



Présidente  
Mme Maryvonne LYAZID



Rapporteur  
Mme Florence WEILL

# La prévention des chutes au domicile des personnes âgées

## 1. État des lieux

### 1.1. - Quelques données chiffrées

Tous les ans, 9 300 personnes de plus de soixante-cinq ans décèdent des suites d'une chute. Deux tiers sont des femmes, d'après les données d'épidémiologie de l'Institut de veille sanitaire (InVS), qui estime à environ 450 000 par an le nombre de chutes des sujets âgés. Les accidents de la vie courante provoquent 3,5 fois plus de décès que les accidents de la route avec dommages corporels. Chez les plus de soixante-cinq ans, les chutes constituent plus de 80% des accidents de la vie courante. Un tiers des plus de soixante-cinq ans et la moitié des plus de quatre-vingt-cinq ans font au moins une chute par an, qui survient principalement à leur domicile (62%). Même en l'absence de traumatisme immédiat, l'incapacité de se relever est de mauvais pronostic, puisque les complications métaboliques liées à un séjour au sol prolongé au-delà d'une heure multiplient par cinq la mortalité dans les six mois (étude prospective Chutadom, hôpital Cochin, Paris).

Selon les données du Baromètre santé 2005 réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), près d'une personne âgée de soixante-cinq à soixante-quinze ans sur quatre (23,8%) a indiqué qu'elle avait chuté dans les douze mois écoulés. Parmi ces chuteurs, 27,2% déclarent avoir consulté un médecin après leur chute.

La population âgée augmente dans de fortes proportions. En effet, la France va connaître jusqu'à 2050 une profonde mutation de la structure de sa population par l'allongement de la durée de vie. Selon les projections démographiques de l'Insee, la part des personnes âgées de soixante-quinze ans et plus dans la population totale va continuer de croître (8% aujourd'hui) pour atteindre 9,1% de la population totale en 2020, soit environ six millions de personnes. Cette

proportion passera à 16,6% de la population en 2050. Deux Français sur dix ont actuellement plus de 60 ans. Cette proportion va passer à trois sur dix en 2025.

Ces perspectives démographiques constituent un véritable défi de santé publique si, corrélativement, le nombre de chutes augmente dans des proportions en rapport avec la population gériatrique actuelle. Outre des conséquences sociales et humaines importantes (isolement, perte de confiance...), le coût pour la collectivité est élevé. En 2003, une étude britannique estimait à 981 millions de livres (1,4 milliard d'euros) le coût lié aux conséquences des chutes (Scuffham et al., J. Epidemiol. Community Health, 2003). En France, une estimation du coût médical s'élèverait à 1,34 milliard d'euros. Ce chiffre devrait s'accroître considérablement du fait de l'évolution démographique, avec l'augmentation programmée de la population gériatrique.

### 1.2. - Quels engagements publics en faveur de la prévention des chutes ?

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini des objectifs nationaux de santé publique exprimés en résultats sur l'état de santé de la population. Elle a notamment fixé comme résultat à atteindre à l'horizon 2008 une diminution de 25% du nombre de personnes de plus de soixante-cinq ans ayant fait une chute dans l'année.

Le plan national Bien Vieillir 2007-2009 a pour ambition de favoriser un vieillissement réussi, tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. L'axe 4 comporte une mesure spécifique sur

les accidents de la vie courante et le travail sur l'équilibre, confiée à l'Inpes. Outre cette action nationale, le plan Bien Vieillir se traduit également par des appels à projets annuels, financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et répondant à plusieurs objectifs concomitants (prévention des maladies et des situations pouvant induire une perte d'autonomie, promotion de la nutrition et de l'activité physique, aménagement d'un environnement individuel, développement d'actions intergénérationnelles).

La Haute Autorité de santé (HAS) a émis le 23 février 2006 des recommandations professionnelles sur la

prévention des chutes accidentelles des personnes âgées qui préconisent un repérage systématique de la personne à risque, ainsi qu'une évaluation puis une intervention adaptée aux situations individuelles.

Malgré ces orientations officielles, et en dépit, en particulier, de nombreuses actions de prévention menées sur le terrain, la population gériatrique est toujours victime d'un nombre trop élevé de chutes. Cette situation appelle quelques orientations novatrices qui sont exposées dans les préconisations suivantes, résultat d'une réflexion commune aux acteurs essentiels de la prévention, réunis dans le cadre de cet atelier.

## 2. Enjeux

La réduction de ces accidents de la vie courante répond à un double objectif : de santé publique pour la population vieillissante, mais également de prévention de la perte d'autonomie ou de son aggravation.

Certes, prévenir les chutes permet de maintenir l'ensemble d'une population qui prend de l'âge en bonne santé. Cet objectif de santé publique se distingue toutefois d'un second enjeu qui vise à prévenir une diminution de la capacité et de l'autonomie du sujet âgé.

Les actions menées par l'ensemble des partenaires en réponse à ce premier objectif de vieillissement en bonne santé sont nombreuses, et leur efficacité doit être confirmée par le constat d'une diminution du nombre de chutes comme indicateur principal de résultat.

Cependant, dans le cadre d'une action plus délibérée de la prévention de la perte d'autonomie, certains aspects de ces mesures de prévention doivent être pris en compte dans les politiques gérontologiques mises en œuvre par les responsables départementaux de l'action sanitaire et sociale.

# 3. Recommandations

## 3.1. - Développer l'analyse multifactorielle

L'origine multifactorielle du risque de chute est établie. On distingue, d'une part, les facteurs intrinsèques liés au vieillissement (mobilité réduite, antécédents de chutes, troubles locomoteurs et neuromusculaires, réduction de l'acuité visuelle), à un état pathologique (neurologique, cardiologique) ou à la prise de médicaments (plus de quatre médicaments) et, d'autre part, les facteurs extrinsèques liés à l'environnement matériel (inadaptation du logement), au comportement (malnutrition, consommation d'alcool) et à l'environnement sociofamilial (isolement, absence de soutien informel).

Dans une démarche de prévention, l'analyse multifactorielle du risque de chute s'accompagne d'une intervention pluridisciplinaire. Concrètement, une équipe de professionnels du secteur sanitaire et social (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux...) évalue les facteurs de risques de chute de la personne âgée en analysant son état de santé et son environnement domiciliaire, et propose un plan d'intervention multidisciplinaire qui peut comporter plusieurs propositions de réponse, tels qu'une consultation ORL ou ophtalmologique, la participation à des ateliers « équilibre », un aménagement pour sécuriser le domicile du sujet âgé...

### 3.1.1. - Objectif : Promouvoir l'analyse multifactorielle auprès des personnes repérées à risques de chute

Afin de pouvoir repérer le plus grand nombre de chuteurs potentiels, il conviendrait d'obtenir une labellisation du double processus d'évaluation multifactorielle et d'intervention pluridisciplinaire. Réalisée par une équipe hospitalière ou non, une telle procédure ainsi labellisée par les autorités compétentes présenterait toutes les garanties d'exhaustivité et de rigueur, puisqu'elle serait effectuée à partir d'un cahier

des charges validé décrivant les dispositifs à mettre en place par l'ensemble des professionnels impliqués dans cette évaluation individualisée du senior présentant un risque de chute. Plusieurs initiatives pourraient prétendre à cette labellisation, qui n'a pas encore été expérimentée pour une démarche associant des professionnels du secteur sanitaire et social. Les procédures susceptibles d'une telle validation seront décrites ultérieurement.

### 3.1.2. - Quels moyens mettre en œuvre ?

Afin de généraliser l'évaluation globale qui prioritairement doit être effectuée au domicile des seniors, il est proposé que cette analyse multidimensionnelle soit entre autres intégrée dans les dispositifs gérontologiques et relatifs au handicap, mis en œuvre par les équipes médicosociales des départements lors de l'évaluation des aînés, préalable à l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Cette analyse multifactorielle du risque de chute peut prendre la forme, lorsque cela s'avère nécessaire, d'une intervention des équipes des réseaux gérontologiques ou des équipes hospitalières labellisées au domicile de la personne. Son coût devrait pouvoir être forfaitisé et représenter une majoration non récurrente de l'APA pour les personnes relevant des GIR 1 à 4. La grille nationale Aggir (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) permet de classer les personnes de plus de soixante ans dans six catégories distinctes, des plus (GIR1) aux moins dépendantes (GIR6) selon leur degré d'autonomie. Le Guide d'évaluation multidimensionnelle (Geva) pour les équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), à partir duquel un plan personnalisé de compensation du handicap est établi, pourrait aussi s'articuler avec un outil d'alerte adapté au risque de chute car il comporte déjà quelques indicateurs.

À côté de ce repérage, parmi les personnes de GIR5 et 6, des initiatives pour repérer les personnes âgées présentant un risque de chute mais ne prétendant pas à l'APA ou à la PCH devraient être développées en associant le milieu sanitaire (médecins traitants, paramédicaux, hôpitaux...), des assurances, mutualiste et associatif (loisirs sportifs, socioculturels, éducation pour la santé). Il pourra s'agir d'un repérage lors d'une hospitalisation, lors d'un bilan de santé, lors d'une inscription à une activité sportive, dans un atelier de promotion de la santé proposé par les Caisses d'assurance-maladie ou les mutuelles. Ces initiatives devront être particulièrement attentives à réduire les inégalités sociales de santé, notamment pour ce qui concerne les personnes isolées socialement et géographiquement.

## **3.2. - Mobiliser les aidants et les professionnels agissant dans la proximité**

Afin de pouvoir intervenir le plus en amont possible dans la prévention, les services d'aide à domicile sont apparus comme des acteurs essentiels qui pourraient être appelés à repérer les personnes susceptibles de présenter des facteurs de risques de chute, puisque ces professionnels sont au contact quotidien de la population en perte d'autonomie, qui souvent doit faire appel à ces aidants pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. Les réseaux qu'ils ont mis en place constituent un maillage essentiel auquel une place prépondérante doit être reconnue dans une véritable politique de prévention, en particulier du fait de leur forte implantation sur l'ensemble du territoire, mais aussi de leur rôle majeur en tant qu'ils assurent parfois le seul lien entre la personne âgée et le monde extérieur. Les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile sont estimés à 400 000 personnes pour répondre aux besoins de la population à l'horizon 2015.

Cette demande devrait augmenter avec l'accroissement de la population âgée. Ces perspectives devraient constituer une vraie opportunité pour faire évoluer ces professionnels de terrain qui pourraient jouer un rôle essentiel de prévention.

### **3.2.1. – Objectif : sensibiliser et former les professionnels de la proximité**

En tout premier lieu, une action de sensibilisation à la prévention des services d'aide, mais également de l'entourage familial et de la personne âgée elle-même, devrait être entreprise afin de parvenir à une véritable prise de conscience de la nécessité de ne pas sous-estimer le risque de chute qui n'est jamais anodin, parce qu'il touche précisément une population fragilisée.

Si les acteurs de terrain, aidants familiaux, services de soins et d'accompagnement à domicile étaient conduits à exercer un rôle d'alerte, il conviendrait de les former, afin qu'ils puissent utiliser des outils de repérage simples d'utilisation. Sans attribuer aux acteurs de terrain une responsabilité qu'ils ne pourraient exercer, il pourrait leur être confiée une mission de vigilance dont ils rendraient compte à leurs responsables qui apprécieraient les suites qui devraient être réservées à l'alerte repérée, notamment en mettant en place une analyse multifactorielle. Cette orientation appelle également une amélioration des compétences de ces professionnels de la proximité.

À noter que lorsque les réseaux d'aides à domicile mettent en place des programmes d'aide, leurs représentants procèdent à une première analyse du degré d'autonomie des demandeurs qui prend notamment en compte des données d'ergothérapie.

### **3.2.2. - Quels moyens mettre en œuvre, quels acteurs impliquer ?**

Les outils : en tout premier lieu, il conviendrait de doter les professionnels de proximité d'un outil d'identification des personnes âgées susceptibles de décrire les facteurs

de risque. L'élaboration de cet outil pourrait s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS et l'Inpes. Ces recommandations préconisent un repérage fondé sur la recherche d'une chute antérieure associée à quelques tests simples : Timed Up-and-Go test (se lever et faire quelques pas, chronométré), test unipodal (tenir en équilibre sur une jambe), questions durant la marche.

En tout état de cause, cette démarche de repérage devrait être validée dans le contexte français au moyen d'études spécifiques et auprès des différents intervenants professionnels concernés. Cette stratégie de prévention qui s'appuie en tout premier lieu sur une mobilisation des travailleurs sociaux et des personnes travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie devrait s'inscrire dans une démarche globale de valorisation et de professionnalisation des services d'aide à domicile.

Les acteurs : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est impliquée puisqu'elle a pour mission de contribuer à la formation des intervenants à domicile. Elle favorise la mise en place de conventions départementales avec les directions départementales de l'Action sanitaire et sociale (Ddass) et les conseils généraux, en lien avec les services d'aide à domicile, afin de définir une politique structurée de modernisation et de professionnalisation du secteur. Les acteurs départementaux déterminent leurs priorités de formation, et le thème de la prévention des chutes des personnes âgées au domicile pourrait figurer parmi les objectifs de formation.

Pour sa part, dans le cadre de la présentation des plans métiers au service des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, la secrétaire d'État chargée de la Solidarité souhaite contractualiser avec trois régions pilotes et leurs partenaires pour l'installation d'un observatoire des besoins en formation des personnels de l'aide à domicile. Par ailleurs, des conventions nationales d'objectifs sont élaborées avec

les principaux réseaux de l'aide à domicile afin d'accélérer la modernisation des services, la formation et la professionnalisation des personnels. Deux conventions ont d'ores et déjà été signées avec l'Adessa et l'UNA.

Dans ce contexte, il conviendrait de sensibiliser l'ensemble de ces intervenants à la nécessité d'intégrer à cette professionnalisation des métiers du domicile, une véritable démarche de prévention des accidents de la vie courante, et en particulier des chutes des aînés. Conformément aux orientations dégagées dans la présentation des plans régionaux des métiers qui privilégient les expérimentations, des formations nouvelles qualifiantes répondant à cet objectif pourraient être expérimentées dans les régions.

### **3.3. – Favoriser l'adaptation du logement**

Selon les données de l'InVS, lorsqu'un élément extérieur a pu être identifié comme étant à l'origine de la chute (72% des cas), il s'agissait le plus souvent du revêtement du sol (34%), d'escaliers (8%) ou d'un lit (6%). Les facteurs extrinsèques de risques de chutes ne doivent pas être sous-estimés, puisqu'il est établi qu'ils représentent entre 30 et 50% des cas.

Ils se manifestent par des seuils mal signalés, des revêtements de sol glissants, la présence inappropriée de tapis, un éclairage insuffisant, un encombrement inadapté, l'absence de points d'appui. Dans de nombreux cas, pour prévenir une chute et empêcher une éventuelle récurrence, une sécurisation du domicile est nécessaire.

Si parfois de simples mesures de bon sens suffisent à rendre le logement plus sûr, dans la plupart des cas, par la complexité des démarches à entreprendre et compte tenu du coût des travaux qu'il convient parfois de conduire, il est nécessaire d'accompagner les seniors dans ces projets d'aménagements de leur logement.

### 3.3.1. – Objectif : faciliter la prise en charge des aménagements au domicile

Certains dispositifs ont apporté la preuve de leur efficacité, et il convient de les encourager. Ainsi, les modalités de l'article 1391C du code général des impôts concernant la taxe foncière sur les propriétés bâties, qui permettent aux bailleurs sociaux de déduire de la taxe foncière les dépenses réalisées pour l'accessibilité et l'adaptation des logements aux personnes en situation de handicap, sont particulièrement pertinentes.

L'Agence nationale de l'habitat (Anah), pour sa part, accompagne la perte d'autonomie en contribuant au financement des travaux d'adaptation, incitant les propriétaires bailleurs à réaliser des travaux pour permettre le maintien à domicile des locataires et propriétaires occupants. En pratique, l'Anah subventionne à hauteur de 70% dans la limite de 8 000 € HT par logement les propriétaires occupants qui réalisent des travaux d'adaptation, sous condition de ressources, et les propriétaires bailleurs ou les locataires, sans condition de ressources.

Le nombre de logements ainsi subventionnés est en constante progression. En 2007, au total, ce sont près de 30 000 logements qui ont pu être adaptés pour des subventions d'un montant total de 85 millions d'euros, étant entendu qu'un programme exceptionnel avait reconnu en 2007 le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées en tant que priorité d'actions de l'Anah.

Les caisses de retraite complémentaires, dans le cadre de leur action sociale, contribuent, elles aussi, à l'aide coordonnée à l'amélioration de l'habitat et versent des aides d'un montant maximum de 578 €, sous conditions de ressources, qui complètent celles que peut verser la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (Cnav) qui s'élève au mieux à 1 921 €

Les opérateurs de l'habitat tels que la Fédération nationale des centres Pact Arim pour l'amélioration de l'habitat, ci-après dénommée les Pact Arim ou Habitat et

Développement, constituent des interlocuteurs pour les personnes âgées qui procèdent, pour leur compte, à des formalités en vue de l'adaptation de leur domicile. En particulier les Pact Arim, présents dans 95 départements, qui réalisent plus de trente mille interventions par an, procèdent à des expertises techniques au domicile, au diagnostic des travaux à prévoir, à l'établissement d'un devis et d'un plan de financement prévisionnel, à l'assistance au maître d'ouvrage.

D'importants acteurs institutionnels de la prévention ont signé des conventions nationales avec les Pact Arim, leur confiant l'établissement du diagnostic des travaux à effectuer lorsqu'ils sont sollicités afin de contribuer à leur financement. C'est le cas des mutuelles telles que la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, les organismes de retraite complémentaire, mais aussi la SNCF et la RATP.

Enfin, des actions de sensibilisation et de formation à l'adaptation du logement à la dépendance sont engagées depuis plusieurs années par les confédérations professionnelles du bâtiment (artisans et TPME). Elles se sont notamment traduites par l'adoption de conventions départementales avec les chambres des métiers, reconnaissant le professionnalisme d'entreprises du secteur du bâtiment sur ce marché spécifique.

### 3.3.2. - Quelles améliorations possibles ?

Les experts du secteur de l'habitat s'accordent pour reconnaître que l'aménagement de l'habitat dans un projet de prévention primaire (en l'absence de toute chute initiale, alors que la prévention secondaire vise à éviter une récurrence) suscite des réticences des seniors, s'il est présenté comme répondant au seul objectif de sécurisation du domicile. Afin d'obtenir l'adhésion de cette population, il est recommandé de proposer des projets d'adaptation en tant qu'ils répondent à une démarche globale de modernisation du logement,

incluant des objectifs d'assainissement le cas échéant, d'esthétisme, de recherche de design, ou de fonctionnalité.

Les solutions qui permettent de répondre à un logement inadapté existent en France. Cependant, force est de constater que les dispositifs d'aide à l'adaptation du logement ne sont pas suffisamment connus, non seulement des personnes âgées elles-mêmes, mais également des acteurs de la prévention. En particulier, les difficultés liées à l'aménagement du domicile rendu indispensable dès la sortie d'hôpital mériteraient d'être prises en compte dans une démarche globale de prévention. Une telle approche devrait permettre de réaliser une expertise rapide du domicile, de diffuser de l'information sur les aménagements possibles et les financements disponibles, d'établir un projet de financement a priori.

Dans cette perspective, il est nécessaire de mobiliser conjointement les acteurs de l'habitat, du secteur sanitaire et médicosocial. Des synergies entre l'ensemble de ces partenaires impliqués par de tels projets de sécurisation du domicile devraient être mises en place. Des conventions de partenariat entre les opérateurs de l'habitat et les hôpitaux, en particulier, pourraient ainsi utilement être signées.

Enfin, il conviendrait de disposer de lieux de mise en cohérence des actions possibles dans les départements afin que l'information soit rendue disponible pour pouvoir instruire des dossiers de demande d'aide à l'adaptation du logement, qui souvent présentent un caractère d'urgence lorsqu'il convient de mettre en place des solutions répondant à des retours d'hôpital.

### **3.4. - Valoriser les programmes de prévention**

Sur le terrain, les interventions menées par les acteurs institutionnels destinées à diminuer le nombre de chutes des aînés sont nombreuses (caisses de sécurité sociale,

mutualité, instances des régimes de retraite complémentaire, réseaux de services à domicile, fédérations sportives). Des initiatives émergentes ont également été remarquées (CHU, site Internet). Sans prétendre à l'exhaustivité, certains programmes méritent d'être présentés en ce qu'ils ont été mis en place pour répondre spécifiquement à cet enjeu de santé publique et de prévention de perte d'autonomie.

#### **3.4.1. - Un état des lieux des dispositifs d'intervention Les programmes de prévention suivants peuvent être cités :**

- La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) cofinance des actions entrant dans les orientations du plan national Bien Vieillir, à partir d'appels à projets annuels. L'objectif de ces actions est d'inciter les seniors à adopter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles, la perte d'autonomie et le risque de désocialisation. Les actions proposées doivent en particulier répondre à deux objectifs, parmi lesquels la prévention des maladies chroniques ; la promotion de la nutrition et de l'activité physique ; l'aménagement d'un environnement individuel et collectif adapté aux besoins de cette population ; et le développement d'actions de promotion du lien entre générations. La prévention des chutes représente la moitié des actions financées qui se traduisent essentiellement par la mise en place d'ateliers équilibre et de programmes de développement de l'activité physique adaptée aux seniors.
- La CNAMTS (Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés) a mis en place un programme national expérimental, Préservation de l'autonomie des personnes âgées (Papa) cofinancé par la Cnam et la Cnav, qui comporte quatre thématiques, dont la préservation de l'autonomie et la lutte contre les accidents de la vie domestique. Il est mis en œuvre par

appels à projets. La prévention des chutes des personnes âgées a donné lieu en 2006 à 91 actions réparties sur 16 régions, rapportées à un total de 280 initiatives recensées sur le territoire national. Pour l'essentiel, ce sont des ateliers équilibre qui répondent à cet objectif de prévention à l'attention des plus de soixante ans.

- Le CeTAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé) a effectué trois études de 2006 à 2008 sur la prévention des chutes de sujets âgés. L'une d'entre elles, prospective, a pour objectif de repérer les seniors potentiellement chuteurs, dans la perspective de généraliser un plan national de prévention à partir d'une meilleure identification des sujets âgés à risque. Ces études sont réalisées à partir des données recueillies par les centres de santé qui ne s'adressent toutefois qu'à 1% de la population (situation de précarité, public en dehors du parcours de soin habituel).
- Les institutions de retraite complémentaire disposent de centres de prévention qui développent une approche globale médicopsychosociale en amont de la perte d'autonomie des personnes retraitées. Cette démarche permet une identification précoce des facteurs de risque de vieillissement. Un bilan de prévention est effectué par un gériatre et un psychologue clinicien, qui donne lieu à des préconisations sous forme de conseils et d'accompagnements à la mise en place de solutions personnalisées. Lors de cet entretien médical, une évaluation de l'équilibre est effectuée par le gériatre afin d'identifier les facteurs de risques de chute et une ordonnance de prévention est remise au senior.
- La mutualité française, représentée par un réseau de professionnels présents dans 22 régions, développe des programmes autour du bien vieillir et du maintien de l'autonomie, prenant en compte au plus tôt les besoins et les nouveaux comportements des personnes âgées. Ces programmes privilégient également une approche globale du vieillissement, incluant la prévention des chutes, en axant leurs actions sur l'équilibre, la mémoire,

les troubles sensoriels, le bon usage du médicament. Ils sont mis en œuvre en partenariat avec les institutionnels (caisses régionales d'assurance-maladie, collectivités territoriales...) et les associations présentes au niveau local.

- La CCMSA (Caisse centrale de la mutualité sociale agricole) intervient pour prévenir les chutes des personnes âgées. Elle a mis en place des ateliers du bien vieillir qui ont pour objectif de faire acquérir à ce public des connaissances et des compétences pour prévenir les troubles et les maladies liés au vieillissement. L'un d'entre eux porte sur les cinq sens et l'équilibre (4 200 participants en 2007). Le dispositif Bien Vivre à domicile permet l'adoption d'un plan d'accompagnement personnalisé élaboré après une évaluation globale du senior, qui permet de préserver son autonomie. Il comporte notamment une aide à l'aménagement du logement.
- L'UNA (Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles) mène des expérimentations de prévention des chutes à travers son réseau par des actions d'information, d'éducation sur l'hygiène de vie, d'aménagement de l'habitat, de stimulation des capacités physiques. Des projets d'aides aux aidants familiaux dont les thématiques impactent directement sur la prévention des chutes sont proposés par les associations d'aide à domicile.
- La Fédération française EPMM Sports pour tous, en partenariat avec l'Institut national de santé publique du Québec, a introduit en France en 2005 le Programme intégré d'équilibre dynamique (Pied). Ce programme multifactoriel non personnalisé de prévention des chutes répond aux recommandations de sélection des personnes cibles du référentiel de bonnes pratiques de l'Inpes (test accompagné d'un questionnaire). Il comprend des exercices physiques en groupe, des ateliers de prévention sur les principaux facteurs de risques, et des exercices physiques d'entretien à domicile. Des tests d'évaluation validés sont réalisés à la

première séance et à la vingt-quatrième et dernière séance, afin d'apprécier l'évolution de l'équilibre. Depuis 2005, plus de 7 000 seniors (niveau GIR5 et 6) ont suivi ce programme qui bénéficie, entre autres, d'aides financières des collectivités territoriales, des Cram et de la CNSA. Ce programme a été validé scientifiquement et a montré des effets positifs sur l'équilibre et la diminution des chutes.

- Des consultations multidisciplinaires en CHU

Au CHU de Lille, chaque consultant est examiné successivement par un gériatre, un neurologue et un rééducateur fonctionnel. Les facteurs de risque sont repérés puis, par l'intermédiaire du médecin traitant, chaque personne se voit proposer des exercices de kinésithérapie, des aménagements à domicile et éventuellement une modification de son traitement médicamenteux. À Montpellier, l'assurance-maladie, le CHU et la faculté des sciences du sport ont mis au point un module de formation des personnes âgées à la prévention de la perte d'autonomie et aux risques de chute : vingt-quatre séances d'une heure et demie étalées sur trois mois, associant activité physique et éducation à la santé, animées par des enseignants en activités physiques adaptées.

- Des consultations multidisciplinaires à domicile

Le CHU de Poitiers (équipe du professeur Gilles Kemoun) a élaboré le projet Prévention à domicile des chutes de la personne âgée (Padchute), d'évaluation multifactorielle du risque de chute, associé à une intervention pluridisciplinaire. L'évaluation qui est effectuée au domicile du sujet relevant principalement des GIR5 et 6 permet de prendre en compte l'ensemble des facteurs de risque à partir d'un questionnaire exhaustif, d'une évaluation technologique de la posture et de la marche, et d'un examen domiciliaire. Cette analyse globale donne lieu à l'élaboration d'un rapport comportant des préconisations d'intervention (ORL, activités physiques, aménagements de l'habitat) remis au prescripteur de l'évaluation du chuteur. Un suivi de la

mise en place des propositions de réponses est effectué six mois, puis douze mois après le bilan initial.

- Le premier site internet européen sur la prévention des chutes, [www.protec-chute.com](http://www.protec-chute.com), a été lancé le 12 mars 2008, élaboré par une équipe coordonnée par le Dr Frédéric Bloch, gériatre à l'hôpital Broca à Paris et piloté par un conseil scientifique de spécialistes. Ce site d'information et de conseil a été conçu pour les personnes âgées, leurs familles et leurs aidants, ainsi que pour les médecins et les professionnels du secteur sanitaire et social, qui y trouveront nombre d'informations utiles pour leur pratique quotidienne.

### 3.4.2. - Quelles préconisations vers une valorisation de l'ensemble de ces dispositifs ?

Sur un plan général, il convient de se féliciter de ces nombreux programmes d'actions qui doivent être maintenus et encouragés. Toutefois, la multitude des initiatives qui répondent à un objectif de prévention des chutes des aînés, tout comme le nombre des partenaires impliqués dans leur financement, appellent une mise en cohérence de l'ensemble de ces démarches. À cet effet, des passerelles entre tous ces intervenants, qui ne sont pas toujours informés réciproquement des projets mis en œuvre au plan local, devraient être instituées puisque l'ensemble de ces actions répond à un objectif commun de prévention.

Cette dissémination des projets génère une hétérogénéité des réponses au plan local, toutefois inhérente à l'organisation décentralisée de l'offre de prévention, liée à la mise en œuvre des Groupements régionaux de santé publique (GRSP) qui établissent leurs propres priorités.

L'étude et la sélection des projets sont réalisées par les Drass dans le cadre d'un comité de sélection associant les principaux acteurs du champ. Les dossiers pouvant manquer de méthode, un guide méthodologique d'accompagnement des porteurs de projets répondant à des appels à financement et d'aide à l'examen des

propositions soumissionnaires est apparu nécessaire. À cet effet, des éléments permettant de procéder à une évaluation de l'efficacité et de la pertinence des projets financés par les différents contributeurs devraient être rendus disponibles, voire systématisés. Plus généralement, les acteurs nationaux de la prévention pourraient être mieux informés des initiatives mises en place au plan local. Dans ce contexte, un outil de suivi des actions de terrain pourrait utilement comporter des macroindicateurs sur le repérage des bénéficiaires, leur typologie, l'évaluation des projets. En définitive, les interventions relevant des secteurs sanitaire, social, sportif, associatif, hospitalier sont trop cloisonnées et il en résulte une perte d'efficacité des solutions mises en place pour prévenir les chutes. En particulier, la pertinence d'associer le milieu associatif et les réseaux de santé publique devrait conduire à développer des synergies entre ces intervenants pour pouvoir optimiser une réponse de prévention basée sur une amélioration de l'équilibre, qui est considérée comme essentielle pour diminuer le nombre de chutes et prévenir leurs récurrences. Des maillages institutionnels entre l'ensemble de ces partenaires devraient donc être mis en place, notamment par l'adoption de conventions de partenariats, pour pérenniser ce type d'approche.

### **3.5. – Optimiser les outils de communication**

La population des personnes âgées, leur entourage et l'ensemble des professionnels des réseaux gériatriques ne sont pas assez informés des facteurs de risque et de l'ampleur de cet accident de la vie courante, qui ne doit en aucun cas être perçu comme banal et inévitable. Les moyens de le prévenir existent. Ils sont nombreux et ont apporté la preuve de leur efficacité. Cependant, ils doivent être mieux connus du grand public et des filières professionnelles et associatives impliquées.

L'Inpes a réalisé depuis plus d'une dizaine d'années des

campagnes de prévention des chutes du sujet âgé et diffuse de la documentation pour les seniors et leur entourage. Il mène sur cette thématique des études exploratoires et des évaluations. Celles réalisées sur la dernière campagne, La Santé à tout âge, indiquent que l'impact de ces campagnes pourrait être amélioré, même si ces outils de communication ont été appréciés. Les professionnels du secteur sanitaire et social souhaitant développer des programmes de prévention des chutes auprès des aînés, disposent d'outils, dont le référentiel de bonnes pratiques de prévention des chutes au domicile des personnes âgées, élaboré depuis septembre 2005 par l'Inpes. L'Anah a élaboré des guides et fiches pratiques qui comportent des informations indispensables sur les possibilités d'aménagement du logement. Le guide Vieillir et Bien Vivre chez soi décrit les modalités de réalisation de travaux d'amélioration et d'adaptation du logement. Des fiches pratiques traitent spécifiquement des travaux d'adaptation du logement pour les personnes âgées, et des dispositifs existants pour diminuer les causes de chute. Ces documents sont diffusés en particulier par les délégations départementales de l'Anah qui instruisent les demandes de subventions pour les aménagements domiciliaires. Les recommandations de la Haute Autorité de santé sur la prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée comportent de précieuses préconisations destinées à être appliquées par tous les professionnels concernés par la prise en charge de ce problème de santé publique. Plus généralement, un certain nombre de manifestations grand public et de salons professionnels diffusent de l'information de prévention élaborée par tous les acteurs concernés, dont ceux relevant du secteur associatif et du secteur de l'habitat.

#### **3.5.1. - Quelles recommandations vers une meilleure utilisation de ces outils ?**

En tout premier lieu, il conviendrait de susciter une véritable prise de conscience du grand public, face au

risque encouru par la population âgée de chuter à domicile. Les données de l'InVS, qui estiment à plus de 400 000 le nombre de chutes annuelles de nos aînés (chiffre qui sous-estime sans doute la réalité de l'accidentologie), autorisent à considérer cet accident comme un véritable fléau dont l'ensemble de la population doit impérativement prendre la mesure. Dans ce contexte, non seulement il conviendrait d'optimiser la communication à destination du grand public et des professionnels de la prévention, en assurant une meilleure cohérence des campagnes de communication, mais il est apparu souhaitable de poursuivre et de renforcer les campagnes de communication d'envergure nationale afin de sensibiliser le grand public.

Les outils de prévention à destination des professionnels devraient être mieux appropriés par les acteurs de terrain. À cet effet, les Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (Clic) ainsi que les MDPH, institués à l'échelon départemental pour constituer un guichet unique pour les personnes âgées et handicapées, sont des instances de coordination de proximité qui pourraient être particulièrement sensibilisés et jouer un rôle d'information des aînés sur la nécessité de cette action de santé publique et de préservation de la perte d'autonomie.

### **3.6. – Renforcer les partenariats**

Les orientations dégagées ci-dessus, qui constituent un dispositif d'actions cohérent et structuré appellent une mobilisation d'un ensemble de partenaires de la prévention dont les interventions sont complémentaires les unes des autres. La mise en œuvre de ce dispositif implique l'adoption de partenariats qui doivent intervenir à tous les niveaux. Non seulement les départements sont impliqués dans la démarche préconisée, mais au plan national, un plan de prévention devrait être adopté. Ces propositions s'inscrivent dans un contexte européen en se conformant aux orientations

de la Commission européenne et plus largement au plan international, elles répondent au projet Villes-Santé de l'OMS.

#### **3.6.1. - Au niveau départemental : le conseil général, chef de file des actions de prévention à destination de la population gériatrique**

Les lois du 7 janvier, du 22 juillet et du 29 décembre 1983 ont posé les principes fondamentaux du transfert de l'action sociale légale aux départements. Elles ont déterminé les financements de ce transfert. Le département constitue donc le territoire pertinent qui est chargé de définir et de mettre en œuvre la politique d'action sociale. Il coordonne les actions menées à cet effet sur ce territoire.

Le traitement social de la problématique « personnes âgées et dépendance » relève de ses attributions, en vertu de ses compétences en matière sociale et médicosociale, et il est tenu d'adopter des schémas gérontologiques départementaux. Ces plans d'action quinquennaux sont élaborés sous l'impulsion du conseil général, après concertation avec l'ensemble des partenaires de la prévention (élus locaux, services de l'État, caisses d'assurance-maladie, de prévoyance et mutuelles, établissements, acteurs sanitaires et sociaux, secteur associatif). Documents d'orientation et de planification, ils déterminent les priorités d'actions pour les cinq ans à venir. Le conseil général dispose ainsi d'une compétence incontestable dans le domaine gérontologique, qu'il exerce pleinement, notamment en s'appuyant sur les Clic qu'il gère, organise et finance. Responsable de la définition de la politique gérontologique dans le département, territoire pertinent de l'action, il conviendrait que le conseil général inscrive la prévention des chutes des personnes âgées parmi les priorités des mesures à mettre en place. Afin de répondre à ce problème majeur de santé publique et pour préserver l'autonomie de la population gériatrique, la prévention des chutes devrait figurer parmi les

objectifs à atteindre tels que décrits dans les schémas gérontologiques départementaux.

Dans cette perspective, il pourrait être envisagé que le conseil général développe, au moyen de conventions départementales, des partenariats forts et dynamiques avec les filières concernées, sans oublier l'important tissu associatif. Les initiatives, décrites dans le présent rapport (ateliers équilibre, promotion des activités sportives et de la nutrition, évaluations gérontologiques, adaptations domiciliaires...), organisées et mises en place par de multiples intervenants, pourraient ainsi être coordonnées par le conseil général.

Une meilleure mise en cohérence des dispositifs existants et la promotion d'une meilleure qualification des personnels agissant dans la proximité des personnes âgées devraient être impulsées par les conseils généraux qui, en définitive, devraient promouvoir une mise en réseau de l'ensemble des partenaires de la prévention à destination de cette population fragilisée. L'une des voies possibles serait le développement des partenariats qui, à l'échelon départemental, ont apporté la preuve de leur efficacité.

### **3.6.2. - Au niveau national : la nécessité d'un plan de prévention des chutes des personnes âgées**

Comme indiqué dans les éléments de contexte, les données épidémiologiques de l'InVS révèlent que ce sont plus de 1 200 personnes de plus de soixante-cinq ans qui chutent quotidiennement (chiffre en deçà de la réalité) et ce sont 25 aînés qui décèdent, chaque jour, des suites d'une chute. De tels chiffres ne doivent pas être considérés comme une fatalité. Ils appellent une véritable prise de conscience des responsables de la politique sanitaire et sociale de notre pays et devraient inspirer une réponse d'envergure nationale, d'autant que les projections démographiques conduisent à anticiper une augmentation considérable de ces données dans les années à venir.

Au préalable, il serait utile de pouvoir apprécier dans

quelles proportions un programme de prévention des chutes permet une réduction des coûts de santé. En 1996, une étude américaine montre que chez les personnes qui ont bénéficié d'un programme de prévention (adaptation médicamenteuse, conseils comportementaux, exercices physiques), le coût de santé diminue de 2 000 dollars par personne, par rapport à celles n'ayant pas bénéficié de l'intervention, pour un coût d'interventions de 925 dollars par personne (Rizzo J.A. et al., Med. Care, 1996). Ces conclusions sont confirmées par une étude australienne d'évaluation des coûts réalisée en 2000, qui montre qu'un programme de réduction des risques environnementaux permet une réduction des coûts de santé, en diminuant le risque de chutes (Salked et al., Aust.-N.-Z. J. Public Health, 2000). En France, seule une étude médicoéconomique d'une stratégie de prévention secondaire de la chute de la personne âgée par méthode clinique et posturographique à domicile, dont les résultats ne seront disponibles que dans deux ans, est en cours.

Plus généralement, il n'existe pas d'étude médicoéconomique française publiée montrant l'impact d'un programme de prévention sur les coûts de santé. Dans ce contexte, des données macroéconomiques, qui sans doute confirmeraient que la réalisation de programmes de prévention permet une réduction des coûts de santé, devraient être recherchées. Le Collège des économistes de la santé, association des économistes français de la santé, pourrait être officiellement saisi d'une étude portant sur le coût de programmes de prévention des chutes des personnes âgées, au regard de leur efficacité. Les conclusions de cet organisme permettraient de justifier la mise en place d'un véritable plan national de prévention qui pourrait ainsi se fonder sur une expertise incontestable.

L'adoption d'un plan national de prévention, qui pourrait s'inspirer des orientations dégagées dans le présent rapport, susciterait une vraie prise de conscience de l'ampleur de ce type d'accident et permettrait une

véritable mobilisation de tous les responsables de la santé de nos aînés. Ce plan devrait s'inscrire en cohérence avec les plans nationaux existants ou à venir, et notamment avec le plan Bien Vieillir qui comporte déjà un axe stratégique sur la prévention des chutes. Une telle initiative permettrait de relever l'un des défis du vieillissement démographique et donnerait une large visibilité aux actions menées pour y parvenir et aux partenariats qui en découleraient.

Les enjeux de la prévention pour l'amélioration de la santé publique et pour la préservation de l'autonomie de la population âgée sont tels que seule une réponse d'envergure nationale inscrite dans un plan de prévention semble de nature à atteindre les objectifs de réduction du nombre de chutes des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans.

### **3.6.3. - Une démarche qui s'inscrit dans une dimension européenne**

Le Conseil de l'Union européenne a adopté le 31 mai 2007 une recommandation sur la prévention des blessures et la promotion de la sécurité, publiée au Journal officiel de l'Union européenne du 18 juillet 2007 qui comporte des préconisations destinées aux États membres. Il y est indiqué que *« Dans le but de garantir un niveau élevé de santé publique, il y a lieu que les États membres [...] mettent en place des plans nationaux ou des mesures équivalentes, y compris des actions visant à sensibiliser le public aux questions de sécurité, en matière de prévention des accidents et des blessures [...]. Lors de leur mise en œuvre, il conviendrait d'accorder une attention particulière aux aspects liés à la situation respective des hommes et des femmes et aux groupes vulnérables comme les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées. »*

La proposition de mise en place d'un plan national de prévention des chutes des personnes âgées répond

parfaitement aux orientations dégagées par l'ensemble des États membres, telles qu'elles figurent dans cette recommandation. Il pourrait même être soutenu que ce texte communautaire constitue la base légale permettant de fonder juridiquement l'élaboration d'une telle initiative nationale. Dans l'hypothèse où cette proposition d'élaboration d'un plan national de prévention serait suivie d'effets, il serait souhaitable de le faire savoir aux autorités communautaires qui ne pourraient que se féliciter de cette action.

### **3.6.4. - Des perspectives au plan international**

L'OMS développe une approche de la santé appréhendée au sens large, en ce qu'elle la situe au-delà de l'absence de maladie. Selon cette conception globale, la recherche d'une amélioration de la santé pour tous, combinée à une réduction des inégalités contribue à promouvoir la santé en y associant prévention, éducation pour la santé et développement d'un milieu favorable.

À partir de cette approche, l'OMS a mis en place le programme Villes-Santé qui distingue les villes qui, en particulier, améliorent la santé pour tous et réduisent les inégalités autour de plusieurs thèmes fédérateurs : la solidarité et l'égalité en matière de santé, l'amélioration de la santé à tous les âges de la vie, la lutte contre les maladies et les traumatismes... Le réseau français des villes santé a été lancé en 1987 et à ce jour, il compte 62 villes.

La prévention des chutes des personnes âgées répond aux objectifs assignés au réseau Villes-Santé de l'OMS en ce qu'elle contribue à l'amélioration de la santé à tous les âges de la vie. Dans ce contexte, une sensibilisation des responsables du réseau pourrait être entreprise, pour que cette action de prévention de ce public particulièrement vulnérable soit reconnue en tant que permettant d'atteindre les objectifs du réseau.

## Synthèse des 10 recommandations relatives à la prévention des chutes au domicile des personnes âgées

- Appréhender la prévention des chutes en tant que répondant à un double enjeu, de santé publique pour une population vieillissante et de prévention de la perte d'autonomie ou de son aggravation.
- Mettre en place l'analyse multifactorielle des facteurs de risques de chutes au moyen d'une labellisation.
- Faire jouer un rôle d'alerte aux professionnels agissant dans la proximité en leur permettant d'accéder à des formations qualifiantes.
- Promouvoir les aménagements du domicile des personnes âgées et favoriser les passerelles entre tous les acteurs concernés.
- Coordonner les programmes de prévention au plan local et faciliter les appels à projets et les réponses qui leur sont apportées au plan local.
- Diffuser plus largement les outils de communication de la prévention des chutes pour les rendre plus accessibles au grand public, aux professionnels et acteurs de terrain.
- Reconnaître le rôle pilote des conseils généraux, chefs de file de la prévention dans les départements, territoires pertinents de l'action sanitaire et sociale au plan local.
- Élaborer un plan national de prévention des chutes des personnes âgées à domicile, en cohérence avec l'existant.
- Inscrire cette proposition de plan national d'actions dans une perspective européenne.
- Promouvoir la prévention des chutes des personnes âgées auprès du réseau des Villes-Santé de l'OMS.

# Composition du groupe de travail

## Président

Mme Maryvonne LYAZID, *adjointe au directeur général de la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité*

## Rapporteur

Mme Florence WEILL, *conseiller technique à la Commission de la sécurité des Consommateurs (CSC)*

## Composition de l'atelier :

Mme Geneviève AVENARD, *directrice générale adjointe, Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas)*

Dr Frédéric BLOCH, *praticien hospitalier gériatre, Assistance publique des Hôpitaux de Paris, hôpital Broca*

Mme Hélène BOURDESSOL, *chargée d'études et de recherche, département observation et analyse des comportements de santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)*

M. David CAUSSE, *directeur opérationnel des résidences médicalisées, groupe Pro-BTP*

Mme Corinne CHOULY, *groupe AG2R-La Mondiale*

Mme Pascale DEMONTROND, *Fédération française EPMM Sports pour tous*

Mme Christelle DESSAINTS, *Caisses centrales de la mutualité sociale agricole (CCMSA)*

Dr Jean-Philippe FLOUZAT, *conseiller technique, sous-direction des âges de la vie, Direction générale de l'action sociale (DGAS)*

Mme Sylvie GIRAUDO, *chargée de mission prévention, Mutualité française*

M. Gwendal HARTEREAU, *chargé de mission, Familles rurales*

Pr. Gilles KEMOUN, *chef du service de médecine physique et de réadaptation, CHU de Poitiers*

Mme Anne KIEFFER, *médecin gériatre, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)*

Mme Christiane LAFRANCE, *ADMR, l'Association du service à domicile*

Mme Garménick LEBLANC, *économiste de la santé, Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)*

Mme Sandrine LEISER, *chargée de prévention, CNAMTS*

M. Éric MALEVERGNE, *chargé de mission politiques spécifiques, Fédération nationale des centres Pact Arim*

M. Jean-Pierre MARCHAND, *Primavita-AG2R*

Mme Paloma MORENO, *Union nationale de l'aide à domicile (UNA)*

Mme Céline NOSSEREAU, *Mutualité française*

Mme Stéphanie PIN LE CORRE, *chargée de recherche, département évaluation des actions de prévention, Inpes*

M. Jean-Michel RAPINAT, *chef du service développement social, Assemblée des départements de France*

Mme Cécile RICARD, *département maladies chroniques et traumatismes, InVS*

M. Jean RINGON, *chargé de mission pour le logement des personnes âgées et handicapées, direction générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction (DGUHC)*

Mme Sylviane ROGER, *conseillère technique, sous-direction des âges de la vie, direction générale de l'Action sociale (DGAS)*

Mme Marie-Agnès ROUBAUD, *groupe AG2R-La Mondiale*

Mme Anne SAINT-LAURENT, *directrice de l'action sociale, Agirc-Arrco*

Mme Pauline SASSARD, *Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile (UNA)*

Mme Muriel TADESE, *Agirc-Arrco*

Dr Bertrand THELOT, *médecin épidémiologiste, département maladies chroniques et traumatismes, unité traumatismes, InVS*

Mme Émilie TOUCHARD, *chargée de mission, lutte contre l'habitat insalubre et publics sociaux, Agence nationale d'amélioration de l'habitat (Anah)*

Mme Soizic URBAN, *bureau environnement intérieur, milieux de travail et accidents de la vie courante, direction générale de la Santé (DGS)*

M. Michel ZEHACKER, *responsable des opérations d'intérêt général, Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité*

