

Journée régionale Plan antichute des personnes âgées

17 avril 2025



Gardons l'équilibre !

09 H 00 - 09 H 30

Accueil des participants

Introduction de la journée

Raphaël GLABI, Directeur de l'Autonomie, ARS ARA

Nathalie BARTH, Directrice, Gérontopôle AURA

Programme de la journée

09 H 00 - 09 H 30

Accueil des participants

09 H 30 - 09 H 45

Introduction

09 H 45 - 10 H 00

État d'avancement des travaux en région

10 H 00 - 10 H 30

Ostéoporose fracturaire : de la prévention à la prise en soin

10 H 30 - 11 H 00

**Iatrogénie médicamenteuse : sensibilisation
aux bonnes pratiques pour réduire le risque de chute**

11 H 00 - 11 H 45

Parcours du chuteur : approche en sciences humaines et sociales

11 H 45 - 12 H 00

Présentation du programme de l'après-midi

12 H 00 - 13 H 30 : repas sur place

13 H 30 - 15 H 30

**Ateliers interactifs et territoriaux : quelles dynamiques
départementales ?**

15 H 30 - 16 H 00

Restitution des ateliers

16 H - 16 H 30

Mot de conclusion

Etat d'avancement des travaux régionaux du Plan Antichute

Dr Aurélia MARFISI-DUBOST, Conseillère médicale, ARS ARA

Solène DORIER, Cheffe de projets, Gérontopôle AURA

Le Plan National Antichute : constat et objectif

Définition de la chute : *“perte brutale et totalement accidentelle de l’équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait” (Hauer, 2006)*

Constat : Chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans, engendrant 10000 décès et plus de 130 000 hospitalisations

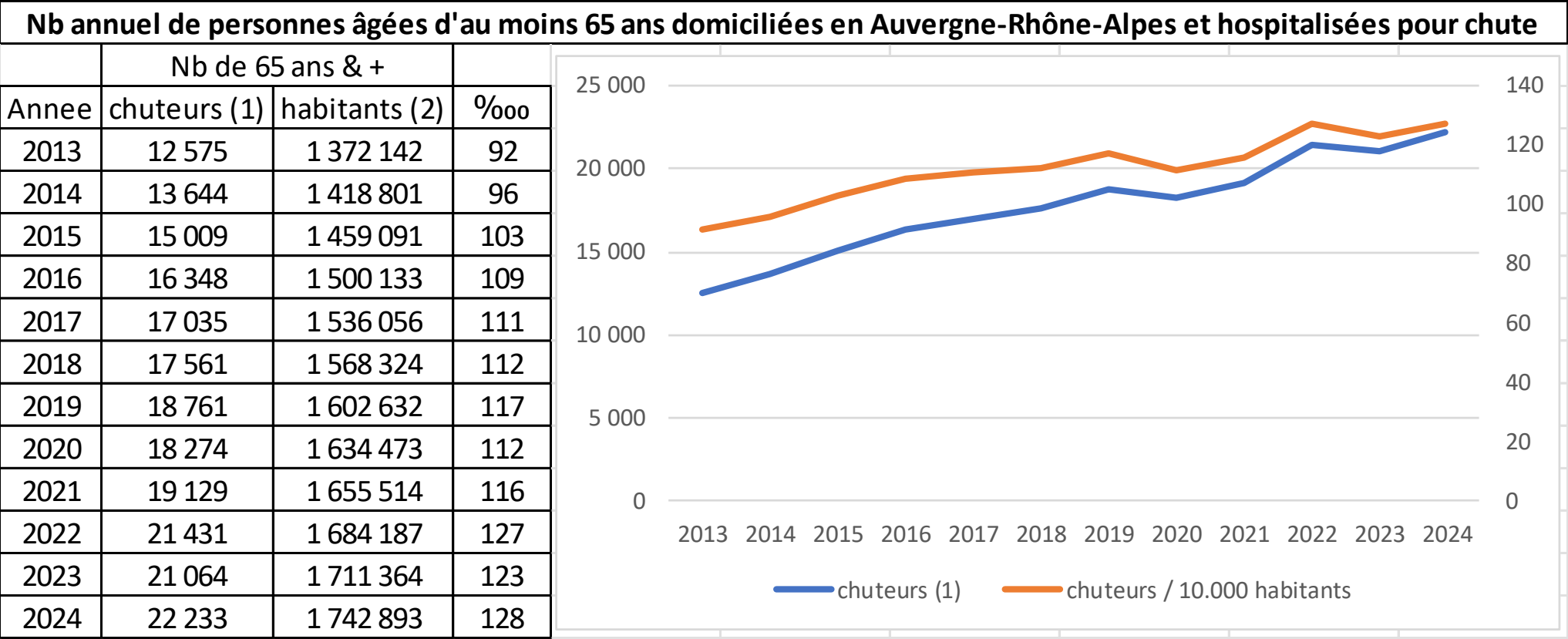


1,5 milliards d’euros

Objectif : Réduire de 20% les chutes mortelles ou invalidantes des personnes de 65 ans et plus d’ici 2026



Nb annuel de personnes âgées d'au moins 65 ans hospitalisées pour chute grave et/ou invalidante



Nb annuel de personnes âgées d'au moins 65 ans hospitalisées pour chute par tranches d'âges et département de domicile des personnes en 2023

	[65 -75[	[75 -85[	85 & plus	65 & plus
AIN	316	478	717	1 511
ALLIER	210	322	559	1 091
ARDECHE	192	381	602	1 175
CANTAL	48	99	208	355
DROME	300	543	813	1 656
ISERE	503	918	1 480	2 901
LOIRE	454	871	1 459	2 784
HAUTE-LOIRE	154	270	486	910
PUY DE DOME	307	641	1 026	1 974
RHONE	682	1 499	2 508	4 689
SAVOIE	252	480	671	1 403
HAUTE-SAVOIE	335	598	851	1 784
Auvergne-Rhône-Alpes	3 753	7 100	11 380	22 233

Source = PMSI MCO (données PMSI 2024 provisoires).

Nombre de chutes mortelles 2011-2022

Nb de décès causés par une chute de personnes âgées d'au moins 65 ans domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes					
	Nb de décès suite à chute			Population	Taux de
Année	Nb 1	Nb 2	Total	65 ans & +	décès ‰
2011	488	259	747	1 314 494	5,7
2012	564	340	904	1 347 417	6,7
2013	631	348	979	1 384 724	7,1
2014	626	331	957	1 427 873	6,7
2015	744	364	1 108	1 470 049	7,5
2016	787	360	1 147	1 507 584	7,6
2017	873	343	1 216	1 540 662	7,9
2018	970	413	1 383	1 573 701	8,8
2019	1 064	398	1 462	1 588 608	9,2
2020	1 021	373	1 394	1 616 622	8,6
2021	1 093	388	1 481	1 655 514	8,9
2022	1 243	453	1 696	1 684 187	10,1

Source = CépiDC & INSEE.			
Nb 1 : cause initiale de décès en W00 à W19 (chutes)			
Nb 2 : cause initiale de décès en X59 et état morbide en S72			
X59 = Exposition à des facteurs, sans précision			
S72 = Fracture du fémur, du col du fémur, ou du trochanter			

Axes du Plan National Antichute

AXE 1

**SAVOIR REPÉRER LES
RISQUES DE CHUTE ET
ALERTER**

AXE 2

**AMÉNAGER SON
LOGEMENT POUR
ÉVITER LES RISQUES DE
CHUTES**

AXE 3

**DES AIDES
TECHNIQUES A LA
MOBILITÉ FAITES
POUR TOUS**

AXE 4

**L'ACTIVITÉ PHYSIQUE,
MEILLEURE ARME
ANTICHUTE**

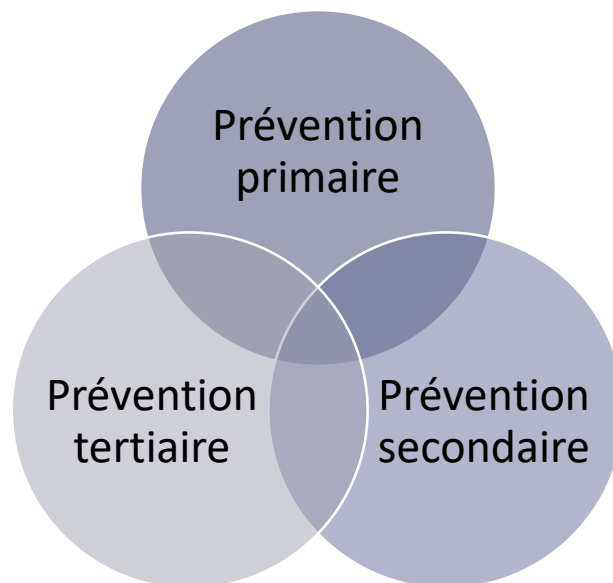
AXE 5

**LA TÉLÉASSISTANCE
POUR TOUS**

AXE TRANSVERSAL

**INFORMER ET
SENSIBILISER**

Années 2022 et 2023 : première phase de déclinaison régionale



	Total Actions	Ain	Allier	Ardèche	Cantal	Drôme	Isère	Loire	Haute-Loire	Puy-de-Dôme	Rhône	Savoie	Haute-Savoie
Axe1	137	3	3	7	5	18	20	11	11	9	13	22	22
Axe2	88	3	3	4	2	15	17	11	6	2	8	10	9
Axe3	77	2	3	4	1	12	15	9	3	1	9	9	13
Axe4	238	6	3	7	8	23	47	29	24	16	22	22	32
Axe5	25	1	0	1	0	2	4	1	0	0	7	2	4
Axe6	77	1	2	7	0	8	15	6	5	4	7	6	5

Des groupes de travail thématiques



**Ostéoporose
fracturaire**



**Iatrogénie
médicamenteuse**



**Parcours du
(primo-)chuteur**



**Communication /
Sensibilisation**

Des travaux du plan en connexion avec l'actualité

- **Référents « Activité Physique et Sportive »** en Etablissements Sociaux et Médico-sociaux : un levier de promotion de l'activité physique en EHPAD
- **Repérage des fragilités** : des expérimentations ICOPE portées en région, vers une généralisation
- **CNSA** : centre de ressources et de preuves dédié à la prévention de la perte d'autonomie, lien avec les Commissions des Financeurs
- Plus globalement, **connexion avec diverses dynamiques** : dispositif EqLAAT, Centres de Ressources Territoriaux, Tiers Lieux d'Expérimentation, Appels à Candidature « Prévention en EHPAD », ma Prim'Adapt...

Ostéoporose fracturaire : de la prévention à la prise en soin

Pr THOMAS Thierry, *rhumatologie, CHU de Saint-Etienne*

Pr CHAPURLAT Roland, *rhumatologie, Hospices Civils de Lyon*

Dr BLANQUET Marie, *service de santé publique, CHU de Clermont-Ferrand*

Dr PICKERING Marie-Eva, *praticien hospitalier, CHU de Clermont-Ferrand*

Ce qui a déjà été produit

- Article d'information destiné aux chirurgiens-dentistes

- Actions du GRIO

- MEMO EHPAD



Quand et comment traiter l'ostéoporose d'un patient en EHPAD ?

Quand penser à l'ostéoporose ?

1/ Si fracture sévère (hanche, bassin-pelvis, vertèbre et humérus)
2/ Si perte de taille/historique de 4cm ou fractures vertébrales sur radiographies antérieures
3/ Si risque de chute à répétition (exemple : parkinsonien, démence à corps de Lewy...)

Est-ce qu'un traitement antiostéoporotique peut être prescrit sans ostéodensitométrie ? => OUI !

La DMO peut être faite après le début du traitement, si la situation médicale le permet.
Elle permet de guider la décision de traitement chez le chuteur répété encore non fracturé.
La DMO initiale est pertinente si un cycle de 3 ans de traitement est envisagé avec une DMO de contrôle. Elle peut être utile dans le choix du traitement antiostéoporotique.
La DMO est faisable si la mobilité du patient est suffisante pour accéder à la table de DMO.

Est-ce qu'un traitement antiostéoporotique peut être prescrit sans avis du spécialiste ? => OUI !

Comme résumé dans le tableau des recommandations nationales de prise en charge de l'ostéoporose, un traitement peut être initié par le médecin traitant dans la plupart des cas.

En fonction de la diminution du T score (au site le plus bas)	Fractures sévères (Hanches, vertèbres, humérus, bassin, tibia proximal)	Fractures non sévères	Absence de fracture et facteurs de risque d'ostéoporose et/ou de chutes multiples
T > -1	Avis du spécialiste	Pas de traitement	Pas de traitement
T ≤ -1 et > -2	Traitement	Avis du spécialiste	Pas de traitement
T ≤ -2 et > -3	Traitement	Traitement	Avis du spécialiste
T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

Briot et al., 2018

Qui traiter ?

Si espérance de vie estimée > 1 an et absence de contre-indication

Quelles co-prescriptions ?

Supplémentation systématique en vitamine D (cible entre 30 et 60ng/ml) et apports suffisants en calcium. ATTENTION : à eux seuls, vitamine D et calcium ne sont pas un traitement de l'ostéoporose et ne permettent pas de réduire le risque ultérieur de fracture.

Quand obtenir un RDV dentaire ?

L'objectif est d'évaluer l'indication de gestes d'avulsion dentaire ou autres gestes invasifs nécessaires à court terme. Le RDV dentaire ne doit pas retarder la mise en route d'un traitement : risque de récurrence fracturaire x5 dans les 2 ans suivant une fracture versus risque d'ONM 0,01%-0,001%. Si le RDV ne peut être pré-thérapeutique, le RDV peut avoir lieu dans la première année de traitement, puis être renouvelé annuellement.

Consultez un article scientifique sur le rapport bénéfice-risque des bisphosphonates dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique !

Que prescrire ?

- Privilégier l'acide zolédronique (en l'absence de contre-indication biologique) : seul bisphosphonate à avoir démontré son efficacité anti fracturaire chez des patients après la survenue d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. 5mg IV sur 30 min sous réserve d'une fonction rénale satisfaisante. Paracétamol systématique 24-48h et stimulation hydratation en prévention du syndrome pseudogrippal survenant dans environ 20% des cas.
- Bisphosphonates oraux : alendronate, risédronate, ce dernier ayant une galénique qui permet de faciliter la prise (35 mg, forme gastro-résistante, à prendre juste après le petit déjeuner).

Retrouvez la fiche sur l'ACLASTA !

Durée du traitement ?

Au vu de l'espérance de vie des patients en EHPAD, le traitement peut être réalisé sans interruption. Un avis auprès d'un spécialiste peut être pris après une première séquence de traitement (3 ans de bisphosphonates IV, 5 ans de per os).

Bilan étiologique et prévention des chutes
Activité physique adaptée et kinésithérapie selon le contexte
Comorbidités (cardiovasculaires notamment)

Pour aller plus loin...

Les programmes anti-chutes

Les filières « fracture », en établissement et en ville

Modes originaux de coordination (IPA)

La formation des soignants

L'information des patients

Exemple d'un parcours de santé ostéoporose dans le Cantal

Parcours de santé Ostéoporose

- Parcours de santé ostéoporose : 2019
- Une rhumatologue référente : formations PS du territoire 2019
- Dossier dédié envoyé aux PS concerné(e)s :

[Présentation ostéoporose\2024-COUVERTURE DOSSIER A3.pdf](#)

- Acteurs du parcours :

[Présentation ostéoporose\Acteurs Parcours Osétoporose V4.pdf](#)

- Document à destination des MG :

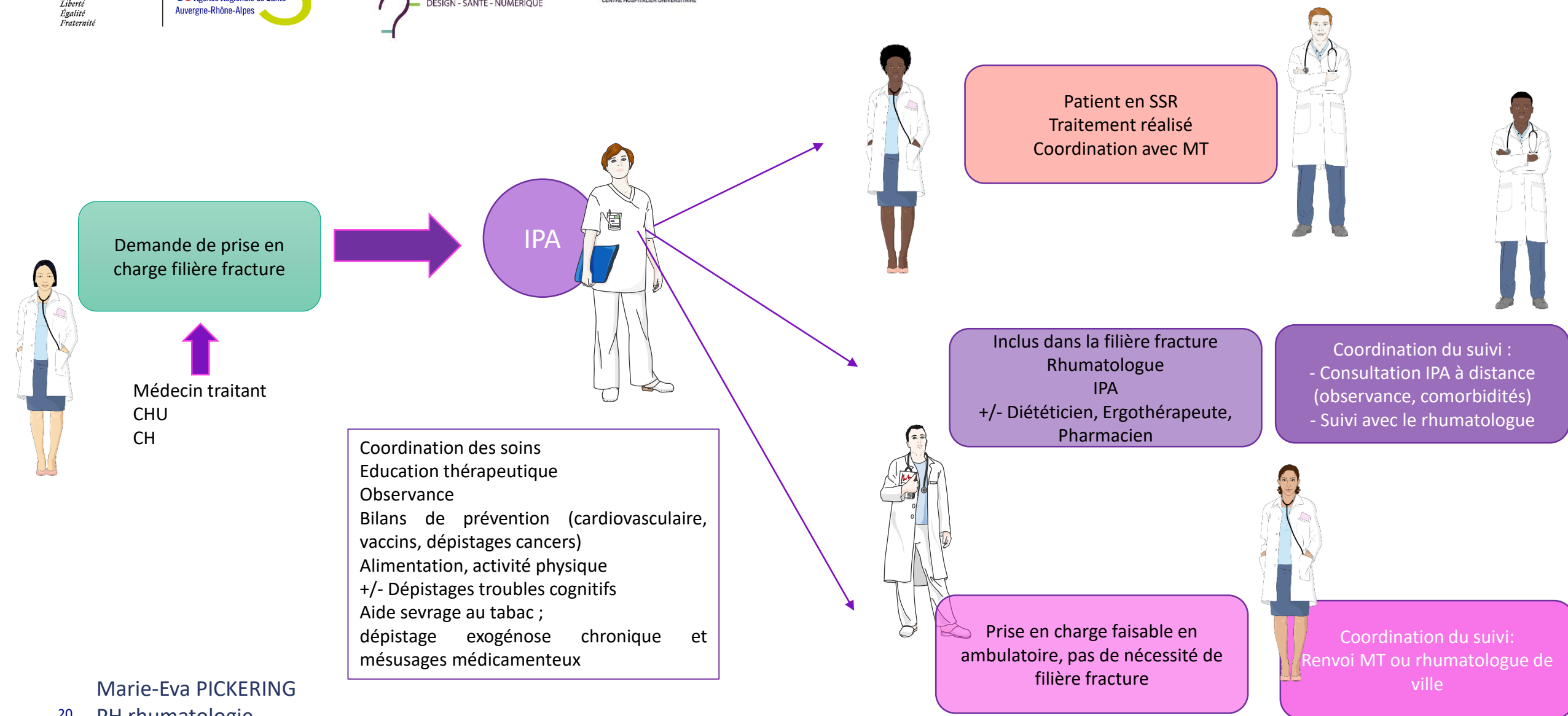
[Présentation ostéoporose\Doc Médecins Parcours Ostéoporose-V2.pdf](#)

- Dépistage systématique des femmes ménopausées par les sages-femmes et les diététiciennes

[Présentation ostéoporose\Check list consultation ostéoporose V2.pdf](#)

- Ordonnances types
 - Bilan biologique : recherche ostéoporose secondaire
 - Ostéodensitométrie + VFA + DXA : [Présentation ostéoporose\Prescription Ostéodensitométrie-V2.pdf](#)
 - Biphosphonate IV + réalisation/IDEL : [Présentation ostéoporose\ACLASTA - PROTOCOLE V2.pdf](#)

Place de notre IPA au CHU dans la coordination de la filière fracture



Parcours initial selon les situations chez la femme ménopausée : interventions potentielles de l'IPA

Identification de patients à risque avant la première fracture

Auprès du MT
Ou **par IPA**
Recherche de facteurs de risque
osseux

Fracture ostéoporotique non sévère (avant-bras, cheville)

Prise en charge par le chirurgien
orthopédiste
Puis RAD / SSR
Puis prise en charge rhumato CHU
(activation directe filière fracture) ou
rhumato libéral ou médecin traitant ou **IPA**

Fracture ostéoporotique sévère (FESF, FESH, vertèbres et bassin)

Concertation et Prise en charge multidisciplinaire
Filière fracture : coordination par IPA CHU
- Soit prise en charge CHU filière fracture puis
relai IPA / médecin traitant / rhumato libéral
- Soit traitement réalisé en SSR puis relai
médecin traitant, +/- coordination **IPA**

Prescription de DMO selon conditions de remboursement

DMO non indispensable à la réalisation du
traitement (fonction du type de fracture et des
facteurs de risque osseux)

Retour de l'**IPA** auprès du MT
« Pas de traitement » = réévaluation à prévoir
« Traitement » : peut être mis en place par le MT
« Avis du spécialiste » => consultation à prendre par le patient

En fonction de la diminution du T score (au site le plus bas)	Fractures sévères (fémur, vertèbres humérus, bassin, tibia proximal)	Fractures non sévères	Absence de fracture et facteurs de risque d'ostéoporose et/ou de chutes multiples)
T > -1	Avis du spécialiste	Pas de traitement	Pas de traitement
T ≤ -1 et > -2	Traitement	Avis du spécialiste	Pas de traitement
T ≤ -2 et > -3	Traitement	Traitement	Avis du spécialiste
T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

Proposition de formation spécifique ostéoporose pour les futures IPA en cours de cursus

ACTUELLEMENT

Année 1

Tronc commun théorique : 5 thématiques
1- urgences,
2- psychiatrie,
3- oncologie,
4- néphrologie,
5- pathologies chroniques stabilisées,
polypathologies et prévention primaire)
Stage pratique 2 mois

Année 2

Choix d'une des 5 thématiques => Pour la
rhumatologie: choix n°5
Stage pratique 4 mois

PROPOSITION

* Inclure au cours de la 2^e année **une journée de formation** des futures
IPA au CHU de proximité

- Matinée (3h) :

- *Evaluation du niveau de connaissances sur l'ostéoporose*
- Physiopathologie, épidémiologie de l'ostéoporose
- Facteurs de risque osseux, Fractures ostéoporotiques
- Recherche clinique

- Après midi (3h) :

- Prise en charge thérapeutique (Traitements médicamenteux, apports vitaminocalciques, activité physique...)
- La densitométrie osseuse en pratique
- *Evaluation des acquis de la journée*

* **Suivi des consultations** en rhumatologie (médecins / IPA)



Iatrogénie médicamenteuse :

Sensibilisation aux bonnes pratiques de prescription pour réduire le risque de chute

Anne Laure Betegnie Dupré (pharmacien CHANGE), **Prudence Gibert** (pharmacien CHUGA), **Armance Grevy** (pharmacien CHUGA), **Stephanie Pfister** (médecin CHANGE), **Chrystelle Rey** (pharmacien CHUSE), **Nabil Zerhouni** (gériatre CHUGA)

Contexte



1

Allez sur wooclap.com

2

Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement
CPCMCU

Activer les réponses par SMS

SA de plus de 65 ans :

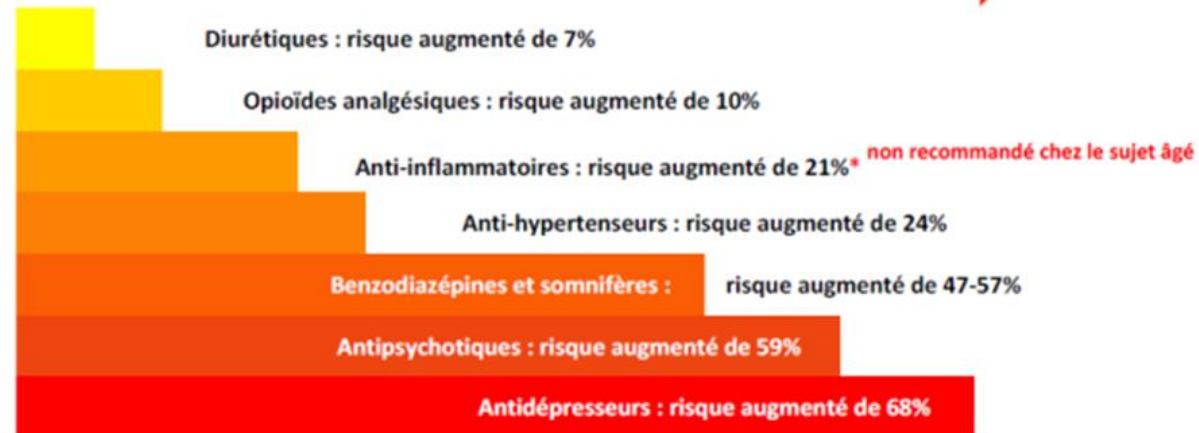
- 1 personne sur 2 avec plus de 5 principes actifs
- Effets indésirables médicamenteux 2 fois plus fréquents



Iatrogénie médicamenteuse :

- Un des facteurs de risque de chute
- Plus fréquente chez les sujets âgés (polypathologie/polymédication)

Quels médicaments augmentent le risque de chutes?





Naissance du GT

Prévention iatrogénie médicamenteuse

au sein du plan régional anti chute



*Optimisation de la Prise En Charge Médicamenteuse du Sujet Agé

2 axes de travail :

Optimiser le circuit du
médicament

Favoriser le « juste prescrire »
chez le sujet âgé



- ✓ Outils
- ✓ Formations (étude MPI-EHPAD en cours)
- ✓ Analyse pluridisciplinaires d'ordonnances de sujets âgés



Plan régional Antichute

Groupe de travail
Prévention Iatrogénie
Médicamenteuse

Médecins
Généralistes

Médecins
coordonnateurs
d'EHPAD



**Prévenir l'iatrogénie médicamenteuse chez la population âgée
identifiée à risque de 1ère chute ou de récurrence**



**Prévenir et diminuer les chutes des résidents d'EHPAD
en lien avec l'iatrogénie médicamenteuse**

Comment ?

Sensibilisation des médecins et des pharmaciens

par le biais de formations multimodales ciblées et la diffusion d'outils

Professionnels ciblés

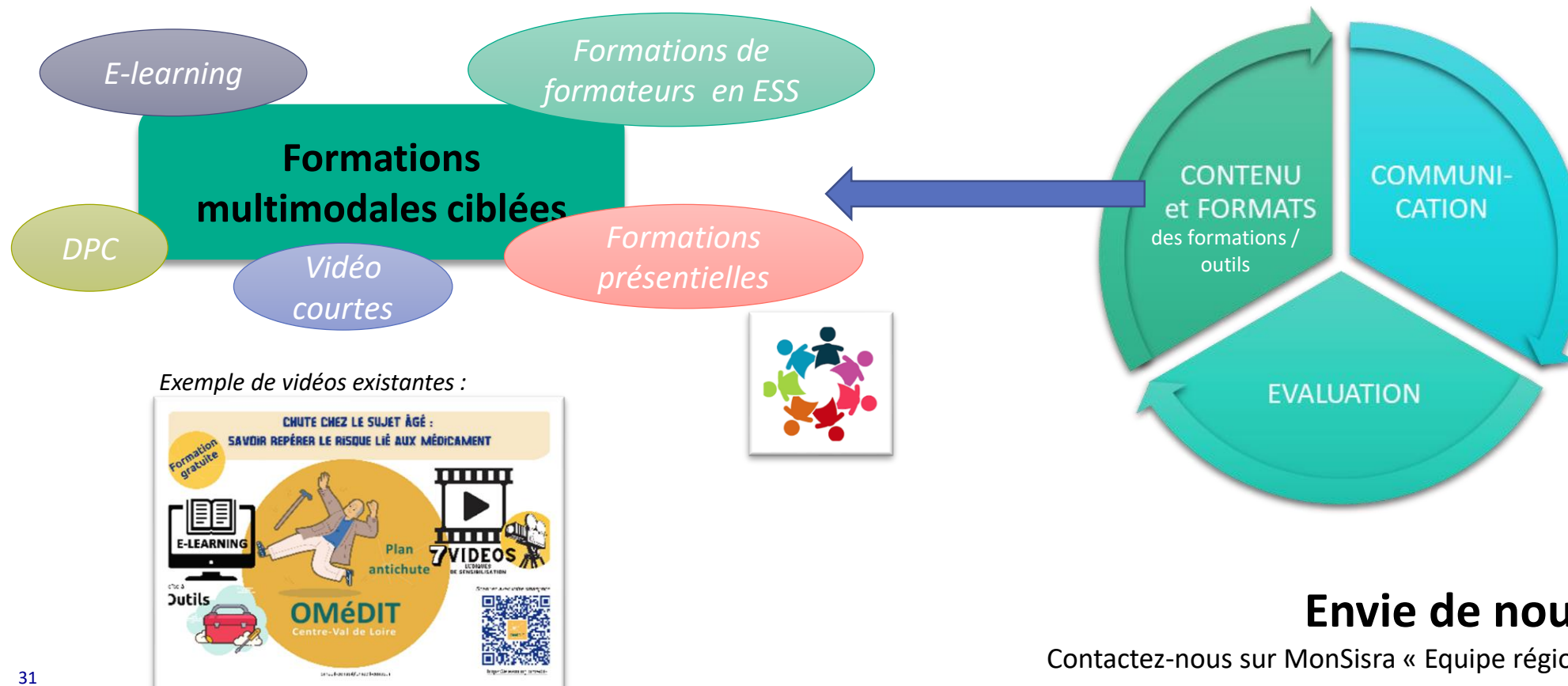


Professionnels acteurs de la juste prescription des résidents d'EHPAD :

- **médecins libéraux intervenant en EHPAD**
- **médecins coordonnateurs d'EHPAD**
- **pharmaciens d'officine intervenant en EHPAD**
- **équipe pharmaciens/gériatres des établissements sanitaires de santé, accueillant les résidents d'EHPAD aux urgences suite à une chute**



3 sous-groupes de travail en 2025 pour développer le dispositif :



Envie de nous rejoindre ?

Contactez-nous sur MonSisra « Equipe régionale OPECMSA-ARA »





1

Allez sur wooclap.com

2

Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement
CPCMCU

Activer les réponses par SMS

Parcours du chuteur : approche en sciences humaines et sociales

Brice CANADA, *PhD, maître de conférences, enseignant-chercheur à l'Université Claude Bernard, Lyon I*

2^e journée régionale Plan antichute des personnes âgées

À destination des professionnels

17 avril 2025

09 h 00 - 16 h 30

Lyon



Gardons l'équilibre !

PARCOURS DU CHUTEUR : APPROCHE EN SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Brice Canada

L-ViS, Université de Lyon, UCBL

| Le L-ViS



Laboratoire sur les Vulnérabilités et l'Innovation dans le Sport

LE LABO ▾ **ACTU** ▾ **PRODUCTIONS** ▾ **TÊTES CHERCHEUSES** ▾



Laboratoire sur les Vulnérabilités et l'Innovation dans le Sport
EA 7428

Le L-VIS est une Equipe d'Accueil rattachée à l'UFR STAPS de l'Université Claude Bernard Lyon 1

Qui sommes nous ?

L-VIS ce sont 25 chercheurs titulaires regroupés autour d'un projet commun : développer une recherche interdisciplinaire du phénomène sportif dans le domaine des Sciences Humaines et Sociales (SHS).

Pour faire vivre ce projet les chercheurs du L-VIS mobilisent tour à tour ou conjointement des disciplines scientifiques telles que la sociologie, le droit, le marketing et les sciences de gestion, l'histoire ou encore la psychologie.

Par ailleurs cette pluridisciplinarité est mise au service de deux thèmes fédérateurs : les vulnérabilités et l'innovation en lien avec les Activités Physiques et Sportives.



Deux thèmes de recherche



Innovation

Les travaux menés sur ce thème consistent à envisager les innovations sportives comme étant portées par des réseaux élargis et façonnées par des acteurs pluriels prenant en compte, notamment, les innovateurs ordinaires.

[En savoir plus](#)



Vulnérabilité

Les travaux menés sur ce thème consistent à questionner le rôle des activités physiques et sportives dans le renforcement, ou au contraire la réduction de la vulnérabilité et des atteintes à la santé.

[En savoir plus](#)

Constat de départ

- ❖ Vieillessement de la population
- ❖ Hétérogénéité dans les trajectoires de vieillissement



Quels facteurs influencent l'évolution l'état de santé physique /
indépendance fonctionnelle lors de l'avancée en âge ?

Constat de départ

QUI CHUTE À DOMICILE ?

2 profils-types de chuteurs représentent 80 % des chutes

30 %

DES CHUTEURS SONT
DES PERSONNES
NON FRAGILES,
AUTONOMES ET
QUI CHUTENT SANS
PRENDRE DE RISQUE
PARTICULIER

50 %

DES CHUTEURS SONT
DES PERSONNES
FRAGILES,
NÉCESSITANT DE
L'AIDE ET CHUTANT
À LA MAISON LORS
D'UNE ACTION À
FAIBLE INTENSITÉ



Les chutes de personnes âgées évoquent régulièrement ces deux situations.
Les repérer, c'est déjà pouvoir agir pour les prévenir.

PLAN ANTICHUTE **DES PERSONNES ÂGÉES**

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

1 - L'INACTIVITÉ PHYSIQUE

2 - LA PEUR DE LA CHUTE

3 - LA DÉNUTRITION

4 - LA BAISSÉ DE LA VUE ET DE L'AUDITION

5 - LES RISQUES DU LOGEMENT



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

PLAN ANTICHUTE **DES PERSONNES ÂGÉES**

Déterminants du risque de chute

Fonctionnement cognitif

MCI
Fonctions exécutives



Muir, Gopaul, & Montero Odasso, 2014

Composition corporelle

Sarcopenie



Tanimoto et al., 2014

Facteurs biomédicaux

Pathologies chroniques
(e.g., diabète)



Yau et al., 2013

Déterminants sociaux et comportementaux

Solitude
Activité physique

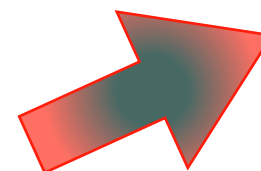
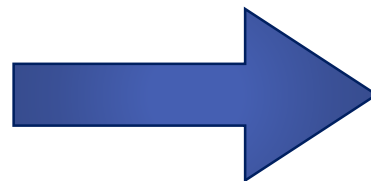


Hajet & König, 2017 ; Buchner et al., 2017

Facteurs psychologiques

Anxiété ; dépression
Peur de la chute

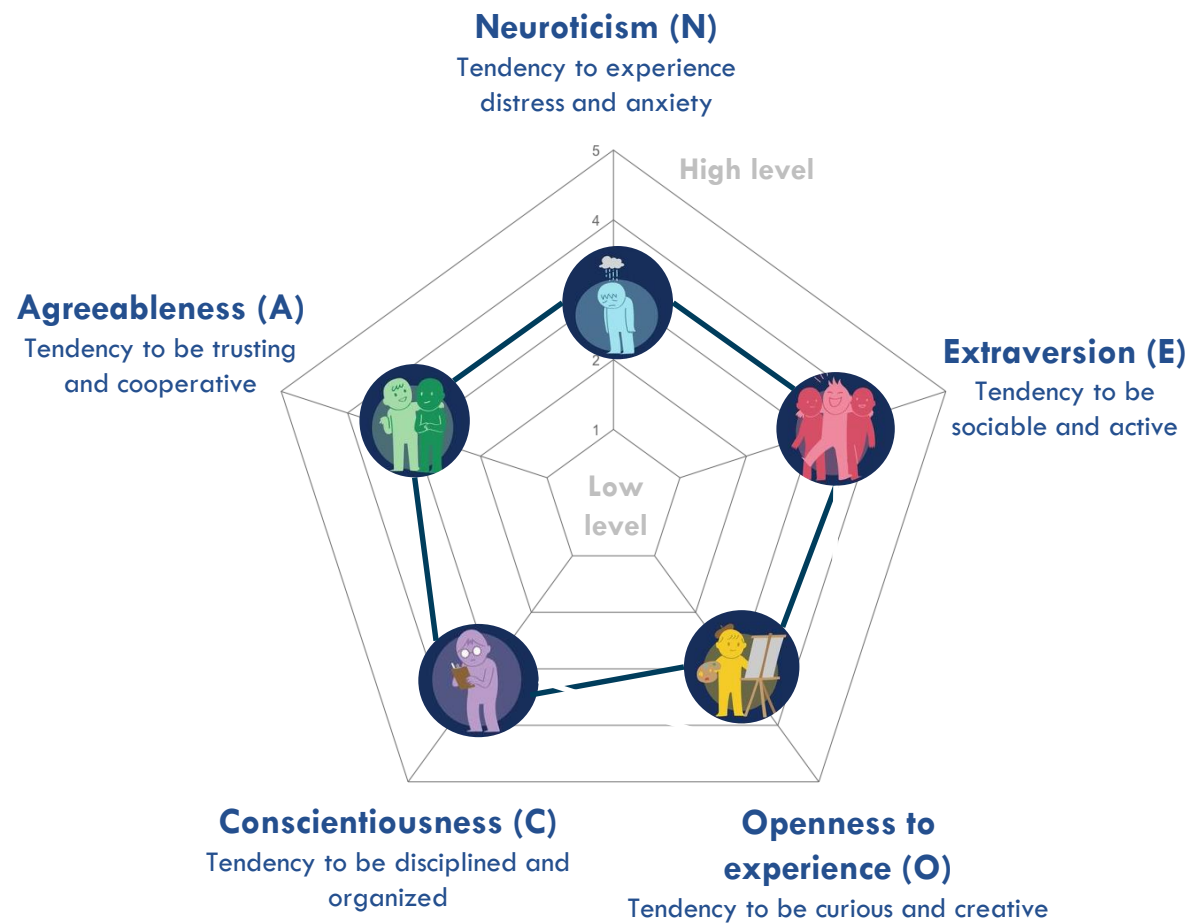
Hull, Kneebone, & Farquharson, 2013 ; Lavédan et al., in press



La personnalité : le Modèle en 5 Facteurs



Digman, 1990 ; Goldberg, 1990 ; McCrae & Costa, 1990



Et la personnalité ?

Facteurs de risque



Personnalité



Facteurs
fonctionnels

Facteurs
cognitifs

Facteurs
comportementaux



Personnalité et incidence de la chute



Personnalité

- ❖ C.Consciencieux
- ❖ Instabilité émotionnelle
- ❖ Ouverture
- ❖ Extraversion



FRAGILITÉ

Stephan et al., 2017

COGNITION

Terracciano et al., 2017

COMPORTEMENTAUX

Sutin et al., 2016



CHUTE



Personnalité et incidence du risque de chute lors de l'avancée en âge



Journals of Gerontology: Psychological Sciences
cite as: *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2020, Vol. 75, No. 9, 1905–1910
doi:10.1093/geronb/gbz040
Advance Access publication April 4, 2019



Brief Report

Personality and Falls Among Older Adults: Evidence From a Longitudinal Cohort

Brice Canada, PhD,^{1,*} Yannick Stephan, PhD,² Angelina R. Sutin, PhD,³ and Antonio Terracciano, PhD⁴

¹L-ViS, University of Lyon, Lyon. ²Euromouv, University of Montpellier, France. ³Department of Behavioral Sciences & Social Medicine, Florida State University College of Medicine, Tallahassee. ⁴Department of Geriatrics, Florida State University College of Medicine, Tallahassee.

HRS | HEALTH AND
RETIREMENT
STUDY

❖ Échantillon : N = **4 759**
73 ans (*ET* = 6 ans ; 65 – 99 ans)
12 années d'éducation

- ❖ Mesures :
- **Chutes auto-rapportées**
 - **Personnalité** (MIDI; *Lachman & Weaver, 1997*)
 - Covariants :

sociodémographiques

âge, sexe, race, niveau d'éducation

médicaux

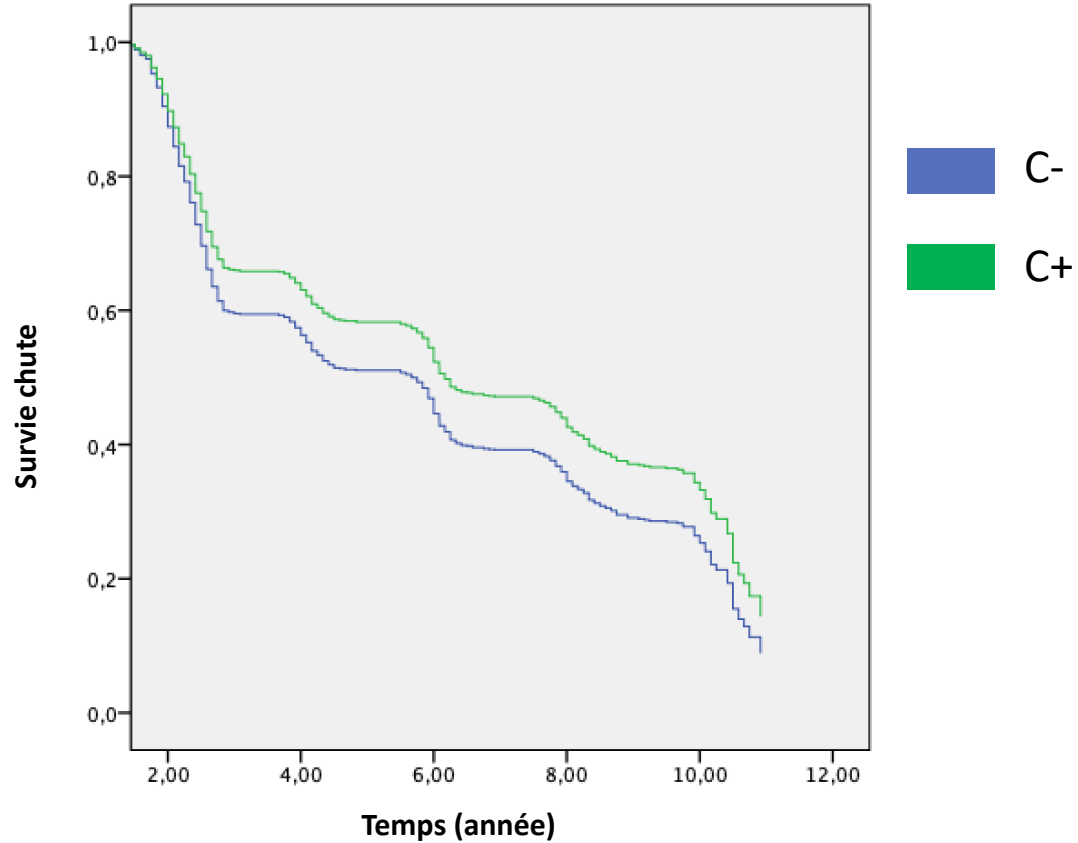
dépression, pathologie chronique

comportementaux

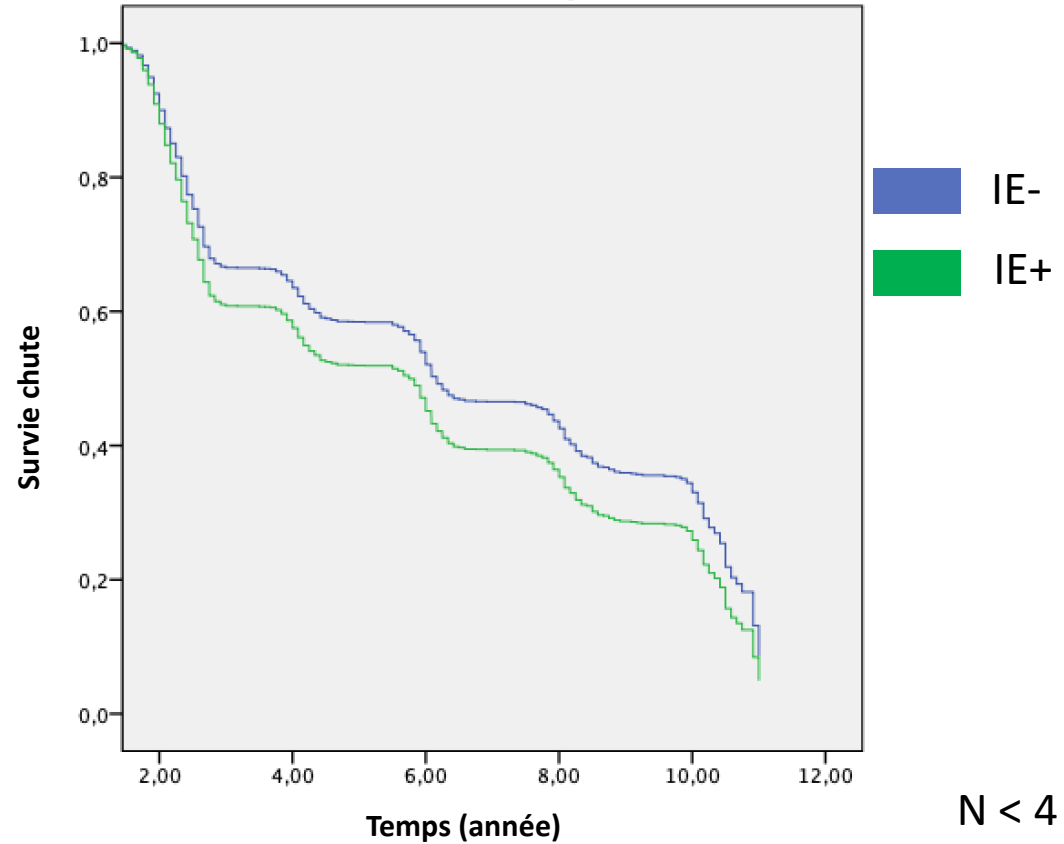
activité physique, tabagisme

- ❖ Analyse statistique : Cox proportional hazard ratio models

C.Consciencieux ($HR=.81$, $CI=.74 - .89$)



Instabilité Émotionnelle ($HR=1.14$, $CI=1.07 - 1.22$)



N < 4 700 (65 - 99 ans)
59% chuteurs (n = 2 811)

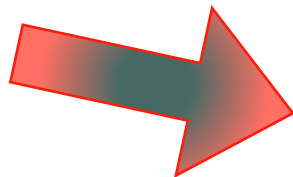
❖ C- = **20%** risque supplémentaire de chuter dans les 5 années à venir

44 ❖ IE+ = **14%**

- ❖ 1^{ère} étude à démontrer un lien entre la personnalité et l'incidence du risque de chute

C. Conscientieux

Instabilité émotionnelle



Extraversion

Ouverture

- ❖ AP - tabac / pathologie – dépression n'expliquent qu'une partie de cette relation

- Force musculaire

Sutin, Stephan, & Terracciano, 2018

- Peur de la chute

Mann et al., 2006

❖ Depuis, identification de potentiels facteurs physiologiques et fonctionnels...

The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2024, 79(6), gbae051

<https://doi.org/10.1093/geronb/gbae051>

Advance access publication 30 March 2024

Research Article

GSA
GERONTOLOGICAL
SOCIETY OF AMERICA*

OXFORD

Personality and Risk of Arthritis in Six Longitudinal Samples

Yannick Stephan, PhD,^{1,*} Angelina R. Sutin, PhD,^{2,} Brice Canada, PhD,^{3,} and Antonio Terracciano, PhD^{4,}

¹Euromov, University of Montpellier, Montpellier, France.

²Department of Behavioral Sciences and Social Medicine, College of Medicine, Florida State University, Tallahassee, Florida, USA.

³L-VIS, University of Lyon 1, Lyon, France.

⁴Department of Geriatrics, College of Medicine, Florida State University, Tallahassee, Florida, USA.



© 2021 American Psychological Association
ISSN: 0882-7974

Psychology and Aging

2021, Vol. 36, No. 3, 309–321
<https://doi.org/10.1037/pag0000502>

Cross-Sectional and Prospective Association Between Personality Traits and IADL/ADL Limitations

Brice Canada¹, Yannick Stephan², Hervé Fundenberger³, Angelina R. Sutin⁴, and Antonio Terracciano⁵

Original Research Article

Personality and Markers of Lower Extremity Function: Findings From Six Samples

Yannick Stephan, PhD¹, Angelina R. Sutin, PhD², Brice Canada, PhD³, André Hajek, PhD⁴, Tiia Kekäläinen, PhD⁵, and Antonio Terracciano, PhD⁶

Journal of Aging and Health

2024, Vol. 0(0) 1–13

© The Author(s) 2024

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/08982643241296995

journals.sagepub.com/home/jah

Sage

Limites et perspectives ?

- ❖ Causalité et effet réciproque
- ❖ Taille d'effet
- ❖ Population générale et non clinique
- ❖ Interaction avec l'environnement

Quelles implications ?

- ❖ Identification des individus à risque de première chute
- ❖ Individualisation des accompagnements

Merci...



2^e journée régionale Plan antichute des personnes âgées

À destination des professionnels
17 avril 2025

09 h 00 - 16 h 30

Lyon



Gardons l'équilibre !

Brice Canada

brice.canada@univ-lyon1.fr

Communiquer pour mieux prévenir ; *quels freins et leviers à la participation des seniors ?*

Julie CWIKLINSKI, chargée de projet, GÉrontopôle AURA

- **Orientation difficile des seniors par les professionnels sur des actions de prévention.**
- **« Chuter » fait peur et limite la participation des personnes âgées aux actions de prévention.**

Un questionnaire diffusé par les CARSAT Auvergne et Rhône-Alpes

Objectifs du questionnaire

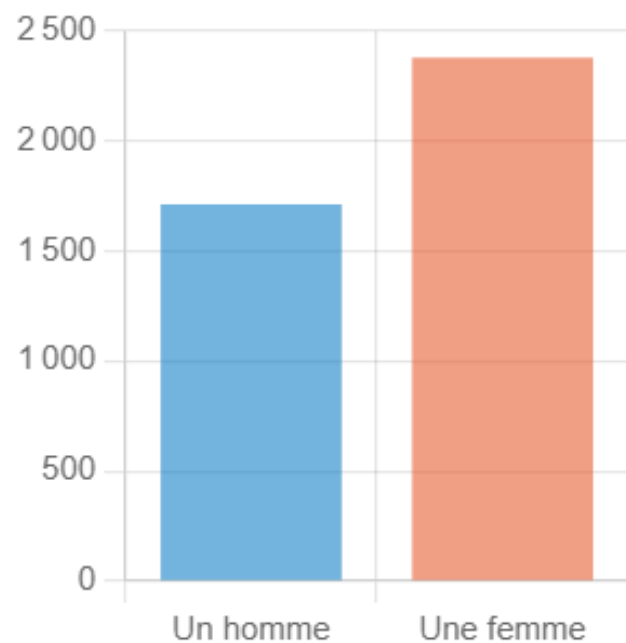
**Identifier les freins et
les leviers**

**Niveau de connaissance autour des enjeux liés aux chutes
et aux différents axes du plan**

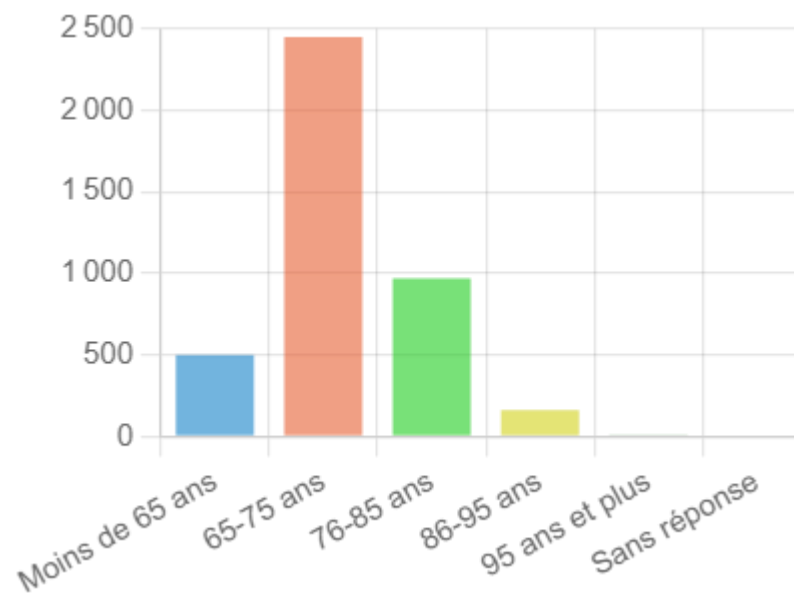
**Mesurer ce qui paraît important pour
eux et ce qui leur est secondaire**

Le Profil des 4114 répondants

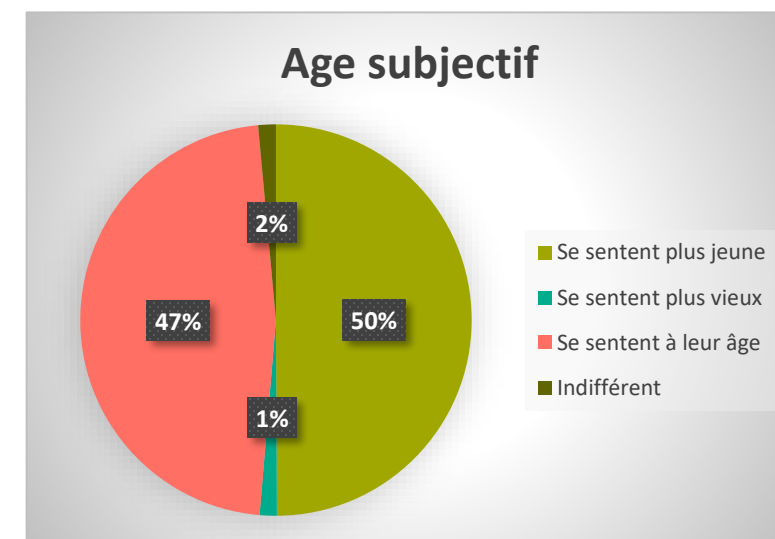
Vous êtes ?



Quelle est votre tranche d'âge ?



Au fond de vous-même, vous vous percevez comme quelqu'un qui a quel âge ?

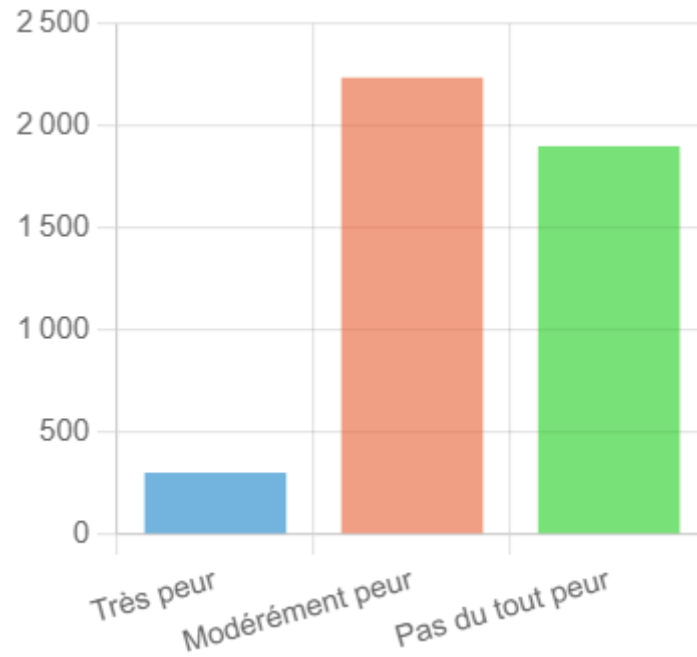


En résumé :

- Une majorité de **femmes**
- Tranche d'âge la plus représentée : 65-75 ans
- Majorité vivant en couple
- Globalement, **des personnes qui se sentent plus jeunes ou à leur âge**
- Répartition plutôt homogène des milieux de vie
- Niveau d'étude CAP/BEP et Bac
- La majorité porte des lunettes mais **n'a pas d'aide technique**
- La majorité **pratique une activité sportive** et a des contacts sociaux réguliers

Le rapport à la chute

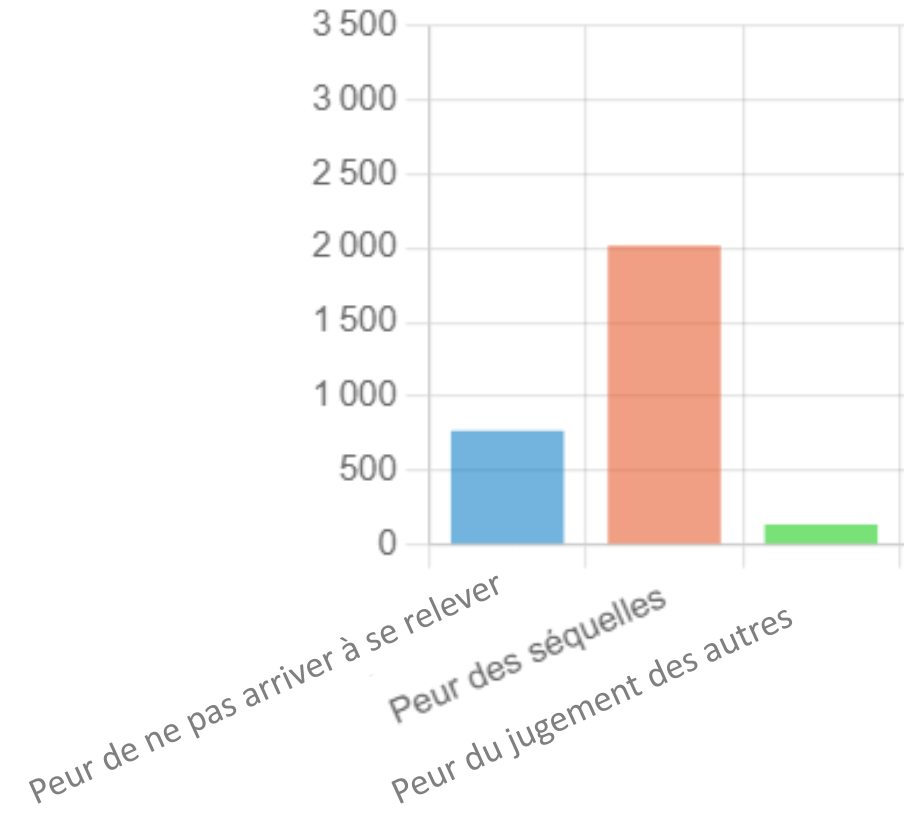
Avez-vous peur de chuter, ou de tomber ?



83% des personnes qui se sentent plus vieilles que leur âge ont peur de chuter

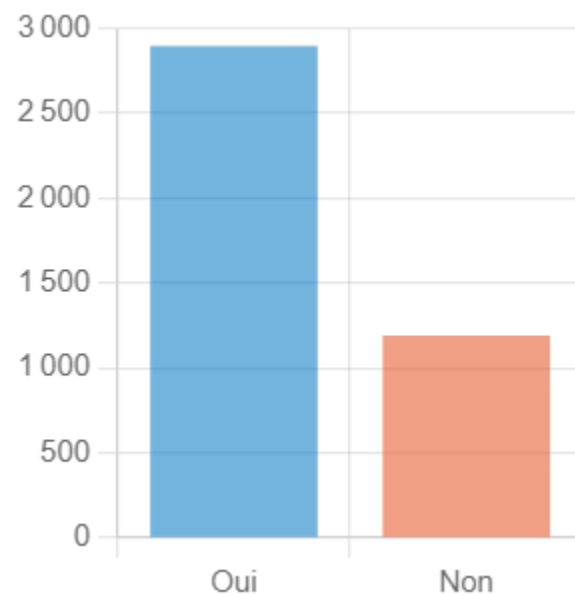
53% des personnes qui se sentent plus jeunes que leur âge ont peur de chuter

Pour quelle(s) raison(s) ?

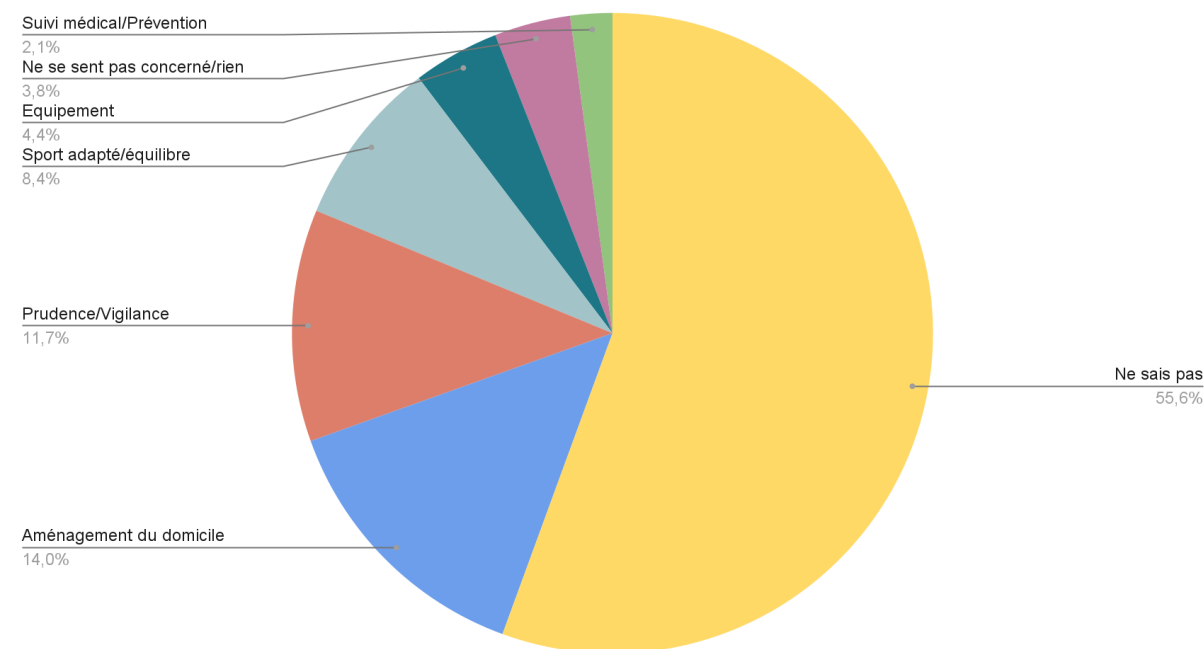


Le rapport à la prévention des chutes

Vous sentez-vous sensibilisés aux risques de chutes?

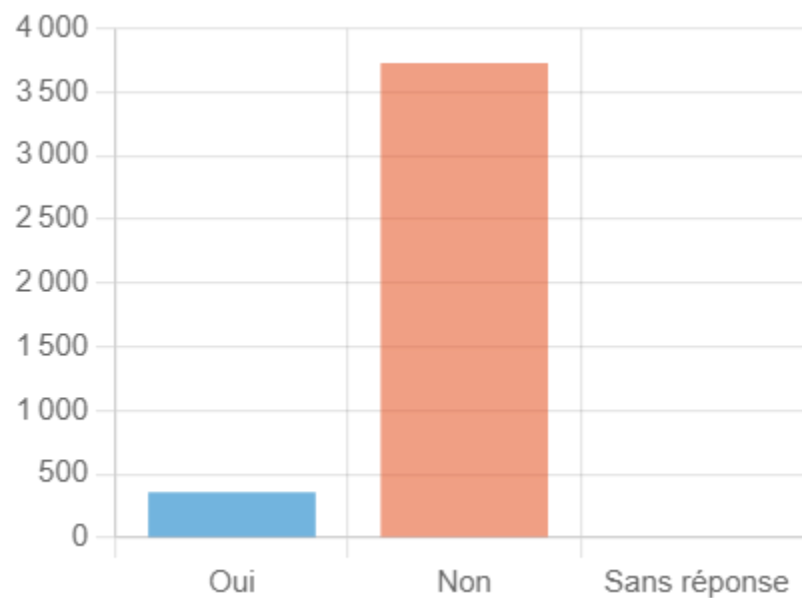


Selon vous, que pourriez-vous mettre en place pour réduire le risque de chute ?

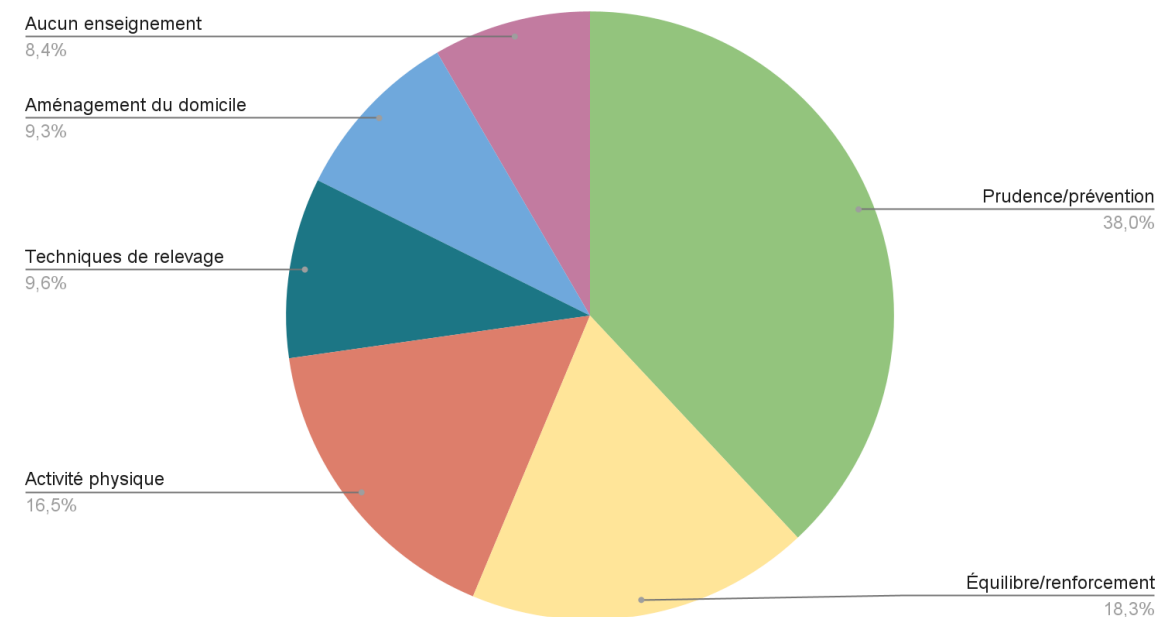


Le rapport à la prévention des chutes

Avez-vous déjà participé à des actions de prévention des chutes ?

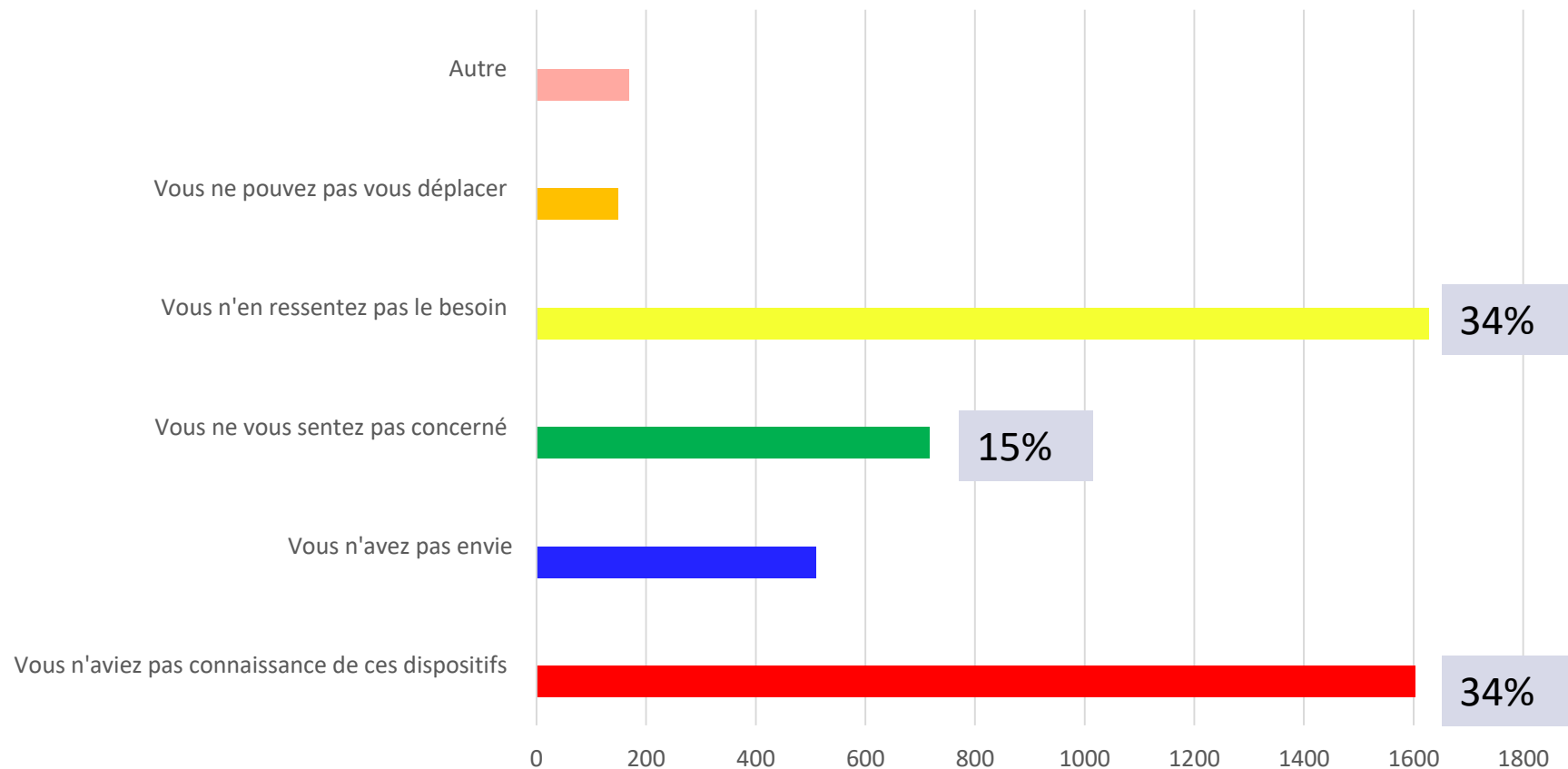


Quels enseignements avez-vous pu en retirer ?

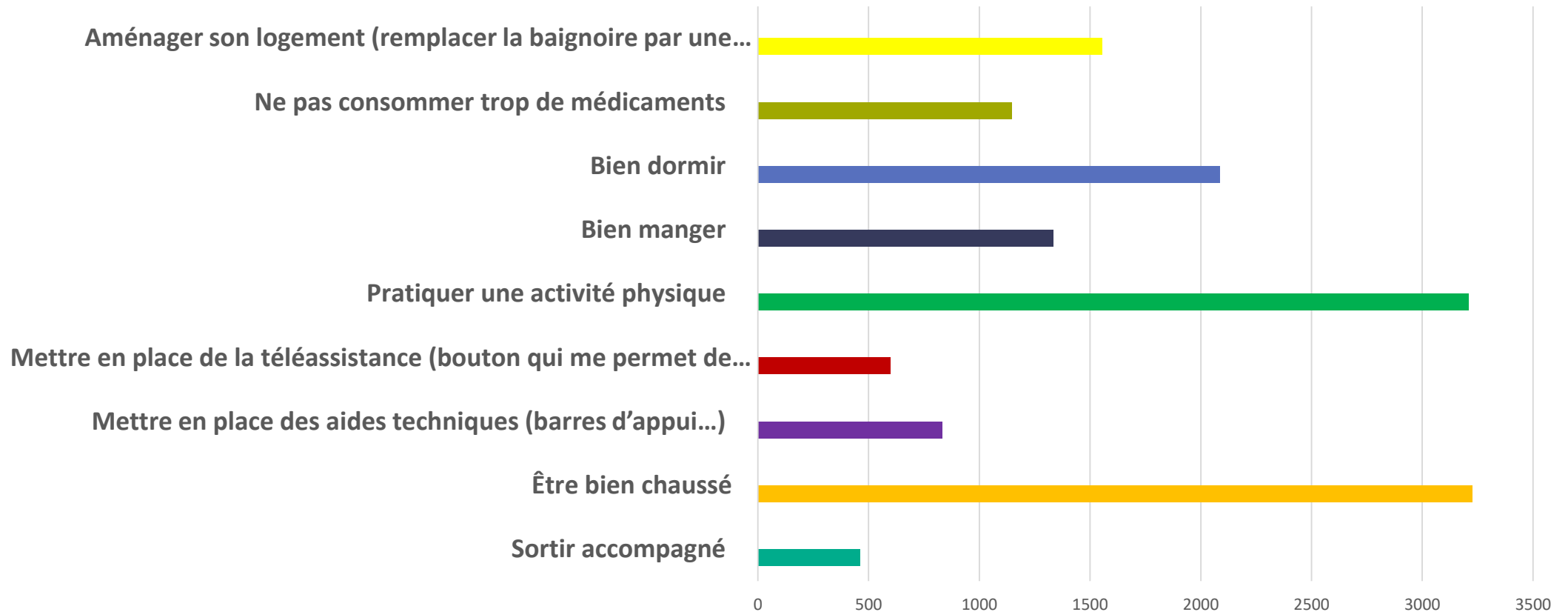


Le rapport à la prévention des chutes

Si non, pour quelles raisons ?

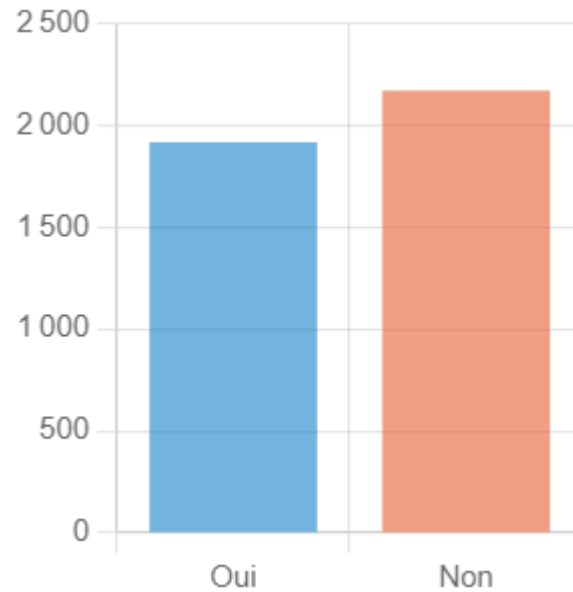


Pour prévenir les chutes, quelles sont d'après vous les 3 actions prioritaires à mettre en place ?



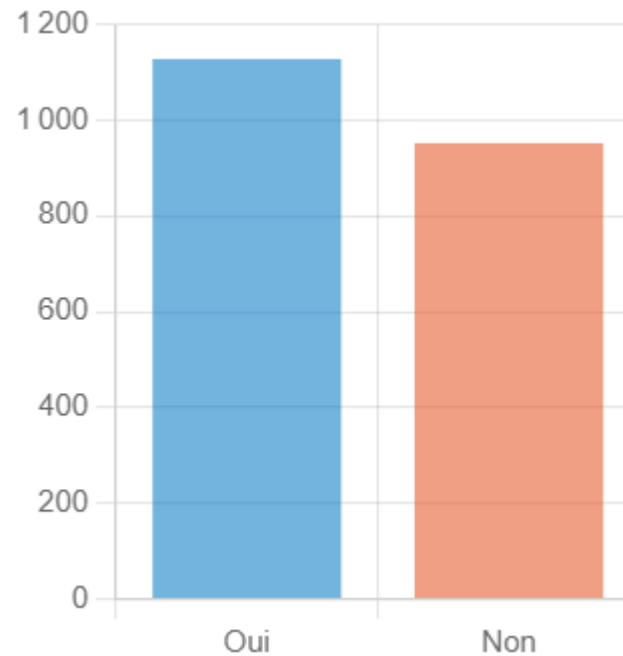
L'expérience de chute

Avez-vous déjà chuté ?

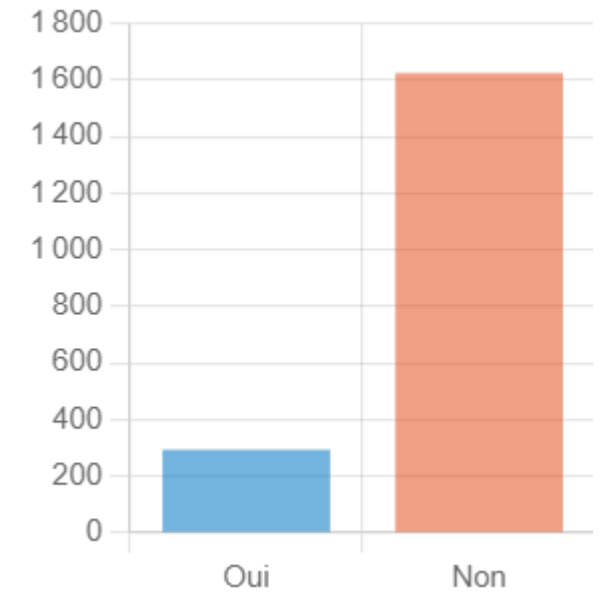


« Des chutes, comme tout un chacun, j'en ai fait toute ma vie (croche-pied à la récré, au football, au ski, au service militaire . . .). »

Avez-vous consulté un professionnel de santé après cette chute ?



Cette chute était-elle liée à l'aménagement de votre logement ?

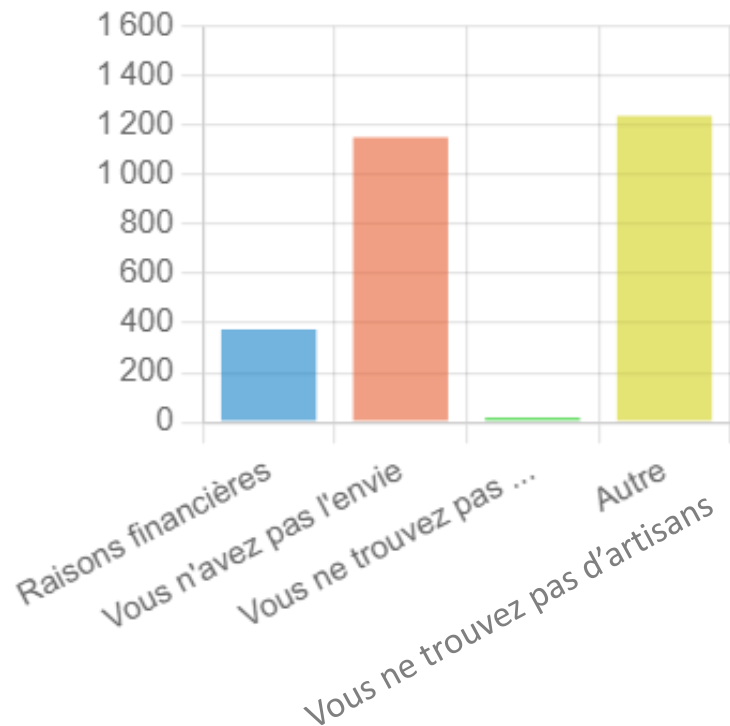


66% des répondants n'envisagent pas d'aménager leur logement pour réduire le risque de chute

L'expérience de chute

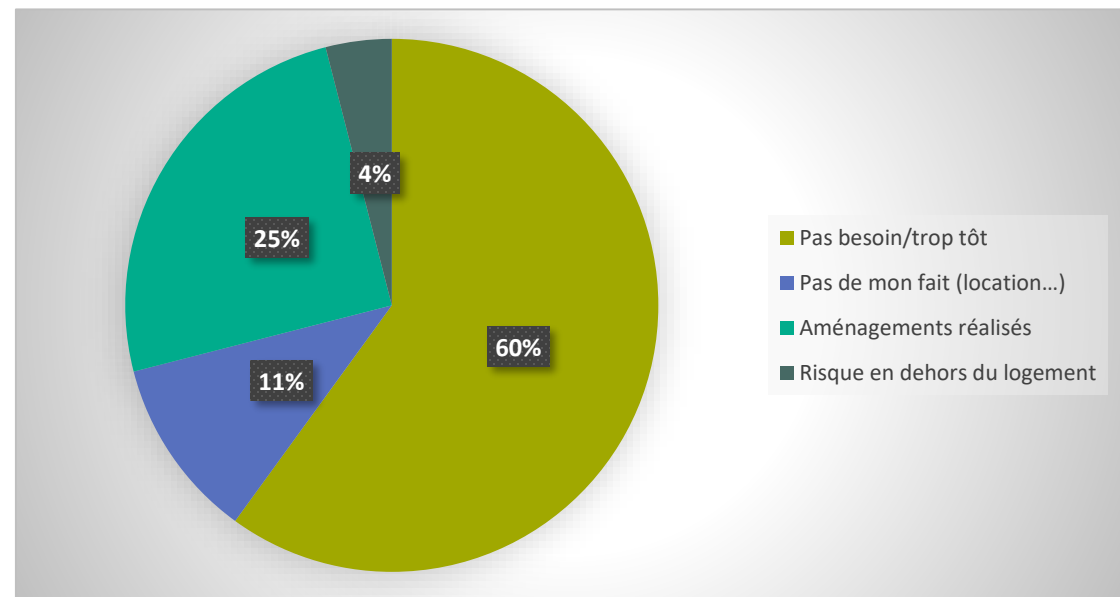
Aspect aménagement du logement

Pour quelles raisons n'envisagez-vous pas d'aménager votre logement ?



« Je suis en pleine forme »

Autres :

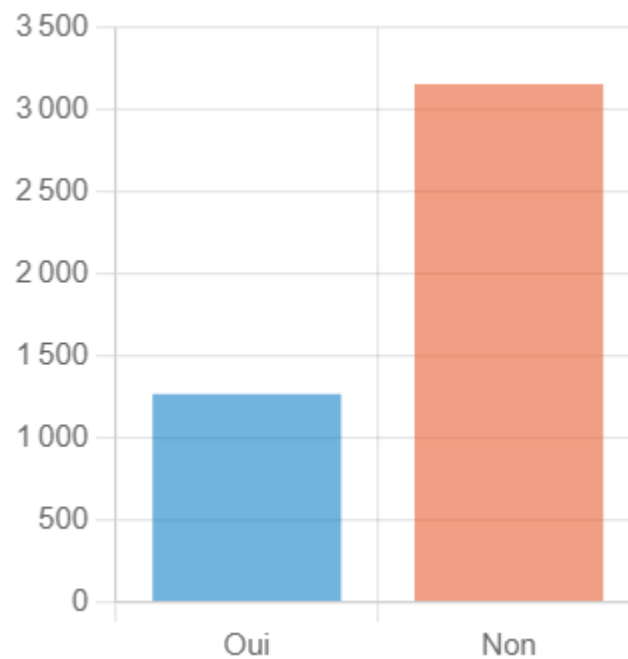


Par rapport à l'âge subjectif :

Les personnes qui se sentent plus jeunes : **64%** disent qu'il est trop tôt

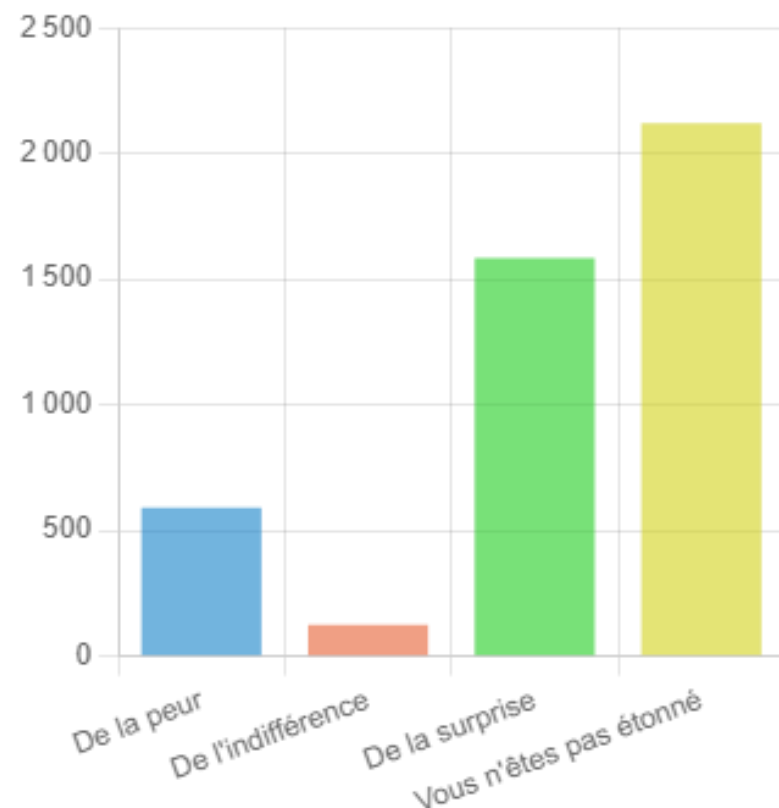
L'engagement dans un parcours de prévention des chutes

Vous a-t-on recommandé de pratiquer une activité physique adaptée pour diminuer le risque de chute ou à participer à un atelier de prévention des chutes (atelier équilibre...) ?



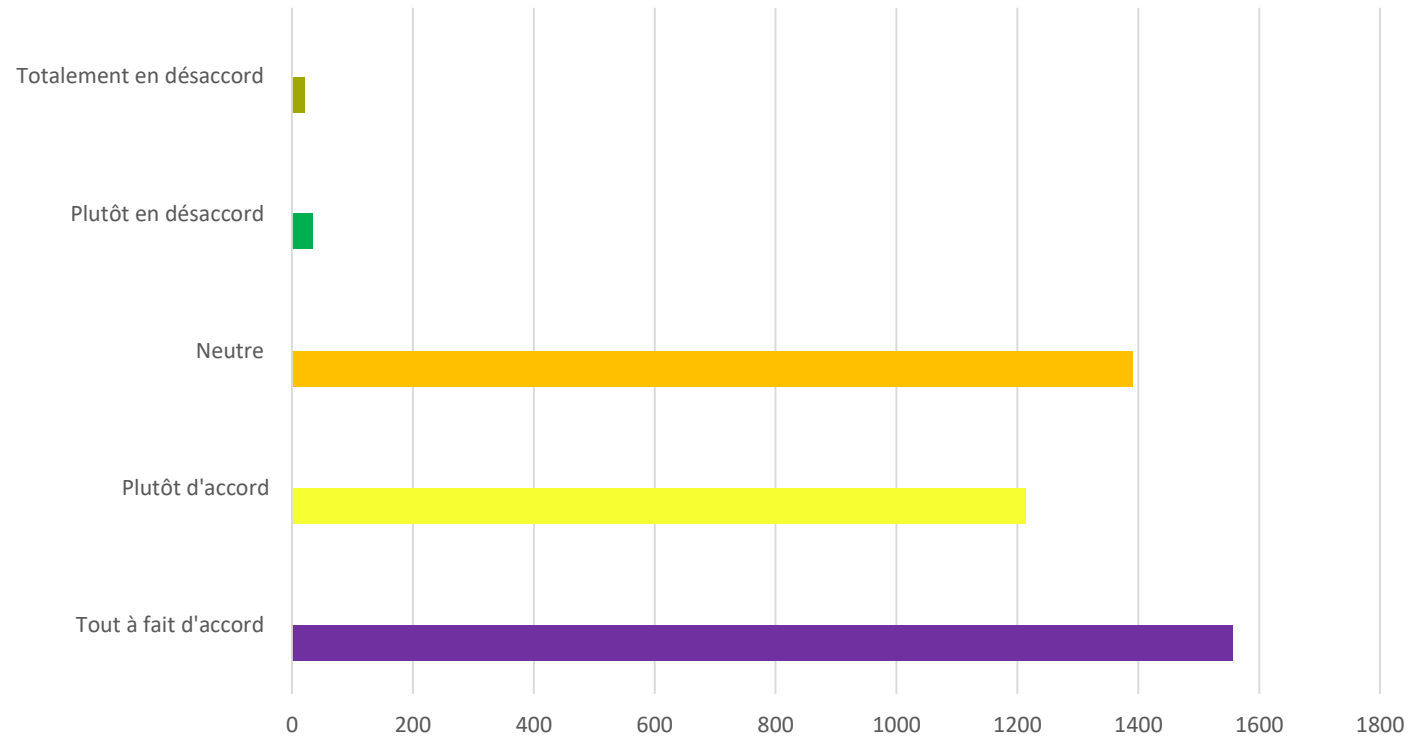
Le rapport à la prévention des chutes

« En Auvergne-Rhône-Alpes, les chutes sont responsables de 16 000 hospitalisations et 1400 décès chaque année. » Voici ce que l'on peut lire à propos du plan Antichute porté par l'Agence Régionale de Santé. Que ressentez-vous à la lecture de ces chiffres ?



Le rapport à la prévention des chutes

De récentes études pointent l'importance de la convivialité et du plaisir lors d'ateliers de prévention des chutes, êtes-vous d'accord ?

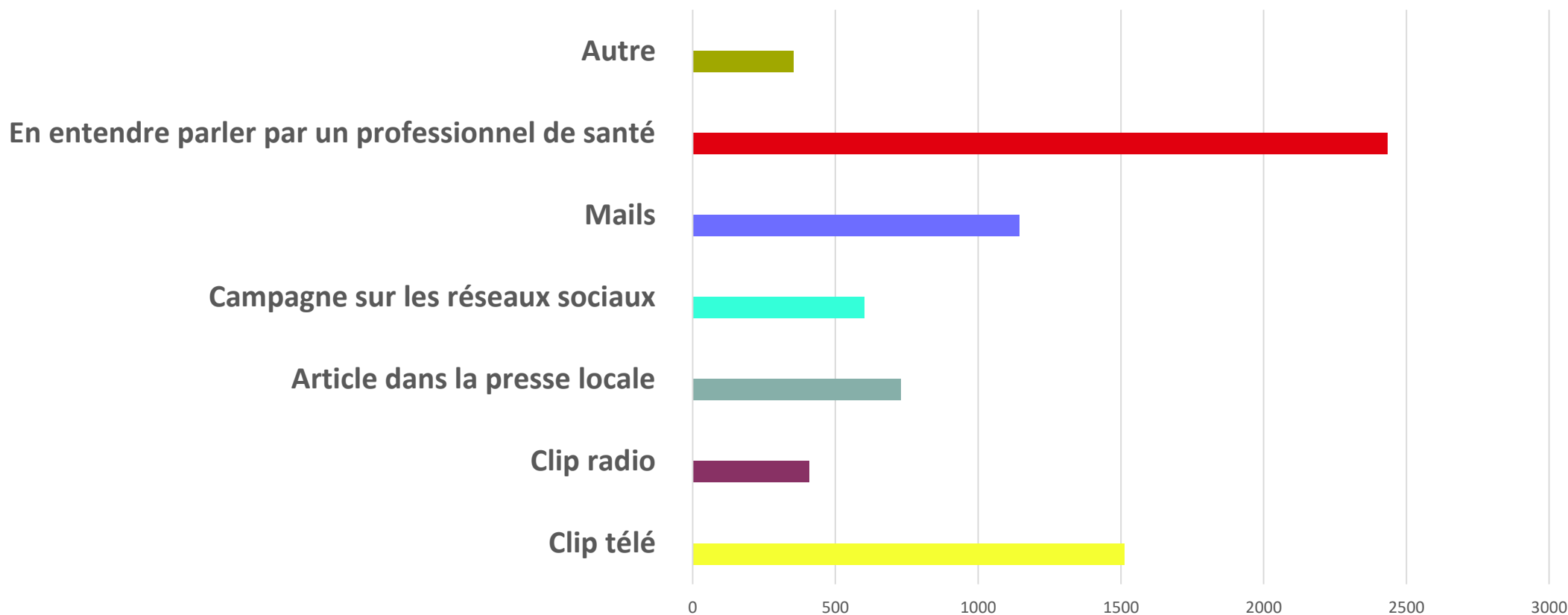


Selon vous, chuter ou tomber pour la première fois :



Communiquer efficacement

Quels sont les moyens de communication qui vous permettraient de vous sentir concerné par le risque de chute et de vous mobiliser ?



Par rapport aux objectifs

- **identifier les freins et les leviers à la participation des seniors aux actions de prévention des chutes**

FREINS : Ils ne se sentent pas forcément concernés, notamment dans l'anticipation de l'aménagement du logement / Presque 50% éprouvent une peur modérée de la chute / Peu d'orientation dans un parcours de prévention : lien avec la connaissance qu'ont les professionnels sur les dispositifs existants

LEVIERS : Ils sont conscients que chuter peut être grave et de la nécessité d'en parler à son médecin / Ils ont identifié quels sont les risques de chute / Ils ont identifié l'importance de l'activité physique.

- **la connaissance qu'ont les personnes âgées autour des enjeux liés aux chutes** et aux différents axes du plan

Connaissance plutôt « bonne » des enjeux d'une chute, moins des solutions pour réduire le risque. Les axes du plan les plus identifiés semblent être l'activité physique et l'aménagement du logement.

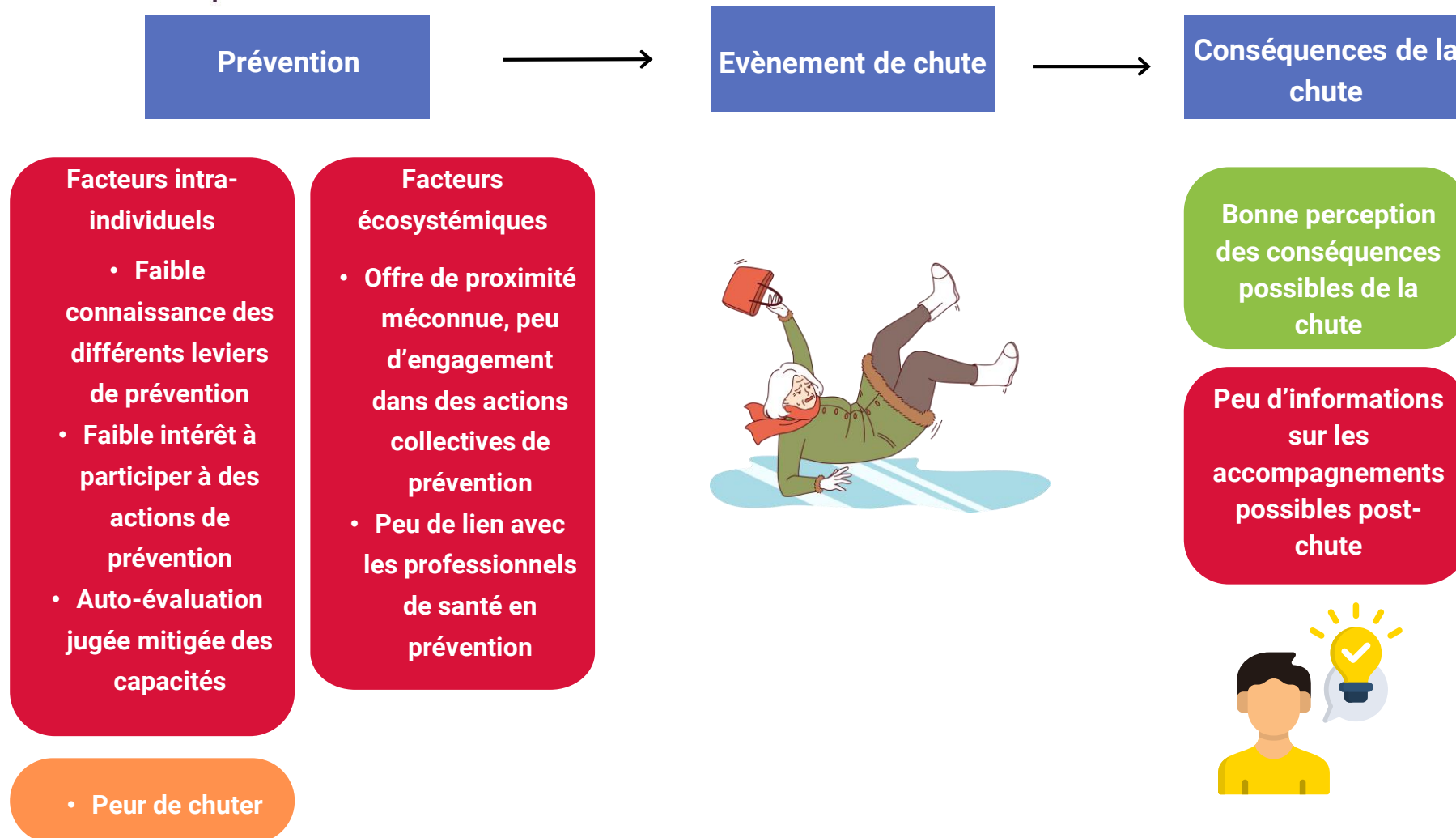
=> ZOOM sur le **rapport à la téléassistance ou aux aides techniques**

Très peu ont des aides techniques et/ou téléalarme ; ils n'ont peut-être pas conscience de l'existence de ces dispositifs ou n'en ressentent pas le besoin au regard de leur état de santé actuelle.

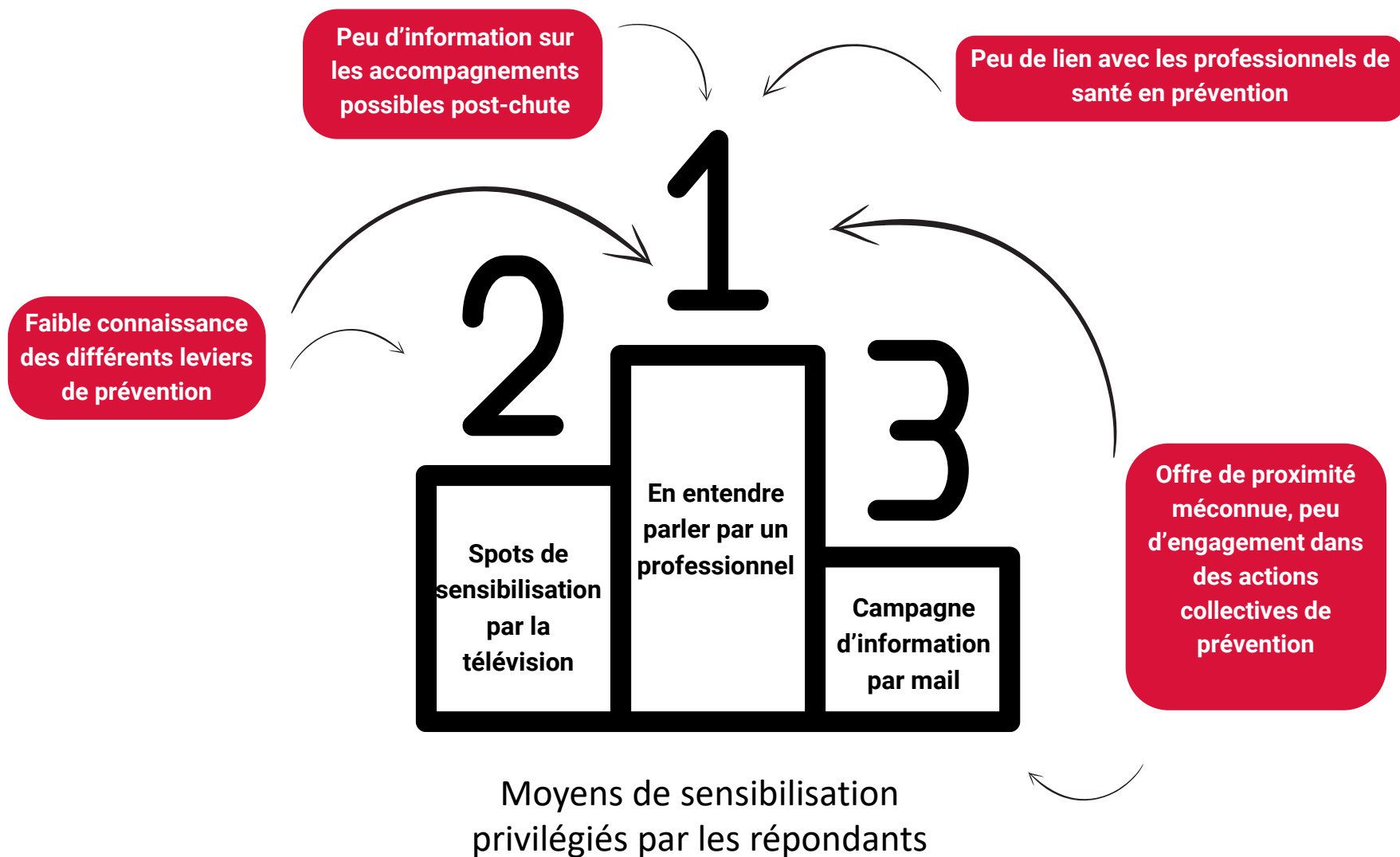
- **mesurer ce qui paraît important pour eux et ce qui leur est secondaire**

Priorité : Bien chaussé/Activité physique/Sommeil

Moins identifiés : Médicaments / téléassistance



Modes de communication envisagés



Présentation du programme de l'après-midi

Restitution des ateliers

Mot de conclusion



Merci pour votre participation !