

Plan antichute des personnes âgées France 2022-2024 : objectifs et méthodologie*

2022-2024 French national plan against falls in older persons: objectives and methodology

Hubert BLAIN¹, Cédric ANNWEILER², Gilles BERRUT^{3,4}, Pierre Louis BERNARD⁵, Jean BOUSQUET^{6,7,8}, Patricia DARGENT-MOLINA⁹, Patrick FRIOCOURT¹⁰, François PUISIEUX¹¹, Jean-Baptiste ROBIAUD¹, Yves ROLLAND^{12,13}

RÉSUMÉ

Contexte : Les chutes et les blessures liées aux chutes représentent un important problème de santé publique dans les pays industrialisés. Face cet enjeu, a été lancé en France en 2022 un Plan national triennal visant à réduire de 20 % l'incidence des chutes compliquées d'hospitalisation ou de décès.

Objectif : Décrire les différents axes du Plan national français antichute 2022-2024.

Méthode et évaluation : Les axes du plan sont : 1. Savoir repérer les risques de chute et alerter. 2. Aménager son logement pour éviter les risques de chute. 3. Des aides techniques à la mobilité faites pour tous. 4. L'activité physique, meilleure arme antichute. 5. La téléassistance pour tous. 6. Un axe transversal visant à informer et sensibiliser. Ce Plan national, déployé en région, va offrir

ABSTRACT

Background: Falls and fall-related injuries are a major public health problem in industrialized countries. Faced with this challenge, a French national plan was launched in 2022 aiming to reduce by 20% the incidence of falls-related hospitalizations or deaths.

Objectives: To describe the main pillars of the 2022-2024 French national plan against falls in older persons.

Methods and assessment: The six pillars of the plan are: 1. Screening and monitoring risks of falls and alert health and care workers. 2. Home safety assessment and getting out safely. 3. Developing technical aids for mobility and the use of assistive technologies at home. 4. Appropriate physical activity, best weapon against falls. 5. Tele assistance devices for all older persons. 6. A cross-cutting pillar: Informing, raising awareness,

1 Département de médecine interne et de gériatrie, Université MUSE, Montpellier, France.

2 Département de médecine gériatrique et clinique de la mémoire, Centre de Recherche sur l'autonomie et la longévité, CHU d'Angers; Université d'Angers, UPRES EA 4638, University of Angers, Angers, France.

3 Pôle hospitalo-universitaire de gériatrie clinique, CHU Nantes, France.

4 Union des Gériatopôles de France.

5 UFR STAPS, Euromov DHM, Université de Montpellier, Montpellier, France.

6 Institut d'allergologie de la Charité, Faculté de médecine de Berlin, membre corporatif de l'Université libre et de l'Université Humboldt de Berlin, Berlin, Allemagne.

7 Institut Fraunhofer de médecine translationnelle et de pharmacologie (ITMP), Allergologie et Immunologie, Berlin, Allemagne.

8 MASK-air, Montpellier, France.

9 Université de Paris, Centre de recherche en épidémiologie et statistiques (CRESS), Inserm, Inrae, F-75004, Paris, France.

10 Pôle Autonomie, Neurologie et Prise en charge du vieillissement, Centre hospitalier de Blois, Blois, France.

11 Pôle de gériatrie, Hôpital gériatrique Les Bateliers, CHU de Lille, Université de Lille, Lille, France.

12 Gériatopôle de Toulouse, Institut du vieillissement, Cité de la Santé, CHU de Toulouse, Toulouse, France.

13 Centre d'épidémiologie et de recherche en santé des populations (CERPOP), UPS/Inserm, UMR 1295, Toulouse, France.

Auteur correspondant : Professeur Hubert Blain, Pôle de Gériatrie, Centre Antonin-Balmes, CHU de Montpellier, 39, avenue Charles-Flahault, 34395 Montpellier Cedex 5, France.
Courriel : h-blain@chu-montpellier.fr

* Ce texte a été validé par le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes âgées (Coordination nationale du Plan antichute des personnes âgées, direction générale de la Cohésion sociale) en charge du Plan (<https://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees>) et par la Société française de gériatrie et gériatrie (SFGG) (groupe de relecture : Hubert Blain, Cédric Annweiler, Gilles Berrut, Patrick Friocourt, François Puisieux, Yves Rolland).

l'opportunité de déterminer les meilleures stratégies pour atteindre les objectifs fixés et les barrières rencontrées.

Conclusions : Le déploiement du Plan national antichute mené en France va apporter des résultats utiles pour envisager des mesures de prévention des chutes pérennes et aider les pays ou régions qui souhaiteraient implémenter un plan de prévention des chutes sur leur territoire.

training, and involving local actors. The plan, deployed in the 18 French regions, will provide a unique opportunity to determine the best strategies to achieve the objectives and the barriers encountered.

Conclusions: The deployment of the French national plan will bring useful data for considering a long-term falls prevention strategy and helping countries or regions wishing to implement a fall prevention plan on their territory.

Rev Geriatr 2023 ; 48 (5) : 257-66.

Mots clés : Chutes – Blessures – Sujets âgés – Plan – Prévention – Recommandations – Pratiques cliniques – Monde – Consensus – Vieillesse

Keywords: Fall – Injury – Elder people – Prevention – Recommendation – Clinical practice – Consensus – Ageing

POINTS CLÉS

- Les chutes et les blessures liées aux chutes représentent un important problème de santé publique dans tous les pays industrialisés.
- Un plan national de trois ans visant à réduire de 20 % l'incidence des chutes compliquées d'hospitalisation ou de décès a été lancé en 2022 en France.
- Ce plan vise à mieux repérer les personnes à risque et les facteurs de risque de chute, à favoriser l'accès aux mesures d'adaptation de l'environnement, aux aides techniques, à la téléassistance et à l'activité physique via une information et une formation de tous les acteurs de terrain.
- L'évaluation des résultats de ce plan région par région apportera des éléments utiles pour envisager une stratégie de prévention des chutes pérenne en France et aider les pays et régions qui souhaiteraient implémenter un plan antichute sur leur territoire.

INTRODUCTION

La chute est définie comme la perte brutale et accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation d'une activité et faisant tomber la personne sur le sol ou tout autre surface plus basse que celle où elle se trouvait.

En France, environ deux millions de chutes surviennent chaque année chez les personnes de 65 ans et plus, soit environ 30 % de la population dans cette tranche d'âge. Ces chutes entraînent un peu plus de 136 000 hospitalisations annuelles en France et un peu plus de 10 000 décès par an, pour un coût annuel estimé à 1,5 milliard d'euros pour la seule Assurance maladie, hors Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et coût d'hébergement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) (sources PMSI – Programme de médicalisation des

systèmes d'information – et CépIDC – Centre d'épidémiologie sur les causes naturelles de décès –, estimations Cour des comptes)⁽¹⁾.

Face à cet enjeu de santé publique majeur et croissant dans le contexte de vieillissement de la population, un Plan national antichute des personnes âgées a été lancé en France le 21 février 2022 par la ministre chargée de l'autonomie et la ministre chargée des sports⁽²⁾. Ce plan, unique dans les pays industrialisés, a pour objectif de réduire de 20 % en trois ans le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus, soit une réduction espérée de 27 000 séjours hospitaliers et de 2 000 décès pour chute. Cette ambition repose sur un rapport de la Cour des comptes qui a estimé que 15 à 30 % des chutes pourraient être évitées par des mesures de prévention⁽³⁾. Ces données sont corroborées par les recommandations mondiales de prévention et de prise en charge

1 <https://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees>

de la chute chez les personnes âgées récemment publiées⁽⁴⁾, synthétisées en langue française^(5,6), listant les mesures efficaces pour réduire les chutes dans la littérature scientifique². Le Plan national antichute des personnes âgées 2022-2024 repose sur les données de la littérature scientifique et comporte six axes, dont un axe transversal, visant à informer et sensibiliser les personnes âgées et les acteurs de terrain afin de les impliquer dans la prévention des chutes. La thématique des chutes des personnes âgées a fait l'objet d'échanges entre pays européens lors d'une conférence ministérielle, organisée dans le cadre de la présidence française du Conseil de l'Union européenne le 27 janvier 2022.

AXE N° 1 : MIEUX REPÉRER ET PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES À RISQUE POTENTIEL DE CHUTE

L'objectif de l'axe 1 est d'informer les personnes âgées, leurs proches, et former les professionnels de santé sur les questions à se poser et sur les tests simples à réaliser pour évaluer si la personne est à risque faible, modéré, ou élevé de chute. Cette évaluation initiale doit permettre de

proposer des mesures générales de prévention des chutes en cas de risque faible, qui seront complétées, chez les personnes à risque modéré et à risque élevé, de mesures complémentaires centrées sur la personne âgée.

Sur la base des recommandations mondiales⁽⁴⁾, il est préconisé, chez les personnes de 65 ans et plus :

- de poser annuellement (ou de façon plus rapprochée si l'état de santé se dégrade) les questions suivantes : avez-vous fait une chute dans la dernière année ? Avez-vous peur de tomber ? Vous sentez-vous instable en vous levant ou en marchant ? ;
- si la réponse est « oui » à une des deux questions, de réaliser deux tests simples : le test de « vitesse de marche usuelle sur 4 mètres » et le *Timed-Up and Go test* (TUG) (Tableau 1) (Encadré 1).

Le repérage des personnes à risque de chute peut aussi se faire via le programme de soins intégrés pour les personnes de 60 ans et plus (*Integrated Care for Older People – ICOPE*) soutenu par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et qui permet de repérer les personnes âgées de plus de 60 ans présentant une baisse de la capacité intrinsèque, c'est-à-dire exposées à un risque de dépendance (voir section « *Panier de soins en régions et lien avec ICOPE* »).

Tableau 1 : Questions et tests devant être renseignés par les personnes âgées de manière annuelle ou de façon plus rapprochée si l'état de santé se dégrade.

Table 1: Questions and tests to be completed by the elderly on an annual basis or more frequently if the state of health deteriorates.

Questions à poser	O/N	Tests à réaliser	O/N
Avez-vous fait une chute dans la dernière année ?	O/N	Test de « vitesse de marche usuelle sur 4 mètres »	O/N
Si oui :	O/N	Mettez-vous 5 secondes ou plus pour parcourir 4 mètres à vitesse de marche habituelle ?	O/N
• Avez-vous présenté au moins 2 chutes ?	O/N		
• Avez-vous réussi à vous relever seul ?	O/N		
• Cette chute (ou ces chutes) est-elle (sont-elles) restée(s) pour vous et le médecin inexpliquée(s) ?	O/N	Mettez-vous 5 secondes ou plus pour parcourir 4 mètres à vitesse de marche habituelle ?	O/N
• Cette chute (ou ces chutes) est-elle (sont-elles) accompagnée(s), depuis un an, d'au moins un des signes de « fragilité » suivants (une perte de poids involontaire d'au moins 2 kilogrammes, une fatigue accrue, une réduction d'activités physiques dans la vie quotidienne, un ralentissement de la marche, une baisse de force musculaire) ?	O/N		
Avez-vous peur de tomber ?	O/N	Timed-Up and Go test (TUG)	O/N
• Devez-vous faire attention ou ressentez-vous de l'instabilité en marchant ou en vous levant ?	O/N	Mettez-vous plus de 15 secondes pour faire le test TUG (temps mis pour se lever d'une chaise installée à 3 mètres d'un mur, aller jusqu'au mur, faire demi-tour, retourner jusqu'à la chaise et s'asseoir) ?	O/N

* Test de vitesse de marche usuelle sur 4 mètres : Chronométrez le patient sur une distance de 4 mètres, départ arrêté, à vitesse de marche usuelle.

** Timed-Up and Go test : Placez une chaise à 3 mètres d'un mur et asseyez-vous. Chronométrez le temps mis pour se lever, aller jusqu'au mur, revenir à la chaise et s'asseoir.

2 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/comment-prevenir-les-risques-de-chutes-chez-les-personnes-agees>

ENCADRÉ 1 : RECOMMANDATIONS POUR LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS

Les questions à poser

• Avez-vous fait une chute dans la dernière année?

Si oui :

- o Avez-vous présenté au moins deux chutes?
- o Avez-vous réussi à vous relever sans aide humaine?
- o Cette chute (ou ces chutes) est-elle (sont-elles) restée(s) pour vous et le médecin inexpliquée(s)?
- o Cette chute (ou ces chutes) est-elle (sont-elles) accompagnée(s) d'au moins un des signes de « fragilité » suivants (par rapport à l'année précédente une perte de poids involontaire d'au moins 2 kg, une fatigue accrue, une réduction d'activités physiques dans la vie quotidienne, un ralentissement de la marche, une baisse de force musculaire)?

• Avez-vous peur de tomber? Devez-vous faire attention ou ressentez-vous de l'instabilité en marchant ou en vous levant?

Les deux tests à réaliser :

- Mettez-vous 5 secondes ou plus pour parcourir 4 mètres à votre allure de marche habituelle?
- Mettez-vous plus de 15 secondes pour réaliser le test TUG? *Mettez une chaise à 3 mètres d'un mur et asseyez-vous. Chronométrez le temps que vous mettez pour vous lever, aller jusqu'au mur, revenir à la chaise et vous asseoir.*

Interprétation

Sur la base de ces questions et de ces deux tests, il est possible de différencier simplement trois groupes de personnes (Tableau 2) :

A. Les personnes à faible risque de chute : ce sont celles qui répondent non à toutes les questions ou qui n'ont fait qu'une chute dans la dernière année, mais avec une explication claire (j'ai glissé, j'ai été bousculée-e...), avec capacité de se relever sans aide, sans critère de fragilité et mettant moins de 5 secondes pour faire 4 mètres et moins de 15 secondes pour réaliser le test TUG ;

B. Les personnes à risque élevé de chute : ce sont celles qui ont fait au moins deux chutes dans la dernière année, ou n'ayant pas réussi à se relever seules lors d'une chute, ou ayant fait au moins une chute totalement inexpliquée (évoquant une possible syncope), ou une chute dans un contexte de fragilité ;

C. Les autres personnes sont à risque intermédiaire de chute, considérant que le risque doit tenir compte des résultats de chaque test. Par exemple, chez les personnes qui n'ont pas chuté, un test TUG réalisé en plus de 20 secondes, ou un temps pour parcourir 4 mètres très supérieur à 5 secondes, ou un niveau élevé de fragilité, ou une sensation importante d'instabilité en marchant ou en se levant exposent à un risque de chute proche d'un risque élevé.

Tableau 2 : Stratification en 3 groupes de risque des patients en fonction des réponses et résultats des tests de repérage présentés dans le tableau 1.

Table 2: Stratification into 3 patient risk groups based on the responses and results of the screening tests presented in table 1.

Répartitions des patients en fonction des réponses et résultats des tests en 3 groupes		
A	Les personnes à faible risque de chute	Celles qui répondent non à toutes les questions du <i>tableau 1</i> ou qui n'ont fait qu'une chute dans la dernière année, mais avec une explication claire (j'ai glissé, j'ai été bousculé-e...), avec capacité de se relever sans aide, sans critère de fragilité et mettant moins de 5 secondes pour faire 4 mètres et moins de 15 secondes pour faire le <i>Timed-Up and Go test</i> .
B	Les personnes à risque élevé de chute	Celles ayant fait au moins deux chutes dans la dernière année, ou n'ayant pas réussi à se relever seule lors d'une chute, ou ayant fait au moins une chute totalement inexpliquée (évoquant une possible syncope), ou une chute dans un contexte de fragilité.
C	Les personnes à risque intermédiaire de chute	Autres

Cette phase de repérage des personnes à risque modéré ou élevé de chute va devoir impliquer toutes les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), notamment en lien avec les protocoles de coopération. L'objectif est

qu'à la suite de ce repérage s'organisent des interventions personnalisées de prévention des chutes, adaptées au risque de chaque personne.

AXE N° 2 : AMÉNAGER SON LOGEMENT ET SORTIR EN TOUTE SÉCURITÉ

Dans le cadre du plan national vont être diffusés des outils de repérage des risques du logement, qui pourront être utilisés par les patients, les aidants, les soignants et les intervenants au domicile. Comme indiqué dans les recommandations mondiales⁽⁴⁾, cette évaluation du domicile visant à modifier les facteurs environnementaux à risque de chute sera au mieux réalisée par un ergothérapeute³, tout particulièrement quand le patient est à haut risque de chute au domicile, en particulier quand le patient est déjà tombé au domicile et plus encore quand il n'a pas réussi à se relever seul⁽⁴⁾. Des aides financières aux travaux d'adaptation et mises aux normes du logement sont prévues dans ce cadre (Encadré 2).

ENCADRÉ 2 : DISPOSITIFS D'AIDE À L'ADAPTATION DU LOGEMENT

- Il a été prévu de soutenir le développement des dispositifs d'aide à l'aménagement du logement et de relayer le guichet unique « Ma Prime Adapt³ » de manière à réduire les risques liés au logement.
- L'Agence nationale de l'habitat (ANAH) aide notamment les personnes âgées propriétaires à réaliser des travaux d'adaptation nécessaires pour continuer à vivre le plus longtemps possible chez elles. Par exemple, le remplacement de la baignoire par une douche de plain-pied ou l'installation d'un monte-escalier électrique⁴.
- Les caisses de retraite de base et complémentaires peuvent aussi apporter des aides⁵ de même que certaines collectivités territoriales (région, département, commune). Un outil qui recense les aides locales est proposé par l'Agence nationale pour l'information sur le logement (Anil)⁶.
- Certains travaux d'aménagement peuvent enfin être pris en charge dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁷ attribuée et versée par le département, la prestation de compensation du handicap (PCH) attribuée par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et versée par le département⁸.

Toutes ces informations sont disponibles sur le Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches⁹.

Le plan a aussi prévu de former et faire intervenir, au domicile des personnes âgées, des équipes mobiles pour optimiser le repérage des risques liés au logement. Les modalités de mise en œuvre restent à construire.

Il est aussi prévu de mobiliser les différents acteurs de terrain, en particulier les collectivités locales, de manière à mieux adapter l'environnement extérieur pour faciliter les déplacements et réduire les risques.

AXE N° 3 : DES AIDES TECHNIQUES À LA MOBILITÉ POUR TOUS

L'optimisation des aides techniques (canne, déambulateur à quatre roues donnant la possibilité de se mobiliser en sécurité, de s'asseoir, et de transporter des objets par exemple) est un point important dans la réduction du risque de chute et dans le maintien de l'autonomie, en particulier à l'extérieur du domicile.

Le plan prévoit d'apporter une information et une formation des professionnels sur les aides techniques les plus pertinentes chez les personnes à risque modéré et plus encore à risque élevé de chute. Un certain nombre d'informations sont disponibles sur le site gouvernemental www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr¹⁰. Kinésithérapeutes et ergothérapeutes ont la compétence pour aider à l'optimisation des aides techniques chez les personnes âgées.

Le plan vise aussi à réduire le reste à charge pour les personnes s'équipant. L'amélioration de la solvabilisation, en particulier pour les populations précaires, va impliquer différents leviers, via un conventionnement avec les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), la Mutualité sociale agricole (MSA), la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), l'Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres-Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Agirc-Arrco) ou les réseaux mutualistes, les collectivités ou les intercommunalités.

3 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/ergotherapeute>

4 <https://www.anah.fr/proprietaires/proprietaires-occupants/>

5 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/les-aides-des-caisses-de-retraite>

6 https://www.anil.org/aides-locales-travaux/?tx_anilaides_displayaides%5Bregion%5D=11&tx_anilaides_displayaides%5Bdepartement%5D=&tx_anilaides_displayaides%5Btype%5D=2&tx_anilaides_displayaides%5Bstatut%5D=0&tx_anilaides_displayaides%5Btypestravaux%5D=2&tx_anilaides_displayaides%5Bfilters%5D=1&no_cache=1

7 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perdre-d-autonomie-evaluation-et-droits/l'allocation-personnalisee-d'autonomie-apa>

8 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/la-pch-prestation-de-compensation-du-handicap>

9 <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/mdph-et-departements/evaluation-des-besoins-des-personnes-agees-et-de-leurs-proches-aidants-et-reponses#plan-d-aide-et-financement> et <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/amenager-son-logement-et-sequiper/amenager-son-logement>

10 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/amenager-son-logement-et-sequiper/des-equipements-pour-faciliter-son-quotidien>

L'information sur ces offres impliquera les sites régionaux, les plateformes, les lieux et relais d'information (Centre d'information et de conseil sur les aides techniques – Cicat – et équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques – EqLAAT). En effet, l'Assurance retraite propose un site internet entièrement dédié aux petits équipements permettant de simplifier son quotidien et réduire le risque de chute¹¹. Dans certains départements, il est possible de tester du matériel dans un Cicat où des professionnels délivrent des conseils gratuitement¹². Les personnes peuvent chercher de l'information auprès des points d'information locaux (Centre local d'information et de coordination gérontologique – Clic) ou auprès de son médecin traitant¹³.

Un autre acteur, le mouvement associatif national Solidaires pour l'habitat (Soliha) dispose d'une représentation départementale ou bidépartementale. Parmi les services développés par l'association, le véhicule aménagé Soliha se déplace pour présenter les aides techniques et le mobilier pour faciliter le maintien à domicile et aménager l'habitat¹⁴.

Cet axe va s'appuyer sur le fléchage du parcours de soins et le suivi du plan d'intervention (axe Step 4 d'ICOPE) (voir section « Expérimentation du panier de soins »).

Cet axe vise enfin à promouvoir des modules de rééducation après une hospitalisation pour chute, ce point faisant le lien avec l'axe 4.

AXE N° 4 : L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR TOUS

Le plan vise à développer l'offre d'activité physique et d'activité physique adaptée (APA) pour les personnes âgées. L'activité physique (ou exercices physiques) permet de garder ou améliorer les performances physiques au cours du vieillissement et de réduire le risque de chute des personnes âgées⁽³⁾.

Adaptation de l'activité selon le risque de chute

Plus le risque de chute est élevé (axe 1), plus l'activité physique devra être adaptée (APA), de manière à proposer un programme personnalisé, s'adaptant aux besoins et capacités de la personne pour apporter le bénéfice et la sécurité

les plus élevés. Les questions et les tests de performances fonctionnelles (test de vitesse de marche, *Timed-Up and Go*, capacité de se relever du sol, sensation d'instabilité) réalisés pour définir le degré de risque (axe 1) seront utiles pour adapter de manière optimale le programme d'activité physique (exercices pour réduire la peur de tomber, corriger des troubles de l'équilibre statique et dynamique, un déficit musculaire; travail des réactions parachutes et travail du relever du sol en particulier).

Le programme d'activité physique devra être d'autant plus personnalisé et individuel (kinésithérapie ou APA) que le risque de chute est élevé et que le patient présente une pathologie à risque élevé de chute (maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral, par exemple). L'activité physique adaptée en groupes est, quant à elle, à privilégier pour les patients à risque faible à modéré de chute.

Dispensation des programmes

Ces programmes d'activité physique pourront être proposés au sein des maisons sport santé habilitées par le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère des Sports et des Jeux olympiques et paralympiques¹⁵ et devront mobiliser les centres hospitaliers universitaires (CHU) ainsi que les unités de formation et de recherche en sciences et techniques des activités physiques et sportives (UFR-Staps) pour former et mobiliser de nouveaux professionnels sur cette thématique.

Les caisses de retraite et Santé publique France ont développé un site d'information prodiguant des conseils afin de bien vivre avec son âge : la rubrique « Activité physique » permet de trouver un atelier « Équilibre » proche de chez soi¹⁶. Certaines agences régionales de santé (ARS) ont développé des plateformes dédiées à l'APA ayant pour vocation d'aider les professionnels à orienter leurs patients vers des professionnels en APA proches de leur domicile, activité adaptée à leur pathologie et à leurs contraintes fonctionnelles¹⁷.

Diverses initiatives portées par des associations d'APA proposent des programmes d'activité physique et d'éducation visant à réduire les chutes, par exemple :

- le programme Posture – Équilibration – Motricité et Éducation pour la Santé (PEM-ES)¹⁸;
- le projet Vivifrail¹⁹;

11 <https://bien-chez-soi.lassuranceretraite.fr/>

12 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/amenager-son-logement-et-sequiper/ou-trouver-des-informations-et-conseils-sur-les-aides-techniques>; <https://pole-autonomie-sante.fr/>

13 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-points-d-information-locaux-dedies-aux-personnes-agees>

14 <https://soliha.fr/>

15 <https://www.sports.gouv.fr/decouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389>

16 <https://www.pourbienvieillir.fr/lactivite-physique-votre-meilleure-alliee>

17 <https://occitanie-sport-sante.fr/professionnels-de-la-sante/>

18 https://santepsy.ascodocpsy.org/index.php?lvl=notice_display&id=368979, <https://staps.edu.umontpellier.fr/formations/diplomes-duniversite/>

19 <https://vivifrail.com/fr/accueil/>

- l'association Siel bleu²⁰ ;
- le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) issu d'une collaboration entre l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Fédération française Sports pour tous²¹.

Les régions se mobilisent également comme en Occitanie avec la mise en place d'Occitanie Sport-Santé²² pour orienter et conseiller les personnes âgées. Les Carsat, les MSA, la CNRACL et les centres de prévention de l'Agirc-Arrco organisent aussi des ateliers de prévention²³.

Ressources documentaires

Le plan vise aussi à diffuser des guides « activité physique », tels que le guide *Vie-eux*²⁴ et à faire aboutir la création de référentiels consacrés à l'APA des seniors (textes réglementaires, guides ou recommandations de la Haute Autorité de santé, cahiers des charges).

Pour prescrire un programme d'APA, les professionnels de santé pourront s'appuyer sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), apportant des conseils spécifiques à chaque situation pathologique rencontrée lors de la consultation et de la prescription médicale d'activité physique à des fins de santé²⁵.

Ces programmes d'activité physique adaptés pourront être inclus dans un « panier de soins » prévention des chutes dans quelques régions, sous l'égide des ARS, ceci dans le cadre d'une expérimentation au titre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFS) (voir section « *Expérimentation du panier de soins* »).

AXE N° 5 : LA TÉLÉASSISTANCE POUR TOUS

Le plan vise à généraliser le recours à la téléassistance comme un outil de prévention et de réduction de la morbidité associée aux chutes graves. En effet, comme l'indiquent les recommandations mondiales sur la prévention des chutes²⁶, celles qui s'accompagnent d'une « incapacité de se relever seul du sol » sont des chutes graves, c'est-à-dire à haut risque de nouvelles chutes, en particulier compliquées de blessures et de perte d'autonomie. La téléassistance peut alors jouer un rôle important pour porter secours plus rapidement aux personnes ayant chuté, de manière à :

- réduire le temps de maintien au sol ;

- réduire le risque de complications graves comme les complications infectieuses, l'insuffisance rénale par rhabdomyolyse, les escarres ;
- prévenir la peur de retomber.

La peur de retomber est un élément du syndrome post-chute, qui peut entraîner une réduction d'activité, et ainsi être l'amorce d'un déclin fonctionnel pouvant conduire à la dépendance. Le plan prévoit de réduire le reste à charge des patients pour la téléassistance. Les collectivités ou les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) seront encouragées à étendre la couverture de la téléassistance auprès des publics fragiles et précaires.

POUR EN SAVOIR PLUS

Les personnes intéressées par la téléassistance peuvent contacter un point d'information local²⁵ ou leur mairie, qui communiqueront les coordonnées des organismes qui proposent ce service localement et informeront sur les aides dont les personnes peuvent bénéficier²⁶, en particulier *via* l'APA.

AXE TRANSVERSAL : INFORMER, FORMER, SENSIBILISER ET IMPLIQUER LES ACTEURS AU PLUS PRÈS DU TERRAIN

Le plan vise à faire prendre conscience du problème des chutes auprès des Français. Seuls 17 % des personnes de plus de 65 ans savent qu'une chute représente la première cause de mortalité accidentelle dans leur classe d'âge²⁷. Les personnes âgées et leur entourage sont le plus souvent dans une attitude de déni, de fatalisme, mais aussi de peur face au risque de chute. Les aides techniques ne sont pas jugées utiles à leur juste mesure. L'objectif est de provoquer une prise de conscience collective qu'il s'agit d'une cause importante de santé publique.

Le plan prévoit de faciliter l'accès à l'information et à l'instruction des demandes d'aide et de services mis à disposition des personnes âgées, des aidants et des proches. Il comportera :

- une campagne de communication nationale et locale sera réalisée *via* un kit de communication, tous les documents liés à ce plan ayant une identité visuelle et une charte graphique identiques ;

20 <https://www.sielbleu.org/>

21 <https://www.sportspourtous.org/fr/notre-expertise/sport-sante-bien-etre/le-programme-pied.html>

22 <https://occitanie-sport-sante.fr/professionnels-de-la-sante/>

23 <https://www.pourbienvieillir.fr/trouver-un-atelier>

24 <https://www.codes06.org/image/86066/31798?size=!800,800®ion=full&format=pdf&download=1&crop=centre&realWidth=964&realHeight=1328&force-inline>

25 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-points-dinformation-et-plateformes-de-repit>

26 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/la-teleassistance>

27 <https://www.assurance-prevention.fr/nos-etudes/seniors-risque-accident-vie-courante-chute-domestique>

- les vecteurs de communication et d'information du ministère, des territoires et des partenaires seront mobilisés pour le lancement et le suivi tout au long du plan (sites, mailings, newsletters, événements nationaux ou locaux à créer ou à rattacher à la cause de la prévention des chutes de personnes âgées : Semaine nationale de la dénutrition, Semaine de la prévention Agirc-Arrco, Forum de la silver économie...);
 - les informations, actualités, cartes géolocalisées interactives seront déployées afin que tout citoyen (bénéficiaires, professionnels ou aidants) puisse repérer les lieux proposant des services et des biens en lien avec la prévention des chutes, déjà à disposition dans un rayon de 60 km autour de chez soi²⁸;
 - les avancées du plan seront diffusées sur les sites du ministère, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et des partenaires, le portail des ARS, le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, afin d'informer le public;
 - une plateforme collaborative sera à disposition des partenaires du plan. Elle comprendra des ressources, telles que des boîtes à outils, des fiches pratiques et des actualités. Le grand public peut trouver différentes vidéos d'information sur les mesures pour réduire le risque de chute²⁹.
- Le plan prévoit notamment la promotion d'initiatives locales, en particulier la conception et la mise en œuvre de formations interdisciplinaires des acteurs de terrain.

L'EXPÉRIMENTATION DU PANIER DE SOINS/PRÉVENTION DES CHUTES AU TITRE DE L'ARTICLE 51 DE LA LFS (FONDS D'INNOVATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE) : DÉFINITION ET LIEN AVEC ICOPE

Définition du panier de soins

Comme indiqué dans l'expertise collective réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)⁽⁸⁾ et plus récemment dans les recommandations mondiales sur la prévention des chutes⁽⁴⁾, l'activité physique, au sein d'une approche multifactorielle, permet de réduire le risque de chute chez les personnes âgées.

À ce jour, il n'existe pas de parcours de soins fléché « prévention de la chute » en France. Le plan propose l'expérimentation d'un « panier de soins » spécifique prévoyant l'intervention de professionnels de santé de manière coordonnée pour la prise en charge d'une personne âgée

à risque de chute modéré ou élevé. Ces professionnels peuvent être :

- un intervenant en activité physique adaptée qui va proposer un travail de l'équilibre et un renforcement musculaire, visant à permettre à la personne de se mobiliser en sécurité et de retrouver de l'assurance dans sa mobilité;
- un diététicien qui va réaliser un bilan nutritionnel initial et un suivi diététique pouvant comporter une supplémentation protéinée afin d'optimiser le renforcement musculaire par l'activité physique, mais également de prévenir un risque de dénutrition, facteur aggravant des conséquences de la chute;
- un ergothérapeute ou un psychomotricien qui va proposer une réflexion globale sur les actes de la vie quotidienne de la personne afin de prévenir les prises de risque, un aménagement du domicile pour en réduire les dangers, et d'éventuelles aides techniques adaptées à la situation de la personne.

Ce « panier de soins » s'adresse à des personnes à risque modéré ou élevé de chute (axe 1).

Il sera déclenché par un médecin à la suite d'une évaluation médicale comprenant :

1. l'évaluation du risque de chute (axe 1);
2. l'évaluation du rapport bénéfice/risque de l'arrêt progressif des médicaments à risque de chute (médicaments de la sphère cardiovasculaire, psychotropes) et de chute grave (anticoagulants);
3. une supplémentation en vitamine D, si elle n'est pas déjà effective;
4. un traitement de l'ostéoporose lorsque cela est justifié³⁰.

Panier de soins en régions et lien avec ICOPE

L'objectif du programme de santé publique ICOPE porté par l'OMS est de repérer précocement les personnes à risque de dépendance (étape 1), afin de mettre en place des interventions visant à promouvoir un vieillissement en bonne santé (étapes 2 et 3). Dans le programme ICOPE, les personnes âgées (60 ans et plus), leurs aidants ou tout autre professionnel renseignent via une application à télécharger (ICOPE monitor³¹), quelques questions et tests permettant d'évaluer les déterminants de la capacité intrinsèque :

- la mobilité;
- la nutrition;
- l'état psychologique;
- la mémoire;
- la vue;
- l'ouïe.

28 <https://lespacedescartes.maps.arcgis.com/apps/instant/nearby/index.html?appid=f55eee4451d74da882eacc2cbb380467&sliderDistance=15.3>

29 <https://www.dailymotion.com/video/x8dcmz?playlist=x41u09>

30 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3407586/en/decision-n2023-0003/dc-sem-du-5-janvier-2023-du-college-de-la-haute-portant-adoption-de-la-fiche-de-bon-usage-du-medicament-intitulee-bon-usage-des-medicaments-de-l-osteoporose

31 <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/telechargez-lapplication-icope-monitor/>

Cadre d'expérimentation du programme ICOPE

Le Programme national ICOPE fait l'objet d'une expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018⁽⁹⁾. L'arrêté du 28 décembre 2021, publié au *Journal officiel* le 6 janvier 2022⁽¹⁰⁾ autorise pour trois ans l'expérimentation nationale de l'étape 1 du programme ICOPE portant sur le dépistage. Cette expérimentation concerne 9 régions en France. Au sein de ces régions, 13 porteurs locaux sont sur les terrains de cette expérimentation.

Critères d'inclusion du panier de soins

Le « panier de soins » prévention des chutes a pour critères d'inclusion tous les Groupes isoressources (GIR, plus large que ICOPE), mais ciblés sur les risques de chute ou de rechute (plus fin que le repérage des fragilités intrinsèques prévu dans ICOPE) et prévoit un « plan de soins personnalisé » similaire aux stades 2 et *infra* du programme ICOPE, comprenant une approche multidimensionnelle de la prévention du risque de chute, avec une prise en charge individualisée et adaptée aux besoins de la personne, autour de l'action de professionnels dont l'action coordonnée visera à réduire les facteurs de risque de chute.

PILOTAGE DU PLAN NATIONAL ANTICHUTE

Ce plan est piloté par le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées³¹ et la CNSA qui va comporter en son sein un centre de preuves, d'accès aux droits des personnes et renforcer son cadre de coopération avec les acteurs territoriaux, en particulier les conseils départementaux.

Coordination régionale

La coordination régionale du plan est confiée aux agences régionales de santé (ARS), qui sont ainsi chargées de l'impulsion des programmes locaux de santé publique, du projet régional de santé et de leur coordination, en particulier vis-à-vis des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA)³².

Chaque ARS a élaboré fin 2022 un plan régional³³, avec des déclinaisons départementales, en coproduction avec les CFPPA, les conseils départementaux et, en lien étroit avec les organismes locaux d'Assurance maladie et de vieillesse, les Unions régionales de professionnels de santé (URPS),

les établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux et les représentants des usagers du territoire (les plans régionaux sont présentés sur les sites de chaque ARS).

Coordination départementale

Dans certaines régions, un département pilote est identifié. Il fera l'objet d'un suivi national particulier tout au long du plan. L'élaboration et l'animation des plans régionaux ont bénéficié le plus souvent de l'appui des gérontopôles. La gouvernance locale et le dialogue avec les échelons départementaux s'organiseront dans le cadre des instances déjà existantes et qui participent déjà à la prévention des chutes (ICOPE, pacte de refondation des urgences, projet d'Ehpad, centre de ressources territorial...). Les autres caisses nationales de Sécurité sociale, les Carsat, les caisses locales ainsi que les structures inter-régimes, les divers opérateurs des ministères sociaux, les gérontopôles, les professionnels de santé, les URPS, les établissements de santé, les CPTS, les acteurs de la prévention et les réseaux associatifs sont associés au plan.

Supervision du plan

Ce plan national sera suivi annuellement afin de vérifier si l'objectif ambitieux de réduction de 20 % du nombre de chutes mortelles ou entraînant des hospitalisations sur le territoire est atteint à l'échéance de trois ans, mais également *via* l'appréciation de l'efficacité et la pertinence des actions et de la coordination des acteurs au niveau local.

CONCLUSION

Le Plan national français antichute lancé en 2022 est le premier à l'échelle nationale à proposer des mesures de grande ampleur, visant à réduire drastiquement (de 20 %) l'incidence des chutes compliquées d'hospitalisation ou de décès. Ce plan vise à faire de la prévention des chutes une véritable cause nationale de santé publique, en provoquant des gestes et des actions pouvant réduire le nombre de chutes en France. Il est décliné en six axes interdépendants qui s'appuient sur des mesures ayant démontré leur pertinence pour réduire les chutes dans la littérature internationale.

Le plan a pour objectif de mettre en place des mesures de repérage des personnes à risque de chute et des facteurs de risque de chute, avec en cas de risque élevé de chute, un rôle central du médecin traitant, et chez toutes les personnes âgées une promotion de l'aménagement du domicile

32 <https://www.ars.sante.fr/plan-antichute-des-personnes-agees>

33 <https://www.ars.sante.fr/media/103384/download?inline>

pour en limiter ses dangers, une facilitation de l'accès aux aides techniques pertinentes (via l'expertise en particulier des ergothérapeutes), l'accès à des outils de téléassistance, l'accès à l'activité physique via des professionnels tels que les kinésithérapeutes et les enseignants en activité physique adaptée, et l'accès à des mesures visant à prévenir la dénutrition (via les diététiciens en particulier).

Pour atteindre ces objectifs ambitieux, le plan vise à informer et former tous les acteurs de la santé et du médico-

social à expérimenter des paniers de soins auprès de porteurs locaux (communautés professionnelles territoriales de santé ou autres structures), afin de le déployer le plus efficacement possible et évaluer les résultats par région. ■

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Remerciements

Les auteurs remercient Catherine Touy et Anna Bedbrook pour l'aide éditoriale et Christine Abrossimov (ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes âgées (Direction générale de la cohésion sociale) pour la relecture de ce manuscrit.

Acknowledgments

The authors would like to thank Catherine Touy and Anna Bedbrook for the editorial help and Christine Abrossimov (Ministry of Health and Prevention, Ministry of Solidarity, Autonomy and People with Disabilities) for editorial assistance.

RÉFÉRENCES

1. **Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.** Prévention des chutes des personnes âgées : Brigitte Bourguignon détaille avec Roxana Maracineanu son plan pour les réduire de 20 % d'ici 2024. 2022 Feb 21. <https://solidarites.gouv.fr/prevention-des-chutes-des-personnes-agees-brigitte-bourguignon-detaille-avec-roxana-maracineanu-son>
2. **Agence régionale de santé.** Plan antichute des personnes âgées. 2023 Feb 22. <https://www.ars.sante.fr/plan-antichute-des-personnes-agees>
3. **Cour des comptes.** La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées : Construire une priorité partagée. 2021 Nov. <https://www.ccomptes.fr/system/files/2021-12/20211125-rapport-prevention-perte-autonomie-personnes-agees.pdf>
4. **Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. ; Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults.** World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing* 2022 ; 51 : afac205.
5. **Blain H, Annweiler C, Bousquet J, Berrut G, Friocourt P, Puisieux F, et al.** Synthèse en langue française des recommandations mondiales 2022 pour la prise en charge et la prévention des chutes chez les personnes âgées. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieill* 2023 ; 2 (in press).
6. **Blain H, Annweiler C, Bousquet J, Berrut G, Friocourt P, Puisieux F, et al.** Synthèse en langue française des recommandations mondiales 2022 pour la prise en charge et la prévention des chutes chez les personnes âgées. *Rev Geriatr* 2023 ; 48 : 245-56.
7. **Haute Autorité de santé (HAS).** Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé : Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. 2022 Jul. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante
8. **Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).** Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées : Expertise collective. Paris : Éditions Inserm ; 2014. <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees/>
9. **République française.** Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018. *JORF* n° 0305 du 31 décembre 2017. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036339090/>
10. **Ministère des Solidarités et de la Santé.** Arrêté du 28 décembre 2021 relatif à l'expérimentation « Programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge (ICOPE) ». NOR : SSAS2138665A. *JORF* du 6 janvier 2022, texte 27.