



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2014 –

**LA PREVENTION DES CHUTES DES PERSONNES
AGEES A DOMICILE ET EN INSTITUTION**

– Groupe n°25 –

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| – Juliette ANDRES | – Hugo FAURE-GEORS |
| – Mathieu BLANC | – Cécile JACQUART |
| – Marine BOURGES | – Patrick LEHMANN |
| – Fabienne DESAMBROIS | – Claire LUROT |
| – Agnès DESLANDES | – Pascale SAINTJALMES |

Animateur

Robert Jean FREUND

S o m m a i r e

Introduction	- 1 -
I/ Les chutes des personnes âgées : un problème de santé publique multidimensionnel aux lourdes conséquences pour le système de santé	- 3 -
<i>A/ Le défi majeur du vieillissement de la population</i>	<i>- 3 -</i>
<i>B/ Des chutes aux conséquences importantes en termes de morbidité et de mortalité</i>	<i>- 5 -</i>
<i>C/ Un problème collectif coûteux</i>	<i>- 8 -</i>
II/ La prévention des chutes : une stratégie nécessitant d'être réinterrogée	- 10 -
<i>A/ Le constat d'une prévention tardive</i>	<i>- 10 -</i>
<i>B/ L'insuffisant développement de la prévention des chutes reflète les difficultés du système de santé français en la matière</i>	<i>- 12 -</i>
III/ Une prévention globale favorisant une démarche d' « active ageing » et agissant sur l'ensemble des déterminants de santé doit être encouragée	- 16 -
<i>A/ Adapter l'offre de soins par un repérage accru des personnes à risque</i>	<i>-16-</i>
<i>B/ S'orienter vers une prévention globale tout au long de la vie</i>	<i>- 21 -</i>
Conclusion	-25 -

Remerciements

- Monsieur Robert Jean FREUND, Professeur honoraire du département Biostatistique et Epidémiologie de l'EHESP.

- Monsieur T.C , Ergothérapeute en CH et Orthopédiste-Orthesiste en libéral.

- Madame L.D , Ergothérapeute libérale.

- Docteur K. F , Médecin gériatre au centre régional de gériatrie.

- Monsieur C.G , Neuro-psychologue gestionnaire de cas MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer).

- Madame G. J , Directrice des Soins, Centre Hospitalier.

- Madame F. L , Kinésithérapeute, responsable du plateau de rééducation du centre régional de gériatrie.

- Madame A.L , Responsable de la prévention sociale et du partenariat CARSAT.

- Madame S.P , Cadre de santé, responsable de CLIC, SSIAD, ESA, HAD.

Liste des sigles utilisés

AGIRC : Association générale des institutions de retraite des cadres
AM : Assurance Maladie
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARRCO : Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ARS : Agence Régionale de Santé
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
FLS : Fracture Liaison Service (programme anglais)
HAS : Haute Autorité de Santé
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
INRA : Institut National de la Recherche Agronomique
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMSI : Programme de médicalisation des Systèmes d'Information
SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UNCCAS : Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

Un constat préalable s'impose : le vieillissement de la population ne cesse de progresser. En 2060, 30% de la population française sera âgée de plus de 65 ans. L'avancée en âge ne s'effectue pas sans problème ni accident. En effet, chaque année de nombreuses personnes âgées de plus de 65 ans sont victimes de chute (450 000 chutes par an)¹. Cet accident de la vie courante (78% des chutes interviennent à domicile)² peut paraître anodin et banal si l'on se réfère à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) communément admise : « *un évènement par lequel une personne se retrouve par inadvertance sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment.* »

Cet accident entraîne des conséquences graves pour une majorité de victimes - hospitalisations, dégradation de l'état de santé, perte d'autonomie - pouvant aller jusqu'au décès dans l'année suivante (9 412 décès liés aux chutes en 2008).³ Au-delà des conséquences humaines qui en découlent, la chute génère des coûts importants pour l'ensemble de la société et cette charge financière n'est pas prête à diminuer compte tenu du vieillissement de la population. Dès lors, il convient de s'interroger sur la place de la prévention et sur la façon dont elle peut contribuer à diminuer les chutes des personnes âgées.

Dès 1948, l'OMS définit la prévention sanitaire comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». L'OMS détaille ainsi trois types de prévention : la prévention *primaire* qui s'attache à l'incidence et à empêcher que l'élément survienne, la prévention *secondaire* qui agit sur la prévalence et sur la prise en charge du problème et, enfin, la prévention *tertiaire* dont l'objectif est de diminuer les impacts et les complications.

¹ Ricard et Thelot, plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France, numéro thématique épidémiologie et prévention des chutes, INVS, BEH n°37-38, 2007, pp 322

² Op cit. p. 1

³ Yaya Bary, Linda Lasbeur, Bertrand Thélo, *mortalité par accident de la vie courante en France BEH métropolitaine en 2000-2008*, in BEH, n°29-30, pp 328-332

A cette définition générale, il convient d'associer la classification établie en 1982 par R. GORDON⁴ qui détermine à son tour trois classes de prévention qu'il axe sur la population visée. La première catégorie est dite *universelle* et prend en compte l'ensemble de la population sans distinction d'âge ou d'état de santé. La seconde, *sélective*, se destine à des sous-groupes de population précis. Enfin, une catégorie dite *ciblée* s'adresse aux sous-groupes présentant des risques plus marqués de chutes.

Les enjeux humains et financiers sont de taille : l'entrée en institution (voire le décès) est souvent la conséquence d'une chute et la répercussion des impacts financiers de la prise en charge des suites des chutes va croître proportionnellement au vieillissement de la population, dans un contexte de ressources contraintes pour les dépenses d'assurance maladie et le système de santé. Tous ces éléments contribuent à en faire un problème de santé public majeur. Ainsi, des actions de prévention sont menées depuis plusieurs années en France comme à l'étranger. Au regard de ces enjeux, il est intéressant d'analyser la pertinence et l'efficacité de la stratégie de prévention engagée par les pouvoirs publics, tant à domicile qu'en institution.

Par suite, il convient dans un premier temps d'aborder ce problème de santé publique dans son aspect multidimensionnel en mettant en exergue les conséquences qui en découlent pour le système de santé et les personnes âgées (I). Dès lors, le nombre de chutes ne diminuant que faiblement, la question de la stratégie de prévention adoptée peut être interrogée (II). A l'approche exclusivement ciblée de la prise en charge de la chute, une démarche globale favorisant le « *bien vieillir* » et susceptible d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé doit alors être favorisée (III).

⁴ Gordon RS, *an operational classification of disease prevention*, Public Health report, vol 98, 2, 1983, pp107-109

I/ Les chutes des personnes âgées : un problème de santé publique multidimensionnel aux lourdes conséquences pour le système de santé

A/ Le défi majeur du vieillissement de la population

1) Une évolution démographique marquée par une espérance de vie en hausse et une proportion croissante de personnes âgées dans la population totale

Le vieillissement est un phénomène mondial. La part des 60 ans et plus est celle qui augmente le plus rapidement. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé estime à 2 milliards le nombre de personnes âgées.⁵

*La notion de personne âgée « est souvent utilisée pour décrire les personnes de plus de 65 ans. En vieillissant, les personnes deviennent plus exposées à plusieurs maladies, parmi lesquelles les maladies coronariennes, l'accident vasculaire, l'arthrose et divers cancers, soit l'ensemble de ce qui peut réduire ou supprimer la capacité de se prendre en charge ».*⁶

La France n'échappe pas à cette dynamique. Elle sera confrontée dans les années à venir à deux enjeux majeurs : un vieillissement considérable de sa population ainsi qu'une croissance non négligeable du nombre de personnes âgées en son sein. A ce jour, en France, l'espérance de vie est respectivement de 84,8 ans pour les femmes et 78,4 ans pour les hommes. Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent à l'heure actuelle 15 millions de personnes et devraient atteindre 24 millions en 2060. Notons que la part des 75 ans et plus devrait doubler d'ici à 2060 passant de 5,7 à 12 millions. De même, la part des personnes âgées de plus de 85 ans sera multipliée par trois d'ici à 2050.⁷

Vieillir est un processus physiologique continu très hétérogène et variable selon les individus. Les capacités d'adaptation au risque déclinent régulièrement avec l'âge. Cela se traduit notamment par une diminution de l'acuité visuelle et auditive, une perte de l'appétit,

⁵ OMS, Journée mondiale de la Santé - Une bonne santé pour mieux vieillir, 2012

⁶ Glossaire, BDSP, définition n°379.

⁷ Dossier de presse, rapport au premier ministre, en vue de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement Aquino, Broussy et Pinville, Mars 2013

des sensations liées aux besoins (faim, soif...), une altération des cycles du sommeil ou encore une diminution de la plasticité locomotrice.

De ce fait, notre système de santé doit s'adapter à cette transition démographique en instaurant de nouveaux modes de prises en charge. C'est ainsi que la loi de santé publique du 9 août 2004 prévoit six objectifs spécifiques relatifs à la santé des personnes âgées.⁸ De plus, l'adoption d'un plan national « *bien vieillir* » pour la période 2007-2009 témoigne également de la préoccupation de l'Etat quant au vieillissement. Une loi sur l'adaptation de la société au vieillissement est actuellement en préparation. Trois rapports posent les jalons d'une stratégie autour des trois « A », l'anticipation, l'adaptation et l'accompagnement.⁹ Une prise de conscience des pouvoirs publics engage un changement de paradigme et pose la nécessité et les bénéfices d'une prévention territorialisée, accrue à tous les âges de la vie,¹⁰ ce qui est confirmé dans la stratégie nationale de santé.¹¹

2) Un risque de perte d'autonomie accru et des inégalités sociales exacerbées par le vieillissement de la population

L'allongement de l'espérance de vie s'accompagne aujourd'hui encore de difficultés qui devront être prises en compte. En effet, l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans révèle des fragilités intrinsèques. Si l'on considère une personne comme âgée à partir de 65 ans, la vulnérabilité s'accélère à partir de 75 ans, ce que les sociologues appellent le phénomène de « *déprise* »¹².

La fragilité ou la vulnérabilité est un vocable utilisé par les acteurs du secteur de la santé et du social pour traduire un risque de déséquilibre vers une perte de maîtrise de la situation de vie. Une personne âgée fragilisée ne possède plus les capacités d'adaptation pour faire face aux aléas du quotidien. Vulnérable, elle ne parvient plus à se mobiliser, à s'adapter aux événements et à l'environnement. Cette vulnérabilité devient de fait un risque ayant pour conséquences des troubles de la santé et une perte d'autonomie majeure. En effet,

⁸ Haut Conseil de la Santé Publique, objectifs de santé publique, évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004.

⁹ Op.cit 3 p.3

¹⁰ Loi HPST, 21 juillet 2009

¹¹ Stratégie nationale de santé, 23 septembre 2013

¹² V.Caradec, *sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, 2008

l'incapacité arrive relativement précocement dans la vie des personnes âgées (63,5 ans pour les femmes, et 61,9 ans pour les hommes).¹³

Ainsi, une enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publiée en 2007 précise que parmi les 1,12 millions de personnes âgées pouvant être considérées comme dépendantes, 42% d'entre elles vivent en institution.

D'autre part, le vieillissement accroît les disparités et inégalités sociales existantes. Les difficultés d'accès aux services publics, la réduction des allocations de ressources participent de cet isolement social.

Le « *bien vieillir* » devient alors le défi social d'aujourd'hui et de demain.

B/ Des chutes aux conséquences importantes en termes de morbidité et de mortalité

1) La première cause de décès accidentel des personnes âgées en France

Environ un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile chutent chaque année¹⁴ et l'on dénombre ainsi 450 000 chutes par an en France.¹⁵ La proportion de personnes ayant chuté augmente avec l'âge : 50% des personnes de plus de 85 ans vivant chez elles chutent une voire plusieurs fois par an. Les femmes sont environ deux fois plus nombreuses à chuter que les hommes même si, après 80 ans, les proportions entre les sexes deviennent identiques.

Les études identifient deux types de chute :

1. La chute brusque due à une glissade, à un obstacle ou à l'escalade d'une chaise.
2. La chute « *molle* » due à un déséquilibre de la personne qui se laisse glisser contre un mur ou bien qui s'appuie sur une chaise avant de tomber.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁶ « *les chutes surviennent le plus souvent au cours d'activités simples de la vie quotidienne telles que marcher, se lever d'une position assise,*

¹³ Op. cit 5 p.3

¹⁴ Bourdessol H., Pin S., Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, Référentiel de pratiques, INPES, mai 2005

¹⁵ Op cit 1 p1

¹⁶ HAS RBPP – Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées – Argumentaire – Société Française de Gériatrie et Gériologie – avril 2009

ou s'asseoir ». Elles sont plus fréquentes au domicile (78% des chutes) que sur la voie publique / zones de transport (16%) et autres lieux (5%)¹⁷. Concernant les personnes âgées en institution, la chute survient le plus souvent dans la chambre et au cours de la journée.

2) Des facteurs de risques multipliés avec l'âge

La diminution de l'activité physique et des capacités sensorielles :

- Le vieillissement de l'organisme lié à l'âge affecte toutes les fonctions liées à l'équilibre et à la marche.
- La fonte musculaire s'aggrave au fil des ans et affaiblit particulièrement les muscles des membres inférieurs.
- La diminution de l'acuité visuelle et le rétrécissement du champ visuel dont souffrent les personnes âgées peuvent brouiller leurs repères.
- La diminution de l'acuité auditive.

En outre, la peur de la chute engendre une diminution des déplacements de la personne âgée, ce qui renforce l'isolement et accélère en retour la diminution des capacités physiques, réduit l'autonomie et accroît finalement le risque de chutes que l'on souhaitait éviter.

• **Les habitudes alimentaires**

Une enquête réalisée, en 2003, par une équipe du département d'Economie et Sociologie Rurales de l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA) sur les pratiques alimentaires de la population française de 60 ans et plus¹⁸ montre l'importance de ces dernières dans les facteurs de chute. La vie en couple favorise une alimentation diversifiée tandis que la solitude conduit à simplifier ou supprimer certains repas ce qui aggrave les effets physiologiques du vieillissement comme la perte du goût, une sensation de satiété précoce ou des problèmes de mastication.

La dénutrition est un processus qui constitue un facteur de risque ~~et~~ prédictif important en matière de chute. Les personnes âgées dénutries sont en effet plus sujettes aux chutes du fait de leur faiblesse musculaire. Les conséquences sont également plus graves (fractures du col du fémur, du poignet ou de l'épaule) en raison de la déminéralisation osseuse consécutive à

¹⁷ Op cit 1 p1p

¹⁸ INRA, sciences sociales. Monotonie ou diversité de l'alimentation: les effets du vieillissement. N°5/02-septembre 2003.

la dénutrition qui vient renforcer le phénomène de l'ostéoporose dont souffrent davantage les femmes.

- **L'influence des pathologies liées à l'âge**

De nombreuses maladies liées à l'âge accroissent le risque de chute de la personne âgée. Les affections cardio-vasculaires provoquent des baisses brutales de la tension, des malaises, des étourdissements ou des pertes de connaissance. Après un accident vasculaire les capacités motrices et sensorielles de la personne âgée sont diminuées.

Les personnes atteintes de troubles cognitifs chutent en moyenne deux fois plus fréquemment que les personnes âgées sans troubles cognitifs.¹⁹ Les maladies articulaires comme l'arthrose ou l'ostéoporose entraînent une fragilisation des systèmes articulaires et osseux.

En outre, ces pathologies sont traitées par des médicaments. Or, la Société Scientifique de Médecine Générale, dans un rapport sur la prévention des chutes²⁰, indique formellement que la prise concomitante de plus de 3 ou 4 médicaments (cardio-vasculaires, psychotropes et analgésiques) augmente le risque de chute.

Ce rapport reprend la synthèse, proposée par l'équipe de Berg en 1992,²¹ des facteurs de risque intrinsèques des chutes. Outre les facteurs de risque déjà relevés, y sont soulignés le rôle de l'âge (supérieur à 80 ans), de l'incontinence et d'un état dépressif.

L'étiologie d'une chute est donc fondamentalement multifactorielle. Le risque de chute est multiplié avec le nombre de facteurs de risque, de 8% sans facteur de risque à 78% pour 4 facteurs de risque ou davantage.

3) Des conséquences physiques, psychologiques et sociales potentiellement graves

Les chutes des personnes âgées ont des conséquences graves. 20% d'entre elles donnent lieu à une intervention médicale et 9 à 10 % d'entre elles occasionnent une fracture²²

¹⁹ Guide cap retraite

²⁰ Recommandation de bonnes pratiques sur prévention des chutes chez les personnes âgées. SSMG-IRE 2000

²¹ Berg RL, Cassel (eds)- The second fifty years. Promoting health and preventing disability Institute of Medicine National Academy Press Washington DC1992

²² GILLESPIE LD, GILLESPIE WJ, CUMMING R, LAMB SE, ROWE BH - Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly. The Cochrane Library 2000; Issue 1. 76. MINISTERE DE LA SANTE

(79 200 fractures du col du fémur) chez la personne âgée. C'est la première cause de mortalité accidentelle soit 9140 décès en 2008²³.

Les conséquences des chutes sont aggravées par le temps resté au sol. En effet, la personne qui a chuté et qui ne peut se relever ou appeler du secours risque une hypothermie, une rupture du traitement médicamenteux voire la déshydratation. L'équipe de M. J Jacquot²⁴ précise ainsi que lorsque cette durée dépasse une heure, la personne a deux fois plus de risque de mourir dans les 6 mois suivants.

D'après la dernière étude des associations Agirc-Arrco²⁵ réalisée sur les conséquences des chutes, 21% des sujets déclarent que cet évènement a changé leur vie et 43% ont peur de retomber. La littérature définit cet impact psychologique comme un « *syndrome post-chute* » qui constitue lui-même un facteur de risque (cf. supra) par la diminution volontaire des activités et l'isolement qui en résulte.

C/ Un problème collectif coûteux

1) Des coûts directs marqués par le poids de la prise en charge

Un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et la moitié des personnes de plus de 80 ans vivant à domicile tombe au moins une fois par an.²⁶ Sur les 450 000 chutes recensées chaque année, 37% aboutissent à une hospitalisation après passage aux urgences avec une durée moyenne de séjour comprise entre 12 et 14 jours.

Ainsi, le coût direct que l'on assimile à la prise en charge sanitaire du traitement immédiat de la chute et plus particulièrement du traitement de la fracture du col du fémur est estimé à 690 228 000 euros par les programmes de médicalisation des systèmes d'information

PUBLIQUE - Annuaire statistique des Maisons de repos et de soins 1993; 121:111, cité par Giard J., Tinel L., L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées, 2004, p.48

²³ Y. Barry, L. Lasbeur, B. Thelot, *mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine en 2000-2008*, INVS, BEH n°29-30, 2011, pp328-332

²⁴ StrubelD, JM Jacquot "Troubles posturaux du sujet âgé"; problème de médecine en rééducation; n°26. Pélissier J, BrunV, Enjalbert M - Masson ed. 1993; 203

²⁵ Etude nationale 2010 des centres de prévention Agirc-Arcco - Préserver l'équilibre pour prévenir les chutes, Evaluation et perception des personnes accueillies dans les centres de prévention Agirc-Arcco.

²⁶ Op cit 17 p6

(PMSI) des institutions de soins pour l'année 2009 avec 79200 séjours dans les établissements, le coût d'un séjour pour une fracture du col atteignant 8715 euros.²⁷

Des études internationales confirment l'importance des dépenses engagées pour la prise en charge des chutes. Si toutes les études ne sont pas comparables au regard des critères et des modalités des systèmes de santé, toutes convergent néanmoins vers une évolution des coûts qui pourraient doubler voire tripler dans toutes nos sociétés d'ici à 2020.²⁸

Au-delà des prises en charge thérapeutiques coûteuses, les conséquences des chutes telles que la perte d'autonomie et l'institutionnalisation des personnes dépendantes qui en résulte engendre un coût important pour les personnes, les familles et la société.

La prévention ne représente que 2 à 3 % du budget annuel de la sécurité sociale, ce qui est relativement faible. Pourtant, la prévention des accidents de la vie courante sous toutes ses formes devrait être renforcée pour limiter le risque de décès et retarder l'entrée en dépendance suite à un accident évitable.

2) **Un coût global alourdi par la durée des soins et la dépendance**

La perte d'autonomie engendrée par les chutes (fractures et divers traumatismes) entraîne souvent une perte d'autonomie majeure des personnes créant ainsi une dépendance de ces dernières. L'institutionnalisation ou le maintien à domicile plus ou moins médicalisé en est une conséquence. Au-delà de l'aspect éthique, la perte de la qualité de vie engendrée génère des coûts importants difficilement mesurables et qui n'ont pas encore fait l'objet d'étude médico-économique en France. Toutefois, le coût économique des chutes chez les personnes âgées est estimé à environ 2 milliards en Grande-Bretagne.²⁹ Son évaluation française demeure difficile notamment en raison du morcellement des prises en charges sanitaire et médico-sociale de la dépendance. Les caractéristiques socio-démographiques de la France et de la Grande Bretagne étant similaires, l'évaluation des coûts peut être donnée pour équivalente.

En outre, plusieurs études (étude nationale Agirc-Arrco 2010; Stephan E. and al., 1995) mettent en évidence une consommation de soins de plus de 1 milliard d'euros, estimation

²⁷ Proposition de l'assurance maladie pour les charges et produits pour l'année 2013, www.ameli.fr consulté le 6/05/2014.

²⁸ Englander, Hodson et al. 1996.

²⁹ David Cameron, *Discours du parti conservateur juillet 2010*, revue osteoporosis, octobre 2010,

qui ne prend pas en compte le coût indirect des chutes (aide au domicile, placement en institution), soit un peu plus de 1% du budget de santé. Si en 2009, le coût pour l'assurance maladie atteint 475 millions d'euros, celui-ci exclut les dépenses liées au matériel implanté, les hospitalisations en soins de suites et de réadaptation (SSR) et les charges médico-sociales induites.³⁰ Il s'agit donc de coûts importants dans un contexte de ressources restreintes, la démographie vieillissante induisant une répercussion financière croissante.

II/ La prévention des chutes : une stratégie nécessitant d'être réinterrogée

Huit entretiens ont été réalisés auprès de différents professionnels au sujet de la prévention des chutes.³¹ Il ressort de ces entretiens que la prévention n'est pas spontanément identifiée par tous les acteurs. Elle apparaît tardivement dans leur discours et leur pratique. Par ailleurs, sa mise en place rencontre des difficultés multiples dont la principale est le manque de coordination entre les acteurs. Toutefois, la nécessité d'agir en amont de la première chute fait consensus.

A/ Le constat d'une prévention tardive

Il se dégage des entretiens avec les professionnels un consensus au sujet de l'importance du problème des chutes pour les personnes âgées. Ils en identifient les conséquences en termes de mortalité et de morbidité ainsi que la perte d'autonomie rapide qui en résulte et entraîne une institutionnalisation précoce pour les personnes qui vivent encore à domicile. Des différences de pratiques parmi les professionnels en matière de prévention sont cependant observables. La prévention est jugée indispensable par tous au regard des conséquences des chutes, mais cette notion ne recouvre pas les mêmes pratiques ni la même temporalité dans sa mise en place selon les personnes rencontrées. Ces différentes approches identifiées ne se contredisent pas et peuvent même se compléter, mais cette pluralité des discours met en évidence le manque de lisibilité d'une stratégie de prévention. Chaque professionnel n'évoque en effet durant les entretiens qu'une ou deux

Dr K.F. : « La première chute n'est jamais anodine, il est dans l'intérêt de la personne d'avoir une prise en charge rapide, dès la première chute »

³⁰ DREES, septembre 2011

³¹ Annexe : méthodologie

dimensions possibles de la prévention sur les trois que nous avons identifiées.

1) **L'approche française privilégie encore majoritairement des mesures post-chute, au détriment d'un repérage des fragilités en amont**

La première dimension identifiée dans les entretiens est ainsi une prise en charge post-chute, ce qui correspond à de la prévention tertiaire telle que définie par l'OMS. Le but est d'empêcher la rechute des personnes âgées. Sur ce point, les professionnels insistent sur l'importance d'agir dès la première chute en proposant des programmes de réadaptation individualisés basés sur un bilan pluridisciplinaire (ergothérapeute, kinésithérapeute, médecin gériatre, assistante sociale...). Ces programmes de prévention tertiaire comprennent des séances de réadaptation (atelier d'équilibre par exemple) ainsi qu'un aménagement du domicile par un ergothérapeute.

La deuxième dimension correspond à la prévention secondaire. En effet, tous les acteurs rencontrés ont clairement identifié la nécessité d'agir en amont de la chute ou du moins de celle qui aura des conséquences graves. Il s'agit alors de repérer les personnes présentant des fragilités, ayant déjà chuté mais sans conséquences graves afin d'agir sur les facteurs de risque en renforçant l'équilibre, par l'aménagement du domicile, l'adaptation de la médication, le renforcement des capacités cognitives, etc. Ces personnes présentant un risque de chute se voient proposer un programme et des actions adaptés avant que la première chute ne survienne. Ainsi, les ateliers d'équilibre proposés par la CARSAT de Bretagne ont permis de constater une augmentation des capacités jusqu'à 25 % sur un programme de 8 à 15 séances. Toute la difficulté réside alors dans le ciblage de la population concernée par le programme.

Mme L.D. (ergothérapeute) : « les actions se situent trop souvent post-chute, il est important d'agir en amont »

M T.C. (ergothérapeute) : « la prévention des chutes en Europe est insuffisante, nous sommes trop axés sur leurs conséquences ».

M C.G. (neuro-psychologue): « actuellement, on agit au dernier moment avec les personnes âgées, il est important d'agir en amont en maintenant les personnes en bonne forme tout au long de leur vie. La vieillesse n'est pas une maladie qu'on attrape, c'est un processus naturel »

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) retient l'isolement comme facteur de risque majeur de chute.

La troisième dimension identifiée est une approche globale, ou sociétale : il s'agit d'agir sur une population la plus vaste possible et le plus tôt possible. Cette démarche consiste donc à promouvoir des comportements qui diminuent les facteurs de risques de chute tout au long de la vie (activité physique régulière, alimentation saine, adaptation des aménagements urbains, etc.) dans le but de retarder la perte d'autonomie. Aucun âge précis n'est nettement identifié par les professionnels pour débiter la prévention : l'expression « *le plus tôt possible* » revient fréquemment durant les entretiens. Cependant en dessous de 65 ans, le public est difficile à mobiliser car il ne se sent pas concerné (cf. programme Bretagne équilibre considéré comme un programme de remise en forme par les 55-65 ans).

2) **Un accompagnement et une prise en charge complexes**

Au regard des différents entretiens, on constate donc que les professionnels rencontrés souhaitent développer la prévention au vu des bénéfices qu'elle apporte. Toutefois, tous constatent un décalage entre leurs discours et leurs pratiques. Le repérage des personnes fragiles est toujours difficile tout comme leur accompagnement. Dans les faits, la prise en charge s'effectue encore en grande majorité après les premières chutes. L'approche française reste centrée sur le traitement des conséquences de la chute et peu sur les causes. Au vu des différents entretiens, nous pouvons donc conclure que la prévention des chutes est tardive, laissant entrevoir de grandes marges d'amélioration en matière de prévention et de prise en charge. Cette faiblesse de la prévention peut s'expliquer par les difficultés rencontrées par les professionnels sur le terrain.

B/ L'insuffisant développement de la prévention des chutes reflète les difficultés du système de santé français en la matière

Les entretiens réalisés montrent que les professionnels identifient les mêmes obstacles à une prévention efficace. Ces derniers sont d'ordre financier, sociologique et organisationnel.

1) **Des obstacles tant financiers que culturels et organisationnels**

Le premier obstacle à une prévention efficace des chutes est d'ordre financier.

Cette question du coût de la prévention concerne aussi bien les personnes âgées que les professionnels. En effet, l'adaptation d'un domicile (salle de bain, rampe, téléalarme, etc.) ou l'acquisition de matériel peut engendrer des coûts importants pour un particulier.

Les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes ont signalé le fait que de nombreux dispositifs ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Quant aux mutuelles, si des actions de financements se développent, elles sont encore peu généralisées. Pour ce qui est des programmes de prévention, les difficultés pour trouver et pérenniser des financements ont été soulignées, notamment si la prévention ne fait pas partie des priorités de l'Agence régionale de santé (ARS).

Mr T.C (ergothérapeute) : « les difficultés sont liées au manque de coordination des acteurs qui peuvent avoir des divergences de pratiques et bien sur le manque de financement ».

Mme S.P (cadre de santé) : « l'achat de matériel par les personnes âgées reste notre principal frein car cela engendre des coût importants »

Par ailleurs, les professionnels identifient une double difficulté d'ordre sociologique. Elle concerne tout d'abord les professionnels du sanitaire qui n'ont pas une culture de la prévention, « ça n'est pas leur truc », pour reprendre les termes du Dr F. Si la prévention s'est considérablement développée ces dernières années, sa culture reste encore peu prégnante parmi les professionnels du sanitaire.

La deuxième difficulté d'ordre sociologique concerne également les destinataires de la prévention. En effet, il apparaît difficile de sensibiliser des personnes à la chute si elles n'ont pas l'impression d'être concernées par cette problématique. C'est le cas pour les jeunes seniors, entre 55 et 65 ans, mais cela concerne aussi les personnes plus âgées qui peuvent refuser certains aménagements ou dispositifs d'aide (déambulateur, fauteuil roulant...). Refus d'être stigmatisé, blocage d'ordre psychologique lié à l'acceptation du vieillissement : tout un travail d'acceptation doit être réalisé. En institution, les professionnels rencontrent moins ce genre de difficultés, les ateliers sont bien suivis et un accompagnement est souvent proposé. Enfin, il se dégage des entretiens une nécessité de décroiser et de coordonner les pratiques afin de parvenir à une prévention efficace des chutes en matière de repérage des fragilités et d'organisation et de coordination des parcours de soins.

En ce qui concerne le repérage, le Dr F. préconise de sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé et sociaux en contact avec les personnes âgées (infirmière, médecins

généraliste, aide à domicile, kinésithérapeute, ergothérapeute, aidants...) à la thématique et au repérage des chutes pour développer la prévention secondaire, et d'agir dès les premiers signes de fragilités par la mise place d'action de prévention (atelier d'équilibre, gym adaptée, aménagement des domiciles, etc.).

La difficulté de coordination est évoquée de manière spontanée et récurrente par l'ensemble des professionnels rencontrés. L'articulation entre les soins de ville et l'hôpital est insatisfaisante dans le domaine des chutes comme pour d'autres problématiques. Les programmes et les accompagnements proposés durant les séjours en institution ne sont pas suivis une fois la personne de retour à domicile. Ainsi, en matière de chute comme de prise en charge du vieillissement apparaît la nécessité d'une personne coordinatrice de la prise en charge de l'usager notamment dans le cadre du suivi à domicile. Faut de quoi les professionnels déplorent un manque récurrent de coordination entre les différents acteurs amenés à intervenir autour de la personne âgée (médecins généraliste, ergothérapeute, kinésithérapeute, infirmière, aide à domicile, pharmaciens...). Deux dispositifs sont apparus comme remplissant ce rôle : le Comité local d'information et de coordination (CLIC) et la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Le développement de ces dispositifs permettrait pourtant de retarder l'entrée en institution et de rendre plus efficace une prévention qui repose actuellement sur un grand nombre d'acteurs peu coordonnés.

2) La nécessaire mise en place d'une démarche de prévention multidimensionnelle, combinant actions institutionnelles et de terrain

Les professionnels appréhendent la prévention des chutes de façon globale, à initier le plus tôt possible. On retrouve donc à travers l'idée d'une action globale, les démarches de « *bien vieillir* ».

Ce qui implique alors l'action d'acteurs institutionnels (Etat, collectivité locale, sécurité sociale, CARSAT, communes, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, éducateurs sportifs, etc.) en plus des acteurs de terrain afin d'orienter une offre sanitaire et sociale promouvant les comportements et les habitudes de

Mme L (CARSAT) : « La prévention doit être une démarche globale »

S.P (cadre de santé) : « la prévention actuelle n'est pas assez précoce, il serait pertinent de la mettre en place dès 60 ans ou dès l'âge de la retraite (...) Il faut également travailler en amont sur les changements de comportements et d'habitude à l'image de l'écologie ».

vie diminuant les facteurs de risque, et augmentant par la même la capacité à rester autonome. Une telle démarche comporte une part de prise de conscience individuelle de la nécessité de préserver son « *capital santé* ». Toutefois, certains acteurs pointent du doigt le fait qu'il existe des limites à la prévention des chutes et qu'il est nécessaire d'accepter le vieillissement et ses conséquences.

Il ressort donc des entretiens avec les professionnels que ces derniers sont mobilisés à titre individuel mais restent globalement critiques à propos du manque de pérennité politique, financière et de coordination alors que tous soulignent que seule l'approche transversale et multidimensionnelle (« *active ageing* »³²) permettrait une prévention efficace.

³² Réf OMS, « *bien vieillir en restant actif* »

III/ Une prévention globale favorisant une démarche d' « active-ageing » et agissant sur l'ensemble des déterminants de santé doit être encouragée

A/ Adapter l'offre de soins par un repérage accru des personnes à risque

La démarche proposée consiste à concilier une prévention de court terme, visant à repérer et agir avant la chute, et une prévention plus globale prenant en compte tous les déterminants de santé pour les personnes âgées. Pour ce faire, il convient à la fois d'identifier des acteurs ressources et de s'interroger sur des mécanismes permettant de développer des schémas de prise en charge généraux.

1) Identifier des professionnels référents agissant sur les fragilités des personnes âgées

- **Repérer les fragilités en amont des chutes :**

Une prévention de court terme doit d'abord s'attacher à mettre en œuvre une action avant la chute de la personne âgée. L'enjeu est de taille : il est nécessaire de sensibiliser l'ensemble des professionnels de la santé au « *bien vieillir* » et aux fragilités pouvant toucher les personnes âgées. Avec seulement 4% des plus de 60 ans résidant en institution, les personnes âgées demeurent donc particulièrement vulnérables, notamment à domicile, 18% des sexagénaires vivant seules de surcroît. Du fait du recours privilégié à un panel de professionnels de santé dont elles bénéficient, les personnes hospitalisées ou résidant en institution constituent dès lors une cible davantage sensible et mobilisable dans le cadre des actions de prévention des chutes ou des rechutes. Cependant, des dispositifs de prévention préalables sont à prévoir afin d'éviter la fragilisation de ces personnes et de permettre leur maintien à domicile le plus longtemps possible. Par ailleurs, la particularité des personnes âgées à domicile réside dans le caractère inviolable de ce dernier ; les acteurs pouvant agir en leur sein devant donc être invités à y entrer. Ainsi, une conciliation optimale entre personnalisation des programmes et globalité de la prise en charge doit être recherchée.

- **Sensibiliser un panel d'acteurs au repérage des difficultés**

Par ailleurs, il est primordial d'identifier les acteurs susceptibles de repérer au mieux ces fragilités et d'agir sur le terrain pour une prise en charge optimale et multifactorielle. Plusieurs pistes sont d'ores et déjà envisageables : on pense bien sûr au médecin traitant qui,

en tant que premier maillon dans la chaîne de soins, pourrait effectivement orienter le patient vers des soins ou des vérifications adaptées à ses besoins. Cependant, du fait du rôle de « *gate keeper* »³³ qui lui a été conféré, ce dernier est souvent surchargé de travail et observe des difficultés dans l'accompagnement et le suivi des besoins de la personne âgée. Dans un contexte d'inégalités croissantes, notamment territoriales, sociales et d'accès à la santé, la recherche d'acteurs référents « *quotidiens* » ou accessibles en premier chef pour les personnes âgées pourrait être une réponse pertinente. En effet, selon le Royal College of Nursing,³⁴ il n'existe pas de preuve de l'efficacité des exercices de groupe en matière de prévention des risques de chute, une approche pluridisciplinaire coordonnée et centrée sur la personne doit dès lors être préférée. Lors de nos entretiens, les professionnels de terrain ont également souligné le rôle des infirmières libérales, des aides à domicile, des ergothérapeutes, des personnels des maisons ou centres de santé ainsi que des aidants. Présents quotidiennement, ils voient la personne dans son environnement et pourraient agir en conséquence. Cependant, les besoins d'une population vieillissante semblent dépasser l'offre d'aide humaine aujourd'hui disponible. En 2015, selon B. Calmels, responsable national du réseau union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), plus de 600 000 salariés devraient accompagner les personnes dépendantes, dont près de 400 000 aides à domicile. Du fait des conditions de travail difficiles, ces métiers semblent pâtir d'une attractivité limitée et donc d'un « *turn over* » important. Il convient sans doute de valoriser les acquis des personnes pour conforter l'offre d'emploi et de revaloriser ces emplois afin de leur redonner une attractivité.

2) **Permettre une évaluation par un repérage des personnes à risques**

La prévention du risque de chute chez la personne âgée doit s'opérer très en amont et se situe à deux niveaux : le repérage de la personne à risque en recherchant notamment une chute antérieure puis l'évaluation des facteurs de risques de chute et l'intervention. En effet, un repérage précoce des personnes âgées présentant des fragilités permettrait de les orienter le plus tôt possible vers des actions de prévention au travers d'ateliers d'équilibre, de gymnastique collective ou encore de programmes d'éducation pour la santé. Toute personne de 65 ans et plus vivant à son domicile, quel que soit son état de santé, peut

³³ Régulateur

³⁴ Royal college of nursing, *Clinical practice guidelines for the assessment and prevention of falls in older people*, novembre 2004, London :

bénéficiaire de ce repérage. Ce dernier peut être effectué au domicile, en consultation ou lors d'un séjour à l'hôpital.

Un rapport concernant les chutes répétées des personnes âgées a été publié en 2009 par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) en partenariat avec la Haute Autorité de Santé. Son objectif est de fournir aux professionnels de santé un outil d'évaluation des chutes des personnes âgées et de définir les risques liés et leur prise en charge au quotidien.

- **Généraliser l'utilisation d'outils existants**

Une palette d'outils, de grilles et de tests de dépistage permet d'évaluer de manière précise l'ensemble des facteurs prédictifs. Le nombre de chutes antérieures (une chute dans les trois mois précédents indique un risque élevé de récurrence) ainsi que le temps passé au sol supérieur à trois heures sont des indicateurs précieux. Un certain nombre de tests sont régulièrement utilisés dans le cadre du repérage des personnes à risques. Parmi eux, on peut citer le test de TINETTI permettant une évaluation clinique de la marche et de l'équilibre, le test en appui unipodal, le « *Functional reach test* » (où le patient doit tendre la main et se pencher en avant sans déclencher le pas), le « *walking talking test* » (arrêt de la marche lorsque l'examineur demande au sujet de parler) et enfin, le test « *timed get up and go (TUG)* » ou « *test de la chaise chronométré* » (Lorsque le TUG est négatif, il n'y a pas de troubles de l'équilibre ou de la marche. Lorsque le TUG est positif, la mobilité est diminuée et il y a risque de chute).

- **Cibler les publics les plus exposés**

Cibler le public davantage exposé aux chutes en effectuant un zonage précis serait suivi de l'adoption d'un plan prévisionnel de passage dans les zones ciblées. Cette action, initiée il y a quelques années par une CARSAT, se concrétise par l'organisation d'un forum d'information à l'issue duquel un test d'équilibre est proposé aux participants ainsi qu'une inscription aux ateliers équilibre comprenant 8 à 15 séances à raison d'une par semaine et pour la somme de 15 euros. Les progrès sont mesurés par un parcours test au début et à la fin du programme. Ces ateliers visent à augmenter la capacité d'équilibre et reprendre confiance en apprenant notamment à se relever. Le taux de satisfaction des participants s'élève à 90%.

- **Orienter davantage vers des plateaux techniques adaptés**

La mise en place d'un plateau technique tant au niveau du domicile que de l'institution semble constituer une solution pertinente pour procéder à une évaluation optimisée de manière à identifier au plus près les besoins de la personne âgée et mettre en place un programme adapté à chacun. En effet, un plateau technique de référence capable de proposer des bilans et de la rééducation sur un même site permettrait de mutualiser les moyens et les compétences et de mieux coordonner la prévention en amont. Des maisons de santé ou des centres de santé qui proposeraient à la fois un dépistage, une évaluation, un programme de maintien ou de remise en forme, une rééducation à la carte, des ateliers, des conférences ou encore des séances d'information constituent peut-être la solution dans un avenir proche.

- **Généraliser les évaluations des risques**

L'efficacité des programmes de prévention des chutes dépend non seulement du contenu de l'intervention, qui doit être adapté aux risques identifiés chez la personne âgée, mais également de l'évaluation plus ou moins approfondie qui en découle.

- **Personnaliser les programmes de prévention**

Lorsqu'il existe des antécédents de chute, médicalisées ou non, ou bien en présence de facteurs de risque de chute, il est recommandé de proposer à la personne âgée concernée, en fonction des résultats de l'évaluation, un programme personnalisé de rééducation-réadaptation destiné à améliorer ses capacités physiques et renforcer son autonomie.

Le degré de prévention des chutes est fonction du niveau de risque chez la personne âgée :

Pour les personnes âgées à risque élevé : intervention multifactorielle personnalisée. La coordination de plusieurs professionnels de santé et du secteur médico-social est indispensable. Des exercices spécifiques sont proposés en réponse aux troubles de mobilité observés (pratiqués avec un kinésithérapeute) ainsi que des exercices à domicile (montrés par un ergothérapeute). Au bout de six mois, une nouvelle évaluation est pratiquée afin de mesurer les changements et encourager les personnes âgées à poursuivre leurs actions préventives.

Pour les personnes âgées à risque modéré : un programme de prévention des chutes multifactoriel collectif suffit. Certaines caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ou unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) proposent des ateliers

équilibre, certaines mutuelles des programmes de prévention des chutes ou des programmes de promotion d'activité physique.

Pour les personnes âgées à risque faible : certains facteurs sont examinés notamment les pathologies chroniques et aiguës, les traitements pris et les dangers du domicile. Chaque année, le risque de chute est réévalué. Un programme d'éducation pour la santé ou de promotion de la santé peut être proposé par des CRES ou des CODES.

Les programmes mis en place intègrent différents éléments parmi lesquels la rééducation de la force musculaire des muscles porteurs ainsi que de l'équilibre et de la marche (surtout chez les personnes âgées vivant à domicile et ayant déjà chuté et/ou ayant des troubles de la marche ou de l'équilibre), l'apprentissage de l'usage approprié des matériels d'assistance (cannes, déambulateurs, etc.), le port de chaussures adaptées, l'aménagement des dangers du domicile, la correction des troubles visuels éventuels, la révision des ordonnances médicamenteuses (notamment en ce qui concerne les psychotropes) ou encore les traitements anti-ostéoporotique.

Afin de limiter les conséquences d'une récurrence de chute, il faut enseigner au patient comment se relever du sol. Après une chute, il est nécessaire de traiter les conséquences traumatiques éventuelles et de mettre en place un traitement fonctionnel de réadaptation (l'équipe soignante doit participer, expliquer et apporter un soutien adapté).

3) Lutter contre l'éclatement des structures en renforçant le maillage territorial et les partenariats

Cette question des acteurs référents rejoint celle des partenariats et structures transversales à développer en vue de cette prise en charge globale. Ainsi, l'éclatement des acteurs doit être résolu par une plus grande coordination, en vue d'aboutir à une simplification de la prise en charge des personnes âgées sujettes aux chutes. Des initiatives ont d'ores et déjà été prises en la matière, dans l'optique d'orienter les personnes en fonction de leurs besoins, mais aussi de leur apporter écoute et aide à la décision dans leur vie quotidienne. Initiés en 2000 et généralisés l'année suivante, les CLIC sont constitués en réseaux de proximité dans ce but. Les MAIA, relèvent quant à eux d'une nouvelle vision de la coordination et du réseau. Sortant des schémas pyramidaux institutionnels souvent difficilement transposables en ville, ces dispositifs reposent sur la diversification et la démultiplication des acteurs référents. Chaque acteur relais sur le territoire étant à même d'orienter la personne âgée ou le professionnel demandeur vers l'acteur susceptible de lui

proposer une prestation adéquate. En effectuant une évaluation préalable des besoins en connectant les professionnels, les MAIA visent à dépasser le cadre local de la démarche de coordination pour s'orienter vers une approche globale (guichets intégrés pour l'accueil et l'information, repérage de la personne en situation complexe, développement d'outils d'évaluation communs). De plus, la pérennité de ces dispositifs est assurée par une indépendance de chacun des acteurs vis-à-vis des autres ; chaque acteur étant à la fois porte d'entrée, relais et acteur du dispositif, celui-ci ne peut disparaître.

Promouvoir une prise en charge globale en impliquant tous les professionnels et acteurs présents sur le territoire (collectivités territoriales, CARSAT, structures sociales et médico-sociales, aidants, société civile et secteur non lucratif, collaborations entre les secteurs publics et privés). Les acteurs institutionnels locaux semblent dès lors trouver toute leur place dans cette coordination tant dans la prévision des besoins que dans le financement et l'organisation de la formation des acteurs ; et ce davantage que dans le financement d'actions de prévention localisées et ponctuelles.

Décloisonner l'offre d'aide ou de soin à destination des personnes âgées potentiellement victimes de chutes. Au Royaume-Uni, un programme spécifique a été mis en place de la sorte, le « *Fracture Liaison Services* » (FLS). Basé à l'hôpital ou en lien avec des cabinets de médecine générale, chaque FLS dispose d'une infirmière référente chargée d'identifier le patient présentant un risque de fracture. En découle une évaluation de son profil de risque (notamment concernant l'ostéoporose) voire un traitement s'il est nécessaire.

B/ S'orienter vers une prévention globale tout au long de la vie

1) Agir sur les facteurs individuels et environnementaux

Centrer la prise en charge sur la personne, impliquer cette dernière dans la décision et lui proposer un plan de prévention individualisé.

Les patients et les soignants doivent être informés des risques de chutes et des recommandations préconisées dans ce domaine. L'identification des risques pendant l'hospitalisation ou après celle-ci pourrait se faire en liaison avec les services de ville. La mise en place de relais (notamment pour faire de l'éducation thérapeutique) ou encore l'organisation de visites préventives à domicile, comme au Danemark et en Finlande, pour toutes les personnes âgées de plus de 75 ans, semblent des solutions adaptées.

Prévoir des études évaluatives plus pointues de suivi de cohortes avec un groupe témoin, agir en termes de communication et faire passer un message non stigmatisant afin de banaliser la démarche.

Promouvoir une prévention globale entendue comme la gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie.

Encourager le « *bien vieillir* » par une politique de prévention et des solutions adaptées. Laurence HARDY, sociologue, définit le bien vieillir comme le fait de « *rester acteur de sa vie, le plus longtemps possible compte tenu de l'avancée de l'âge* ». De façon complémentaire, le Docteur Pierre GUILLET le définit comme consistant à « *s'adapter aux changements et cultiver ce que l'on devient à mesure que l'on change* »³⁵.

Agir à tous les âges de la vie pour optimiser les chances d'un meilleur vieillissement : auprès des jeunes par le biais de l'école mais également auprès des adultes par le biais de l'entreprise et de la santé au travail. Ainsi, il peut être mis en place un programme d'éducation pour la santé comportant des actions qui permettent d'adopter les bons comportements et les bonnes habitudes tout au long de la vie :

- sensibiliser la population au risque de chute ;
- disposer d'informations scientifiquement validées sur le risque de chute ;
- développer des actions éducatives de proximité qui permettent aux personnes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé.

Trois principales dimensions peuvent être déterminées comme étant les trois socles d'une prévention globale des chutes chez les personnes âgées soit, l'alimentation, l'activité physique et le logement.

- **Adopter une alimentation équilibrée**

Une alimentation adaptée contribue au maintien de l'autonomie de la personne âgée, en empêchant une dénutrition (carence nutritive) et une fonte musculaire. La dénutrition touche une large proportion des personnes âgées. En effet, leur statut nutritionnel est fragilisé par les modifications physiologiques liées au vieillissement. Des repas riches en calcium et en protéines permettent de préserver le capital osseux et donc de prévenir l'ostéoporose, facteur

³⁵ P. Guillet, Le dialogue des âges, *Histoire de bien vieillir*, Gallimard, Ville, 2007, 243p.

de risque reconnu de chutes.

Axes de prévention globale :

- Adopter de bonnes habitudes alimentaires dès le plus jeune âge ;
- Améliorer les régimes alimentaires et le maintien d'un poids optimal au cours de la vieillesse par une action d'information ;
- Sensibiliser au niveau national les personnes âgées, les aidants et les professionnels à la nutrition.

- **Maintenir une activité physique régulière**

Si la nutrition est capitale pour préserver le bon fonctionnement de l'organisme, l'exercice physique vient en renforcer les bienfaits. Ainsi, associée à une consommation suffisante d'aliments riches en protéines, l'activité physique permet de reconstruire du muscle et donc de garder l'équilibre et d'éviter les chutes. L'exercice physique est également l'un des principes de prévention de l'ostéoporose. Par son action sur le remodelage osseux, il freine la perte osseuse au cours du vieillissement.

Axes de prévention globale :

- Offrir des possibilités d'activité physique accessibles à tous ;
- Soutenir les initiatives qui encouragent l'activité physique régulière et modérée des personnes âgées ;
- Mener des actions d'information et de sensibilisation auprès de la population et des professionnels pour faire connaître l'importance de vieillir en restant actif.

- **Aménager un logement sécurisé**

Dans son rapport relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, Luc Broussy souligne à quel point le logement, par sa localisation autant que par ses caractéristiques, détermine la qualité de vie du grand âge. Il conditionne à la fois la capacité des personnes à se mouvoir de façon autonome, et le maintien des relations sociales. Si le logement n'est plus adapté (escaliers, salles de bain...), il peut tout aussi bien être un facteur aggravant de fragilité et devenir générateur de chutes des personnes âgées à domicile.

Axes de prévention globale :

- Sensibiliser au niveau national les personnes âgées, les aidants et les professionnels à la réalisation de travaux d'adaptation du logement ;
- Faciliter et améliorer le parcours du demandeur ;

- Favoriser l'égalité de traitement sur le territoire.

2) Passer d'une culture du soin à la promotion de la santé

La prévention globale couvre l'ensemble de la vie de la personne. Il convient dès lors de :

Lutter contre la sédentarisation grâce à la mise en place d'une offre d'activité physique adaptée ou d'actions éducatives auprès des familles ou proches.

De manière plus générale, le monde du sport doit développer une offre de loisirs à destination de tous pour lutter contre la sédentarisation. Mais une sensibilisation accrue des acteurs passe aussi par la prise en compte de l'état de santé global de la personne et par une conciliation plus efficace entre acteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux.

Tenir compte du fait que la société vieillit en adaptant les logements et l'urbanisme. Les professionnels de santé, notamment les ergothérapeutes, doivent prendre toute leur place d'experts dans le cadre de l'évolution des normes et de la société au vieillissement.

Former les aidants professionnels dès leur cursus universitaire. Les fédérations sportives et les professionnels participant à l'encadrement des seniors pourraient adapter activement leurs pratiques à un public fragilisé ou souffrant de déficiences.

Mobiliser les acteurs institutionnels : la sécurité sociale, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les ARS, les mutuelles pour participer au financement de cette démarche de prévention essentielle au bien être des individus et important pour la pérennité financière du système de santé.

Développer une culture de la prévention (sensibilisation citoyenne et professionnelle/programmes prévention chutes) et adapter notre système de santé (bilan de prévention, meilleure coordination des secteurs sanitaires et sociaux, mieux repérer la fragilité). Cette prévention repose fondamentalement sur le repérage de proximité. C'est d'ailleurs ce qui est pratiqué en Italie avec le programme « *Vive les aînés* » (ce sont les commerçants, les voisins, les gardiens d'immeubles qui se mobilisent pour identifier les personnes âgées fragiles).

Conclusion

Le vieillissement démographique est une réalité. Dans ce contexte, les chutes constituent un problème de santé publique majeur dont les causes sont multiples et les conséquences lourdes tant pour les individus que pour le système de santé.

Dès lors, une politique de prévention efficace est plus que jamais nécessaire pour y faire face. La diminution du risque de chute chez les personnes âgées ne pourra être atteinte et maintenue sans des actions volontaristes fortes.

Aujourd'hui, les actions de prévention ciblées et techniques qui sont traditionnellement privilégiées en France montrent leurs limites, ce que dénoncent les professionnels. Face aux difficultés rencontrées sur le terrain, une réorientation de la stratégie semble donc nécessaire. Ainsi, à l'opposé d'une démarche centrée sur une prise en charge sanitaire, une prévention optimale permettrait d'associer tous les professionnels et de favoriser l'émergence d'une offre pluridisciplinaire cohérente territorialement.

Le « *risque zéro* » n'existe pas : pour autant, des moyens de dépistage en amont centrés sur la personne et visant à prévenir la survenue ou la récurrence d'une chute grave pourraient être développés, en impliquant davantage les individus dans leurs parcours de santé.

Une approche globale, coordonnée, sensibilisant dès le plus jeune âge la population aux enjeux de la préservation de leur capital santé et au « *bien vieillir* » doit en conséquence être préconisée.

« Le vieillissement est lié au développement. Les personnes âgées en bonne santé sont une ressource pour leurs familles, leurs communautés et l'économie ». Déclaration de Brasilia sur le vieillissement en bonne santé. OMS. 1996

Bibliographie

MANUELS ET OUVRAGES

- V. Caradec, sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Armand Colin, 2008.
- P. Guillet, le dialogue des âges, histoire de bien vieillir, Gallimard, ville, 2007, 243p.

ETUDES

- Farahmand BY, Michaëlsson K, Ahlbom A, Ljunghall S, Baron JA. Survival after hip fracture. *Osteoporosis Int.* 2005; 16 : 1583-1590.
- Finnes, Trine Elisabeth; Meyer, Haakon E; Falch, Jan Arvid; Medhus, Asle Wilhelm; Wentzel-Larsen, Tore & Lofthus, Cathrine Marie (2013). Secular reduction of excess mortality in hip fracture patients > 85 years. *BMC Geriatrics.* ISSN 1471-2318. 13.
- Karagiannis A, Papakitsou E, Dretakis K, Mortality rates of patients with a hip fracture in a southwestern district of Greece: ten-year follow-up with reference to the type of fracture. *Calcif Tissue Int* 2006;78:72-7.
- Leblanc ES, Hillier TA, Pedula KL, Rizzo JH, Cawthon PM, Fink HA, Cauley JA, Bauer DC, Black DM, Cummings SR, Browner WS. Hip Fracture and Increased Short-term but Not Long-term Mortality in Healthy Older Women. *Arch Intern Med.* 2011;171(20):1831-7.
- Nikitovic, M. (2011). Direct Costs Of Hip Fractures Among Seniors In Ontario (Doctoral dissertation, University of Toronto).
- Oberlin P, Mouquet MC, Les modalités de prise en charge des fractures du col de fémur en France de 1998 à 2009, DREES, Etude et Technique, N° 774.
- Shi N, Foley K, Lenhart G, Badamgarav E (2009). Direct healthcare costs of hip, vertebral, and non-hip, non-vertebral fractures. *Bone*, 45(6), 1084-1090.
- Titler M, Dochterman J, Kim T, Kanak M, Shever L, Picone DM (2007). Cost of care for seniors hospitalized for hip fracture and related procedures. *Nursing Outlook*, 55(1), 5-14.
- Todd C, Skelton D (2004). What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health EvidenceNetwork.

ARTICLES ET REVUES

- Barry Y, Lasbeur L., Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008. *BEH* 2011;29-30:328-32.

Berg RL, Cassel (eds)- The second fifty years. Promoting health and preventing disability
Institute of Medicine National Academy Press Washington DC1992

Braithwaite, R. S., Col, N. F., & Wong, J. B. (2003). Estimating hip fracture morbidity, mortality and costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(3), 364-370.

Cameron, D., & Minister, P. Call to Action.

Ermanel C, Thelot B, Jouglu E, Pavillon G. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000 - 2004. *BEH* 2007;37-38:318-21.

Giard J., Tinel L., L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées, 2004, p.48.

Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH - Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly. *The Cochrane Library* 2000; Issue 1. 76.

Gordon RS, *an operational classification of disease prevention*, Public Health report, vol 98, 2, 1983, pp107-109.

Haentjens, P., Autier, P., Barette, M., & Boonen, S. (2001). The economic cost of hip fractures among elderly women a one-year, prospective, observational cohort study with matched-pair analysis. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 83(4), 493-493.

Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006. *BEH* 2010;8:65-69.

Nikitovic M, Wodchis WP, Krahn MD, Cadarette SM. Direct health-care costs attributed to hip fractures among seniors: a matched cohort study. *Osteoporos Int*. 2013; 24 (2): 659-69.

Ricard C, Thelot B, plusieurs centaine de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France, numéro thématique épidémiologie et prévention des chutes, INVS, BEH n°37-38, 2007, pp 322

Sahota, O., Morgan, N., & Moran, C. G. (2012). The direct cost of acute hip fracture care in care home residents in the UK. *Osteoporosis International*, 23(3), 917-920.

Stevens, J. A., Corso, P. S., Finkelstein, E. A., & Miller, T. R. (2006). The costs of fatal and non-fatal falls among older adults. *Injury prevention*, 12(5), 290-295.

Strubel D, Jacquot JM, "Troubles posturaux du sujet âgé"; problème de médecine en rééducation; n°26. Péliissier J, BrunV, Enjalbert M - Masson ed. 1993; 203

TEXTES OFFICIELS

Loi HPST, 21 juillet 2009

RAPPORTS

Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC), Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO) (2010), Préserver l'équilibre

pour prévenir les chutes, Evaluation et perception des personnes accueillies dans les centres de prévention.

Assurance Maladie, Proposition de l'assurance maladie pour les charges et produits pour l'année 2013, www.ameli.fr consulté le 6/05/2014.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2005). Preventing Falls and Harm from Falls in Older People — Best Practice Guidelines for Australian Hospitals 2005, Australian Government, Canberra.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2005). Preventing Falls and Harm from Falls in Older People — Best Practice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities 2005, Australian Government, Canberra.

Haute Autorité de Santé RBPP – Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées – Argumentaire – Société Française de Gériatrie et Gérontologie – avril 2009

Haut Conseil de la Santé Publique, objectifs de santé publique, évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (2005). Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Référentiel de bonnes pratiques. Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, France, sous la direction de H. Bourdessol et S. Pin, Éditions INPES, 155 p.

Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), sciences sociales. Monotonie ou diversité de l'alimentation: les effets du vieillissement. N°5/02- septembre 2003.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Stratégie nationale de santé, 23 septembre 2013.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Dossier de presse, rapport au premier ministre, en vue de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement Aquino, Broussy et Pinville, Mars 2013.

National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (UK). Clinical Practice Guideline for the Assessment and Prevention of Falls in Older People. London: Royal College of Nursing (UK); 2004 Nov. (NICE Clinical Guidelines, No. 21.)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Journée mondiale de la Santé - Une bonne santé pour mieux vieillir, 2012.

Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), Recommandation de bonnes pratiques sur prévention des chutes chez les personnes âgées, 2000.

World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. Genève (CH), World Health Organization, 2007.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Liste des personnes interviewées

- Monsieur T.C , Ergothérapeute en CH et Orthopédiste-Orthesiste en libéral.

- Madame L.D , Ergothérapeute libérale.

- Docteur K. F , Médecin gériatre au centre régional de gériatrie.

- Monsieur C.G , Neuro-psychologue gestionnaire de cas MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer).

- Madame G. J , Directrice des Soins, Centre Hospitalier.

- Madame F. L , Kinésithérapeute, responsable du plateau de rééducation du centre régional de gériatrie.

- Madame A.L , Responsable de la prévention sociale et du partenariat CARSAT.

- Madame S.P , Cadre de santé, responsable de CLIC, SSIAD, ESA, HAD.

ANNEXE 2 : Grille d'entretien

Travail de recherche collectif (DS, DH, AAH, D3S, IASS) sur la prévention des chutes chez les personnes âgées pour l'EHESP.

Le groupe effectue des entretiens auprès d'un échantillon d'acteurs travaillant sur ce thème.

Nous aimerions savoir comment vous identifiez ce problème de santé publique, comment vous vous positionnez professionnellement et quelles sont vos actions en faveur de la prévention ou de la réhabilitation.

CONSIGNE : Selon vous, quelle est l'importance des chutes chez les personnes âgées ?

CONNAISSANCES :

- **Les facteurs/déterminants des chutes.**
Facteurs individuels/ intrinsèques ?
Facteurs environnementaux/extrinsèques ?
Quels facteurs vous semblent les plus importants ?
- **Les conséquences des chutes.**
Quelles sont-elles ?
Les plus fréquentes ?
Gravité, mortalité ?
Conséquences physiques, sociales et psychologiques ?
- **Evolution du nombre de chutes.**
Diminution ? Augmentation ? A l'avenir ?
- **Le coût des chutes.**
Coût à court et moyen terme ?
Au niveau individuel ?
Au niveau national ?

ATTITUDES :

- **Leur rôle dans la prévention des chutes.**
Comment votre profession s'inscrit-elle dans la prévention des chutes ?
- **Comment vos actions sont-elles financées ?**
- **Les autres acteurs autour de la prise en charge des chutes**
Quels acteurs identifiez-vous ?
Avec quels acteurs travaillez-vous ?
Des idées de partenariats, coordination ?
Qui faudrait-il impliquer davantage ?
- **Le positionnement par rapport à la prévention**
Votre opinion sur la prévention des chutes des personnes âgées ?
Que pensez-vous de cette problématique ?

PRATIQUES :

- **Comment travaillez-vous pour améliorer la prévention ?**
Quelles actions développez-vous dans votre pratique ?

Les dispositifs de prévention mis en place dans votre structure ?
Avez-vous des dispositifs pour comptabiliser les chutes et analyser leurs causes ?
Outils de prévention ?
Programme de prévention ? Financement ?

· **Que mettez-vous en place au quotidien pour les personnes ayant chutées ?**

Soins ?
Prévention tertiaire ?
Pré et post chutes ?
Accompagnement ?

· **Limites, difficultés, obstacles**

Avez-vous le sentiment de rencontrer des difficultés dans votre pratique ?

Identification de pistes d'amélioration ?
Identification de difficultés chez les personnes âgées ?
Difficulté au quotidien ?
Difficulté institutionnelle ?

· **Perspective pour la prévention des chutes.**

Quelles Idées avez-vous sur une éventuelle évolution de la prévention ?
Cela vous semble-t-il nécessaire ?
Sur quels domaines agir ?
A partir de quel âge pensez-vous qu'il est pertinent d'agir ?

ANNEXE 3 : Méthodologie

Le groupe de travail Module InterProfessionnel n°25 était composé de dix personnes :

- une élève Directrice d'hôpital,
- deux élèves Directrices d'Établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux,
- deux élèves Directeurs des soins,
- deux élèves Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale,
- trois élèves Attachés d'administration hospitalière.

Il était animé par M. Jean Robert FREUND, professeur honoraire du département Biostatistique et Epidémiologie de l'EHESP. L'étude portait sur « La prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile et en institution ».

Le groupe a choisi de se réunir à deux reprises préalablement à l'ouverture du Module afin d'échanger sur le thème choisi et répartir la lecture des documents figurant dans le dossier documentaire constitué par Monsieur FREUND.

Des entretiens avec des professionnels travaillant sur ce thème ont été organisés. Monsieur FREUND a ainsi pris contact avec des professionnels (ergothérapeute, cadre de santé, kinésithérapeute, représentant CARSAT) sur la région rennaise. Par ailleurs, sur proposition de trois membres du groupe, des entretiens ont été fixés dans le département du Gard.

La première semaine, le groupe a désigné un correspondant logistique, élaboré une grille d'entretien semi-directif, finalisé la démarche générale des trois semaines de travail. Un espace de travail distant a également été constitué permettant la consultation et le dépôt des documents de travail (fiche de lecture, compte rendu d'entretien, plan, problématique) par chacun à tout moment. Le groupe a ensuite déterminé la problématique.

La deuxième semaine a été consacrée à la conduite des entretiens, au plan du rapport final et à la répartition du travail de rédaction entre tous les membres du groupe.

Enfin, il a été décidé de procéder à la compilation et la relecture des rédactions de chacun, un membre du groupe uniformisant le tout avant une relecture définitive et le dépôt du rapport sur real.

Des échanges fructueux ont été possibles tout au long du MIP, tant avec les professionnels qu'au sein du groupe. La conduite des entretiens s'est avérée réellement enrichissante et complémentaire de l'ensemble documentaire qui nous avait été proposé. En effet, au-delà du simple interrogatoire des professionnels, ceux-ci ont été prompts à questionner leurs pratiques et à se projeter dans des dimensions plus globales de prévention que leur travail de terrain ne mobilisait pas de manière évidente et que notre travail visait à questionner.

Cependant, bien que la qualité des interviews soit à relever, le nombre limité d'interlocuteurs auquel manquaient notamment un chirurgien orthopédique qu'il ne nous a pas été possible de rencontrer ne fait pas de notre travail de recherche et de réflexion une étude exhaustive sur la question de la prévention des chutes chez les personnes âgées.

Thème n° 25

Animé par : M. Robert Jean FREUND, Professeur honoraire du département Biostatistique et Epidémiologie de l'EHESP.

LA PREVENTION DES CHUTES DES PERSONNES AGEES A DOMICILE ET EN INSTITUTION

Juliette ANDRES (DH), Hugo FAUREGEORS (IASS), Mathieu BLANC (AAH), Cécile JACQUART (D3S), Marine BOURGES (IASS), Patrick LEHMANN (DS), Fabienne DESAMBROIS (D3S), Claire LUROT (AAH), Agnès DESLANDES (AAH), Pascale SAINTJALMES (DS)

Résumé :

Nos sociétés sont marquées par un vieillissement de la population du fait d'une espérance de vie qui n'a cessé d'augmenter depuis plusieurs décennies. Ce phénomène s'accompagne de nouvelles problématiques liées à l'avancement en âge, de la perte d'autonomie à la dépendance, contribuant à une diminution de la qualité de vie des personnes âgées. Des coûts importants en résultent pour l'ensemble du système de santé (institutionnalisation, prise en charge hospitalière...).

Les études démontrent que les chutes sont la première cause d'entrée en dépendance, entraînant des conséquences physiques, psychologiques et sociales lourdes pour les personnes âgées. . Les analyses médico-économiques menées à l'étranger estiment, au-delà du traumatisme pour la personne, à deux milliards d'euros par an, la dépense engendrée par les chutes des personnes âgées.

Ce constat nécessite de s'interroger sur la stratégie à mettre en œuvre pour prévenir les chutes, en diminuer le nombre et la gravité et retarder ainsi l'entrée en dépendance. Des entretiens réalisés auprès de différents professionnels de santé sur le territoire français ont permis de souligner les limites de démarches de prévention peu lisibles, tardives et peu coordonnées.

Par conséquent, il est primordial d'élaborer une stratégie globale en développant la prévention précoce des fragilités par le biais d'un repérage coordonné et multidimensionnel des risques. Il semble également indispensable de promouvoir une culture de la prévention et du « *bien vieillir* » en mobilisant l'ensemble de la société (lutte contre la sédentarité, alimentation saine, logements adaptés...).

Mots clés : *Accident, Active ageing, Adaptation, Autonomie, Capital santé, Chute, Cohésion, Coordination, Coût, Décloisonnement, Démographie, Dépendance, Domicile, Hips fracture, Hospitalisation, Information, Institution, Médico-social, Personne âgée, Prévention, Prise en charge, Promotion, Qualité de vie, Risque, Sanitaire, Santé publique, Sensibilisation, Vieillesse, Vieillesse, Vieillesse*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs