



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2002 –

LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

– groupe n° 9 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale

Animateur

– Philippe CLAPPIER

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes interviewées ainsi que celles rencontrées lors de la journée du 18 septembre 2002 pour leur collaboration.

Nous remercions également Philippe CLAPPIER pour sa disponibilité et pour ses conseils.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODOLOGIE.....	3
1 LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE : BILAN DE L’EXISTANT.....	5
1.1 L’ORGANISATION DES RECUEILS DE DONNÉES.....	5
1.2 LES DONNÉES RELATIVES AUX ADVC : CONNAISSANCE D’UNE RÉALITÉ.....	6
1.3 LA POLITIQUE MENÉE AU NIVEAU NATIONAL	8
1.3.1 Réglementation et législation	8
1.3.2 La politique nationale de santé publique en terme de prévention des ADVC.....	8
1.3.3 Un exemple de politique nationale : la prévention des chutes des personnes âgées	10
2 UNE DÉCLINAISON RÉGIONALE DE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE : LA PRÉVENTION DES CHUTES DES PERSONNES ÂGÉES EN BRETAGNE.....	12
2.1 LES ACTIONS DE PRÉVENTION À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES.....	12
2.2 LES ACTIONS EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES.....	15
2.2.1 L’action de formation auprès des professionnels qui interviennent à domicile	15
2.2.2 Action de formation auprès des professionnels qui animent des ateliers	16
2.3 LE FINANCEMENT DES ACTIONS.....	17
2.4 LA COORDINATION, COOPÉRATION ET COMPLÉMENTARITÉ DES ACTEURS.....	18
2.5 LA MÉDIATISATION ET LA COMMUNICATION	19
2.6 L’ÉVALUATION.....	20
2.6.1 L’évaluation des actions en direction des personnes âgées.....	20
2.6.2 L’évaluation des actions de formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées... ..	20
2.6.3 L’évaluation du financement	21
3 DES PERSPECTIVES D’AMELIORATION	22
3.1 VERS UNE AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES DES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE.....	22
3.1.1 L’harmonisation des recueils de données	22
3.1.2 Une approche psychosociale et anthropologique du phénomène à développer	22
3.1.3 Une meilleure sensibilisation du public et des acteurs	23
3.2 VERS UNE LÉGISLATION PLUS ÉTENDUE	23
3.3 VERS UN FINANCEMENT PLURIANNUEL.....	23
3.4 VERS UN DÉCLOISONNEMENT VERTICAL ET HORIZONTAL DES ACTEURS ET DES ACTIONS.....	24
3.5 VERS UNE ÉVALUATION ACCRUE ET AFFINÉE	25
CONCLUSION	26
GLOSSAIRE.....	1
BIBLIOGRAPHIE.....	3

Liste des sigles utilisés

ADVC : Accidents De la Vie Courante
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CDPK : Comité Départemental de Prévention en Kinésithérapie
CE : Communauté Européenne
CEDIAC : Cellule d'Echange et D'Information sur les Accidents de la vie Courante
CFES : Comité Français d'Education pour la Santé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMR : Caisse Maladie Régionale des artisans et commerçants
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNS : Conférence Nationale de Santé
COAC : Cellule nationale d'Observation des Accidents de la vie Courante
CODES : COmité Départemental d'Education pour la Santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRS : Conférence Régionale de Santé
CSC : Commission de la Sécurité des Consommateurs
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
DGS : Direction Générale de la Santé
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHLASS : European Home and Leisure Accident Surveillance System
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FFEPGV : Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire
FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaires
HCSP : Haut Comité de la Santé Publique
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire
MSA : Mutualité Sociale Agricole
NF : Norme Française
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PACT ARIM : Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'habitat, Associations de Restauration IMmobilières
PRAM : Programme Régional d'Assurance Maladie
UDARPA : Union Départementale des Associations de Retraités et Personnes Agées
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

Dès notre naissance, nous sommes exposés à toutes sortes de dangers qui sont une source potentielle d'accidents, comme les accidents de la route, les accidents du travail ou les accidents de la vie courante.

Selon le Ministère de la Santé, les Accidents De la Vie Courante (ADVC) sont définis comme « des accidents survenant au domicile ou dans ses abords immédiats, sur les aires de sport ou de loisirs, à l'école, et tous ceux survenant à un autre moment de la vie privée, à l'exception des accidents de la circulation, du travail, des suicides et des agressions ».

Parmi les ADVC, les accidents de la vie domestique sont les plus nombreux. Accidents liés à la sphère privée, ils ont longtemps été considérés comme une fatalité et sont restés de ce fait peu visibles, voire ignorés par les équipes de recherche, les décideurs et conséquemment par les médias et la population. Pourtant, ils restent l'une des principales causes de mortalité évitable en France et constituent un phénomène aux conséquences importantes, tant sur le plan humain que sur le plan économique et social.

Des actions ont été mises en œuvre depuis les années 80 afin de réduire leur importance. Cependant, ils constituent encore au regard de leur impact sur la morbidité, la mortalité et le financement du système de santé, un problème de santé publique majeur.

Pour parvenir à aborder ce phénomène extrêmement diversifié dans ses multiples composantes, nous avons choisi de nous appuyer sur un exemple concret : la prévention des chutes chez les personnes âgées. Ce choix s'est fait pour plusieurs raisons. D'une part, la proportion des personnes de plus de 65 ans au sein de la population française est en augmentation constante et constituera en 2020, d'après les estimations démographiques, près du tiers de la population. D'autre part, les chutes des personnes âgées représentent un poids considérable au sein des ADVC. Elles constituent le principal mécanisme accidentel chez les personnes de plus de 65 ans (environ 78 % des accidents recensés) et provoquent près de 9000 décès par an¹. La chute constitue un problème complexe mais qui peut être diminué dans sa survenue et/ou dans ses conséquences. C'est pourquoi un dispositif de prévention semble approprié à un objectif de diminution de ce phénomène.

Pour illustrer ce dispositif, nous avons recensé et analysé les actions de prévention des chutes des personnes âgées mises en œuvre au niveau national et dans la région Bretagne. Les apports, les limites et les modes d'évaluation de ces actions de prévention ont été étudiés.

¹ Prévention des accidents de la vie courante 1997-1998-1999 Editions CFES

Au travers de l'étude spécifique des chutes des personnes âgées, l'objectif de notre travail a consisté, à partir du point de vue des acteurs impliqués dans la prévention du phénomène, à analyser une démarche préventive pour déterminer dans quelle mesure elle est applicable aux autres types d'ADVC. A cette occasion, nous avons pu proposer des pistes d'amélioration ou recommandations en terme de prévention de ces accidents.

Ainsi, nous exposerons dans un premier temps les données épidémiologiques relatives aux ADVC et les politiques nationales afférentes. Dans un deuxième temps, nous prendrons l'exemple de la prévention des chutes chez les personnes âgées en Bretagne. Enfin, nous proposerons dans une troisième partie des marges d'amélioration et analyserons les possibilités de transposer la démarche préventive observée à d'autres types d'ADVC.

METHODOLOGIE

Le travail s'est structuré en plusieurs étapes :

- ◆ **La recherche bibliographique** qui a fondé notre réflexion s'est faite en deux temps :
 - Une phase de lecture générale sur les ADVC et une analyse des données recueillies, chaque membre du groupe s'imprégnant des composantes du thème à traiter. A l'issue de cette phase et après des temps d'échanges, un projet de plan a été élaboré. Celui-ci a permis d'orienter le travail d'investigation de chacun.
 - Une recherche bibliographique ciblée (ADVC et prévention des chutes chez les personnes âgées). Cette phase de recherche nous a permis d'identifier les professionnels les plus aptes à répondre à nos interrogations avec l'aide de notre animateur.

- ◆ **L'élaboration de la grille d'entretien**

A partir du travail bibliographique, nous avons élaboré une grille d'entretien (annexe 1) regroupant les différents thèmes à évoquer.

- ◆ **Le choix des personnes interrogées**

Les personnes contactées ont été sélectionnées afin d'obtenir une représentation de la diversité des acteurs impliqués dans le dispositif mis en place. Ont ainsi été contactés des acteurs institutionnels, des professionnels de santé, des représentants du monde associatif, des responsables des organismes financeurs (annexe 2).

Tous les rendez-vous ont été pris par téléphone et planifiés.

- ◆ **La réalisation et l'analyse des entretiens**

- Nous avons réalisé en binôme vingt entretiens semi-directifs auprès des différents professionnels identifiés. Chaque membre du groupe a réalisé au minimum deux entretiens qui ont fait l'objet d'une prise de notes.
- Chaque entretien a donné lieu à une restitution orale et écrite à l'ensemble du groupe.
- L'élaboration d'une **grille d'analyse transversale** avec un découpage par thèmes nous a semblé indispensable.

- ◆ **La rédaction du rapport**

- La première partie de notre rapport a été rédigée en sous-groupes et rediscutée avant la rédaction du rapport final qui s'est faite en collégialité.

◆ **Les limites et difficultés rencontrées**

Nous avons conscience des limites de notre travail :

- Le nombre de personnes rencontrées constitue en lui même une limite. En effet, le temps imparti ne nous a pas permis de rencontrer les principaux concernés : les personnes âgées.
- Compte tenu des contraintes de calendrier, nous avons décidé de centrer notre sujet d'étude sur la région Bretagne. Nos observations et réflexions ne concernent donc que cet espace géographique et ne peuvent prétendre à être entièrement représentatives.

D'autre part, nous avons rencontré certaines difficultés :

- Lors de nos investigations, nous avons eu connaissance de l'organisation d'une journée de rencontre des professionnels des « Ateliers Equilibre » le 18 septembre 2002 à Rennes. Cette journée nous a semblé être une opportunité dans la connaissance de notre thème, aussi deux membres du groupe y ont participé bien que cette journée se situait hors période du module inter professionnel.
- Plusieurs rendez-vous programmés ont été annulés par nos interlocuteurs. Les entretiens ont été reprogrammés dans la mesure du possible ou ont abouti à des échanges téléphoniques.

1 LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE : BILAN DE L'EXISTANT

Depuis plusieurs années, les ADVC font l'objet d'un recueil de données qui permet une certaine connaissance du phénomène. Une politique nationale est mise en œuvre afin de réduire leur nombre.

1.1 L'organisation des recueils de données

Au début des années 1980, quelques équipes de chercheurs en santé publique réalisaient et publiaient les premières études françaises sur les ADVC. Pour la première fois, était révélée, chiffres à l'appui, la réalité de ces traumatismes dont personne ne parlait.

Plusieurs enquêtes épidémiologiques permettent désormais de cerner le phénomène des accidents de la vie courante en France. Ces enquêtes n'utilisent pas les mêmes méthodes et c'est pourquoi les chiffres sont variables d'une étude à une autre. C'est la Cellule d'Échange et D'Information sur les Accidents de la vie Courante (CEDIAN) qui centralise les données.

La CEDIAN est animée par l'InVS et regroupe six institutions : le Ministère de la santé (DGS et DREES), le Ministère de l'économie (la DGCCRF et l'INSEE), la CNAMTS, l'INPES, l'INSERM et la Commission de Sécurité des Consommateurs.

La CEDIAN utilise également les données du système européen EHLASS qui enregistre les accidents d'après les chiffres fournis par les services d'urgences des hôpitaux. Tous les pays de l'Union Européenne participent à cette enquête dont le recueil s'effectue dans 64 hôpitaux. En France, l'enquête s'effectue depuis 1986 sur la déclaration des accidents dans l'un des services d'urgences des hôpitaux participants (qui varient dans le temps). Il s'agit donc d'un recueil prospectif².

Les différents recueils centralisés par la CEDIAN proviennent de la CNAMTS, de l'INSEE et de l'INPES.

La CNAMTS a missionné 28 CPAM (de 1987 à 1995) pour interroger par voie postale les ménages sur les accidents de la vie courante. Elle recense les accidents qui ont nécessité au moins un soin durant l'année précédant l'enquête. Cette enquête est quant à elle rétrospective.

L'INSEE recense les ADVC dans une enquête décennale sur la santé et la consommation de soins (1991-1992). Elle s'effectue par sondage auprès des ménages.

² Prévention des accidents de la vie courante 1997-1998-1999 Editions CFES

Les baromètres santé, enquêtes réalisées par l'INPES par téléphone, portent sur les opinions, attitudes, comportements et connaissances des Français en matière de santé. Le dernier baromètre (2000) a cherché à cerner l'importance des ADVC au sein de la population mais une mauvaise interprétation du questionnaire a rendu les données inexploitable. La CEDIAC travaille à l'homogénéisation des procédures d'enquête afin d'uniformiser les modes de recueil et ainsi affiner l'observation des ADVC.

Après cette présentation des différents modes de recueil de données, nous présenterons les principaux chiffres relatifs aux ADVC.

1.2 Les données relatives aux ADVC : connaissance d'une réalité

Selon les modalités de recueil, le nombre annuel d'accidents de la vie courante nécessitant un recours aux soins varierait de 4,5 millions (enquête CNAMTS) à 6 millions (enquête EHLASS). D'après la personne rencontrée à l'INPES, les systèmes d'enquête ainsi que les définitions des ADVC sont différents d'un mode de recueil à l'autre, ce qui peut contribuer à expliquer ces écarts.

La fréquence de survenue des accidents décroît régulièrement avec l'âge dans les deux sexes puis augmente à partir de 65 ans. Au cours d'une année, 17% des hommes et 14% des femmes sont victimes d'un accident dans le cadre de leur vie courante.

Sur le plan humain, ces événements ont donc des conséquences graves, voire dramatiques. En 1997, les ADVC ont été responsables d'environ 18000 décès³. Ils ont représenté bien plus du double des décès par accidents de la circulation (7629 décès). En quinze ans, on observe une baisse des décès de 18% aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cette diminution, sensible dans les années 80, a tendance à se ralentir et même à s'inverser en 1998. En effet, on note une recrudescence de la mortalité liée essentiellement à l'augmentation des décès accidentels chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

La fréquence la plus forte de survenue des accidents graves se situe aux âges extrêmes de la vie (les personnes âgées représentent plus de 13000 décès parmi les 18000 décès liés aux accidents de la vie courante).

Au sein des accidents de la vie courante, ce sont les accidents domestiques qui prédominent (61%). Les accidents de sport (14%), scolaires (9%), de loisirs (8%) viennent ensuite mais concernent surtout les 15 – 64 ans. Une analyse détaillée des lieux de survenue montre que

³ La santé en chiffres. Accidents de la vie courante. Editions CFES

la cuisine est le lieu de prédilection des accidents domestiques. Le jardin et la cour représentent eux aussi des lieux à risque.

Les principales causes de décès qui ont pu être analysées sont les chutes, les suffocations et les noyades. La chute est le principal mécanisme accidentel. Elle cause plus de la moitié des accidents et est à l'origine, avec les suffocations, de plus de 71% des décès. Elle présente deux pics de fréquence : avant un an et surtout à partir de 65 ans.

Les lésions les plus fréquemment enregistrées suite à un ADVC sont bénignes (abrasions, contusions, plaies ouvertes) mais leur gravité augmente avec l'âge, comme par exemple les fractures. Parallèlement, ces lésions se diversifient par la pratique du sport et l'accès aux loisirs (entorses, claquages musculaires...).

D'après l'enquête CNAMTS, 73% des accidents recensés ont nécessité un recours à un professionnel de santé. Les victimes s'adressent en priorité à l'hôpital (45%) et aux généralistes (35%). Environ 400 000 séjours hospitaliers de courte durée sont imputables chaque année aux ADVC (pour une durée moyenne de 9 jours). Les rares estimations effectuées pour évaluer les coûts imputables aux ADVC concluent à une charge de 2 milliards d'euros par an.

Les accidents de la vie courante sont aujourd'hui lourds de conséquences aussi bien sur le plan physique et moteur pour les personnes accidentées, que sur le plan économique et social pour la collectivité. En effet 12% d'entre eux nécessitent par exemple un arrêt de travail.

Interrogés par l'INPES sur les différents risques et maladies qu'ils craignent, les Français semblent désormais redouter davantage les accidents domestiques que les accidents du travail.

Selon le baromètre santé 1998 «médecins généralistes»⁴, un praticien sur deux a déclaré avoir donné un conseil concernant les ADVC à au moins un de ses patients au cours des 7 derniers jours.

Cette prise de conscience progressive est encore largement insuffisante quand on sait que la caractéristique principale des ADVC est qu'ils sont évitables.

A partir de ce constat, les pouvoirs publics ont renforcé la réglementation en matière de sécurité et ont développé une politique de prévention.

⁴ Baromètre santé 1998. Editions CFES

1.3 La politique menée au niveau national

La politique nationale consiste en deux types d'actions : une activité de réglementation et de législation et une politique de prévention des ADVC. A l'intérieur de celle-ci est mise en œuvre une politique de prévention des chutes des personnes âgées.

1.3.1 Réglementation et législation

La loi du 21 juillet 1983, inscrite dans le code de la consommation, constitue pour la France le support de base des actions en matière de sécurité. Ce texte est à l'origine de la création de la Commission de la Sécurité des Consommateurs (CSC) et établit l'obligation générale de sécurité des produits et des services (article L 221-1 et suivants du code de la consommation) qui pèse principalement sur les professionnels. Le texte permet :

- par arrêté (article L 221-5) de retirer d'urgence, d'interdire et de suspendre du marché des produits dangereux et l'exercice d'une prestation de service dangereuse.
- par décret (article L 221-3) de réglementer de façon permanente les produits ou les services.

La Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) vérifie de façon générale que les produits mis sur le marché ne présentent pas de risques pour la santé ou la sécurité des consommateurs. Plusieurs normes encadrent la qualité des produits et des services.

La marque NF est d'application volontaire et permet de certifier qu'un produit ou service a passé avec succès les essais et les vérifications précis, exigés par le règlement de la marque NF.

Le marquage CE n'est pas une marque de sécurité. Il est obligatoirement apposé sur les produits réglementés pour permettre leur libre circulation sur le territoire de l'Union Européenne. Il appartient à chaque pays d'effectuer les contrôles.

1.3.2 La politique nationale de santé publique en terme de prévention des ADVC

Au début des années 1980, quatre partenaires publics ont uni leurs efforts de façon constante et concertée, pour prévenir les ADVC : la CNAMTS, le CFES et les 2 Ministères, « emploi et solidarité », « économie, finances et industrie ». C'est à partir de 1983 que des initiatives d'envergure sont prises par le CFES.

Des stratégies et des programmes complémentaires ont été mis en place : campagnes nationales de communication (spots publicitaires, production de films TV...), actions de proximité (santé communautaire, éducation à la prévention des risques chez les jeunes enfants...), formation des intervenants médico-sociaux ou éducatifs (enseignants, aides-maternelles, personnels soignants...), mise en place de réseaux d'alerte (par exemple, procédure de retrait de matériel détecté comme défectueux et dangereux en terme de santé).

Les axes stratégiques dégagés pour la mise en œuvre du plan de communication sur la prévention des ADVC ont été les suivants :

- Informer chacun des publics sur les accidents les plus fréquents et leur donner les moyens d'y faire face en suscitant des modifications de comportements chez les personnes âgées, les parents, les adolescents et les enfants et en leur apportant les moyens d'identifier les risques, d'anticiper les dangers et d'éviter l'accident.
- Faire évoluer les représentations sur les mesures de prévention et notamment les équipements domestiques pouvant être mis en place pour éviter les accidents.
- Faire prendre conscience de la persistance du problème en combattant les idées reçues et le fatalisme.

Une baisse significative mais insuffisante du nombre d'ADVC a conduit le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) à retenir ce thème comme priorité nationale de santé publique en 1994.

A partir de 1996, la CNAMTS et le CFES ont pris le relais du Ministère de l'Economie et des Finances (ministère qui depuis 1988 était à l'initiative des grandes campagnes nationales) pour la mise en œuvre des campagnes de communication sur le thème des ADVC.

La Direction Générale de la Santé (DGS) est un partenaire privilégié dans la préparation et le financement des campagnes de prévention, dans la rédaction de brochures, dans le choix des priorités en matière de programmation de campagnes...

Dans le cadre du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires (FNPEIS), la CNAMTS a demandé au CFES de mettre en place des plans de communication sur trois ans. Il s'agissait d'inscrire les actions dans la durée et de réfléchir pour cela à des stratégies de communication. La mise en place du plan 1997-1999 devait permettre une plus grande cohérence et faciliter l'articulation entre la communication nationale et les multiples modalités des actions de proximité. Ce plan définissait trois axes

principaux : la communication de rappel sur la prévention des accidents d'enfants, la prévention des chutes des personnes âgées et la prévention des accidents de sport et de loisirs chez les adolescents et les jeunes adultes. Le second axe a été privilégié au cours de ces trois années, alors que le troisième axe n'a été mis en place qu'en 1999. Après avoir achevé le premier plan triennal de communication et avant de démarrer le second (2000-2002), l'ensemble des éléments d'évaluation a été analysé afin de pouvoir en tirer des enseignements pour les années futures.

Les campagnes nationales portent souvent sur la promotion d'actions de prévention spécifiques en direction de publics cibles, c'est notamment le cas pour la prévention des chutes chez les personnes âgées.

Au delà des campagnes d'information générale, les actions nationales sur les ADVC sont relayées par des actions de proximité. Toutefois, on constate que beaucoup d'initiatives locales sont impulsées sans réel lien avec le niveau national et sans connaissance réciproque. A l'issue des entretiens, il apparaît que ce manque de coordination est en partie dû au cloisonnement administratif et au manque de travail en réseau.

1.3.3 Un exemple de politique nationale : la prévention des chutes des personnes âgées

Pour illustrer l'action possible en terme de prévention, nous avons choisi de prendre pour exemple les chutes des personnes âgées.

Le nombre annuel de chutes chez les personnes de plus de 65 ans est de 2 millions et celles-ci entraînent près de 9000 décès.

La part des chutes augmente progressivement avec l'âge pour représenter deux tiers des décès par an chez les personnes de plus de 75 ans. Environ 33% des personnes âgées et 67% des résidents dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) chutent au moins une fois dans l'année. Ces chutes ont également des conséquences en terme d'hospitalisation et de soins. Ainsi, chaque année, les fractures du fémur et du membre supérieur sont à l'origine de 91 000 séjours hospitaliers de personnes âgées de plus de 75 ans, dont 80% donnent lieu à une intervention chirurgicale.

La DGS élabore depuis 1997 un programme triennal de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles. Le plan 2003-2005 a pour objectif de prévenir la perte d'autonomie lorsqu'elle est évitable, et s'articule autour de trois axes :

- Développer des actions de prévention répondant aux problématiques spécifiques liées à l'âge : risque de chute, dénutrition, incontinence, risque lié à la polymédication.
- Adapter le dispositif de soins aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles.
- Renforcer l'exercice de la médecine gériatrique.

L'INPES (ancien CFES) est engagé dans des actions de prévention des chutes des personnes âgées. Ces actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile et de diminuer le coût de la prise en charge des chutes par l'Assurance Maladie. Le plan triennal 2000-2002 se décompose en plusieurs axes de prévention avec la diffusion de brochures sur l'aménagement du domicile des personnes âgées, l'alimentation, l'exercice physique et la mise en place d'une campagne télévisée sur France 2.

Un référentiel de bonnes pratiques de la prévention des chutes chez les personnes âgées est en cours de production dans le cadre du projet francophone international avec la Suisse, la Belgique et le Québec. Cet outil est destiné aux intervenants souhaitant mettre en place des programmes de prévention et sera testé auprès des médecins des CPAM, puis il sera diffusé en 2003 et évalué en 2004.

Le référentiel marquerait un tournant dans la politique de prévention des chutes qui reste encore le fait d'initiatives locales dispersées.

Après avoir étudié la politique de prévention des chutes au niveau national, l'un des intérêts du module interprofessionnel est d'étudier ce qui se passe sur le terrain. C'est pourquoi nous avons retenu l'exemple breton comme déclinaison concrète de la politique nationale de prévention des chutes.

2 UNE DECLINAISON REGIONALE DE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE : LA PREVENTION DES CHUTES DES PERSONNES AGEES EN BRETAGNE

La démarche de prévention des chutes des personnes âgées se décompose en plusieurs éléments.

2.1 Les actions de prévention à destination des personnes âgées

Les actions de prévention des chutes en direction des personnes âgées se déclinent en deux principaux axes : la prévention des chutes et de leurs conséquences par une activité physique ciblée en ateliers, et la sensibilisation des personnes âgées à l'aménagement de leurs conditions de vie et de leur domicile.

➤ La prévention des chutes et de leurs conséquences par l'activité physique.

Deux types d'ateliers d'exercices physiques à destination des personnes âgées ont été recensés en Bretagne. Il s'agit des *ateliers Equilibre* et des ateliers *Equilibre Age*, qui consistent en séances de petits exercices physiques : mobilité, souplesse, équilibre...

Les ***Ateliers Equilibre*** ont initialement été expérimentés dès 1992 de façon probante en Bourgogne. D'autres régions ont suivi l'exemple. Ainsi, en Bretagne, s'est constitué un comité de pilotage en janvier 1999 regroupant plusieurs acteurs de domaines différents (CHU, Comité régional de Bretagne de la FFEPGV, Comité Régional Olympique et Sportif, représentants de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports...).

Le label *Atelier Equilibre* a été déposé par la CRAM de Bourgogne à l'Institut National de la Propriété Intellectuelle. Il implique pour la création de tout nouvel atelier, le respect d'un cahier des charges précis en matière d'organisation et de fonctionnement.

Ces ateliers *Equilibre* s'adressent à toutes les personnes âgées sans critère de sélection en dehors d'un âge minimum requis de 55 ans et ont pour objectif premier de prévenir la chute. La rencontre avec d'autres personnes âgées permet le renforcement du lien social et améliore ainsi l'équilibre psychologique des participants. Selon l'avis de plusieurs acteurs de santé interviewés, cela a aussi pour effet d'améliorer l'équilibre postural des sujets.

Un atelier est autorisé à fonctionner durant 12 séances pour un groupe de 10 à 14 personnes. Au-delà de l'action de prévention, l'objectif est d'orienter les personnes vers des activités physiques d'entretien sur du plus long terme (Université du Temps Libre, autres ateliers....).

La moyenne d'âge des participants se situe autour de 65 ans. Les ateliers concernent davantage les personnes vivant à leur domicile, celles vivant en institution semblant plus difficiles à atteindre faute d'animateurs.

Parmi les *Ateliers Equilibre*, certains ont été créés en Bretagne dans le cadre d'un Programme Régional d'Assurance Maladie (PRAM) de prévention des ADVC qui concerne à la fois la personne âgée et le jeune enfant . Ces huit sites ont été choisis en raison de la pré-existence sur place d'une action de prévention des ADVC chez les jeunes enfants. Ces sites « pilotes » font l'objet d'une évaluation par le financeur, l'Assurance Maladie.

- Les **Ateliers Equilibre Age** sont une initiative du Comité Départemental de Prévention en Kinésithérapie des Côtes d'Armor. Le CDPK veut garder une marge de manœuvre que ne permet pas le label *Atelier Equilibre*. Il tient à garder son identité professionnelle. Le projet est mis en œuvre depuis 1999.

Ces ateliers s'effectuent en Côte d'Armor essentiellement, mais aussi dans le Finistère dans le cadre de l'Union Départementale des Associations de Retraités et Personnes Agées (UDARPA). Les CDPK du Morbihan et d'Ille et Vilaine envisagent d'en créer. Le public ciblé est plus âgé que celui des *Ateliers Equilibre*

Ils visent deux publics distincts : les personnes âgées des foyers logements (moyenne d'âge de 86 ans) dont l'état physique est compatible avec les ateliers et celles vivant à domicile dont l'âge oscille entre 65-75 ans.

Les séances (8 séances de 1h30 ou 12 séances de 1h) sont exclusivement animées par un kinésithérapeute et s'adaptent au rythme de vie des personnes âgées. Elles sont parfois jugées fatigantes, voire épuisantes, mais cet aspect est apprécié des participants.

L'UDARPA Finistère recourt dans le cadre de son plan départemental de la promotion de l'équilibre (lancé en 1997) aux deux types d'ateliers. Elle vise principalement un public rural. Le plan est développé commune par commune, avec une sensibilisation des différents acteurs locaux (professionnels : personnel des foyers logement, du maintien à domicile, bénévoles) aux problèmes des chutes. Le choix entre *Equilibre* et *Equilibre Age* se fait selon la disponibilité et la présence de ces acteurs. S'ils peuvent paraître concurrents, ce qui importe pour l'UDARPA est la satisfaction des personnes âgées.

La mise en place des *Ateliers Equilibre* est parfois problématique. D'une part, il est parfois difficile de trouver des animateurs car ceux-ci sont souvent bénévoles, et d'autre part, il n'est pas aisé de constituer des groupes de dix personnes surtout en milieu rural, le problème des transports l'expliquant en partie. L'ouverture des ateliers dès 55 ans permet d'élargir le public potentiel.

Ces deux types d'ateliers partagent les mêmes objectifs concernant la qualité de vie des personnes mais s'adressent à une population cible différente avec une démarche de prévention et d'éducation pour la santé qui n'a pas la même portée : les *Ateliers Equilibre* appréhendent la démarche en amont des risques pour permettre aux personnes d'assimiler la démarche de gestion des risques sur le long terme, tandis que les ateliers *Equilibre âge* se situent davantage auprès des personnes âgées plus fragilisées.

➤ La sensibilisation des personnes âgées à l'aménagement de leur domicile

Cet aménagement fait l'objet de mesures de sensibilisation. Par exemple, lors des conférences de présentation des ateliers, le CDPK informe les personnes sur l'aménagement du logement. Ils utilisent pour cela les brochures de l'INPES.

Les acteurs en lien avec les personnes âgées peuvent aussi avoir recours à l'association « PACT ARIM », qui est composée de personnes physiques et morales. Les PACT ARIM constituent le premier réseau associatif au service de l'habitat en Bretagne. Ils disposent de personnels aux compétences diversifiées (architectes-urbanistes, sociologues, chargés d'études...) pour conseiller les personnes âgées dans l'aménagement de leur habitat et les aider à la constitution du dossier administratif en vue d'obtenir des aides financières.

Les équipes médico-sociales du Conseil Général interviennent auprès des personnes âgées ayant déposé un dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) afin de procéder à une évaluation des besoins d'aménagement de l'habitat.

Le CHU de Rennes organise, lors du retour à domicile d'un « chuteur », le déplacement d'un ergothérapeute et d'une assistante sociale à domicile pour le conseiller sur l'aménagement de l'habitat.

Par ailleurs, les personnes âgées peuvent recourir en milieu urbain, parfois avec l'aide des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), au système de téléalarme qui permet, entre autres, une intervention plus rapide des secours en cas de chute.

Enfin, certaines actions de prévention simples peuvent aussi avoir lieu, comme l'incitation à porter des chaussons adaptés.

Concernant l'aménagement du domicile, les acteurs interviennent de façon isolée, et les réseaux de diffusion potentiels de l'information dans ce domaine sont peu ou mal utilisés. Ainsi, selon l'une des personnes ressources, il n'y a pas de lien visible entre le Conseil Général et l'URCAM.

Les actions de prévention des chutes des personnes âgées impliquent aussi la mise en place d'actions spécifiques auprès des professionnels en contact avec elles.

2.2 Les actions en direction des professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

Ces actions consistent principalement voire uniquement en des formations. En effet, la prévention des chutes chez les personnes âgées, pour être efficace et adaptée, doit être faite par des personnes sensibilisées et plus encore, formées spécifiquement à ce phénomène de santé publique.

2.2.1 L'action de formation auprès des professionnels qui interviennent à domicile

Le programme Para-chute et ses développements :

La CRAM a mené dès 1991 un programme de prévention des chutes (Para-chute) en ciblant notamment l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, par l'intermédiaire de la formation de professionnels intervenant à domicile (aides à domicile, aides ménagères).

Il a été constaté alors que les aides ménagères étaient en manque d'informations mais qu'elles constituaient d'excellents relais auprès des personnes âgées. En outre, souffrant d'un manque de qualification ainsi que de reconnaissance, elles sont fortement mobilisées pour suivre ces formations. De 1991 à 1992, ont été formés 3000 à 3500 professionnels.

La CRAM a décidé ensuite de créer un module plus complet : le *pack senior forme et santé 1,2,3*. Trois domaines sont visés : les chutes, l'alimentation, les modes de vie (hygiène, sommeil).

Ces formations sont dispensées gratuitement par la CRAM et peuvent également concerner les personnels travaillant en institution.

2.2.2 Action de formation auprès des professionnels qui animent des ateliers

➤ Les Ateliers Équilibre

Ces ateliers sont ouverts sur l'initiative exclusive des personnes ayant reçu la formation dispensée par la FFEPGV. Pour devenir animateur, un pré-requis de niveau de qualification est exigé. Depuis 1999, cinquante animateurs ont été formés. Le financement de la formation est assuré par le Comité Régional de la fédération (subventionné en partie par la CRAM).

➤ Les Ateliers Équilibre Age

Tous les kinésithérapeutes doivent suivre une formation assurée par le CDPK.

Les kinésithérapeutes formés peuvent ensuite essayer de créer un atelier dans leur canton (cela facilite les démarches, car ils sont connus du public et des structures administratives).

Les formations spécifiques sont hétérogènes par le contenu qu'elles dispensent, par les publics qu'elles concernent et par leur déroulement. Toutes visent le même but, mais les modalités employées sont différentes : formation de personnes (aides ménagères) en contact régulier et direct avec les personnes âgées d'une part, formation de bénévoles ou de professionnels pour les ateliers d'autre part. Les *Ateliers Equilibre* et *Equilibre Age* se distinguent ici par le public formé.⁵

Toute action de prévention, qu'il s'agisse d'information, de formation ou d'intervention ne peut se concrétiser que grâce à des apports financiers. Au delà des montants octroyés, il s'agit de rationaliser au mieux leur répartition au niveau local.

⁵ Pour devenir animateur des *Ateliers Equilibre*, un pré-requis de niveau de formation est exigé :

- niveau 4 minimum dans l'animation physique, : BEESAPT, BEATEP, avec expérience d'encadrement de public âgé, ou
- diplômes fédéraux spécifiques public retraité, homologués par le MJS ou
- niveau 3 minimum des professions de santé et faisant état d'une expérience dans l'animation de public retraité

Les animateurs des *Ateliers Equilibre Age* sont kinésithérapeutes

2.3 Le financement des actions

Les actions de prévention sont essentiellement financées par des fonds publics provenant des organismes de sécurité sociale, des services déconcentrés et des collectivités territoriales.

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) regroupe plusieurs caisses de la région Bretagne (5 CPAM, les 4 MSA et la CMR) qui perçoivent des fonds de la CNAMTS, par l'intermédiaire du FNPEIS. L'URCAM élabore le PRAM.

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) a la possibilité de choisir ses propres orientations en fonction des thèmes retenus nationalement, des besoins propres à la population de sa région et de la volonté des agents de son service. Elle reçoit par ailleurs les fonds de la CNAMTS afin de financer le PRAM.

Le financement concerne la création d'ateliers, la rémunération des animateurs et la participation des personnes âgées.

Pour les Ateliers Equilibre :

Ceux inscrits dans le PRAM sont exclusivement financés par la CRAM. à hauteur de 1500 € pour une ouverture et 915 € dans le cadre d'un renouvellement. Il s'agit d'un financement complet qui couvre le fonctionnement des ateliers, l'achat de matériel, la location de salle et la rémunération de l'animateur.

Ceux ouverts sur d'autres sites dans le cadre de la FFEPGV sont financés par une somme versée par les Comités départementaux (CODEP) de cette fédération (subventionnés par les CPAM) ainsi que par une cotisation des adhérents d'environ 38 €, et éventuellement par des subventions des Conseils Généraux. En plus de ces subventions d'installation, les animateurs reçoivent du CODEP une indemnité de 275 € pour l'ensemble des séances.

Les ateliers ouverts à l'initiative d'animateurs ayant reçu la formation dispensée par la FFEPGV et voulant créer leur propre atelier sont exclusivement financés par les cotisations des adhérents dont le montant est fixé par les animateurs.

Ces deux dernières catégories d'ateliers font l'objet de demandes de subventions examinées par la CNAMTS puis transmises pour financement éventuel à la CRAM.

Les animateurs travaillant en institution sont quant à eux bénévoles.

La participation des personnes âgées aux ateliers est donc variable, allant de la gratuité (dans le cadre du PRAM) à une cotisation fixée soit par l'animateur (pour les ateliers créés hors FFEPGV), soit par la FFEPGV (pour les ateliers hors PRAM.)

Pour les Ateliers Equilibre-Age :

Ils sont financés essentiellement par des subventions provenant d'organismes de sécurité sociale et du Conseil Général. L'intervention du CDPK, à travers des actions de prévention en entreprises financées par les employeurs, permet de constituer un fonds de roulement de trésorerie. Ce fonds représente une avance couvrant les frais d'ouverture d'un atelier dans l'attente du versement de subventions.

Les participants aux ateliers "Equilibre-Age" versent une cotisation de 10 € exceptées les personnes vivant en foyer, celui-ci en assumant la charge.

Pour l' UDARPA :

Le financement provient du FNPEIS et de subventions du conseil général, très impliqué dans ce projet.

Les différents financements recensés, parfois méconnus des acteurs locaux, sont très variables d'une action à l'autre et d'un secteur géographique à l'autre. Malgré leur bonne volonté, les intervenants n'ont pas d'interlocuteur privilégié à qui s'adresser dans les administrations pour le montage financier de leur projet. Cette situation rend d'autant plus nécessaire une collaboration étroite entre les différents acteurs.

2.4 La coordination, coopération et complémentarité des acteurs

L'URCAM réunit annuellement une commission technique composée d'un représentant de chaque CPAM, MSA et CMR pour décider du financement des projets proposés par les différents promoteurs et permettre une meilleure coordination de ces derniers.

D'autre part, un réseau gérontologique est en cours de constitution à l'initiative du CHU de Rennes et se concrétise par des liens entre l'équipe de gériatrie du CHU, les médecins gériatres et l'équipe paramédicale de deux maisons de retraite. Il n'existe pas de contact avec les hôpitaux locaux .

Au niveau de *l'Atelier Equilibre*, plusieurs réunions annuelles sont programmées et rassemblent entre autres : les financeurs, les animateurs, les responsables de l'organisation et les médecins du CHU de Rennes, afin d'échanger sur les actions de prévention mises en

place et leur suivi. De plus, certains CCAS apportent leur contribution pour faciliter la mise en place des actions de prévention (prêt de locaux).

Les kinésithérapeutes des *Ateliers Equilibre âge* prennent contact avec les médecins traitants, pour signaler les difficultés propres à certaines personnes âgées suivies.

Une mutualisation des actions et des moyens ne semble pas émerger. En effet, il existe peu de coordination des acteurs mais plutôt une coexistence voire une concurrence.

L'insuffisance de coordination entre les différents partenaires s'explique en grande partie par :

- une mauvaise connaissance des actions des uns et des autres.
- un manque de continuité des actions entre la politique nationale, régionale et départementale, ce qui induit des initiatives isolées et locales.
- un cloisonnement entre les *Ateliers Equilibre* et *Equilibre âge*.

Toute action de prévention nécessite une sensibilisation et une prise de conscience du phénomène par le public visé. Celle-ci doit donc passer par des stratégies de communication et de médiatisation.

2.5 La médiatisation et la communication

La médiatisation des actions de prévention s'opère différemment selon l'endroit où se situent les personnes à sensibiliser et selon les acteurs qui la mettent en œuvre.

Les brochures de l'INPES sont diffusées auprès des personnes âgées par l'intermédiaire des CRAM, CPAM, CRES et CODES, des Conseils Généraux, des DDASS et des mairies.

Les politiques ministérielles de prévention connaissent des difficultés à atteindre les échelons régionaux et départementaux. En effet, il manque des relais à ces échelons pour en assurer la diffusion.

La médiatisation en foyer logement se fait par le biais de conférences avec le personnel, les familles et les personnes âgées intéressées.

En milieu rural, elle passe par des conférences dont la publicité est assurée par les mairies, les commerces de la commune, la presse locale, le CCAS et l'envoi de lettres aux médecins généralistes, mais aussi par le bouche à oreille.

Dans certains cas, il incombe aux animateurs de se mobiliser pour sensibiliser les acteurs locaux (élus municipaux, commerçants, assureurs, associations du troisième âge, aides

ménagères...). A cette fin, ils utilisent différents moyens de communication : courriers, affiches, tracts, dépliants, articles dans la presse locale, réunions, rencontres, journées d'information.

Il existe divers moyens de communication et une pluralité d'acteurs qu'il est nécessaire d'évaluer. En effet, toute action de prévention trouve sa légitimation et sa pérennisation dans son évaluation et ce d'autant plus qu'elle repose sur des fonds publics.

2.6 L'évaluation

Il existe plusieurs niveaux d'évaluation des actions.

2.6.1 L'évaluation des actions en direction des personnes âgées

Il existe des évaluations sur l'activité des ateliers. Cependant, chaque association a mis en place ses propres outils d'évaluation mesurant le nombre de participants, leurs progrès et leur niveau de satisfaction. Les évaluations sous forme de questionnaires sont parfois ressenties comme une surcharge de travail pour les animateurs.

Toutes les évaluations tendent à montrer les bénéfices apportés par les ateliers. Il est noté par certains professionnels une amélioration de l'équilibre, une reprise d'activités extérieures, une plus grande confiance en soi, une meilleure aptitude à se relever. Ils espèrent ainsi une moindre gravité des conséquences des chutes pour les personnes ayant suivi les ateliers. Toutefois, la diminution du nombre de chutes n'a pas été démontrée jusqu'à présent, dans la mesure où les personnes âgées se montrent parfois plus entreprenantes et ont des comportements plus risqués à l'issue de ces ateliers. Dans tous les cas, il ne faut pas négliger les effets positifs liés à la resocialisation.

Une société extérieure a été mandatée par l'URCAM pour évaluer les résultats et étudier la complémentarité des *Ateliers Equilibre* et *Equilibre Age*.

En ce qui concerne l'aménagement de l'habitat des personnes âgées, aucune évaluation de l'effet de cette mesure n'a été réalisée, ni en terme d'impact sur le nombre de chutes, ni sur la satisfaction des personnes âgées.

2.6.2 L'évaluation des actions de formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées

Il existe une évaluation de la formation *Pack senior 1 – 2 –3* dont les résultats sont envoyés aux responsables des associations ou du CCAS. Elle ne porte pas sur les chutes des personnes âgées mais sur la satisfaction des professionnels formés. Il est difficile de mesurer si cette formation a par effet indirect un impact sur l'incidence et la prévalence des chutes.

2.6.3 L'évaluation du financement

Par ailleurs, il existe une évaluation du financement des projets. Un bilan annuel est assuré par l'URCAM à partir d'un formulaire retourné par chaque promoteur. Selon les résultats des évaluations, le financement de certains projets peut être suspendu.

De façon générale, il est observé un manque de concertation entre les différents acteurs pour l'évaluation des actions. Par exemple, dans le Finistère, les ateliers *Equilibre Age* sont évalués par le CDPK et l'UDARPA.

De plus, la question se pose de savoir si les indicateurs choisis sont suffisamment pertinents.

Cette étude a permis de pointer les étapes essentielles d'une démarche de prévention et d'observer des éléments spécifiques à la prévention des chutes en Bretagne. Notre analyse nous a amené à dégager certains axes d'amélioration de la démarche préventive des ADVC.

3 DES PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

La politique de prévention des ADVC développée depuis plusieurs années pourrait être améliorée tant au niveau de sa conception que de sa mise en œuvre.

3.1 Vers une amélioration des connaissances des accidents de la vie courante

Afin de réduire les ADVC, une meilleure connaissance de ceux-ci est nécessaire. Cela passe par une harmonisation des recueils de données, le développement d'une approche psychosociale et anthropologique du phénomène, ainsi que par une sensibilisation accrue du public et des acteurs.

3.1.1 L'harmonisation des recueils de données

Actuellement la diversité des outils de recueil de données ne permet pas une lisibilité précise de la réalité du phénomène (nombre des ADVC et de leurs conséquences). C'est pourquoi il serait nécessaire d'harmoniser les méthodes de recueil des données. Cette harmonisation pourrait s'appuyer sur l'utilisation d'une définition commune des ADVC par les différents instituts de recensement. Une même procédure de quantification effectuée régulièrement pourrait également permettre de réaliser des analyses comparatives. Ainsi, les priorités retenues et intégrées dans les programmes nationaux de santé publique seraient davantage en adéquation avec les besoins de la population.

Au regard des plans triennaux de prévention, nous nous interrogeons sur la pertinence de la fréquence des recueils de données. En effet, les dernières données disponibles datent de 1997 alors qu'un nouveau programme (2002-2005) est en cours de réalisation.

3.1.2 Une approche psychosociale et anthropologique du phénomène à développer

Les actions de prévention et de promotion de la santé s'intéressent à des problèmes de santé évitables, liés en partie à des comportements. Or, lors de notre étude, nous avons trouvé peu d'informations bibliographiques sur l'approche psychosociale et anthropologique des ADVC.

S'interroger sur les représentations que se font les personnes des ADVC permettrait de mieux les connaître, de comprendre la dynamique qui génère l'accident et ainsi d'adapter les

campagnes de prévention. En effet, chaque personne en fonction de son âge, de son sexe, de son milieu culturel et socio-professionnel a une perception différente du message préventif.

3.1.3 Une meilleure sensibilisation du public et des acteurs

En raison des différents types de population à sensibiliser, il apparaît, de l'avis de plusieurs personnes rencontrées, que les campagnes de masse se révèlent en réalité peu efficaces. Il semble plus intéressant de décliner ces campagnes en fonction du public visé.

De même, tous les acteurs institutionnels, professionnels et associatifs en contact avec le public, victime potentielle d'un ADVC, doivent relayer les messages de sensibilisation. L'accent doit être mis lors des formations initiales et continues sur la démarche de prévention et les problématiques de santé publique.

3.2 Vers une législation plus étendue

Il existe actuellement des normes de sécurité pour l'aménagement des logements collectifs (maisons de retraite, locaux associatifs) mais nous nous interrogeons sur leur transposition dans la sphère privée.

Une possibilité d'intervention serait d'imposer certaines normes techniques de fabrication, quel que soit le domaine, afin de prévenir le plus tôt possible l'apparition du risque. Par exemple, pour tous les bacs de douche, un revêtement antidérapant pourrait être obligatoire.

3.3 Vers un financement pluriannuel

La prévention s'inscrit dans le long terme, comme le montrent les différents plans triennaux et les PRAM. Or actuellement, le financement des projets reste annuel, ce qui peut constituer un frein à la création comme à la poursuite des projets. Une réflexion serait à engager sur le financement pluriannuel.

A l'instar des contrats d'objectifs et de moyens introduits dans les établissements de santé, une démarche similaire semblerait préférable pour le financement des projets afin d'en assurer la pérennité. Ainsi, chaque promoteur s'engagerait sur les objectifs à atteindre, le plan d'actions à mettre en œuvre, le suivi et l'évaluation en contrepartie de la garantie d'un financement.

3.4 Vers un décloisonnement vertical et horizontal des acteurs et des actions

Pour pallier les défaillances de circulation de l'information du niveau national au niveau local et inversement, il conviendrait de formaliser et développer les canaux de transmission existants. Au sein d'un même échelon (par exemple régional) un cloisonnement horizontal peut également s'observer. De nombreuses initiatives existent mais ne sont ni reliées ni coordonnées entre elles. Afin de remédier à cette méconnaissance mutuelle des acteurs et des actions, il paraîtrait utile de réunir les acteurs par le biais de rencontres et séminaires réguliers, organisés et coordonnés par une cellule permanente. Ces rencontres pourraient être ciblées sur des thèmes précis. Ainsi une éventuelle cellule régionale permanente des ADVC pourrait regrouper le Conseil Général, l'URCAM, un représentant des usagers, un représentant des médecins libéraux, des associations...

Par ailleurs, il serait sans doute pertinent d'élaborer et de diffuser un répertoire recensant pour chaque ADVC, l'ensemble des initiatives et des actions entreprises sur le territoire, les partenaires éventuels, les modes de financement... En effet, celui-ci pourrait permettre un enrichissement mutuel et d'éviter les écueils et les démarches redondantes.

Le découpage complexe entre les domaines sanitaire et social et la répartition des compétences issue des lois de décentralisation rend parfois le système opaque. C'est pourquoi, à chaque échelon quel qu'il soit, il serait souhaitable de pouvoir identifier dans les différents administrations ou organismes financeurs, un interlocuteur privilégié référent pour chaque thème de santé publique. Les démarches administratives en seraient facilitées pour les éventuels promoteurs de projets.

La constitution de réseaux gérontologiques ou de réseaux ville-hôpital devrait s'appuyer davantage sur une véritable collaboration entre :

- les différents services hospitaliers
- les différents types d'hôpitaux (CHU - Centres Hospitaliers - Hôpitaux locaux) et les établissements d'hébergement pour les personnes âgées
- les hôpitaux et les médecins libéraux
- tous les acteurs intervenant auprès des publics cibles comme les infirmiers libéraux, les kinésithérapeutes, les assistantes sociales, les auxiliaires de vie sociale et les aides ménagères.

Ce type de réseau permet l'utilisation optimale des compétences de chacun et renforce notamment les actions de prévention pour les rendre plus globales et plus efficaces.

La coordination des acteurs favoriserait la mutualisation des moyens. Par exemple, pour une même zone rurale, un local équipé pour les activités de prévention des chutes pourrait être utilisé par différentes associations comme *Equilibre* et *Equilibre-Age*.

Enfin, pourrait être envisagée pour les ADVC, la mise en place d'entretiens confraternels entre les médecins des services déconcentrés (DDASS) et/ou décentralisés (Conseil Général) et les médecins libéraux comme cela existe actuellement pour le diabète et l'hypertension artérielle. Cela contribuerait à faire passer efficacement le message de prévention auprès des médecins libéraux.

3.5 Vers une évaluation accrue et affinée

En règle générale, l'évaluation des actions doit être développée. Au-delà de la satisfaction des personnes visées, il faudrait chercher à mesurer l'impact des actions menées par rapport à l'objectif auquel s'attache la prévention (par exemple, savoir si les ateliers ont permis une diminution des chutes). Pour cela, pour chaque type d'ADVC devraient être déterminés des indicateurs pertinents et communs permettant de mesurer l'impact en terme de morbidité et de mortalité.

En ce qui concerne la chute des personnes âgées, les indicateurs devraient permettre de connaître les résultats des ateliers à une échéance donnée, notamment le nombre de chutes ayant entraîné une hospitalisation, une institutionnalisation, une perte d'autonomie, le recours à une tierce personne...

L'élaboration d'un référentiel regroupant ces indicateurs utilisés par tous, permettrait des analyses plus fiables et la comparaison des résultats.

CONCLUSION

Le module interprofessionnel nous a permis de mieux comprendre la démarche de prévention autour d'un problème de santé publique avec ses intérêts, ses difficultés de conception, de mise en œuvre, d'évaluation et ses limites.

L'intérêt de ce travail a notamment résidé dans la rencontre avec les acteurs et professionnels de terrain. Cette approche a révélé la complexité de concrétiser des programmes de prévention et la difficulté de coordination des acteurs.

Il nous est apparu que les difficultés observées dans le cadre de la chute des personnes âgées pouvaient se reproduire pour d'autres types d'ADVC et que les marges d'amélioration que nous avons proposées pourraient, dans une certaine mesure, être elles aussi transposables.

Les accidents de la vie courante restent un phénomène de masse largement sous-étudié, dont la visibilité médiatique est encore aujourd'hui trop faible. Ce manque de sensibilisation de la population française s'explique peut être en partie par la diversité de ce phénomène. Pourtant le poids des ADVC en terme de vies humaines, d'impact économique et social est considérable et doit être à l'origine d'une volonté politique de financement nécessaire à leur diminution.

GLOSSAIRE

Education pour la santé : stratégie de santé publique participant à la prévention. Les comportements et les habitudes de vie sont au centre de la problématique de l'éducation pour la santé. Elle regroupe l'ensemble des interventions éducatives (information, communication, sensibilisation...) permettant aux personnes d'acquérir les compétences pour effectuer les changements.

Epidémiologie : étude de la distribution des maladies et des états de santé dans les populations humaines ainsi que des facteurs de risque des maladies. L'épidémiologie peut être descriptive, analytique et évaluative.

Indicateur de santé : mesure de l'état de santé de la population. Parmi les plus utilisés, on distingue les indicateurs démographiques, de mortalité et de morbidité.

Prévention : selon l'OMS, la prévention est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents ». Par rapport à la survenue de la maladie, on distingue :

- la **prévention primaire** qui agit avant la survenue de la maladie : « ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas ».
- la **prévention secondaire** qui a lieu lors de la maladie : « ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution ».
- la **prévention tertiaire** qui prend place après la maladie : « ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie ».

Promotion de la santé : processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Elle a pour fonction de montrer aux individus l'importance de la santé qui ne se réduit pas uniquement au secteur sanitaire mais dépasse les modes de vie sains pour viser le bien être.⁶

La promotion de la santé englobe l'éducation à la santé en lui ajoutant une dimension environnementale, en étant moins centré sur l'individu, le groupe et leurs comportements.

Taux brut de mortalité : nombre de décès survenant au cours de l'année / population totale

Taux d'incidence : nombre de nouveaux cas apparus pendant une période donnée / population au milieu de cette période.

Taux de prévalence : nombre de cas d'une maladie donnée à un moment donné / population à ce moment donné

⁶ Charte d'Ottawa, 1986

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Duval C., Salomon L., *Les accidents de la vie courante*, Direction Générale de la Santé. Documentation Française 1997.
- Levy A., Cazaban M., Duffour J., Jourdan R. *Santé publique*, janvier 1998, 3^{ème} édition : Masson, Paris.
- Pomey M.-P., Poullier J.-P. , Le Jeune B., *Santé Publique*, mai 2002, édition Ellipses, Paris.
- Teissier S., Andreys J.-B., Ribeiro M.-A. *Santé publique et santé communautaire*, Paris 1996. Editions Maloine

Revue

- *Revue Prescrire*, février 2002, tome 22, n°225, page 136.
- ORS, CRAM Bretagne. *Les personnes âgées en Bretagne aujourd'hui*. Mai 1996

Autres

- *Baromètre santé 1998*. Editions CFES
- *Baromètre santé 2000*. Editions CFES 2001
- Bastide H., *Bénéfice des Ateliers Equilibre en Bretagne. Résultats préliminaires sur les 104 premiers participants*. Thèse en vue du diplôme d'Etat de Docteur en médecine, 2001.
- *La santé en chiffres. Accidents de la vie courante*. Editions CFES
- *Prévention des accidents de la vie courante 1997-1998-1999* Editions CFES
- Programme Régional de l'Assurance Maladie. Projet triennal de prévention des accidents de la vie courante en Bretagne. URCAM.
- Rapport Du Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France en 2001*, janvier 2001.

Sites internet

www.bdsp.tm.fr/ : Banque de Données de Santé Publique

www.cfes.sante.fr : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (ancien CFES)

www.cvotresante.fr : site médical de vulgarisation

www.hcsp.ensp.fr : Haut Comité de la Santé Publique

www.invs.sante.fr : Institut National de Veille Sanitaire

www.prevention.ch : site sur les accidents de la vie courante

www.sante.gouv.fr : Ministère de la santé

www.insee.fr : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Liste des annexes

Annexe N°1 : Grille d'entretien

Annexe N°2 : Personnes ressources rencontrées

ANNEXE N°1

GRILLE D'ENTRETIEN

1 – Quel est votre rôle dans la prévention des accidents de la vie courante et plus particulièrement concernant la chute des personnes âgées ?

Etat des lieux :

- Identification de l'organisme et de l'interlocuteur.
- Zone d'intervention géographique et public ciblé.
- Quand ? Prise de conscience collective du problème, début des actions, périodicité, durée.
- Comment ? Politique nationale, régionale, locale. Stratégie. Méthodologie, outils.
- Pourquoi ? Fait déclenchant, impact de la qualité des prescriptions médicales sur la politique de santé publique. Médiatisation du problème = pré-connaissance de celui-ci par le public. Coût économique et humain.

2 – Pourriez-vous nous exposer les grandes priorités dégagées, les étapes suivies et le plan d'actions mis en place ?

- Priorités dégagées. Pour quels publics.
- Mutualisation des actions et des moyens. Coordinations, complémentarités et réseaux.
- Financement.
- Formations des professionnels.
- Médiatisation et impacts.

3 – Quels suivi et évaluation avez-vous mené ?

- Public cible est-il le bon ?
- Méthodologie d'évaluation et de suivi. Outils et moyens mis en œuvre.
- Réalité et efficacité (différence de perception entre animateurs et public cible).
- Par qui. Extérieur. Auto-évaluation.
- Coût ? Incidence économique.
- Conséquences du plan d'actions sur le terrain sur les acteurs et le public cible.
- Difficultés rencontrées.

4 – Quels sont les axes d'amélioration envisagés ?

- Freins et facteurs favorisants.

Annexe N°2

PERSONNES RESSOURCES RENCONTREES

- Madame BASTIDE : Médecin généraliste Bretagne
- Madame BOBILLE : Conseil Général d'Ille et vilaine
- Monsieur BOUDET : CRAM Bretagne
- Madame BOURDESSOL : INPES
- Madame CATTENOZ : Médecin gériatre. CHU de Rennes
- Madame CELLIER : Cadre Supérieur de Santé. Hôpital local de Saint Méen Le Grand
- Madame DERVILLY : Cadre Supérieur de Santé. Hôpital local de Cancale
- Madame FONLUPT : FFEPGV Bretagne
- Madame FOUTEL : Cadre Supérieur de Santé. Hôpital local de Cancale
- Madame GARRY : CNAMTS Paris
- Madame GUEGUEN : UDARPA du Finistère
- Madame KURTZ : URCAM Bretagne
- Madame LASSALE : CRAM Bretagne
- Madame LEGUEN : Direction Des Affaires Sociales du Conseil Général d'Ille et Vilaine
- Madame LOQUEN : FFEPGV Bretagne
- Monsieur MEIGNAN : CDPK Côtes d'Armor
- Madame MICHEL : Médecin gériatre. CHU de Rennes
- Madame RENE : Cadre de Santé. Hôpital local de Saint Méen Le Grand
- Monsieur THELOT : InVS
- Madame URVOY : Université du Temps Libre Rennes