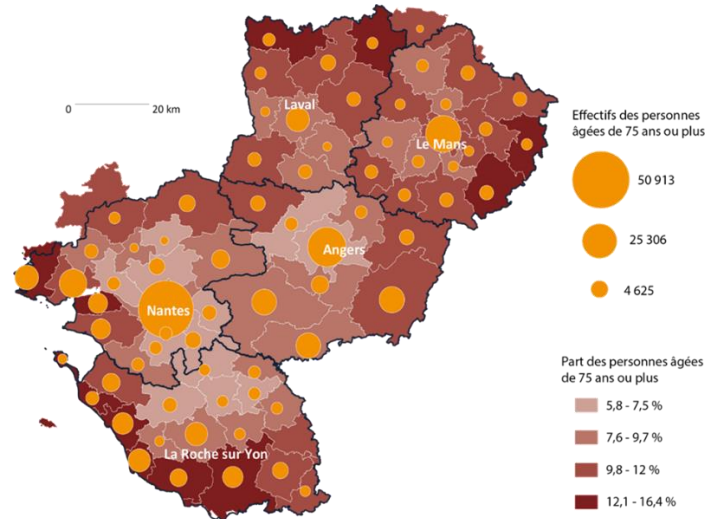
Au-delà de cette croissance démographique, le vieillissement régional est sujet à des déséquilibres géographiques que l'on retrouve aux âges de 65 ans et plus et de 75 ans et plus. En retenant le seuil de 75 ans, plus propice à l'appréhension épidémiologique des chutes (80 % des chutes des 65 ans et plus ont lieu après 75 ans ; Thélot et al, 2017), la répartition et la représentativité démographique des personnes âgées s'avère hétérogène. A ce jeu, la part des personnes âgées de 75 ans dans la population totale (Carte 1) est plus élevée dans les intercommunalités du littoral vendéen ainsi que dans les intercommunalités rurales du Nord et de l'Est de la Mayenne et de la Sarthe, représentant 15 % de la population totale. A l'inverse, les intercommunalités ceinturant les métropoles et les

3 Les communautés sont de types très variés : maisons de retraites, cités universitaires, internats, foyers de travailleurs, prisons, etc. De nombreuses personnes sont amenées par choix ou de manière contrainte à séjourner au sein d'une communauté au cours leur vie. Les situations les plus fréquentes sont au moment des études, en internat ou en cité universitaire, et plus tard en maison de retraite.

4 Brunel, M., Latourelle, J., & Zakri, M. (2019). Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien. Études et résultats, 1103, 1-6.

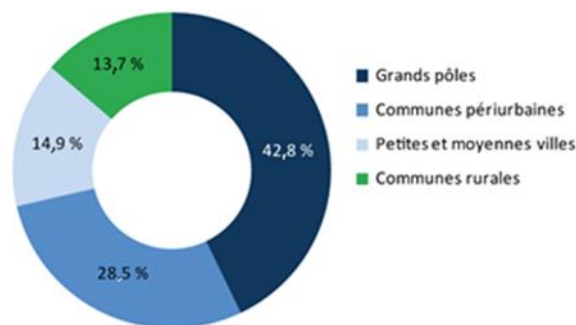
intercommunalités du bocage vendéen présentent un vieillissement très mesuré de leur population (moins de 9 %). Ce contraste s'observe selon le type d'espace : la part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population totale est en moyenne de 13,6 % pour les communes rurales et 12,8 % pour les petites et moyennes villes. A l'opposé, les intercommunalités urbaines et périurbaines sont celles où la part des personnes de 75 ans est la plus faible (moins de 7 %).

**Carte 1 - Effectifs et part en % des personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population totale**



En second lieu, ces contrastes géographiques doivent être tempérés. En valeur absolue, c'est avant tout en milieu urbain, dans les grands pôles notamment, qu'habitent les personnes âgées de plus de 75 ans (Graphique 1).

**Graphique 1 - Répartition des personnes de plus de 75 ans selon le type d'espace**



Insee 2018

### C. Analyse départementale des séjours pour chute

Les données octroyées sur le nombre de séjours pour chute sur l'année 2021 selon l'âge mettent en avant de fortes disparités entre les départements. Alors que la France présente un taux de séjours hospitaliers pour chute de 110 pour 10 000 habitants de 65 ans, ce taux chute à 47 et 57 pour le Maine-et-Loire et la Loire-Atlantique. D'un autre côté, les départements de la Sarthe et de la Vendée affichent un taux de séjours nettement supérieurs à celui de la France. En progressant en âge (75 ans et 85 ans et plus), ces écarts se creusent (Tableau 1). Les écarts affichés entre les départements nourrissent de multiples interrogations relatives à la fiabilité des données récoltées. Sur ce point, le principal argument avancé pour expliquer cette moindre fiabilité réside dans les difficultés à situer les chutes dans les catégories de recours et de séjours hospitaliers du PMSI<sup>5</sup>

	Taux de séjours hospitaliers pour chute (sur 10 000 habitants)					
	65 ans et plus	dont % de femmes	75 ans et plus	dont % de femmes	85 ans et plus	dont % de femmes
<b>Loire-Atlantique</b>	57	56	99	67	177	75
<b>Maine-et-Loire</b>	47	52	80	63	142	70
<b>Mayenne</b>	78	52	130	63	236	74
<b>Sarthe</b>	136	61	228	71	403	75
<b>Vendée</b>	152	60	262	67	468	73
<b>Pays de la Loire</b>	<b>90</b>	<b>58</b>	<b>152</b>	<b>67</b>	<b>271</b>	<b>74</b>
<b>France</b>	110	60	188	67	341	75

**Tableau 1 - Taux de séjours hospitaliers pour chute selon l'âge et en 2021**

En parallèle, la représentativité des femmes parmi les personnes hospitalisées suite à une chute ne présente pas la même dispersion statistique : les valeurs affichées, logiquement en défaveur des femmes du fait de leur plus grande représentativité démographique chez les personnes âgées, oscillent entre un peu plus de la moitié entre 65-74 ans et les trois quarts une fois passées les 85 années (Tableau 1). Même si la fiabilité de ces données demeure à questionner, elles mettent (logiquement) en avant que les femmes âgées restent les plus représentées dans les populations hospitalisées suite à une chute.

<sup>5</sup> Le PMSI permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information.

Il comporte 4 « champs » :

« médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO)

« soins de suite ou de réadaptation » (SSR)

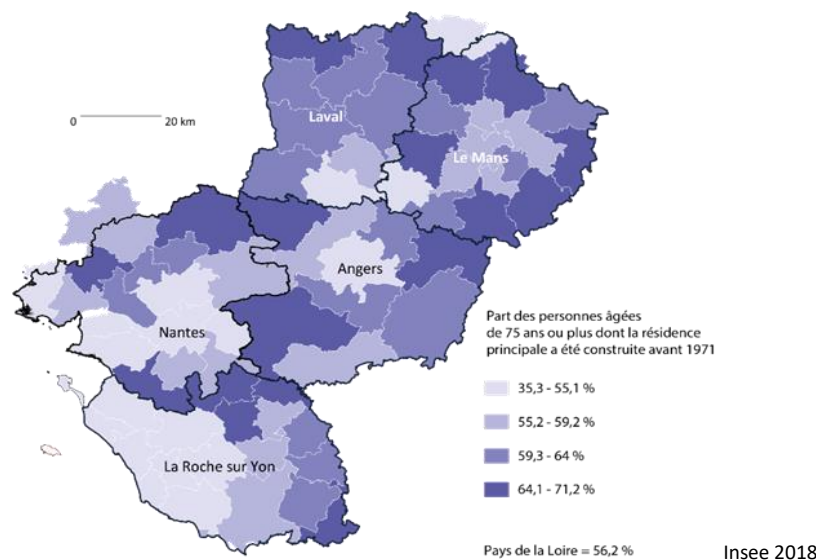
« psychiatrie » sous la forme du RIM-Psy (recueil d'information médicale en psychiatrie)

« hospitalisation à domicile » (HAD)

## D. L'habitat des personnes âgées comme lieu de prévention des chutes : entre ciblage des besoins et territorialisation des réponses

Désignant à l'origine, les facteurs physiques dans lesquels évoluaient les individus, les populations et les espèces, la notion d'habitat désigne dorénavant l'ensemble des conditions relatives à l'habitation et au logement. Incontournable, l'habitat fait l'objet depuis l'après-guerre de politiques spécifiques tant sur la production, la qualité et les accès aux logements, que sur son environnement de proximité. Par rapport aux chutes des personnes âgées, plusieurs recherches récentes (Thélot et al, 2017)<sup>6</sup>; Torres et al, 2020<sup>7</sup> s'intéressent au rôle de l'habitat et pointent la nécessité de tenir compte du niveau d'adaptation du logement. Dans ce sens, une requête auprès de l'Insee Pays de la Loire a été réalisée pour distinguer les populations âgées vivant à domicile présumées les plus à risques : les personnes de 75 ans et plus, habitant seules et habitant dans des logements avant 1971. En 2018, 205 000 personnes de 75 ans et plus habitaient dans un logement dont la résidence principale avait été construite avant 1971, soit 56 % de la population de cette même classe d'âge. Sur le territoire régional, c'est en Mayenne, en Sarthe et à un degré moindre en Anjou que ce taux est plus élevé qu'au niveau régional. Plus en détail, les intercommunalités rurales du nord de la Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe ainsi que les intercommunalités du nord de la Vendée (Carte 1) sont celles où les parts des 75 ans et plus dont la résidence principale construites avant 1971 sont les plus élevées (deux tiers). A l'inverse, cette proportion redescend à 30 % dans les intercommunalités urbaines, du sud de la Sarthe et de l'ouest de la Vendée.

**Carte 1- Part des personnes âgées de 75 ans ou plus dont la résidence principale a été construite avant 1971**



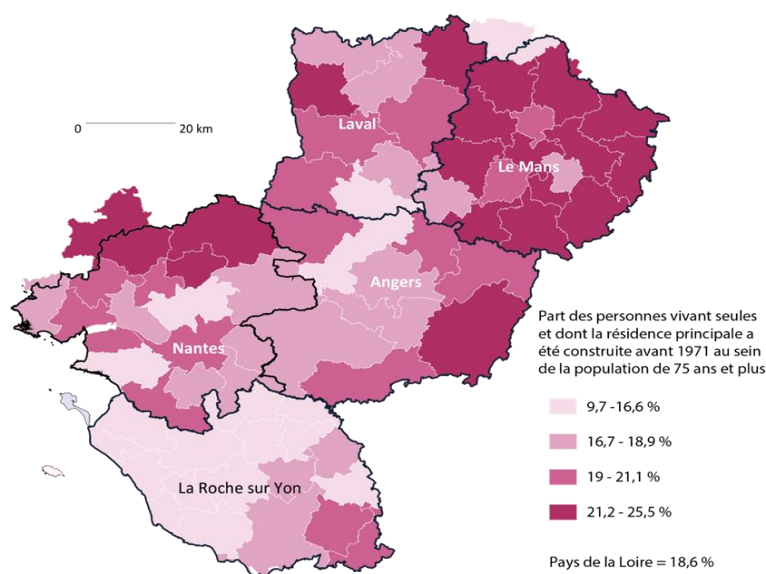
<sup>6</sup> Bertrand Thélot, Linda Lasbeur, Gaëlle Pédrone, 2017. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées, Santé publique France.

<sup>7</sup> Torres M, Pedrono G, Lasbeur L, Carcaillon-Bentata L, Rigou A, Beltzer N. Chutes des personnes âgées à domicile : caractéristiques des chuteurs et des circonstances Volet « Hospitalisation » de l'enquête ChuPADom, 2018. Saint-Maurice : Santé publique France, 2020. 138 p



En s'intéressant à la partie vivant seules de cette même sous-population, on observe que 18,6 % des personnes de 75 ans et plus vivant seules résident dans un logement construit avant 1971, soit un peu moins de 69 000 personnes en 2018 (aux trois quarts des femmes). La géographie de ce taux montre que c'est en Sarthe, en Mayenne, à un degré moindre en Maine-et-Loire et surtout dans les intercommunalités Sarthoises, de l'est de l'Anjou et du nord de la Loire-Atlantique que cette part est en moyenne la plus élevée. Les métropoles de Nantes et du Mans sont également exposées au phénomène avec notamment de fortes inégalités intra-muros. En revanche, les intercommunalités de l'ouest de la Vendée et périurbaines présentent une moindre proportion de personnes de 75 ans et plus vivant seules dans un logement construit avant 1971 (Carte 2).

**Carte 2- Part des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules dont la résidence principale a été construite avant 1971**



Insee 2018

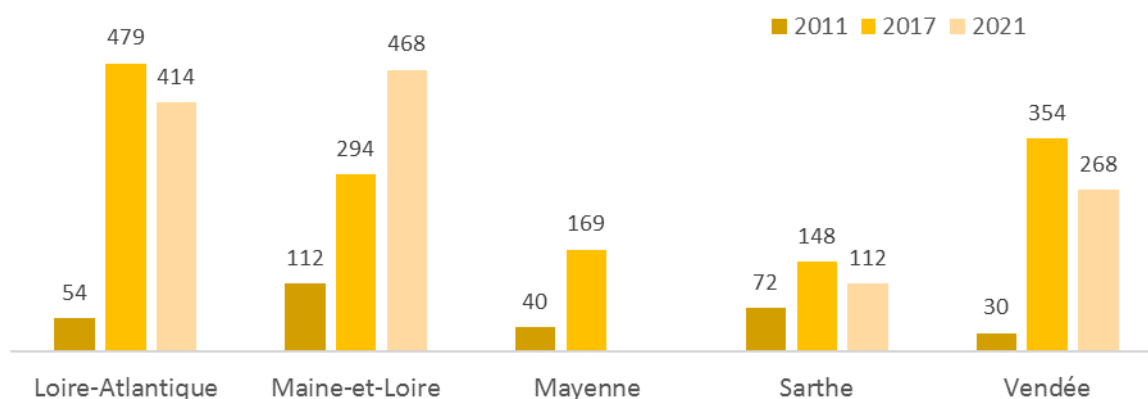
Sur le versant des réponses, devant la volonté diffuse des aînés à vieillir chez eux, le logement des personnes âgées fait l'objet depuis les années 1960 de politiques d'adaptation spécifiques. Si dans un premier temps, ces politiques avaient pour objectif de lutter contre l'habitat indigne, elles ont à partir de la fin des années 1970 glissées vers une approche où le logement participe au maintien de l'autonomie. A ce titre deux acteurs, via des subventions ciblées sur la mise en place de rampes, l'adaptation des sanitaires et des WC ou bien l'aménagement de plain-pied, contribuent à l'adaptation des logements des personnes âgées :

- L'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (Anah), relayée au niveau régional par la DREAL, dont l'un des objectifs est de réhabiliter et d'adapter au vieillissement le parc privé et le parc social,
- et les associations de type SOLIHA hérités du mouvement pact-Arim qui bénéficient de liens politiques et techniques étroits avec les services de l'ANAH (mais aussi Citémétrie, Hateis Habitat, etc.). Ces associations s'adressent à différents publics et enjeux, ont une mission d'observation et d'études, mènent des Opération Programmée de l'Amélioration de l'Habitat

(OPAH) et des Programmes d'Intérêt Général territoriaux liés aux enjeux de l'habitat (indignité, adaptation au vieillissement, précarité énergétique...). Dans le cadre de ces programmes qui se déclinent territorialement ou de manière directe, ces associations accompagnent directement les ménages âgés dans l'adaptation de leur logement. S'adressant aux propriétaires et aux bailleurs, cet accompagnement est structuré en plusieurs phases : phase de diagnostic en matière d'adaptation du logement, définition d'un plan d'adaptation du logement en accord avec les personnes se traduisant par des aménagements ergonomiques (rampes, salles de bain adaptées, aménagement de plain-pied...) et/ou énergétiques, une phase d'instruction du dossier (devis avec les professionnels, négociation, demandes de subvention des travaux auprès de différents financeurs comme l'ANAH, la CARSAT Pays de la Loire, la MSA Pays de la Loire et les caisses de retraite complémentaires).

L'octroi des données pour l'année 2018 de la part de SOLIHA Pays de la Loire permet d'apprécier la territorialisation de ces adaptations du logement, et par ricochet de prévention des chutes des personnes âgées. Pour la région Pays de la Loire, les données relatives à l'amélioration et à l'adaptation des logements des ménages retraités attestent d'une croissance importante du nombre de logements aidés entre 2011 et 2017 (Graphique 1). En 2011, 308 logements ligériens occupés par des retraités avaient fait l'objet de travaux d'adaptation et d'amélioration contre 1 444 en 2017. La crise du Covid a tempéré la dynamique dans la mesure où le nombre de retraités en 2021 est inférieur à celui de 2017.

**Graphique 1 - Nombre de logements occupés par des retraités aidés dans le cadre de l'adaptation de l'habitat**



SOLIHA 2017 et 2011

En rapportant à la population de 65 ans et plus (en 2021), on observe que le taux de retraités qui bénéficient d'aide à l'amélioration et à l'adaptation du logement est hétérogène entre les départements : de 16,2 et 16,3 pour 10 000 pour la Loire-Atlantique et la Vendée, contre 29,4 pour 10 000 pour le Maine-et-Loire et 9,1 pour la Sarthe. Outre un décalage géographique entre la part des résidences principales des personnes âgées construites avant 1971, d'une part, et la répartition des

aides à l'amélioration et à l'adaptation au logement (Carte 1 et Carte 2), cette hétérogénéité s'explique selon le portage et l'impulsion par les collectivités territoriales en la matière. Plus qu'une logique de guichet ou une logique de ciblage territorial des besoins, c'est le déploiement de Programme d'Intérêt Général et d'Opération de Programmation d'Amélioration d'Habitat qui concourent à la diffusion locale de ce type d'aide.

Dans ce cadre, l'adaptation territoriale (notamment pour les départements et les intercommunalités où les 75 ans et plus vivant seuls dans des logements construits avant 1971 sont les plus nombreux) des dispositifs d'amélioration et d'adaptation de l'habitat des personnes âgées pour le parc privé (75 % des 75 ans et plus) demeurent une piste de prévention importante des chutes au domicile des personnes âgées.

## V. Analyse de l'enquête

La finalité de cet état des lieux est de comprendre le rôle de chacun des acteurs afin de définir une stratégie concertée, d'établir des préconisations cohérentes avec le contexte local et de construire le plan d'action régional pour les 3 ans à venir.

Ce travail d'investigation a révélé une région dont le terreau s'est enrichi par de multiples actions menées au fil des années. Elles auront semé des graines dans le domaine de la prévention des chutes (études scientifiques, actions préventives, action de repérage, innovations, diverses initiatives), de la construction de parcours (PAERPA), de l'interconnaissance sanitaire, médico-social et social (MAIA)...

Il en résulte un territoire ligérien mature pour faire vivre le plan antichute qui devient pour chaque acteur une boîte à outils.

### A. Le profil des participants

L'enquête a été réalisée du 25 mai au 13 juin. Le questionnaire a bénéficié de la relecture de différents partenaires avant sa mise en ligne et comprenait 4 parties :

Partie 1 : Mieux vous connaître

Partie 2 : Actions déployées dans le cadre de la prévention des chutes

Partie 3 : Le Maillage territorial

Partie 4 : Recensement des besoins

Un échantillon de 129 personnes a répondu au questionnaire. Elles mènent des actions en faveur de la prévention des chutes sur le territoire des Pays de la Loire.

Au sein de cet échantillon, ont été interrogés majoritairement des associations (46), établissements et services sociaux et médico-sociaux (20), centres hospitaliers (15), collectivités territoriales (20).

Le tissu associatif relève de différents domaines : 37 sont des associations spécialisées dans l'activité physique adaptée, viennent ensuite les associations portant une action sociale, médico-sociale, sanitaire.

## B. La coordination, un rôle capital pour favoriser une prévention holistique

La coordination bénéficie d'une place centrale, les structures impliquées sur plusieurs axes du plan sont nombreuses.

L'accompagnement dans le champ des personnes âgées est constitué d'une multitude de coordinateurs.

- Ceux qui interviennent uniquement auprès des personnes comme les médecins traitants, les référents sociaux, les coordonnateurs au sein des CLIC,
- Ceux qui interviennent à la fois auprès des personnes et à un niveau institutionnel, comme les différents médecins coordonnateurs ou infirmières coordinatrices d'EHPAD, des SSIAD, de l'HAD
- Ceux qui agissent à un niveau plus institutionnel et /ou administratif, comme les responsables de filières, les coordonnateurs de Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) et aujourd'hui des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les cadres chargés d'animation territoriale de DAC, les directeurs de soins à l'hôpital, ou les coordonnateurs des contrats locaux de santé<sup>8</sup>.

Pour l'illustrer, nous avons procédé à une extraction de l'axe 1 du plan qui correspond au repérage du risque de chute que nous avons croisée avec l'ensemble des autres axes (habitat, aides techniques, activité physique adaptée, téléassistance et l'axe transversal information et sensibilisation). Seules 2 structures sur 129 déclarent réaliser uniquement le repérage et l'alerte lorsqu'un risque de chute est décelé. Les 73 autres structures déclarent porter l'axe 1 et au moins un autre axe. A noter que 17 sur 73 structures ont une vision globale, elles se déclarent actives sur l'ensemble des axes du plan.

Sur 129 répondants, 28 déclarent porter un seul axe et 101 développent divers axes dans leur pratique.

### La coordination a-t-elle un impact sur l'atteinte des objectifs du plan antichute ?

Au niveau national l'ambition est de réduire de 20% le risque de chute entraînant une hospitalisation ou le décès. Ce qui correspond pour le territoire Ligérien respectivement : - **1081 hospitalisations et - 119 décès**. Est-ce que la coordination aurait un rôle clé dans la réduction des chutes ?

En nous référant à l'état de l'art<sup>9</sup> une revue réalisée en 2018 regroupant 62 études (4202 participants), Hopewell et al., ont étudié l'**impact d'interventions multi domaines** sur le taux de chutes et ont montré de manière globale **une réduction de 23%**.

<sup>8</sup> Marie-Aline BLOCH, Quels rôles respectifs des différents types de coordinateurs/coordonnateurs ? Pacte anime – Septembre 2021 -  
<sup>9</sup> Annexe 3 : Etat de l'art sur la prévention des chutes.

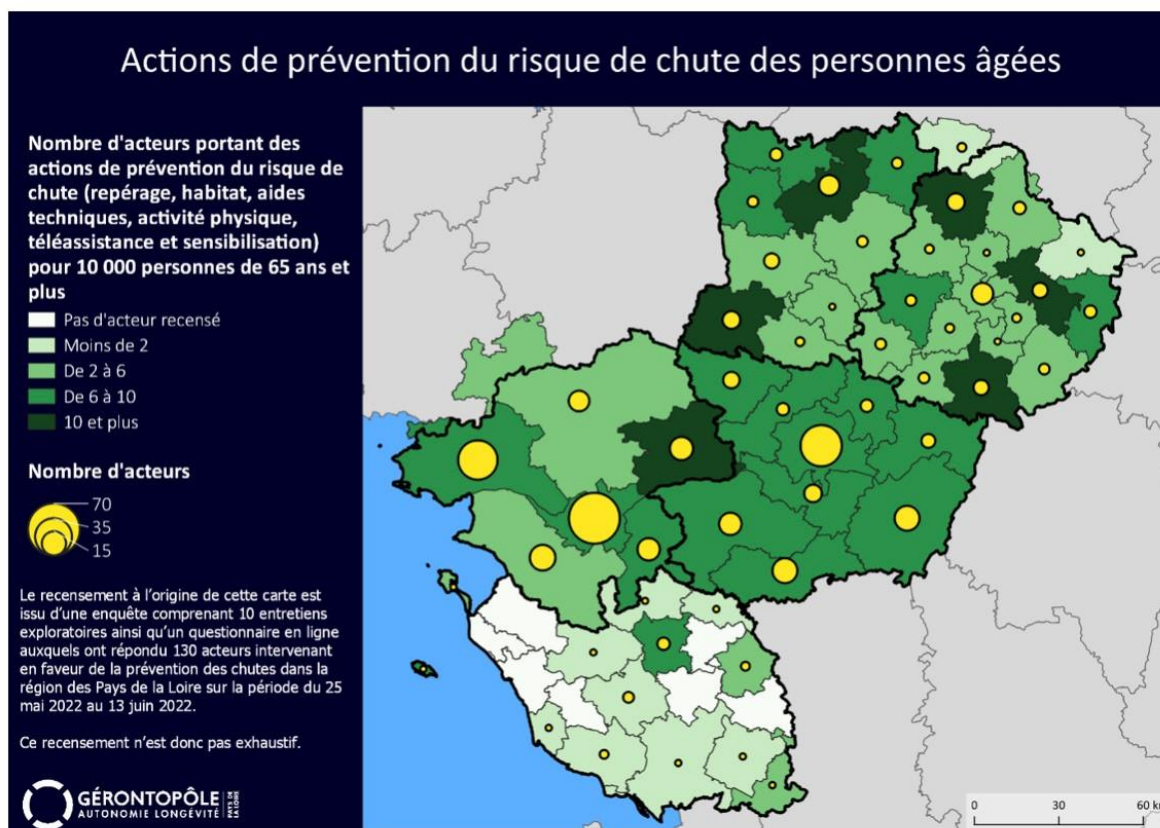
Les actions de prévention des chutes isolées ont un impact relatif sur la chute et ses conséquences. Associer les interventions multi domaines, au stade de la fragilité, situation réversible, impliquerait une organisation et une connaissance territoriale. Cette vision globale est le fil conducteur de la réussite de l'action préventive, et nous pouvons supposer que la coordination des actions est bien la clé.

### C. La cartographie des actions de prévention du risque de chute

Les travaux que nous avons menés ont permis de croiser les actions recensées par l'intermédiaire du questionnaire (205 actions), des bilans des conférences des financeurs et des caisses de retraite. A partir de cette matière, nous avons cartographié les actions de prévention du risque de chute par axe.



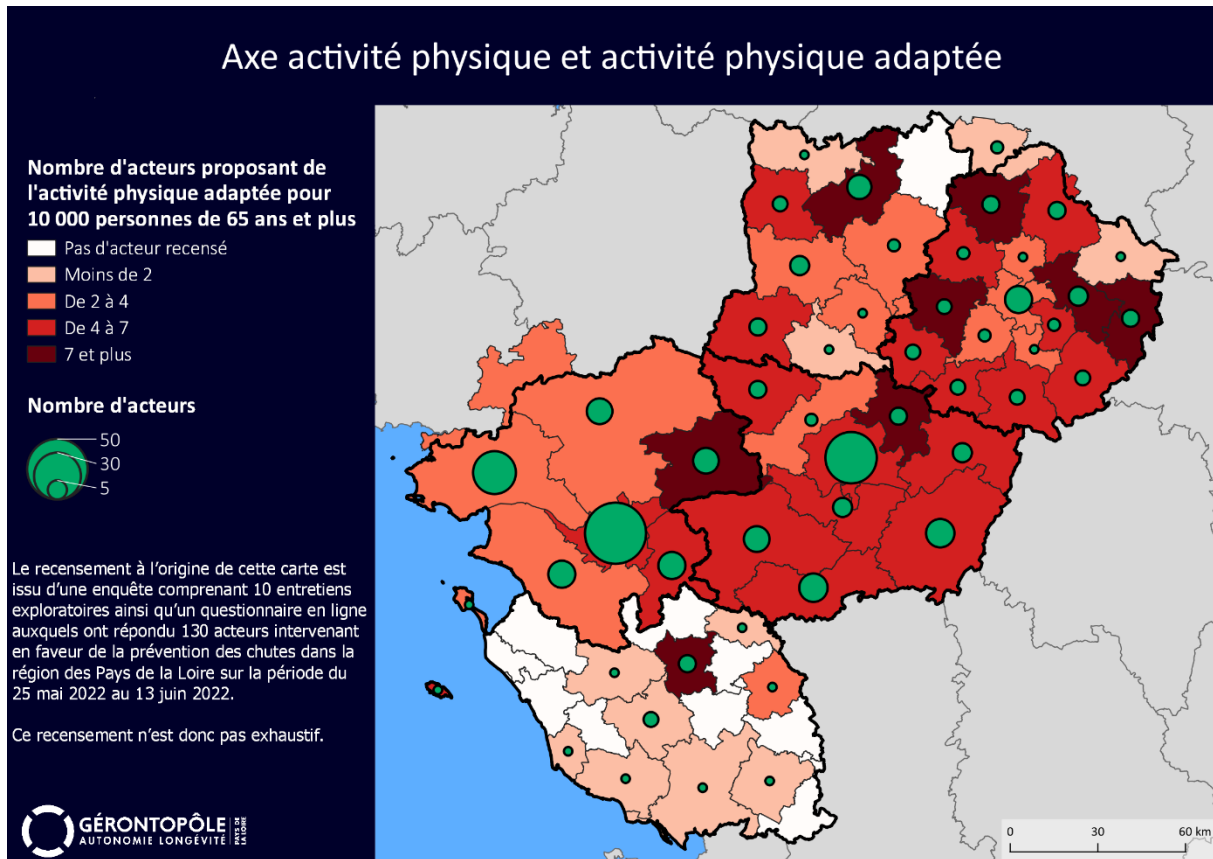
*A noter qu'à l'instant où nous avons réalisé l'état des lieux, la transmission d'information était plus ou moins complète selon les territoires, ce qui explique une représentation cartographique où des territoires semblent moins bien couverts sur l'un ou l'autre des 5 axes.*



Ci-dessus, la carte identifie les actions de prévention menées sur l'ensemble des 5 axes du plan.

De prime abord, nous constatons une couverture inégale avec 3 niveaux de recensement :

1. Le département du Maine-et-Loire semble couvrir de manière homogène l'ensemble des EPCI de son territoire.
2. Les départements de la Sarthe, Mayenne et de Loire-Atlantique présentent des inégalités infra territoriales, avec une offre moins dense dans les zones rurales.
3. Pour le département de la Vendée, les sources documentaires transmises n'ont pas permis d'analyser les territoires.



Il est possible d'affiner la connaissance du territoire, avec une identification des actions par axe. Ci-dessus, le recensement de l'activité physique adaptée, permet d'apporter une première esquisse de la dynamique territoriale.

Nous précisons que ce travail de cartographie, s'il est poursuivi, devra être normé et approfondi à l'échelle des EPCI. Si l'objectif est de structurer l'offre, nous devons nous poser les bonnes questions : Pourquoi voulons-nous clarifier cette carte ? Faciliter le pilotage ? Clarifier les choix de financement ? Aider les opérateurs / coordonnateurs ? Que souhaite-t-on identifier : l'action ? la structure qui la porte ? le type d'animation : par cycle, par programme ? Les attentes ? Le contenu...

Cette méthode permettra de guider la stratégie de développement du plan (décideurs/financeurs) et facilitera la coordination vers le bon acteur en fonction des fragilités identifiées.

L'enquête pointe un **modèle économique fragile** et complexe pour 45% des actions. Elles sont dépendantes des subventions et soumises au renouvellement annuel du projet avec son lot d'incertitudes.

A contrario, 30% des actions ont un financement pérenne.

Une **articulation entre le plan antichute et les futurs programmes des conférences des financeurs** doit être envisagée pour une meilleure cohésion territoriale.

## D. Les besoins identifiés sur le territoire

La prévention des chutes est un sujet connu et pratiqué, les acteurs mettent en exergue 4 niveaux de besoins sur le territoire :

### Les besoins à destination des séniors

Les acteurs ont nommé l'importance de diffuser une information de prévention ciblée selon le profil des personnes, leur localité, leur situation.

Les ateliers de prévention ne sont pas suffisants, à cela s'ajoute la problématique du transport pour accéder aux ateliers.

Les acteurs déplorent le manque d'accompagnement préventif individuel, les ateliers sont majoritairement collectifs.

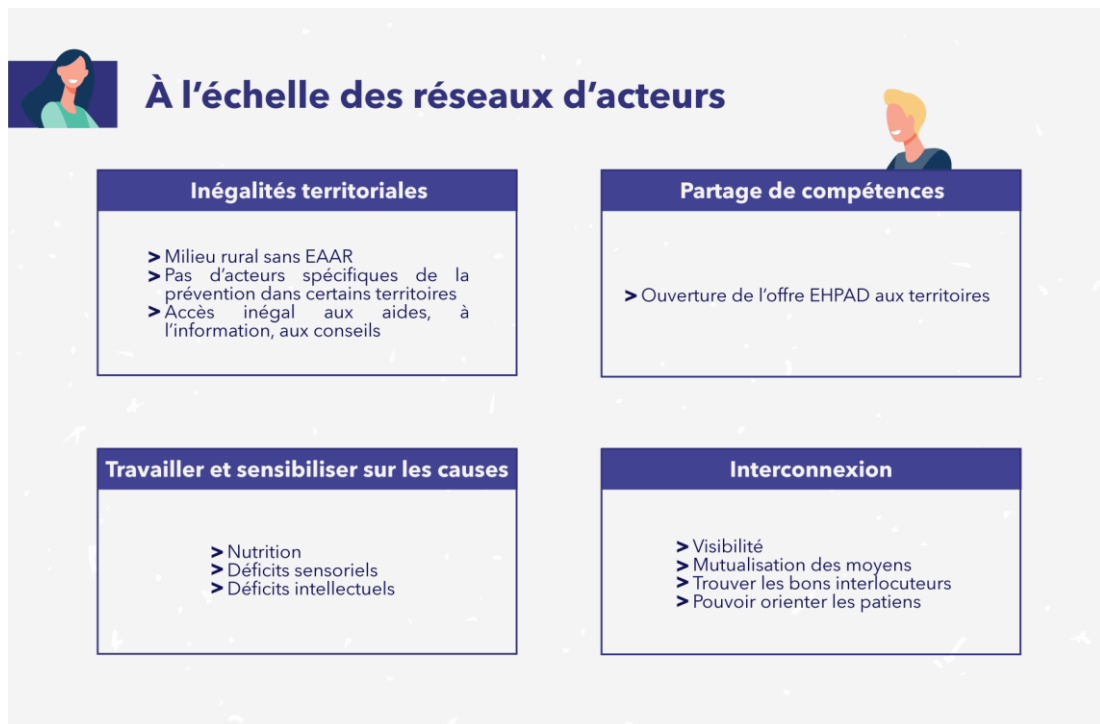
De plus, les professionnels interrogent le développement d'action préventive individuelle à domicile. Comment atteindre les personnes qui en ont le plus besoin ?



## Les besoins pour soutenir les réseaux d'acteurs

Les contributeurs expriment le besoin de pouvoir identifier sur leur territoire les bons interlocuteurs. Ce manque de visibilité sur le "qui fait quoi" est un véritable frein à la continuité des parcours de vie.

De plus, l'interconnaissance favoriserait la coopération, la mutualisation de moyens et la coordination. Ils nomment également le besoin de s'ouvrir aux autres, de partager les compétences. L'EHPAD devient un lieu d'expertise de la gériatrie territoriale, un lieu de proximité qui pourrait ouvrir les actions préventives aux habitants du territoire.

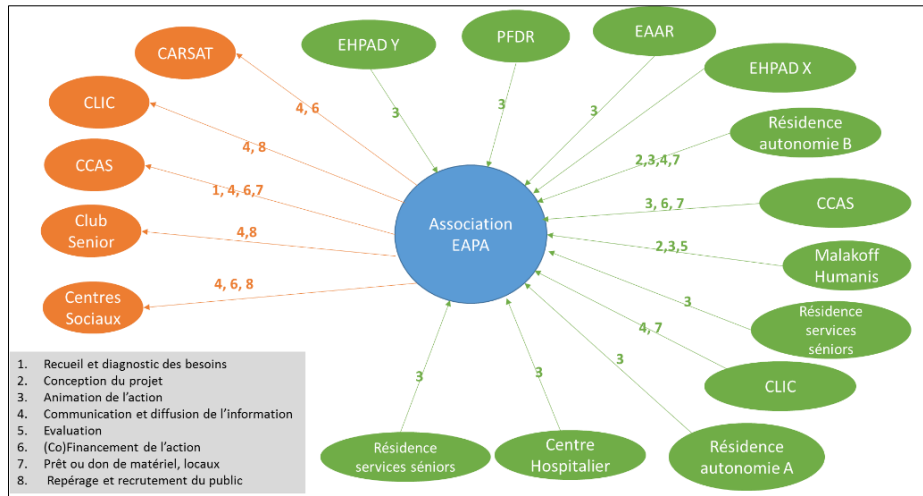


Pour compléter ce besoin, nous avons souhaité comprendre l'animation du maillage territorial. Nous avons matérialisé les rapports entretenus dans les schémas ci-dessous.

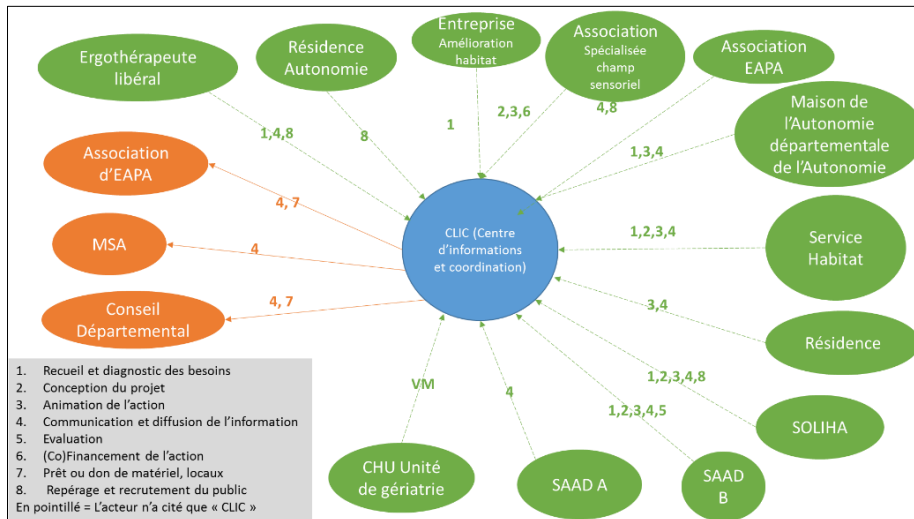




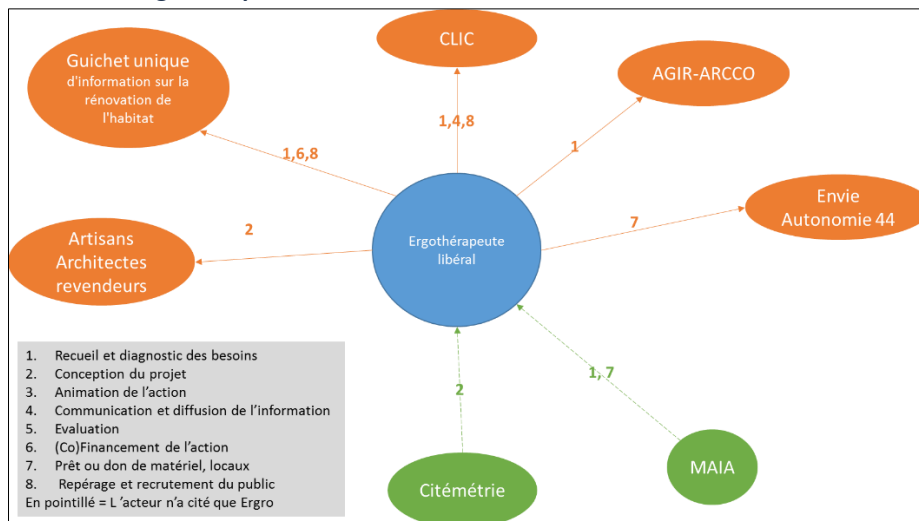
Liens partenariaux d'une association d'enseignement en activité physique adaptée (EAPA)



Liens partenariaux d'un CLIC



Liens partenariaux d'un ergothérapeute libéral



Ces matrices mettent en exergue le niveau de complexité dû à la **multiplicité** des acteurs existants et **aux types de liens partenariaux** possibles. Les structures sont plus ou moins identifiées comme étant un partenaire de la prévention des chutes par les acteurs.

Ces ensembles aident à apporter une **réponse graduée selon les besoins** des personnes. La vision holistique de l'accompagnement incite à décroquer, à rendre lisible l'accès, le financement, les missions pour éviter que l'accès aux services ne devienne un parcours du combattant.

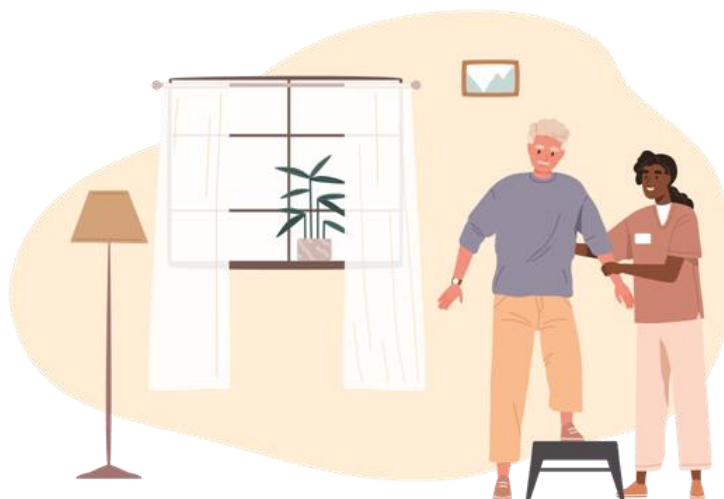
## Les besoins des professionnels

La **formation** est centrale dans les manques identifiés par les professionnels. Le sujet de la prévention des chutes est vaste. Le profil des professionnels pouvant bénéficier de formation l'est tout autant. Que la prévention des chutes soit intégrée à la formation initiale ou à la formation continue est un levier perçu comme essentiel.

A cet égard le MOOC Pare à chute<sup>10</sup> (Massive open online course) est un outil utilisable en formation initiale ou continue. Il est composé de 2 parties :

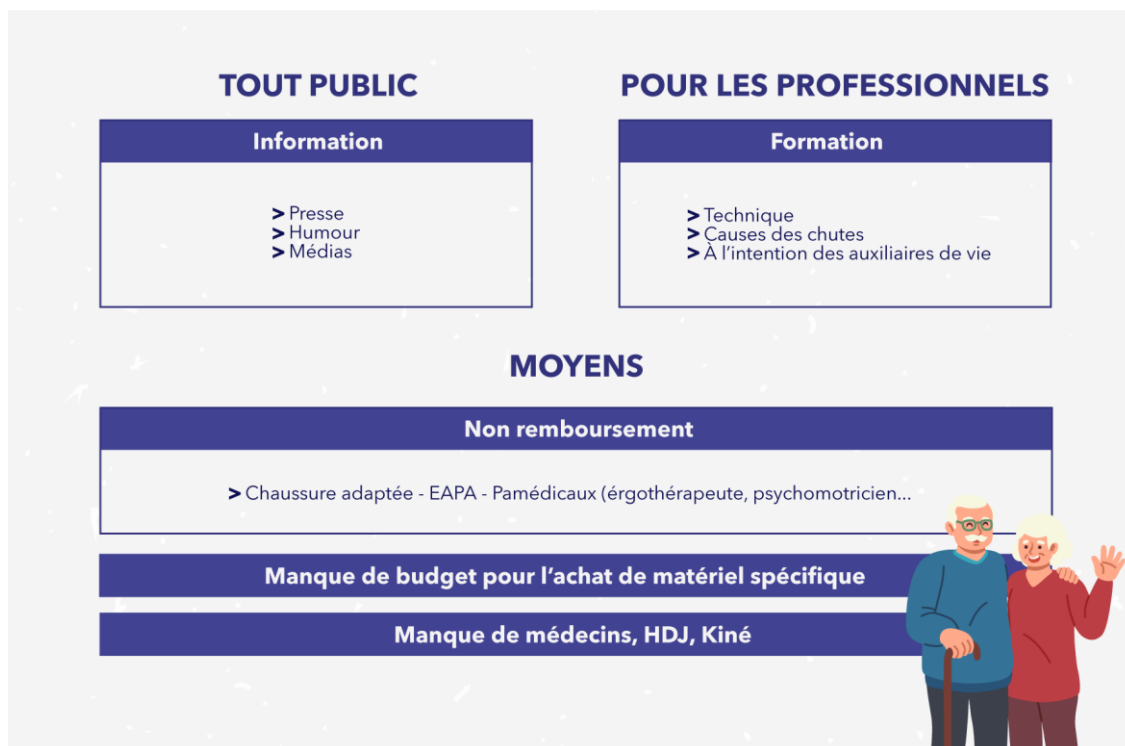
1. Chutes graves de la personne âgée : comprendre, prévenir et réagir (pour tous : personnes âgées, aidants, professionnels)
2. Comment éviter les chutes graves : déployez le Pare à chute ! (Conduite de projet, destinée aux professionnels)

Il est composé de 25 modules comportant une vidéo sous-titrée accompagnée de la transcription du texte (pour 24 d'entre eux), des liens utiles, des documents ou des outils. Chaque module peut être le support d'une formation indépendante. Une affiche permet d'annoncer les engagements pris à la suite de la formation.



<sup>10</sup> <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/mooc-chute-eviter-les-chutes-graves-chez-les-personnes-agees>

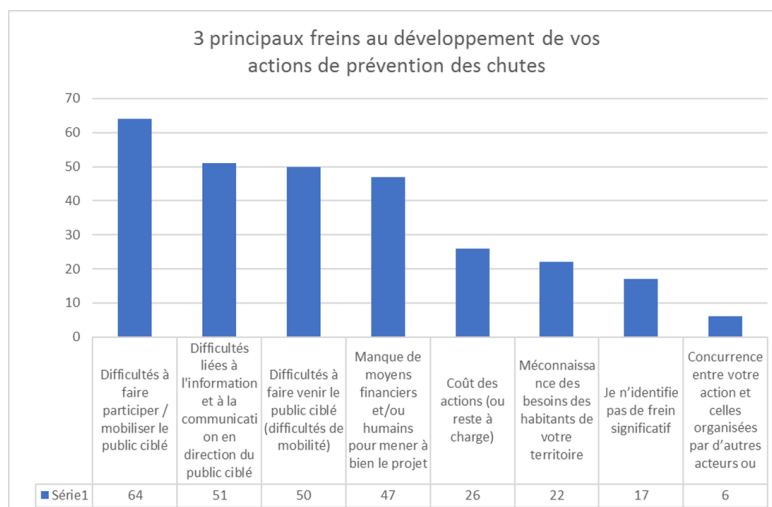
Les besoins en termes de moyens sont humains, financiers, matériels



### E. Les principaux freins au développement des actions de prévention

Pour les acteurs du territoire, les **principaux freins** au développement d'actions de prévention sont

- La difficulté à faire participer/à mobiliser le public ciblé
- Les difficultés liées à l'information et à la communication en direction du public ciblé
- La difficulté à faire venir le public ciblé (difficulté de mobilité)
- Le manque de moyens financiers et/ou humains pour mener à bien le projet



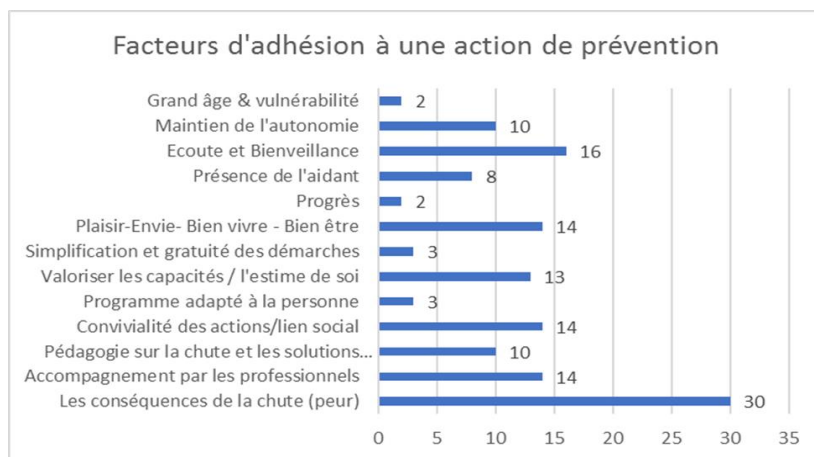
La question qui a donc été posée au groupe de travail était d'identifier les actions du territoire qui permettaient de sensibiliser les personnes à ce problème de santé publique majeur.

## F. Les facteurs d'adhésion psychologiques et motivationnels pour adhérer aux programmes de prévention.

Lors du groupe de travail du 29 juin, les acteurs ont évoqué que la communication est l'un des piliers de l'adhésion aux programmes de prévention. Le vecteur de diffusion des messages clés sont la radio, la télévision et les journaux.

La notion de plaisir, de bien vivre, de convivialité de lien social est primordiale pour faire passer les messages.

Force est de constater que la peur de chuter reste un marqueur fort de la prévention de la rechute pour 30 professionnels.





## Retours d'expériences des acteurs du territoire

Les freins sont essentiellement liés à la mobilisation du public ciblé : sur le PROFIL CHUTEUR 1 : PAS DE MOBILISATION PRÉCOCE, LA PREMIÈRE CHUTE EST GÉNÉRALEMENT BANALISÉE SI ELLE N'EST PAS LIÉE À UN ÉTAT PATHOLOGIQUE PARTICULIER : tout le monde pouvant être amené à tomber quelque soit son âge. Les MESSAGES LIÉS À LA PRÉVENTION DES CHUTES SONT VECUS COMME DÉCLINISTES SUR L'AVANCÉE EN ÂGE, à laquelle une partie de ce public ne souhaite pas être confrontée. Les MESSAGES SUR LA LUTTE CONTRE L'INACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA SÉDENTARITÉ SONT MIEUX REÇUS. Sur LE SECOND PROFIL, ce sont les DIFFICULTÉS DE MOBILITÉ qui peuvent contrarier la portée des actions.



COLLECTIVITÉ

L'EXPÉRIENCE DE LA CHUTE EST UN FACTEUR DÉCLENCHANT ! Il faut surtout faire savoir que la chute peut être évitée. Les exercices "comment se relever après une chute" sont tout aussi important pour prendre conscience de ce qui se passe quand on est à terre (prévention).



COLLECTIVITÉ

La compréhension de LEURS BESOINS ET ENVIES (identité, estime de soi)  
Appartenance à un groupe (lien social)  
CONVIVIALITÉ (plaisir)  
Contenus adaptés au niveau du groupe



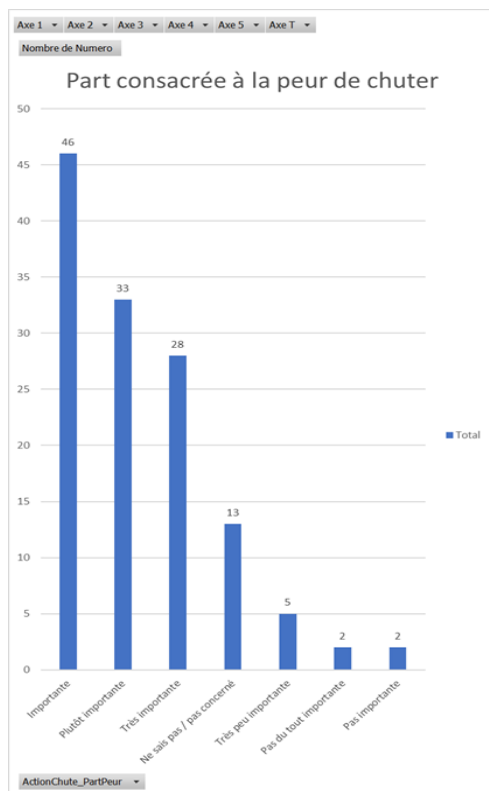
FÉDÉRATION

Rien que les mots "PRÉVENTION DES CHUTES" N'ATTIRENT PAS LES SENIORS. IL EST NÉCESSAIRE DE JOUER AVEC LES MOTS DU TITRE DE L'ACTION POUR FAIRE ADHÉRER LE PUBLIC. L'action doit avoir PLUSIEURS OBJECTIFS dont la prévention des chutes, même si cet objectif n'est pas celui qui est mis en avant dans la communication réalisée. C'est au cours de l'action que les mots "prévention des chutes" sont abordés, expliqués, entendus et compris par les participants



COLLECTIVITÉ

## G. La peur de chuter



L'étude PIOT-ZIEGLER "Définir « la peur de tomber » chez les personnes âgées à domicile" met en avant 2 temps : l'expérience subjective de la chute, pour déboucher, enfin, sur la peur de tomber. Elle souligne l'installation progressive de cette crainte. Elle est intimement liée aux conséquences à long terme de la ou des chutes. Les conséquences peuvent être fonctionnelles, sociales, psychologiques. La peur de tomber ou, plus exactement, la peur de retomber, est exprimée à travers l'appréhension, plus ou moins intense, ressentie face à une possible rechute<sup>11</sup>. La peur de chuter constitue un risque majeur de chute, et touche 21 à 85% des personnes âgées en fonction des études<sup>12</sup>.

Dans la région des Pays de la Loire, la peur de chuter est un phénomène connu. Néanmoins il reste complexe à appréhender pour les acteurs.

Pour 46 acteurs sur 129, la part consacrée à la peur est importante. 28 d'entre eux sont très vigilants à ce phénomène et intègre des actions concrètes. Contre 9 pour qui la peur est peu, voire très peu ou pas du tout importante. 13 acteurs ne se sentent pas concernés par ce phénomène.

Alors que peut-on faire pour accompagner les personnes à reprendre confiance en elles ? Le panel d'actions est large.

La première étape est l'évaluation. Il existe plusieurs méthodes d'évaluation de la peur de la chute chez la personne âgée, la plus simple est de questionner la personne : avez-vous peur de chuter ? Deux professionnels mettent en avant le FES-I Falls Efficacy Scale – International, c'est un outil de mesure de la peur de la chute, de l'impact de la peur de la chute sur la vie sociale des personnes, et les activités les plus difficiles à réaliser.

La réassurance passe également par la prévention, la pédagogie, les conseils, qu'ils s'agissent de l'amélioration de l'habitat, l'acceptation et l'appropriation des aides techniques, la pratique régulière

<sup>11</sup> PIOT-ZIEGLER Chantal, CUTTELOD Thérèse, SANTIAGO DELEFOSSÉ Marie, « Définir « la peur de tomber » chez les personnes âgées à domicile. Étude qualitative », Bulletin de psychologie, 2007/6 (Numéro 492), p. 515-525. DOI : 10.3917/bupsy.492.0515. URL : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2007-6-page-515.htm>

<sup>12</sup> Kendrick, D.; Kumar, A.; Carpenter, H.; Zijlstra, G.; Skelton, D.; Cook, J.; Stevens, Z.; Belcher, C.; Haworth, D.; Gawler, S.; et al. Exercise for Reducing Fear of Falling in Older People Living in the Community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, No. 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009848.pub2>.

d'activité physique. Pour 9 professionnels, l'apprentissage à se relever du sol<sup>13</sup> est un levier à mettre en place pour réduire la peur de chuter. Offrir une écoute active pour permettre à la personne de verbaliser ses craintes est nommé par 11 professionnels.




  
**GOUVERNEMENT**
  
*Liberté*
  
*Égalité*
  
*Fraternité*

## QU'EST-CE QUI FAIT CHUTER LES PERSONNES ÂGÉES ?

- 1 - L'INACTIVITÉ PHYSIQUE
- 2 - LA PEUR DE LA CHUTE
- 3 - LA DÉNUTRITION
- 4 - LA BAISSÉ DE LA VUE ET DE L'AUDITION
- 5 - LES RISQUES DU LOGEMENT

Chacun de ces 5 signes augmente le risque de chute chez les personnes âgées. Les connaître c'est déjà pouvoir agir pour les prévenir.

**PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES**

Mission plan antichute des personnes âgées  
 Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales  
 sda@solidarites-sante.gouv.fr

<sup>13</sup>[https://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/bouger\\_en\\_toute\\_serenite\\_ref\\_ns01-144-19-page16.pdf](https://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/bouger_en_toute_serenite_ref_ns01-144-19-page16.pdf)



## Retours d'expériences des acteurs du territoire

Une **PÉDAGOGIE DIFFÉRENCIÉE**  
 L'exploitation de situations mettant en jeu les mécanismes de l'équilibre  
 Des démarches d'apprentissage favorisant l'autonomie et le transfert dans la vie quotidienne  
 Des conseils sur les rythmes de vie : activité physique, nutrition, sommeil, ...  
 Des conseils sur l'aménagement de l'habitat  
 Des tests évaluant
 

- La perception du corps et la prise de conscience des placements corporels
- La prise de repères tactiles, auditifs et visuels et leur traitement
- L'exploitation de la prise de repères sans la vue
- La maîtrise de l'équilibre et des transferts d'appui
- La maîtrise de l'organisation corporelle pour s'asseoir et se relever du sol

**FÉDÉRATION**

Accompagner la personne chuteuse à descendre au sol et à **TROUVER LA STRATÉGIE POUR SE METTRE EN SITUATION SÉCURITAIRE** (relevé quand c'est possible, assise avec appui, etc...)

**KINÉSITHÉRAPIE**

Sensibilisation des syndromes post chutes et des principaux éléments augmentant le risque de chute lors de la conférence, travail autour de l'appréhension de l'environnement proche et extérieur des personnes lors des séances, **VALORISATION DE LA CONFIANCE ET DE L'ESTIME DE SOI PAR DES SITUATIONS D'EXERCICES AJUSTÉS AUX CAPACITÉS DES BÉNÉFICIAIRES.**

**ASSOCIATION ACTIVITÉ PHYSIQUE**

**COLLABORATION** psychologue, questionnaire FES-I appréhension de la chute. Pourrait largement être amélioré.

**KINÉSITHÉRAPIE**

**DÉDRAMATISER** en travaillant la mise au sol et le **RELEVER DE SOL.**  
**AMÉLIORER LA VIGILANCE** et la **CONNAISSANCE** quant à l'environnement, aux aménagements.  
 Améliorer les **CAPACITÉS MOTRICES, LA FORCE ET L'ÉQUILIBRE**

**KINÉSITHÉRAPIE**

Questionnaire, Évaluation FES-1, utilisation du **PHOTO LANGAGE.**  
 Accompagnement dans le déplacement, réassurance, conseils et apprentissage du relevé du sol.  
 Conseils sur la téléassistance.

**COLLECTIVITÉ**



## H. Modalités d'évaluation des actions

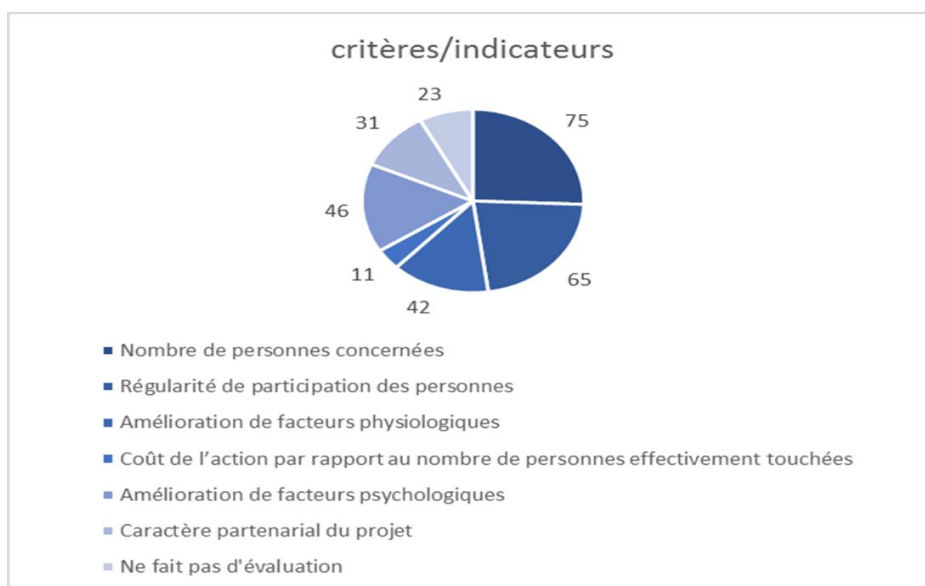
Nous nous sommes intéressés lors de l'enquête aux modes d'évaluation employés par les acteurs du territoire.

### Outils d'évaluation des actions en faveur de la prévention des chutes

Pour 82 professionnels, l'échange informel est l'outil privilégié. Il est facile d'utilisation, il permet un retour direct de l'impact de l'action. Vient ensuite pour 35 professionnels le questionnaire, et enfin les entretiens semi-directifs. 20 professionnels n'évaluent pas l'action de prévention. 9 acteurs font d'autres types d'évaluations : Évaluations/tests physiques (Équilibre, Tinetti par les kinésithérapeutes, ergothérapeutes), transmission des observations tracées dans le dossier de suivi, RAMA : Rapport Médical Annuel Recensement du nombre de chutes dans l'année, du nombre de chutes graves, de la proportion de chuteurs, Bilan annuel des personnes accompagnées dans leur projet de travaux.

### Les indicateurs utilisés :

Le diagramme ci-dessous reprend les indicateurs ou critères utilisés par les acteurs du territoire pour évaluer leurs actions de prévention. En premier lieu, les professionnels se basent sur le nombre de personnes concernées par l'action, viennent ensuite la régularité de la participation et l'amélioration des facteurs psychologiques puis physiques.



## Description des changements de comportement induit par l'action que vous portez

Pour mesurer les changements de comportements, les professionnels ont identifié des indicateurs cibles. 30% des acteurs ont nommé le regain de confiance, 30% l'amélioration de la mobilité. Viennent ensuite l'adhésion et les changements organisationnels de la maison.

Afin de mieux saisir le territoire des Pays de la Loire, nous avons réalisé une étude populationnelle en nous focalisant sur les personnes de 65 ans et plus. Nous avons objectivé leur espace d'habitation en menant une réflexion sur l'impact de l'habitat sur la prévention des chutes.

## VI. 6 axes, 48 préconisations et 47 suggestions d'actions pour parvenir à réduire de 20% le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes de 65 ans et plus

Les préconisations du plan antichute concernent toutes les personnes âgées quel que soit leur lieu de vie. Si la cible essentielle est celle des personnes vivant à domicile qui sont les plus nombreuses ainsi que leurs aidants, le plan doit bénéficier également à d'autres lieux d'habitat comme les établissements médico-sociaux où elles représentent un fort contingent des personnes qui sont hospitalisées pour chute.

En cohésion avec le plan ministériel, la région des Pays de la Loire cible deux profils représentant 80% des chutes :



Les préconisations et actions du plan antichute régional sont le fruit de la participation active des acteurs du territoire à leurs définitions.

Elles sont déclinées sur les six axes proposés par le plan national. La réflexion a fait émerger 3 niveaux de préconisations/actions.

**Niveau 1 :** La préconisation/action est présente sur le territoire Ligérien, elle est à soutenir et/ou à essayer et/ou inspirante pour d'autres acteurs.

**Niveau 2 :** La préconisation/action n'existe pas (à notre connaissance), elle est le fruit de la réflexion des acteurs du territoire, elle est à étudier.

**Niveau 3 :** La préconisation/action demande à être étudiée à l'échelle nationale (c'est le cas des actions ayant un lien avec la mise en place des centres de preuves) avant de pouvoir être saisie au niveau régional.

Pour plus de lisibilité dans la suite du document, nous avons séparé la réflexion régionale (niveau 1 et 2) qui vous sera présentée au début de chaque axe, puis la réflexion qui doit continuer au niveau national (niveau 3).

## A. Axe 1 Repérage



### 1. Les préconisations/actions de l'axe 1 - Niveau 1 & 2

**Préconisation 1 : Proposer des règles de dépistage du risque de chute communes à l'ensemble des professionnels de santé en région Pays de la Loire**

Contexte

Il existe beaucoup de tests objectivant le risque de chute. Il convient d'adapter les tests à la pratique, le cadre de consultation et le temps de consultation.

Les quatre tests majeurs sont le lever de chaise ; la vitesse de marche, le “times get up and go” et le “stop walking when talking” ; d’autres tests sont proposés mais ils n’ont pas, à ce jour, la même pertinence d’évaluation du risque de chute : Force de préhension (N > 24N), Maintien de la position en tandem, Marche en tandem (N > 9 pas), Appui monopodal (N > 5 s), Tinetti, Fall risk Assessment Tools, Berg Balance Scale, Mobility Interaction Fall, Downton Fall Risk Index.

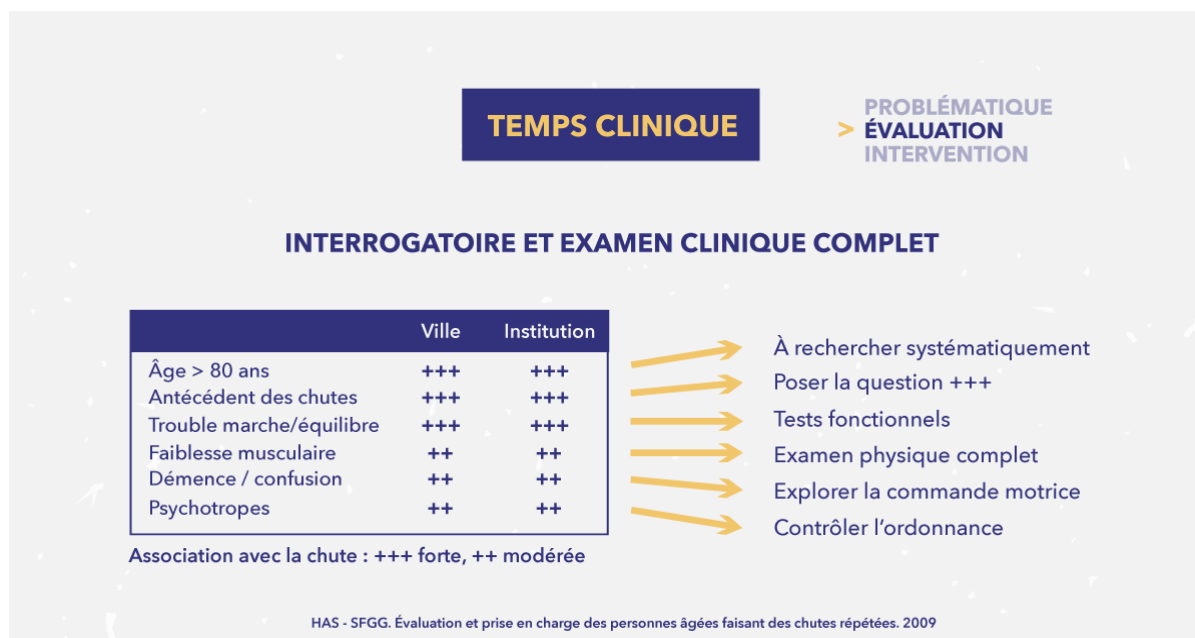
Il existe également dans le cadre des centres spécialisés la possibilité de réaliser des analyses de l’équilibre en utilisant les plateformes de posturométrie et l’analyse spatio-temporelle de la marche par des tapis d’analyse spatio-temporelle de la marche de type GAITRite.

Initiatives et documents d’appui :

Les techniques de mesure et de dépistage des troubles de la marche et de l’équilibre dans le bilan de chute sont nombreuses, cependant la première étape de ce bilan est avant tout clinique passant par un interrogatoire détaillé et un examen clinique complet. Lors de ce premier temps d’évaluation, il est indispensable de questionner le patient sur ces antécédents de chute puisqu’après une première chute, le risque de retomber est multiplié par vingt. L’évaluation initiale comprend également la recherche d’éléments pathologiques de la composante neurologique centrale et périphérique. Ces facteurs évalués à l’interrogatoire et l’examen physique constituent les principaux facteurs de risque de chute, aussi bien pour les patients à domicile ou en institution.

A la suite de cette première étape, le bilan de chute comprend une évaluation complémentaire composée, a minima, d’un bilan biologique. Ce dernier peut être complété par d’autres examens complémentaires orientés selon la présence ou non de signes d’appel<sup>14 15</sup>.

(Transmis par le Pr Cédric ANNWEILER)



14 Oliver et al. Age Aging. 2004 ;33:122-30

15 HAS - SFGG. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. 2009

## TEMPS PARACLINIQUE

> PROBLÉMATIQUE  
ÉVALUATION  
INTERVENTION

### > INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE COMPLET

### > EXAMENS PARACLINIQUES

#### > HAS - Évaluation du risque de récurrence de chute :

Systematiquement :

- ionogramme (hyponatrémie)
- 25(OH)D (hypovitaminose D)

Selon les cas :

- si signe d'anémie : NF
- si point d'appel cardiaque : ECG
- si patient diabétique : HbA1C

HAS - SFGG. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. 2009

Les tests de posture, de marche et de boiterie font partie du temps clinique.

Objectifs

Harmonisation des pratiques inter et intra-régionales.

La référence retenue pour évaluer le risque de chute sera **la recherche d'antécédents de chute et le lever de chaise** pour la région des Pays de la Loire.

Pilote/Animateur

ARS ; Gérontopôle des Pays de la Loire ; Comité scientifique sur la chute animé par les Pr ANNWEILER et Pr BERRUT

Acteurs concernés/ cibles :

Acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux, autres professionnels intervenant auprès des personnes âgées et tous les citoyens par des autotests.

Étude d'impact :

Dans le cas de diagnostic de maladies neurodégénératives, une proposition d'un dépistage systématique à partir de 65 ans (caisse de retraite, CPAM, collectivités, médecins traitants, CPTS, CCAS, centres de soins non-programmés, centres médicaux de proximité, futurs Services Autonomie à Domicile ...) est à mettre en place sur tous les territoires lorsqu'il n'existe pas déjà avec l'objectif est de couvrir 100% du territoire.

L'évaluation du nombre de professionnels participants au repérage de la chute sur le territoire ligérien ainsi que l'évaluation des données de PMSI codant la chute en diagnostic principal ou secondaire avec ou sans fracture des différents centres hospitaliers de la région et ceci associé à une campagne d'information auprès des professionnels hospitaliers par l'intermédiaire des DIM (directions d'informations médicales) sont retenus comme indicateurs pertinents.

Calendrier

2023– 2026

**Préconisation 2 : S'appuyer sur la correction multifactorielle pour prévenir la chute**

Contexte :

Les facteurs de risque de chute sont très nombreux. En gériatrie, on distingue les facteurs de risque prédisposants et précipitants<sup>16</sup>.

Initiatives et documents d'appui :

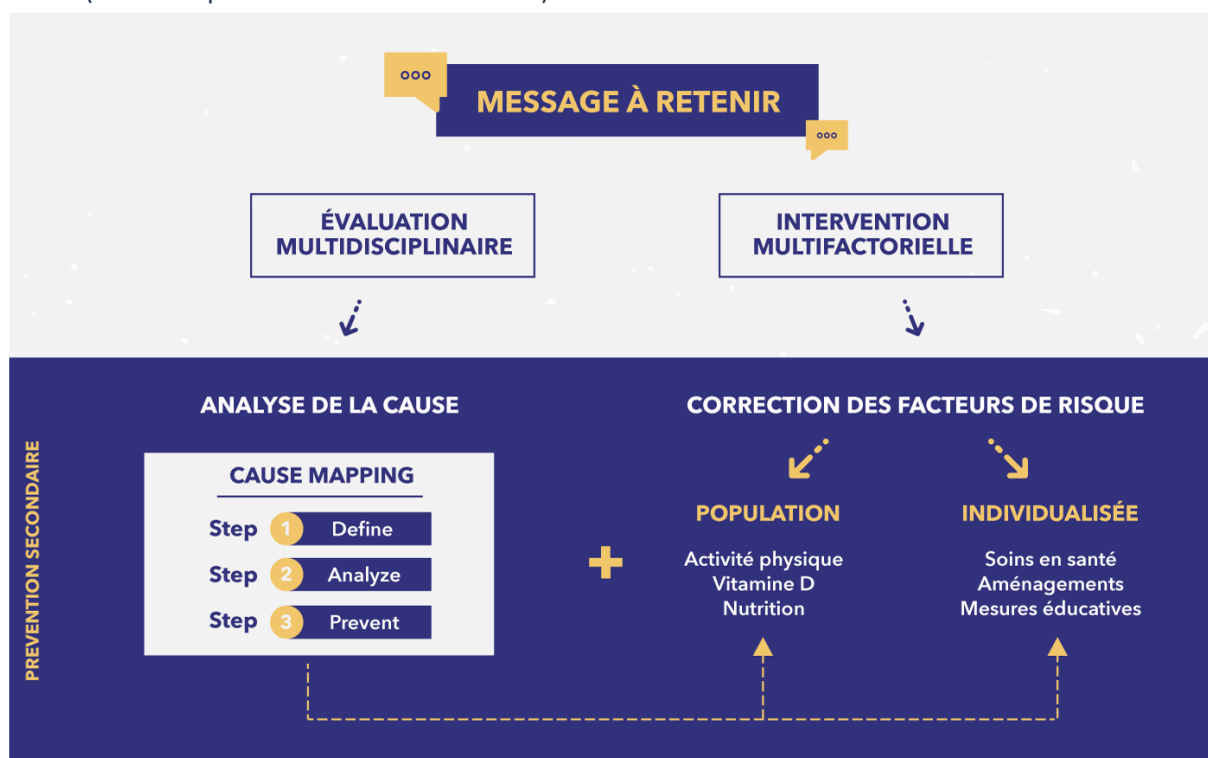
La chute de la personne âgée correspond davantage à un symptôme qu'à un diagnostic final et implique de nombreux organes et fonctions impliqués dans la marche et l'équilibre.

La multitude de facteurs majorant le risque de chute (estimés à 450) nécessite une évaluation globale d'un patient âgé chuteur ou à risque de chute. Il convient d'évaluer les facteurs de vulnérabilité et les facteurs potentiellement précipitants.

La prise en charge du risque de chute nécessite la correction multifactorielle de l'ensemble de ces facteurs (de vulnérabilité et/ou précipitants).

*Référence : Référentiel du Collège National des Enseignants de Gériatrie, Item 128 -UE 5 Troubles de la marche et de l'équilibre. Edition Elsevier Masson*

(Transmis par le Pr Cédric ANNWEILER)



16 SFGG en partenariat avec la HAS. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes\\_repetees\\_personnes\\_agees\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf)

Objectifs :

Repérer les facteurs de risque (intrinsèques, environnementaux et comportementaux) et les corriger.  
Sensibiliser l'ensemble des acteurs/intervenants/professionnels au repérage. **Le repérage doit pouvoir être réalisé par tous les intervenants.**

Pilote/Animateur :

Dépendant des actions qui seront mises en œuvre concrètement

Acteurs concernés / cibles :

Dépendant des actions

Calendrier

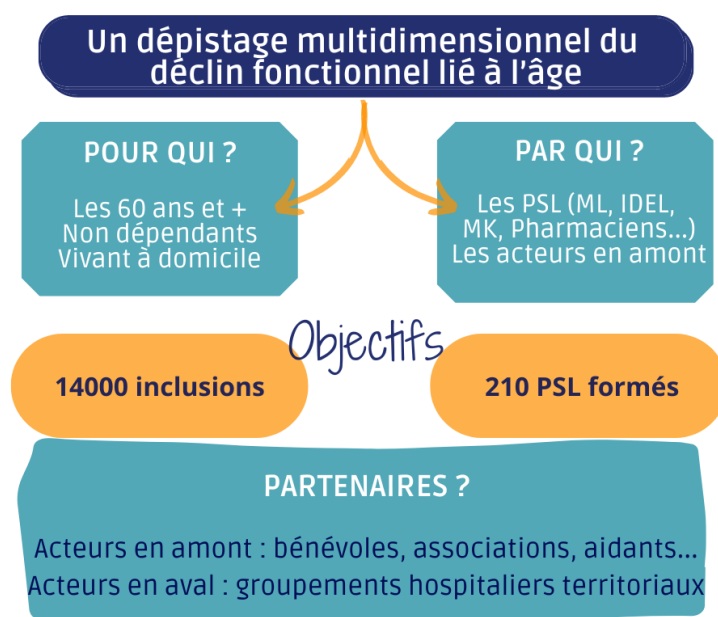
Dépendant des actions

Les Actions favorisant de la correction multifactorielle :

**Action 1 : Soutenir l'expérimentation ICOPE Pays de la Loire (Dispositif porté par l'OMS et le Ministère de la Santé et de la prévention au niveau national - en cours d'expérimentation : 2022-2025)**

ICOPE Pays de la Loire est un programme de prévention primaire en santé publique. Le projet ICOPE Pays de la Loire est porté par un consortium : L'InterURPS des Pays de la Loire, le Gérontopôle des Pays de la Loire et les GHT du 44 et du 49 et les 3 conseils départementaux d'expérimentation 44, 49 et 85.

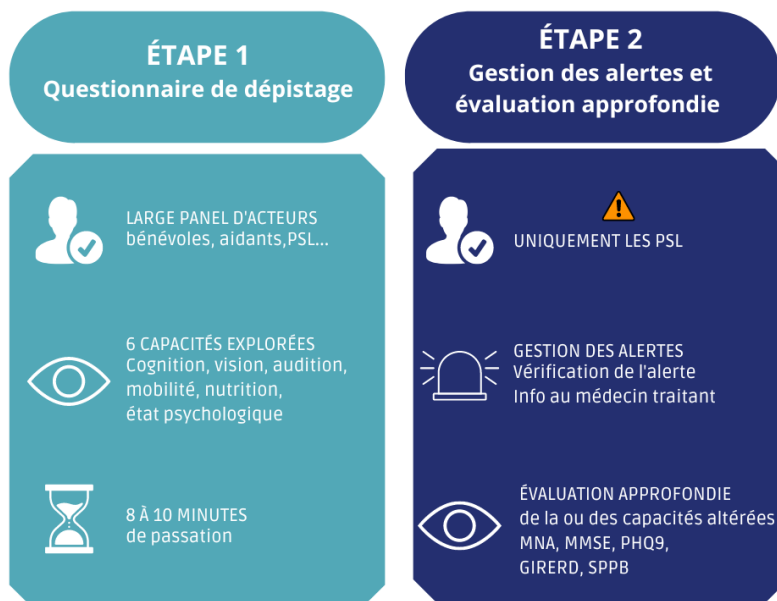
L'un des enjeux majeurs de ce projet est de permettre aux personnes âgées de 60 ans et plus, d'être pleinement acteurs de leur santé. Il consiste à favoriser une approche intégrée de la santé qui prend en compte les capacités de la personne, les pathologies associées, l'environnement et le mode de vie. L'objectif est de développer un plan de soins centré sur la personne, en considérant ses souhaits et ses aspirations. L'accent est mis sur le fait que l'utilisateur est acteur de la prise en charge et du suivi.



Concrètement, le programme ICOPE doit permettre au plus grand nombre de personnes de vieillir en bonne santé. Pour y parvenir, l'OMS propose de suivre, pour les personnes de plus de 60 ans, l'évolution des capacités intrinsèques qui sont l'ensemble des capacités physiques et mentales d'un individu recouvrant 6 domaines : mobilité, cognition, nutrition, état psychologique, vision, audition.

Le projet ICOPE Pays de la Loire va porter sur les deux premières étapes : le dépistage (étape 1) et l'évaluation (étape 2). Les objectifs de ce projet sont les suivants :

- L'amélioration de la précocité du diagnostic et de la prise en soin du déclin des capacités fonctionnelles.
- Le renforcement des capacités des seniors à entretenir eux-mêmes leurs capacités fonctionnelles.



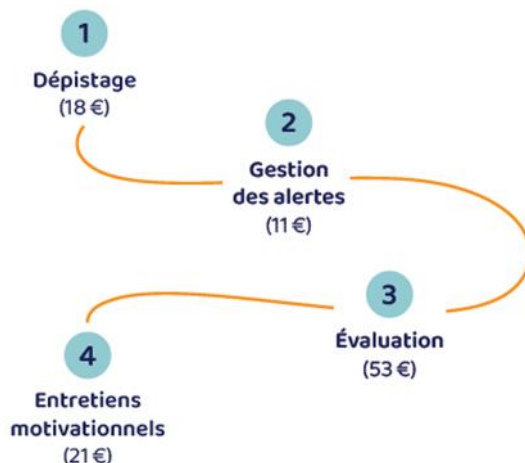
Le questionnaire de dépistage est le suivant :

<b>DÉCLIN COGNITIF</b> (Chapitre 4)	1. Se rappeler trois mots : fleur, porte, riz (par exemple) 2. Orientation dans le temps et l'espace : quelle est la date complète d'aujourd'hui ? Où vous trouvez-vous en ce moment (à la maison, à la clinique, etc.) ? 3. Recalls the three words?	<input type="radio"/> Mauvaise réponse à l'une ou l'autre question ou ne sait pas <input type="radio"/> Ne se rappelle pas les trois mots
<b>MOBILITÉ LIMITÉE</b> (Chapitre 5)	Test de lever de chaise : se lever de la chaise cinq fois sans utiliser ses bras. La personne s'est-elle levée cinq fois de la chaise en 14 secondes ?	<input type="radio"/> Non
<b>MALNUTRITION</b> (Chapitre 6)	1. Perte de poids : avez-vous involontairement perdu plus de 3 kg au cours des trois derniers mois ? 2. Perte d'appétit : avez-vous connu une perte d'appétit ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Oui
<b>DÉFICIENCE VISUELLE</b> (Chapitre 7)	Avez-vous des problèmes oculaires, des difficultés pour voir de loin, lire, des maladies oculaires ou êtes-vous actuellement sous traitement médical (p. ex., diabète, hypertension artérielle) ?	<input type="radio"/> Oui
<b>DÉFICIENCE AUDITIVE</b> (Chapitre 8)	- Entend des chuchotements (test à voix chuchotée), ou - Le résultat du dépistage de l'audiométrie est de 35 dB ou moins, ou - Réussit au test automatique de reconnaissance des chiffres dans le bruit à l'aide d'une application	<input type="radio"/> Échec
<b>SYMPTÔMES DÉPRESSIFS</b> (Chapitre 9)	Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné par : - la déprime ou le désespoir ? ou - la perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Oui



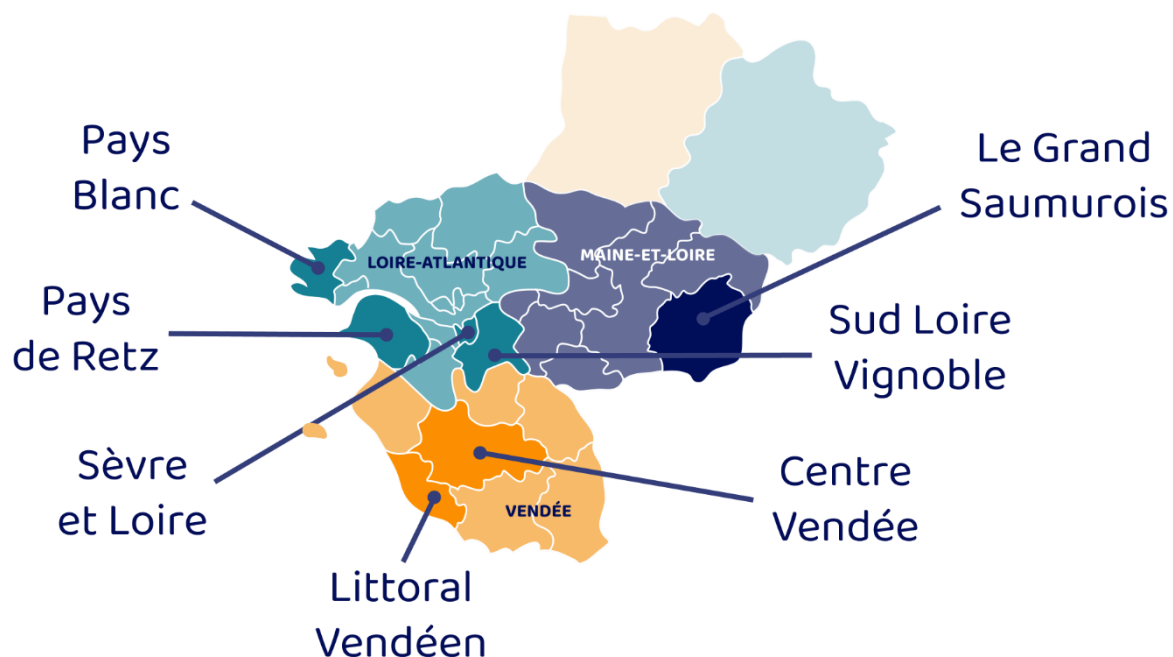
L'étape 1 : Le questionnaire de dépistage, pourra être réalisé par les acteurs de l'amont et les professionnels de santé de la CPTS d'expérimentation.

L'étape 2 ne pourra être réalisée que par les professionnels de santé de la CPTS d'expérimentation. Les professionnels de santé libéraux seront rémunérés dans le cadre de la réalisation des étapes 1 et 2 :



Les frais kilométriques sont également pris en charge dans le cas d'un repérage effectué au domicile de la personne. Enfin, une compensation financière est également prévue pour la participation à la formation.

Le projet ICOPE Pays de la Loire est une expérimentation régionale avec un portage national qui se déroule sur une période de 3 ans. Le déploiement se fera via 7 CPTS engagées sur les départements 44, 49 et 85.



Afin de permettre une coordination des acteurs et de l'information de l'étape 1 à l'étape 2, le GCS e-santé développe des applications régionales.

Ces outils numériques permettront aux professionnels de santé de compléter le questionnaire de l'étape 1. Une alerte sera automatiquement envoyée au médecin traitant de l'utilisateur dans le cas où une ou plusieurs capacités fonctionnelles seraient altérées.

L'étape 1 sera disponible en mobilité : au domicile du patient grâce à votre smartphone ou tablette. L'étape 2, la passation des tests complémentaires, pourra également être passée via l'outil numérique.

Une formation gratuite et indemnisée, adaptée aux professionnels de santé libéraux sera proposée. Pour libérer l'indemnisation, le professionnel de santé en libéral doit signer une lettre d'engagement dans la démarche et s'engage à participer à toute la formation : e-learning complet, classe virtuelle à mi-parcours puis un retour d'expérience de 3h en présentiel.

Le Gérontopôle courant Juin 2023 réalisera une formation d'ICOPE PDL aux acteurs de l'amont afin d'établir une bonne complémentarité des actions entre les acteurs de l'amont et les professionnels de santé.

Des outils de communication : flyers, affiches, seront mis à disposition pour permettre de présenter cette démarche aux personnes âgées cibles.

L'expérimentation est prévue sur une durée de 3 ans avec une fin prévue pour décembre 2024

### Action 2 : Soutenir le déploiement de l'outil D-Nut (En cours d'expérimentation régionale 2020-2023)

Le parcours D-NUT est une expérimentation article 51 déployée en Pays de la Loire par l'URPS Infirmiers Libéraux et la SRAE Nutrition. L'objectif du parcours D-NUT est de réduire la prévalence de la dénutrition et les complications liées à celles-ci pour les personnes de plus de 60 ans vivant à domicile dans les Pays de la Loire.

A l'aide de l'application D-NUT, développée avec le GCS e-santé, les infirmiers libéraux évaluent le statut nutritionnel de leur patient de plus de 60 ans. Lorsqu'un patient est repéré à risque de dénutrition ou dénutri, facteur précipitant au risque de chute, il peut entrer dans un parcours de prise en charge pluriprofessionnel de 4 à 6 mois coordonné par l'IDEL ou le MG.

Le patient bénéficie de plusieurs bilans : médical, diététique, kinésithérapique et pharmaceutique. En fonction des bilans, il pourra être pris en charge par son équipe de soins habituelle (IDEL, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien...) et bénéficier de soins jusqu'ici non remboursés et sans reste à charge (diététique, psychologique, ergothérapique et activité physique adaptée).

### Action 3 : S'inspirer de l'expérimentation Jeanne et Léon, une cure de prévention de la fragilité en Vendée (Dispositif privé - en cours d'évaluation 2023-2024)

Ce projet prend racine en 2017, après la réalisation d'une revue de la littérature scientifique concernant le syndrome de fragilité pilotée par le Gérontopôle. Cela a conduit à l'inventaire des outils

de dépistage existant ainsi qu'au recensement des modalités de prise en charge non médicamenteuses pertinentes.

Ces travaux et l'accompagnement des porteurs de projet à établir le programme de la cure aboutissent à l'ouverture de la structure Jeanne & Léon le 25 juin 2018. D'une capacité d'accueil de 24 résidents en hébergement temporaire, elle permet aux résidents de participer à des ateliers d'activité physique adaptée, de diététique, d'accompagnement psychologique, etc.

L'objectif de ce nouveau concept est de maintenir à domicile les personnes âgées en accompagnant les personnes présentant un « syndrome gériatrique » en hébergement temporaire pendant trois semaines. Son programme mis au point en collaboration avec le département recherche du Gérontopôle des Pays de la Loire s'articule autour du triptyque « Manger-Bouger-Parler ».

Jeanne et Léon répond ainsi à un double enjeu :

- Humain, avec le maintien à domicile des personnes âgées.
- Économique, avec les importantes économies attendues en matière de dépenses de santé.

Jeanne et Léon® prône donc une réelle mission « d'intérêt général et d'utilité sociale » en devenant le « chaînon manquant » dans le parcours de la personne âgée entre le monde sanitaire et le monde médico-social et une véritable start-up médico-sociale qui propose une vision disruptive de la prise en charge des personnes âgées.

**Action 4 : Réaliser une campagne d'information pour rappeler que la visite longue et complexe est une opportunité qui permet le repérage de risque dont la chute**

Le temps médical disponible est devenu un bien précieux, l'évaluation du risque de chute prend du temps.

La cotation VL<sup>17</sup>, visite longue, jusqu'ici réservée aux maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, SEP...) peut également être utilisée pour les visites à domicile des patients en soins palliatifs (4 par an...), pour les patients en affection de longue durée âgés de plus de 80 ans, vus à domicile dans le cadre du parcours coordonné.

Les visites longues rémunérées 70 € peuvent être un levier à l'évaluation, au repérage.

La visite longue et complexe concerne soit :

- a/ Une consultation réalisée au domicile du patient âgé de 80 ans et plus en ALD exonérante par le médecin traitant peut être facturée une fois par trimestre de chaque année civile par patient
- b/ Une consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant peut être facturée une fois par trimestre de chaque année civile par patient
- c/ Une consultation réalisée au domicile du patient en soins palliatifs par le médecin traitant peut être facturée 4 fois par année civile et par patient

<sup>17</sup><https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/memo-facturation-medecin-VL-cotations.pdf>

d/ Une première consultation réalisée au domicile d'un patient âgé de plus de 80 ans ou en ALD exonérante dans l'incapacité médicale de se déplacer, n'ayant pas de médecin traitant ou souhaitant en changer.

**Action 5 : Permettre aux kinésithérapeutes de réaliser un bilan préventif kinésithérapique dès l'âge de 60 ans, pris en charge financièrement par le système de soins**

**Action 6 : Développer l'Éducation Thérapeutique Patient chute à l'instar du CHU d'Angers au sein du service de Gériatrie (en développement)**

La littérature a montré qu'une prise en charge efficace de la chute permet de réduire l'incidence des chutes. Elle nécessite une intervention pluri-professionnelle<sup>18</sup> et personnalisée, centrée sur le patient<sup>19</sup>.

Ainsi, le service de Gériatrie du CHU d'Angers, propose de compléter l'éventail de ses offres de soins aux personnes âgées à risque de chute en développant, en parallèle des structures d'évaluation et de diagnostic, un programme d'éducation thérapeutique. Ce dernier se caractérise par une prise en charge pluri-professionnelle, centrée sur le patient. Il permet un accompagnement dans le temps afin d'améliorer les compétences nécessaires de savoir, de savoir-être et de savoir-faire pour que le patient prévienne et réduise la fréquence et la gravité de ses chutes.

Objectifs globaux :

Intégrer, au sein de la filière de soins IMPACT (Investigation de la Marche et de la posture des Personnes Âgées à risque de Chute et de Traumatisme) du service de Gériatrie du CHU d'Angers, une offre d'éducation thérapeutique pour les patients de 75 ans et plus, à risque de chutes et de traumatismes

Acquisition par le participant des compétences nécessaires de savoir, de savoir-être et de savoir-faire afin de :

- diminuer sa peur de chuter,
- renforcer son indépendance,
- diminuer le risque médicamenteux et lié à son environnement,
- améliorer sa santé physique, psychologique et nutritionnelle face au risque de chutes,
- améliorer ou maintenir la confiance en soi dans ses déplacements
- diminuer les comportements à risque pour limiter le risque de chutes.

<sup>18</sup> Hopewell S, Adedire O, Copley BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, Close JC, Lamb SE. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7:CD012221

<sup>19</sup> Avanecean D, Calliste D, Contreras T, Lim Y, Fitzpatrick A. Effectiveness of patient-centered interventions on falls in the acute care setting compared to usual care: a systematic review. *JBIM Database System Rev Implement Rep.* 2017 Dec;15(12):3006-3048

## 1. Ateliers :

- Atelier 1 : Environnement et aides au quotidien, danger, limiter la prise de risque
- Atelier 2 : Marche, équilibre et relevé de sol
- Atelier 3 : Alimentation, chute et complications
- Atelier 4 : Peur de la chute et reprendre confiance
- Atelier 5 : Traitement et iatrogénie
- Atelier 6 : Chaussage et aides techniques à la marche
- Atelier 7 : La chute et ses facteurs de risque

## 2. Modalités de suivi :

- Impact sur la satisfaction des patients
- Rapport d'activité envoyé à l'ARS (programme, file active de patients, tarification des actes éducatifs, suivi annuel et quadriennal sur base d'indicateurs)
- Evaluation des critères de jugement de l'efficacité du programme ETP (clinique, qualité de vie, autonomie, recours au système de soins, critères psychosociaux)
- Evaluation et réajustements réguliers du programme notamment par l'auto-évaluation annuelle de l'activité globale du programme selon les recommandations HAS
- Remontée des indicateurs sur le site CART'EP
- Information des équipes concernées : compte rendu de réunion

### **Action 7 : S'inspirer du parcours de soins dédié à la prévention de la fragilité et de la sarcopénie par le CHU de Nantes pour le déployer dans d'autres établissements**

Le centre Ambulatoire de Gériatrie Clinique du CHU de Nantes dispose d'un parcours de soins dédié à la prévention de la fragilité et de la sarcopénie (diminution significative de la masse et de la force musculaire). Il fait intervenir des acteurs compétents permettant de dépister et de corriger des facteurs de risque de chute (kinésithérapeute, psychomotricien), permet un temps d'évaluation gériatrique axé sur les performances motrices avec analyse de la marche et de l'équilibre (Tapis eGAIT) ainsi qu'une rééducation ambulatoire spécialisée permettant un apprentissage des techniques pour limiter les conséquences de la chute (apprentissage du lever de sol, pris en compte de l'aspect psychologique de la peur de tomber).

### Action 8 : Soutenir et diffuser l'intérêt du PROGRAMME INTÉGRÉ D'ÉQUILIBRE DYNAMIQUE (PIED) (en déploiement au niveau national)

Le programme PIED<sup>20</sup> est déployé par l'ASEPT en partenariat avec le Comité Régional Sport pour Tous avec également le soutien financier des caisses de retraite (Carsat et MSA)

Faites un pied de nez aux chutes avec les Ateliers « PIED » ! <https://aseptpdl.fr/seniors-vivant-a-domicile/>

Le Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED) comporte à la fois une évaluation personnalisée, des exercices en groupe, la proposition d'exercices à domicile et des conseils en prévention.

Ces ateliers ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie et la santé ; d'améliorer l'équilibre et la force des jambes ; d'aménager son domicile et d'adopter des comportements plus sûrs ; de renforcer les sentiments de confiance en soi à l'égard des chutes ; d'aider au maintien d'une bonne santé des os ; de reprendre et de maintenir une pratique régulière d'activités physiques.

Ce programme est destiné à toute personne de plus de 60 ans, quel que soit son régime de protection sociale.

Le programme est animé par un professionnel diplômé et spécialement formé à cette méthode d'animation.

Les ateliers Prévention des chutes comportent 12 séances de 1h30 à destination d'un groupe de 10 à 15 personnes.

Le contenu des ateliers :

Atelier 1 – Première séance consacrée à l'évaluation

Atelier 2 – « Faites un PIED de nez aux chutes »

Atelier 3 – « De la tête aux PIEDs, gardez vos os en bonne santé »

Atelier 4 – « Dans votre salon, gardez les PIEDs sur terre »

Atelier 5 – « Dans votre chambre, levez-vous du bon PIED »

Atelier 6 – « Trouvez chaussure à votre PIED »

Atelier 7 – « Dans votre salle de bains, ayez le PIED marin »

Atelier 8 – « Dans votre cuisine, ne mettez pas les PIEDs dans le plat »

Atelier 9 – « Restez sur vos 2 PIEDs avec vos médicaments »

Atelier 10 – « Dans les escaliers et à l'extérieur, allez-y de PIEDs fermes »

Atelier 11 – « Des PIEDs et des mains pour rester en forme »

Atelier 12 – Dernière séance consacrée à l'évaluation

---

<sup>20</sup>Le programme PIED a été conçu par une équipe de spécialistes de la prévention des traumatismes et de gérontologie de la Direction de santé publique du Québec. Il entre dans la catégorie des programmes multifactoriels de santé préconisés par l'INPES dans le référentiel de prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile

### Action 9 : Promouvoir le bilan préventif podologique dès l'âge de 65 ans

Le bilan podologique permet une analyse :

- De l'état de santé du pied : points d'hyper appui, perte de sensibilité, surveillance de l'hygiène du pied, diminution des douleurs plantaires, et du risque de plaie, examen de la peau et des ongles
- D'un bilan musculaire
- D'un bilan articulaire
- De l'impact du vieillissement sur la posture
- De l'état locomoteur du patient
- Un examen du chaussage intérieur et extérieur

Le podologue peut à la suite de ce bilan proposer plusieurs axes d'actions concrètes :

- Un appareillage par des semelles orthopédiques
- L'entretien du capteur podal par des soins de pédicurie
- Le conseil d'un chaussage adapté

Initiatives et documents d'appui :

- Recommandations de l'HAS du 8 décembre 2020 : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/00\\_reco265\\_pied\\_personnes\\_agees\\_recommandations\\_relecture\\_et\\_post\\_cd\\_30\\_11\\_2020-mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/00_reco265_pied_personnes_agees_recommandations_relecture_et_post_cd_30_11_2020-mel.pdf)
- Évaluation de l'intérêt d'une prise en charge par les pédicures-podologues dans la prévention des chutes des personnes âgées dans les Pays de la Loire : [https://www.urps-pedicures-podologues-paysdelaloire.com/files/ugd/52aaec\\_5f53042084cf41b79ab85bfa9ff36f1a.pdf](https://www.urps-pedicures-podologues-paysdelaloire.com/files/ugd/52aaec_5f53042084cf41b79ab85bfa9ff36f1a.pdf)

### Action 10 : Sensibiliser l'ensemble des professionnels intervenant au rôle de dépistage du risque de chute

#### **Préconisation 3 : Proposer en expérimentation régionale des campagnes de repérage de la fibrillation atriale**

Contexte :

Un facteur majeur pouvant accroître le risque de chute correspond à des syncopes dues à des hypoperfusions cérébrales consécutives à une bradyarythmie ou une tachyarythmie. La fibrillation auriculaire est la cause la plus courante de ces arythmies avec une prévalence de 1 à 2% dans la population générale, et d'environ 5% chez les plus de 65 ans, ce qui a conduit plusieurs auteurs à

étudier le lien entre fibrillation auriculaire et chutes. Par ailleurs, certains médicaments, notamment ceux abaissant le rythme cardiaque sont connus pour être pro-arythmiques<sup>21 22</sup>.

Initiatives et documents d'appui

Dans une étude réalisée en 2019 et incluant 100 935 patients souffrant de fibrillation auriculaire suivis pendant plus de 2 ans, il a été observé que 5,7% d'entre eux ont eu une syncope, 17% ont eu une chute avec blessure et 20,9% ont eu une blessure liée à une chute et/ou une syncope durant un suivi moyen de 2,1 ans. Les patients suivant un traitement abaissant le rythme cardiaque ou anti-arythmique ont présenté l'incidence cumulée de chute ou syncope avec blessure la plus élevée<sup>23</sup>.

Dans une étude observationnelle transversale réalisée sur la cohorte irlandaise TILDA incluant des personnes de plus de 50 ans vivant au domicile, l'analyse croisée montre que 29,7% des personnes présentant une fibrillation auriculaire ont déjà chuté contre 19,6% chez les personnes ne présentant pas d'arythmie (p=0,007). De plus, chez les personnes présentant une fibrillation auriculaire, 10,3% ont vécu une expérience de syncope contre 4,4% chez les autres sujets (p=0,003)<sup>24</sup>.

Pilote/Animateur :

CPAM, Comité scientifique, Centre de preuves

Acteurs concernés/ cibles :

Les médecins généralistes, professionnels de santé, IDE

Etude d'impact :

Prévalence de fibrillation auriculaire dans la population cible à risque de chute pour le déploiement d'un repérage adapté

**Préconisation 4 : Proposer en expérimentation régionale l'organisation d'un dépistage massif de l'hypotension orthostatique (HO) chez les chuteurs et dans la population de 65 ans et plus**

Contexte :

L'hypotension orthostatique (HO) correspond à une baisse de la pression artérielle lors du passage à l'orthostatisme associé à un dépassement des mécanismes de compensation responsable de symptômes aspécifiques et pouvant conduire à une chute.

La prévalence de l'HO est particulièrement élevée chez la personne âgée<sup>25</sup> mais dépend de la technique de dépistage utilisée (mesure de la pression artérielle discontinue vs continue). Dans la littérature, il

21Dalggaard, F.; Pallisgaard, J. L.; Numé, A.; Lindhardt, T. B.; Gislason, G. H.; Torp-Pedersen, C.; Ruwald, M. H. Rate or Rhythm Control in Older Atrial Fibrillation Patients: Risk of Fall-related Injuries and Syncope. *Journal of the American Geriatrics Society* 2019, 67 (10), 2023–2030.

22Jansen, S.; Frewen, J.; Finucane, C.; de Rooij, S. E.; van der Velde, N.; Kenny, R. A. AF Is Associated with Self-Reported Syncope and Falls in a General Population Cohort. *Age and ageing* 2015, 44 (4), 598–603.

23Dalggaard, F.; Pallisgaard, J. L.; Numé, A.; Lindhardt, T. B.; Gislason, G. H.; Torp-Pedersen, C.; Ruwald, M. H. Rate or Rhythm Control in Older Atrial Fibrillation Patients: Risk of Fall-related Injuries and Syncope. *Journal of the American Geriatrics Society* 2019, 67 (10), 2023–2030.

24Jansen, S.; Frewen, J.; Finucane, C.; de Rooij, S. E.; van der Velde, N.; Kenny, R. A. AF Is Associated with Self-Reported Syncope and Falls in a General Population Cohort. *Age and ageing* 2015, 44 (4), 598–603.

25Izzati Saedon N, Pin Tan M, Frith J. The Prevalence of Orthostatic Hypotension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020;75:117-122



est retrouvé une prévalence de l'HO allant jusqu'à 18% chez les personnes de 65 ans et plus<sup>26</sup> et jusqu'à 35% chez les 75 ans et plus<sup>27</sup>.

L'HO constitue donc une pathologie fréquente chez la personne âgée mais est également à l'origine de complications potentiellement graves.

L'HO constitue un facteur précipitant de chute mais également un facteur de risque de chute répétée en cas d'exposition prolongée à des bas débits cérébraux. En effet, l'HO entraîne de multiples complications notamment des troubles musculaires<sup>28</sup> et de la marche<sup>29</sup>, une augmentation du risque vasculaire global<sup>30,31</sup> et des troubles cognitifs affectant les fonctions participant à la commande motrice de la marche<sup>32</sup>.

Objectifs :

Dépister et prendre en charge l'HO pour diminuer le nombre de chutes. Organiser un dépistage massif de l'HO chez les chuteurs et dans la population cible<sup>33</sup>.

Étude d'impact :

Dépistage systématique et massif de l'HO dans la population cible en prévention primaire, secondaire et tertiaire de la chute.

Pilote/Animateur :

Comité scientifique, Centre de preuves

Acteurs concernés/ cibles :

Les médecins généralistes, professionnels de santé, IDE

Étude d'impact :

Prévalence de l'hypotension orthostatique dans la population cible à risque de chute.

26 Rutan GH, Hermanson B, Bild DE, Kittner SJ, LaBaw F, Tell GS. Orthostatic hypotension in older adults. The Cardiovascular. Health Study. CHS Collaborative Research Group. Hypertension. 1992;19: 508-519

27 Lampela P, Lavikainen P, Huupponen R, Leskinen E, Hartikainen S. Comprehensive geriatric assessment decreases prevalence of orthostatic hypotension in older persons. Scand J Public Health. 2013;41:351-8

28 Humm AM, Bostock H, Troller R, Z'Graggen WJ. Muscle ischaemia in patients with orthostatic hypotension assessed by velocity recovery cycles. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2011;82:1394-1398

29 Briggs R, Donoghue OA, Carey D, O'Connell MDL, Newman L, Kenny RA. What Is the Relationship Between Orthostatic Blood Pressure and Spatiotemporal Gait in Later Life? J Am Geriatr Soc. 2020;68:1286-1292

30 Suter OC, Sunthorn T, Kraftsik R, Straubel J, Darekar P, Khalili K, Miklossy J. Cerebral hypoperfusion generates cortical watershed microinfarcts in Alzheimer disease. Stroke. 2002;33(8):1986-1992

31 Min M, Shi T, Sun C, Liang M, Zhang Y, Tian S, Sun Y. The association between orthostatic hypotension and cognition and stroke: a meta-analysis of prospective cohort studies. Blood Press. 2020;29:3-12

32 Iseli R, Nguyen VT, Sharmin S, Reijnierse EM, Lim WK, Maier AB. Orthostatic hypotension and cognition in older adults: A systematic review and meta-analysis. Exp Gerontol. 2019;120:40-49

33 NB : les personnes âgées de plus de 65 ans, chez les personnes prenant des traitements anti-hypertenseurs ou psychotropes, chez les hypertendus et diabétiques, chez les personnes dénutries ou déshydratées, les fumeurs, les insuffisants rénaux et les personnes atteintes d'un syndrome parkinsonien ou d'un trouble cognitif

## Préconisation 5 : Soutenir le déploiement de toutes initiatives de prévention qui ont une démarche d'aller vers

Contexte :

Une hausse inquiétante de l'isolement : C'est ce qui ressort notamment du dernier baromètre sur la solitude et l'isolement des plus de 60 ans en France (réalisé par CSA Research, avec le soutien de la Fondation des Petits Frères des Pauvres et de la CNAV\*) publié le 30 septembre 2021.

Aujourd'hui, on compte 530 000 personnes âgées en situation de mort sociale, c'est-à-dire sans ou quasiment sans contacts avec les différents cercles de sociabilité (cercle familial, amical, voisinage et réseaux associatifs).

2,5 millions de personnes âgées se sentent seules quotidiennement<sup>34</sup>

La démarche « d'aller vers » s'avère pertinente pour toute personne ou collectif isolé ou ayant des difficultés à accéder aux soins et/ou à l'information.

L'étude<sup>35</sup> nationale sur la dimension territoriale de l'isolement des personnes âgées publiée par le Gérontopôle identifie 2 enjeux à prendre en considération dans la proposition d'actions :

- celui de la capacité des démarches impulsées en ville pour accompagner les situations nombreuses et variées
- celui de l'existence (ou non) de réponses aux situations d'isolement dans les espaces les moins densément peuplés

Aller vers, c'est avant tout respecter la volonté, les souhaits de la personne.

C'est une réponse adaptée pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Initiatives et documents d'appui :

→ **Expérimentation May'Autonomie**

May'autonomie est un dispositif de repérage et d'accompagnement qui s'adresse à toutes les personnes de plus de 60 ans vivant en Mayenne. Ce dispositif est financé par la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA), qui réunit, entre autres, le Conseil Départemental de la Mayenne, l'Agence Régionale de Santé, les caisses de retraite et la sécurité sociale et depuis peu le groupe La Poste. Cette conférence coordonne les actions de prévention de la perte d'autonomie de nos aînés sur la Mayenne. May'autonomie, c'est un guichet unique d'accompagnement administratif des seniors dans l'acquisition des aides techniques ou la réalisation de travaux d'adaptation du logement. C'est aussi un accompagnement dans le choix de ces aides et aménagements adaptés aux divers besoins des seniors, ainsi que l'essai et la prise en main des équipements.

Le dispositif se divise en 3 étapes :

- l'envoi du courrier qui annonce la visite du facteur.

34 Baromètre 2021 - solitude et isolement : quand on a plus de 60 ans en France en 2021 – rapport petits frères des pauvres #6 - septembre 2021 - réalisé à partir de l'étude CSA Research

35 <https://www.gerontopole-paysdelaloire.fr/nos-publications/lisolement-des-personnes-agees-lheure-du-deconfinement-quelles>

- la visite du facteur a ensuite lieu au domicile pour identifier les seniors isolés, fragiles. Avec leurs clients, les facteurs remplissent un questionnaire afin de déterminer un indice de fragilité calculé à partir de différents indicateurs : chute récente, sentiment d'isolement.

- la visite à domicile de l'ergothérapeute des Équipes d'Appui d'Adaptation et de Réadaptation est organisée. En fonction de l'indice de fragilité et de l'accord de la personne, un ergothérapeute rend visite au senior et évalue sa situation selon ses besoins, ses difficultés ... Il identifie les aides techniques nécessaires et même l'aménagement de l'habitat si besoin, pour favoriser le maintien à domicile.

→ **Centre de prévention Bien vieillir de l'AGIRC ARRCO**

Les centres de prévention accueillent les séniors de plus de 50 ans, bénéficiaires de l'AGIRC ARRCO et leurs conjoints pour :

- Des bilans de prévention multidisciplinaire (médecin et psychologue)
- Des ateliers collectifs

Les parcours de prévention sont intégralement pris en charge par les caisses de retraite complémentaire. Le territoire national compte environ 100 sites de consultations et une offre de téléconsultation.

Les bilans de prévention évaluent :

- Nutrition
- Mobilité marche équilibre
- Dépistage sarcopénie/facteurs de risque ostéoporose/dénutrition
- Autonomie – habitat – lien social
- Cognition – facteurs psychologiques
- Facteurs de risque cardiovasculaires – douleur - ....

À l'issue du bilan l'AGIRC ARRCO propose pour les personnes repérées comme pré-fragiles un parcours de prévention et un suivi pour évaluer l'impact de leurs démarches. Les personnes diagnostiquées fragiles sont orientées vers des structures de soins en accord avec leur médecin traitant.

Les parcours prévention des Chutes prévoient :

Des accompagnements individuels – médecin ou / et psychologue, avec notamment un parcours spécifique individuel et collectif pour les aidants.

Des bilans spécifiques (Mémoire – nutrition- sommeil)

Des ateliers activité physique et / ou Équilibre (animé à Nantes par Siel Bleu et pour l'atelier Équilibre Siel Bleu, une psychologue et un ergothérapeute)

Objectifs :

Créer du lien, réduire les risques de dommages, de formuler une demande, d'accéder à l'information, et de lever certaines réticences au recours de services

Pilote/Animateur :

Dépendant de l'action

Acteurs concernés/ cibles :

Population de plus de 65 ans

Étude d'impact :

Nombre de personnes prises en charge sur cette filière expérimentale et critères de signalement

Calendrier :

Dépendant de l'action

Les actions favorisant la démarche d'aller-vers :

**Action 1 : Repérer le risque de chute par le vecteur des plateformes de répit et d'accompagnement apportant un soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie.**

Le déploiement des PFRA à l'échelle régionale est en constante progression. Les professionnels des PFRA sont des acteurs qui interviennent dans une temporalité anticipée. Ces professionnels sont donc des acteurs de « l'aller-vers » au travers des différentes actions conduites (café des aidants, relais et accompagnement au domicile de l'aidant ...). De ce fait et sous couvert d'une formation ils sont des vecteurs potentiels au repérage du risque de chute du fait de la proximité d'une population cible double (aidés et aidants) et d'une connaissance précise de leur environnement de vie (intervention au domicile). Il convient donc d'envisager ses acteurs comme un médium dans les actions de prévention et de sensibiliser/former ces professionnels au repérage du risque de chute et à la connaissance des processus de suivi et d'accompagnement à mettre en œuvre en cas de repérage positif (intégration opérationnelle de la stratégie du plan antichute dans les CPOM).

Objectifs :

Formation des professionnels des PFRA

Pilote/Animateur :

ARS

Acteurs concernés/ cibles :

Professionnels du soin et de l'accompagnement

Étude d'impact :

Nombre de personnes dépistées et intégrées dans un parcours d'évaluation plus global. Le caractère probant de l'action pourrait conduire à envisager un même déploiement à l'échelle des professionnels des futurs Services Autonomie Mixte.

Calendrier :

Graduellement sur les trois ans du plan

**Action 2 : Soutenir le déploiement de l'expérimentation de télé-ergothérapie**

Le service « Merci Julie » a développé un dispositif novateur de télé-ergothérapie pour dépister massivement les situations de fragilités et de chutes des seniors en perte d'autonomie en facilitant précocement la mise en relation avec un ergothérapeute expérimenté. Plateforme sécurisée pour la gestion des données personnelles et de santé, les échanges d'informations (diagnostic ergothérapique, préconisations et conseils personnalisés, etc.) respectent ainsi la RGPD. En outre, le dispositif de télé-

ergothérapie est facile d'accès et l'interface de la visiophonie fait preuve d'une simplicité ergonomique afin de faciliter l'expérience utilisateur des seniors. Primé en 2020 par le Pôle d'innovation en santé VIVA Lab, la télé-ergothérapie développée par « Merci Julie » a fait l'objet d'une étude interne de preuve de concept (en 2018), d'une étude de faisabilité (cabinet KIMSO, en 2020) et d'une étude d'impact social (PGI, 2022) pour la pertinence et l'efficacité de ses actions en faveur du soutien à domicile et pour la prévention/anticipation des conditions nécessaires à la transition hôpital-domicile."

### Action 3 : Déployer le repérage des chuteurs via les partenariats en cours avec les SDIS

#### 1. Le partenariat avec le SDIS de la Mayenne pour la ville de Laval

Le CCAS de Laval est interpellé par le SDIS de la Mayenne lorsque des personnes multi-chuteuses alertent les secours régulièrement suite à des chutes. Elle est relevée et cela entraîne ou non une hospitalisation. Les secours demandent si elle est d'accord de recevoir de l'aide pour son maintien à domicile.

Le CCAS de Laval est l'organisme gestionnaire d'un SAD, d'un SSIAD-SPASAD, service de portage de repas pour la ville de Laval et d'un EHPAD. Le CCAS porte également une EAAR et une plateforme de répit aux aidants sur le territoire Centre Mayenne.

La première étape est de voir si la personne est connue d'un des services portés par le CCAS. Si oui, un contact est pris avec le référent familial connu du service pour faire le point. Une visite de l'ergothérapeute de l'EAAR Centre Mayenne pourra être proposée pour analyser le risque de chute à domicile.

Si la personne est inconnue des services de la collectivité, sa situation est relayée vers le chargé d'accompagnement médico-social de la MDA. Leur base de données est questionnée sur d'éventuels droits ouverts (APA, PCH, ...).

Le chargé d'accompagnement contactera l'utilisateur et/ou le référent familial afin de réévaluer la situation de la personne en perte d'autonomie. Une évaluation médico-sociale globale sera proposée à l'utilisateur à domicile.

A la suite, une demande d'intervention EAAR pourra être proposée à l'utilisateur ou tout autre relais nécessaire.

#### 2. Expérimentation d'un partenariat ville-hôpital des patients chuteurs à domicile avec incapacité de se relever seuls – CHU Angers (en développement)

La chute de la personne âgée est un événement de vie fréquent et potentiellement grave mais pourtant sous-déclaré et souvent banalisé. Par ailleurs, l'incapacité de se relever seul du sol après une chute constitue un critère de gravité nécessitant une évaluation médicale des complications immédiates et différées, du risque de récurrence de chute, et des facteurs de risque et précipitants.

Cette expérimentation s'intéresse aux personnes âgées vivant à domicile, présentant des chutes avec incapacité de se relever et faisant appel aux pompiers pour un « relevage » sans orientation vers une structure de soins. Cette partie de la population âgée n'accède généralement pas à une évaluation spécialisée gériatrique malgré l'intérêt dans les suites d'une chute grave.

Cette expérimentation consiste à établir un partenariat entre le service de Gériatrie du CHU d'Angers et le SDIS49 (Service Départemental d'Incendie et de Secours de Maine et Loire) afin de mettre en place un signalement systématique par le SDIS49 suite à une intervention de « relevage » pour toute personne âgée de 75 ans et plus, vivant à domicile, ayant présenté une chute avec incapacité de se relever seule du sol et laissée à domicile.

Suite au signalement par le SDIS49, une prise en charge précoce d'évaluation et de prise en charge du risque de chute sera proposée au patient après information du médecin généraliste selon la modalité la plus adaptée au patient après relecture du dossier (consultation, hospitalisation de jour, hospitalisation conventionnelle, téléconsultation avec ergothérapeute à domicile...).

Cette expérimentation est déjà fonctionnelle à Laval et à Tours.

En effet, à Tours, 636 relevages ont eu lieu entre le 1er Juillet 2020 et le 31 Décembre 2020. Seuls 21,2% (n=136) de ces interventions ont donné lieu à un signalement auprès du service de gériatrie de Tours avec une répartition équitable sur les jours de la semaine et les heures de la journée. Les signalements étaient plus fréquemment réalisés en cas de malaise et de complication traumatique.

Objectifs :

- Informer sur le risque de chute et mettre en oeuvre des actions de prévention en proximité
- Lutter contre la banalisation de la chute de la personne âgée et Diminuer le risque de complications post-chute grave à domicile, identifier et corriger les facteurs de risque et précipitants de chute, et réduire le risque de récurrence de chute
- Apporter une évaluation spécialisée du risque de chute au plus près des besoins de la population âgée du Maine-et-Loire et fluidifier les parcours de soins
- Améliorer les liens ville-hôpital autour de la problématique de la chute de la personne âgée

**Préconisation 6 : Insérer un module sur le repérage et la prévention des chutes à la faveur du service sanitaire obligatoire dans la formation initiale des professionnels de santé**

Contexte

Le service sanitaire pour les étudiants en santé est constitué de trois étapes, réparties selon une durée totale de six semaines :

- un temps de formation théorique et pratique,
- un temps d'intervention concrète auprès de publics prédéfinis,
- un temps d'évaluation de l'action.

Pour favoriser l'interdisciplinarité, les étudiants des différentes filières en santé travailleront ensemble pour réaliser des projets communs. Ces étudiants se formeront ainsi à la pédagogie, au partage de leurs savoirs pour sensibiliser les citoyens à des comportements favorables à la santé.

## Documents d'appui/ Initiatives

Dans les Facultés de santé d'Angers et de Nantes, le service sanitaire se déploie en EHPAD et Foyers logements / Résidence Autonomie depuis 2018 sur la thématique prévention des chutes et dénutrition et prévention chute et perte d'autonomie.

Par exemple, pour la Faculté de Santé d'Angers, le service sanitaire s'organise de la manière suivante :

### 1) Temps de formation

- Au maximum 10 à 12 étudiants par période de stage
- Une journée d'accueil/découverte dans le service de Gériatrie du CHU pour découvrir les personnes âgées et le travail auprès d'eux :
  - Equipe mobile extra-hospitalière qui se rend en EHPAD
  - Hôpital de jour Chutes
  - Et auprès de l'animatrice du service
- Enseignement sous la responsabilité du service de Gériatrie du CHU d'Angers (Pr ANNWEILER)
  - Cours de généralités de 2h : parcours de soins gériatriques, bases de l'évaluation gériatrique standardisée, ICOPE, mesures de prévention chez ce public spécifique, comment s'adresser à une personne âgée, etc...
  - Série de cours thématiques courts (par médecin et professionnel soignant) :
    - Alimentation chez le sujet âgé (médecin et diététicienne)
    - Activité physique chez le sujet âgé (médecin et EAPA)
    - Sommeil chez le sujet âgé (médecin et neuropsychologue)
    - Prévention de la chute (médecin et ergothérapeute)
    - Hygiène bucco-dentaire (médecin et dentiste)
  - Une demi-journée de Simulation du vieillissement, au centre de simulation
  - Une demi-journée à la rencontre des patients du service pour échanger sur les sujets retenus
  - Une séance de 2h de validation des projets d'action, en présence d'un médecin gériatre pour conseiller et orienter les projets

### 2) Stage en structure

- Organiser au cours de la période de stage 1 à 2 conférences de prévention sur un sujet précis (chutes, ...) destiné à un public de résidents, avec éventuelle participation des soignants.
- Mener des actions individualisées de dépistage des fragilités chez les résidents, incluant le risque de chute ou de récurrence de chute, pour adresser ensuite vers le professionnel adapté pour la suite de la prise en charge et la correction des facteurs de risque.

### Objectifs

Former les étudiants en santé aux spécificités du public âgé et aux actions de prévention possibles

Pilote/animateur

L'ARS et les Facultés de santé d'Angers et de Nantes

Acteurs concernés

EHPAD et résidences Autonomie

Etude d'impact

Nombre de stages réalisés

Nombre et type d'étudiants concernés (médecine, pharmacie, etc.)

Nombre d'actions réalisées par stage

Calendrier

2023-2024

### **Préconisation 7 : Soutenir les actions de prévention du plan antichute dans les CPOM des ESSMS**

Contexte

Le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM) signé entre l'organisme gestionnaire de la structure et les autorités de tarification (ARS et/ou CD) introduit dans le processus de négociation l'expression d'un diagnostic partagé entre les acteurs signataires du contrat. Au regard de l'expression du plan régional anti chutes et de sa déclinaison sur une période de 3 ans il convient d'en définir la traduction au sein des CPOM. Cette traduction doit s'opérer dans le diagnostic et l'expression d'indicateur comme dans les objectifs et la définition des indicateurs de suivi. L'outil e-cars de contractualisation doit permettre l'atteinte de cet objectif.

Initiatives et documents d'appui

La prévention des chutes et leur prise en charge fait partie de longue date des missions identifiées à destination des EHPAD, comme précisé dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles : guide des bonnes pratiques de soins en EHPAD, publié par la DGS en 2007. : <https://sfgg.org/media/2009/11/guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-ehpad-z5k.pdf>

Objectifs

Diffuser et harmoniser les bonnes pratiques

Pilote/animateur

ARS, CD, Organismes gestionnaires.

Acteurs concernés

EHPADs, services de soins à domicile, SSIAD, SPASAD, ESSMS. Médecins coordonnateurs et infirmiers coordonnateurs.



Centres de ressources et d'expertises du territoire, DRAD (Dispositif Renforcé de soutien À Domicile), DIVADOM

Calendrier

Intégration systématique de la thématique dans les CPOM dès 2023.

Actions

**Action 1** : Décliner un plan d'action spécifique en fonction du diagnostic partagé et des objectifs fixés. Mobilisation possible de financements complémentaires (formations ...) sous couvert des ambitions de l'organisme gestionnaire

**Action 2** : Communiquer sur les actions probantes développées par les EHPADs dans le cadre précis du processus de contractualisation (Promotion des RetEx)

**Préconisation 8 : Analyser systématiquement les chutes (via les évènements indésirables, EI)**

Contexte

En milieu de soins, la chute grave est perçue comme un drame auprès des équipes qui accompagnent la personne sur son parcours. L'expérience de l'événement est souvent partagée avec la personne, les proches et les professionnels qui prennent en charge directement la personne. Il s'agit des premiers niveaux de retour d'expérience. Cependant, il est souvent omis de réaliser un retour d'expérience plus global nécessitant la mobilisation du retour d'expérience pour être dans une démarche de gestion des risques a posteriori. Cela veut dire, les enseignements et leçons que nous pouvons tirer collectivement de cet évènement pour lequel on ne souhaite pas qu'il se reproduise et ainsi apprendre de nos erreurs.

« Les leçons d'une chute sont ce qui est le plus important dans le fond. On sait que tous les patients qui chutent augmentent leur peur de chuter et que plus on va vers des chutes répétées, plus le patient va se restreindre spontanément. Et en se restreignant spontanément, il va tomber dans le risque de deuxième niveau qui est plus grand que le risque de chuter, qui est celui de perdre totalement son autonomie et d'avoir d'autres problèmes. Et donc ce travail doit être reconstruit avec la famille et il est presque aussi important que celui de la prévention propre à la chute. » René Amalberti

Initiatives et documents d'appui :

La lutte contre la survenue des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) est un enjeu majeur pour nos organisations de santé françaises.

Cet enjeu est d'ailleurs porté au niveau de nos politiques de santé par le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010, insistant sur le signalement, l'analyse de ces EIAS et la formation des professionnels à la « culture de la sécurité », et a été renforcé plus récemment par la parution du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des Événements Indésirables Graves Associés aux Soins (EIGS) et aux Structures Régionales d'Appui (SRA) à la qualité et à la sécurité des soins.

Selon le « modèle de Reason » proposé par le Professeur James Reason de la Manchester University au Royaume-Uni, aide à comprendre pourquoi les accidents surviennent et à mettre en relief la complexité des relations de cause à effet.

La plupart des accidents sont la conséquence d'une succession d'évènements et de comportements en réponse à ces circonstances qui conduisent à l'accident.

Les équipes peuvent se saisir de deux niveaux de déclaration et d'analyse des chutes

- Un niveau d'alerte et de retour d'expérience en équipe dans le système propre à l'organisation dont l'équipe appartient.
- Un niveau de déclaration et de partage pour les chutes avec conséquences graves (Les événements indésirables graves associés aux soins) sur le portail national de signalement.

Suite à cette déclaration, une analyse approfondie des causes en équipe pluridisciplinaire est réalisée dans le but de repérer les écarts de soins et/ou de pratiques.

La cause immédiate ayant pour conséquence la chute grave une fois identifiée est analysée au regard de facteurs contributifs. Cette démarche de gestion des risques a posteriori permet d'en retirer une analyse de fond permettant d'élaborer un plan d'actions de prévention, atténuation et/ou de récupération du risque de chute. Les chutes arrivent en 3e position des déclarations des EIGS pour 2021. La gestion des risques a priori et de prévention pour limiter les chutes ne suffit pas à limiter les chutes.

FALL CAUSE	FALL TYPE	ACTIONS TAKEN TO PREVENT REOCCURRENCE FOR THIS PATIENT
	PREVENTABILITY	
<input type="checkbox"/> Environmental (Extrinsic) Risk Factors Examples: Liquid on floor; Trip over tubing, equipment, or furniture; Equipment malfunction	Accidental Possibly could have been prevented →	
<input type="checkbox"/> Known Patient-Related (Intrinsic) Risk Factors Examples: Confusion /Agitation, Lower extremity weakness, Impaired gait, Poor balance/postural control, Postural hypotension, Centrally acting medication	Anticipated Physiological Possibly could have been prevented →	
<input type="checkbox"/> Unknown, Unpredictable Sudden Condition Examples: Heart Attack, Seizure, Drop attack	Unanticipated Physiological Unpreventable	
<input type="checkbox"/> Unsure – Please describe fall cause and your assessment of preventability, : _____		

4. If preventable, determine error type and describe actions taken to decrease risk of reoccurrence at the system level. ←

ERROR TYPE	ACTIONS TAKEN TO DECREASE RISK OF REOCCURRENCE AT THE SYSTEM LEVEL
<input type="checkbox"/> <b>Task</b> An individual did NOT ensure planned interventions were in place as intended (e.g. bed alarm not activated)	
<input type="checkbox"/> <b>Judgement</b> An individual made a decision about an uncertain process (e.g. patient at high risk for falls left alone while toileting in the absence of a policy not to do so)	
<input type="checkbox"/> <b>Care Coordination</b> Communication among multiple staff members was incomplete, inconsistent, or misunderstood (e.g. fall risk status not communicated to all parties)	
<input type="checkbox"/> <b>System</b> Communication and multiple elements (tasks, knowledge, equipment) combine to make the system unreliable (e.g. unreliable process for monitoring orthostatic BP across the system)	

*Quality Improvement: Not part of the medical record. Not discoverable by Nebraska Rev. Stat. Section 71 7904 to 71 7913.*

L'analyse de ces déclarations a permis à la Haute Autorité de Santé (HAS) de publier en novembre 2021 un rapport concernant les événements indésirables graves associés aux soins (129 EIGS chutes déclarées) en lien avec une chute de patients/résidents à partir duquel ont été construites des préconisations pour l'amélioration de la gestion des risques liés aux chutes

Il en ressort entre autres que les chutes déclarées étaient évitables ou probablement évitables dans la moitié des déclarations. 46 % des chutes déclarées ont eu pour conséquence le décès des chuteurs.

L'épisode de l'analyse ne peut être vu qu'uniquement sur la portion de parcours en établissement de santé ou en structure médico-sociale mais s'étend à tout parcours de soin et vie de la personne de plus de 65 ans. Cette approche est essentielle si nous voulons réduire les chutes et leurs conséquences.

En effet, ce parcours de santé, de vie comprend souvent des incidents précurseurs de la survenue de l'accident, de la chute. A l'heure de la multiplication des coordinations ville-hôpital, cette approche semble plus que jamais indispensable.

Objectifs :

Déclarer la chute, apprendre de nos erreurs, s'engager dans une approche de culture de sécurité et en assurant la déclaration de la chute dès qu'elle a lieu.

Pilote/animateur :

Qualirel santé peut proposer :

<https://www.qualirelsante.com/accompagnement/appui-a-lanalyse-des-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs/>

→ Mise en œuvre d'actions de sensibilisation et/ou d'ateliers thématiques à la structuration, au signalement et à l'analyse systémique des EIGS (interne et déclaration externe)

- Appui méthodologique aux équipes pour la mise en œuvre de solutions pour la sécurité des soins dans les pratiques
- Capitalisation et partage des enseignements issus des analyses des EIGS portés à la connaissance de QualiREL Santé
- Apport d'éléments d'aide à la décision dans la politique de sécurité des soins de la région Pays de la Loire
- Partager vos expériences autour des événements indésirables associés aux soins à un niveau régional, qu'ils soient soumis ou non à une obligation de déclaration sur le portail national, mais dont les enseignements ont une réelle portée pédagogique régionale.

#### Documents à l'appui :

Les données de la HAS sur les EIGS sont en phase avec le niveau régional : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/spa-141\\_rapport\\_eigs\\_chute\\_20211119\\_vdef.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/spa-141_rapport_eigs_chute_20211119_vdef.pdf)

Exemple de fiche REX partagée par un EHPAD de la région et publiée sur notre site internet : <https://www.qualirelsante.com/wp-content/uploads/2021/10/fiche-rex-chute-EHPAD.pdf>

#### Acteurs concernés/cibles

Les professionnels, acteurs de la prise en charge des usagers (secteur sanitaire, médico-social, soins primaires), ARS pour le suivi des EIG.

#### Etude d'impact :

Alimenter le plan d'action à partir des enseignements tirés de l'analyse des chutes avérées, partager les expériences, adapter / réajuster les pratiques.

#### Calendrier

En cours

#### Actions

**Action 1** : Disposer d'une procédure décrivant la conduite à tenir en cas de chute, connue de l'ensemble des professionnels.

**Action 2** : Tracer l'ensemble des chutes dans le dossier médical du patient et systématiser la déclaration des chutes graves (EIGS) pour permettre l'analyse des facteurs contributifs en équipe pluriprofessionnelle et mettre en place des actions d'amélioration.

**Préconisation 9 : Mettre en place un modèle unifié de déclaration des chutes dans le but d'évaluer la pertinence du plan antichute régional**

#### Contexte

“Santé Publique France (SPF) soulignait en 2017 qu'un des problèmes rencontrés pour permettre la mise en place d'actions de lutte contre les chutes était le manque de données disponibles sur les circonstances et les causes de celles-ci (profil des chuteurs, environnement physique, facteurs de

risque, conséquences) (3). Ces imprécisions empêchent la construction de typologies de personnes et de contexte pour des actions ciblées de prévention. L'enquête ChuPADom, lancée en 2017 par SPF, a permis de répondre, au moins en partie, à ce manque d'information en décrivant les caractéristiques et les circonstances des chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus, hospitalisées dans les suites de cette chute, et en identifiant des profils de chuteurs (4). Cependant, les chutes survenant en établissement de santé et en établissements sociaux ou médico-sociaux ne sont pas encore suffisamment documentées<sup>36</sup>.

Aujourd'hui, les établissements ont chacun un dossier interne permettant de tracer la chute. Il n'existe pas de modèle de déclaration standardisée. Seules les chutes EIGS remontent aux autorités de tarifs.

Initiatives et documents d'appui :

Rapport HAS : Analyse des déclarations de la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec une chute de patients. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/spa-141\\_rapport\\_eigs\\_chute\\_20211119\\_vdef.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/spa-141_rapport_eigs_chute_20211119_vdef.pdf)

Objectifs

Favoriser la déclaration des chutes par la standardisation de la collecte de données – Pour tendre vers un document d'EI des chutes commun et traité au niveau national

1. Identification des principaux acteurs de santé concernés (soins primaires, ESSMS : EHPAD, SSIAD, SAAD...)
2. Étude des scénarios de collecte des données / indicateurs d'ores et déjà en place chez les acteurs concernés
3. Mise en place d'une stratégie unifiée de transmission / ETL37 des données collectées afin de les consolider au niveau régional

Pilote/animateur :

Smart-Macadam (Secteur d'activité : technologie de l'information et de la communication hors assistance. Collège d'appartenance : TPE, PME et entreprises de l'économie sociale et solidaire) se propose de conduire cette mission

Acteurs concernés/cibles

ESSMS

Etude d'impact

Déclaration et analyse des chutes

Actions

**Action 1 : Créer l'outil de manière concerté.**

**Action 2 : Sensibiliser et former les établissements, professionnels concernés.**

<sup>36</sup> HAS : Rapport HAS : Analyse des déclarations de la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec une chute de patients. p. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/spa-141\\_rapport\\_eigs\\_chute\\_20211119\\_vdef.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/spa-141_rapport_eigs_chute_20211119_vdef.pdf)

<sup>37</sup> ETL : Extract, Transform, Load. C'est une abréviation qui signifie en gros « transfert et intégration » de données. Il s'agit de consolider des données issues de logiciels, de bases de données et de solutions multiples, en unifiant leur représentation pour pouvoir les exploiter.

**Action 3** : S'appuyer sur les commissions gériatriques des EHPAD pour analyser et qualifier la survenue des chutes à partir des fiches standardisées

## 2. Les préconisations/actions de l'axe 1 - Niveau 3 (préconisation demande à être étudiée à l'échelle nationale)

### Préconisation 10 : Valider des outils de mesures : Diagnostic/Sécurité/Utilisabilité

Contexte :

Une réflexion de centre de preuves régional est menée par la CNSA. Les Gérontopôles seraient pressentis comme les relais régionaux pour la mettre en œuvre. La finalité serait d'harmoniser et de coordonner les développements industriels des technologies, usages et innovations servicielles et organisationnelles en lien avec le champ de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Cette notion de "centres de preuves régionaux" permettra l'évaluation des dispositifs et ainsi un véritable portage des institutions de pilotage comme les conférences des financeurs et autres. La place du Gérontopôle des Pays de la Loire dans cette coordination sera bien de permettre l'intégration des organismes dont le savoir-faire dans l'évaluation des dispositifs sur la région est aujourd'hui avéré.

Initiatives et documents d'appui :

Les acteurs identifiés à ce jour sont :

#### → Living Lab gériatrique hospitalier « Allegro »

Le Living Lab Allegro offre un espace grandeur nature dans le service de gériatrie du CHU d'Angers permettant de tester des prototypes d'innovations technologiques directement auprès des patients hospitalisés, de leurs proches et des soignants. Les innovations peuvent concerner le repérage des chuteurs, la sécurisation des chuteurs, la prévention des chutes, etc. Ainsi, depuis 2008, tous les consultants en gériatrie et au CMRR du CHU d'Angers bénéficient systématiquement d'une analyse de la marche, de la posture et du risque de chute, car les travaux de recherche montrent que la démarche reflète le contrôle moteur cérébral, donc le fonctionnement cognitif. Ainsi, un trouble de la régularité du pas constitue un marqueur de déclin cognitif, en particulier des fonctions exécutives. De même, les personnes ayant des troubles cognitifs déjà connus ont un sur-risque de chute pour les mêmes raisons. La double expertise locomotion-cognition doit donc être organisée de pair.

#### → L'Institut Nantais des Usagers Intégrés des Technologies de Santé (INUITS)

L'Initiative Nantaise pour l'Usage Intégrés des Technologies de Santé, rattachée au Département Partenariat Innovation du CHU de Nantes accompagne des entreprises dans l'évaluation de dispositifs innovants permettant de mesurer des paramètres de marche et spatio-temporels chez les sujets âgés : <https://next-isite.fr/cluster-utah/> Ce travail a pour objectif de rassembler, assez tôt dans la conception ou l'évolution de ces produits, les industriels avec les utilisateurs finaux. Ainsi, les entreprises pourront adapter au mieux l'usage de leurs dispositifs avec les besoins cliniques et organisationnels en santé.

#### → CRU : Club Régional des Usagers du Gérontopôle des Pays de la Loire

Créé par le GÉrontopôle des Pays de la Loire, Le Club Régional des Usagers a pour objectif de permettre aux personnes âgées en Pays de la Loire de faire entendre leurs besoins et leurs envies, et leur donner l'opportunité de participer au développement de produits et services qui leur sont destinés. L'implication des personnes âgées dans ce processus permet d'une part une implication des seniors dans le développement de solutions adaptées à leurs attentes et à leurs problématiques. Par ailleurs, être à l'écoute de la population peut permettre l'identification de nouveaux besoins, de nouvelles attentes, aboutissant à l'émergence de nouveaux axes d'innovation. Le Club Régional des Usagers réuni plus de sept associations (Génération mouvement Pays de la Loire, France Alzheimer 49, Orpan, Familles Rurales de Vendée, UTL de Mayenne, ECTI, Old'Up, etc.) ce qui représente à ce jour plus de 12 000 personnes âgées.

→ **CENTICH**

Le CENTICH est un service du groupe VyV3 Pays de la Loire créé à l'initiative de la CNSA pour promouvoir les technologies pour l'autonomie et la santé en France et faciliter l'innovation en associant tous les acteurs de la chaîne de valeur des besoins aux usages.

Living-Lab axé sur l'innovation dans l'autonomie et la santé, le CENTICH dispose d'un écosystème, de l'expertise et des outils, pour accompagner, co-créer, tester, évaluer, valider et soutenir le cas échéant le modèle économique.

Dans le cadre de ses activités au sein du groupe et de manière générale sur le plan national et européen le CENTICH en qualité de prestataire, partenaire ou membre d'un consortium de recherche dans trois axes d'intervention :

(1) Assistance à maîtrise d'ouvrage pour le développement de l'innovation en autonomie et en santé

LENA [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=3&v=kNQQy2Jg188](https://www.youtube.com/watch?time_continue=3&v=kNQQy2Jg188),

EHPAD CONNECTE <https://www.mfam.fr/LES-NOISETIERS-un-EHPAD-connecte-a-Angers>,

PHILÉMON <https://www.youtube.com/watch?v=2vI3Gyemtig> ;

(2) Evaluation et développement de produits et de services ;

(3) Développement de services d'intérêt général tel que la TECHNICOTHEQUE, PHILEMON Article 51 [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/drad\\_arrete\\_et\\_cdc.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/drad_arrete_et_cdc.pdf) ou Léna Article 51 [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_et\\_cdc-lena.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_et_cdc-lena.pdf)

Le CENTICH est membre de plusieurs réseaux et sociétés savantes :

- Régionales en étant membre et/ou administrateur de clusters, GÉrontopôle ou pôle de compétitivité (GÉrontopôle des Pays de la Loire, WE NETWORK, Atlanpôle Bio Thérapie, Images et Réseaux, Angers Technopole...)
- Nationales avec notamment la Société Française de Gérontechnologies SFTAG et le Forum des Living Labs en santé ;
- Européennes en étant depuis 2013, site de référence européen pour un vieillissement actif et en bonne santé EIP AHA ([https://ec.europa.eu/eip/ageing/reference-sites\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/reference-sites_en)), membre fondateur du réseau de coopération des sites de référence européens RSCN ;

- Internationales en étant notamment membre de l'International Society of Gerontechnology ISG et administrateur du chapitre francophone de cette société savante.

Depuis 2010, le CENTICH gère en moyenne 15 à 20 projets/prestations/accompagnements par an des besoins aux usages.

Objectifs

Nourrir le centre de preuves régional.

Les modalités d'enrichissement du centre de preuves seront à définir.

Pilote/Animateur

CNSA / Acteurs régionaux : Gérontopôle des Pays de la Loire en collaboration avec Allegro living lab gériatrique CHU Angers, INUITS CHU Nantes, le CENTICH et autres dispositifs à définir.

Acteurs concernés/ cibles

Conseils départementaux, Développeurs d'innovation, Entreprises, ...

Étude d'impact

Critères :

- Mise en place officielle d'un centre de preuves régional sur la base d'un cahier des charges régional porté par la CNSA
- Nombre de technologies évaluées par le centre de preuves régional par an

Calendrier

2024

### **Préconisation 11 : Définir collectivement l'expérimentation du panier de soins au titre de l'article 51**

Contexte

La prévention des chutes et de ses conséquences impose la mobilisation des acteurs issus d'activités professionnelles différentes. Ces acteurs doivent pouvoir être à proximité de la personne âgée et être coordonnés. On conçoit alors que l'efficacité d'une action de prévention impose un échelon territorial et une capacité de coordination adaptée à la situation particulière de chaque personne âgée. Ce prisme incite les porteurs, les financeurs et les régulateurs respectifs de ces différentes activités à répondre au besoin spécifique du champ de la prévention des chutes par une coopération positive.

Le Gérontopôle souhaite accompagner la réflexion du panier de soins permettant la mise en place rapide d'actions coordonnées et réalisables. Pour ce faire, un travail de fond avec les acteurs pourra être mis en place avec la réalité du terrain mais aussi avec la réalité financière des professionnels engagés dans la démarche.

Dans un deuxième temps, le Gérontopôle souhaite éveiller le besoin d'aller plus loin dans la réflexion et de mettre en place une vision globale et systémique dans le champ de l'accompagnement du Plan antichute. Le modèle organisationnel à mettre en place doit prendre en considération les trois champs de la prévention : le social, le médico-social et le sanitaire. C'est dans le cadre de ce deuxième objectif qu'est proposé par le Pr Gilles BERRUT un modèle organisationnel et financier adéquat.

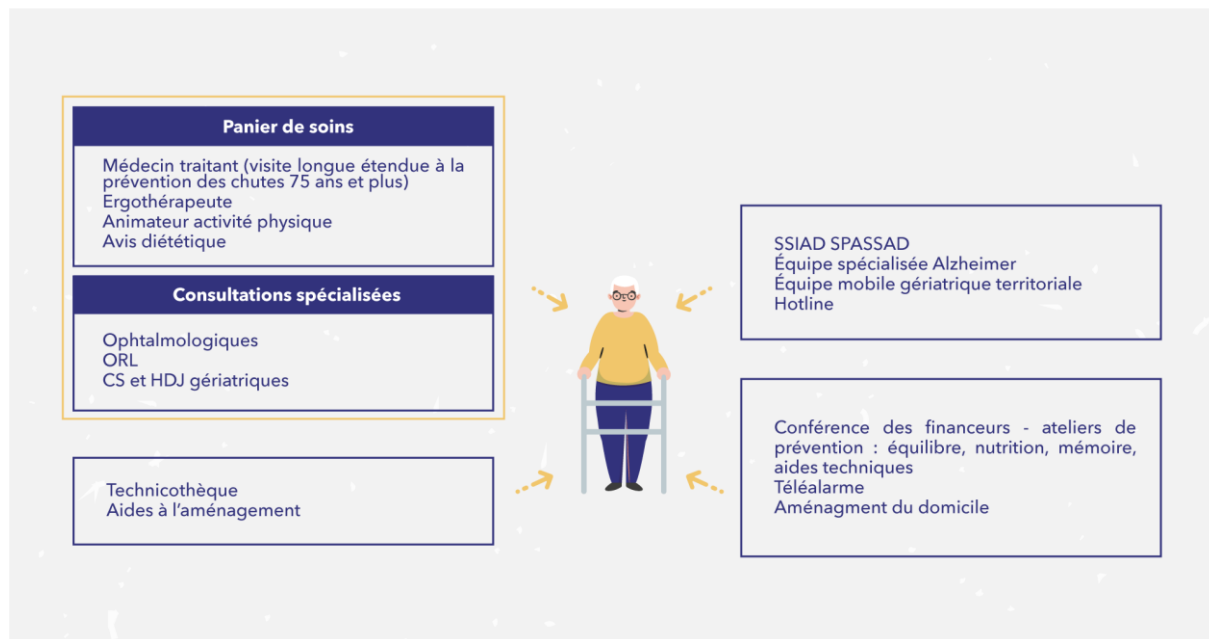


## Objectifs

Afin de construire un modèle organisationnel et financier adéquat, il convient de modéliser les acteurs avec leurs modes d'organisation et de financement particuliers.

Initiatives et documents d'appui :

Du panier de soins à la plateforme territoriale de prévention :



## Modélisation des acteurs intervenant dans la prévention des chutes et de ses conséquences

Cette coordination ne peut être menée sans les financeurs porteurs de ces différents programmes tels que : la CPAM, l'ARS, les Départements, les Caisses de retraite et les Mutuelles.

Le repérage du risque de chute peut se faire :

- Par le repérage ou l'auto repérage dans le cadre d'ICOPE,
- Ou de la survenue d'une première chute.
- Ou de la présence d'une pathologie connue qui provoque une élévation importante du risque de chute.

La prévention de la chute et la prévention de ses conséquences s'inscrivent dans une démarche multimodale. L'expertise médicale reste nécessaire, car la prévention exige que soient prises en compte :

- Les pathologies qui vont altérer la marche (altération de l'appareil locomoteur, atteintes neurologiques motrices)
- Celles qui vont altérer l'équilibre et la navigation (atteintes neuro cognitives, déficit visuel, atteintes de l'oreille interne),
- Le repérage d'une sarcopénie,

- Le repérage d'un trouble du rythme cardiaque ou de la conduction sources de chutes traumatiques graves
- L'évaluation d'une atteinte thymique récurrente qui retentit fortement sur la qualité de la marche.

On conçoit qu'une telle évaluation demande du temps, aussi, on pourrait proposer que le tarif de la visite longue puisse bénéficier dans le cadre de la prévention des chutes pour des personnes de plus de 75 ans au lieu des 80 ans ; et lorsqu'on est dans une situation de risque de chute à des personnes à partir de 65 ans.

Dans les situations plus complexes, le parcours pourrait être orienté vers un plateau de consultation et de bilan de jour de gériatrie pour aider le praticien lorsque l'évaluation demande une approche pluridisciplinaire d'emblée.

La réalisation de cette prévention fait appel à l'expertise des ergothérapeutes, à l'enseignant en activité physique adaptée, aux conseils diététiques pour la personne et son aidant.

On peut y intégrer un dispositif numérique d'auto-rééducation, de suivi, de coordination des interventions professionnelles pour mettre en œuvre un authentique parcours de soins.

L'ensemble par sa cohérence et son financeur unique peut faire l'objet d'un panier de soins de prévention secondaire.

La prévention de la chute n'est pas uniquement affaire de médecine, car la mobilité personnelle à son domicile et dans son environnement engage une participation des acteurs de l'aide à domicile, de l'accompagnement social, mais aussi des conditions techniques de la marche. L'aménagement du domicile, parmi ses nombreux bénéfices pour rester à son domicile, peut aussi intervenir pour éviter les chutes.

Au regard du fonctionnement actuel du système de santé et de ce qu'on nomme la dépendance iatrogène, la prévention de l'hospitalisation non programmée avec une garantie de sécurité de décision doit être développée. Celle-ci va imposer une alerte fonctionnelle, un avis rapide à domicile et la mobilisation des équipes mobiles dans certains cas.

En amont au cours d'une avancée en âge dite "en bonne santé" le maintien de l'activité physique tout au long de la vie et la lutte contre la sédentarité représente un axe de prévention primaire non seulement de chute, mais aussi d'événements cardio-cérébro-vasculaire et doit intégrer la prévention de la chute.

Ainsi une démarche cohérente de prévention des chutes met en synergie des acteurs majeurs du sanitaire et du social en proximité. C'est pourquoi on peut imaginer la construction d'une plateforme territoriale de prévention, qui, dans le respect des prérogatives de chaque acteur favorise la mobilisation des professionnels de proximité autour du champ de la prévention des chutes. Ce dispositif pourrait s'articuler avec le futur service public territorial de l'autonomie, SPTA<sup>38</sup>.

Le soutien financier multi-acteurs en adéquation avec chaque action permettra la réussite et la cohérence de ce projet.

Pilote/animateur :

À discuter

Acteurs concernés/cibles

Professionnels impliqués (Cf figure)

38 [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_libault\\_spta\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_libault_spta_vdef.pdf)

Etude d'impact :

Le nombre de personnes qui bénéficieraient :

- De la visite longue prévention chute,
- Du panier de soins de prévention des chutes,
- Des activités d'activité physique adaptées prises en compte par le remboursement CPAM
- Le nombre de séances d'atelier de prévention chute et dénutrition.
- Le nombre de personnes hospitalisées pour chute de manière non programmée
- Le nombre de personnes présentant une fracture osseuse (y compris traumatisme crânien) à la suite d'une chute

Calendrier et actions

La négociation d'une "visite longue prévention des chutes" et du "panier de soins prévention des chutes" avec l'assurance maladie sont des préalables à une intervention efficiente des acteurs de ville et du domicile.

La mise en œuvre de la "plateforme territoriale de prévention des chutes" n'est pas une structure nouvelle, mais un champ bien défini d'activités concertées des acteurs autour de la coordination de territoire et des professionnels et leurs représentants. Il convient de veiller à y intégrer les établissements hospitaliers qui restent des recours indispensables et dont l'articulation avec les acteurs de ville est une garantie de fluidité des parcours de santé. Aussi on peut imaginer un appel à manifestation d'intérêt auprès des DAC qui seraient expérimentateurs de l'installation d'une telle plateforme en 2023 pour une expérimentation en 2024 avant généralisation.

## B. Axe 2 Amélioration de l'habitat



*Note préalable : les préconisations régionales concernant l'adaptation de l'habitat seront éminemment soumises aux directives nationales sur Ma Prime Adapt'. Aussi, les préconisations émises dans le cadre du plan doivent restées agiles et s'adapter aux décisions ministérielles à venir.*

PROJET DE LOI DE FINANCES POUR



2023

Fin de l'aide Habiter Facile en 2024

Une aide en faveur de l'adaptation des logements au vieillissement, MaPrimeAdapt', sera mise en place à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024. L'objectif est de permettre « *aux Français désireux de demeurer chez eux au grand âge d'effectuer les travaux nécessaires à leur autonomie en simplifiant leurs démarches* ». À cette fin, cette aide remplacera les aides actuelles de l'Anah (Habiter facile), de la CNAV (Habitat cadre de vie) et le crédit d'impôt autonomie. Afin d'amorcer la transition vers MaPrimeAdapt', une hausse des moyens de 35 M€ de l'Anah est prévue en 2023.

renvoyé à la Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire,  
présenté au nom de Madame Elisabeth Borne  
Première ministre  
par  
M. Bruno LE MAIRE  
Ministre de l'économie, des finances  
et de la souveraineté industrielle et numérique  
et par  
M. Gabriel ATTAL  
Ministre délégué,  
chargé des comptes publics

Assemblée nationale  
Constitution du 4 octobre 1958  
Seizième législature  
Enregistré à la présidence  
de l'Assemblée nationale le  
26 septembre 2022 N° 273

## Les Préconisations/actions de l'axe 2 - Niveau 1 & 2

### Préconisation 1 : Systématiser le diagnostic en ergothérapie pour une amélioration adaptée de l'habitat

Contexte :

L'amélioration de l'habitat est coûteuse et fastidieuse pour les personnes qui se lancent dans des travaux d'aménagement de leur habitat. En objectivant par l'évaluation de l'habitat et le besoin de la personne, le public cible sera mieux identifié, conseillé au cas par cas, sur tous les registres (avantages concrets à aménager, types de travaux à engager, financements à mobiliser et reste à charge à payer) avec plus de chances d'aboutir à une prise de décision et la mise en œuvre de travaux.

Initiatives et documents d'appui :

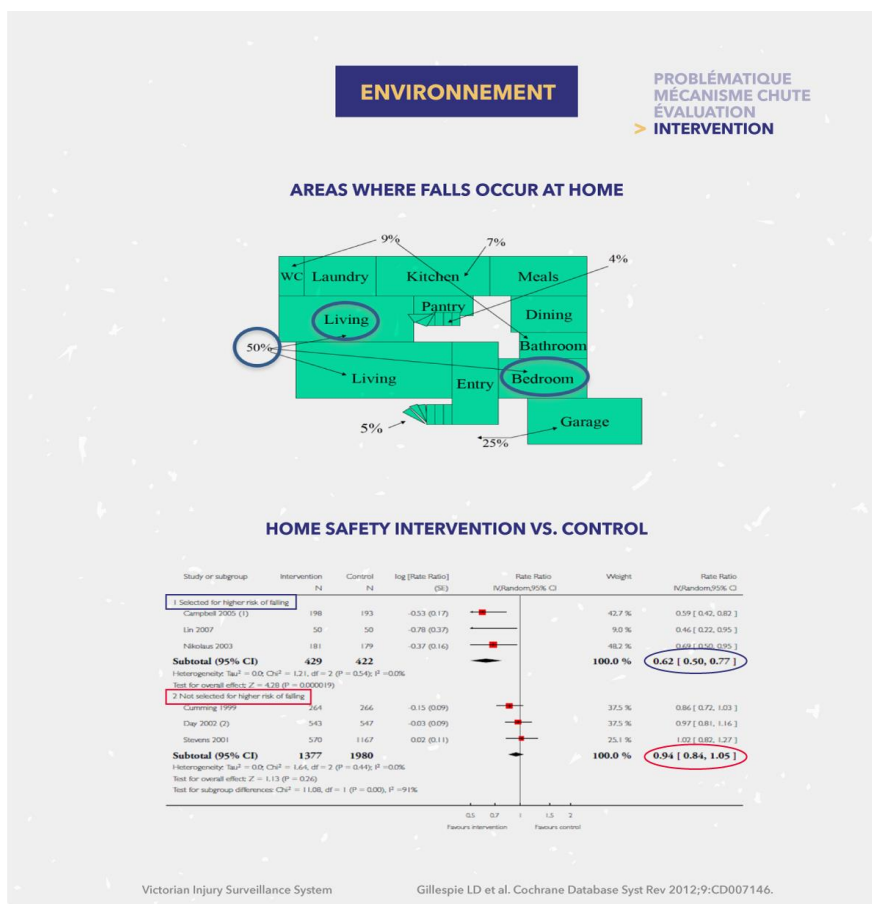
La correction des facteurs environnementaux appartient à la correction plus globale des facteurs extrinsèques. Des préconisations générales peuvent être formulées mais l'efficacité de la prise en charge réside dans une intervention personnalisée.

L'aménagement du lieu de vie est donc incontournable pour limiter le risque de chute environnemental.

L'analyse des enregistrements d'un système de surveillance des chutes a mis en évidence que les chutes se produisent principalement dans des espaces de vie comme la chambre ou le salon. Il a donc été postulé que les interventions de sécurité à domicile par un professionnel de santé comme les ergothérapeutes aideraient à prévenir les chutes. Selon la revue Cochrane de Gillespie et al. en 2012, il a été mis en évidence que cette intervention à domicile pour aménagement du lieu de vie présentait

une efficacité pour la prévention des chutes mais uniquement chez les patients âgés à haut risque de chute, et non parmi les patients non sélectionnés pour un risque de chute élevé.

Ce type d'intervention d'aménagement du lieu de vie semble donc apporter une efficacité de prévention de la chute si l'intervention est ciblée pour les personnes âgées à risque élevé de chute contrairement aux interventions auprès de la population générale des personnes âgées.<sup>39</sup>



**Flyer à l'attention des particuliers** pour suivre le bon parcours dans l'adaptation de l'habitat, fruit de la réflexion d'un groupe d'acteurs réunis par le Gérontopôle des Pays de la Loire : [Aménagement de l'habitat, je reste chez moi en 4 étapes](#)

**Home-Diag de Domus Prévention** : Réseau National Diagnostic Autonomie-Habitat Registered : programme créé en collaboration avec l'Université Catholique de l'Ouest et l'Institut de Mathématiques appliquées pour délivrer, à partir de la visite d'un ergothérapeute au domicile, un rapport d'intervention standardisé, explicite et lisible qui utilise la réalité augmentée, des photos et des croquis pour simuler l'impact des aménagements proposés sur le logement diagnostiqué.

**Merci Julie** : service de plus de 20 ergothérapeutes et d'un CESF (conseiller en économie sociale et familiale), salariées et formées aux problématiques de l'habitat, qui propose un accompagnement de A à Z et un lien possible vers des partenaires de confiance (distributeurs d'aides techniques et technologiques, entreprises du bâtiment, etc.) qui sont choisis dans le respect d'une charte éthique.

**Visites et rapports de visite des accompagnateurs Rénov'** : SOLIHA, Citémétrie etc. et des évaluateurs mandatés par la CARSAT ou l'AGIRC ARRCO.

Visites et rapports de visite des ergothérapeutes libéraux.

Objectifs :

Par l'évaluation faite par des professionnels formés, mieux cibler les améliorations de l'habitat en fonction des besoins et proposer des actions correctives aux difficultés repérées en proposant des modifications d'habitude de vie, des aides techniques et si besoin, des adaptations.

Pilote/Animateur

DREAL ou ANAH pour Ma prime Adapt', Caisses de retraite, Conseil Départemental, Conférence des financeurs

Acteurs concernés/cibles

Ergothérapeutes, Équipes d'Appui d'Adaptation et de Réadaptation, Domus Prévention, Merci Julie, Accompagnateurs Rénov' (Citémétrie, Soliha, Hateis Habitat (Vendée), Une famille un toit (Loire-Atlantique), etc....)

### **Préconisation 2 : Renforcer le diagnostic habitat par un diagnostic gériatrique en téléconsultation**

Contexte :

Le diagnostic de l'habitat réalisé par l'ergothérapeute est d'autant plus impactant qu'il se double d'un diagnostic gériatrique.

Initiatives et documents d'appui :

**Diagnostic 360** : dispositif innovant de téléconsultation contre les chutes répétées des personnes âgées.

Une collaboration entre le service de gériatrie du CHU d'Angers et Domus prévention (Association d'ergothérapeutes libéraux qui réalise des bilans à domicile) dans l'objectif de proposer aux personnes âgées au domicile, une téléconsultation. Le principe est de repérer les personnes âgées admises aux urgences pour chute et qui ne sont pas déjà suivies en gériatrie. Suite au retour au domicile, Domus réalise un bilan ergothérapique au domicile de la personne (bilan des risques environnementaux et comportementaux de chute) et profite de sa présence pour accompagner une téléconsultation (depuis le domicile de la personne âgée) programmée avec un gériatre du CHU d'Angers qui évalue les facteurs de risque intrinsèques de chute. Ainsi tous les risques (intrinsèques, comportementaux et environnementaux) sont évalués directement depuis le domicile de la personne en une unité de temps. Les conclusions sont transmises au médecin traitant.

Objectifs

Sortie d'hôpital : à l'instar du diagnostic 360° du CHU d'Angers : Permettre au praticien hospitalier de compléter les préconisations du plan personnalisé lors du retour au domicile par l'intervention au domicile d'un ergothérapeute.

Pilote/Animateur :

CHU + Domus prévention

Acteurs concernés/cibles :  
Ergothérapeutes libéraux

Etude d'impact :  
Nombre de diagnostics gériatriques établis en téléconsultation

### Préconisation 3 : Favoriser le développement d'ateliers de réflexion sur l'habitat à l'échelle des territoires de proximité

Contexte :

La réflexion sur le lieu de vie à la retraite n'est pas encore courante. La grande majorité des personnes qui quittent leur activité professionnelle reste vivre là où elles ont vécu, une petite partie retourne vers le lieu de ses racines ou se rapproche de ses descendants quand elles en ont et une petite partie s'installe sur son ex-lieu de vacances. Ainsi, la plupart d'entre elles n'ont pas réfléchi à son lieu de vie en fonction de sa longévité ni comme un facteur de maîtrise de son autonomie fonctionnelle. Certaines personnes se retrouvent donc contraintes à déménager tardivement, le plus souvent dans l'urgence. Outre le fait que le déménagement est facteur de fatigue et de stress, il peut éloigner de l'environnement connu et briser des liens sociaux de longue date. La plupart du temps, il est alors subi et non choisi réduisant un peu plus le sentiment de perte d'autonomie décisionnelle et de maîtrise de son environnement et de ses choix de vie. Cette absence de réflexion sur l'importance de son lieu de vie n'est pas non plus contrecarrée par des politiques actives de la part des collectivités locales. Les responsables des communes et communautés de communes n'ont pas tous compris que le parcours résidentiel des personnes âgées vivant sur leur territoire ne se réduisait pas aux établissements médico-sociaux (EHPAD ou résidences-autonomie). Très peu ont mis en place des politiques favorisant la réflexion de leurs concitoyens.

Initiatives et documents d'appui :

**Association Habit'âge** : Dans le Maine-et-Loire, l'association crée des habitats seniors solidaires au cœur des bourgs à partir de la restauration de patrimoine bâti et propose un accompagnement à la réflexion sur son "chez soi", des ateliers de réflexion sur le parcours résidentiel financé la plupart du temps par la conférence des financeurs.

**Association HACOOPA** – créée sur Nantes Métropole, l'association a pour volonté de mettre en place des services pour « Bien Vieillir Ensemble ». En juillet 2019, HACOOPA crée la Société d'Intérêt Collectif (SCIC) HACOOPA pour assurer la gestion et le développement des maisons partagées et habitats groupés. L'association est conservée pour promouvoir le projet et pour participer à des ateliers d'information et de réflexion sur les solutions d'habitat pour les seniors.

**Expérimentations en lien avec le Gérontopôle** : certaines communautés de communes ont déployé depuis 2018 des démarches de diagnostic territorial gérontologique par le biais de méthodes de type Ville Amie des Aînés ou DATEL/Cap Longévité Habitat du Gérontopôle des Pays de la Loire (Bouchemaine, Mauges Communauté, Communauté de communes de Chinon Vienne et Loire, Pays de Pouzauges, Sèvremoine, ...)

Objectifs :

Partager entre pairs-aidants pour favoriser l'appropriation des solutions par le biais de méthodes et d'organisations promues par les collectivités locales

Pilote/Animateur

Conférences des financeurs

Acteurs concernés/cibles :

Association Habit'âge, Association HACOOPA, Association des Maires de France et Association des maires ruraux des 5 départements des Pays de la Loire.

**Préconisation 4 : Favoriser « l'aller vers » par le développement à plus grande échelle d'événements et d'outils présentant des solutions d'amélioration de l'habitat et des aides techniques.**

Contexte :

Afin de venir compléter les Opérations Programmées d'Amélioration de l'Habitat qui sont ponctuellement mises en œuvre par les communautés de communes et sont des occasions de communication renforcées sur la nécessité d'aménager son habitat au vieillissement, il convient de développer des outils de communication plus pérennes, en proximité des lieux de vie et très pédagogiques. A l'exemple des Forums seniors ou des forums Habitat déployés sur certains EPCI ou certaines communes, développer les actions de sensibilisation au plus près des seniors et sur tous les territoires, en collaboration étroite avec les différents professionnels du territoire : ceux de la santé (si possible par le biais des CPTS), de la prévention, des aides techniques, du bâtiment, etc.

Initiatives et documents d'appui

Les camions aménagés : Pensé comme une maison ambulante et parfaitement adaptée à l'accueil du public (y compris à mobilité réduite) le camion aménagé par **SOLIHA Pays de la Loire** ou celui de **St Gobain et la CAPEB** permet aux publics de tester ce qu'il est possible d'intégrer dans son logement : adaptation de la cuisine, de la salle de bain, outils domotiques, exemples de réhabilitation, astuces techniques...

D'une autre manière, l'application en 3D **Choisy Le Toit** développée par la MSA Loire-Atlantique-Vendée et téléchargeable gratuitement sur Google Play permet de simuler, à partir de la maquette numérisée d'un logement classique, le désencombrement du logement, l'ergonomie et le confort, les accès et circulation... Des aménagements sont proposés selon trois niveaux d'autonomie : valide, limitation liée à l'âge, handicap. Manipulé facilement par les personnes, l'outil amène les seniors à se poser les bonnes questions : « Mon logement est-il suffisamment équipé, adapté pour y vivre le plus longtemps possible ? » « Si je m'engage sur tel ou tel projet, quel en sera le coût ? » « Si ma vue ou ma mobilité baissent, quelles solutions d'aménagement pourront m'être proposées » etc...

Plus globalement, d'autres initiatives d'unité mobile de prévention santé existent comme Le [MarSoins](#) sur les territoires de Saint-Nazaire, de Châteaubriant ou les actions délocalisées du Centre Bien Vieillir AGIRC ARRCO.

Objectifs :

Aller vers, présenter diverses solutions d'aménagement de l'habitat, de manière concrète et pédagogique.

Pilote/Animateur

Conférences des financeurs



Acteurs concernés :  
SOLIHA, MSA Loire-Atlantique-Vendée

### **Préconisation 5 : Renforcer les compétences des professionnels intéressés par les adaptations du logement au vieillissement**

Contexte :

Les professionnels du bâtiment (artisans, AMO, maîtres d'œuvre ou d'ouvrage) qui souhaitent se spécialiser dans les adaptations ou la construction d'habitats adaptés au vieillissement expriment le besoin d'entretenir et développer leurs compétences. D'un autre côté, les ergothérapeutes ont aussi besoin de monter en compétences sur des éléments plus techniques liés à la construction, aux matériaux etc.

Initiatives et documents d'appui :

Formation 1 jour : CAPEB Pays de la Loire et Gérontopôle Pays de la Loire, Clients Seniors : les comprendre pour leur proposer des solutions adaptées ;

Formation 2 jours : professionnels de l'accessibilité FFB Pays de la Loire

Objectifs :

Permettre aux professionnels de travailler ensemble, de partager leurs expériences afin de se former mutuellement

Pilote/animateur :

CFA du BTP et/ou GRETA

Acteurs concernés :

FFB, CAPEB, ergothérapeutes

### **Préconisation 6 : Former les acteurs du domicile aux adaptations du logement et aux aides techniques**

Contexte :

L'un des principaux freins au passage à la décision d'adaptation de son habitat est la peur d'être au pire dupé, au mieux, mal conseillé. A contrario, être conseillé par quelqu'un en qui on a confiance, par exemple l'intervenant qui travaille à notre domicile pour de l'aide à la vie quotidienne est un facteur de motivation.

Initiatives et documents d'appui :

Guide pour les intervenants à domicile créé en 2015 par le Gérontopôle des Pays de la Loire

Objectifs :

Développer la connaissance des intervenants à domicile sur l'importance d'aménager le domicile, les arguments à faire valoir et les solutions existantes par des formations continues ad hoc et la diffusion de guides de bonnes pratiques

Pilote/animateur :  
FESP, Synerpa Domicile, UNA, ADMR, FEPEM ...

Acteurs concernés :  
OPCO Uniformation, organismes de formation des SAAD : Auxilea, Expersona, IPERIA, Afortis etc.

Actions :

**Action 1** : Développer dès la formation initiale à l'intention des intervenants à domicile, en étroite relation avec les organismes de formation concernés, concevoir en collaboration avec plusieurs acteurs (centre Basse vision, ergothérapeutes des EAAR, APIS, etc.) et des personnes âgées ainsi que des intervenants à domicile des modules courts de sensibilisation aux aides techniques et aux adaptations du logement

**Action 2** : Développer des modules de sensibilisation très courts et les proposer aux structures d'aide à domicile (SAAD, SSIAD, futurs services Autonomie etc.) ainsi qu'aux EHPAD ou résidences-autonomie intéressés par le biais d'une information/communication portée par les CLIC en formation continue.

**Préconisation 7 : Prendre en compte la prévention de la chute dans l'adaptation / construction du bâti quel que soit le lieu d'habitation (EHPAD, domicile...)**

Contexte

Les trois quarts des personnes 85 ans et plus résident chez elle, et ce de manière autonome pour les deux tiers d'entre eux (Brunel et al, 2019).

Initiatives et documents d'appui :

Labels propres à certains bailleurs sociaux : HHS ([Habitat Seniors Services](#))

Labels à destination des promoteurs/constructeurs : APAVE [Haute Sécurité Santé](#) ...

Objectifs :

En complément de l'adaptation au vieillissement des logements déjà construits (environ 90% du parc), anticiper la prévention des chutes dans les logements neufs (architecture, équipements dont câbles permettant une évolutivité domotique, cloisons modulables, choix des revêtements antiglisses etc.).

Pilote/Animateur :  
ENSA, CAUE, DREAL

Acteurs concernés/cibles  
Dépendant des projets

Actions

**Action 1** : Se doter d'un référentiel partagé à l'échelle régionale par les bailleurs sociaux et les constructeurs-promoteurs privés à la conception/rénovation d'habitats concourant à la prévention des chutes

Dans le parc social, 1/3 des titulaires de baux ont plus de 60 ans et cette proportion va continuer à augmenter. La prise en compte des questions liées au vieillissement est donc un enjeu clairement identifié par les bailleurs sociaux.

- CCAS de la ville de Nantes dispose d'un partenariat avec les bailleurs sociaux, sur la ville de Nantes de 1000 "logements bleus" : logements sociaux ayant bénéficié de travaux d'aménagement favorisant le maintien à domicile (dotés de volets roulants électriques, d'une salle de bains adaptée avec carrelage antidérapant et douche, de prises électriques posées à hauteur, de barres d'appui, etc) et assortis d'une veille régulière par nos services.
- En Loire-Atlantique, les bailleurs sociaux ont travaillé à se doter d'un référentiel commun leur permettant d'analyser leur parc et d'évaluer son niveau d'adaptation au vieillissement.
- Convention 2019-2022 entre la CNAV et l'USH ; <https://www.union-habitat.org/centre-de-ressources/habitants-politiques-sociales/convention-2019-2022-entre-l-ush-et-la-cnav>
- Le Gérontopôle de Nouvelle Aquitaine a publié une étude inspirante sur laquelle nous pouvons nous appuyer : Bien vieillir dans le logement social : Numérique, économie sociale et solidaire, adaptation des logements.

<https://gerontopole-na.fr/wp-content/uploads/2022/01/Etude-bien-vieillir-dans-le-logement-social-num.pdf>

En partant des travaux ou « référentiels » existants (Vivalib qui avait modélisé l'habitat évolutif et adaptable au vieillissement, label HS2 développé par l'APAVE, label HSS adopté par certains bailleurs sociaux, travaux des bailleurs sociaux à l'échelle de la Loire-Atlantique menés avec l'appui de l'USH, etc.), se doter d'un référentiel partagé à l'échelle régionale.

Pilote/Animateur :

DREAL

Acteurs concernés/cibles

USH, ENSA, ergothérapeutes

### **Action 2 : Développer l'intégration de dispositifs domotiques au sein des habitats existants ou à venir**

Une expérimentation inspirante nommée PHILEMON au sein du DIVADOM de la ville d'Angers a intégré un pack domotique intelligent installé en deux heures qui permet aux locataires âgés un maintien à domicile avec une compensation de la perte d'autonomie, la prévention des chutes et le suivi pour la gestion des situations anormales (non levée du lit, pas de prise de repas, sortie inhabituelle...), une domotique de confort et de sécurité (chemin lumineux, gestion de l'éclairage, commandes à distance...), l'accès à la téléconsultation.

Philémon s'inscrit dans une expérimentation du dispositif d'accompagnement renforcé à domicile et vient renforcer le plan d'aides humaines et de soins.

### **Action 3 : Développer la conception des habitats intermédiaires en prenant appui sur la compétence des ergothérapeutes**

### **Action 4 : Saisir l'opportunité du PAI pour rénover les EHPAD et résidences-autonomie**

Le plan d'aide à l'investissement du Ségur de la Santé 2021-2024 :

Le plan d'aide à l'investissement (PAI) immobilier de la CNSA soutient les projets d'investissement immobilier dans le secteur médico-social. La région Pays de la Loire bénéficie pour cette période d'un montant global de 78 M€ sur 4 ans pour la restructuration - reconstruction des EHPAD. Les

programmations à venir (2023 et 2024) représentent 36 M€. L'objectif de ce dispositif est d'accompagner financièrement des projets structurants visant prioritairement à transformer et moderniser l'offre de santé dans la région. Ce dispositif repose sur cinq grandes orientations stratégiques fixées par la CNSA, à savoir l'ouverture sur l'extérieur, la facilitation des soins, la qualité de conception, le sentiment d'être chez soi et la viabilité économique. Dans cette logique la prévention des chutes peut être partie intégrante de la conception des projets.

L'ARS Pays de la Loire favorise en outre les projets s'inscrivant dans les objectifs de transformation de l'offre et répondant à des critères de qualité architecturale et de développement durable.

### **Préconisation 8 : Mettre en place des actions de vigilance et de répression des fraudes à Ma Prime Adapt'**

#### Contexte

L'un des freins repérés à la généralisation de l'adaptation des logements au vieillissement est le manque de moyens notamment financiers et le reste à charge insupportable par un certain nombre de ménages ainsi que la complexité administrative. A cet égard, le dispositif Ma Prime Adapt', en levant une partie de ces freins, est une mesure intéressante. Cependant, comme constaté lors du déploiement d'autres financements attractifs pour l'adaptation des logements notamment ceux liés à la rénovation énergétique, il existe un risque de développement de pratiques commerciales frauduleuses.

#### Initiatives et documents d'appui

Les travaux menés par la DREETS sur la répression des fraudes à la rénovation énergétique (cf <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/Publications/Vie-pratique/Fiches-pratiques/pratiques-commerciales-trompeuses-dans-secteur-renovation-energetique>) qui se traduisent en région par :

- du lien entre les réseaux DREAL et DREETS dans les départements : les signalements remontés par le réseau Anah, composés de DDT et de collectivités, sont transférés au réseau DREETS constitués des DDPP ;
- un partenariat (en cours de construction) avec les fédérations des professionnels du bâtiment (CAPEB, FFB).

Ces démarches s'inscrivent dans le cadre du déploiement du service public de rénovation de l'habitat (France Renov') qui a vocation à couvrir aussi le champ de l'adaptation.

#### Objectifs

Lutter contre les abus de faiblesse et les pratiques commerciales frauduleuses qui discréditent les adaptations des logements des particuliers au vieillissement en étendant le partenariat existant entre la DREAL et le pôle concurrence, consommation et répression des fraudes de la DREETS dans le but de sécuriser le parcours des ménages souhaitant réaliser des travaux de rénovation énergétique (signalement des pratiques abusives y compris du fait d'entreprises, traitement / sanction de ces organismes).

Pilote/animateur

DREETS, DREAL

Acteurs concernés

Fédérations de professionnels du bâtiment, chambre de métiers et de l'artisanat, associations de consommateurs

Calendrier

Dès la mise en place de Ma Prime Adapt'

### C. Axe 3 Aides techniques



Les Préconisations/actions de l'axe 3 : Les aides techniques - Niveau 1 & 2

**Préconisation 1 : Développer des actions interprofessionnelles sur la pertinence et l'accompagnement des aides techniques**

Objectifs

Ouvrir le dialogue entre les médecins et pharmaciens sur la pertinence de la prescription des aides techniques afin de garantir au patient la bonne aide technique et également s'assurer d'une utilisation appropriée.

Pilote/Animateur :

Inter URPS

ARS

Acteurs concernés

Pharmaciens, Médecins

**Préconisation 2 : Déployer sur tout le territoire régional des systèmes de prêt d'aides techniques et de mise à disposition de matériel reconditionné**

Contexte

Aujourd'hui, la majeure partie des aides techniques sont vendues sans essai préalable. Quand un essai peut être réalisé, il ne se fait le plus souvent pas en conditions réelles mais dans un show-room. La possibilité d'essayer une aide en conditions réelles est un facteur nécessaire pour que l'aide technique soit réellement utilisée et donc potentiellement utile !

D'autre part, la majeure partie des aides techniques vendues, quand elles ne sont plus utilisées, partent à la déchetterie ou restent stockées dans les établissements sans aucun dispositif de reconditionnement prévu par les distributeurs et producteurs.

Initiatives et documents d'appui :

-Envie Autonomie et son réseau d'ateliers sont des acteurs de l'économie sociale et solidaire.  
<https://envieautonomie.org/>

-La SCIC Envie Autonomie, par son activité, favorise l'accessibilité aux aides techniques. Ils réparent du matériel médical et notamment des aides techniques à la mobilité, les recyclent en les remettants en bon état d'usage. Ils offrent un service de location, de prêt, de financement et développent des partenariats avec des structures et associations en lien avec des personnes âgées et notamment avec le Créat,

-Dans le Maine-et-Loire, le Conseil départemental de Maine et Loire a mis en place, en collaboration avec le CENTICH, un dispositif nommé Technicothèque qui permet notamment, dans le cadre de l'acquisition par les personnes âgées de matériel de seconde main, de payer seulement le coût de la remise en état.

Objectifs :

Favoriser l'acquisition d'aides techniques financièrement accessibles et écologiquement vertueuses aux personnes en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap.

Pilote/Animateur :

Conseils départementaux

Acteurs concernés/cibles

Magasins de matériel médical

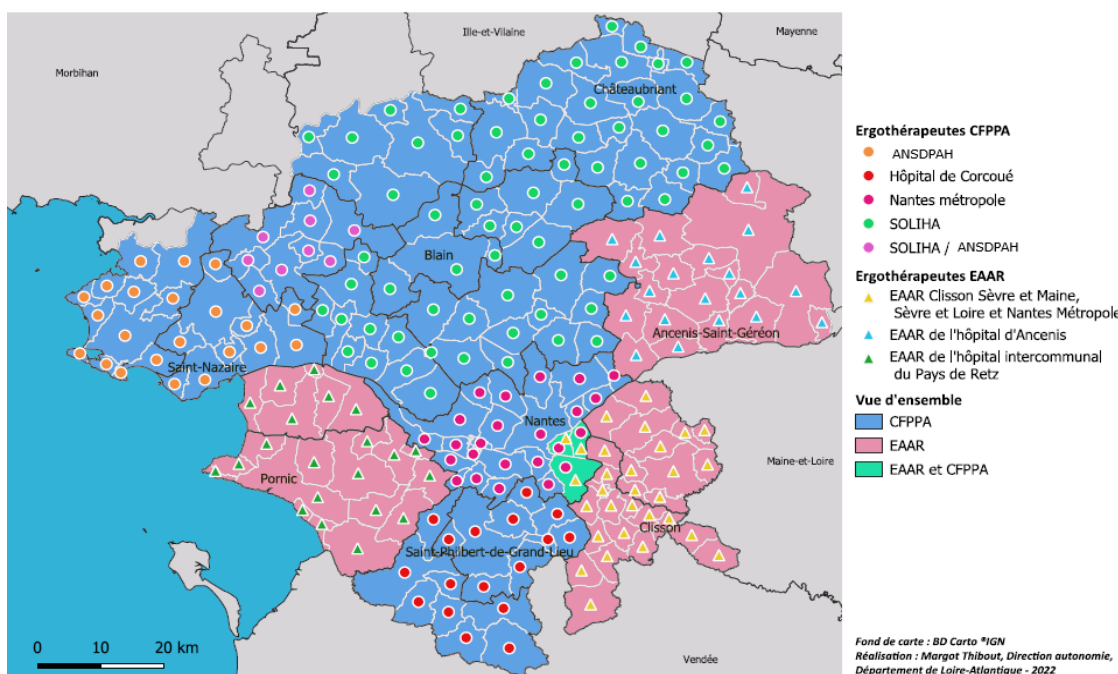
**Préconisation 3 : Renforcer le maillage territorial des Équipes d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR) à l'échelle régionale, animer le partage des pratiques entre les EAAR**

**Contexte :**

Les Equipes d'appui à l'adaptation et réadaptation (EAAR) sont reconnues comme étant de véritables leviers de l'action de prévention des chutes en termes d'aménagement de l'habitat et de mise en place des aides techniques. Elles sont multidisciplinaires, constituées d'ergothérapeutes, psychologues, diététiciens, IDEC

Pour illustrer, nous avons pris appui sur le département de Loire Atlantique. Ce dernier n'est pas entièrement couvert par des EAAR et la Conférence des financeurs finance des temps d'ergothérapeutes, dédiés au développement des aides techniques en complément (voir la carte ci-jointe)

Couverture des ergothérapeutes sur le territoire en 2022, CFPPA et EAAR



A noter que les champs d'intervention des ergothérapeutes portés par une EAAR et ceux des CFPPA sont différents. À titre d'exemple : Les EAAR interviennent sur les aides techniques et l'adaptation du logement, quand les interventions des ergothérapeutes financées par les conférences des financeurs sont limitées aux aides techniques uniquement.

Mener une réflexion sur le lien à construire entre les EAAR et l'expérimentation EQLAAT, Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques menée en Sarthe. Son objectif est d'améliorer l'accompagnement des personnes de tous âges dans la démarche d'acquisition des aides techniques afin de favoriser leur indépendance et autonomie au quotidien.

Un accompagnement social est proposé afin de garantir une réponse personnalisée pour chacun. Public : Toute personne ayant besoin d'un conseil sur une aide technique. Aucun critère d'âge ni de ressources pour bénéficier des conseils du CICAT à domicile. Les plus : Interventions et conseils gratuits

; Interventions à domicile sur tout le département de la Sarthe ; Association neutre de tout intérêt commercial sur la vente ou la location d'aides techniques ; Interventions en complément des équipes déjà présentes sur le territoire Sarthois.

Initiatives et documents d'appui :

EQLAAT, Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques porté par le CICAT :  
file:///C:/Users/sterrom/Downloads/EqLAAT\_version\_2021.pdf

Objectifs

Étendre le maillage des EAAR à l'ensemble de la région dans un but d'équité territoriale.

Pilote/animateur :

ARS - Conférence des financeurs

Acteurs concernés

EAAR

**Préconisation 4 : Développer l'information et les accompagnements relatifs à l'appropriation et l'utilisation des aides techniques pour les personnes ayant des troubles auditifs/visuels**

Contexte

Méconnaissance de la déficience visuelle par les patients (enfermement dans le handicap), par les professionnels médicaux/ paramédicaux, par les administratifs et médecins-conseils (refus de prise en charge, limitation d'ouverture des structures, ...), par le grand public. A ce jour, le faible nombre d'instructeurs en locomotion et le déremboursement des transports sanitaires rendent l'accès aux centres spécialisés presque impossibles aux personnes âgées.

Le risque de chute dans le contexte de déficience visuelle est très important<sup>40</sup>.

Initiatives et documents d'appui :

- La filière sensorielle est développée dans l'état des lieux
- Le parcours de soins des patients âgés ayant une plainte sensorielle et notamment des troubles visuels au Centre Ambulatoire Nantais de Gérontologie Clinique, dans le cadre de la mise en place d'une filière ophtalmo gériatrique.
- Rapport Vision d'Avance 2022 :  
<https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/222189/8260/thea-lb-visiondavance-c10.pdf?1660049691>

5 millions de personnes âgées de plus de 85 ans seront en perte d'autonomie d'ici 2050. Un cercle de réflexion alerte les pouvoirs publics sur l'urgence d'investir dans la santé visuelle pour préserver l'autonomie de nos aînés

Vision d'avance, cercle de réflexion qui rassemble des personnalités expertes en santé visuelle, interpellent sur la nécessité de retrouver la qualité de la vue au profit de la qualité de la vie. Elles proposent 4 axes pour améliorer la santé visuelle des seniors en France :

<sup>40</sup> Visual impairment and the incidence of falls and fractures among older people. IOVS. 2014. Hong T et al.  
Visual impairment in elderly fallers. J Fr Ophtalmol. 2011. Tran TH et al.



AXE 1 : Évaluer les besoins en santé visuelle

AXE 2 Développer et améliorer une culture de la prévention

AXE 3 Améliorer l'accès aux soins et aux professionnels

AXE 4 Miser sur le numérique en santé et ses apports

**Objectifs :**

Permettre à toutes les personnes âgées déficientes sensorielles d'accéder aux aides techniques appropriées, aux AVjistes<sup>41</sup>, aux instructeurs de locomotion.

Pilote/Animateur

SRAE Sensoriel.

Acteurs concernés/cibles

Professionnels médicaux, médico-sociaux, sociaux.

Actions

**Action 1** : Construire un vrai réseau de santé de proximité dédié aux déficiences sensorielles et faciliter les mobilités des personnes âgées qui en ont besoin

**Action 2** : Développer et mettre à disposition une formation spécifique « déficiences visuelles » pour les ergothérapeutes

**Préconisation 5 : Développer l'adéquation entre les besoins des résidents et les aides techniques disponible en EHPAD**

Contexte

Financement des aides techniques en EHPAD aujourd'hui est inclus dans le forfait dépendance, dépend de l'évaluation du GIR.

Objectifs

Rendre équitable l'accès aux aides techniques des résidents en EHPAD.

Pilote/Animateur

Conseils départementaux -

Acteurs concernés/cibles

Professionnels des EHPAD, médecins prescripteurs et résidents.

Etude d'impact

Renouvellement des aides techniques en EHPAD.

---

<sup>41</sup>AVjiste : est un spécialiste de l'aide à la vie journalière. Son but est d'aider son patient à retrouver son autonomie perdue dans les actions

## Préconisation 6 : Recenser et développer des actions de formation à la bonne utilisation des aides techniques destinées aux professionnels

### Contexte

Pour illustrer cette préconisation, la région est dotée de formations continues menées à l'Université de Nantes :

### Action 1 : Former les acteurs impliqués dans le dépistage et la prise en charge de la chute par la formation continue

On pourrait citer le DU de Coordonnateur de Parcours et de Gestionnaire de cas qui permet de former, notamment, des personnes à l'évaluation des facteurs de risque de chute de professionnels non médicaux impliqués dans la prise en charge ambulatoire des patients âgés en situation médico-psychosociale complexe.

<https://medecine.univ-nantes.fr/formation-continue/du-coordonnateur-de-parcours-et-gestionnaire-de-cas> (Lien vers le programme, la maquette et les objectifs pédagogiques du Diplôme d'Université).

### Action 2 : Former les médecins aux problématiques gériatriques

Grâce au DIU de Médecine de la Personne Âgée de Nantes/Angers qui a pour objectif de former des médecins non spécialistes en gériatrie aux spécificités de la personne âgée en intégrant les enjeux éthiques et de prévention liés à la perte d'indépendance qui influencent notamment le risque de chute.

<https://medecine.univ-nantes.fr/formation-continue/diu-medecine-de-la-personne-agee>

Initiatives et documents d'appui :

[Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable - Dr Philippe Denormandie et Cécile Chevalier](#)

Objectifs :

Appliquer à la formation initiale et continue la mise en place des aides techniques, les aides techniques spécifiques (approche sensorielle, déficients visuels, etc...).

Communiquer par la formation sur le métier d'ergothérapeute auprès de professionnels, leur rôle, comment les solliciter.

Repérer les besoins en aides techniques et aménagement du domicile afin « d'affiner leur œil évaluateur pour qu'ils puissent identifier des situations dans le cadre de leurs fonctions et ensuite faire appel à un ergothérapeute ».

Pilote/Animateur :

Université – SAAD –Creat/Centich/SRAE Sensorielle

Acteurs concernés/cibles :

- Bailleurs sociaux,
- Services d'aides à domicile : Auxiliaires de vie, aide à domicile
- Infirmières et aides-soignantes

**Préconisation 7 : Accompagner les démarches administratives pour faciliter l'accès aux aides techniques**

Objectifs :

La complexité du système peut décourager et les personnes ont besoin d'être soutenues dans cette tâche

Pilote/Animateur :

Conférence des financeurs 44 étudie ce projet

**Les Préconisations/actions de l'axe 3 : Les aides techniques Niveau 3  
(préconisation demande à être étudiée à l'échelle nationale)**

**Préconisation 8 : Évaluer nationalement les aides technologiques donnant lieu à une recommandation de mise sur le marché qui s'appuie sur des centres de preuves régionaux**

Contexte :

« La France ne s'est pas encore dotée d'une politique en matière d'aides techniques. Le manque de connaissances sur le sujet (besoins, actions faites, aides techniques financées et impact des actions et des financements), l'absence de financements fléchés en dehors de la LPPR et la PCH aides techniques et le défaut de pilotage en témoignent. Il n'existe pas non plus de cadre de référence pour les professionnels intervenant sur le terrain et les décideurs. Enfin, la recherche existe, mais ses résultats sont peu diffusés et peu connus des acteurs.

L'observation des organisations et politiques à l'étranger est riche d'enseignements sur les grandes orientations, mais ne peut suffire pour construire une organisation efficace et efficiente dans le contexte français, forcément différent. Enfin, les recommandations de bonnes pratiques de la HAS devront être complétées d'autres apports pour guider les professionnels dans leurs pratiques en fonction de publics, besoins et contextes d'intervention précis. »<sup>42</sup>

Initiatives et documents d'appui :

Rapport : « Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable - Dr Philippe DENORMANDIE et Cécile CHEVALIER »

Un centre de preuves sur les aides techniques permettrait de construire, en lien avec les centres d'expertises et de ressources, une politique publique sur les aides techniques sur des données probantes. Ce centre de preuves travaillerait en particulier sur l'accompagnement des personnes

<sup>42</sup> Extrait des propositions du rapport : « Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable - Dr Philippe Denormandie et Cécile Chevalier »

(axe 1 des propositions) et l'optimisation des modalités d'accès et les financements des aides techniques (axe 2 des propositions). Il s'intéresserait aussi aux organisations innovantes répondant plus aux besoins. Les actions couvriraient l'ensemble des publics, sans limite d'âge ou de type de déficiences. Elles tiendraient compte des besoins des personnes, de leurs aidants et, pour les actions ciblant la prévention des risques professionnels, des professionnels intervenant au quotidien. La place des personnes et des proches aidants « dans leur propre projet » ou comme personnes-ressources en matière d'aides techniques (pairs-aidants ou personnes expertes) serait incluse dans le périmètre des travaux.

La mise en place et le suivi du centre de preuves relèveraient du pilote national : la CNSA. Traduire ces éléments dans sa convention d'objectifs et de moyens et dans les effectifs internes serait aussi à prévoir.

Objectifs :

Occasion de promouvoir la recherche et la validation des aides technologiques en lien avec les livings-lab.

Pilote/Animateur :

CNSA / Acteurs régionaux : Gérontopôle en collaboration avec Allédro living lab gériatrique du CHU ANGERS, INUITS du CHU NANTES, le Centich et autres dispositifs à définir.

Mise en place d'une Chaire UX sur Angers composée de l'Université/CHU/Gérontopôle

Acteurs concernés/cibles :

Conseils départementaux  
Développeurs d'innovation,  
Entreprises, ...

**Préconisation 9 : Proposer l'évolution réglementaire de l'allocation personnalisée d'autonomie en dissociant l'accès aux aides techniques du plan d'Aide Humaine**

Objectifs :

Deux volets distincts permettraient une plus grande agilité de traitement des demandes et un examen simplifié des droits à la CDF dans la continuité du traitement APA

## D. Axe 4 Activité physique et activité physique adaptée



### Les Préconisations/actions de l'axe 4 : L'activité physique adaptée. Niveau 1 & 2

#### Préconisation 1 : Renforcer la communication autour du dispositif Ligérien ON Y VA !

Contexte :

ON Y VA ! est une démarche concertée entre les acteurs de la santé d'une part, et d'autre part les acteurs des activités physiques ou sportives adaptées pour faciliter la pratique d'une activité physique aux personnes ayant une maladie chronique : <https://onyva-paysdelaloire.fr/le-dispositif/>

Pilote/animateur :

SRAE Nutrition

ARS

Acteurs concernés :

Professionnels médicaux, médico-sociaux, sociaux, UFR STAPS, CREPS, CROS

Usagers

#### Action 1 : Sensibiliser les médecins à la prescription de l'activité physique adaptée (APA)

Contexte

Des outils commencent à être mis à disposition des médecins traitants

L'ARS des Pays de la Loire, au côté de la DRAJES, a lancé la démarche « ON Y VA ! » porté par la SRAE nutrition, afin d'améliorer la pratique d'activité physique des personnes ayant une maladie chronique et de faciliter la prescription médicale d'activité physique.

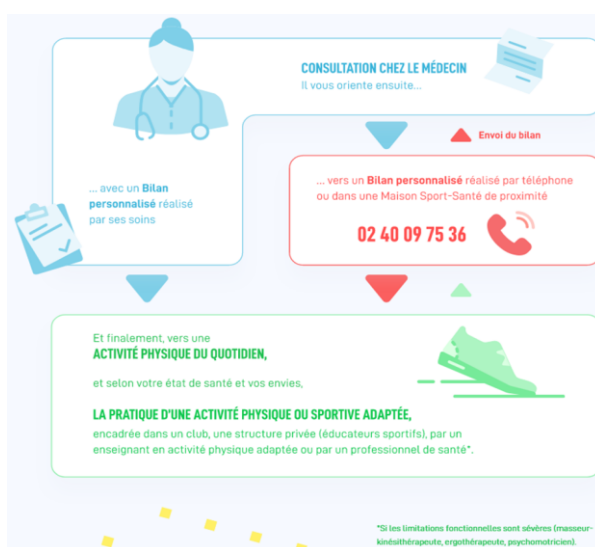
ON Y VA ! est une démarche concertée entre les acteurs de la santé d'une part, et d'autre part les acteurs des activités physiques ou sportives adaptées pour faciliter la pratique d'une activité physique aux personnes ayant une maladie chronique.

Pour cela, ON Y VA ! accompagne médecins, encadrants et patients avec des outils et des supports d'information dédiés et un moteur de recherche permettant de trouver l'activité physique ou sportive la plus adaptée à chaque situation.

Une de ses missions est de sensibiliser les médecins soit en distanciel, soit en présentiel sur le lieu de pratique dans une démarche « d'aller vers ».

ON Y VA ! s'appuie sur les Maisons Sport Santé existantes afin de permettre, dès que possible, une réponse locale pour les personnes.

### Les étapes incontournables du parcours du patient avec ON Y VA !



### Initiatives et documents d'appui

- La démarche régionale ON Y VA ! avec son site internet régional : <http://www.onyva-paysdelaloire.fr> et son équipe (SRAE Nutrition) en capacité de sensibiliser sur site les médecins et autres professionnels de santé.
- Guide de prescription et de consultation avec fiches d'aide à la prescription de l'activité physique déclinées par pathologie (HAS septembre 2022) : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/dp\\_prescription\\_activite\\_physique\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/dp_prescription_activite_physique_vd.pdf)

### Objectifs

Sensibiliser les médecins à l'importance de l'activité physique adaptée et à l'intérêt de la prescription (soirées, webinaires, visites sur site)

Pilote/animateur

SRAE Nutrition, dispositif On y va !

ARS

Inter URPS

Acteurs concernés/cibles

L'ensemble des médecins prenant en charge des patients atteints d'une pathologie chronique ou présentant un état de santé pour lequel l'activité physique a des effets bénéfiques prouvés.

Les professionnels de l'APA et des AP et sportives dans un but de santé.

Calendrier

2022-2023-2024...

**Action 2 : Sensibiliser les autres professionnels de santé, les acteurs du social, des collectivités territoriales à l'importance de l'activité physique**

Initiatives et documents d'appui

Guide de prescription et de consultation avec fiches d'aide à la prescription de l'activité physique déclinées par pathologie (HAS septembre 2022) : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/dp\\_prescription\\_activite\\_physique\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/dp_prescription_activite_physique_vd.pdf)

En se déplaçant sur les lieux de soins, le dispositif ONYVA permet de réunir les médecins mais également l'ensemble des acteurs de la prise en charge des patients afin d'harmoniser les discours autour de l'activité physique et ses bienfaits.

Par ailleurs, la SRAE Nutrition propose régulièrement un webinaire plus général, ouvert à tous les professionnels de santé, sur l'activité physique et la sédentarité.

Concernant les collectivités territoriales, la SRAE Nutrition a pour mission d'aller vers elles afin de promouvoir l'importance de l'activité physique dans leurs politiques publiques et leurs leviers d'action.

Objectifs

Pour diffuser les bonnes pratiques, favoriser l'activité physique et la cohérence des discours de toutes les personnes qui interviennent auprès des séniors.

Sensibiliser à « la manière d'en parler » aux personnes âgées fragiles (et parmi elles aux personnes les plus éloignées de l'activité physique) et à leur entourage.

Pilote/animateur

SRAE Nutrition, dispositif On y va !

Inter URPS

ARS

Acteurs concernés/cibles

Professionnels de santé

Acteurs du social,

Collectivités territoriales

Calendrier

2022-2023-2024...

**Préconisation 2 : Favoriser les échanges intersectoriels afin de promouvoir l'activité physique adaptée entre les acteurs concernés (santé, social, sport, des collectivités locales...)**

Contexte :

Comment parler d'activité physique ?

Comment favoriser l'activité physique et la faire passer au rang de réflexe santé ?

La promotion de l'APA, ajustée aux besoins et capacités fonctionnelles de la personne bénéficiaire, sa prescription s'appuie sur :

Le partage et la diffusion d'une information précise sur ce qu'est l'APA (rappel de définition simple), de ses bienfaits en tant que thérapeutique non médicamenteuse et des orientations à préconiser en fonction des bilans d'évaluation fonctionnelle

Une sensibilisation à « la manière d'en parler » aux personnes âgées fragiles (et parmi elles aux personnes les plus éloignées de l'APA) et à leur entourage

L'interconnaissance entre les acteurs et leur articulation autour d'un référentiel APA commun

Initiatives et document d'appui

Guide de consultation et de prescription médicale d'APA chez l'adulte avec fiches d'aide à la prescription de l'activité physique déclinées par pathologie (HAS septembre 2022).

Au niveau régional, la démarche ON Y VA ! incarne cette inter sectorialité en facilitant les liens entre santé, activité physique adaptée et sport. ([onyva-paysdelaloire.fr](http://onyva-paysdelaloire.fr))

Objectifs :

- Encourager la prescription de l'APA qui constitue un traitement à part entière par la mobilisation des différents acteurs et le relais d'une information précise, adaptée et sécurisée
- Favoriser un cadre de référence commun pour l'orientation des professionnels, la prescription, la promotion et la dispensation de l'APA

Pilote/animateur

CPTS, DAC, SRAE, EHPAD, centre ressources territorial

Acteurs concernés/cibles

- L'ensemble des médecins prenant en charge des patients atteints d'une pathologie chronique ou présentant un état de santé pour lequel l'activité physique a des effets bénéfiques prouvés.
- Les professionnels de l'APA et des AP et sportives dans un but de santé.
- Les acteurs concernés par les rencontres intersectorielles sont les acteurs de la santé, du sport du social et des collectivités

Calendrier

2022-2023-2024



**Préconisation 3 : Renforcer les complémentarités entre les intervenants : Masseurs kinésithérapeutes /enseignants en activité physique adaptée**

Contexte :

La prescription d'activité physique mobilise différents types d'intervenants (Masseurs Kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens, enseignants en APA-S, Professionnels de l'APA) selon les niveaux d'intervention préconisés.

Les intervenants en AP ont plusieurs missions qu'il s'agit d'articuler afin de co-construire avec chacun des acteurs et la personne bénéficiaire, un parcours de santé structuré ajusté aux besoins de la personne et tenant compte de sa motivation.

Le masseur-kinésithérapeute, qui est aussi un professionnel de l'APA, peut renouveler et adapter le programme d'APA, conformément à l'article L. 4321-1 du CSP modifié par la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 – article 4.

**Tableau : caractéristiques fonctionnelles et type d'activité physique<sup>43</sup>**

Phénotypes fonctionnels	Professionnels dispensant l'activité physique	Type d'activité physique
Personnes âgées sans limitation fonctionnelle	Éducateurs sportifs,  Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté ministériel,  Titulaire d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté ministériel	Exercice physique, activité physique adaptée
Personnes âgées avec des limitations fonctionnelles minimales à modérées	Intervenant en activité physique adaptée (éducateurs sportifs formés à l'APA et enseignants en APA)	Activité physique adaptée
Personnes âgées avec limitations fonctionnelles sévères	Intervenant en activité physique adaptée (Kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien)	Rééducation, réadaptation, activité physique adaptée

Initiatives et documents d'appui :

**-Loi du 2 mars 2022** – mesure en matière de sport-santé de la loi sur l'APA => renforcement de la prescription de l'APA : élargissement des prescripteurs : tout médecin intervenant dans la prise en

43 INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique - guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

charge, renouvellement possible par le MK sous condition => décret – Élargissement des bénéficiaires au-delà des patients souffrant d'ALD : maladies chroniques, facteurs de risque, perte d'autonomie - => décret

**-Guide de prescription et de consultation avec** fiches d'aide à la prescription de l'activité physique déclinées par pathologie (HAS septembre 2022) : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/dp\\_prescription\\_activite\\_physique\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/dp_prescription_activite_physique_vd.pdf)

**-21 juillet 2021 RAPPORT D'INFORMATION** DÉPOSÉ en application de l'article 146-3, alinéa 6, du Règlement PAR LE COMITÉ D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES POLITIQUES PUBLIQUES sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cec/l15b4400\\_rapport-information.pdf](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cec/l15b4400_rapport-information.pdf)

**La SRAE Nutrition a initié un groupe de travail régional** avec l'ensemble des instituts de formation d'Enseignant en Activité Physique Adaptée et les Masseurs-Kinésithérapeutes afin de construire un support vidéo pédagogique qui met en avant la complémentarité des 2 métiers. Ce support sera publié et diffusé au premier semestre 2023.

Objectif :

Appuyer la mise en application du décret et la structuration des parcours

Pilote/animateur :

SRAE Nutrition, dispositif On y va !

ARS

Inter URPS

Acteurs concernés/cibles

Masseurs Kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, enseignants en APA-S, Professionnels de l'APA : éducateurs sportifs, professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un Titre à Finalité Professionnelle (TFP) ou Certificat de Qualification Professionnelle (CQP), certification délivrée par une fédération sportive agréée, dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des Sports et de la Santé, sur proposition du CNOSF.

**Préconisation 4 : Diffuser le message de prévention des chutes encourageant l'activité physique en prenant appui sur l'évaluation approfondie d'ICOPE**

Contexte :

Comment diffuser largement un message de prévention des chutes et de promotion de l'APA au plus tôt ? Les constats des participants au groupe de travail convergent sur la nécessité de promouvoir les bienfaits de l'activité physique tout au long de la vie (« être sensibilisé à devenir responsable de sa propre santé ») et détecter au plus tôt les fragilités. Des étapes clés du parcours de vie sont repérées comme pouvant être des temps-phares de bilans à systématiser (Consultation CARSAT lors du passage à la retraite/ Visite de contrôle du permis de conduire...)

Initiatives et documents d'appui :

ICOPE

Objectifs :

Sensibiliser à la pratique de l'activité physique dès la transition de l'arrêt de l'activité professionnelle vers la retraite

Diffuser un message clair, harmonisé pour encourager la pratique de l'APA

Pilote/animateur :

ARS/CD

Acteurs concernés/cibles

Professionnels médicaux, médico-sociaux, sociaux,

CARSAT, Agirc-Arrco

Calendrier

2023-2024...

### **Préconisation 5 : Encourager les activités physiques adaptées à domicile des personnes âgées dans une démarche d'aller vers**

Contexte :

Un certain nombre de personnes âgées présentant des troubles cognitifs débutants, appréhendent ou refusent de participer à toute forme d'activités en collectif notamment par crainte de l'échec. L'APA à domicile est envisagée dans ce cadre, comme un levier de motivation à la pratique et une passerelle en vue de faciliter le passage vers l'APA dispensée en séances collectives.

Objectifs :

Redonner confiance à la personne

Lever les freins, soutenir la motivation à modifier ses habitudes et gagner en confiance, pour aller vers l'extérieur et adhérer aux séances collectives de l'APA

Renouer un lien social, sortir progressivement de chez soi et de situations d'isolement

### **Préconisation 6 : Favoriser les mobilités actives au sein des territoires**

Initiatives et documents d'appui

« Le Fonds d'appui pour des territoires innovants seniors : un fonds à mobiliser pour appuyer les actions du Plan » Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés / CNSA

Objectif :

Soutenir l'émergence d'actions territoriales en faveur du vieillissement actif et en bonne santé

Le fonds d'appui pour des territoires innovants seniors vise à permettre le déploiement d'actions territoriales :

- Perspectives de prise en compte des impacts des dynamiques démographiques ;

- Permettant la valorisation de la contribution des aînés à la revitalisation de centres-villes et de quartiers, mais aussi plus largement à leur contribution à la société quand leurs apports potentiels sont trop souvent minorés ;
- Préventives par l'adaptation du cadre de vie de proximité (les mobilités, l'aménagement urbain, la participation citoyenne, l'adaptation de la programmation culturelle, sportive, etc.) dans l'objectif de permettre le maintien de l'activité et de la citoyenneté

#### Objectifs

Favoriser les mobilités actives (marche, vélo) sur l'ensemble du territoire Ligérien

Pilote/animateur

Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés / CNSA

<https://villesamiesdesaines-rf.fr/files/ressources/500/512-fonds-dappui-pour-des-territoires-innovants-seniors-cahier-des-charges.pdf>

SRAE nutrition

Acteurs concernés

Collectivités locales

Calendrier

Prochains appels d'offres pour le 5 novembre 2022

### **Préconisation 7 : Ouvrir les parcours d'activités Santé Seniors (PASS) et séances d'APA en établissement accueillant des personnes âgées aux acteurs du domicile et aux habitants.**

#### Contexte

L'Activité Physique Adaptée s'est avérée être l'une voire la meilleure arme antichute dont nous disposons à l'heure actuelle, et les EHPADs bénéficiant de temps d'éducateurs APA peuvent en témoigner, quel que soit le risque de chute identifié (prévention primaire, secondaire et tertiaire). L'ARS des Pays de Loire a ainsi lancé depuis 2015 un appel à projets afin de mettre en place du temps d'éducateur APA mais aussi permettre l'installation de modules de parcours santé en extérieur. L'ARS a renouvelé en 2022 cet appel à projets, tandis que d'autres établissements ont permis le développement de l'APA sur des fonds propres.

De plus, un frein majeur relevé lors de l'animation des groupes de travail est celui de l'existence de solutions de transports adaptées aux besoins, attentes et pratiques des seniors ont été soulignées. En effet, en fonction des contextes territoriaux de vie et de la diffusion des actions d'APA dans l'espace, les problématiques d'accès pour les personnes ne pouvant pas conduire seront différentes.

Dans les grandes villes et leur proche couronne, le réseau de transport en commun est, dans la plupart des cas, une option qui peut répondre à ce besoin. Toutefois, ce mode de déplacement est peu utilisé par les personnes âgées, y compris dans les grandes villes (9 % des déplacements des 65 ans et plus contre 13,6 % pour les 6-65 ans)<sup>44</sup>. L'utilisation des transports en commun se heurte aux appréhensions des personnes âgées sur la sécurité (risque d'agression et conduite peu souple qui fait craindre la chute) et requiert des compétences à apprendre pour celles et ceux qui ne prennent pas

44 Mobilité des aînés Pratiques et Besoins – Juin 2022 – Niels Knapp-Ziller, Pr Gilles Berrut

régulièrement le bus ou le tramway. Par ailleurs, même s'il existe dans les territoires les plus denses l'offre de transports en commun est une alternative à la voiture, en fonction des trajets, surtout s'ils ne suivent pas les axes périphérie-centre et des correspondances, les temps de parcours peuvent être suffisamment longs pour décourager d'aller à certains endroits.

En dehors de ces territoires les plus denses, les transports en commun ne peuvent pas répondre aux besoins des personnes âgées<sup>45</sup>. D'autres solutions existent comme le TAD (transport à la demande), le transport solidaire ou les chèques Sortir + de l'Agirc-Arrco mais elles ne sont que très ponctuellement utilisées, surtout pour des déplacements dits « nécessaires » (rendez-vous médicaux et courses alimentaires), et peu connues. Par exemple, 1,6 % des plus de 75 ans ont bénéficié des chèques « Sortir plus » de l'Agirc-Arrco en 2019 alors qu'environ 90 % d'entre eux y ont droit.

Au regard des difficultés de mobilité auxquelles sont confrontées un certain nombre de personnes âgées, mais aussi dans une logique d'attractivité, la proximité est une dimension qui doit être prise en compte dans le déploiement de solutions. Toute action devra donc être pensée dans une approche écosystémique de l'environnement médico-social de la personne âgée, en intégrant l'offre locale de services de mobilité mais aussi en s'appuyant sur la proximité des structures de type EHPAD, résidences-autonomie, résidences-services, habitats intermédiaires et inclusifs prêts à accueillir des personnes âgées non résidentes le temps de la réalisation de ces actions de prévention. A titre d'exemple, 79 % des 65 ans et plus habitent une commune dotée d'au moins un EHPAD dans les Pays de la Loire (Insee, 2018).

Le dernier bilan sport santé Pays de la Loire indique la volonté des établissements de s'ouvrir vers l'extérieur. Des personnes extérieures ont pu bénéficier de ces parcours :

- Visiteurs des résidents (familles, enfants) ;
- Écoliers de 4 à 5 ans lors de l'organisation olympiades intergénérationnelles ;
- Personnes suivies par l'équipe spécialisée Alzheimer (ESA) ;
- Personnes reçues en accueil de jour ;
- Usagers du SSIAD accompagnés par l'ergothérapeute.

Initiatives et documents d'appui :

Répondeurs de l'appel à projets de l'ARS de 2018 (p.ex. Partenariat de l'EHPAD St Nicolas rattaché au CHU d'Angers et du Parc de La Plesse à Avrillé).

Activité physique en EHPAD/SSIAD en Pays de la Loire : Bilan et perspectives

Objectifs :

Rendre accessible à un large public les initiatives mises en place et favoriser les interventions d'APA au sein de l'EHPAD en synergie et complémentarité avec les salariés de l'EHPAD

Favoriser EAPA au plus grand nombre

Soutenir l'activité physique de proximité

Pilote/animateur :

ARS, collectivités territoriales

Acteurs concernés/cibles

EHPAD,

Prestataires APA, associations

Collectivités territoriales

SSIAD, ESA

Calendrier :  
2023 et suivants.

**Préconisation 8 : Répondre au mieux aux besoins des personnes âgées en renforçant les échanges entre les professionnels médicaux, médico-sociaux et de l'activité physique au sein des EHPAD.**

#### Contexte

Lors des groupes de travail, les acteurs ont identifié la fragilité des parcours APA dans les établissements en lien avec un défaut de communication claire.

Une acculturation des pratiques par la traçabilité, la collaboration multidisciplinaire, des canaux de communication connus et compris de tous, favoriseraient l'intégration de cette nouvelle discipline dans le prendre soin du résident en EHPAD.

Initiatives et documents d'appui :

Bilan et perspectives : Activité physique en EHPAD/SSIAD\* en Pays de la Loire.

Sur la base des orientations du Plan Régional sport Santé Bien-être et du Plan National de Prévention de la Perte d'Autonomie, l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire a lancé, en 2015 et 2016, un appel à candidatures pour la promotion de l'activité physique par le biais de projets mutualisés entre établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes âgées. L'objectif porté par l'ARS est de développer des programmes de prévention collective encadrés par des éducateurs diplômés en activité physique. Ce programme vise « le maintien », « l'entretien », la « stimulation » par l'activité physique. L'action s'adresse à des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, avec une attention particulière à porter aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs.

Après deux années de financement, l'Agence Régionale de Santé a souhaité lancer un bilan de ce dispositif.

158 établissements et services ont répondu à l'enquête lancée au cours de l'année 2016.

Une inscription forte dans les projets d'établissement :

- 79% des répondants ont intégré l'activité physique dans leur projet d'établissement ;
- 90,4% ont présenté ce projet au conseil de vie sociale ;
- 92,4% ont intégré l'activité physique aux projets personnalisés des résidents

Des échanges entre professionnels

Pour 92% des répondants, des temps d'échanges sont organisés entre l'éducateur sportif et l'équipe soignante par le biais de différents supports :

- Cahier de liaison ;
- Réunions de suivi périodiques ;
- Temps d'échanges, de rencontres programmées ;
- Fiches de suivi remplies à chaque séance par l'éducateur sportif, en lien avec le référent désigné de l'établissement qui transmet régulièrement ces informations à l'équipe ;
- Echanges informels

- Transmissions informatisées.

Par ailleurs, des réunions entre établissements sont organisées pour assurer la mise en œuvre et le suivi de cette activité mutualisée. Celles-ci réunissent les directeurs, les animateurs, voire d'autres professionnels.

Des répondants ont évoqué certaines difficultés, notamment **le manque de temps pour les éducateurs d'échanger avec les résidents ou les professionnels de l'établissement, ainsi que la complexité de l'évaluation de cette activité**

Objectifs :

Intégration systématique dans le projet d'accompagnement personnalisé, dans le projet de soins, un volet activité physique comprenant : les restrictions, les contre-indications à la pratique de l'activité physique, l'évaluation de l'impact de l'activité physique sur la santé

Ajustement multifactoriel selon les besoins de la personne.

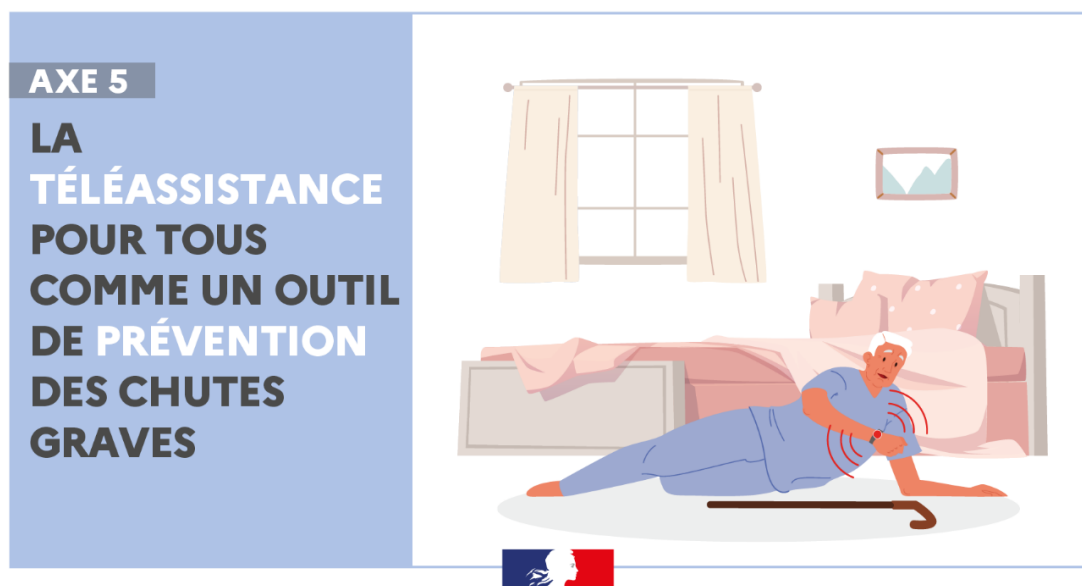
Pilote/animateur :

ARS

Acteurs concernés/cibles

EHPAD

## E. Axe 5 Téléassistance :



L'ensemble de ces réflexions tend à positionner la place du numérique et de l'intelligence artificielle dans la prise en charge du sujet chuteur comme un outil indispensable pour permettre une auto-rééducation, un accompagnement de la personne et des aidants, une cohérence des interventions des différents professionnels et une traçabilité d'un parcours de soins complet, ouvrant la voie à son remboursement, par exemple dans un article 51.

La réponse à l'alerte est indissociable de la création d'une alerte, générer une alerte sans construire

## Les Préconisations/actions de l'axe 5 : Téléassistance - Niveau 1 & 2

### **Préconisation 1 : Faire évoluer la téléassistance vers la télé-conciergerie pour répondre à de nouveaux besoins**

#### Contexte

Les services de téléconsultation et suivis médicaux adaptés se sont développés ces dernières années. La Télé Conciergerie est un nouveau service à inventer, elle permettrait une mise en relation avec des prestataires de service de type drive et autres solutions d'approvisionnement de courses. Cette modalité permettrait de répondre aux évolutions de fragilités tout en laissant la possibilité de rester au domicile le plus longtemps possible et ainsi répondre aux attentes d'un très large public...

#### Objectifs :

Apporter de nouveaux services pour favoriser le maintien à domicile

#### Pilote/animateur :

- Conseils départementaux
- CCAS
- FEDESAP / FESP au titre expérimental
- Associations d'usagers : ex. UFCV, mobilisation du Club Régional des usagers du GÉrontopôle

#### Acteurs concernés/cibles

Téléassisteurs

### **Préconisation 2 : Favoriser le respect du périmètre de marche au cœur des ESSMS en se saisissant ou en développant des dispositifs qui permettent une intervention rapide du personnel soignant**

#### Contexte

Cette préconisation résulte de diverses observations :

L'EHPAD de demain accueillera des personnes avec une grande perte fonctionnelle ainsi que des troubles neurocognitifs et comportementaux prévalents.

La fidélisation des professionnels passe par le bien-être au travail, en redonnant du sens et en sécurisant leur travail.

De plus pour répondre aux attentes de la population et pour faire face au défi démographique le modèle de l'EHPAD centre de ressources territorial est appelé à se développer. Comment appliquer une veille objective et sécurisée à domicile ?

Alors quelles solutions permettraient de maintenir le périmètre de marche ? Comment faire évoluer les pratiques en acceptant le risque de chute comme inhérent au risque courant de vivre libre ?



Initiatives et documents d'appui :

HAS : Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité

“La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. Dans une démocratie qui assure à ses citoyens les droits fondamentaux des personnes, tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit”

“En pratique, la problématique est de réussir à concilier pour chaque personne deux principes apparemment opposés : respecter la liberté et assurer la sécurité. L'ajustement continu à ces impératifs a pour but de permettre au personnel soignant d'assumer sa responsabilité de garantir la sécurité sanitaire des personnes et de respecter leur liberté.”<sup>46</sup>

« Les situations de contention demeurent et constituent des sources de maltraitance aussi bien envers les résidents qu'envers des soignants heurtés par ce qui constitue la violation manifeste de leurs obligations déontologiques et légales. L'institutionnalisation de la maltraitance traduit d'ailleurs le passage de soignants de la situation de professionnels à celle de victimes, contraints de recourir à des méthodes injustifiées dans leur usage du fait même d'un environnement défaillant en moyens humains et matériels. »<sup>47</sup>

Objectifs :

- Admettre le risque de chute chez le sujet âgé en équipe, intégrer « le zéro contention » au projet d'établissement et/ou au CPOM
- Améliorer la qualité de vie au Travail
- Sécuriser les résidents d'EHPAD et des centres de ressources territoriaux

Pilote/animateur :

ARS-Conseils départementaux

Acteurs concernés/cibles :

Personnes âgées et soignants de ville et en établissements

Les actions :

**Action 1 : Partager des retours d'expériences inspirantes à l'échelle régionale du « zéro contention »**

**Action 2 : Développer la mise en place d'outils de type oreille augmentée du soignant**

OSO : <https://oso-ai.com/>

Protège les personnes fragiles et améliore la Qualité de Vie de leurs aidants et leurs soignants grâce à une technologie unique, basée sur le son.

L'oreille augmentée des soignants™

L'analyse automatique du son permet de veiller à distance sur les personnes fragiles. Savoir que l'on sera alerté en cas d'événement grave soulage les soignants et les familles.

<sup>46</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Liberte\\_aller\\_venir\\_court.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_court.pdf)

<sup>47</sup> ZACHARIE Clémence, « Les effets de la contention en secteur médico-social, oubliés du débat juridique ? », Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM), 2022/1 (N° 31), p. 18-25. DOI : 10.3917/jdsam.221.0018. URL : <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2022-1-page-18.htm> :

Le suivi de l'activité sur le long terme permet de plus d'identifier et de prévenir les premiers signes d'une détérioration de la situation.

Cette analyse intelligente de l'environnement sonore permet d'extraire les informations utiles pour comprendre la situation et mieux sécuriser les personnes fragiles. Sans réglage, ni stigmatisation.

Aujourd'hui, cette solution n'est pas déployée en Pays de la Loire. 4 établissements du CHU de Brest expérimentent la solution, en unités d'EHPAD classiques, mais aussi Unités protégées (focus chute aussi dans les parties communes / couloirs et salons), UCC et Soins de Suite.

- Centre René Fortin (Bohars)
- Ker Anna (Guilers)
- EHPAD du CH de Crozon
- EHPAD Persivien, CH Carhaix

Ils viennent d'équiper une cinquantaine de chambres supplémentaires, à la demande des soignants ; Le dispositif est bien perçu par les équipes, parce qu'il est fiable, précis, et alerte dans un vaste nombre de problématiques. Chute, mais aussi cris, gémissements, ou vomissement par exemple.

Le service est également déployé au Pôle St Hélier, à Rennes.

En EHPAD classique, Unité Protégée et dans le cadre du dispositif Ty-Pad d'accompagnement à domicile (EHPAD hors les murs);

### Les Préconisations/actions de l'axe 5 : Téléassistance - Niveau 3 (préconisation demande à être étudiée à l'échelle nationale)

#### **Préconisation 3 : Favoriser une technologie non contraignante de l'alerte à la prévention de la récurrence de la chute et l'évaluer**

##### Contexte

La téléassistance est de moins en moins « subie », cela s'explique par le transfert générationnel. En effet, bon nombre d'usagers actuels ont équipé leurs propres parents de cette solution.

De plus, nous pouvons souligner que les seniors sont de plus en plus accoutumés aux nouvelles technologies et capteurs dans leur environnement.

Il est important de parler de la téléassistance dans le langage commun : c'est la situation et non l'âge qui justifie le besoin de la téléassistance. Cette solution peut servir à toutes les personnes fragilisées (travailleurs isolés, personnes en situation de handicap, etc)

Initiatives et documents d'appui :

PROSPECTIVE : L'avenir du marché de la téléassistance et des services associés : pipame-teleassistance-synthese.pdf

Objectifs :

Prendre en compte les nouvelles catégories d'utilisateurs, favoriser l'axe préventif de la téléassistance

Pilote/animateur :

Conseils départementaux

Collectivités locales (CCAS) : Un interlocuteur de proximité, proche de chez soi

Fédérations SAP : FEDESAP / FESP

Les services d'aide à la personne dits de « confort » devraient contribuer à démocratiser la téléassistance

La prévention passe également par les professionnels de santé : ex. ergothérapeute.

Acteurs concernés/cibles

Téléassistants et services d'urgences (SAMU, SDIS prévention en sortie d'hospitalisation).

#### Préconisation 4 : Apporter des réponses aux alertes révélées par la téléassistance et les évaluer

Contexte

La téléassistance ne se limite pas seulement à la téléassistance : télévigilance télésurveillance – application de suivi, de conseils – créer une alerte et traiter l'alerte –

Initiatives et documents d'appui :

**Projet EcoDistrib** « Créer un écosystème pour mieux distribuer les solutions pour bien vieillir à domicile » Le projet Éco Distrib est un projet soutenu par les départements 78 et 92, porté par l'agence interdépartementale de l'autonomie, coordonné par le Hub E-Tonomy.

E-Tonomy est le pôle innovation de la nouvelle agence interdépartementale de l'autonomie. Structuré comme un hub innovation, sa mission est d'imaginer l'offre à domicile de demain et de créer les conditions pour qu'elle se déploie. Financé par les départements des Yvelines & des Hauts-de-Seine, il dispose de moyens importants pour expérimenter, animer et accompagner la transformation des métiers de l'autonomie.

**EPOCA** : <https://www.epoca.health/#Notre-solution> : Epoca est née, en 2019 dans l'objectif d'améliorer la vie du patient complexe, de ses aidants et du personnel soignant. Epoca propose une plateforme humaine et technologique permettant d'assurer une surveillance médicale sécurisée grâce à des objets connectés :

- Permettre le maintien à domicile de patients habituellement hospitalisés
- Rassurer le patient et ses aidants
- Soutenir le médecin traitant et les équipes soignantes habituelles du domicile
- Soutenir les services d'urgences et hospitaliers en assurant des sorties précoces d'hospitalisation ou en évitant de nouvelles

Objectifs :

Améliorer les actions de prévention et comprendre les causalités de la chute

Pilote/animateur :

CNSA, Allégro living lab gériatrique CHU ANGERS, Inuits CHU NANTES, autres...

Acteurs concernés/cibles

Téléassistants et services d'urgences (SAMU, SDIS)

Pour les préconisations/évaluations il faut également inclure les ergothérapeutes qui sont les plus à même de faire toutes les évaluations, y compris dans le domaine de la Téléassistance qui fait désormais partie des solutions proposées en cas d'identification de besoins.

**Préconisation 5 : Améliorer et prendre en charge les solutions de téléassistance afin de répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles neurocognitifs installés.**

Contexte

Avec le vieillissement de la population, le profil de personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs et comportementaux tend à s'accroître. La téléassistance dans ce contexte n'est pas une solution adaptée.

Initiatives et documents d'appui

Certaines solutions par l'intermédiaire de capteurs installés dans la maison promettent la détection de certaines fragilités (sommeil, nutrition) ou chute pour les personnes présentant les premières pertes de repère.

[https://www.filien.com/wp-content/uploads/2021/05/flyer\\_filien\\_habitat\\_noviacare.pdf](https://www.filien.com/wp-content/uploads/2021/05/flyer_filien_habitat_noviacare.pdf)

Alors, comment allez plus loin et sécuriser le champ des personnes présentant des troubles cognitifs moyens à sévères

Objectifs :

Apporter de nouveaux services pour favoriser le maintien à domicile des personnes présentant des troubles cognitifs

Rendre lisible l'offre

Pilote/animateur :

Conseils départementaux

CNSA,

Acteurs régionaux : Gérontopôle des Pays de la Loire en collaboration avec Allegro living lab gériatrique CHU ANGERS, INUITS CHU NANTES, le CENTICH et autres dispositifs à définir

Acteurs concernés/cibles

Conseils départementaux

Développeurs d'innovation,

Entreprises

## F. Axe transversal : Information, sensibilisation



Lors des groupes de travail, les acteurs ont pointé l'importance de tenir compte des singularités territoriales.

De plus, ils ont spécifié que ce plan n'a pas vocation à devenir un dispositif supplémentaire, mais bien une boîte à outil, un outil de sensibilisation, d'information.

**Préconisation 1 : : Diffuser la communication nationale du plan antichute à destination du public par la création d'une page dédiée au plan antichute national sur le site de l'ARS et du Gérontopôle.**

Initiatives et documents d'appui :

- La CNSA déploie pour la cinquième année consécutive, sa campagne « Ensemble pour l'autonomie ». [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

Elle est diffusée entre août et octobre 2022 sur de grands médias pour informer les personnes âgées ou leurs proches : programmes courts diffusés sur France Télévisions, dont une nouvelle vidéo sur la prévention des chutes, chroniques radios et partenariat avec la presse quotidienne régionale.

- Du 22 août au 21 octobre 2022, France Télévisions diffusera **5 épisodes inédits** du programme court « Ensemble pour l'autonomie » et 13 épisodes des saisons précédentes pour donner des conseils pratiques d'accompagnement et de soutien aux personnes âgées et à leurs proches aidants. En moins d'1 minute, ces vidéos donnent des conseils pratiques sur les aides pour conserver son autonomie chez soi, comme l'allocation personnalisée d'autonomie, sur l'entrée en établissement, sur les aides destinées aux aidants (plateformes d'accompagnement et de répit, allocation journalière de proche aidant)

Les épisodes sont traduits en langue des signes française et sont sous-titrés afin d'assurer la bonne information des personnes sourdes ou malentendantes. Ils ont été élaborés avec les partenaires du portail.

En détail, les thèmes des épisodes inédits :

- Que faire pour éviter les chutes ?
- L'allocation journalière de proche aidant
- Les plateformes d'accompagnement et de répit
- La vie en résidence autonomie
- Trouver des renseignements près de chez soi

Après leur diffusion à l'antenne, les épisodes seront disponibles dans la vidéothèque du portail et sur la chaîne Dailymotion de la CNSA.

→ **3 chroniques radios** « Tout savoir sur » pour conseiller et orienter vers les bons interlocuteurs

Du 1er septembre au 3 octobre 2022, Europe 1, France bleu, France inter, RTL et des radios d'outre-mer diffuseront 3 chroniques sur leurs ondes pour conseiller et orienter les personnes ou leurs proches vers les bons interlocuteurs de proximité.

Des professionnels témoignent, en 1 minute, de l'utilité du portail [www.pour-lespersonnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-lespersonnes-agees.gouv.fr) pour se renseigner sur les aides possibles, les démarches à effectuer, changer de logement ou trouver une plateforme d'accompagnement et de répit...

→ **La Semaine Bleue** du 3 au 9 octobre 2022 :

La campagne « Brisons les idées reçues ! », à destination du grand public, invite à faire remonter des témoignages (audio, texte, vidéos) qui brisent les idées reçues. La campagne se déroule sur les réseaux sociaux et via les sites internet ([www.semaine-bleue.org](http://www.semaine-bleue.org)). N'hésitez pas à retweeter les messages sur cette campagne avec le #Brisonslesidéesreçues.

Objectifs :

- Se greffer sur les autres temps forts Nationaux : Semaine Bleue, Semaine nationale de la dénutrition en novembre...
- Suggérer la création d'un espace communication numérique à destination du public cible avec une stratégie de référencement et créer des liens
- S'accorder et Communiquer sur ce qu'est une chute, isolement, dénutrition, les causes avec les signes avant chuteurs et les conséquences, va vers le repérage.
- Actions à visées professionnelles et du public cible de façon concomitante ou avec d'autres outils

Pilote/animateur :

ARS PDL

Acteurs concernés/cibles

Public cible

Etude d'impact :

Une étude de l'impact de la communication

Calendrier  
2022-2023-2024

## **Préconisation 2 : Construire et diffuser la communication régionale sur le plan antichute à destination des partenaires**

Contexte

L'état des lieux mené par le Gérontopôle met en évidence la nécessité de favoriser l'interconnaissance au sein de l'écosystème de la prévention des chutes. Lors des groupes de travail, les acteurs ont pu nommer à plusieurs reprises leur manque de connaissance sur les acteurs, les actions menées en faveur de la prévention des chutes.

Objectifs :

Construire un plan de communication qui s'échelonne sur la période du plan régional

Pilote/animateur :

Gérontopôle/ARS

Acteurs concernés/cibles

Acteurs, professionnels, élus, usagers

Calendrier

Fin 2022

Actions

### **Action 1 : Mettre en page et diffuser le plan notamment par le biais de webinaire 13 décembre 2022**

- Mise en page du plan
- Création d'une synthèse
- Création d'un espace de stockage partagé (Google Drive) pour permettre aux partenaires de communiquer sur la stratégie régionale : plan, synthèse, bannière réseaux sociaux, visuels, cartographie des acteurs...
- Diffusion via les réseaux sociaux
- Campagnes d'e-mailing à destination des professionnels
- Communiqué de presse
- Événement de restitution du rapport (en décembre) – présentiel + visioconférence
- Définir un mot clé de recherche sur le web – Exemple : #préventiondeschutesPDL

### **Action 2 : Communiquer sur les actions existantes**

- Mise en place d'une campagne de communication digitale sur le rôle des professionnels en matière de diminution des chutes chez les personnes âgées (étape suivante, communiquer sur le plan d'action régional)
- Zoom sur des actions existantes par le biais de webinaires (création d'une bibliothèque des actions sur une chaîne YouTube)
- Communication digitale sur la base de la cartographie des acteurs

### **Action 3 : Communiquer sur les actions menées suite aux préconisations**

- Partie à destination du public
  - Présentation du plan d'action régional et liens vers les éléments de la communication nationale ;
  - Actualité du plan antichute (niveau national et niveau régional) ;
  - Outil numérique (simulateur) de dépistage / auto-diagnostic d'une chute ou d'un risque de chute (avez-vous réellement chuté ? Pensez-vous être un sujet à risque ?...) ;
  - Recommandations et accompagnement ;
  - Liste des acteurs impliqués, actions et contact ;
  - Forum / Q&A ;
- Partie à destination des professionnels (sur identification du visiteur)
  - Calendrier des événements, liste des actions en cours, appel à participations des acteurs, présentation de tous les acteurs... ;
  - Ressources à télécharger (logos, charte de communication, calendrier de publication, présentations, rapports, bilans...).
- La désignation d'un profil mixte community manager + éditeur web est souhaitable pour animer le site, modérer le forum et publier les contenus éditoriaux nécessaires
- Campagne de communication et d'e-mailing ciblée tout au long des 3 ans sur les actions mises en place

### **Action 4 : Définir les missions du community manager<sup>48</sup> chargé de l'animation du site web dédié et des réseaux sociaux**

- Mise en place d'une communication à 360° sur les réseaux sociaux et dans les réseaux professionnels, et préconisations d'évolution de cette stratégie en fonction de l'analyse des retours et synthèse des analytics ;
- Animation des réseaux choisis ;
- Capacité à re-diriger un contenu scientifique à des degrés de vulgarisation variable ;
- Capacité à créer et à gérer des campagnes publicitaires ;
- Optimisation du référencement (SEO49 et SEA50)
- Connaissance des outils web-marketing ;
- Notions de graphisme et de design

### **Action 5 : S'appuyer sur le site interne de l'ARS des Pays de la Loire pour centraliser les informations, un espace unique qui serait un outil de coordination référençant l'existant, les liens existants et redirigerait vers le site du plan antichute**

#### Contexte

L'aspect multifactoriel de la chute justifie la diversité des acteurs et les interactions multidisciplinaires qui devraient en découler. Lors des groupes de travail, nous avons observé des professionnels qui se découvraient. Ils ont exprimé à plusieurs reprises leur stupéfaction sur les orientations et la coordination possibles.

Un coordinateur d'équipe mobile, nouvellement arrivé dans la région, a fait part de ses difficultés pour obtenir des informations sur les offres existantes afin d'établir des plans de soins personnalisés.

48 Le community manager fédère le plus possible d'internautes via les forums, les réseaux sociaux et professionnels. Expert de la Toile, il est en veille permanente pour gérer l'image de son client ou de son entreprise sur le Net et rapprocher la marque du consommateur.

49SEO : Search Engine Optimisation. Il s'agit de mettre en oeuvre des techniques visant à améliorer le référencement d'un site sur le web pour le rendre davantage visible dans les pages de résultats de recherche par exemple sur Google

50SEA : acquisition de mots clés payants pour améliorer la pertinence des résultats de recherche sur le web.



- Lors de l'état des lieux le GÉRONTOPOËLE a pu recenser de nombreuses cartographies identifiant les actions et/ou préconisations à l'échelle nationale, régionale, départementale ou encore locale.

Initiatives et documents d'appui :

- 1) La carte ON Y VA Pays de la Loire : <https://onyva-paysdelaloire.fr/activites/>
- 2) Bien vieillir en collaboration avec la CFPPA : <https://www.pourbienvieillir.fr/trouver-un-atelier>
- 4) CFPPA de la Mayenne :  
[https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1oVqS9zNN\\_IlaUpJ0vmd3ksXsOo-n3CL&ll=48.11402868527878%2C-0.6916519499999962&z=10](https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1oVqS9zNN_IlaUpJ0vmd3ksXsOo-n3CL&ll=48.11402868527878%2C-0.6916519499999962&z=10)

Cette liste n'est pas exhaustive.

Objectifs :

Faciliter l'orientation et/ou prescription en rendant visibles les acteurs de la prévention sur l'ensemble des axes par intercommunalité auprès des professionnels

Créer un lien avec ce qui existe, référencer l'ensemble des cartes, ressources existences

Pilote/animateur :

Gouvernance régionale

Acteurs concernés/cibles

Gouvernance départementale

### 1. Référencer les plateformes d'évaluation et les centres de consultation de la marche régionale

Contexte : Il existe diverses modalités d'évaluation de la marche qui peuvent être graduées en fonction de la gravité du risque de chute.

a. La consultation gériatrique applique l'évaluation gériatrique standardisée (démarche holistique du repérage des fragilités de la personne âgée) peut être appliquée par un médecin généraliste avec une capacité en gériatrie ou par un gériatre.

b. Consultation en Hôpital de Jour de la chute : analyse ciblée de la marche et du risque de chute : déroulé de la consultation ? (Temps, qu'apporte-t-elle en plus ?)

i. CHU ANGERS

ii. CHU NANTES, Hôpital Bellier

Objectifs : Faciliter les orientations et l'implication des acteurs du bien vieillir à ce plan. Mettre en place une cartographie régionale indiquant les plateformes d'évaluation et des centres de consultation de la marche régionale avec les coordonnées à destination des PA. Cette cartographie pourrait être hébergée sur [www.plan-antichute.com](http://www.plan-antichute.com) et rendue accessible à tous. De plus, un plan de communication à destination des CDs, CLIC, MDA, .... publication sur site ARS, Caisse de retraites... devra être mis en place pour accompagner la connaissance du produit.

## 2. Référencer les formations comprenant un module sur le risque de chute

- Contexte : La prévention des chutes du sujet âgé est traitée dès la formation initiale des médecins. Cependant, la formation continue des professionnels de santé peut aussi offrir d'intéressantes opportunités de formation tout au long de la vie professionnelle.
- Initiatives et documents d'appui
  - a. DU Préserver l'indépendance et l'autonomie de la personne âgée
  - b. DU Repérer, diagnostiquer, prévenir, corriger et accompagner les fragilités chez les personnes âgées
  - c. DU optimiser et compléter ses compétences pour exercer en gériatrie en gérontologie et en EHPAD
  - d. DIU de Médecine de la personne âgée en cours de création entre Angers et Nantes pour la rentrée universitaire 2022
  - e. Certificat Universitaire de Coach de personnes âgées en bonne santé
  - f. MOOC chute - Sensibilisation à la prévention des chutes et de leurs conséquences : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/29863/download?inline>
    - Objectifs : Faciliter l'accès à la formation
    - Mettre en place un campus sur les thématiques du Vieillissement porté par le Gérontopôle avec accord de la Région et de l'académie
    - Mode de pilotage : URML, Université Nantes, Angers, Conseil Régional
    - Acteurs concernés : Professionnels médicaux, paramédicaux, auxiliaires de vie, diététiciens....

## 3. Recenser et centraliser les différentes structures d'APA existantes en s'appuyant sur le dispositif : ON Y VA

<https://onyva-paysdelaloire.fr/>

Mode de pilotage : SRAE Nutrition/Maison Sport Santé

## 4. Spécifier dans l'outil Carto'nut les professionnels intervenant dans le champ de la prévention des chutes chez le sujet âgé pour faciliter l'orientation

<https://www.sraenutrition.fr/espace-pro/annuaire/>

## 5. Insérer une cartographie des professionnels spécialistes pouvant intervenir dans le champ de la prévention des chutes chez le sujet âgé pour faciliter l'orientation

**Préconisation 3 : Créer un comité scientifique chargé de faire une veille documentaire et de transmettre les nouveautés aux partenaires, professionnels, au grand public.**

Contexte

La veille documentaire devra concerner :

- La description du concept de chute : formes, niveaux de gravité, facteurs de risque, etc.
- Les données épidémiologiques relatives aux chutes sur notre territoire
- Les approches en matière de prévention à domicile, en résidence pour senior, en EHPAD, en situation de mobilité

- Les solutions techniques disponibles ou en cours d'étude en matière de détection d'une chute et de prévention des risques de (re)chute
- Les solutions de diagnostic de risque de chute
- Toutes les études menées ou en cours à propos de la chute d'un sujet âgé

Le travail de ce Comité Scientifique devra alimenter le site web consacré au plan régional de prévention des chutes.

La documentation collectée sera ventilée en fonction du niveau de lecture attendu par le visiteur :

- Grand public
- Professionnel

Objectifs :

Rendre lisible par de l'infographie, les réseaux sociaux, les études scientifiques, les recommandations de bonnes pratiques afin de d'atteindre le grand public et l'ensemble des partenaires.

Les acteurs présents lors du groupe de travail émettent un point de vigilance sur l'articulation entre le comité scientifique et COPIL régional du plan antichute.

Pilote/animateur :  
Gérontopôle, CHU

Acteurs concernés/cibles

- Appel à candidatures pour la constitution du Comité Scientifique
- Préparation d'un planning de rencontres / réunions de travail
- Formalisation des objectifs et des livrables attendus

#### **Préconisation 4 : Permettre aux aidants d'être destinataire du plan antichute**

Contexte :

Les aidants sont concernés par le plan antichute par leur âge, leur état de santé, leur rôle d'aidant

Initiatives et documents d'appui :

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels - Recommandation de bonnes pratiques - 01 février 2010 - [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_938713/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-suivi-medical-des-aidants-naturels#:~:text=Maladie%20d'Alzheimer%20et%20maladies%20apparent%C3%A9es%20%3A%20sui%20m%C3%A9dical%20des%20aidants%20naturels,-Recommandation%20de%20bonne&text=Ces%20recommandations%20portent%20sur%20l,Alzheimer%20ou%20une%20maladie%20apparent%C3%A9e](https://www.has-sante.fr/jcms/c_938713/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-suivi-medical-des-aidants-naturels#:~:text=Maladie%20d'Alzheimer%20et%20maladies%20apparent%C3%A9es%20%3A%20sui%20m%C3%A9dical%20des%20aidants%20naturels,-Recommandation%20de%20bonne&text=Ces%20recommandations%20portent%20sur%20l,Alzheimer%20ou%20une%20maladie%20apparent%C3%A9e)

Objectifs :

Inciter à une prise en charge raisonnée du risque de chute chez l'aidant

Pilote/animateur :  
ARS/MDA

Acteurs concernés/cibles

Plateforme de Répit, toutes les associations : France Alzheimer, HAD, SSIAD, MDA et conseils départementaux (évaluateurs), médecins traitants, tous les intervenants aux domiciles, maison des aidants

Calendrier

2023 2024...

Actions :

**Action 1 :** Développer le rôle de vecteur d'information et de sensibilisation des plateformes d'accompagnement et de répit apportant un soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie

Le déploiement des plateformes de répit à l'échelle régionale à partir de 2023 les positionnent naturellement vecteur de l'information et de la sensibilisation de la prévention des chutes auprès des aidants et aidés.

**Action 2 :** Créer des 'outils adaptés permettant la diffusion au public cible (aidant/aidé)

**Action 3 :** Sensibiliser les partenaires-professionnels au rôle d'aidant et aux besoins en termes de prévention

**Action 4 :** Proposer des formations aux aidants afin d'augmenter les compétences

**Action 5 :** Proposer un temps d'information sur les sites hébergements temporaires, accueils de jour, plateformes de répit sur la prévention des chutes à l'aidant

**Action 6 :** Sensibiliser et impliquer les aidants dans la prévention des chutes, la promotion et la mise en œuvre de l'activité physique

La motivation des personnes âgées à pratiquer l'APA peut varier de manière cyclique passant par des changements d'état qui ne sont pas linéaires avec des régressions et des progressions.

A domicile ou en EHPAD, les encouragements apportés par la famille, les amis et les professionnels peuvent soutenir la motivation des personnes âgées à modifier leur comportement vers un mode vie plus actif, initier et maintenir la pratique de l'APA.

L'objectif est de permettre aux aidants

- Être ressource auprès de leur parent pour encourager l'APA
- Avoir connaissance des préconisations pour guider et être relais de l'APA (informations simples, compréhensibles et réutilisables dans le quotidien)
- Démystifier le risque de chute, travailler sur les appréhensions associées aux représentations du risque de chute (risque 0 n'existe pas)

Point de vigilance transport (voir avec les CLIC les solutions financières (chèques sortir plus etc ...) et l'existence de dispositifs d'accompagnement (transport solidaire etc...)

**Préconisation 5 : Sensibiliser les élus par l'intégration du plan antichute systématiquement dans les projets gérontologiques locaux et centres locaux de santé**

Contexte

En prenant en compte les schémas départementaux de l'Autonomie et le plan régional de santé, les EPCI qui se dotent d'un plan gérontologique local peuvent, au travers des actions qu'ils choisissent de mettre en œuvre, faire atterrir très localement des actions préconisées dans le plan régional antichute. En outre, ces mêmes EPCI ou communes disposent d'une capacité d'influence et de prescription importantes notamment grâce à leur proximité de terrain et à la communication systématiquement faite par la presse quotidienne régionale sur toutes les actions locales mises en œuvre.

Initiatives et documents d'appui :

En région Pays de la Loire, les communes engagées dans la démarche Ville Amie des Aînés sont plus de 20  
<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1IDRray7Ko7Ly40rFeCITpkaU54f7qrrS&ll=47.48304100521177%2C0.3652582242243563&z=7>

Le Gérontopôle des Pays de la Loire, à partir d'un diagnostic territorial permettant d'objectiver les enjeux du territoire par rapport au vieillissement et à la longévité de leur population, a accompagné depuis 2012 les collectivités suivantes : Bouchemaine (49), Mauges Communauté (49), Communauté de Communes de Chinon Vienne et Loire, Pays de Pouzauges (85), Sèvremoine (49).

En 2022, les EPCI ou communes adhérentes du Gérontopôle des Pays de la Loire sont : la ville de Nantes et Nantes Métropole, la ville d'Angers et Angers Loire Métropole, La Roche sur Yon agglomération, Pays de Pouzauges, Mauges Communauté, Pays des Herbiers, communauté de communes de Loire Layon Aubance, communauté de Communes de Chinon Vienne et Loire.

Objectifs :

Sensibiliser les EPCI et les communes à l'importance de se doter d'un plan gérontologique local en déclinaison des schémas gérontologiques départementaux et du plan régional de santé

Sensibiliser les EPCI et les communes à intégrer dans leur plan des actions relevant du plan antichute comme celles portant sur l'adaptation des logements (les Plans Locaux de l'Habitat, les OPAH et les espaces conseils France Rénov étant plutôt l'échelle des EPCI) ou la lutte contre la sédentarité.

Pilote/animateur :

Conseils Départementaux/Métropoles

Acteurs concernés/cibles

EPCI, Association des Maires et Association des Maires Ruraux et de chaque département

Etude d'impact :

Nombre d'EPCI qui s'engagent dans un plan d'action gérontologique local

Parmi ceux-ci, nombre d'EPCI qui mettront en œuvre des actions de déclinaison du plan antichute régional

**Préconisation 6 : Informer sur les formations à la prévention des chutes à destination des professionnels de santé sociaux et médico-sociaux et aux aidants non professionnels**

## Contexte :

La formation initiale des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux ne comprend pas de module abordant de manière approfondie la prévention des chutes des personnes âgées. Confrontés aux chutes des personnes âgées qu'ils accompagnent, les professionnels ont donc besoin de monter en compétences sur ce sujet. De plus, comme pour d'autres enjeux de prévention, les aidants non professionnels jouent un rôle capital. Leur sensibilisation au sujet est aussi importante.

## Initiatives et documents d'appui :

- MOOC chute : éviter les chutes graves chez les personnes âgées-

Outil déjà utilisé en Île de France au titre de la formation continue des professionnels des ESSMS comme du domicile, de l'hôpital comme de la ville et si possible, dès leur formation initiale

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/mooc-chute-eviter-les-chutes-graves-chez-les-personnes-agees>

Cette formation en ligne est composée de 2 parties :

1. Chutes graves de la personne âgée : comprendre, prévenir et réagir (pour tous : personnes âgées, aidants, professionnels)
2. Comment éviter les chutes graves : déployez le Pare à chute ! (Conduite de projet, destinée aux professionnels). Ce MOOC (Massive open online course) est composé de 25 modules comportant une vidéo sous-titrée accompagnée de la transcription du texte (pour 24 d'entre eux), des liens utiles, des documents ou des outils. Chaque module peut être le support d'une formation indépendante.

- Le comité régional sports pour tous : propose une formation à la prévention des chutes pour les professionnels du sport. Il peut adapter cette formation pour les autres professionnels.

- Universités et organismes de formation continue proposant une formation sur la prévention des chutes.

## Objectifs :

Faire connaître et déployer ces outils de formation.

## Pilote/Animateur :

Universités et organismes de formation

## Acteurs concernés/ cibles :

OPCO Santé, Uniformation et autres organismes de formations

## Étude d'impact :

Nombre de professionnels formés

## Calendrier :

A partir de 2024

## Actions :

**Action 1 :** Utiliser l'expertise des kinésithérapeutes pour former les aidants, afin de limiter l'apparition de Troubles Musculo-squelettiques liés aux manutentions et aux transferts de la personne aidée, et contribuer ainsi à limiter le risque de survenue de burn-out

**Action 2 :** Diffuser auprès des acteurs la possibilité d'accéder au MOOC chute. Ce support peut être utilisé dans les formations initiales à titre de support pédagogique.

**Préconisation 7 : Développer des actions de prévention promotion en santé qui permettraient de prendre conscience des nécessités de dépistage, repérage visuel, auditif, nutrition, podologue au plus tôt**

Initiatives et documents d'appui :

IRSA

MARSOINS unité mobile de prévention :

<https://www.lemarsoins.fr/> <https://www.lemarsoins.fr/le-concept/>

Objectifs :

- Inciter à faire un bilan auditif, visuel, nutrition... À partir de 65 ans au plus près des citoyens
- Aller à la rencontre des publics par l'intermédiaire de bus de sensibilisation et de repérage
- Défendre la réduction des inégalités d'accès aux soins
- S'appuyer sur des outils de simulation, pédagogiques

Pilote/animateur :

ARS, caisses de retraite, CPAM

Acteurs concernés/cibles

OPH mobile, audioprothésistes mobiles

Complémentaire santé pour aller vers

## VII. Synthèse des préconisations/actions


Le plan ligérien est construit de 3 niveaux

**Niveau 1** : L'action existe déjà, elle est à soutenir, à essayer, inspirant

**Niveau 2** : L'action est à étudier

**Niveau 3** : L'idée est à étudier à l'échelle nationale

A. Tableau 1 est composé du **niveau 1** existe déjà et du **niveau 2** à étudier

AXE - ACTION	MODALITÉS	PORTEURS ET PARTENAIRES	ECHELLE TERRITORIALE	PUBLIC CIBLE	CALENDRIER 2022-2023-2024
 <b>AXE 1 : SAVOIR REPÉRER LES RISQUES DE CHUTE ET ALERTE</b>					
<b>Préconisation 1 : Proposer des règles de dépistage du risque de chute communes à l'ensemble des professionnels de santé en région Pays de la Loire</b>					
	Harmonisation des pratiques inter et intrarégionales. Aujourd'hui le comité scientifique s'est accordé sur 4 évaluations (le lever de chaise, la vitesse de marche, le "timed get up and go" et le "stop walking when talking"). Et si nous devons en choisir qu'une ? <b>Le lever de chaise précédée de la recherche d'antécédents de chute.</b>	ARS  Gérontopôle PDL  Comité scientifique sur la chute, animé par Pr Annweiler et Pr Berrut	Régionale Inter - régionale Nationale (réflexion à proposer)	Tous les professionnels intervenant auprès des personnes âgées  Tous les citoyens par des autotests	2023-2026



**Préconisation 2 : S'appuyer sur la correction multifactorielle pour prévenir la chute**

	Action 1 : Soutenir l'expérimentation ICOPE Pays de la Loire - (en cours d'expérimentation : 2022-2025)				
	Action 2 : Soutenir le déploiement de l'outil D-Nut - (En cours d'expérimentation régionale 2020-2023)				
	Action 3 : S'inspirer de l'expérimentation Jeanne et Léon, une cure de prévention de la fragilité en Vendée (Dispositif privé - en cours d'évaluation 2023-2024)				
	Action 4 : Réaliser une campagne d'information pour rappeler que la visite longue et complexe est une opportunité qui permet le repérage de risque dont la chute				
	Action 5 : Permettre aux kinésithérapeutes de réaliser un bilan préventif kinésithérapique, pris en charge financièrement par le système de soins				
	Action 6 : Développer l'Education Thérapeutique Patient chute à l'instar du CHU d'Angers (en développement)				
	Action 7 : S'inspirer du parcours de soins dédié à la prévention de la fragilité et de la sarcopénie par le CHU de Nantes				
	Action 8 : Soutenir et diffuser l'intérêt du PROGRAMME INTÉGRÉ D'EQUILIBRE DYNAMIQUE (PIED) (en déploiement au niveau national)				
	Action 9 : Promouvoir le bilan préventif podologique dès l'âge de 65 ans				
	Action 10 : Sensibiliser l'ensemble des professionnels intervenant au rôle de dépistage du risque de chute				
	Dépendant des actions	Dépendant des actions	Dépendant des actions	Dépendant des actions	Dépendant des actions

**Préconisation 3 : Proposer en expérimentation régionale des campagnes de repérage de la fibrillation atriale**

	Organiser une campagne de repérage de la fibrillation auriculaire.	CPAM, Comité scientifique, Centre de preuves	Régionale	Les médecins généralistes, professionnels de santé, IDE	
--	--	--	-----------	---	--

**Préconisation 4 : Proposer en expérimentation régionale l'organisation d'un dépistage massif de l'hypotension orthostatique chez les chuteurs et dans la population de 65 ans et plus**

	Dépister et prendre en charge l'HO pour diminuer le nombre de chutes. Organiser un dépistage massif de l'HO chez les chuteurs et dans la population cible.	CPAM, Comité scientifique, Centre de preuves	Régionale	Les médecins généralistes, professionnels de santé, IDE	
--	--	--	-----------	---	--

**Préconisation 5: Soutenir le déploiement de toutes initiatives de prévention qui ont une démarche d'aller vers**

	Action 1 : Repérer le risque de chute par le vecteur des plateformes de répit et d'accompagnement apportant un soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie.				
	Action 2 : Soutenir le déploiement de l'expérimentation de télé-ergothérapie				
	Action 3 : Déployer le repérage des chuteurs via les partenariats avec les SDIS				
	Dépendant des actions	Dépendant des actions	Dépendant des actions	Dépendant des actions	Dépendant des actions

**Préconisation 6 : Insérer un module sur le repérage et la prévention des chutes à la faveur du service sanitaire obligatoire**

	Profiter du service sanitaire pour amener des étudiants en santé à s'intéresser aux spécificités du public âgé et aux actions de prévention possibles	Les Facultés de santé d'Angers et de Nantes	Régionale	EHPAD et résidences Autonomie	2023-2024
--	---	---	-----------	-------------------------------	-----------


**Préconisation 7 : Soutenir les actions de prévention du plan antichute dans les CPOM des ESSMS**

	Action 1 : Décliner un plan d'action spécifique en fonction du diagnostic partagé et des objectifs fixés. Mobilisation possible de financements complémentaires (formations ...)				
	Action 2 : Communiquer sur les actions probantes développées par les EHPADs dans le cadre précis du processus de contractualisation (Promotion des RetEx)				
	Diffuser et harmoniser les bonnes pratiques	ARS, CD, organisme gestionnaires	Régionale	EHPAD, SSAD, SSIAD, SPASAD, ESSMS, Centre de ressources et d'expertises, DRAD, DIVADOM	

**Préconisation 8 : Analyser systématiquement les chutes (via les événements indésirables EI)**

	Action 1 : Disposer d'une procédure décrivant la conduite à tenir en cas de chute, connue de l'ensemble des professionnels.				
	Action 2 : Tracer l'ensemble des chutes dans le dossier médical du patient et systématiser la déclaration des chutes graves (EIGS) pour permettre l'analyse des facteurs contributifs en équipe pluriprofessionnelle et mettre en place des actions d'amélioration.				
	<a href="https://www.qualirelsante.com/accompagnement/appui-a-l-analyse-des-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs/">https://www.qualirelsante.com/accompagnement/appui-a-l-analyse-des-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs/</a> Mise en œuvre d'actions de sensibilisation et/ou d'ateliers thématiques à la structuration, au signalement et à l'analyse systémique des EIGS	Qualirel santé se propose de conduire cette mission	Régionale	Les professionnels, acteurs de la prise en charge des usagers (secteur sanitaire, médico-social, soins primaires)	En cours

	<p>(interne et déclaration externe) Appui méthodologique aux équipes pour la mise en œuvre de solutions pour la sécurité des soins dans les pratiques Capitalisation et partage des enseignements issus des analyses des EIGS portés à la connaissance de QualiREL Santé Apport d'éléments d'aide à la décision dans la politique de sécurité des soins de la région Pays de la Loire Partager les expériences autour des événements indésirables associés aux soins à un niveau régional, qu'ils soient soumis ou non à une obligation de déclaration sur le portail national, mais dont les enseignements ont une réelle portée pédagogique régionale</p>			<p>ARS pour le suivi des EIG</p>	
<p><b>Préconisation 9 : Mettre en place un modèle unifié de déclaration des chutes dans le but d'évaluer la pertinence du plan antichute régional</b></p>					
	<p>Action 1 : Créer l'outil de manière concerté.</p>				
	<p>Action 2 : Sensibiliser et former les établissements, professionnels concernés</p>				
	<p>Action 3 : S'appuyer sur les commissions gériatriques des EHPAD pour analyser et qualifier la survenue des chutes à partir des fiches standardisées</p>				

	<p>Favoriser la déclaration des chutes par la standardisation de la collecte de données – Pour tendre vers un document d’EI des chutes commun et traité au niveau national</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identification des principaux acteurs de santé concernés (soins primaires, ESSMS : EHPAD, SSIAD, SAAD...)</li> <li>2. Étude des scénarios de collecte des données / indicateurs d’ores et déjà en place chez les acteurs concernés</li> <li>3. Mise en place d’une stratégie unifiée de transmission / ETL des données collectées afin de les consolider au niveau régional</li> </ol>	Smart-Macadam se propose de conduire cette mission	Régionale	ESSMS	
AXE - ACTION	MODALITÉS	PORTEURS ET PARTENAIRES	ECHELLE TERRITORIALE	PUBLIC CIBLE	CALENDRIER 2022-2023-2024
 <p><b>AXE 2 : AMÉNAGER SON LOGEMENT POUR ÉVITER LES RISQUES DE CHUTE</b></p>					
<b>Préconisation 1 : Systématiser le diagnostic en ergothérapie pour une amélioration adaptée de l’habitat</b>					
	<p>Par l’évaluation faite par des professionnels formés, mieux cibler les améliorations de l’habitat en fonction des besoins et proposer des actions correctives aux difficultés repérées en proposant des modifications d’habitude de vie, des aides techniques et si besoin, des adaptations.</p>	DREAL ou ANAH pour Ma prime Adapt’, Caisses de retraite, Conseil Départemental, Conférence des financeurs		Ergothérapeutes, Équipes d’Appui d’Adaptation et de Réadaptation, Domus Prévention, Merci Julie, Accompagnateurs Rénov’ (Citémétrie, Soliha, Hateis Habitat (Vendée), Une famille un toit (Loire Atlantique)	

**Préconisation 2 : Renforcer le diagnostic habitat par un diagnostic gériatrique en téléconsultation**

	Permettre au praticien hospitalier de compléter les préconisations du plan personnalisé lors du retour au domicile par l'intervention au domicile d'un ergothérapeute	CHU Angers et Domus prévention	Aujourd'hui Angers	Ergothérapeutes libéraux	
--	---	--------------------------------	--------------------	--------------------------	--

**Préconisation 3 : Favoriser le développement d'ateliers de réflexion sur l'habitat à l'échelle des territoires de proximité**

	Partager entre pairs-aidants des solutions par le biais de méthodes et d'organisations promues par les collectivités locales	Conférences des financeurs	Régionale	Association Habit'âge, Association HACOOPA, Association des Maires de France et Association des maires ruraux des 5 départements des Pays de la Loire	
--	--	----------------------------	-----------	---	--

**Préconisation 4 : Favoriser « l'aller vers » par le développement à plus grande échelle d'événements et d'outils présentant des solutions d'amélioration de l'habitat et des aides techniques.**

	Aller vers, présenter diverses solutions d'aménagement de l'habitat, de manière concrète et pédagogique		Régionale	SOLIHA, MSA Loire-Atlantique Vendée	
--	---	--	-----------	-------------------------------------	--

**Préconisation 5 : Renforcer les compétences des professionnels du bâtiment intéressés par les adaptations du logement au vieillissement**

	Permettre aux professionnels de travailler ensemble, de partager leurs expériences afin de se former mutuellement	CFA du BTP et/ou GRETA		FFB, CAPEB, ergothérapeutes	
--	---	------------------------	--	-----------------------------	--

**Préconisation 6 : Former les acteurs du domicile aux adaptations du logement et aux aides techniques**

	Action 1 : Développer en formation initiale à l'intention des intervenants à domicile des modules courts de sensibilisation aux aides techniques et aux adaptations du logement				
	Action 2 : Développer des modules de sensibilisation courts et les proposer aux structures d'aide à domicile intéressés par le biais d'une information/communication portée par les CLIC en formation continue				
	MOOC Opérateurs de compétences OPCO	FESP, Synerpa Domicile, UNA, ADMR, FEPEM	Régionale	OPCO Uniformation, organismes de formation des SAAD : Auxilea, Expersona, IPERIA, Afortis etc.	

**Préconisation 7 : Prendre en compte la prévention de la chute dans l'adaptation / construction du bâti quel que soit le lieu d'habitation (EHPAD, domicile...)**

	Action 1 : Se doter d'un référentiel partagé à l'échelle régionale par les bailleurs sociaux et les constructeurs-promoteurs privés à la conception/rénovation d'habitats concourant à la prévention des chutes				
	Action 2 : Développer l'intégration de dispositifs domotiques au sein des habitats existants ou à venir (action inspirante : PHILEMON au sein du DIVADOM sur la ville d'Angers)				
	Action 3 : Développer la conception des habitats intermédiaires en prenant appui sur la compétence des ergothérapeutes				
	Action 4 : Saisir l'opportunité du PAI pour rénover les EHPAD et résidences-autonomie				
	Dépendant des projets : PAI 2021-2025 pour les ESSMS	Dépendant des projets ARS DREAL		Dépendant des projets	Dépendant des projets

**Préconisation 8 : Mettre en place des actions de vigilance et de répression des fraudes à Ma Prime Adapt'**

	Lutter contre les abus de faiblesse et les pratiques commerciales frauduleuses qui discréditent les adaptations des logements des particuliers au vieillissement en étendant le partenariat existant entre la DREAL et le pôle concurrence, consommation et répression des fraudes de la DREETS dans le but de sécuriser le parcours des ménages souhaitant réaliser des travaux de rénovation énergétique (signalement des pratiques abusives y compris du fait d'entreprises, traitement / sanction de ces organismes).	DREETS, DREAL		Fédérations de professionnels du bâtiment, chambre de métiers et de l'artisanat, associations de consommateurs	Dès la mise en place de Ma Prime Adapt'
AXE - ACTION	MODALITÉS	PORTEURS ET PARTENAIRES	ECHELLE TERRITORIALE	PUBLIC CIBLE	CALENDRIER 2022-2023-2024



**AXE 3 : DES AIDES TECHNIQUES A LA MOBILITE FAITES POUR TOUS**

**Préconisation 1 : Développer des actions interprofessionnelles sur la pertinence et l'accompagnement des aides techniques.**

	Ouvrir le dialogue entre les médecins et pharmaciens sur la pertinence de la prescription des aides techniques.	Inter URPS ARS	Régionale	Pharmaciens, Médecins	
--	---	-------------------	-----------	-----------------------	--

**Préconisation 2 : Déployer sur tout le territoire régional des systèmes de prêt d'aides techniques et de mise à disposition de matériel reconditionné**

	Favoriser l'acquisition d'aides techniques financièrement accessible et écologiquement vertueuse aux personnes en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap	Conseils départementaux	Régionale	Magasins de matériel médical	
--	--	-------------------------	-----------	------------------------------	--



**Préconisation 3 : Renforcer le maillage territorial des Equipes d'Appui en Adaptation et Réadaptation (EAAR) à l'échelle régionale, animer le partage des pratiques entre les EAAR**

	Améliorer l'offre et le maillage des EAAR dans un but d'équité territoriale	ARS, Conférence de financeurs	Régionale	EAAR EQLAAT	
--	---	-------------------------------	-----------	----------------	--

**Préconisation 4 : Développer l'information et les accompagnements relatifs à l'appropriation et l'utilisation des aides techniques pour les personnes ayant des troubles auditifs/visuels**

	Action 1 : Construire un vrai réseau de santé de proximité dédié aux déficiences sensorielles et faciliter les mobilités des personnes âgées qui en ont besoin (lien avec ICOPE)				
	Action 2 : Développer et mettre à disposition une formation spécifique « déficiences visuelles » pour les ergothérapeutes				
	Permettre à toutes les personnes âgées déficients sensoriels d'accéder aux aides techniques appropriées, aux aides à la vie journalière, aux instructeurs de locomotion	ARS SRAE Sensoriel	Régionale	Professionnels médicaux, médico-sociaux, sociaux Ergothérapeutes	

**Préconisation 5 : Développer l'adéquation entre les besoins des résidents et les aides techniques disponible en EHPAD**

	Renouvellement des aides techniques en EHPAD.	Conseils départementaux – ARS		EHPAD et résidents	
--	---	-------------------------------	--	--------------------	--

**Préconisation 6 : Recenser et développer des actions de formation à la bonne utilisation des aides techniques destinées aux professionnels**

	Action 1 : Former les acteurs impliqués dans le dépistage et la prise en charge de la chute par la formation continue				
	Action 2 : Former les médecins aux problématiques gériatriques				

	Appliquer à la formation initiale et continue la mise en place des aides techniques, les aides techniques spécifiques (approche sensorielle, déficients visuels, etc...)	Université – SAAD – Creat/Centich/ SRAE Sensorielle	Régionale	Bailleurs sociaux, Services d'aides à domicile : Auxiliaires de vie, aide à domicile : Repérage + orientation vers le bon professionnel	2023-2024...
<b>Préconisation 7 : Accompagner les démarches administratives pour faciliter l'accès aux aides techniques</b>					
	La complexité du système peut décourager et les personnes ont besoin d'être soutenues dans cette tâche	Conférence des financeurs 44 étudie ce projet			
AXE - ACTION	MODALITÉS	PORTEURS ET PARTENAIRES	ECHELLE TERRITORIALE	PUBLIC CIBLE	CALENDRIER
					2022-2023-2024
 <b>AXE 4 : L'ACTIVITÉ PHYSIQUE MEILLEURE ARME ANTICHUTE</b>					
<b>Préconisation 1 : Renforcer la communication autour du dispositif Ligérien ON Y VA !</b>					
	On y va ! est une démarche concertée entre les acteurs de la santé et du sport pour faciliter la pratique d'une activité physique aux malades chroniques	SRAE Nutrition ARS	Régionale	Professionnels médicaux, médico-sociaux, sociaux, Usagers Maison de sport santé	2022-2024
	<b>Action 1 : Sensibiliser les médecins à la prescription de l'activité physique adaptée (APA)</b>				
	Sensibiliser les médecins à l'importance de l'activité physique adaptée et à l'intérêt de la prescription (soirées, webinaires, visites sur site)	SRAE Nutrition, Inter URPS ARS	Régionale	Professionnels médicaux MSS	2022-2024

<b>Action 2 : Sensibiliser les autres professionnels de santé, les acteurs du social, des collectivités territoriales à l'importance de l'activité physique</b>					
	<p>Pour diffuser les bonnes pratiques, favoriser l'activité physique et veiller à la cohérence des discours de toutes les personnes qui interviennent auprès des séniors.</p> <p>Sensibiliser à « la manière d'en parler » aux personnes âgées fragiles (et parmi elles aux personnes les plus éloignées de l'Activité Physique Aadaptée) et à leur entourage</p>	<p>SRAE Nutrition, Inter URPS ARS</p>	<p>Régionale</p>	<p>Professionnels de santé Acteurs du social Collectivités territoriales MSS</p>	<p>2022-2024</p>
<b>Préconisation 2 : Favoriser les échanges intersectoriels afin de promouvoir l'activité physique adaptée entre les acteurs concernés (santé, social, sport, des collectivités locales...)</b>					
	<p>Encourager la prescription de l'APA qui constitue un traitement à part entière par la mobilisation des différents acteurs et le relais d'une information précise, adaptée et sécurisée</p> <p>Favoriser un cadre de référence commun pour l'orientation des professionnels, la prescription, la promotion et la dispensation de l'APA</p>	<p>SRAE Nutrition Inter URPS ARS</p>	<p>Régionale</p>	<p>Médecins, Professionnels de santé Acteurs du social, Collectivités territoriales</p>	<p>2022-2024</p>
<b>Préconisation 3 : Renforcer les complémentarités entre les intervenants : Masseurs kinésithérapeutes / Enseignants en activité physique adaptée</b>					
	<p>Appuyer la mise en application du décret et la structuration des parcours</p>	<p>SRAE Nutrition, Inter URPS ARS</p>	<p>Régionale</p>	<p>Masseurs Kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, enseignants en APA, Professionnels de l'APA</p>	<p>2022-2024</p>

**Préconisation 4 : Diffuser le message de prévention des chutes encourageant l'activité physique en prenant appui sur l'évaluation approfondie d'ICOPE**

	Sensibiliser à la pratique de l'activité physique dès la transition de l'arrêt de l'activité professionnelle vers la retraite Diffuser un message clair, similaire pour encourager la pratique de l'APA	Inter URPS ARS SRAE Nutrition,	Régionale	Professionnels médicaux, médico-sociaux, sociaux CARSAT, AGIRC-ARRCO Usagers	2023-2024
--	--	--------------------------------------	-----------	--	-----------


**Préconisation 5 : Encourager l'activité physique adaptée à domicile des personnes âgées dans une démarche d'aller vers**

	Renouer un lien social, sortir progressivement de chez soi et de situations d'isolement ;				
--	---	--	--	--	--

**Préconisation 6 : Favoriser les mobilités actives au sein des territoires**

	« Le Fonds d'appui pour des territoires innovants seniors : un fonds à mobiliser pour appuyer les actions du Plan » Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés / CNSA Objectif : Soutenir l'émergence d'actions territoriales en faveur du vieillissement actif et en bonne santé Le fonds d'appui pour des territoires innovants seniors vise à permettre le déploiement d'actions territoriales : - Prospectives de prise en compte des impacts des dynamiques démographiques ; - Permettant la valorisation de la contribution des aînés à la revitalisation de centres-villes et de quartiers, mais aussi plus largement à leur contribution à la société quand leurs apports potentiels sont trop souvent minorés ;	Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés / CNSA SRAE Nutrition	Régionale	Collectivités locales	Prochains appels d'offres pour le 5 novembre 2022 : <a href="https://villesamies-sdesaines-rf.fr/files/ressources/500/512-fonds-dappui-pour-des-territoires-innovants-seniors-cahier-des-charges.pdf">https://villesamies-sdesaines-rf.fr/files/ressources/500/512-fonds-dappui-pour-des-territoires-innovants-seniors-cahier-des-charges.pdf</a>
--	---	--	-----------	-----------------------	---

	- Préventives par l'adaptation du cadre de vie de proximité (les mobilités, l'aménagement urbain, la participation citoyenne, l'adaptation de la programmation culturelle, sportive, etc.) dans l'objectif de permettre le maintien de l'activité et de la citoyenneté				
<b>Préconisation 7 Ouvrir les parcours d'activités Santé Seniors (PASS) et les séances d'APA en établissement accueillant des personnes âgées aux acteurs du domicile et aux habitants</b>					
	Rendre accessible à un large public les initiatives mises en place, et poursuivre l'intégration de l'enseignant APA en EHPAD. Favoriser l'activité physique au plus grand nombre	Candidature partagée et co-financement ARS/CD ? Municipalités Inter URPS SRAE Nutrition	Régionale	EHPAD, collectivités locales, prestataires d'activités physiques adaptées, associations, SSIAD	2023 2024
<b>Préconisation 8 : Répondre au mieux aux besoins des personnes âgées en renforçant les échanges entre les professionnels médicaux, médico-sociaux et de l'activité physique au sein des EHPAD</b>					
	Intégration systématique dans le projet d'accompagnement personnalisé, dans le dossier de soins, d'un volet activité physique comprenant : les restrictions, les contre-indications à la pratique de l'activité physique, l'évaluation de l'impact de l'activité physique sur la santé Ajustement multifactoriel selon les besoins de la personne.	ARS	Régionale	EHPAD	

AXE - ACTION	MODALITÉS	PORTEURS PARTENAIRES	ET	ECHELLE TERRITORIALE	PUBLIC CIBLE	CALENDRIER 2022-2023-2024
 <b>AXE 5 : LA TÉLÉASSISTANCE POUR TOUS</b>						
<b>Préconisation 1 : Faire évoluer la téléassistance vers la télé-conciergerie pour répondre à de nouveaux besoins</b>						
	Apporter de nouveaux services pour favoriser le maintien à domicile	Conseils départementaux CCAS FEDESAP / FESP au titre expérimental Associations d'usagers : ex. UFCV, Club Régional des usagers du Gérontopôle		Régionale	Téléassisteurs	
<b>Préconisation 2 : Favoriser le respect du périmètre de marche au cœur des ESSMS en se saisissant ou en développant des dispositifs qui permettent une intervention rapide du personnel soignant</b>						
	<b>Action 1 : Partager des retours d'expériences inspirantes à l'échelle régionale du « zéro contention »</b>					
	<b>Action 2 : Développer la mise en place d'outils de type oreille augmentée du soignant</b>					
	Admettre le risque de chute chez le sujet âgé en équipe, intégrer « le zéro contention » au projet d'établissement et/ou au CPOM Améliorer la qualité de vie au Travail	ARS CD		Régionale	Personnes âgées et soignants de ville et en établissements	

	Sécuriser les résidents d'EHPAD et des centres de ressources territoriaux				
AXE - ACTION	MODALITÉS	PORTEURS PARTENAIRES	ET	ECHELLE TERRITORIALE	PUBLIC CIBLE
					CALENDRIER 2022-2023-2024
 <b>AXE TRANSVERSAL : Information, sensibilisation</b>					
<b>Préconisation 1 : : Diffuser la communication nationale du plan antichute à destination du public par la création d'une page dédiée au plan antichute national sur le site de l'ARS et du Gérontopôle.</b>					
		ARS relais de la communication nationale et Gérontopôle		Régionale	Dispositifs d'appui à la coordination SRAE... 2022 2023 2024
<b>Préconisation 2 : Construire et diffuser la communication régionale sur le plan antichute à destination des partenaires</b>					
	Action 1 : Mettre en page et diffuser le plan notamment par le biais de webinaire 13 décembre 2022				
	Action 2 : Communiquer sur les actions existantes				
	Actions 3 : Communiquer sur les actions menées suite aux préconisations par le biais d'une newsletter.				
	Action 4 : Définir les missions du community manager chargé de l'animation du site web dédié et des réseaux sociaux				
	Action 5 : S'appuyer sur le site interne de l'ARS des Pays de la Loire pour centraliser les informations, un espace unique qui serait un outil de coordination référençant l'existant, les liens existants et redirigerait vers le site du plan antichute				
	Construire un plan de communication qui s'échelonne sur la période du plan régional	Gouvernance régionale du plan		Régionale	Gouvernance départementale

		antichute		Dispositif d'appui à la coordination Ensemble des acteurs	
<b>Préconisation 3 : Créer un comité scientifique chargé de faire une veille documentaire et de transmettre les nouveautés aux partenaires, professionnels, au grand public.</b>					
	Rendre lisible par de l'infographie, les réseaux sociaux, les études scientifiques, les recommandations de bonnes pratiques afin de d'atteindre le grand public et l'ensemble des partenaires. ● Appel à candidatures pour la constitution du Comité Scientifique ● Préparation d'un planning de rencontres / réunions de travail ● Formalisation des objectifs et des livrables attendus	Gérontopôle, CHU	Régionale		
<b>Préconisation 4 : Permettre aux aidants d'être destinataire du plan antichute»</b>					
	Action 1 : Développer le rôle de vecteur d'information et de sensibilisation des plateformes d'accompagnement et de répit apportant un soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie				
	Action 2 : Créer des outils adaptés permettant la diffusion au public cible (aidant/aidé)				
	Action 3 : Sensibiliser les partenaires-professionnels au rôle d'aidant et aux besoins en termes de prévention				
	Action 4 : Sensibiliser, impliquer et proposer des formations aux aidants afin d'augmenter leurs compétences sur les actions de prévention des chutes notamment par la mise en œuvre de l'activité physique, l'utilisation des aides techniques.				



	Action 5 : Proposer un temps d'information sur les sites hébergements temporaires, accueils de jour, plateformes de répit sur la prévention des chutes à l'aidant				
	Action 6 : Sensibiliser et impliquer les aidants dans la prévention des chutes, la promotion et la mise en œuvre de l'activité physique				
	Inciter à une prise en charge raisonnée du risque de chute chez l'aidant	ARS/MDA	Régionale	Plateforme de Répit, toutes les associations : France Alzheimer, HAD, SSIAD, MDA et conseils départementaux (évaluateurs), médecins traitants, tous les intervenants aux domiciles, maison des aidants Dispositif d'appui à la coordination	2023-2024
<b>Préconisation 5 : Sensibiliser les élus par l'intégration du plan antichute systématiquement dans les projets gérontologiques locaux et contrats locaux de santé</b>					
	Sensibiliser les EPCI et les communes à l'importance de se doter d'un plan gérontologique local en déclinaison des schémas gérontologiques départementaux et du plan régional de santé Sensibiliser les EPCI et les communes à intégrer dans leur plan des actions relevant du plan antichute comme celles portant sur l'adaptation des logements (les Plans Locaux de l'Habitat, les OPAH et les espaces conseils France Rénov étant plutôt l'échelle des EPCI) ou la lutte contre la sédentarité.	Conseils Départementaux Métropoles	EPCI Communale	EPCI Communale	

**Préconisation 6 : Informer sur les formations de la prévention des chutes à destination des professionnels de santé sociaux et médico-sociaux et aux aidants non professionnels**


	Action 1 : Utiliser l'expertise des kinésithérapeutes pour former les aidants, afin de limiter l'apparition de Troubles Musculo-Squelettiques liés aux manutentions et aux transferts de la personne aidée, et contribuer ainsi à limiter le risque de survenue de burn-out				
	Action 2 : Diffuser auprès des acteurs la possibilité d'accéder au MOOC chute. Ce support peut être utilisé dans les formations initiales à titre de support pédagogique				
	Faire connaître et déployer ces outils de formation.	Universités et organismes de formation	Régionale	OPCO Santé, Uniformation et autres organismes de formations	À partir de 2024

**Préconisation 7: Développer des actions de prévention promotion en santé qui permettraient de prendre conscience des nécessités de dépistage/repérage visuel/auditif/nutrition/podologue au plus tôt**

	Inciter à faire un bilan auditif, visuel, nutrition... à partir de 65 ans au plus près des citoyens Aller à la rencontre des publics par l'intermédiaire de bus de sensibilisation et de repérage Défendre la réduction des inégalités d'accès aux soins S'appuyer sur des outils de simulation, pédagogiques	ARS Caisses de retraite CPAM SRAE Sensoriel	Régionale	Ophtalmo mobile, Audioprothésistes mobiles Complémentaire santé pour aller vers	
--	--	--	-----------	--	--

B. Tableau 2 : Niveau 3 pour les actions qui auront vocation à mûrir et être développées à l'échelle nationale.

AXE ACTION	MODALITÉS	PORTEURS ET PARTENAIRES	ECHELLE TERRITORIALE	PUBLIC CIBLE
 <b>AXE 1 : SAVOIR REPÉRER LES RISQUES DE CHUTE ET ALERTE</b>				
<b>Préconisation 10 : Valider des outils de mesures : Diagnostic/Sécurité/Utilisabilité</b>				
	Nourrir le centre de preuves régional	CNSA Acteurs régionaux : Gérontopôle des Pays de la Loire en collaboration avec Allegro living lab gériatrique CHU ANGERS, INUITS CHU NANTES, le CENTICH et autres dispositifs à définir	Cette réflexion sera à mener à l'échelle nationale avant d'être déclinée à l'échelle régionale	Conseils départementaux Développeurs d'innovation, Entreprises, ...
<b>Préconisation 11 : Définir collectivement l'expérimentation du panier de soins au titre de l'article 51</b>				
	Mettre en synergie des acteurs majeurs du sanitaire et du social en proximité.  Modéliser un parcours préventif en intégrant les modes d'organisation et de financement particuliers de chaque acteur.	ARS, CPAM CFPPA  Les dispositifs de coordination du territoire (DAC ou autres)	Cette réflexion sera à mener à l'échelle nationale avant d'être déclinée à l'échelle régionale	Inter URPS  SSIAD, SPASAD, ESA, EMGT, Hotline, Médecins généralistes, EAPA, consultations spécialisées, CFPPA...

AXE ACTION	MODALITÉS	PORTEURS ET PARTENAIRES	ECHELLE TERRITORIALE	PUBLIC CIBLE
 <p><b>AXE 3 : DES AIDES TECHNIQUES A LA MOBILITE FAITES POUR TOUS</b></p>				
<p><b>Préconisation 8 : Évaluer nationalement des aides technologiques donnant lieu à une recommandation de mise sur le marché qui s'appuie sur des centres de preuves régionaux</b></p>				
	<p>Nourrir le centre de preuves régional</p> <p>Occasion de promouvoir la recherche et la validation des aides technologiques en lien avec les living-lab</p>	<p>CNSA</p> <p>Acteurs régionaux : Gérontopôle des Pays de la Loire en collaboration avec Allegro living lab gériatrique CHU ANGERS, INUITS CHU NANTES, le CENTICH et autres dispositifs à définir</p>	<p>Cette réflexion sera à mener à l'échelle nationale avant d'être déclinée à l'échelle régionale</p>	<p>Conseils départementaux</p> <p>Développeurs d'innovation,</p> <p>Entreprises, ...</p>
<p><b>Préconisation 9 : Proposer l'évolution réglementaire de l'allocation personnalisée d'autonomie en dissociant l'accès aux Aides Techniques du plan d'Aide Humaine</b></p>				
	<p>Deux volets distincts permettraient une plus grande agilité de traitement des demandes et un examen simplifié des droits à la CDF dans la continuité du traitement APA</p>	<p>CNSA</p>	<p>Cette réflexion sera à mener à l'échelle nationale avant d'être déclinée à l'échelle régionale</p>	<p>Conseils départementaux</p>

AXE ACTION	MODALITÉS	PORTEURS ET PARTENAIRES	ECHELLE TERRITORIALE	PUBLIC CIBLE
 <b>AXE 5 : TELEASSISTANCE</b>				
<b>Préconisation 3 : Favoriser une technologie non contraignante de l'alerte à la prévention de la récurrence de la chute et l'évaluer</b>				
	<p>Prendre en compte les nouvelles catégories d'utilisateurs, favoriser l'axe préventif de la TA</p>	<p>Conseils départementaux</p> <p>Collectivités locales (CCAS) : Un interlocuteur de proximité, proche de chez soi</p> <p>Fédérations SAP : FEDESAP / FESP</p> <p>Les services d'aide à la personne dits de « confort » devraient contribuer à démocratiser la téléassistance</p> <p>La prévention passe également par les professionnels de santé : ex. ergothérapeute</p> <p>Centre de preuves</p>	<p>Cette réflexion sera à mener à l'échelle nationale avant d'être déclinée à l'échelle régionale</p>	<p>Conseils départementaux</p> <p>Développeurs d'innovation, Entreprises</p> <p>Téléassisteurs et services d'urgence (SAMU, SDIS prévention en sortie d'hospitalisation) ...</p>

**Préconisation 4 : Apporter des réponses aux alertes révélées par la téléassistance et les évaluer**

	<p>Améliorer les actions de prévention et comprendre les causalités de la chute</p>	<p>CNSA, Acteurs régionaux : Gérontopôle des Pays de la Loire en collaboration avec Allegro living lab gériatrique CHU ANGERS, INUITS CHU NANTES, le CENTICH et autres dispositifs à définir Centre de preuves</p>	<p>Cette réflexion sera à mener à l'échelle nationale avant d'être déclinée à l'échelle régionale</p>	<p>Conseils départementaux Développeurs d'innovation, Entreprises Téléassisteurs et services d'urgence (SAMU, SDIS) Pour les préconisations évaluations il faut également inclure les ergothérapeutes qui sont les plus à même de faire toutes les évaluations, y compris dans le domaine de la TéléAssistance qui fait désormais partie des solutions proposées en cas d'identification de besoins.</p>
--	---	--	---	--

**Préconisation 5 : Améliorer et prendre en charge les solutions de téléassistance afin de répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles neurocognitifs installés**

	<p>Apporter de nouveaux services pour favoriser le maintien à domicile des personnes présentant des troubles cognitifs importants</p> <p>Rendre lisible l'offre</p>	<p>Conseils départementaux CNSA, Acteurs régionaux : Gérontopôle des Pays de la Loire en collaboration avec Allegro living lab gériatrique CHU ANGERS, INUITS CHU NANTES, le CENTICH et autres dispositifs à définir Centre de preuves</p>	<p>Cette réflexion sera à mener à l'échelle nationale avant d'être déclinée à l'échelle régionale</p>	<p>Conseils départementaux Développeurs d'innovation, Entreprises</p>
--	---	--	---	---

## VIII. Les conditions pour y parvenir

- L'engagement de la gouvernance régionale et son articulation avec les gouvernances départementales permettront l'accompagnement des actions territoriales
- Définir le partenariat entre ARS et conseils départementaux dans la déclinaison du plan
- Encourager l'innovation, l'expérimentation et l'évaluer
- Renforcer la formation des professionnels

## IX. Pilotage et suivi de la stratégie de la prévention des chutes Ligérienne.

La diversité des acteurs et institutions engagés dans la prévention des chutes est garante des réponses qualitatives attendues autour des 6 axes de la stratégie de la prévention des chutes Ligérienne.

Chacun doit trouver sa place dans les réflexions collectives.

Cette démarche régionale projetée sur 3 ans doit s'inscrire sur le long terme. Il est nécessaire qu'elle perdure pour accompagner le changement.

### A. Animation régionale et suivi du plan

La première étape a été de définir la gouvernance Régionale pour soutenir le dynamisme partenarial par la mise en place d'un comité de pilotage régional. La seconde étape sera d'établir des instances opérationnelles départementales afin d'accompagner la mise en œuvre de la stratégie.

Les objectifs seront de :

- Favoriser l'échange des pratiques, permettre le suivi du plan, activer les leviers, faire remonter les difficultés et dysfonctionnements ; au besoin ajuster la feuille de route.
- Assurer une couverture globale du territoire par le plan.

### B. Les missions de la gouvernance régionale

La gouvernance régionale est composée de l'ARS, des 5 Conseils Départementaux, des 5 conférences des financeurs, des caisses de retraite (CARSAT, AGIRC ARRCO, Malakoff Humanis), du CHU d'Angers, du CHU de Nantes, de Nantes Université, de SRAE Nutrition, de SRAE Sensoriel, du GCS E-santé, du Comité Régionale des Usagers, DREAL, FFB, CAPEB, Gérontopôle.

Les missions seront les suivantes :

- 1- Prioriser parmi les actions du plan les actions sur lesquelles les acteurs du comité régional se mobiliseront sur la durée du plan
- 2- Identifier des financements et leurs articulations
- 3- Construire un ensemble d'indicateurs qui permettraient d'évaluer l'efficacité du plan et le suivi de son action régionale
  - Suivre l'impact des actions soutenues dans le cadre du présent plan
  - Elargir le suivi du plan antichute sous l'angle des bénéfices attendus (auprès des personnes âgées, des professionnels, des aidants...) et non pas uniquement sur l'évolution du nombre de chutes déclarées
  - Identifier les actions de prévention des chutes
  - Évaluer la dynamique partenariale
  - Mesurer la qualité des projets portés, leur pertinence sur le territoire
  - Évaluer le maillage territorial par le repérage efficient du risque de chute
- 4- Suivre les travaux des 5 gouvernances départementales sur le dernier trimestre 2022/1er trimestre 2023

### C. La gouvernance départementale

- Pour faire vivre le plan antichute, il est important que les territoires s'approprient les orientations du présent plan et puissent à leur niveau se mobiliser pour répondre à l'enjeu de santé publique de prévention des chutes. Le plan antichute est une boîte à outils régionale où les partenaires territoriaux pourront venir puiser des actions en fonction des besoins et de la dynamique d'acteurs (ex CPTS, CLS...). Certainement que des innovations ou d'autres actions d'ailleurs non pensées à ce stade émergeront également
- Pour cela l'identification d'un lieu ou d'un espace d'échange et de suivi des actions de prévention des chutes dans les territoires en déclinaison du plan régional est nécessaire. C'est la garantie d'un rendez-vous régulier pour évoquer, impulser, coordonner et surtout suivre cette actualité. Le comité de pilotage du 29 septembre 2022 a validé la maille de l'échelle départementale
- Il n'est pas demandé de créer une nouvelle comitologie ad hoc, il est possible d'intégrer le suivi du plan à une instance qui existe déjà. Il sera rendu compte au comité de pilotage régional des solutions retenues par chacun des départements.
- Le rôle du pilotage et la composition des gouvernances seront à définir selon les territoires pour le premier trimestre 2023.



## ANNEXE 1 : Des acteurs régionaux investis dans la prévention des chutes du sujet âgé

### D. Les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) des Pays de la Loire<sup>51</sup>

La CNSA a compétence pour soutenir financièrement, par l'intermédiaire des concours « forfait autonomie » et « autres actions de prévention », les conférences des financeurs dans le déploiement d'actions de prévention de la perte d'autonomie incluant la prévention du risque de chutes.

Au-delà de son appui financier, elle apporte des éclairages techniques et des recommandations sur la déclinaison opérationnelle des actions, sur les volets méthodologiques et financiers.

La prévention du risque de chute se retrouve dans plusieurs axes de compétence des conférences des financeurs.

Sont éligibles, notamment :

- [Axe 1\_Concours autres actions de prévention] Les aides techniques contribuant à la prévention du risque de chute au domicile (aménagement son logement pour éviter les risques, financer des aides techniques à la mobilité faites pour tous)
- [Axe 2\_Forfait autonomie] Les actions de prévention portant sur le risque de chute dispensées par les résidences autonomie (exemple, l'activité physique comme meilleure arme antichute)
- [Axe 6\_Concours autres actions de prévention] Les actions collectives de prévention des chutes destinées aux résidents en EHPAD, pouvant être dispensées au sein ou en dehors des établissements.

La région compte cinq conférences des financeurs, une par département.

En Loire Atlantique, la conférence à la particularité d'être co-présidée par le conseil départemental de Loire Atlantique et Nantes Métropole.

La conférence des financeurs de la Sarthe<sup>52</sup> a validé son programme coordonné pour 4 ans dont les objectifs seront à atteindre sur la période 2022-2025. Les conférences des financeurs de Vendée, Loire Atlantique<sup>53</sup>, la Mayenne<sup>54</sup>, Maine et Loire<sup>55</sup> sont en cours d'évaluation et de révision de leur programme coordonné. Ils seront publiés d'ici la fin d'année 2022. Leur durée est de 5 ans : 2023-2028. Bien que leur champ d'action ne soit pas identique à celui du plan antichute, les conférences des financeurs ont une place centrale dans la coordination des financements de la prévention des chutes. Ci-dessous, illustration du mode de fonctionnement de la conférence des financeurs de la Loire-Atlantique.

<sup>51</sup>Nghiem, D.; Alimi, C. Conférence Des Financeurs de La Prévention de La Perte d'autonomie - Groupe de Travail Prévention Du Risque de Chute et Articulation Avec Les Activités Menées Par Les Conférences Des Financeurs, 2022.

<sup>52</sup> [https://www.sarthe.fr/sites/default/files/documents/PROGRAMME\\_COORDONNE\\_CFPPA72\\_2022-2025%5B1%5D.pdf](https://www.sarthe.fr/sites/default/files/documents/PROGRAMME_COORDONNE_CFPPA72_2022-2025%5B1%5D.pdf)

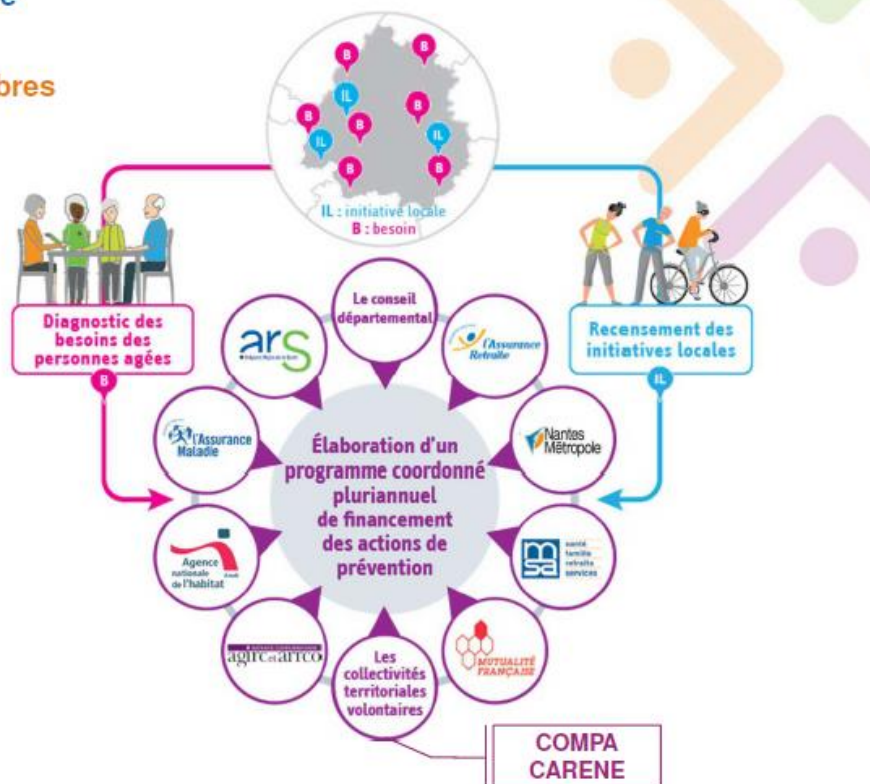
<sup>53</sup> <https://www.loire-atlantique.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/programme-coordonne-cfppa.pdf>

<sup>54</sup> [https://www.lamayenne.fr/sites/lamayenne.fr/files/telechargements/fichiers/services/Diagnostic-\\_Programme\\_coordonne\\_Conf\\_financeurs.pdf](https://www.lamayenne.fr/sites/lamayenne.fr/files/telechargements/fichiers/services/Diagnostic-_Programme_coordonne_Conf_financeurs.pdf)

<sup>55</sup> [https://www.maine-et-loire.fr/fileadmin/Departement/Services-informations/Appels\\_a\\_projets/Prevention\\_perte\\_autonomie/Diagnostic\\_et\\_recensement\\_des\\_actions\\_perte\\_autonomie\\_2017.pdf](https://www.maine-et-loire.fr/fileadmin/Departement/Services-informations/Appels_a_projets/Prevention_perte_autonomie/Diagnostic_et_recensement_des_actions_perte_autonomie_2017.pdf)

## Présentation de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

### Ses membres



Pour aller plus loin retrouvez la synthèse du Guide technique - Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie JUIN 2019<sup>56</sup>

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est l'un des dispositifs phares instaurés par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015<sup>57</sup>. Elle s'inscrit dans le cadre général de la politique de prévention structurée dans le plan national de santé publique « Priorité Prévention : rester en bonne santé tout au long de la vie<sup>58</sup> » du 26 mars 2018.

La réussite de la conférence des financeurs dans chaque territoire départemental résulte de l'engagement de l'ensemble des acteurs concernés par la prévention de la perte d'autonomie et repose sur une gouvernance partagée de l'ensemble des parties prenantes.

Le rôle de la conférence est notamment d'assurer « un effet de levier sur les financements que les membres de la conférence des financeurs consacrent à la prévention de la perte d'autonomie. »<sup>59</sup> Il s'agit de s'appuyer sur les actions et circuits financiers existants et propres à chaque acteur sans créer une logique de fonds dédiés. Le périmètre d'intervention de la conférence dépasse les seules actions financées par les concours spécifiques versés par la CNSA.

- a) Les publics cibles des conférences des financeurs sont
- Les personnes âgées de 60 ans et plus, éligibles ou non à l'APA, vivant à domicile ou en établissement,
  - Les proches aidants de personnes âgées de 60 ans et plus, les personnes en situation de handicap
  - Les personnes âgées ayant fait le choix d'un habitat inclusif.

56 Guide technique – seconde édition - Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie JUIN 2019 : [https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa\\_dgcs\\_guide\\_technique\\_seconde\\_edition\\_vf.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_dgcs_guide_technique_seconde_edition_vf.pdf)

57 Article L. 233-1 du Code de l'action sociale et des familles.

58 Plan « Priorité Prévention : rester en bonne santé tout au long de la vie » : <https://www.gouvernement.fr/plan-national-de-sante-publique-la-prevention-pour-lutter-contre-les-inegalites-de-sante>

59 Rapport annexé à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

b) Les membres de la conférence

La conférence des financeurs est une instance collégiale, présidée par le président du conseil départemental et est composée des membres de droit titulaires et suppléants :

1. Un représentant du département désigné par le président du conseil départemental ;
2. Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;
3. Le délégué de l'agence nationale de l'habitat dans le département ou son représentant ;
4. Des représentants des collectivités territoriales volontaires autres que le département et des EPCI volontaires qui contribuent au financement d'actions entrant dans le champ de compétence de la conférence, désignés par l'assemblée délibérante ;
5. Un représentant de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ;
6. Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie ;
7. Un représentant de la caisse de base du régime social des indépendants désigné par elle ;
8. Un représentant de la mutualité sociale agricole ;
9. Un représentant des institutions de retraite complémentaire ;
10. Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française.

Cette organisation peut être élargie :

- À toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie (collectivité territoriale, EPCI, DRJSCS),
- À la participation des usagers ou de représentant des usagers en complément du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) lieu d'association et de participation des usagers aux politiques gériatriques.

c) Le fonctionnement de la conférence :

La conférence adopte un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention sur la base d'un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental et d'un recensement des initiatives locales.

La loi 60 prévoit que « le programme défini par la conférence porte sur 6 axes :

1° Axe : Accès aux équipements et aux aides techniques individuelles

L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles peut être favorisée par des dispositifs ou actions d'information, de sensibilisation ou de conseil ou encore par l'aide au financement individuel d'aides techniques.

Ces deux types d'actions peuvent être envisagés de façon complémentaire dans le programme d'actions de la conférence des financeurs.

Ces financements n'ont toutefois pas vocation à se substituer au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Plus précisément, les aides techniques concernées sont les suivantes :

>aides techniques inscrites à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), relevant du périmètre de la prévention de la perte d'autonomie ;

>autres aides techniques :

- technologies de l'information et de la communication (TIC) pour l'autonomie et la sécurisation de la vie à domicile et le maintien du lien social,
- téléassistance,
- pack domotique,
- autres technologies (serious games...),

- autres aides techniques, en particulier celles contribuant à la prévention du risque de chute au domicile (barre d'appui dans la salle de bains, rehausseur de w.-c., main courante dans un escalier...).

Elles sont attribuées pour :

- La promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et la prise en compte de l'évaluation
- Des aides financières complémentaires pour le recours à des aides techniques sont prévus sous conditions pour des financements complémentaires aux aides légales (APA) ou l'attribution des aides sous conditions de ressources
- La contribution au financement individuel des équipements et des aides techniques

## 2° Axe : Forfait autonomie

Les résidences autonomes mettent en place un socle minimum de prestation concernant la prévention de la perte d'autonomie. Elles portent sur :

- Le maintien ou l'entretien des facultés physiques, cognitives, sensorielles, motrices et psychiques ;
- La nutrition, la diététique, la mémoire, le sommeil, les activités physiques et sportives, l'équilibre et la prévention des chutes ;
- Le repérage et la prévention des difficultés sociales et de l'isolement social, le développement du lien social et de la citoyenneté ;
- L'information et le conseil en matière de prévention en santé et de l'hygiène ;
- La sensibilisation à la sécurisation du cadre de vie et le repérage des fragilités.

## 3° Axe : prévention mises en œuvre par les SAAD : services d'aide et d'accompagnement à domicile

Le rôle des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) dans le repérage de situations individuelles de perte d'autonomie fait de ces acteurs des maillons essentiels d'un processus global de prévention de la perte d'autonomie. Cette notion de repérage peut ainsi être valorisée dans le cadre de CPOM conclus avec le département. Des outils de repérage de la perte d'autonomie sont déjà disponibles<sup>61</sup>.

Par ailleurs, en tant qu'opérateurs, les SAAD peuvent être porteurs d'actions collectives de prévention financées par les concours de la CNSA au titre de l'axe 6 de la conférence.

4° Axe : prévention mises en œuvre par les SPASAD services polyvalents d'aide et de soins à domicile; Ces actions qui concourent à favoriser le maintien à domicile des personnes accompagnées peuvent être individuelles ou collectives et sont éligibles aux financements de la conférence des financeurs

5° Axe : soutien des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;

Pour le financement de ces actions, les conférences des financeurs sont dans un premier temps invitées à s'appuyer sur les repères méthodologiques décrits dans le guide d'appui à la mobilisation de la section IV du budget de la CNSA<sup>62</sup>.

6° Axe : actions collectives de prévention.

Le développement des actions collectives de prévention doit s'appuyer à la fois sur les priorités nationales données par le plan national de santé publique publié en mars 2017 et sur les besoins identifiés sur le territoire dans le cadre du diagnostic. L'article R. 233-19 du CASF identifie les actions collectives de prévention en distinguant celles qui portent sur la santé, le lien social, l'habitat, le numérique, le cadre de vie.

60 Article L. 233-1 du CASF

61 Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2835142/fr/l-outil-de-reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835142/fr/l-outil-de-reperage-des-risques-de-perte-d-autonomie-ou-de-son-aggravation)

62 Accompagnement des proches aidants. Guide d'appui méthodologique à la mobilisation de la section IV du budget de la CNSA : [https://www.cnsa.fr/documentation/exe\\_cnsa\\_guide\\_methodologique\\_db.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/exe_cnsa_guide_methodologique_db.pdf)

Il convient également de préciser qu'une action collective de prévention peut recouvrir différentes thématiques. Par exemple, la participation d'une personne à une action collective de santé globale peut contribuer à renforcer son lien social et à lutter contre son isolement. Ces actions couvrant plusieurs thématiques devront être valorisées dans le cadre du suivi et du renseignement de l'outil de pilotage selon la thématique majoritaire de l'action. À noter : plusieurs conférences ont demandé aux porteurs de projets de distinguer les différentes thématiques d'une action et de déposer un dossier par thématique, afin de leur permettre d'améliorer le suivi, le pilotage et l'évaluation de la stratégie du programme coordonné. En ce qui concerne le format des actions collectives de prévention, celles-ci peuvent être réalisées en présentiel ou en distanciel, dans des lieux fixes ou itinérants. La diversification des modalités de réalisation peut permettre de toucher davantage les publics les plus isolés, notamment dans les territoires ruraux.

## E. AGIRC-ARRCO

L'Agirc-Arrco est signataire du plan antichute national. Il est membre du COPIL de suivi national, désigné pour son rôle d'acteur sur le sujet de la prévention des chutes :

### Le « Diagnostic Bien chez moi »

Le « Diagnostic bien chez moi » proposé par l'Agirc-Arrco permet, par la visite à domicile d'un professionnel ergothérapeute, le repérage de risques de chutes et d'accidents domestiques liés au vieillissement au sein de son logement et donne lieu à des conseils pratiques et personnalisés ainsi qu'à une participation aux travaux d'adaptation si nécessaire. Le diagnostic, financé à plus de 95 % par l'Agirc-Arrco pour un reste à charge de 15 euros, est accessible dès 75 ans aux seniors dès lors qu'un bénéficiaire ou son conjoint a cotisé à un moment de sa carrière au régime de retraite complémentaire. En réduisant le risque de chute au sein du logement et en améliorant le confort au quotidien, l'accompagnement proposé par l'Agirc-Arrco contribue grandement au maintien à domicile des personnes âgées.

**VOUS AVEZ 75 ANS ET +**  
CES 3 SERVICES SONT POUR VOUS

**AIDE À DOMICILE MOMENTANÉE**  
**DIAGNOSTIC BIEN CHEZ MOI**  
**SORTIR PLUS**

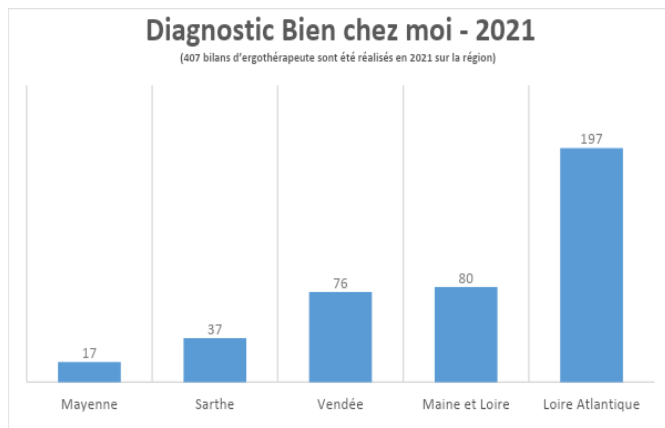
Pour plus d'informations, contactez un conseiller au :  
**0 971 090 971** Service gratuit par appel

UNE ACTION SOCIALE  
**agirc-arrco**

UNE ACTION SOCIALE  
**agirc-arrco**

En 2021, 407 bilans Bien chez moi ont été réalisés sur la région. Des disparités sont à noter entre les départements, la Loire-Atlantique a bénéficié de 197 interventions contre 17 en Mayenne.

Un écart qui peut s'expliquer par la densité de population et la difficulté de rendre lisible ce dispositif.



#### *Centre de prévention Bien vieillir :*

Les centres de prévention accueillent les séniors de plus de 50 ans (la moyenne d'âge à Nantes est de 70 ans), bénéficiaires de l'AGIRC ARRCO et leurs conjoints pour :

- Des bilans de prévention multidisciplinaire (médecin et psychologue)
- Des ateliers collectifs

Les parcours de prévention sont intégralement pris en charge par les caisses de retraite complémentaire. Le territoire national compte environ 100 sites de consultations et une offre de téléconsultation.

A Nantes, le centre de prévention Bien Vieillir reçoit entre 1500 et 1800 bénéficiaires/an.

Les bilans de prévention évaluent :

- Nutrition
- Mobilité marche équilibre
- Dépistage sarcopénie/facteurs de risque ostéoporose/dénutrition
- Autonomie – habitat – lien social
- Cognition – facteurs psychologiques
- Facteurs de risque cardiovasculaires – douleur - ....

Dans chaque région, le Comité Action sociale Agirc-Arrco régional pilote et organise des actions de prévention et d'informations autour de la prévention des chutes, thème inclus dans la feuille de route nationale. Pendant les mois de juillet et août, le programme "Osez bouger, Voilà l'été" a été proposé dans la commune de Bouchemaine des ateliers chaque semaine pour permettre aux seniors de rompre leur isolement et de participer à une activité physique. Le 20 septembre, le Comité Action sociale Agirc-Arrco des Pays de la Loire a organisé une conférence autour de la prévention des chutes (136 participants). Il en a été de même dans chaque département tout au long de l'année 2022 (pour une moyenne de 100 participants lors de chaque évènement).

#### **F. CARSAT : Caisses régionales de l'assurance retraite des Pays de la Loire**

« La CARSAT est pleinement engagée dans la prévention des chutes, elle a participé à la conception et construction du plan à l'échelle nationale.

L'Assurance maladie, l'assurance retraite, la MSA et le RSI ont adopté en 2014, une convention « la retraite pour le bien-vieillir, l'offre commune inter-régime pour la prévention et la préservation de l'autonomie ».

En définissant les contours d'une identité commune « Pour bien vieillir ensemble, les caisses de retraite s'engagent », la MSA, le RSI et l'Assurance retraite ont marqué leur engagement à structurer l'ensemble de leurs actions en faveur du bien-vieillir autour d'une approche institutionnelle commune. C'est dans cette dynamique de co-construction que 2 référentiels en lien avec la prévention des chutes ont été rédigés :

- Référentiel équilibre<sup>63</sup>
- Référentiel de l'activité physique adaptée<sup>64</sup>

En région, la CARSAT a accordé 1474 financements pour l'adaptation d'un logement (il s'agit d'accords, les assurés ont 18 mois pour réaliser leurs travaux). L'offre propose des conseils sur les risques du domicile, la visite d'un ergothérapeute, l'aide à l'aménagement de l'habitat (transformation de la salle de bains, sols anti-dérapants...) Elle soutient également les alternatives au domicile : lieux de vie collectifs, habitat inclusif, habitat intergénérationnel.

La CARSAT finance également des actions en faveur de la prévention des chutes, en 2021 :

- 8 Actions Collectives de Prévention à destination de 382 personnes,
- 10 structures porteuses d'animations de la Vie Sociale (centres sociaux culturels)
- 5 ateliers PIED par l'ASEPT 65[3] bénéficiant à 68 personnes

Elle propose à destination des retraités à titre principal du régime général de Sécurité sociale de 75 ans et plus, domiciliés dans les départements de Mayenne, Sarthe, et de Vendée de bénéficier d'un plan d'aides OSCAR (les retraités de Loire-Atlantique et de Maine-et-Loire bénéficient d'un Plan d'action personnalisé donnant accès à des prestations légèrement différentes, et bénéficieront des plans d'aide OSCAR courant 2023). Celui-ci propose des services variés réunissant des aides individuelles et collectives. Il s'articule autour de 4 composantes :

- Un forfait prévention pris en charge à 100% par l'assurance retraite dans la limite de 500€. Ce forfait peut intégrer des aides techniques favorisant la prévention des chutes (barres d'appui, rehausse WC...)
- Des programmes de prévention : ateliers collectifs, conférences, forums, programmes proposés par l'AGIRC ARRCO, ect...
- Des heures d'accompagnement et de prévention à domicile
- Un forfait coordination sous condition

Il est conclu pour une durée d'un an et peut être renouvelé chaque année selon la situation du retraité.

<https://www.carsat-pl.fr/home/retraites/pour-bien-vieillir--aide-et-conseils/etre-aide-a-domicile--vous-residez-dans-le-departement-53-72-ou-85.html>

<https://www.carsat-pl.fr/home/retraites/pour-bien-vieillir--aide-et-conseils/etre-aide-a-domicile--vous-residez-dans-les-departements-44-ou-49.html>

<sup>1</sup> <https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub/files/PDF/referentiel-equilibre2016.04.pdf>

<sup>2</sup> <https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub/files/PDF/referentiel-apa-2016.04.pdf>

<sup>3</sup> Cf Axe 4 : Faites un pied de nez aux chutes

<https://www.carsat-pl.fr/home/retraites/pour-bien-vieillir--aide-et-conseils/etre-aide-a-domicile--vous-residez-dans-le-departement-53-72-ou-85.html>

<sup>63</sup><https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub/files/PDF/referentiel-equilibre2016.04.pdf>

<sup>64</sup> <https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub/files/PDF/referentiel-apa-2016.04.pdf>

<sup>65</sup>[3] Cf Axe 4 : Faites un pied de nez aux chutes

## G. Malakoff Humanis

Dans le cadre de l'action sociale de la retraite complémentaire, Malakoff Humanis soutient la mise en œuvre et réalise directement des actions de prévention en faveur de ses ressortissants, notamment pour réduire les risques de chutes.

La peur engendre la chute, c'est pourquoi Malakoff Humanis s'est attaché, à travers ses actions à redonner confiance aux seniors dans leur aptitudes physiques et cognitives. Les actions ne sont pas systématiquement identifiées comme programme « antichute ».

Sur le plan national et concernant spécifiquement la prévention des chutes :

Depuis 2021, et jusqu'en avril 2022, Malakoff Humanis expérimente avec Merci Julie, un parcours spécifique de détection et d'accompagnement pour agir sur les fragilités de la marche et l'équilibre

L'objectif : Evaluer l'intérêt d'un accompagnement d'allocataire basé sur un suivi d'une durée de 9 mois composé d'une évaluation continue de la motricité (AbilyCare) et de questionnaires d'ergothérapie (Merci-Julie) :

- Evaluer à l'aide d'une solution innovante la fragilité en mesurant la qualité de l'équilibre et de la marche sur le principe du suivi longitudinal.
- Evaluer à l'aide des questionnaires d'ergothérapie les problématiques et les besoins du quotidien des allocataires (santé, bien-être, environnement, socialisation...). Proposer des préconisations en conséquence.
- Effectuer un télé-accompagnement de suivi des allocataires pour faire le point sur l'avancement des actions entreprises et ajuster la prise en charge en fonction du rendement de satisfaction au cas par cas.

En Pays de la Loire :

- Depuis 2013, Malakoff Humanis (comme les autres caisses de retraite du régime AGIRC ARRCO) est partenaire du centre de prévention Bien vieillir, qui propose des bilans de prévention à toute personne de plus de 50 ans, pour repérer d'éventuelles fragilités et proposer un accompagnement adapté
- Depuis 2020 : des actions distancielles sont construites avec Siel Bleu pour permettre aux retraités d'accéder à une activité physique adaptée, à domicile et en collectif,
- Début 2022, Malakoff Humanis s'engage auprès de partenaires, pour coconstruire un parcours « mobilité » intégrant majoritairement de l'activité physique adaptée, et aider à conserver/maintenir la confiance physique et cognitive en proposant une régularité de l'activité et participer ainsi à renforcer la santé des bénéficiaires (selon la définition de l'OMS de 1947 : un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou infirmité).

## H. Filière de l'habitat et des aides techniques :

### *Envie autonomie*

Envie Autonomie est un réseau d'entreprises d'insertion développant une filière de réemploi de qualité des aides techniques à l'autonomie.

Ses activités sont les suivantes :

- Collecter des aides techniques inutilisées auprès des établissements et des particuliers ;
- Remettre en bon état d'usage ces aides techniques (fauteuils roulants, lits médicalisés, etc.), dans le cadre de procédures respectant la conformité du dispositif médical ;



- Vendre ou louer ces aides techniques à des prix solidaires, avec conseil, essai à domicile et garantie ;
- Prolonger la durée de vie des aides techniques par la réparation, la maintenance, la vente de pièces détachées de réemploi.

Emanation du réseau Envie, acteur de référence du réemploi et de l'insertion par l'activité économique, Envie Autonomie est une innovation sociale et environnementale née dans les Pays de la Loire. Aujourd'hui, ce sont 3 sites dans notre région (Angers, Nantes, la Roche Sur Yon) et 17 en France.

<https://envieautonomie.org/>

#### *La maison de Gaston*

La Maison de Gaston a été créée par une autre association, l'APPAMH, dont le métier est la mise à disposition de matériel médical pour le domicile auprès des particuliers de la Sarthe.

La Maison de Gaston est un pavillon de 120 m<sup>2</sup> sur 2 étages, où il est possible de voir et tester des idées d'aménagements et aides techniques facilitant la vie au quotidien. Il est ouvert autant aux particuliers qu'aux professionnels. Les horaires d'ouverture sont du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h00. Vous pouvez vous présenter sans rendez-vous mais il est préférable de prévenir de votre arrivée afin d'être sûr que le pavillon soit libre pour une visite.

La maison de Gaston propose également un programme d'animations gratuites sur tous les thèmes du Bien Vieillir en Sarthe (aménagement du logement, prévention santé, questions administratives et juridiques diverses, aide aux aidants, détente et lien social).

#### *CICAT*

Le CICAT des Pays de la Loire (Centre d'Informations et de Conseils sur les Aides Techniques) est un lieu d'écoute, de conseils et de démonstration de matériel pour favoriser l'autonomie et le maintien à domicile des personnes âgées et/ou en situation de handicap.

C'est une association qui offre un service gratuit et sans visée commerciale.

Le CICAT s'adresse donc à toute personne rencontrant des difficultés dans sa vie quotidienne, ainsi qu'aux aidants de ces personnes. Le but est de conseiller objectivement sur le matériel et les aménagements du domicile permettant de vivre autonome ou indépendant chez soi.

Dans ce cadre, le CICAT propose :

- aux personnes sarthoises : des visites à domicile gratuites. Un ergothérapeute évalue les besoins en matériel ou en aide technique, d'adaptation du logement et accompagne la personne tout au long du projet (évaluation, essais de matériel, propositions d'aménagement, orientation vers les services adaptés, liens avec les artisans, les financeurs...).
- des ateliers collectifs de sensibilisation pour les personnes de 60 ans et plus sur le territoire de la Sarthe.
- des informations et conseils à distance sur l'ensemble de la Région des Pays de la Loire. (Pas de déplacement)

*CréAT : Centre de ressource et d'expertise en Aides Techniques*

Inspiré au niveau régional par la Maison de Gaston au Mans, pavillon témoin de l'Association pour le prêt d'appareillage aux malades et handicapés (Appamh) et par l'appartement de L.E.N.A. (Logement Évolutif pour une Nouvelle Autonomie) à Angers, réalisé par le CENTICH, le CréAT est un lieu de démonstration et d'essai d'aides techniques en Loire Atlantique, il a ouvert ses portes le 1er octobre 2019. L'équipe est constituée d'ergothérapeute, responsable équipement et secrétaire :

Cette offre s'adresse :

- Aux seniors de 60 ans et plus qui désirent s'informer sur les aides techniques existantes et/ou participer à des ateliers de prévention de la perte d'autonomie
- Aux aidants familiaux pour soulager leur quotidien à travers l'utilisation des aides techniques dans l'accompagnement de leurs aidés
- Aux aidants professionnels qui pourront y trouver de la connaissance sur les dispositifs existants, des conseils pour leurs accompagnements, très en lien avec la qualité de vie au travail et la prévention des troubles musculosquelettiques, ainsi que la mise en réseau de professionnels
- Aux réseaux de professionnels œuvrant (de près ou de loin) dans le secteur de la gérontologie

Le CréAT favorise :

- La découverte et l'essai d'aides techniques mobiles pour favoriser le maintien à domicile
- Des temps partagés dans un espace dédié (ateliers de prévention, des réunions de professionnels, des temps de sensibilisation pour les seniors, les aidants et les professionnels.
- L'accès à des ressources et de la documentation
- Une complémentarité avec les professionnels

Photo 1 : Illustration du site du CréAT – Rapport d'activité 2020.



*L'Expertise du CENTICH, l'innovation et les nouvelles technologies au service du projet personnalisé et des conditions de travail des professionnels*

VyV3 Pays de la Loire a investi, avec le soutien du CENTICH, ce projet pour bénéficier de toutes les innovations en termes de système de contrôle d'environnement, téléassistance, de prévention de la

chute, de gestion des appels malades, de communication, d'équipements et de mobiliers pour une qualité de vie toute au long du séjour du résident et un soutien des professionnels.

Le projet EHPAD, génération SILVER ECONOMIE, est bâti autour du respect de la personne et de son identité, du maintien et de la stimulation de l'autonomie, de la prise en compte de l'évolution des attentes et des besoins dans le temps ainsi que de la prise en compte de l'intervention des professionnels, chacun dans son champ de compétences.

Le CENTICH a été créé avec l'appui de la CNSA qui lui a apporté son soutien, en janvier 2011. Géré par VyV3 Pays de la Loire, il se consacre aux interfaces fonctionnant sur l'utilisation des technologies de la communication et de l'information pour l'autonomie et la santé.

Le CENTICH est un service de VyV3 Pays de la Loire créé à l'initiative de la CNSA pour promouvoir les technologies pour l'autonomie et la santé en France et faciliter l'innovation en associant tous les acteurs de la chaîne de valeur des besoins aux usages.

Living-Lab axé sur l'innovation dans l'autonomie et la santé le CENTICH dispose d'un écosystème, de l'expertise et des outils, pour accompagner, cocréer, tester, évaluer valider et soutenir le cas échéant le modèle économique.

Dans le cadre de ses activités au sein du groupe et de manière générale sur le plan national et européen le CENTICH en qualité de prestataire, partenaire ou membre d'un consortium de recherche dans trois axes d'intervention :

- (1) Assistance à maîtrise d'ouvrage pour le développement de l'innovation en autonomie et en santé LENA [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=3&v=kNQqY2Jg188](https://www.youtube.com/watch?time_continue=3&v=kNQqY2Jg188), EHPAD CONNECTE <https://www.mfam.fr/LES-NOISETIERS-un-EHPAD-connecte-a-Angers>, PHILÉMON <https://www.youtube.com/watch?v=2v13Gyemtig> ;
- (2) Evaluation et développement de produits et de services ;
- (3) Développement de services d'intérêt général tel que la TECHNICOTHEQUE, PHILEMON Article 51 [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/drad\\_arrete\\_et\\_cdc.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/drad_arrete_et_cdc.pdf) ou Léna Article 51 [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_et\\_cdc-lena.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_et_cdc-lena.pdf)

Le CENTICH est membre de plusieurs réseaux et sociétés savantes :

- Régionales en étant membre et ou administrateur de clusters, gérontopole ou pôle de compétitivité (Gérontopole des Pays de la Loire, WE NETWORK, Atlanpôle Bio Thérapie, Images et Réseaux, Angers Technopole...)
- Nationales avec notamment la Société Française de Gérontechnologies SFTAG et le Forum des Living Labs en santé ;
- Européennes en étant depuis 2013 site de référence européen pour un vieillissement actif et en bonne santé EIP AHA ([https://ec.europa.eu/eip/ageing/reference-sites\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/reference-sites_en)), membre fondateur du réseau de coopération des sites de référence européens RSCN ;
- Internationales en étant notamment membre de l'International Society of Gerontechnology ISG et administrateur du chapitre francophone de cette société savante.

Depuis 2010, le CENTICH gère en moyenne 15 à 20 projets/prestations/accompagnements par an des besoins aux usages.

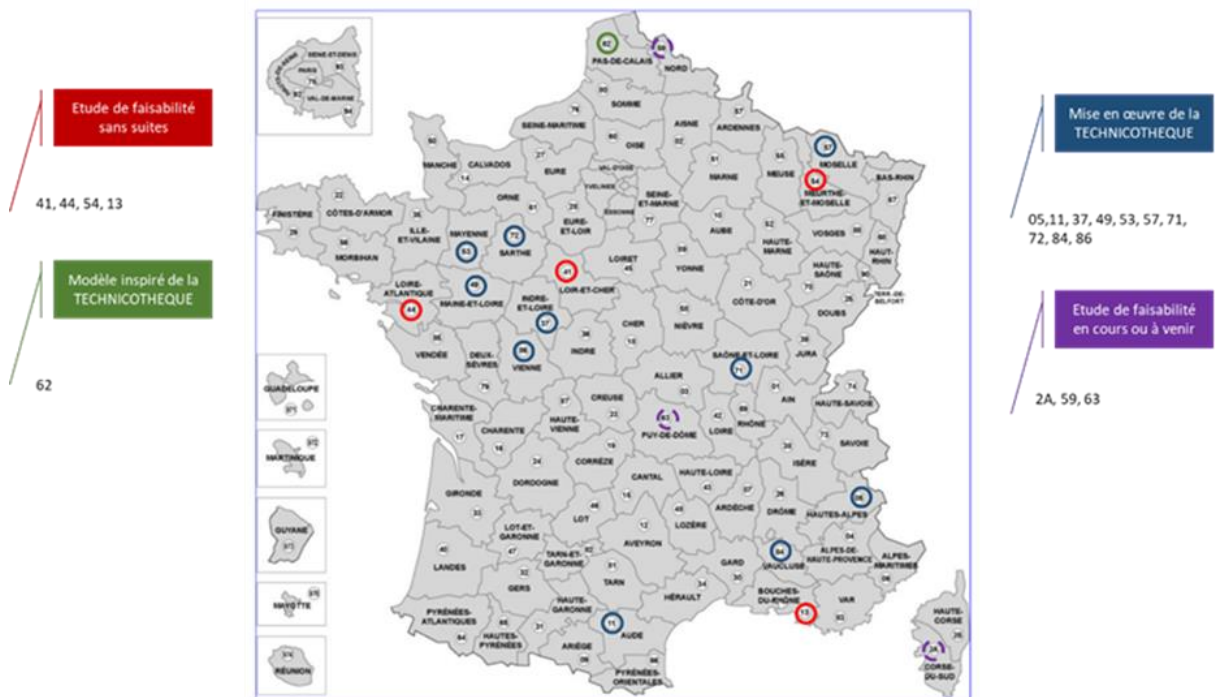
*La TECHNICOTHEQUE® : Plate-Forme de mise à disposition avant acquisition d'aides techniques pour compenser la perte d'autonomie dans tous les actes de la vie quotidienne.*

La TECHNICOTHEQUE a été créée par le CENTICH avec le Conseil Départemental et la Maison de l'Autonomie du Maine-et-Loire pour améliorer l'accès aux aides techniques pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées en perte d'autonomie. Il est mis en œuvre dans le

département du Maine-et-Loire depuis juillet 2015 et inscrit dans le schéma départemental de l'autonomie depuis avril 2017.

La CNSA, dès 2016, a financé son évaluation et son déploiement dans cinq autres départements (41, 54, 57, 62, 72). Depuis, le CENTICH a été mobilisé auprès de 18 départements pour étudier la faisabilité de son déploiement notamment avec le soutien des conférences des financeurs des départements.

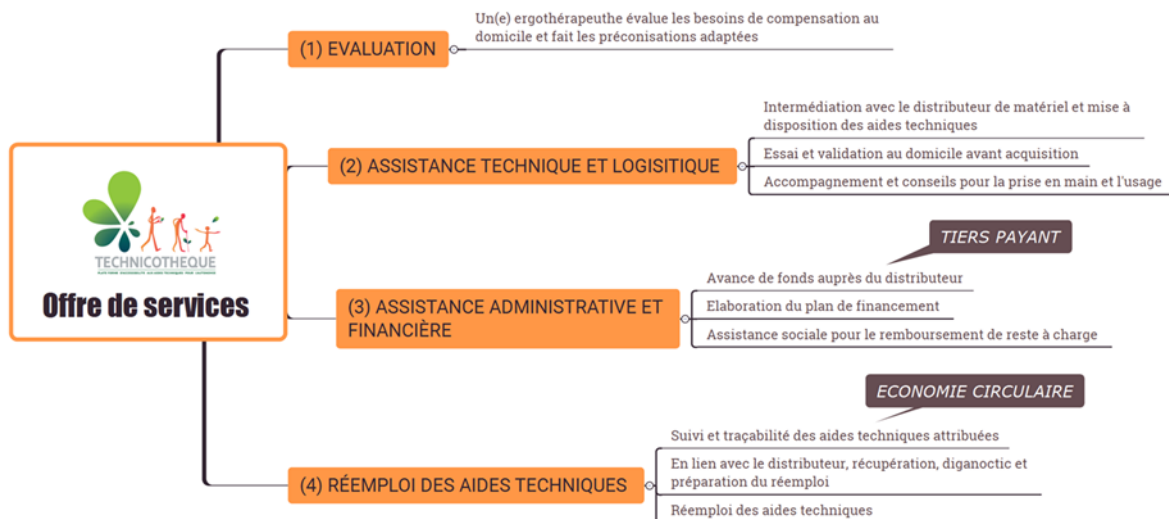
Actuellement, la TECHNICOHEQUE est mise en œuvre dans 10 départements (01, Corse, 11,37, 49, 53, 57, 71, 72, 84, 86) avec l'appui de la Conférence des financeurs de chaque département.



### Le Concept

La TECHNICOHEQUE améliore l'accès aux aides techniques en agissant sur les délais, l'effectivité de la prise en main et de l'usage, l'impact financier à travers l'avance de fonds et les coûts à travers le réemploi.

Son offre de service s'articule autour de quatre missions :



En lien avec les maisons de l'autonomie et les services personnes âgées, elle vient en appui dans un parcours d'autonomie et de santé existant pour mettre à disposition avant acquisition les équipements et les aides techniques sans avance de fonds du bénéficiaire.

A travers un processus fluide basé sur une évaluation fonctionnelle, des préconisations et un accompagnement social.

(1) elle apporte un soutien administratif, logistique, technique et financier, à partir de l'évaluation et/ou du plan de compensation établi, pour accéder rapidement à l'aide technique sous forme temporaire ou définitive

(2) elle accompagne la prise en main et l'usage des aides techniques et en évalue l'effectivité

(3) elle avance les fonds nécessaires pour acheter le matériel auprès du distributeur choisi par le bénéficiaire qui est invité à rembourser le cas échéant son reste à charge

(4) restituer l'aide lorsqu'il ne l'utilise plus, ou qu'elle n'est plus adaptée. L'aide technique peut alors être réattribuée à travers le distributeur ayant procédé à la vente d'origine.

Le coût du réemploi de l'aide technique est celui facturé par le distributeur uniquement pour la logistique (transport, stockage) et la remise en état le cas échéant.

La TECHNICOHQUE est un dispositif qui est intégré à l'écosystème déjà en place et vient en appui pour améliorer les processus d'accès. Son déploiement national se fait à partir d'une étude de faisabilité en trois phases :

(1) Etat des lieux et cartographie des ressources et des moyens sur le Département. Description des procédures d'accès aux aides techniques, identification des opérateurs, mise en exergue des initiatives singulières et innovantes en la matière.

(2) Élaboration des procédures administratives adaptées, incluant une dimension d'accompagnement aux changements auprès des services de la Maison de l'Autonomie ou du Conseil Départemental. Proposition d'outils à mettre en œuvre et description du modèle économique.

(3) Expérimentation, évaluation, modélisation et pérennisation.

Selon les départements, il peut y avoir trois modèles d'organisation pour le déploiement de l'offre de service de la TECHNICOHQUE. (1) Une TECHNICOHQUE intégrée au Conseil Départemental ou

l'ensemble de l'offre de services est assurée en interne. (2) Une TECHNICOTHEQUE qui répartit les missions en interne et auprès d'un opérateur externe. (3) Une TECHNICOTHEQUE qui externalise l'ensemble de ses missions.

A l'issue de l'étude de faisabilité et selon le modèle retenu, le Conseil Départemental ou la Conférence des financeurs lance une procédure d'appel d'offre pour sélectionner l'opérateur.

Depuis fin 2021, à la suite du Rapport DENORMANDIE / CHEVALIER un cahier des charges des Equipes d'Accompagnement aux Aides Techniques proche de celui des TECHNICOTHEQUE permet un déploiement plus large dans plus de 24 départements en plus des départements dotés de TECHNICOTHEQUES.

Dans les départements de Maine et Loire, Mayenne et Saône et Loire, la TECHNICOTHEQUE s'articule avec les Programmes d'Intérêts Généraux d'amélioration de l'Habitat.

Par des mises en situation concrètes, l'ergothérapeute va pouvoir repérer les difficultés et concevoir avec le bénéficiaire un milieu de vie sécuritaire et accessible en l'adaptant à ses besoins.

L'ensemble du logement, les parties communes et l'environnement sont évalués. Suite à cette évaluation, l'ergothérapeute réalise des préconisations personnalisées.

Il, conseil, propose et accompagne les essais et la prise en main des aides techniques et en lien avec l'opérateur désigné ou le cas échéant directement avec l'entreprise du bâtiment initier les travaux d'adaptation (transformation de la baignoire en douche de plain-pied, rendre accessible le lieu de vie qui se trouve au premier étage (plateforme élévatrice, siège monte-escalier), intervenir sur le cheminement pour la mobilité...).

A travers la TECHNICOTHEQUE, le CENTICH assure l'avance de fonds permettant la mise à disposition rapide des aides techniques.

#### *Domus prévention*

Domus Prévention est le premier réseau national d'ergothérapeutes spécialisés dans le conseil en adaptation du logement et l'évaluation globale des besoins à domicile en faveur des personnes âgées et/ou en situation de handicap. Les ergothérapeutes Domus Prévention sont des professionnels de santé spécialistes du maintien à domicile. Ils apportent des conseils en aménagement de l'habitat et aides techniques. Leur expertise permet de favoriser l'autonomie et l'indépendance quotidienne.

## PAS À PAS DU DIAGNOSTIC 360°

### 1 DÉTECTION

Le prescripteur (médecin, SAAD, Urgences, Infirmière, CLIC, Assistante sociale, etc.) détecte une personne âgée chuteuse. Elle la signale à DOMUS.



### 2 PRISE DU RENDEZ-VOUS

L'ergothérapeute DOMUS fixe un rendez-vous avec le patient sur les créneaux balisés avec le médecin gériatre du CHU Angers. La date et l'heure du rdv sont enregistrées sur un planning partagé.



### 3 AU DOMICILE

L'ergothérapeute DOMUS se rend au domicile du patient. Il s'entretient avec lui à propos de ses habitudes et difficultés puis il réalise son diagnostic habitat. L'ergothérapeute explique au patient, au fur et à mesure du diagnostic, les adaptations à réaliser. L'ergothérapeute contacte ensuite le gériatre, il lui fait part de ses observations de terrain et l'assiste pendant l'acte de télé-médecine.



### 4 DIAGNOSTIC 360°

Le diagnostic habitat est réalisé, pendant le rendez-vous, sur Home Diag. Le patient est informé en temps réel. Le diagnostic habitat est envoyé au patient et au gériatre. Le bilan gériatrique accompagné du diagnostic d'ergothérapie est adressé au médecin traitant.



### 5 APPEL DE COURTOISIE

A J+10, DOMUS contacte le patient afin de faire un bilan, l'informer, l'aider et l'orienter en fonction de ses choix.



### 6 SUIVI D'ÉVALUATION

Le service Etudes et Recherches du CHU réalise un suivi d'évaluation qualitatif et quantitatif de l'expérimentation.



Diagnostic 360 : Gériatrie et ergothérapie à domicile

## I. La prévention des chutes est portée activement par les deux centres hospitaliers universitaires de la région des Pays de la Loire.

### *CHU d'Angers, service de gériatrie*

Les gériatres du CHU d'Angers assurent le diagnostic, le traitement et le suivi des personnes âgées de 75 ans et plus. Dirigé par le Pr Cédric Annweiler, le service de gériatrie est composé de cinq unités complémentaires : l'hospitalisation conventionnelle de court séjour gériatrique, l'hôpital de jour gériatrique mémoire, l'équipe mobile de gériatrie, la consultation mémoire et le centre de recherche sur l'autonomie et la longévité.

### *CHU de Nantes, service de gériatrie*

#### *La pratique hospitalière :*

Au sein du CHU de Nantes et du CHU d'Angers ont été mis en place une « commission chute ». Depuis une dizaine d'années, les équipes de soins des différents établissements et réseaux de gérontologie se réunissent deux fois par an pour échanger sur leurs pratiques et présenter les différentes actions innovantes conduites pour prévenir les chutes. Cela aboutit à créer une communauté de pratiques, et à motiver les professionnels intéressés par la problématique des chutes chez la personne âgée.

#### *La recherche*

L'activité de recherche gériatrique dans ce champ est importante (cf volumétrie de papiers) et concerne la compréhension de la commande motrice cérébrale, en particulier le déclin du contrôle moteur et de la performance de marche au cours du déclin cognitif, mais aussi la participation d'une composante biologique de la motricité qui est la vitamine D. Les enjeux sont diagnostiques, mécanistiques, pronostiques, thérapeutiques et préventifs de la récurrence de chutes au sein du CHU d'Angers. En parallèle, l'activité de recherche gériatrique au CHU de Nantes se développe depuis 2007 (Cf. bibliographie) en lien avec l'Équipe d'Accueil 4334 STAPS de l'université de Nantes. Elle concerne la relation entre les troubles des fonctions cognitives exécutives et le contrôle de la marche et de l'équilibre. Ces travaux, menés depuis une dizaine d'années, ont porté sur la détermination des facteurs de risques de chute l'analyse spatio-temporelle de la marche et ses caractéristiques au cours des rééducations effectuées lors des hospitalisations de jour de soins de suite et rééducation activité physique. L'analyse des boucles médullaires de contrôle des appareils extenseurs des membres inférieurs et l'analyse des caractéristiques des fonctions exécutives impliquées dans l'élaboration de stratégie de marche et d'adaptation au terrain. Ces travaux ont fait l'objet également d'une thèse d'université. Un autre axe de recherche est celui de la sarcopénie. Le projet porte sur l'évaluation de la masse musculaire au moyen de l'échographie tridimensionnelle afin de rendre accessible ce diagnostic lorsque l'appareil de référence (DEXA) n'est pas disponible. Travaux conduits par la docteur Anne Sophie Bureau et faisant l'objet d'une année recherche avec Monsieur Jérémy Huet.

### **J. EOPS (Équipe d'Optimisation du Parcours de Soins) du CHD de Vendée**

Cette équipe pluridisciplinaire (3 IDE, un médecin, une assistante sociale, une secrétaire médicale) a pour mission d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées et des personnes handicapées afin d'éviter les passages aux urgences. Elle est opérationnelle depuis janvier 2022 sur le territoire de la CPTS Centre-Vendée. C'est un projet porté conjointement par l'hôpital et l'HAD. Elle intervient à la demande des professionnels de santé libéraux et des établissements médico-sociaux pour faciliter l'orientation des patients dans les filières de soins, donner des avis téléphoniques de prises en charge, faire de la téléconsultation, réaliser des actions de communication, sensibilisation, formation et évaluation. Elle anime des staffs mensuels avec des maisons de santé pour discuter des dossiers complexes. Elle intervient également pour les patients gériatriques ou porteurs de handicap ayant consulté aux urgences et rentrant à domicile sans nécessité d'une hospitalisation, afin d'optimiser les conditions de leur retour, dépister les risques de survenue d'une nouvelle situation instable qui aboutirait à une nouvelle venue aux urgences et proposer des actions de prévention. La chute est un syndrome gériatrique fréquemment à l'origine de consultation aux urgences et/ou de problème de maintien à domicile. EOPS a un rôle de prévention primaire et secondaire des chutes par l'intégration précoce des patients dans la filière de soins gériatrique et par ses actions de formation auprès des professionnels dans la réalisation de bilans de chute. Elle fait un travail de coordination en sollicitant les équipes existantes comme EAAR, les Équipes Spécialisées Alzheimer, l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs, l'Équipe Mobile Cognitivo-Comportementale. Elle fait appel au DAPS85, par exemple lorsqu'il est nécessaire de chercher un kinésithérapeute. Elle oriente le patient vers un HDJ programmé lorsqu'un bilan plus approfondi et un suivi gériatrique sont nécessaires. Elle travaille en relation avec



le service départemental de l'Autonomie, pour la mise en place d'un suivi social quand nécessaire. Elle travaille en étroite collaboration avec les IDE libérales.

## K. Le groupe de La Poste

### *Aller vers/sensibilisation :*

- Campagne de remise commentée au domicile vers des publics cibles éloignés des dispositifs de suivi sanitaire sur les enjeux de la prévention
- Mobilisation du facteur pour réaliser au domicile des actions de repérage ou des évaluations (formation spécifique des facteurs concernés)
- Recueil d'informations et de besoins pour le compte d'autres acteurs du secteur médico-social (CNAV...)

### *Visite facteur au domicile /veille et lien social :*

- Visite facteur au domicile programmable quotidiennement
- Couplé à un service de téléassistance – fixe ou mobile : bracelet détecteur de chute
- Veille sur la dénutrition lors du portage de repas (formations des facteurs au module du SRAE dans le cadre du contrat de portage de repas avec Hôpital de Guérande par ex.)

### *Adaptation du logement :*

- Réalisation d'un état des lieux du domicile par le facteur (diagnostic et contrôle post travaux )
- Avance de la prime pour les professionnels : gestion de l'avance des primes pour les professionnels afin de ne proposer que le reste à charge au bénéficiaire (EDE)

### *IA/Data*

- Travail en cours de DOCAPOSTE avec HEVA66 , pour identifier les marqueurs permettant d'orienter la prévention : opportunité de rechercher des infos dans le Système National des Données de Santé (SNDS) géré par la CNAMTS pour faire du prédictif / de l'identification des profils en risque de chute. A voir si cela pourrait être pertinent en complément des marqueurs du vieillissement définis dans le cadre ICOPE par l'OMS.
- Avec Hippocad/filiale de DOMISERVE , installation de boîtiers avec des connecteurs dans le lieu de vie, apprentissage des habitudes de déplacement et identification des mouvements inhabituels et éventuelles chutes, alerte anticipée coordonnée avec les prestataires à domicile (programme de recherche porté avec INRIA)

## L. La filière sensorielle

### Les aînés déficients sensoriels et les risques de chutes

#### Les risques de chutes chez les aînés ayant une déficience visuelle

Source : La prévention des chutes chez les aînés ayant une déficience visuelle – Document-synthèse de veille informationnelle – Institut Nazareth et Louis Braille – Montréal – Janvier 2013

Les aînés qui ont un déficit ou un trouble visuel sont 1,5 à 2 fois plus à risque de chuter que ceux qui n'en ont pas. La déficience visuelle nuit à la perception des éléments environnementaux qui peuvent entraîner une chute. En nuisant également à la perception et à l'utilisation des informations visuelles statiques et dynamiques, elle altère l'équilibre et la posture augmente le risque de chute.

Les aînés déficients visuels sont généralement moins actifs, ce qui peut entraîner une réduction de leur autonomie fonctionnelle et en retour, un appauvrissement sensoriel. De cette boucle circulaire peut s'ensuivre une dégradation de l'efficacité des processus d'anticipation et de régulation posturale, une diminution de l'équilibre dynamique et une augmentation du risque de chute.

---

66 HEVA, bureau d'études spécialisé dans l'analyse des données de santé

Les principales causes de perte de vision chez les aînés sont les cataractes, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le glaucome et la rétinopathie diabétique

Les revues de littérature indiquent que :

- DMLA : 2 personnes sur 3 ont des troubles visumoteurs et de l'équilibre, il en résulte une certaine maladresse et un risque accru de chute
- Glaucome : 3 à 4 fois plus de risque d'avoir chuté
- Rétinopathie diabétique : 2,2 fois plus de risque de chute

Les actions recommandées :

- Evaluation des troubles de la vision avec idéalement un examen annuel et révision de la prescription ophtalmologique.
- La revue de littérature montre qu'un nombre considérable de personnes âgées présentent des troubles visuels potentiellement corrigibles mais non détectés. Souvent, les aînés considèrent que leur perte de vision est un effet normal du vieillissement ou que rien ne peut être fait pour l'améliorer
- Intervention visuelle auprès des aînés en hébergement. Les chutes contribueraient à 40% des admissions en établissement. Environ 60% des personnes vivant en institution ont des chutes récurrentes chaque année. Il y a un risque des soins visuels soient négligés ou jugés non nécessaires, particulièrement pour les usagers ayant un déficit cognitif.
- L'adaptation du domicile chez les personnes malvoyantes : des études ont montré que l'intervention d'un ergothérapeute pour évaluer les facteurs de risques environnementaux et formuler des recommandations (ex : améliorer l'éclairage, peindre le bord des marches) avaient eu pour effet de réduire de 41% les chutes.
- Les interventions de réadaptation en déficience visuelle : des études ont démontré que les interventions de réadaptation en déficience visuelle, qui incluent entre autres un entraînement en orientation et mobilité, peuvent contribuer à réduire la fréquence des chutes. Les services de réadaptation en déficience visuelle contribuent à réduire les risques de chute par l'amélioration et l'optimisation des capacités visuelles et oculomotrices, du comportement, de l'aménagement du domicile et de la réalisation des habitudes de vie.

#### Les risques de chute chez les aînés ayant une déficience auditive

Sources : Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés. Auteur : DE KERVASDOUE (J.); HARTMANN - 2016

Les recommandations de l'Inserm (2014) en matière de prévention de la chute chez les personnes âgées estiment que la perte d'acuité auditive de 25dB serait associée un risque de chutes trois fois plus élevé, du fait de la détérioration de la fonction sensorielle, de la perte des repères sonores contribuant à l'équilibre, de la réduction des ressources cognitives pour assurer l'équilibre et soutenir l'attention. Le risque s'élève de manière croissante avec la gravité du déficit

Le déficit auditif concerne en France environ 10% de la population, soit plus de six millions de personnes qui en subissent un impact sur la vie quotidienne. Les personnes âgées de plus de 50 ans sont les plus fréquemment touchées - un tiers de cette population - car le déficit auditif survient le plus souvent au cours de la vie par le phénomène naturel de presbycusie ou à la suite de l'exposition au bruit (88% des Français).

Les actions recommandées :

- Des dépistages et des appareillages les plus précoces possibles (dépistage bilatéral en une étape de la déficience auditive à partir de l'âge de 60 ans, et d'une proposition d'équipement à partir de 35dB)

### Les défis à relever

Le déclin sensoriel des personnes âgées est une évidence pour chacun mais la gravité des conséquences sur la communication, la sécurité physique, l'autonomie, les performances cognitives, le réseau social, le plaisir à vivre, est largement sous-estimée.

Il existe une méconnaissance des conséquences des déficiences sensorielles par les personnes elles-mêmes, par les professionnels et par le grand public ainsi que des solutions qui permettent d'améliorer la qualité de vie (rééducation et réadaptation, aménagement du domicile et aides techniques...)

Il est nécessaire de prendre conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées :

- Il existe des carences dans le dépistage des problèmes sensoriels ;
- Il faut lutter contre une forme de fatalisme abusif intégré par les personnes et les professionnels : n'est-ce pas normal de devenir sourd ou d'avoir des problèmes de vue après un certain âge. Pourquoi lutter contre le cours naturel des choses ?
- Il existe aussi des représentations négatives. Plus ou moins inconsciemment on banalise la pathologie, cela vaut-il la peine de les appareiller ou d'aménager leurs conditions de vie en fonction de leurs problèmes sensoriels quand ils sont en fin de vie...
- Renoncement : un certain nombre de personnes âgées vont elle-même renoncer à signaler leurs difficultés, par lassitude (absence d'énergie pour faire bouger la situation), par fatalisme (de toute manière on n'y peut rien, c'est normal à mon âge), par fierté (je ne veux pas que l'on sache que je suis diminué).

Enfin les compétences et services experts pour accompagner les réadaptations au domicile sont insuffisamment développés.

### Les acteurs de la région

#### La filière de soins

Les médecins ophtalmologistes, ORL, les rééducateurs orthophonistes et orthoptistes, les audioprothésistes et opticiens constituent la filière de prise en charge des déficiences sensorielles.

Pour rester autonome et retrouver une meilleure qualité de vie, il existe dans la région Pays de la Loire, un centre régional Basse Vision et Troubles de l'Audition, établissement de soins de suite et de réadaptation porté par VYV3, qui accueille les personnes adultes concernées par une basse vision (acuité visuelle inférieure à 3/10ème et/ou champ de vision inférieur à 10 degrés autour du point de fixation), des personnes concernées par des troubles importants de l'audition malgré un appareillage.

Le centre régional, dispose d'une équipe pluriprofessionnelle composée de médecins ophtalmologistes et ORL, d'assistantes de service social, d'audioprothésistes, d'ergothérapeutes ; d'orthophonistes, d'orthoptistes, d'opticiens, de psychologues de rééducateurs en locomotion et vie journalière.

Des services de prévention santé participent également au dépistage et à la mise en œuvre d'actions ciblées.

#### Des structures d'expertise et de formation

La région compte un centre d'expertise national, expert des déficiences sensorielles.

- Le Centich, situé à ANGERS, a pour objet de rendre accessibles les aides techniques pour communiquer, informer, se déplacer, se soigner, sécuriser son environnement, coordonner l'intervention des aidants naturels et celle des services à domicile, étudier, travailler, tout simplement pour vivre, et vieillir chez soi en toute autonomie. Il s'agit d'un dispositif ressource au rayonnement national. Le CENTICH a participé à la mise en place des Technicothèques notamment.

- VYV3 Pays de la Loire, porte également un centre de formation qui a une expertise et un rayonnement national sur l'accompagnement des personnes déficientes sensorielles.
- L'institut Public Ocens participe également à la réponse de sensibilisation/formation et dispose d'un service accompagnement les aînés déficients visuels à domicile

Un réseau associatif dynamique

Des associations telles que L'Association Valentin Haüy, l'association des chiens guides d'aveugles, les associations de personnes devenues sourdes, participent et élaborent régulièrement des actions de sensibilisation de leur environnement.

La SRAE Sensoriel

La Structure Régionale d'Appui et d'Expertise Déficiences Sensorielles est mandatée et financée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire et porté sur le plan administratif et financier par VYV3 Pays de la Loire. Sa gouvernance est constituée d'organisations médico-sociales, associations, acteurs de santé et organisations professionnelles engagés dans l'accompagnement des personnes déficientes visuelles et/ou déficientes auditives

Son objectif général est l'amélioration des parcours et de la qualité de vie des personnes en situation de handicap sensoriel (auditif et visuel).

Son action s'articule autour de 4 grandes missions

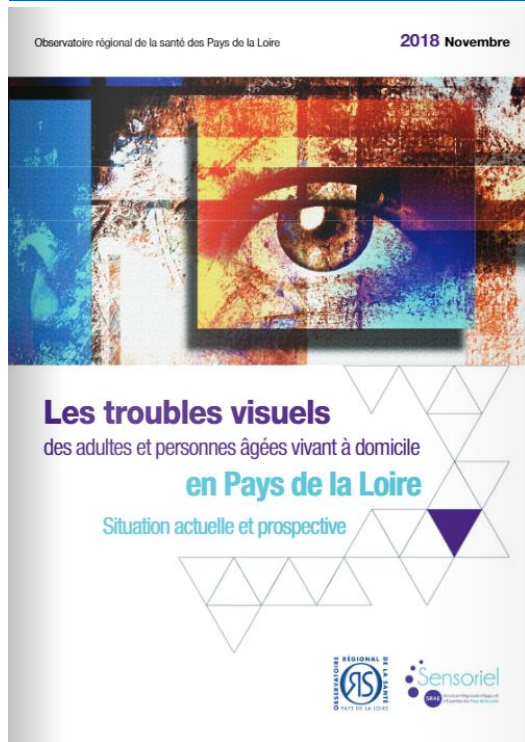
1. Animer le réseau d'acteurs
3. Développer l'expertise et le recours
2. Assurer la qualité des pratiques professionnelles
4. Informer et communiquer en direction des décideurs, des professionnels, des établissements, de la population

Les actions de la SRAE Sensoriel entre dans le champ des séniors déficients sensoriels

#### *Etude Observation*

La SRAE Sensoriel a commandité une étude auprès de l'observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire . Une étude relative à « Les troubles visuels des adultes et des personnes âgées vivant à domicile »

<https://fr.calameo.com/read/006278034668d73d42184>



*Information Sensibilisation.*

La SRAE Sensoriel organise ou intervient en appui d'acteurs de la région (CLIC, CCAS, association....) pour l'organisation d'actions de sensibilisation à la santé visuelle/santé auditive. Ces actions visent en général à mieux faire connaître l'impact des déficiences sensorielles sur la qualité de vie, les actions de repérage/diagnostic, les rééducations, les aides techniques et aménagements qui peuvent être réalisés quand la déficience est là.

La SRAE sensoriel réalise une veille documentaire et technique :

- Une lettre d'information mensuelle dans laquelle elle publie des informations en lien avec ces thématiques.
- Un site internet ressource et un annuaire régional des ressources spécialisées (santé, accompagnement médico-social, formation, appui technique, associations personnes déficientes sensorielles.) : <https://www.sraesensoriel.fr/ressource>
- Une veille documentaire thématique :

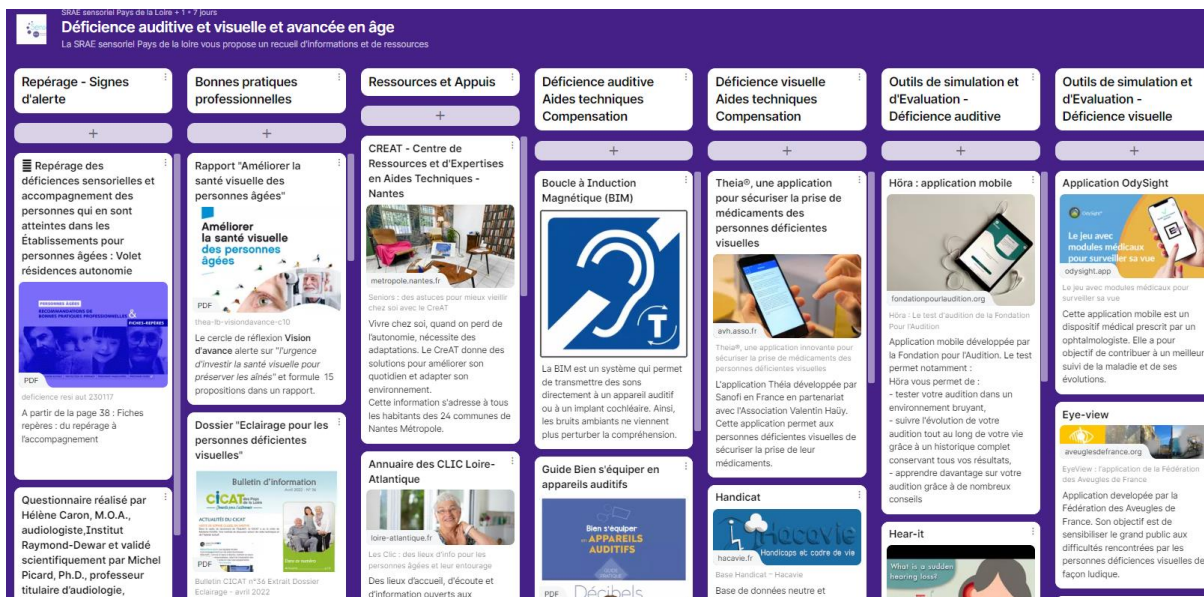
La SRAE Sensoriel a réalisé deux bibliographies sélectives sur le sujet des seniors et déficiences

- <https://fr.calameo.com/read/006278034bfdf4205957d>
- <https://fr.calameo.com/read/006278034a6135b968a60>



*Mur d'information numérique*

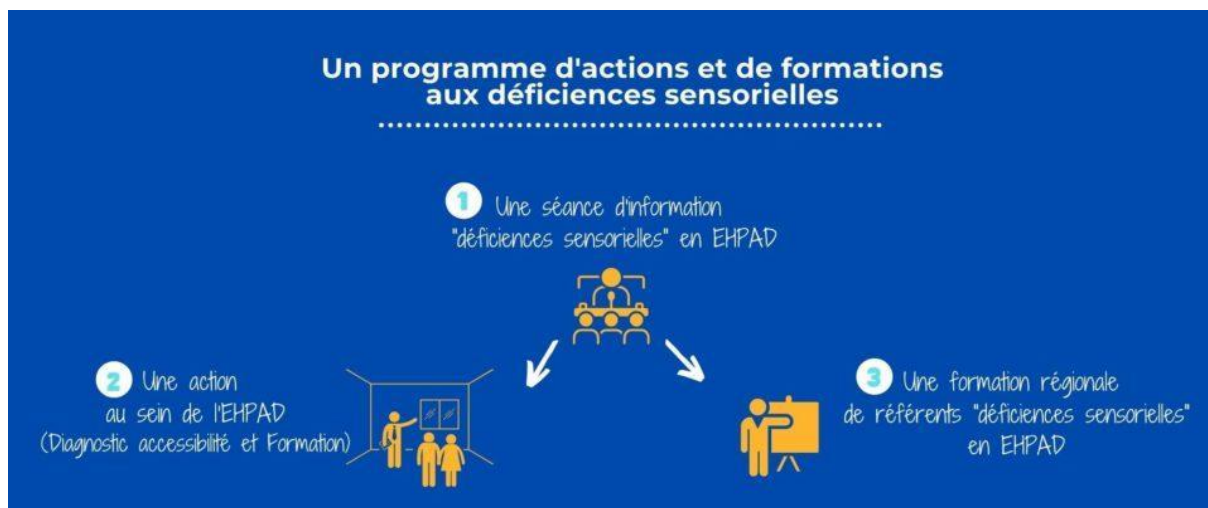
La SRAE a créé un mur d'information numérique dédié à la thématique « déficience auditive et visuelle et avancée en âge ». On y retrouve des ressources d'information régulièrement actualisées



*Appui à projet*

ACCES EHPAD : Aménager – Comprendre- Créer des environnements sensibilisés aux déficiences sensorielles dans les EHPAD

Une formation/ action singulière financée par l'ARS Pays de la Loire et actuellement conduite par une action coordonnée de la SRAE Sensoriel, et des centres de formation de VYV3 Pays de la Loire et de l'Institut Public OCENS.



Cette action a été proposée à l'ensemble des EHPAD de la région et vise à informer les professionnels d'EHPAD sur :

L'importance de la vue et de l'ouïe dans les actes de la vie quotidienne et les conséquences fonctionnelle des déficiences sensorielles sur la qualité de vie et l'autonomie

- Les partenaires et ressources locales en santé visuelle et auditive, afin de faciliter les dépistages et le suivi
- Des actions pratiques d'adaptation du cadre de vie de l'EHPAD pour réduire les situations de dépendance
- Une pratique durable d'adaptation aux déficiences visuelles et auditives

La formation action a mobilisé sur l'année 2022, 35 EHPAD de la région et se décompose en plusieurs temps :

- Un diagnostic accessibilité de l'établissement
- Une formation sensibilisation d'un groupe de professionnels de l'établissement
- Une formation de « référents déficiences sensorielles »

### M. La filière d'activité physique :

ASEPT : Association de Santé, d'Education et de Prévention sur les Territoires

<http://aseptpd.fr/seniors-vivant-a-domicile/>

L'ASEPT des Pays de la Loire est l'association de prévention des caisses de retraite

A ce titre, elle propose aux seniors de la région des actions de prévention sur l'ensemble du territoire, y compris en milieu rural, complétant ainsi l'offre existante pour permettre à tous d'accéder à une offre de qualité et de façon harmonisée. Le cœur de l'activité de l'ASEPT est tourné vers les retraités vivant à domicile avec l'objectif de prévenir la perte d'autonomie. Pour cela elle propose une offre cohérente et complète d'actions abordant toutes les thématiques du bien vieillir : mémoire, nutrition, activité physique, gestion du stress, habitat, conduite, autonomie numérique, équilibre, etc.

Ces actions sont pour la plupart des cycles d'ateliers composés de plusieurs séances et ont pour fil rouge le lien social et la convivialité. Animés par des bénévoles formés ou des professionnels, ces ateliers sont organisés sur le terrain directement par l'ASEPT ou par ses partenaires. Les actions

s'inscrivent dans les référentiels nationaux et sont évaluées en plusieurs temps afin de mesurer les changements de comportement.

En tant que structure inter-régime, l'Association Santé, Education et Prévention sur les Territoires est financée et composée des principaux régimes de retraite (CARSAT, CNRACL, MSA, ENIM, IRCANTEC) ainsi que de partenaires investis dans le champ de la prévention tels que la Mutualité Française, Mutualia et Générations Mouvement. Elle reçoit également des financements des Conférences des financeurs de la Prévention de la perte d'autonomie et de l'ARS.

L'ASEPT des Pays de la Loire mène aussi des actions en direction d'autres publics comme les Actions Nutrition Santé Adolescent en MFR et Lycées agricoles, accompagne le développement des réseaux de sentinelles (prévention et repérage du mal-être en population générale), etc.

En lien avec la prévention du risque de chute, l'ASEPT propose divers ateliers :

a) *Les ateliers Vitalité « Votre santé a de l'avenir »*

Créés en 2018, les « Ateliers Vitalité » sont bâtis de façon à répondre aux attentes d'un public de jeunes seniors et suivant une méthode d'animation dynamique et interactive. Ces ateliers sont "multithématiques", ils abordent tous les sujets liés à l'avancée en âge et au Bien vieillir : la nutrition, le sommeil, l'activité physique, la santé (bucco-dentaire, dépistages, vaccination, protection solaire, etc.), la mémoire, l'importance du lien social, etc. Lors de chaque séance, l'animateur alterne entre des temps d'apports théoriques et des exercices pratiques. En milieu de séance, les membres du groupe partagent un temps convivial autour d'une collation apportée par les participants à tour de rôle.

Au programme de l'Atelier Vitalité 1 / « Mon âge face aux idées reçues » 2 / « Ma santé : agir quand il est temps » 3 / « Nutrition, la bonne attitude » 4 / « L'équilibre en bougeant » 5 / « Bien dans sa tête » 6 / Séance avec thématique au choix : « Un chez moi adapté, un chez moi adopté » « A vos marques, prêts, partez ! » « Vitalité et éclats pour soi ! »

20 cycles Vitalité ont été réalisés sur la région sur 20 communes différentes. 146 personnes ont participé à ces programmes, dont 107 femmes : • 41,73 % dépendaient du régime agricole • 44,09 % du régime général • 5,51 % de la CNRACL • 8,66 % d'autres régimes La moyenne d'âge des participants est de 72 ans.

b) *Les ateliers Nutrition « Bien se nourrir pour rester en forme »*

Face aux informations véhiculées sur le lien entre une bonne alimentation et la santé, le comportement alimentaire est devenu une thématique de santé publique centrale. Les Ateliers Nutrition ont pour objectif de transmettre les clés d'une alimentation équilibrée et diversifiée, adaptée au public auquel il s'adresse. Au-delà des recommandations et des repères transmis, les notions de plaisir et de convivialité sont placées au centre de l'approche proposée. En effet, l'avancée en âge, certaines pathologies, l'isolement, sont pour certains seniors autant de facteurs pouvant conduire à une baisse d'appétit et d'intérêt pour l'alimentation allant parfois jusqu'à la dénutrition. A l'inverse, d'autres seniors vont découvrir au cours des séances qu'ils ont des comportements et des consommations qui ne sont pas ou plus adaptés à leur âge et/ou à leur activité. Retravaillés pendant les périodes de plus faible activité, les cycles contiennent désormais des temps sur l'activité physique (théoriques et



pratiques), des dégustations, etc. Ils ont également été harmonisés au niveau du format du cycle : 5 séances de 2h30 et 1 séance de cuisine et partage d'un repas. Le cycle peut être précédé d'une réunion d'information ou d'une conférence.

Au programme : 1 / Les sensations alimentaires 2 / Bien dans mon assiette et bien dans ma tête 3 / Des aliments plaisir à ne pas bannir 4 / Les protéines sous toutes leurs formes 5 / Je ne fais pas qu'accompagner un plat ! 6 / A vos fourneaux !

En 2021 ; 29 cycles ont été réalisés dans la région, dans 29 communes différentes. 238 personnes ont participé à ce programme, dont 198 femmes : • 39,09 % dépendaient du régime agricole • 48,64 % du régime général • 7,73 % de la CNRACL • 0,45 % de l'ENIM • 4,09 % d'autres régimes La moyenne d'âge des participants est de 69 ans

### c) *Les ateliers de prévention des chutes*

« Faites un PIED de nez aux chutes ! » Le PIED : Programme Intégré d'Equilibre Dynamique Ce programme a pour objectif d'améliorer l'équilibre et la force des jambes, de réfléchir à l'aménagement de son domicile et de renforcer le sentiment de confiance en soi à l'égard des chutes. Il permet également d'aller vers la reprise ou le maintien d'une pratique régulière d'activité physique. Un cycle est constitué de 12 séances de 1h30 pour un groupe de 10 à 15 personnes et est animé par un animateur sportif diplômé et spécialement formé à ce programme. En France, c'est la Fédération Sport Pour Tous qui affine ces animateurs. L'ASEPT fait appel à la Mutualité Française des Pays de la Loire pour organiser ces ateliers de prévention des chutes. Ceux-ci sont programmés à la suite d'ateliers de prévention mémoire Peps Eurêka, Nutrition ou Vitalité et proposent ainsi aux participants une offre de prévention sous forme de parcours. Par exemple, un atelier mémoire Peps Eurêka se déroule dans une commune au 1er semestre, puis nous proposons aux participants de poursuivre avec un cycle PIED au 2nd. Aux membres du groupe initial viennent s'ajouter de nouvelles personnes, le groupe n'étant pas fermé

Au programme : 1 / Première séance consacrée à l'évaluation 2 / «Faites un PIED de nez aux chutes» 3 / «De la tête aux PIEDs, gardez vos os en bonne santé» 4 / «Dans votre salon, gardez les PIEDs sur terre» 5 / «Dans votre chambre, levez-vous du bon PIED» 6 / «Trouvez chaussure à votre PIED» 7 / «Dans votre salle de bains, ayez le PIED marin» 8 / «Dans votre cuisine, ne mettez pas les PIEDs dans le plat» 9 / «Restez sur vos 2 PIEDs avec vos médicaments» 10 / «Dans les escaliers et à l'extérieur, allez-y de PIEDs fermes» 11 / «Des PIEDs et des mains pour rester en forme» 12 / Dernière séance consacrée à l'évaluation

En 2021 : ▶ 10 cycles « Faites un PIED de nez aux chutes » ▶ 68 participants dont 15 hommes et 53 femmes • 53,03 % dépendaient du régime agricole • 31,82 % du régime général • 10,61 % de la CNRACL • 4,55 % d'autres régimes ▶ La moyenne d'âge des participants est de 71,5 ans.

## SIEL BLEU

Créée par Jean-Daniel Muller et Jean-Michel Ricard en 1997, l'Association Siel Bleu a pour objectif la prévention santé de manière globale et l'amélioration de la qualité de vie des personnes. Comme le dit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé ne se limite pas à « l'absence de maladie ou d'infirmité », mais désigne « un état complet de bien-être physique, mental et social ». C'est justement

sur la santé globale que travaille Siel Bleu, en proposant des accompagnements collectifs, individuels ou sur le lieu de travail pour :

- Bien bouger : avec une activité physique adaptée aux capacités, aux besoins et aux envies des participants.
- Bien manger : avec des ateliers et formations diététiques.
- Bien respirer : avec une sensibilisation aux bons gestes pour préserver notre environnement.

Organisme à but non lucratif, l'Association Siel Bleu s'est également donné pour objectif l'accessibilité géographique et financière des activités. Elle regroupe 750 salariés et 150 000 bénéficiaires des activités, et est présente en France, mais aussi en Belgique, en Irlande, en Espagne, en Suisse, à Madagascar, en Inde, et plus récemment en Allemagne et au Portugal.

### Comité Régional d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire : L'atout Sport Santé Seniors

Créatrice du concept de Sport Santé, la FFEPGV propose aux seniors des activités physiques à tout public selon ses besoins et ses motivations.

La régularité de la pratique est une force de la fédération au service des clubs et des seniors.

Forte de son expertise et de sa capacité à s'adapter aux besoins des territoires exprimés par ses partenaires de prévention (Caisses de retraites, Mutuelles...), la fédération propose également, aux personnes souhaitant reprendre une activité physique, des formats de pratique courts (4 à 12 séances) sous forme d'ateliers du « Bien Vieillir avec la GV ».

La prise en compte du grand âge, des maladies chroniques et neuro dégénératives va colorer fortement la séance dans sa conception « Maintien de l'autonomie » : elle prend en compte bien sur l'autonomie des personnes, le lieu d'hébergement, les partenaires et les besoins des résidents. Le maintien de la mobilité et de la réalisation des gestes au quotidien constitue une priorité pour notre fédération, qui possède une grande expertise en la matière.

### Maison Sport Santé

Les Maisons Sport-Santé participent à répondre aux besoins de personnes ayant conscience de la nécessité d'une pratique d'activité physique et sportive, aux personnes souffrant d'affections de longue durée ou de maladies chroniques pour lesquelles la pratique d'activité physique adaptée est prescrite par le médecin mais aussi à celles qui, jusqu'à présent, étaient très éloignées de la pratique. Les Maisons Sport-Santé permettent à ce public prioritaire et aux personnes qui le souhaitent d'être prises en charge et accompagnées conjointement par des professionnels de la santé et du sport afin de suivre un programme sport-santé personnalisé qui répond à leurs besoins et leur permette de s'inscrire dans une pratique d'activité physique et sportive durable.

Loire-Atlantique 44

SAINT-NAZAIRE : Ville S'port (Lab'Sport) <https://www.labsport.org/>

REZE : Maison Sport-Santé Société UFOLEP (M3S) <https://www.sport-sante-ufolep44.com>

PONT-CHÂTEAU Sport Santé en Pays de Pontchâteau/Saint-Gildas des Bois <https://www.cc-paysdepontchateau.fr/>

CLISSON Mouv Santé <https://www.agircontrelamaladie.fr/contact>

NANTES : Maison Sport Santé de Bellevue Comité Régional Sport Pour Tous <https://cr.sportspourtous.org/paysde-la-loire>

SAINT HERBLAIN : VISTA SANTE <https://vista-sante.com/>

MSS NOZAY OMNISPORTS <http://nozay-omnisports.com/>

SAINT PHILBERT DE GRAND LIEU : MSS Saint Philbert de Grand Lieu – Actif pour la Santé  
<https://www.stphilbert.fr/>

SAINT HERBLAIN MSS CAMI Sport & Cancer Loire- Atlantique (44) Institut de Cancérologie de l'Ouest  
[info@camisportetcancer.com](mailto:info@camisportetcancer.com)

Maine-et Loire 49

ANGERS : Centre de Ressources SportSanté Ville d'Angers <http://www.angers.fr/>

ANGERS : S'CAPAD Santé <https://www.scapad-sante.com/>

BEAUCOUZE : Ma salle santé <https://www.sielbleu.org/ma-sallesante>

ANGERS : Maison Sport & Santé de l'Anjou <http://www.centre-de-soins-anjou.com/index.htm>

ANGERS : Maison Juvénal Institut de Cancérologie de l'Ouest <https://www.institut-cancerologieouest.com/>

ANGERS : Goove Angers Ma Maison Sport Santé <https://www.goove.fr/espace/gooveangers/>

BEAUPREAU-EN-MAUGES : Bus Sport Santé <https://www.ententedesmauges.fr/>

AVRILLÉ : Maison Sport Santé Avrillé <https://www.ville-avrille.fr/>

Zoom : Bus Sport Santé de « l'Entente des Mauges » Créé par l'association « l'Entente des Mauges », le Bus Sport Santé est une véritable salle de sport mobile qui sillonne l'ensemble des Mauges et du Choletais, dans les communes rurales et les quartiers prioritaires. Le bus assure un service de proximité en proposant, à domicile, différentes activités physiques adaptées ainsi que des bilans à toutes les personnes souhaitant reprendre une activité ou souffrant de différentes pathologies. Les professionnels de santé présents dans le bus peuvent orienter ces personnes vers tous les acteurs sport santé du territoire



Mayenne 53

LAVAL : Maison Sport Santé Départementale Maison Départementale des Sports  
<https://mayenne.franceolympique.com/accueil.php>

ERNEE : Maison Elan Sport Santé [asso.sport.elan@gmail.com](mailto:asso.sport.elan@gmail.com)

Sarthe 72

BRULON : Maison Sport Santé LBN <https://www.cc-lbn.fr/> APA

SAINT SATURNIN : Maison Sport-Santé Centre de l'Arche, <https://asso-prh.fr/>

ALLONNES : Maison Sport Santé Allonnes <https://www.jsa-omnisports.com/>

LE MANS : SATIM APAS [www.satimsante.fr/activites/activites-physiques-adaptees/](http://www.satimsante.fr/activites/activites-physiques-adaptees/)

Vendée 85

LA ROCHE SUR YON : Maison Sport Santé <https://www.cdos85.fr/>

LES HERBIERS : Les Herbiers Sport Santé [sports@lesherbiers.fr](mailto:sports@lesherbiers.fr)

## SRAE Nutrition :

La SRAE Nutrition est la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise en Nutrition intervenant en Pays de la Loire. Cette association collégiale loi 1901 est financée par l'ARS, la DRAJES et d'ADEME des Pays de la Loire.

Créée le 1er janvier 2016, elle a pour objectif l'accompagnement d'un large champ d'acteurs concernés par les questions de nutrition :

- Etablissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux
- Associations (d'éducation et de promotion de la santé, de patients, d'aide alimentaire, sportives...)
- Professionnels de santé libéraux
- Représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, de l'assurance Maladie, des Mutuelles, réseaux...

La SRAE Nutrition travaille autour de 4 grandes thématiques qui sont l'alimentation, l'activité physique, l'obésité et la dénutrition.

### a) *La dénutrition*

Elle se définit comme un déséquilibre entre apports alimentaires et besoins, qui entraîne une perte de poids et une fonte musculaire, à l'origine de nombreuses complications... Elle touche 2 millions de personnes dénutries dont en majorité les personnes âgées. La personne âgée est particulièrement à risque de dénutrition (perte d'appétit, besoins protéiques supérieurs, perte de muscle avec l'âge...).

Au sein de la SRAE Nutrition, nous travaillons autour de la dénutrition de la personne âgée à la fois en ville et en EHPAD.

En ville, elle déploie en partenariat avec l'URPS IDEL et le GCS e santé le projet D-NUT Article 51 qui est un parcours de prise en charge pluriprofessionnelle de la dénutrition des personnes de plus de 60 ans vivant à domicile ([plus d'informations sur notre site internet](#))

En EHPAD, nous déployons le kit D-NUT EHPAD qui est un kit de sensibilisation à la dénutrition à destination des résidents et des équipes soignantes ([plus d'informations sur notre site internet](#))

Parmi nos missions, nous devons animer le réseau des professionnels, nous organisons notamment des webinaires thématiques et différentes formations (formations D-NUT, formation en partenariat avec l'IFSO sur la prévention de la dénutrition à destination des aides à domicile).

La SRAE Nutrition est aussi le relai en région de [la semaine nationale de la dénutrition](#), pour cette 3ème édition nous proposons des actions spécifiques en Pays de la Loire pour accompagner les professionnels dans leurs actions.

Nous sommes également membre actif du collabinnov nutrition organisé par le gérontopôle des pays de la Loire et avons participé à l'écriture du rapport [«Alimentation des personnes âgées : enjeu et recommandations»](#) avec le Dr Guillaume André.

### b) *Activité physique*

Dans le cadre du Plan Régional Sport-Santé Bien Être, la SRAE Nutrition est missionnée par la DRAJES et l'ARS des Pays de la Loire pour piloter le dispositif régional ON Y VA, sur la prescription d'activité physique pour les personnes vivant avec une maladie chronique.

Ce dispositif met à disposition des professionnels de santé, des outils pour parler et prescrire de l'activité physique et ainsi encourager la pratique d'activité physique régulière.

Un numéro régional permet d'orienter les personnes vers les bonnes structures et professionnels du monde sportif ou de l'activité physique adaptée.

Le site [onyva-paysdelaloire.fr](http://onyva-paysdelaloire.fr), présente une cartographie régionale de toutes les offres d'activités physiques ou sportives adaptées aux personnes ayant une maladie chronique.

Le dispositif ON Y VA permet également de sensibiliser les professionnels de santé au discours sur l'activité physique, en consultation avec un patient.

## ANNEXE 2 : L'état de l'art de la prévention des chutes<sup>67</sup>

La chute correspond à 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 au sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait. Les chutes sont considérées répétées si au moins 2 chutes surviennent dans un intervalle de temps de 6 à 12 mois. Une chute est considérée comme grave si elle cause une hospitalisation de la personne, ou plus largement une intervention médicale 1.

Les données épidémiologiques montrent un accroissement du risque de chutes avec l'avancée en âge 1. La SFDRMG en partenariat avec la HAS nuance ces résultats en précisant que le risque de chute n'est pas en rapport avec l'avancée en âge, mais celle-ci se traduit malgré tout par un déclin des capacités d'adaptation aux risques, de la personne âgée active et dynamique à la personne dépendante 2. Ainsi, les caractéristiques de la marche se modifient avec l'âge, sous l'effet combiné du vieillissement physiologique et pathologique. L'avancée en âge induit une irrégularité du pas, une réduction de la longueur de l'enjambée, une instabilité posturale et une diminution de la vitesse de marche 3.

Il existe de nombreuses méthodes permettant de détecter le risque de chute chez la personne âgée. Dans une revue de littérature réalisée en 2018, Park et al. 4 identifie pas moins de 26 tests standardisés, les plus utilisés dans les études étant la Berg Balance Scale, le Timed Up and Go Test ainsi que la Tinetti Balance Scale. Bien qu'ils ne soient pas cités dans cette revue, les tests des levers de chaise ainsi que l'appui unipodal sont très utilisés en recherche et en pratique courante du fait de leur passation simple et rapide, et de leur caractère prédictif reconnu 5,6.

L'implication des fonctions cognitives dans la marche et dans le risque de chute est encore largement méconnue, pourtant il y a de nombreuses années que la marche n'est plus considérée comme une activité motrice automatique, mais intrinsèquement liée à la cognition. Plus spécifiquement, les fonctions exécutives seraient impliquées dans le phénomène de chute. Ces fonctions cérébrales supérieures incluent les aptitudes à résoudre un problème abstrait, initier et réaliser une tâche ayant un objectif précis impliquant la mémoire de travail, la flexibilité mentale, l'attention ou encore l'inhibition. Une revue réalisée en 2013 répertoriant les résultats de 14 études indique que l'altération des fonctions exécutives est associée à un risque accru de chute et de blessures associées 7. Le paradigme de la double-tâche illustre ce lien. Il consiste à marcher en réalisant une tâche cognitive et permet de mesurer les ressources attentionnelles dédiées à chacune des deux tâches. Les performances lors d'un test de double-tâche sont ainsi altérées chez les patients souffrant de troubles cognitifs. On observe ainsi une altération des paramètres spatio-temporels de la marche lors de la réalisation simultanée d'une tâche attentionnelle 3,8. En 2002, Beauchet et al. 3 ont étudié la pertinence de l'intervention d'un processus attentionnel dans la marche comme marqueur de chutes à venir chez des personnes fragiles et polyopathologiques. Le principe du test était d'étudier l'influence d'un décompte et d'une tâche de fluence verbale catégorielle sur les paramètres spatio-temporels de la marche. Les auteurs ont observé un temps et un nombre de pas plus importants lors de la marche avec décompte et surtout avec fluence verbale ( $p < 0,001$ ). Des latérodéviation et des arrêts plus importants ont également été observés en double-tâche. Les auteurs déduisent ainsi que ces modifications des paramètres spatio-temporels de la marche, ces latérodéviation et ces arrêts lors d'une double-tâche seraient significatifs d'un risque accru de chute. En effet, les conditions de marche dans la vie quotidienne reproduisent les paramètres de la double-tâche : évitement d'obstacles, distractions sonores, conversation avec un tiers, port d'objets, etc.3. D'autres études impliquant des tests tels que le TMT A et B ou encore le Digit Symbol Substitution Test et le Coding Task sont arrivées aux mêmes conclusions 7,9,10,11. Une autre revue réalisée en 2020 regroupant 25 études

<sup>67</sup> Annexe 2 : Bibliographie de l'état de l'art

interventionnelles a montré les bénéfices de programmes d'entraînement des fonctions exécutives avec une amélioration des fonctions cognitives globales, de l'inhibition, de la vitesse de traitement de l'information. Les performances au test de double-tâche ont également été accrues 12.

Les causes des chutes chez la personne âgée sont identifiées dans un grand nombre d'études. Environ 15% résultent d'éléments extérieurs et une proportion similaire provient de causes internes telles que des troubles de la marche ou des syncopes 13. Par ailleurs, la peur de chuter constitue un risque majeur de chute, et touche 21 à 85% des personnes âgées en fonction des études 14. En outre, entre 5 et 10% des personnes âgées qui chutent chaque année sont victimes de blessures comme des fractures ou des commotions cérébrales. Elles représentent 10% des hospitalisations en urgence des personnes âgées 15. Les interventions destinées à prévenir le risque de chute sont un phénomène récent, les premières recommandations datent des années 2000 (Royaume-Unis, Etats-Unis et Canada). Ces interventions ont pour objectif d'agir sur les causes des chutes ou de renforcer les facteurs protecteurs. Elles sont de natures très diverses, unidomaines ou multidomaines, individualisées ou standardisées. Dans une revue regroupant 159 études (79 193 participants), Gillespie et al. 13 ont observé un effet significatif des programmes d'activité physique (réduction de 15% du risque de chute), mais uniquement lorsque cette intervention comprend plusieurs typologies d'exercices, axés sur l'équilibre, la marche, le renforcement musculaire ou encore la souplesse. De même, la diminution des traitements psychotropes permet une réduction du risque de chute de 66%. D'autres interventions montrent une efficacité seulement si elles sont associées entre elles. Ainsi, la supplémentation en protéine et en vitamine D ne permet pas de réduire le risque de chute, en revanche, associée à la pratique d'une activité physique, l'effet bénéfique est très important (réduction du risque de chute de 81%) 13. Par ailleurs, une méta-analyse réalisée en 2014 regroupant 24 études (1692 participants) a montré que la pratique d'une activité physique réduit significativement la peur de chuter chez la personne âgée (réduction de 63%) 14. Les interventions multidomaines sont privilégiées, et figurent notamment dans les recommandations de l'American Geriatrics Society, de la British Geriatrics Society ou encore de l'Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Dans une revue réalisée en 2018 regroupant 62 études (4202 participants), Hopewell et al. ont étudié l'impact d'interventions multidomaines sur le taux de chutes et ont montré de manière globale une réduction de 23%. Ce résultat est similaire entre les interventions standardisées et les interventions individualisées 16. Les interventions standardisées sont en général privilégiées car elles permettent de toucher une part plus importante de la population. Dans une revue réalisée en 2005 évaluant l'effet de programmes standardisés sur le risque d'hospitalisation en urgence suite à une chute, l'intervention « Stay on your Feet » mise en place en Australie a été étudiée. Il s'agissait d'un programme multidomaine standardisé destiné à la population âgée générale. En comparant sur 5 ans les hospitalisations suite à une chute de 80 000 personnes de plus de 60 ans, les auteurs ont observé une réduction significative de 20% des hospitalisations, avec un taux de participation au programme estimé à 77% 15.

### La fibrillation auriculaire et le risque de chutes

Un facteur majeur pouvant accroître le risque de chute correspond à des syncopes dues à des hypoperfusions cérébrales consécutives à une bradyarythmie ou une tachyarythmie. La fibrillation auriculaire est la cause la plus courante de ces arythmies avec une prévalence de 1 à 2% dans la population générale, et d'environ 5% chez les plus de 65 ans, ce qui a conduit plusieurs auteurs à étudier le lien entre fibrillation auriculaire et chutes. Par ailleurs, certains médicaments, notamment ceux abaissant le rythme cardiaque sont connus pour être pro-arythmiques 17,18.

Dans une étude réalisée en 2019 et incluant 100 935 patients souffrant de fibrillation auriculaire suivi pendant plus de 2 ans, il a été observé que 5,7% d'entre eux ont eu une syncope, 17% ont eu une chute avec blessure et 20,9% ont eu une blessure liée à une chute et/ou une syncope durant un suivi moyen

de 2,1 ans. Les patients suivant un traitement abaissant le rythme cardiaque ou anti-arythmique ont présenté l'incidence cumulée de chute ou syncope avec blessure la plus élevée 17.

Dans une étude observationnelle transversale réalisée sur la cohorte irlandaise TILDA incluant des personnes de plus de 50 ans vivant au domicile, les auteurs se sont intéressés au lien entre la fibrillation auriculaire et l'historique de chute des sujets. Sur les 8175 participants à l'étude, 20,3% ont rapporté un historique d'une ou plusieurs chutes et 4,9% ont rapporté une ou plusieurs syncopes ou malaises durant l'année passée. La prévalence de la fibrillation auriculaire était de 1,0% chez les 50 – 64 ans, 4,1% chez les 65 – 74 ans et 7,8% chez les plus de 75 ans. L'analyse croisée montre que 29,7% des personnes présentant une fibrillation auriculaire ont déjà chuté contre 19,6% chez les personnes ne présentant pas d'arythmie ( $p=0,007$ ). De plus, chez les personnes présentant une fibrillation auriculaire, 10,3% ont vécu une expérience de syncope contre 4,4% chez les autres sujets ( $p=0,003$ ) 18.

Une autre étude réalisée en 2020 avec 669 participants suivis pendant un an, a montré que différentes pathologies cardiaques telles que l'hypertension artérielle, l'hypotension orthostatique, l'insuffisance cardiaque, les antécédents d'infarctus ou la fibrillation auriculaire augmentent le risque de chute de 57% 19.

## Bibliographie

- (1) Nghiem, D.; Alimi, C. Conférence Des Financeurs de La Prévention de La Perte d'autonomie - Groupe de Travail Prévention Du Risque de Chute et Articulation Avec Les Activités Menées Par Les Conférences Des Financeurs, 2022.
- (2) SFDRMG en partenariat avec la HAS. Prévention Des Chutes Accidentelles Chez La Personne Âgée - Recommandations.
- (3) Beauchet, O.; Dubost, V.; Nevers, A.; Stierlam, F.; Blanchon, M.; Mourey, F.; Pfitzenmeyer, P.; Gonthier, R. Élaboration d'un Test Clinique de Marche Du Sujet Âgé Fragile à Partir d'une Approche Cognitive de La Locomotion; Elsevier, 2002; Vol. 45, pp 123–130.
- (4) Park, S.-H. Tools for Assessing Fall Risk in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aging clinical and experimental research* 2018, 30 (1), 1–16.
- (5) Trombetti, A.; Hars, M.; Marcant, D.; Rizzoli, R.; Ferrari, S. Prevention de La Chute: Un Enjeu de Taille Dans La Strategie Visant a Prevenir Les Fractures Chez Le Sujet Age. *Revue médicale suisse* 2009, No. 207, 1318.
- (6) Bouccara, D. Les Troubles de l'équilibre Des Personnes Âgées. *La Lettre d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale* 2010, No. 323, 11–14.
- (7) Kearney, F. C.; Harwood, R. H.; Gladman, J. R.; Lincoln, N.; Masud, T. The Relationship between Executive Function and Falls and Gait Abnormalities in Older Adults: A Systematic Review. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 2013, 36 (1–2), 20–35.
- (8) Assal, F. Marche et Cognition Dans Le Vieillessement Normal et Pathologique. *Neurophysiologie Clinique* 2019, 49 (6), 421–422.
- (9) Mateen, B. A.; Bussas, M.; Doogan, C.; Waller, D.; Saverino, A.; Király, F. J.; Playford, E. D. The Trail Making Test: A Study of Its Ability to Predict Falls in the Acute Neurological in-Patient Population. *Clinical rehabilitation* 2018, 32 (10), 1396–1405.



- (10) Welmerink, D. B.; Longstreth Jr, W.; Lyles, M. F.; Fitzpatrick, A. L. Cognition and the Risk of Hospitalization for Serious Falls in the Elderly: Results from the Cardiovascular Health Study. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences* 2010, 65 (11), 1242–1249.
- (11) Sanders, J. B.; Bremmer, M. A.; Comijs, H. C.; Van De Ven, P. M.; Deeg, D. J.; Beekman, A. T. Gait Speed and Processing Speed as Clinical Markers for Geriatric Health Outcomes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2017, 25 (4), 374–385.
- (12) Wollesen, B.; Wildbrecht, A.; van Schooten, K. S.; Lim, M. L.; Delbaere, K. The Effects of Cognitive-Motor Training Interventions on Executive Functions in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Review of Aging and Physical Activity* 2020, 17 (1), 1–22.
- (13) Gillespie, L.; Robertson, M.; Gillespie, W.; Sherrington, C.; Gates, S.; Clemson, L.; Lamb, S. Interventions for Preventing Falls in Older People Living in the Community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, No. 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>.
- (14) Kendrick, D.; Kumar, A.; Carpenter, H.; Zijlstra, G.; Skelton, D.; Cook, J.; Stevens, Z.; Belcher, C.; Haworth, D.; Gawler, S.; et al. Exercise for Reducing Fear of Falling in Older People Living in the Community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, No. 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009848.pub2>.
- (15) McClure, R.; Turner, C.; Peel, N.; Spinks, A.; Eakin, E.; Hughes, K. Population-based Interventions for the Prevention of Fall-related Injuries in Older People. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, No. 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004441.pub2>.
- (16) Hopewell, S.; Adedire, O.; Copsey, B.; Boniface, G.; Sherrington, C.; Clemson, L.; Close, J.; Lamb, S. Multifactorial and Multiple Component Interventions for Preventing Falls in Older People Living in the Community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, No. 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012221.pub2>.
- (17) Dalgaard, F.; Pallisgaard, J. L.; Numé, A.; Lindhardt, T. B.; Gislason, G. H.; Torp-Pedersen, C.; Ruwald, M. H. Rate or Rhythm Control in Older Atrial Fibrillation Patients: Risk of Fall-related Injuries and Syncope. *Journal of the American Geriatrics Society* 2019, 67 (10), 2023–2030.
- (18) Jansen, S.; Frewen, J.; Finucane, C.; de Rooij, S. E.; van der Velde, N.; Kenny, R. A. AF Is Associated with Self-Reported Syncope and Falls in a General Population Cohort. *Age and ageing* 2015, 44 (4), 598–603.
- (19) Rivera-Chávez, J. G.; Torres-Gutiérrez, J. L.; Regalado-Villalobos, A.; Moreno-Cervantes, C. A.; Luna-Torres, S. Association between Falls and Cardiovascular Diseases in the Geriatric Population. *Archivos de cardiología de México* 2021, 91 (1), 66–72.

## ANNEXE 3 : Le calendrier de l'élaboration du plan régional

### A. Les grandes étapes de l'élaboration du plan :

- 21 février 2022 : Sortie du plan antichute national
- 25 avril au 10 mai 2022 : 10 entretiens exploratoires sont réalisés
- 11 mai 2022 : Lancement du plan par le premier COPIL régional
- Du 16 mai au 20 mai : Relecture et contribution des partenaires à la construction du questionnaire
- 07 juin 2022 : 1ère bilatérale ARS/Gérontopôle
- Du 25 mai au 13 juin : diffusion de l'enquête
- 10 Juin : travail sur les indicateurs avec le comité scientifique
- 29 Juin : animation du 1er groupe de travail : qualifier les besoins du territoire et ce qui fonctionne bien
- 07 juillet 2022 : 2ème réunion bilatérale ARS/Gérontopôle
- 12 juillet, 01 Août et 08 Août : élaboration des préconisations avec le comité scientifique
- 26 août 2022 : 3ème réunion bilatérale ARS/Gérontopôle
- 06 septembre : animation du 2ème groupe de travail : préconisation
- 16 septembre : réunion technique préconisations
- 23 septembre 2022 : 4ème réunion bilatérale ARS/Gérontopôle
- 29 septembre 2022 : 2ème COPIL de clôture de l'état des lieux et de l'élaboration du plan
- 30 septembre 2022 : envoi du plan au ministère

### B. Réunion bilatérale ARS / Gérontopôle conduit mensuellement

Le Gérontopôle a bénéficié du soutien et de la confiance l'ARS des Pays de la Loire. Madame Elodie Péribois est l'interlocutrice ARS du projet.

Elle a organisé un point mensuel avec les collaborateurs de la DOSA (service de la communication, EHPAD...) facilitant l'accès aux bons interlocuteurs avec le souci de maintenir une cohérence à travers les différentes actions entreprises sur le territoire.

### C. Une gouvernance régionale

En premier lieu, il a été défini la gouvernance régionale.

Sa mission dans un premier temps est d'orienter, de catalyser les acteurs et actions à identifier et à déployer à l'échelle régionale et départementale. Puis une fois par an sera organisé un comité de suivi auquel un compte rendu de l'avancée des travaux sur les 5 départements sera présenté.

Pour la réalisation du plan, 2 temps de comité de pilotage ont eu lieu, le premier est le lancement du plan qui s'est tenu le 11 mai 2022 et le 2ème est un temps de validation/ajustement de la feuille de route et la déclaration d'intention des partenaires à collaborer sur ce programme, il s'est tenu le 29 septembre.

### D. Constitution et animation d'un comité scientifique

Il est constitué du Dr Vincent Ould Aoudia, du Pr Cédric Annweiller, et du Pr Gilles Berrut.

Leurs missions sont de valider l'état de l'art, de déterminer les critères d'évaluation du plan régional et d'esquisser les préconisations du plan.

5 temps de travail ont été nécessaire :

10 juin (indicateurs), 12 juillet, 01 Août, 08 Aout et 08 Septembre. (Préconisations)

## E. Des acteurs régionaux engagés dans la prévention des chutes

Dans le but d'atteindre une certaine qualité d'information sur l'organisation de la prévention des chutes en Pays de la Loire et de trouver les meilleures manières d'aborder chaque axe du plan, nous avons fait le choix de rencontrer une dizaine d'acteurs :

- Les conférences des financeurs des financeurs pour leur implication dans l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles, le financement d'actions collectives activité physique et d'activité physique adapté
- Les caisses de retraite pour leur engagement dans leurs actions en faveur du bien-vieillir et leur participation à l'élaboration du plan antichute national
- L'AFRATA pour son expertise en téléassistance
- Et enfin le CéaAT expert en aide technique

Cette approche a permis de contextualiser l'état des lieux, les entretiens ont balayé deux questions :

1. Quels sont les outils/supports (tableau, carte) dont les partenaires disposent pour faire un état des lieux des acteurs, actions, sur quel territoire
2. Quels sont les outils/supports dont les partenaires disposent pour faire un état des lieux des recommandations de bonnes pratiques

Le calendrier des entretiens :

1. 25 AVRIL 2022 : CFPPA CD 44 : Mme Fleuriel Caroline et Mme Galand Shani
2. 29 AVRIL 2022 : CFPPA CD 72 : Mme Alexia Robin
3. 03 MAI 2022 : CFPPA CD 53 : Mme Barbara Kowal
4. 04 MAI 2022 : Malakoff Humanis : Mme Pascale Petit
5. 04 MAI 2022 : AFRATA : Mr Eric Arnoux
6. 05 MAI 2022 : CFPPA CD 44 Mme Fleury Auriane et CréAT : Mme Mélanie Larboulette
7. 06 MAI 2022 : CFPPA CD 85 Mme Audrey Serin
8. 09 MAI 2022 : AGIRC-ARRCO Mme Sabrina Fougere-Guemas
9. 09 MAI 2022 : CARSAT Mme Isabelle Vautérin
10. 10 MAI 2022 : CFPPA CD 49 Mme Sylvie Martin Renaud

## F. La contribution de nombreux acteurs

### Un questionnaire en ligne à destination des acteurs de la prévention des chutes

Nous remercions la CFPPA de Loire atlantique (Shani Galand, Caroline Fleuriel, Auriane Fleury), la SRAE Sensoriel (Corinne Pichelin), la SRAE nutrition (Charles Gaignon), CHU d'Angers (Dr Duval) pour leur contribution à la construction et la relecture du questionnaire avant sa diffusion.

Le questionnaire intitulé : État des lieux Régional de 2020 à aujourd'hui des actions menées en faveur de la prévention des chutes chez les personnes âgées était destiné à tous les acteurs de la région des Pays de la Loire qui interviennent dans le champ de la prévention des chutes des personnes de 65 ans et plus, quel que soit l'axe d'intervention.

La finalité de cette étude est de contribuer à la construction d'une stratégie concertée de la prévention des chutes des personnes âgées et de définir le plan d'action régional pour les 3 ans à venir.

Le questionnaire se présentait en 4 parties :

Partie 1 : Mieux vous connaître

Partie 2 : Actions déployées dans le cadre de la prévention des chutes

Partie 3 : Le Maillage territorial

Partie 4 : Recensement des besoins

Du 25 mai au 13 juin, le questionnaire a été mis en ligne sous un Google Forms. 130 structures y ont répondu.

Notons une surreprésentation des acteurs du domicile par rapport aux établissements sociaux et médico-sociaux. Ces derniers ne sont pas visibles dans le plan national, c'est une volonté régionale de les intégrer à la stratégie de la prévention des chutes des Pays de la Loire.

### Une compilation documentaire

La méthodologie d'enquête a permis de recueillir et analyser un grand nombre de rapports d'activités, documents ainsi qu'un grand nombre de mails.

L'équipe de coordination nationale du plan antichute a mis à disposition dans l'Espaces Collaboratifs Unifiés des ministères sociaux divers sources et liens utiles à la compréhension des attendus du plan.

### La diversité des points de vue mobilisée lors de 2 groupes de travail

Dans la continuité de cet état des lieux, le Gêrontopôle des Pays de la Loire a organisé deux groupes de travail.

*Le premier groupe de travail s'est tenu le 29 juin 2022 :*

#### **STRUCTURE**

MAISON SPORTSANTE DE NANTES A BELLEVUE  
MAISON SPORTSANTE DE NANTES A BELLEVUE  
PSL 49 -PROFESSION SPORTS ET LOISIRS49  
SRAE NUTRITION  
SRAE NUTRITION  
ESBV  
SIEL BLEU  
KINE PREVENTION 44  
URPSPDLL MASSEUR-KINESITHERAPEUTE  
ASSOCIATIONECOS NANTES  
ASSOCIATIONECOS NANTES  
FAMILLES RURALES 49  
FAMILLES RURALES 49  
IMA PROTECT TELEASSISTANCE  
IMA PROTECT  
TUNSTALL VITARIS  
EPOCA  
CCAS DE LAVAL  
CCAS VILLEDE NANTES  
CD 44  
CD 49  
CD 72  
MSA 44-85  
SMART MACADAM  
APIS PMR  
SOLIIHA PAYS DE LA LOIRE  
EAAR 44  
CITEMETRIE  
CITEMETRIE  
CréAT  
MERCJ JULIE  
MERCJ JULIE

#### **NOM -PRENOM**

LE CREN Frédéric  
MALINGE Clémence  
GASTINEAU Alain  
TURPAUD Aurélie  
GAINON Charles  
COASNE Céline  
MAUSSION Emilie  
MILLE Thomas  
HENON Alexia  
GROSSEAU Anaïs  
CAILLET Elise  
BAZOT Thérèse  
SEVIN Catherine  
ARNOUX Eric  
MORAWEK Henri  
MONTEUX Alain  
CABANES Elise  
LE BRECH Morgane  
BAHOLET Valérie  
FLEURIEL Caroline  
MARTIN-RENAUD Sylvie  
COMIN Frédéric  
BERNET Aude  
GOLLIOT Julie  
QUIQUINE Garcin  
RIPOCHE Marina  
CORBIC Nathalie  
L'HELIAS Anne-Danièle  
MORILLEAU Cloé  
LARBOULETTE Mélanie  
ROLLET Sybile  
SCOTTO Opaline

EVAL'LOIRE  
 ASSOCIATION VALENTIN HAÛY 44  
 SRAE SENSORIEL  
 GROUPE LA POSTE  
 CENTRE HOSPITALIER D'ERDRE ET LOIRE  
 CENTRE HOSPITALIER D'ERDRE ET LOIRE  
 CENTRE HOSPITALIER LAYON AUBANCE  
 CENTRE HOSPITALIER DE LA CORNICHE ANGEVINE  
 CENTREHOSPITALIER DU HAUT ANJOU  
 CENTRE HOSPITALIER DU HAUT ANJOU  
 CLINIQUE JULES VERNE  
 EHPAD LE PARC DE LA PLESSE AVRILLE  
 EHPAD SAINT PAUL REZE  
 EHPAD SAINT PAUL REZE  
 GERONTOPOLE DES PAYS DE LA LOIRE  
 GERONTOPOLE DES PAYS DE LA LOIRE  
 GERONTOPOLE DES PAYS DE LA LOIRE  
 GERONTOPOLE DES PAYS DE LA LOIRE

OGER Aurélie  
 ROUTON Martine  
 PICHELIN Corinne  
 RIGOULOT Virginie  
 CASTELNEAU Christelle  
 FAUVEL Nelly  
 HUBERT Marion  
 CHÂTEAU Adeline  
 SABIN Sandrine  
 MATIGNON Corine  
 GOURAUD Aude  
 FOUCAULT Gonzague  
 BORH Magalie  
 DE COUESBOUC Domitille  
 BERNAT Valérie  
 ARTAUD Elisabeth  
 BARLOUIS Justine  
 TERROM Séverine

Ce temps de travail a permis de partager avec acteurs les axes du plan national et de phosphorer sur 2 questions :

- Comment aller vers/rejoindre/atteindre des publics qui pour des questions d'isolement géographique, social et/ou culturel n'accèdent à pas l'information de l'offre de prévention ?
- Quels sont les leviers permettant de susciter l'envie d'adhérer à un programme de prévention ?

*Le deuxième c'est déroulé le 06 septembre 2022*

L'objectif était de travailler les préconisations et actions régionales à partir d'une proposition issue des différents matériaux recueillis au cours de l'investigation. 73 partenaires provenant des 5 départements ont répondu présents.

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

BEUVAIS	Christophe	Résidences autonomie JEANNE ET LÉON
BEUVAIS	Nathalie	Résidences autonomie JEANNE ET LÉON
BOHR	Magali	EHPAD Saint Paul
BOURGEOIS	Aurore	Pôle Santé Sarthe et Loir
CÔME-DURANT	Tatiana	POLE SANTE SARTHE ET LOIR
CORALEAU	Cécile	Résidence du Hâvre Oudon
DE COUESBOUC	Domitille	EHPAD Saint Paul
DUBREUIL	Lola	URPS IDEL
GROSSEAU	Anais	Association ECOS
LE BRECH	Morgane	EAAR CENTRE MAYENNE
LE STRAT	Bénédicte	ADMR Vendée
LOUVEL	Anaïs	EHPAD La Martinière Sablé sur Sarthe
POUZET	Véronique	Association QualiREL Santé
ROLLET	Sybile	Merci Julie
SCHINDLER	Esther	Comité régional ADMR Pays de la Loire
TURPAUD	Aurélie	SRAE Nutrition

DUVAL Guillaume CHU Angers

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

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

CORBIC	Nathalie	EAAR CHSL Sèvre et Loire
FOUCRIT	Thaïs	EHPAD public CCAS Le Mans
GERGAUD	Séverine	DREAL DES PAYS DE LA LOIRE
GUILLOTEAU	Sabrina	CENTRE HOSPITALIER ERDRE LOIRE
LAGRÉ	Clémentine	EAAR de Hôpital Intercommunal du Pays de Retz
MACKOWIAK	Sarah	/
MARY	Severine	Centre Hospitalier de la Corniche Angevine
QUIQUINE	Garcin	APIS PMR
RIPOCHE	Marina	SOLIHA Pays de la Loire
SÉVIN	Catherine	Familles Rurales
VOISIN	Marie	CENTICH VYV3
HUBERT	Marion	CHLA
FOUCHER ELIE	Sabine	CHEL
MOREL	Isabelle	FFB
AUBREE	Thibault	Ehpad Korian Pontlieue
ETANGSALE	Claudie	SOLIHA Loire-Atlantique
MARTIN	Sylvie	CD49 MDA

AXE 4 : L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, MEILLEURE ARME ANTICHUTE

ANGELINI	Sabine	CD 44
ANNICK	Audureau	COMITÉ RÉGIONAL EPGV PAYS DE LA LOIRE
BAZOT	Thérèse	Familles rurales
DARONDEAU	Alexandre	Pôle santé Sarthe et loir
FONTAINE	Julie	EHPAD public CCAS Le Mans
FOUCAULT	Gonzague	EHPAD Le Parc de La Plesse
GAIGNON	Charles	SRAE Nutrition
GASTINEAU	Alain	Profession sport et loisirs
HENON	Alexia	URPS Kinésithérapeutes PDL
JOLIBOIS	Jonathan	Pôle santé Sarthe et loir
MAUSSION	Emilie	Siel Bleu
MIDELET	Chloé	Satim Maison Sport Santé
OUVRARD	Sarah	Profession sport et loisirs
VINCENT	Didier	CHSL EHPAD VERTOU
LE CREN	Frederic	MSS Bellevue NANTES
PERCHER		PFS Maine et Loire

AXE 5 : LA TÉLÉASSISTANCE POUR TOUS

ARNOUX	Eric	Inter Mutuelles Assistance
GUILLO	Ronan-Erwan	Présence Verte
HEDREUX	Jean-Michel	Epoca

AXE TRANSVERSAL : INFORMER ET SENSIBILISER

ALEXANDRE	Patricia	CLIC nord est anjou
BAHOLET	Valérie	CCAS Ville de Nantes
FRANCHITTO	Celine	EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE TERRITORIALE
GARNIER	Valerie	Centre HOSPITALIER SÈVRE ET LOIRE
GOLLIOT	Julie	Smart Macadam
HAYE	Laure	CCAS Orvault
LARBOULETTE	Mélanie	Mission Territoire de Longévité Nantes Métropole
L'HELIAS	Anne-Danièle	CITEMETRIE
MARY	Maud	Société Commune Conviction
OGER	Aurélie	Association Eval'loire
PICHELIN	Corinne	SRAE SENSORIEL
REINTEAU	Marine	SRAE Nutrition
RIGOULOT	Virginie	Groupe La Poste
ROUTHIAU	Pauline	Pôle Santé des Mauges
SABIN	Sandrine	CH du Haut Anjou
TULIK	Sandrine	CD49
MAURY	Laurent	Smart Macadam
ROUTHIAU	Pauline	Pôle Santé des Mauges
ROUTON	Martine	Association valentin HAUY 44

Nous tenons à remercier la mobilisation de l'ensemble des acteurs tout au long de la démarche.

## ANNEXE 4 : Les éléments qui ont permis l'élaboration des préconisations par axe

Nous avons travaillé les préconisations en nous appuyant sur la définition des axes du plan antichute National, les éléments relevés lors des groupes de travail plan antichute Ligérien, les données qualitatives du questionnaire. Nous restituons dans l'annexe 4 l'ensemble de cette matière par axe.

### A. AXE 1 : Repérage du risque de chute

#### 1. Le contenu du plan antichute national <sup>68</sup>

Une phase préalable essentielle dans la réduction des chutes est celle du repérage massif et du dépistage, à domicile comme en établissement. Des outils de repérage permettent d'identifier les risques de chute à la fois sur le volet de l'altération des capacités intrinsèques des individus et sur celui des risques liés au logement.

Cette première étape de repérage pourra être réalisée au sein des structures organisant des bilans ou des examens de prévention, et par les médecins traitants. Au plus près du terrain, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui relèvent d'une démarche volontaire des acteurs d'un territoire pour travailler ensemble, sont une opportunité pour favoriser le repérage des risques de chutes.

La formation des intervenants, des évaluateurs, des équipes mobiles destinées à intervenir à domicile pour repérer les risques liés au logement complète les moyens pour prendre en charge la population des personnes âgées dans une dynamique de l'aller-vers.

---

68 Dossier de presse - Plan antichute des personnes âgées - Lundi 21 Février 2022 - [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_plan-antichute-accessible28-02-2022.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan-antichute-accessible28-02-2022.pdf)



2. Point de vue/regard des acteurs de la région des Pays de la Loire sur les actions, dispositifs, acteurs existant déjà en région

**AXE 1** Niveau de satisfaction, les acteurs en parlent...

Le dépistage et le maillage ne sont pas encore assez efficaces sur le territoire Sarthois même si certains acteurs proposent bien des actions. Il manque des actions au domicile des personnes (les EAAR proposent les évaluations mais je ne connais pas d'acteurs proposant des actions A DOMICILE par exemple, mais oui en groupe sur un lieu spécifique)

ASSOCIATION

Trouver des bénévoles pour aller chercher les usagers à leur domicile pour qu'ils participent aux activités

ASSOCIATION

Manque de sensibilisation des professionnels, manque d'appétence pour la prévention de la part du public cible

EHPAD

La notion de prévention des chutes arrive souvent en aval d'une chute et non en amont

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

Le fatalisme de certaines personnes âgées face à ce risque connu et craint, le refus d'accepter d'utiliser des aides techniques (cannes ou fauteuil roulant... - ça fait vieux !)

EHPAD

Manque d'interconnaissance, peut-être des doublons, liens à développer avec la conférence des financeurs

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

*De votre côté avez-vous identifié des manques concernant le repérage des fragilités ?<sup>69</sup>*

INFORMATION/SENSIBILISATION

« Méconnaissance des différents dispositifs par la population et certains professionnels »,

« Manque d'information, sensibilisation, moyens, manque de lisibilités des dispositifs gériatriques territoriaux »

FORMATION

« Pas suffisamment de professionnels formés au repérage », « Les auxiliaires de vie ne sont pas suffisamment formés au repérage de ce risque »

COMPORTEMENT/SOCIÉTAL

« Fatalisme de certaines personnes âgées face à ce risque connu et craint, refus d'accepter des aides techniques (cannes, déambulateurs... ça fait vieux !) »

REPÉRAGE ET COORDINATION

« Le repérage des besoins et le manque de travail en réseau pour faire de la prévention », « Pas de visite systématique à ma connaissance d'évaluation des capacités de la personne et surtout du domicile »

*Comment aller vers/rejoindre/atteindre les publics qui pour des questions d'isolement géographique, social et/ou culturel et autres, n'accèdent à pas l'information de l'offre de prévention ?*

**Boîtier installé à domicile**

“Lors du badgeage des intervenants à domicile (déjà en place), on pourrait imaginer de compléter par la livraison d'informations sur la vie au domicile et/ou des mesures d'actimétrie<sup>70</sup>.”

**Carte à dom**

Une carte développée sur le département du Maine-et-Loire à l'initiative de la pilote MAIA Angers-Segré qui répertorie sur un seul document les coordonnées de l'entourage et des principaux intervenants à domicile. Elle est à présenter à chaque hospitalisation. Les objectifs sont :

- Faciliter l'articulation des acteurs pour une meilleure continuité du parcours Domicile/
- Hôpital.
- Permettre au personnel hospitalier de prendre connaissance rapidement des différents services et soins en place au domicile du patient.
- Optimiser la préparation de la sortie du patient en concertation avec les intervenants à domicile.

Le public cible est la personne âgée de plus de 60 ans nécessitant l'intervention de professionnels pour l'accompagnement de leur perte d'autonomie

Lieux où repérer et proposer des actions aux personnes âgées :

<sup>69</sup> Question posée par le GÉRONTOPOLE dans le cadre du questionnaire adressé aux acteurs au début de la démarche

<sup>70</sup> L'actimétrie : analyse des mouvements du corps pendant le sommeil au moyen d'un actimètre, dispositif le plus souvent porté au poignet. Ce dernier contient un accéléromètre permettant d'étudier la variation de l'activité et du repos du patient pendant plusieurs semaines

- Les médecins traitants
- Les urgences hospitalières et autres lieux de prise en soins non programmés
- Pharmacies (officines) : qui pourraient mettre en place des actions de sensibilisation ou faire passer des questionnaires

Acteurs/prescripteurs/conseillers des personnes âgées à sensibiliser :

- Les aidants familiaux
- Intervenants à domicile
- Prospection sur les marchés / supermarchés (cibler les horaires de fréquentation du public cible)
- S'appuyer sur les pharmacies : un lieu de confiance/confidence privilégié pour les usagers
- S'appuyer sur le réseau associatif
- Les associations de répit aux aidants sont des portes d'entrée intéressantes pour sensibiliser et apporter de l'information (ex. Bulle d'Air, le Nid des aidants, etc).
- L'information doit également passer par l'hôpital => ce qui implique plus de moyens (financiers/humains)

Soutenir la politique régionale sur les équipes mobiles :

- SSR déficiences sensorielles dans le Maine-et-Loire (VYV 3)
- Équipes d'Appui d'Adaptation et Réadaptation (EAAR)
- EMGT (Équipe Mobile Gériatrique Territoriale) : Le CHU de Nantes a mis en place en avril 2021, l'équipe mobile gériatrique territoriale (EMGT). Portée par le CHU de Nantes, avec le soutien de l'ARS Pays de la Loire et de la Ville de Nantes, l'EMGT intervient sur le territoire métropolitain en coordination avec les médecins libéraux pour la prise en soin des personnes âgées de + de 75 ans.

Trois modalités d'intervention :

- Réalisation d'évaluations gériatriques standardisées dans les cabinets médicaux

L'EMGT propose un accès facilité à des compétences gériatriques pour orienter les patients âgés de 75 ans et plus dans un parcours adapté. Ainsi, sur demande du médecin traitant, les Infirmier(e)s en Pratiques Avancées (IPA) interviennent pour dépister des fragilités gériatriques et apporter des conseils thérapeutiques de prévention et d'orientation au patient.

Cette intervention se fait dans les cabinets, maisons de santé pluridisciplinaires et centres médico-sociaux partenaires.

L'évaluation gériatrique d'une heure et quinze minutes est réalisée par une IPA. Elle est complétée par 10 min de transmission avec le médecin traitant. Ce dernier peut également, s'il le souhaite, solliciter un avis auprès du gériatre de l'équipe mobile (par téléphone).

Une fois l'évaluation gériatrique réalisée et la transmission effectuée auprès du médecin traitant, il se verra proposer, s'il le souhaite, un appui complémentaire pour l'orientation. À cette occasion, il pourra être orienté vers un parcours médico-social, notamment en lien avec la Ville de Nantes.

Organisation d'une intervention auprès de patients en post-urgence à leur domicile

Afin de favoriser le retour des patients âgés au domicile en sortie d'urgence et d'éviter les ré-hospitalisations, tout en sécurisant le lien avec le médecin traitant, les médecins urgentistes peuvent programmer, pour les patients âgés sortants, des passages au domicile par un(e) IPA ou par l'HAD lors

d'une sortie en EHPAD. L'IPA a alors pour mission de s'assurer que le retour au domicile est adapté au besoin du patient et de coordonner le suivi avec le médecin traitant.

- Mise en place d'une expertise gériatrique téléphonique en soutien aux directeurs et médecins coordonnateurs d'EHPAD
- **HOTLINE** : Mise en place initialement dans le contexte de la pandémie COVID-19, les hotlines gériatriques avaient pour principale mission d'épauler la prise en charge en EHPAD et à domicile des patients. Par la suite, sous l'impulsion de la Société Française de Gériatrie et de Gériatologie (SFGG), ces hotlines ont été pérennisées. Actuellement, en Pays de la Loire, elles permettent à tous professionnels de santé de bénéficier d'un avis téléphonique spécialisé de gériatrie, notamment pour la gestion de situations telles que la prise en charge de chutes, la prise en charge de troubles du comportement, la iatrogénie médicamenteuse ou les décompensations de pathologies chroniques. Une ligne téléphonique spécifique permettant de joindre un médecin gériatre est mise en place. La communauté gériatrique (la SFGG, le Conseil National Professionnel (CNP) de Gériatrie et le Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG)) appelle les professionnels des EHPAD, les directeurs des établissements ainsi que les médecins coordonnateurs à joindre les hotlines gériatriques de leur territoire avec lesquelles ils ont, pour la plupart, déjà l'habitude de travailler pour répondre à leurs demandes d'avis médicaux, d'explications ou de renfort face à des situations particulières et/ou complexes.

Hotlines pour la région Pays de la Loire (mémo) :

- CHU Angers 49 / 06.65.80.72.43
- CH Laval 53 / 06.67.66.78.85
- CH Le Mans 72 / 02.43.47.99.23
- CH La Roche Sur Yon 85 / 02.51.44.65.47
- CHU Nantes 44 / 06.27.85.53.59

## B. AXE 2 : Amélioration de l'habitat

### 1. Le contenu du plan antichute national : Axe 2<sup>71</sup>

Le virage domiciliaire impulsé par le gouvernement soulève la question de l'adaptation du logement des personnes âgées pour une sécurité renforcée face aux risques de chute à domicile et de fait une autonomie préservée.

Des outils de repérage de baisse de l'autonomie et des risques logement ainsi que l'intervention d'équipes mobiles dédiées au repérage des risques du logement permettront d'identifier précisément les risques. Des aides techniques spécifiques à la prévention des chutes seront proposées pour adapter le domicile des personnes âgées.

Elles pourront obtenir de l'aide pour l'évaluation des risques et l'aménagement de leur logement en consultant le guichet unique : « Ma Prime Adapt' »

71 Synthèse - Plan antichute des personnes âgées - Lundi 21 Février 2022 - [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_antichute\\_fiche\\_de\\_synthese\\_final\\_accessible.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antichute_fiche_de_synthese_final_accessible.pdf)

2. Point de vue/regard des acteurs de la région des Pays de la Loire sur les actions, dispositifs, acteurs existants déjà en région

**AXE 2 Niveau de satisfaction, les acteurs en parlent...**

Pour les centres hospitaliers, manque de visibilité pour identifier les aménagements réalisés et ceux restants

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Coordination territoriale avec un interlocuteur unique

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Une collaboration avec les entreprises spécialisées. Aujourd'hui seules les associations ont le monopole pour animer.

ENTREPRISE

Logements inadaptés, problèmes financiers à réaliser les aménagements, accord du propriétaire pour les locataires, freins personnels

COLLECTIVITÉ

Les démarches sont complexes pour faire financer des travaux d'aménagement. Le CLIC qui peut orienter sur le sujet est loin.

ASSOCIATION

Délai de réponse parfois long pour bénéficier d'aide financière à l'aménagement du logement et inquiétude des personnes âgées fragiles de la modification de leur environnement

EAAR

Une partie du territoire n'est pas couverte par les EAAR.

Par contre très bon travail conjoint entre EAAR et CICAT ainsi qu'avec les acteurs agissant dans le domaine de l'aménagement du logement. C'est très dynamique en Sarthe sur cette thématique.

ASSOCIATION

Le conseil en aides techniques est une bonne chose mais il n'est pas suffisant. Notre métier nous amène à préconiser des travaux mais notre diagnostic n'est pas pris en charge par les institutions, par conséquent, certaines personnes abandonnent leur projet. Nous devons travailler en meilleure coordination avec les revendeurs et artisans pour un meilleur suivi des travaux et pour rassurer les personnes et leur famille dans leur projet.

Ergo + revendeur + maître d'oeuvre + aides administratives, voilà le secret de la réussite.

PROFESSION LIBÉRALE

### *De votre côté avez-vous identifié des freins concernant l'amélioration de l'habitat*

Les actions d'amélioration de l'habitat se déclinent sous divers formats : formation, sensibilisation, travaux auprès des publics séniors et personnes à mobilité réduites, évaluation de l'habitat/environnement, adaptation et réadaptation de l'environnement des plus de 60 ans, accompagnement du financement....

Les 3 principaux freins au développement des actions de prévention des chutes sur le territoire sont :

- Le manque de moyens humains et/ou financiers pour mener à bien le projet
- Difficulté à faire participer/à mobiliser le public ciblé
- Difficulté liée à l'information, la communication

La satisfaction des acteurs concernant les actions de l'aménagement du logement pour éviter les chutes à l'échelle régionale est mitigée.

Les manques identifiés sont :

- MANQUE DE MOYENS : humains, ergothérapeutes, structures de type EAAR
- MOYENS FINANCIERS contraints pour les intéressés
- DES ACTIONS SPÉCIFIQUES à destination des personnes malvoyantes insuffisamment connues et développées (éclairage, contrastes de couleurs, obstacles, aides visuelles et aides techniques)
- Élargir la COLLABORATION (notamment vers les entreprises spécialisées ...)
- Des difficultés identifiées TOUT AU LONG DU PARCOURS :
  - Manque de REPÉRAGE des publics cibles
  - La SENSIBILISATION des médecins traitants concernant l'aménagement et les orientations possibles
  - Traitement des dossiers pour les aides financières trop LONG ET COMPLEXE
  - LA COORDINATION ET LE SUIVI des travaux insuffisamment déployés

### *Quels sont les leviers permettant de susciter l'envie d'adhérer à un programme de prévention pour l'amélioration de l'habitat ?*

1. Entendre par plusieurs interlocuteurs (voisins, artisans, personnes du même âge que moi...) des conseils convergents.
2. Être assuré que ce qui est proposé n'est pas une énième arnaque commerciale.
3. Lutter contre les abus de faiblesses qui discréditent : sécuriser l'accès à ces prestataires
4. Lever le frein financier quand il existe.
5. Pour susciter l'envie, il faut proposer des solutions clés en main (solutions de financements, présentations des différentes aides techniques, etc.) avec des présentations concrètes.
6. Faire prendre conscience des risques pour faire réagir sans faire peur.
7. Inciter le don vers les associations qui vont vers les personnes isolées comme « Petits frères des pauvres, etc ».

## **C. AXE 3 : Aides techniques**

### **1. Les attendus du plan antichute national <sup>72</sup>**

Retrouver ou prolonger sa mobilité par l'emploi d'aides techniques est un enjeu essentiel de la prévention des chutes. Un accompagnement au bon choix et au bon usage d'aides techniques à la

72 Synthèse - Plan antichute des personnes âgées - Lundi 21 Février 2022 - [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_antichute\\_fiche\\_de\\_synthese\\_final\\_accessible.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antichute_fiche_de_synthese_final_accessible.pdf)

mobilité les plus pertinentes, 100 % remboursées, sera proposé pour favoriser au maximum le recours à ces aides. De plus, les personnes ayant déjà chuté seront prises en charge dans le cadre de modules spécifiques de rééducation post-hospitalisation.

*Pour aller plus loin : Aides techniques - Synthèse des recommandations du rapport Denormandie<sup>73</sup>*

Il est nécessaire de mettre en place une politique globale permettant à la personne :

- D'être informée sur les aides techniques existantes et sur l'accès aux services et financements,
- D'être accompagnée dans la découverte, l'acceptabilité, l'apprentissage, l'accoutumance à l'aide technique, en associant autant que nécessaire ses proches aidants et les professionnels qui interviennent au quotidien,
- D'être accompagnée dans l'évolution de son corps, dans l'amélioration ou l'aggravation de ses déficiences et capacités (croissance, vieillissement, évolution d'une maladie ou pathologies intercurrentes...),
- D'être accompagnée dans les évolutions de ses besoins, ses attentes, ses activités sociales, éducatives, professionnelles, de son environnement... tout au long de sa vie, comme par exemple dans la parentalité,
- D'avoir des aides techniques permettant une utilisation aisée par la qualité des matériels, la qualité de l'entretien réalisé et la qualité et la réactivité des services lors des réparations en cas de panne

La mission a étudié :

L'information des personnes et l'accompagnement des personnes par des professionnels de santé ;

La plupart de l'information sur internet est faite par les fabricants ou les vendeurs d'aides techniques. L'information faite par les fabricants et les vendeurs ne présente pas toutes les solutions.

Place de l'ergothérapeute :

Pour bien choisir une aide technique, les personnes doivent pouvoir faire des essais.

Le financement des aides techniques :

La mission propose que les personnes puissent plus facilement louer des aides techniques ou acheter des aides techniques rénovées. Pour cela, la mission propose qu'une norme soit faite pour la rénovation des aides techniques.

La fabrication, la vente et la location des aides techniques ;

---

<sup>73</sup>Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable - Dr Philippe Denormandie et Cécile Chevalier

2. Point de vue/regard des acteurs de la région des Pays de la Loire sur les actions, dispositifs, acteurs existants déjà en région

**AXE 3 Niveau de satisfaction, les acteurs en parlent...**

Réponse homogène et facilitée de « bout en bout » de la démarche

**ENTREPRISE**

Beaucoup de professionnels ne connaissent pas les ressources d'appui

**EHPAD**

Attention aux inégalités en fonction des territoires, pourvus ou non de dispositifs

**ASSOCIATION**

Nécessité d'une éducation à l'utilisation des aides techniques (essai, mise en situation)

**EAAR**

Durée de traitement des dossiers de demandes de PCH aide technique par la MDPH

**ÉTABLISSEMENT SANITAIRE**

Le sujet des aides techniques présente des résistances de la part du public concerné, avant que l'évènement (chute) n'arrive réellement

**ASSOCIATION**

Des actions récentes permettent de mieux découvrir les aides techniques, mais il reste beaucoup à faire pour diffuser l'information, les conseils et les accompagnements relatifs à l'appropriation et l'utilisation des aides techniques pour les personnes ayant des troubles auditifs/visuels

**STRUCTURE D'APPUI**

La mise à disposition des aides techniques très peu adaptée, ce qui limite l'accès au matériel adapté (attribution du LPP) par certains pharmaciens

**EAAR**

Difficultés des accès pour les personnes à mobilité réduite en ville (trottoirs, marches, pavés...)

**EHPAD**



*De votre côté avez-vous identifié des freins concernant les aides techniques*

3 principaux freins au développement des actions de prévention des chutes de l'axe 3 sont :

- Difficulté à faire participer/à mobiliser le public ciblé
- Difficulté à faire venir le public ciblé (difficulté de mobilité)
- Le manque de moyens humains et/ou financiers pour mener à bien le projet

La satisfaction concernant les aides techniques pour éviter les chutes à l'échelle régionale est mitigée, les manques identifiés sont :

- MANQUE DE VISIBILITÉ :
- Le manque de CONNAISSANCE concernant les aides techniques
- Des AIDES FINANCIÈRES possibles pour certaines aides techniques pas suffisamment connues
- ACCÈS AUX CENTRES mettant à disposition des aides techniques pas toujours adapté (éloignés du public cible)
- Des aides techniques ONÉREUSES et NON REMBOURSÉES
- Sensibilisation et formation sur les DÉFICIENCES SENSORIELLES ACQUISES avec l'âge afin d'orienter vers les techniques spécifiques

*Quels sont les leviers permettant de susciter l'envie d'adhérer*

- Recevoir du feed-back sur les progrès grâce aux actions mises en place, par le biais d'objets connectés par ex.
- Être conseillé par quelqu'un en qui on a confiance : par exemple les SAAD.
- Des aides techniques belles visuellement et non stigmatisantes.
- Montrer les bénéfices non seulement aux personnes elles-mêmes mais aux familles aussi.

## **D. AXE 4 : Activité physique et activité physique adaptée**

### **1. Le contenu du plan antichute national**

L'activité physique est l'élément essentiel de prévention de la chute chez les personnes âgées. L'offre d'APA sera développée et une attention particulière sera portée sur le dépistage des besoins des personnes comme leur orientation vers des programmes d'activité physique adaptée à leur capacité. Les Maisons Sport-Santé, les collectivités et en premier lieu les centres communaux d'action sociale (CCAS), sont des lieux privilégiés pour l'accueil et la mise en œuvre de ces programmes. Enfin, un « panier de soins » prévention des chutes sera expérimenté, avec l'intervention coordonnée de trois professionnels : un intervenant en activité physique adaptée, un diététicien et un ergothérapeute.

2. Point de vue/regard des acteurs de la région des Pays de la Loire sur les actions, dispositifs, acteurs existant déjà en région

**AXE 4 Niveau de satisfaction, les acteurs en parlent...**

Les activités proposées par les associations locales ne s'adressent pas à un public très âgé (+ de 85 ans) en perte d'autonomie physique

**REZÉ SENIORS**

Manque de programmes individuels d'APA au domicile pour reprendre confiance (comme DOMISIEL de SIEL BLEU)

**EAAR**

Prise en charge kinésithérapique intéressante pour le maintien des capacités, cependant, prise en charge à adapter à la personne âgée fragile à domicile, autres professionnels du domaine de la prévention des chutes (type EAPA) peu accessibles pour les âgées fragiles

**EAAR**

Bien faire connaître tous les acteurs, comment améliorer l'accès et l'accessibilité et le financement qui sont souvent des freins et faire connaître le Sport Santé

**ASSOCIATION**

Manque de « bras » et de temps pour pérenniser les ateliers de façon annuelle

**KINÉSITHÉRAPIE**

*De votre côté avez-vous identifié des manques concernant l'activité physique et l'activité physique adaptée ?*

3 principaux freins au développement de vos actions de prévention des chutes

- Difficulté à faire participer/à mobiliser le public ciblé (chuteurs qui ne se connaissent pas)
- Difficulté à faire venir le public ciblé (difficulté de mobilité)
- Difficultés liées à l'information et à la communication en direction du public ciblé

⇒ Les structures expriment globalement une insatisfaction concernant la lisibilité de l'offre de l'activité physique adaptée.

Les manques identifiés :

- INFORMATION ET COMMUNICATION à destination des publics cibles
- FORMATION des professionnels de santé, du social et médico-social
- OFFRE d'activité physique adaptée INSUFFISANTE, MÉCONNUE du public et des professionnels,
- DISPARITÉ TERRITORIALE

### *Quels sont les leviers permettant de susciter l'envie d'adhérer*

Leviers/motivations pour favoriser l'adhésion à la prévention de la chute par des actions d'activité physique

I) Approche plurimodale =

- a. Prise de conscience : bien vieillir
- b. Bonne santé
- c. Bien bouger
- d. Convivialité/liens sociaux

II) Prise en charge financière

III) Transport et mobilité

IV) Favoriser la motivation : « faire avec » (accompagnement) plutôt que « faire à la place de »

V) Après le programme de prévention – un programme qui s'inscrit dans la durée, orientation vers les Collectivités Territoriales

VI) Divers programmes existent

- a. PIED : Programme Intégré Equilibre Dynamique
- b. D'marche (groupe de marche avec un programme)
- c. Oralien (prévention buccodentaire)

VII) Centraliser et recenser les différents dispositifs existants : ex : ON Y VA

VIII) Former/sensibiliser les professionnels et bénévoles.

IX) Lien à trouver entre les acteurs locaux et tous les professionnels (repérage des PA°)

X) ET FINALEMENT : Programme de prévention vers les séniors ou plus large => PRÉVENTION POUR TOUS !

Les acteurs évoquent également :

- L'importance d'aller au domicile pour développer la pratique : s'inspirer des Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA) => mais quels sont les moyens financiers pour une telle démarche ? Rendre le stationnement gratuit, améliorer les indemnités de déplacement pour faciliter le travail des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux au domicile de la personne.

- Rendre lisibles les activités menées au niveau local par le vecteur des CCAS, l'engagement des élus, les centres sociaux culturels
- Renforcer la formation initiale : ce qui existe, adapter l'approche selon les profils : plaisir / contrainte
- Faire un essai gratuit
- Développer la marche (simple et pas chère)
- Maison des aidants pour les chuteurs (les aidants négligent leur santé)
- Les auxiliaires de vie sont un véritable vecteur de diffusion des bonnes pratiques, de repérages des besoins
- Transport à développer : « transport solidaire » « Mobilité »
- Penser à l'accessibilité (trottoir, accès libre...)

#### ALLER VERS

- I) Sensibiliser/informer
  - Public : TV, Radio, Marché
  - Professionnels (soins ville-hôpital-aidants / élus locaux)
- II) S'appuyer sur le réseau de proximité
  - Réseau de solidarité / associations de séniors (Comité Régionale des Usagers et plus largement)
  - Proposer des moments de convivialité pour passer des messages
  - SDIS : lors d'intervention téléassistance : faire le lien (en communiquant aux professionnels, personnes âgées et familles)
- III) Aller vers au domicile : EMG
- IV) S'appuyer sur le dispositif « ON Y VA » : : Il permet, suite à une prescription médicale, une mise en relation avec une Maison Sport Santé ou, à défaut un enseignant en activité physique adaptée par téléphone qui oriente vers l'existant auprès de la personne en fonction de ses besoins, ses limitations fonctionnelles, de l'ordonnance médicale et de ses envies
- V) Harmonisation des discours entre les professionnels : le dispositif ON Y VA a pour mission de sensibiliser les professionnels de santé aux intérêts de l'activité physique comme une thérapeutique non médicamenteuse.
- VI) Formation des professionnels dès la formation initiale : la SRAE Nutrition intervient dans plusieurs formations initiales de professionnels de santé de la région pour les sensibiliser aux intérêts de l'activité physique comme une thérapeutique non médicamenteuse.
- VII) Développer la pratique de l'APA : Un EAPA dans tous les EAAR
- VIII) S'appuyer sur l'expérimentation de l'EHPAD ressource pour développer APA
- IX) IPA : peut favoriser le lien ville / Hôpital
- X) Des pistes concernant l'articulation et le développement de l'EAPA/Kiné sur les territoires : les CPTS
- VII) Développer la pratique de l'APA : Un EAPA dans tous les EAAR
- VIII) S'appuyer sur l'expérimentation de l'EHPAD ressource pour développer APA

IX) IPA : peut favoriser le lien ville / Hôpital

X) Des pistes concernant l'articulation et le développement de l'EAPA/Kiné sur les territoires : les CPTS

## E. AXE 5 : Téléassistance :

### 1. Le contenu du plan antichute national<sup>74</sup>

Les technologies et services de téléassistance constituent un pilier fondamental du maintien à domicile des personnes âgées en toute sécurité et un relais pour alerter les acteurs de prévention. L'accès aux services de téléassistance sera donc favorisé en réduisant le reste à charge pour les utilisateurs, en lien avec les commanditaires publics et en premier lieu les conseils départementaux. De plus, la ministre a souhaité que des études sur l'usage de la téléassistance soient menées pour alimenter le centre de preuves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en lien avec les Gérontopôles. Ce centre permettra de mettre en lumière les outils de téléassistance efficaces dans la prévention des chutes des personnes âgées.

#### *Extrait du rapport PIPAME<sup>75</sup>*

*Actuellement, on évalue à 580 000 le nombre d'abonnés aux services de téléassistance en France, ce qui correspond à une diffusion de ce service auprès d'environ 10 % des personnes de plus de 75 ans.*

*Les téléassisteurs ont des origines et des profils divers : les « spécialistes », les sociétés d'assurances et les mutuelles et les acteurs du monde associatif, constituent les trois principaux groupes stratégiques de ce marché, avec un poids sensiblement équivalent. Ce marché est très concentré, les cinq premiers acteurs en captant plus de 70 % : Vitaris, Présence Verte, GTS Mondial, Europ Assistance, Filien ADMR*

*Commercialisation en BtoC ou en BtoB (DSP ou marché public de conseils départementaux ou communes)*

*Plateforme téléphonique d'assistance d'urgence et/ou de lien social*

*Report de l'alerte vers les personnes de l'entourage identifiées et si non, vers les services de secours classiques*

*Ces innovations permettront tout d'abord de prendre en charge des situations aujourd'hui mal gérées (par exemple, la chute d'une personne, dans l'incapacité de déclencher une alarme) mais également d'enrichir les services par des actions de prévention (détection de la perte d'autonomie).*

*Enfin, le traitement des données permet d'envisager une intégration plus poussée entre la téléassistance et la télésanté*

*Des solutions environnementales font également l'objet de développements. Des capteurs sont installés au domicile de la personne aidée et, à partir des données collectées, des algorithmes identifient une situation correspondant à une chute, ce qui permet de s'affranchir du comportement de la personne vis-à-vis du dispositif portable.*

<sup>74</sup> Synthèse - Plan antichute des personnes âgées - Lundi 21 Février 2022 - [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_antichute\\_fiche\\_de\\_synthese\\_final\\_accessible.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antichute_fiche_de_synthese_final_accessible.pdf)

<sup>75</sup> Prospective L'avenir du marché de la téléassistance et des services associés : [https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions\\_services/etudes-et-statistiques/prospective/innovation-services/2017-02-Rapport-pipame-teleassistance.pdf](https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/etudes-et-statistiques/prospective/innovation-services/2017-02-Rapport-pipame-teleassistance.pdf)

*La connexion à distance des équipements permet d'envisager des solutions nouvelles, comme l'ouverture des portes déclenchées par la plateforme de téléassistance, soit à la demande d'un intervenant au domicile, soit en cas d'alarme.*

*Ouverte sur Internet, en mesure de concentrer les données provenant de différents capteurs, la plateforme classique peut alors être envisagée comme un outil d'intermédiation entre les acteurs, leur permettant de partager des informations, de communiquer et de coordonner leurs actions.*

*La possibilité de faire évoluer les infrastructures actuelles vers le statut de plateformes d'intermédiation liant les différents acteurs du service à la personne est une première interrogation qui se décline elle-même en différentes questions : Comment organiser techniquement cette migration ? Quels acteurs pourraient être les partenaires de ces plateformes et pourquoi souhaiteraient-ils y recourir ? Quelles peuvent être les relations entre les téléassisteurs et les sociétés de services à la personne ? Comment ces nouvelles plateformes peuvent-elles se positionner face au développement des plateformes de télémédecine ? Quelles informations peuvent être délivrées à la personne aidée et à son entourage ? À partir de quels terminaux ? Etc.*

*Une seconde interrogation majeure a trait à l'évolution même du métier et des engagements du téléassisteur. Actuellement, l'engagement de résultat pris par le téléassisteur porte sur la transmission effective d'une alarme aux interlocuteurs préalablement désignés. Les besoins exprimés par la demande portent clairement sur un engagement étendu à l'intervention physique au domicile de la personne. Les modalités de cette intervention, les articulations possibles entre l'activité du téléassisteur et la communauté entourant la personne aidée sont un axe de réflexion important aujourd'hui encore peu exploré.*

*Le modèle pourrait à l'avenir s'orienter vers le préventif, en identifiant des situations à risque et en permettant le suivi d'un ensemble de paramètres d'observation du comportement de la personne. Une telle évolution conduirait à accroître l'efficacité sociale (en prévenant certaines situations de détresse) et économique (en réduisant le nombre et les coûts d'hospitalisation) de ce service.*

*D'ores et déjà, une large panoplie d'outils technologiques, développés et proposés par différents offreurs d'équipements et de plateformes de traitement des données s'inscrivent dans une approche préventive et prédictive. Cependant, une telle évolution posera à terme le problème de la nature des données traitées par les téléassisteurs. L'éventualité d'une requalification de ces données en « données de santé » est l'une des craintes exprimées par ces opérateurs. Une telle requalification générerait pour eux la nécessité de redéfinir leur système d'information.*

*Il est donc prioritaire, pour l'avenir de la filière, que la téléassistance soit associée à des valeurs positives (sécurité, autonomie, qualité de vie...) et rompe avec l'image actuelle d'un service lié à la dépendance et au déclin physique et psychologique. Une telle évolution va de pair avec une souscription intervenant plus précocement et portant sur des bouquets de services plus larges et segmentés.*

2. Point de vue/regard des acteurs de la région des Pays de la Loire sur les actions, dispositifs, acteurs existants déjà en région

**AXE 5 Niveau de satisfaction, les acteurs en parlent...**

La téléassistance ne prévient pas les chutes mais est un bon système pour obtenir du secours

COLLECTIVITÉ

Manque d'atelier obligatoire sur la technique du relevé au sol

EAAR

La difficulté réside dans les conseils et l'évaluation de départ pour le type de téléassistance. Bon nombre de personnes sont malheureusement équipées d'un bracelet alors qu'elles n'ont pas les capacités cognitives pour appuyer sur le bouton. Il est donc important de proposer la bonne aide technique et donc un système de détection de chute automatique. Des formations/démonstrations seraient nécessaires pour tous les professionnels préconisant ce matériel.

PROFESSION LIBÉRALE

Si le besoin de téléassistance se fait ressentir c'est que probablement un risque de chute existe et que des actions concrètes pour prévenir le risque de chute pourraient y être associées, comme les activités physiques adaptées. Les usagers s'équipant de téléalarme sont-ils invités à faire un bilan chute ? A s'inscrire à des activités sportives ?

ÉTABLISSEMENT SANITAIRE

La portée est limitée si les gens sont en extérieur dans leur jardin. Mise à jour des référents à prévenir notamment l'été quand les enfants ou voisins sont en congé.

ASSOCIATION

La difficulté d'avoir des réseaux de solidarité à appeler en cas d'urgence bloque l'installation d'un système chez des personnes isolées

EAAR

En EHPAD, il y a un système de sonnette qui n'est pas accessible en permanence (exemple : résident au sol suite à une chute) mais beaucoup de résidents n'ont plus le réflexe de sonner du fait des troubles cognitifs

EHPAD

*De votre côté avez-vous identifié des manques dans le domaine de la téléassistance ?*

⇒ La téléassistance est une solution qui a fait du chemin, elle est connue des professionnels qui estiment satisfaisant son déploiement sur la région des PDLL

Les manques identifiés :

- Dispositif souvent mis en place APRÈS LA CHUTE (=> prévention des chutes graves par le déclenchement des secours)
- Dispositif pourrait ÊTRE ASSOCIÉ À DES ACTIONS CONCRÈTES : orientation vers un bilan de chute, inscription à l'enseignement d'activité physique adaptée, apprentissage à la technique relevée de sol...

## F. AXE TRANSVERSAL :

### 1. Le contenu du plan antichute national

Ce plan passe par l'information et la sensibilisation de tous les publics, personnes âgées, aidants, professionnels, élus et société civile aux risques de chute et à leurs conséquences : en luttant contre la banalisation des chutes, le déni ou la peur de tomber, on réduit le risque de chute et ses conséquences fatales.

La chute des personnes âgées doit être replacée comme un problème de santé publique majeur. Les ministres des Solidarités et de la Santé et le ministre délégué chargé de l'Autonomie mettront en avant les actions participant à la volonté de réduction des chutes, que ce soit des initiatives locales ou des moyens de faciliter l'accès à l'information et à l'instruction des demandes comme des guichets uniques qui permettront de simplifier la vie des Français.

Une carte géo localisée sera par ailleurs développée afin que tout citoyen (bénéficiaires, professionnels ou aidants) puisse identifier les services et actions près de son domicile concourant à la réduction des chutes.

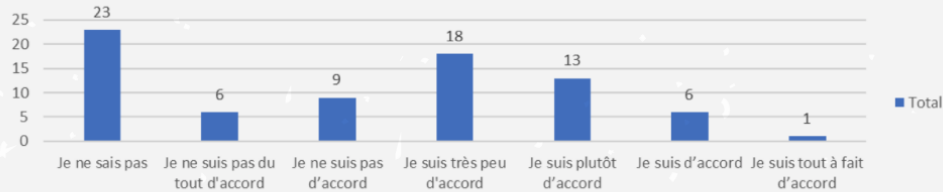


2. Point de vue/regard des acteurs de la région des Pays de la Loire sur les actions, dispositifs, acteurs existants déjà en région

**AXE  
TRANSVERSAL**

**Niveau de satisfaction, les acteurs en parlent...**

Satisfaction de l'information/sensibilisation  
mise en place  
pour les 76 acteurs déclarant porter l'axe transversal :



L'information manque pour les personnes âgées et encore plus pour les plus isolées et ne pouvant se déplacer. Pas d'atelier de prévention, de salons, de conférence sur le sujet. Le manque de coordination entre les institutions et professionnels de la santé, du médico social, de l'artisanat, de la vente est encore insuffisant même si je m'attelle de puis 4 ans pour améliorer ce lien. Tout reste encore à faire. Il faudrait plus de cohésion et bien sûr les moyens financiers pour y parvenir.

**DIAGNOSTIC ERGO**

Le retour général que je peux faire sur toutes ces questions, est que beaucoup d'actions sont mises en place sur le territoire (CLIC, caisse retraite etc...) mais je n'ai pas l'impression que le public ciblé se sente touché ou bien se reconnaisse dans la problématique des chutes, ni les aidants.

**PSOA**

Développer des actions collectives à l'échelle de petits territoires (communes, quartiers) facilement accessibles par les personnes ou des actions individuelles (au domicile),

**EAAR Sèvre et Loire**

Toujours les mêmes usagers à la recherche d'informations - difficile pour les personnes éloignées du numérique - difficile pour les personnes isolées socialement

**CCAS de Carquefou**

La complexité pour le particulier est de comprendre comment et par qui il peut être accompagné dans son parcours et peur des démarches abusives, d'où l'intérêt d'organiser une approche coordonnée avec acteurs publics de référence (CD CHU et ARS)

**Groupe La Poste**

*De votre côté avez-vous identifié des manques concernant le repérage des fragilités*

Les freins identifiés globalement sont :

1. Difficulté à faire participer/à mobiliser le public ciblé
2. Difficultés liées à l'information et à la communication en direction du public ciblé
3. Difficulté à faire venir le public ciblé (difficulté de mobilité), difficulté à s'absenter, car pas de moyen de garder le proche malade (problématique récurrente chez les aidants familiaux).
4. Manque de moyens financiers et humains pour mener à bien un projet

*Quels sont les leviers permettant de susciter l'envie d'adhérer*

Acteurs/prescripteurs/conseillers des PA à sensibiliser :

- Les aidants familiaux
- Intervenants à domicile
- Soutenir la politique régionale sur les équipes mobiles :
  - SSR déficiences sensorielles 49 (VYV 3)
  - EAAR

## ANNEXE 5 : Synthèse des réflexions du groupe de travail du 29 juin 2022

### Groupe 1 : habitat / aides techniques / téléassistance

ANIMÉ PAR Mme ARTAUD

ALLER VERS

- a. Panier de soins annoncé dans le plan antichute : une bonne idée
- b. Expérimentation May'Autonomie
  - a. Financement par la conférence des financeurs de la Poste pour le compte du conseil départemental
  - b. Envoi d'un courrier signé par l' élu local de la com.com + élu du conseil départemental pour informer les citoyens que la Poste peut passer pour leur faire remplir un questionnaire
  - c. Si réponse positive, visite du facteur qui fait passer le questionnaire
  - d. Les questionnaires sont analysés par un CESF et donnent lieu soit à une information sur les dispositifs d'accompagnement à l'autonomie, soit à une proposition par téléphone de visite d'un ergothérapeute.
  - e. Ce sont les ergo des EAAR qui se rendent au domicile
- c. Association Habit'âge : Ateliers de réflexion sur mon habitat sur des communes
- d. Epoca : Surveillance médicale et paramédicale sécurisée au domicile du patient lui évitant des passages aux urgences ou à l'hôpital. Dispositif humain + technologique.
- e. Boîtier installé à domicile : Pour le badgeage des intervenants à domicile + livraison d'informations sur la vie au dom + actimétrie par ex
- f. Carte à dom' Elle répertorie sur un seul document les coordonnées de l'entourage et des principaux intervenants à domicile. Elle est à présenter à chaque hospitalisation

OBJECTIFS :

- Faciliter l'articulation des acteurs pour une meilleure continuité du parcours Domicile/ Hôpital .
- Permettre au personnel hospitalier de prendre connaissance rapidement des différents services et soins en place au domicile du patient.
- Optimiser la préparation de la sortie du patient en concertation avec les intervenants à domicile.

PUBLIC CIBLE : Les personnes âgées de plus de 60 ans nécessitant les interventions de professionnels.

COMMENT ÇA MARCHE ? Remplissage et actualisation co responsable par les partenaires. Remise par un professionnel, la Carte à Dom' est complétée avec la personne et/ou son entourage.

- Tout professionnel, en lien avec la personne, peut initier ou mettre à jour la Carte à Dom' avec les éléments qu'il a en sa possession.
- Le professionnel s'engage à expliquer l'intérêt de la carte à la personne et à son entourage.
- Tout nouveau professionnel doit inscrire ses coordonnées sur la Carte à Dom' et s'assurer qu'elle est bien jointe à la carte vitale.

g. Lieux où repérer et proposer des actions aux PA

- Urgences et autres lieux de prise en soins non programmés
- Pharmacies : qui pourraient mettre en place des actions de sensibilisation ou faire passer des questionnaires

h. Acteurs/prescripteurs/conseillers des PA à sensibiliser

- Les aidants familiaux
- Intervenants à domicile

i. Soutenir la politique régionale sur les équipes mobiles

- SSR déficiences sensorielles 49 (VYV 3)
- EAAR

j. Développer des actions de formation des professionnels, en formation initiale et continue, sur l'aménagement de l'habitat, les aides techniques. Ex : Intervenants à domicile à faire former par des ergothérapeutes

LEVIERS/MOTIVATIONS POUR ADHERER A LA PREVENTION DE LA CHUTE

- a. Être conseillé par quelqu'un en qui on a confiance : par exemple les
- b. Être assuré que ce qui m'est proposé n'est pas une énième arnaque commerciale.
- c. Entendre par plusieurs interlocuteurs (voisins, artisans, personnes du même âge que moi...) des conseils convergents
- d. Recevoir du feed back sur les progrès que je fais grâce aux actions que je réalise, par le biais d'objets connectés par ex.
- e. Des aides techniques belles visuellement et non stigmatisantes
- f. Avoir la preuve de mon intérêt à utiliser une aide technique : en cela, le système de prêt pour essai est un bon argument.
- g. Lever le frein financier quand il existe.
- h. Montrer les bénéfices non seulement aux personnes elles-mêmes mais aux familles aussi

**Groupe 2 : habitat / aides techniques / téléassistance**

ANIMÉ PAR Mme BARLOUIS

ALLER VERS

Aller sur les lieux fréquentés par le public cible

- Prospection sur les marchés / supermarchés (cibler les horaires de fréquentation du public cible)
- S'appuyer sur les pharmacies : un lieu de confiance/confidence privilégié pour les usagers
- S'appuyer sur le réseau associatif
- Les associations de répit aux aidants sont des portes d'entrée intéressantes pour sensibiliser et apporter de l'information (ex. Bulle d'Air, le nid des aidants, etc).
- L'information doit également passer par l'hôpital => ce qui implique plus de moyens (financiers/humains)
- Campagne de communication nationale : « plus on en parle et plus on déstigmatise »

## Formation initiale/continue des partenaires

- Aides à domicile (souvent une première porte d'entrée) : Repère et oriente vers les professionnels de la prévention.
- Bailleurs sociaux privés/publics (accompagnement par un ergothérapeute).

## Des innovations qui ont fait leur preuve à développer :

- Les Trucks (ex. SOLIHA) : présentation des solutions d'amélioration de l'habitat et aides techniques.
- Télé-ergothérapie (visio et téléphonie) Ex. services financés par la Carsat Bourgogne Franche Comté à la sortie d'hospitalisation.
- Unité mobile pour repérer les situations d'alertes (la poste/gendarme)
- Importance du format : ludique

## LEVIERS/MOTIVATIONS POUR ADHERER A LA PREVENTION DE LA CHUTE

- Échange entre pairs (usagers). Faire témoigner des bénéficiaires sur des situations réelles.
- Développer des collocations : personnes âgées et étudiants (ergo, IDE, ...)
- Privilégier les formats ludiques avec des mises en situation.
- Pour susciter l'envie il faut proposer des solutions clés en main (solutions de financements, présentations des différentes aides techniques, etc) avec des présentations concrètes.
- Faire prendre conscience des risques (sans faire peur) pour faire réagir sans faire peur.
- Lutter contre les abus de faiblesses qui discréditent : Sécuriser l'accès à ces prestataires
- Inciter le don vers les associations qui vont vers les personnes isolées comme « Petits frères des pauvres, etc. »

### **Groupe 3 : Activité Physique Adaptée**

ANIMÉ PAR V. BERNAT

ALLER VERS

- Sensibiliser/informer
- Atteindre le public cible par la télévision, radio, marché
- Sensibiliser les professionnels (soins ville-hôpital-aidants / élus locaux)
- S'appuyer sur le réseau de proximité
- S'appuyer sur le réseau de solidarité / associations de seniors (CRU et plus largement)
- Proposer des moments de convivialité pour passer des messages
- SDIS : lors d'intervention téléassistance : faire le lien (en communiquant aux professionnels, personnes âgées et familles)
- « Aller-vers » au domicile : Équipe Mobile Gériatrique

## LEVIERS/MOTIVATIONS POUR ADHERER A LA PREVENTION DE LA CHUTE

-Plurimodale =Prise de conscience : bien vieillir

- Bonne santé
- Bien bouger
- Convivialité/liens sociaux

-Prise en charge financière

- Transport et mobilité
- Favoriser la motivation : « faire avec » (accompagnement) plutôt que « faire à la place de »
- Après le programme de prévention – un programme qui s’inscrit dans la durée, orientation vers les collectivités territoriales
- Divers programmes existent
  - PIED : Prog Intégré Equilibre Dynamique)
  - D’marche (groupe de marche avec un programme)
  - Ovalien (prévention buccodentaire)
- Centraliser et recenser les différents dispositifs existants : ex : ON Y VA
- Former/sensibiliser les professionnels et bénévoles.
- Lien à trouver entre les acteurs locaux et tous les professionnels (repérage des personnes âgées)
- ET FINALEMENT : Programme de prévention vers les séniors ou plus large => PRÉVENTION POUR TOUS !

#### **Groupe 4 : Activité Physique Adaptée**

ANIMÉ PAR S.TERROM

ALLER VERS

- S’appuyer sur le dispositif « ON Y VA » qui propose un moteur de recherche pour trouver une activité physique ou sportive la plus adaptée à chaque situation. Les offres apparaissent sur une carte centrée autour du domicile de la personne. Quel que soit son âge ou son état de santé, il n’est jamais trop tard pour augmenter son activité physique régulière et en tirer des bénéfices ! Contacter un enseignant en activité physique adaptée qui oriente vers l’existant auprès de la personne en fonction de ses besoins (ordo médicale), envies.
- Harmoniser les discours entre les professionnels est indispensable pour que la personne adhère au message de la pratique de l’activité
- Former des professionnels dès la formation initiale sur la nécessité de pratiquer l’activité physique, les modalités de prescription de l’EAPA...
- Intégrer un EAPA dans tous les EAAR pour du conseil
- S’appuyer sur l’expérimentation de l’EHPAD centre de ressources pour développer EAPA sur un territoire.
- Favoriser le lien ville / Hôpital : Infirmière en pratique avancée (IPA)
- Développer des pistes pour soutenir l’articulation et le développement de l’EAPA/Kinésithérapeutes sur les territoires par l’intermédiaire des CPTS

LEVIERS/MOTIVATIONS À PRÉVENIR LA CHUTE

- S’inspirer des Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) qui accompagnent les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer vivant à domicile et aident leurs proches. Ces interventions se font sur prescription médicale. Elles se déroulent durant 12 à 15 séances réparties sur 3 mois, « Aller-vers » le

domicile pour développer la pratique : => mais quels sont les moyens financiers pour une telle démarche ?

-Rendre lisible L'EAPA et l'activité physique par les CCAS, engagement des élus, des centres socio-culturels

-Renforcer la formation initiale : éclairer sur ce qui existe, adapter l'approche des professionnels selon les profils cibles : plaisir / contrainte

-Faire un essai gratuit

-Développer la pratique de la marche dans le quotidien des personnes (simple et pas chère)

-Créer une maison des aidants pour les chuteurs (les aidants négligent leur santé)

-Diffuser les bonnes pratiques et repérer les besoins par les auxiliaires de vie qui sont un véritable vecteur de diffusion

-Questionner et développer le transport local : « transport solidaire » « Mobilité »

-Penser à l'accessibilité (trottoir, accès libre...)

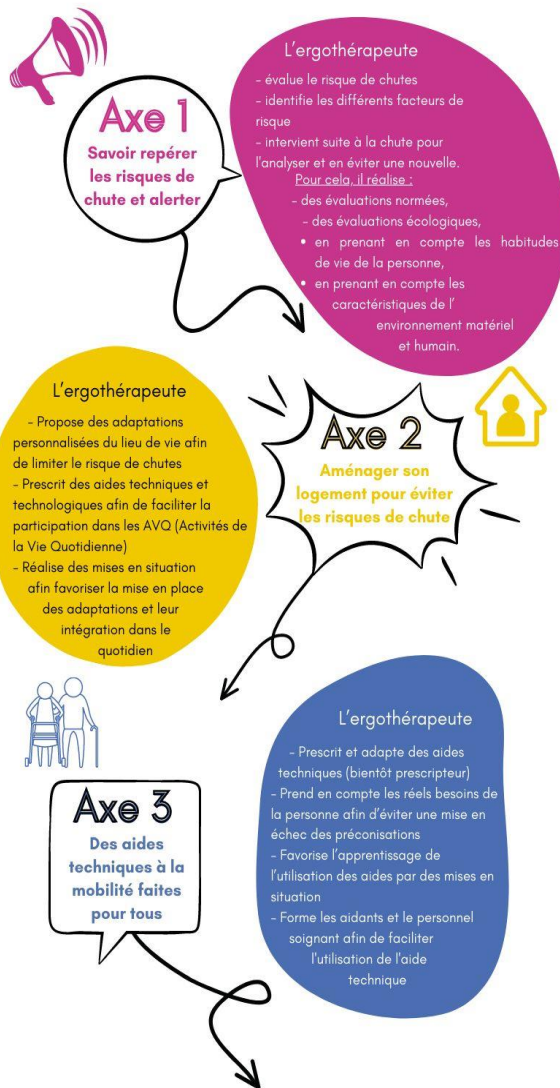
## ANNEXE 6 : Zoom sur la profession d'ergothérapeute<sup>76</sup>



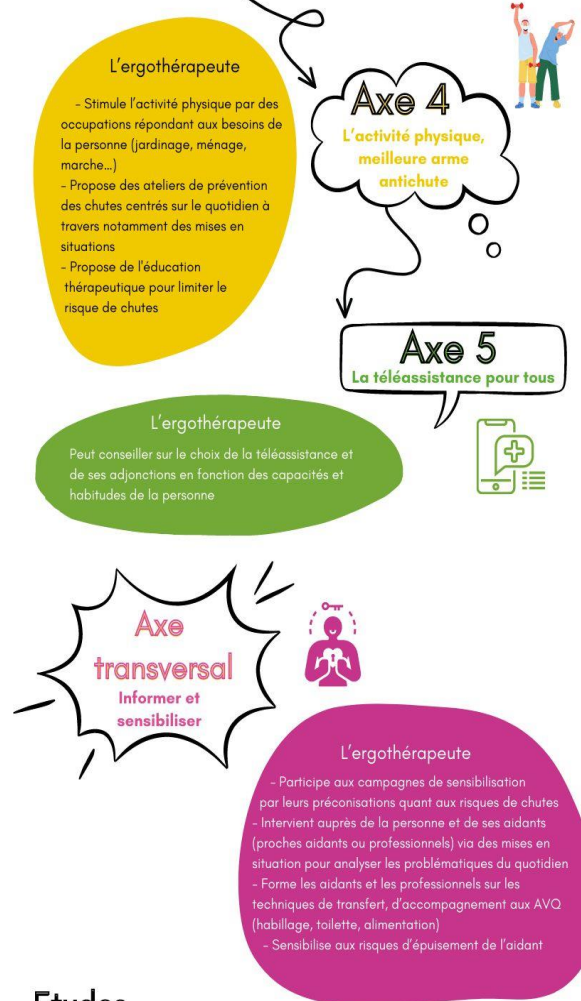
### Place de l'ergothérapeute dans le plan anti-chute

#### Définition

Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, l'ergothérapeute (occupational therapist), spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, adapte les milieux de vie, de manière à respecter la sécurité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins. Il préconise les aides techniques et assistances technologiques, les aides humaines, les aides animalières et les modifications matérielles. L'ergothérapeute participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou d'enseignement concernant les populations à risque de perte d'autonomie.



### Place de l'ergothérapeute dans le plan anti-chute



#### Etudes

Une étude récente randomisée, publiée en août 2021 démontre une nette efficacité. 310 personnes âgées à risque de chute vivant à domicile aux Etats-Unis ont participé à l'étude, à 12 mois, une réduction de 38% du taux de chutes a été observée dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention d'ergothérapeutes versus le groupe témoin (risque relatif 0.62; 95% CI). Le taux de chutes était de 1.5 dans le groupe intervention versus 2.3 dans le groupe contrôle.

L'analyse des coûts de l'intervention démontre une rentabilité avec un retour sur investissement de 111 % en économies en soins de santé.

Alors que le plan anti-chute se met en place, cette étude nous montre l'efficacité de l'action des ergothérapeutes sur l'environnement tout en démontrant la nécessité de ne pas se limiter aux seuls dangers environnementaux mais d'élargir le diagnostic ergo aux risques reliant les sujets, ses activités et son environnement.

Stark, Susan « Home Hazard Removal to Reduce Falls Among Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Clinical Trial ». JAMA Network Open 4, no 8 (2 août 2021)

Source: AFEG (Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie)

76 Synthèse de la contribution des ergothérapeutes dans le cadre de la concertation grand âge et autonomie – Janvier 2019



La profession d'ergothérapeute est en fort développement (15.000 ergothérapeutes recensés en France). Elle est particulièrement mise en valeur en tant qu'évaluateur des besoins et des usages des aides techniques et de l'aménagement du logement dans les rapports de Philippe Denormandie sur les aides techniques, Luc Broussy « Nous vieillirons ensemble » ainsi que celui de la Cour des comptes sur la prévention de l'autonomie.

Ils ont apporté leurs expertises à l'occasion de groupes de travail dans le cadre du plan antichute national :

Merci Julie (équipe salariée d'ergothérapeutes)

Mutuelles VYV,

Technicothèques (ex Centich d'Angers)

Collectivités locales,

CICAT

SOLIHA : réseau associatif employeur d'ergothérapeutes

## ANNEXE 7 : AFRATA

L'AFRATA<sup>77</sup> est la Fédération professionnelle des acteurs de la téléassistance, elle rassemble 85% des opérateurs soit plus de 1000 salariés sur tout le territoire Français.

Les engagements de l'AFRATA :

- Respecter un haut niveau d'exigence dans le service fourni. Les membres de l'AFRATA sont particulièrement investis dans le respect de valeurs et de règles déontologiques strictes et dans la mise en œuvre de moyens permettant de garantir la fiabilité des services proposés.
  - L'activité est déclarée auprès des services de l'Etat comme un « service à la personne »
  - L'AFRATA s'est engagée dans la création et l'évolution de la norme en téléassistance AFNOR X50-520 : qualité de la relation-client, transparence, prestation individualisée, ajustement continu aux besoins du client, exigences liées aux matériels et sous-traitants...
  - L'AFRATA est allée plus loin en se dotant d'une charte commune de qualité et d'éthique pour faire évoluer le métier dans le strict respect de la déontologie indispensable à notre métier et dans le partage des bonnes pratiques.
- Être le partenaire de confiance pour alimenter le débat public

La téléassistance est un service qui permet à toute personne fragilisée, vulnérable, âgée ou handicapée de vivre à domicile en sécurité, d'être mise en relation avec des prestataires 24H/24, 7J/7, et de bénéficier d'un soutien voire d'une assistance en situation de difficulté et / ou de besoin.

Chiffres clés : la téléassistance en France :

- Plus de 650.000 personnes raccordées à un système de téléassistance ;
- Près de 20 000 appels émis et reçus chaque jour ;
- Plus de 140 000 interventions par an.

<sup>77</sup> <https://www.afrata.fr/wp-content/uploads/2021/06/AFRATA-Plaquette-de-pre%CC%81sentation-06.2021.pdf>