

# Plan régional antichute

## Auvergne-Rhône-Alpes

2022-2026

---

Décembre 2025

---



*Gardons l'équilibre !*

# Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>LE MOT DE CECILE COURREGES, DIRECTRICE GENERALE DE L'ARS AUVERGNE RHONE ALPES</b>   | <b>4</b>  |
| <b>GLOSSAIRE DES TERMES UTILISES DANS LE PLAN</b>  | <b>5</b>  |
| <b>SYNTHESE</b>  | <b>6</b>  |
| <b>INTRODUCTION</b>  | <b>8</b>  |
| Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus : causes et conséquences   | 8         |
| Le Plan national Antichute pour prévenir les chutes  | 8         |
| L'engagement rapide de la région ARA dans la dynamique nationale   | 11        |
| <b>Partie 1 - La situation épidémiologique en région : des spécificités locales</b>  | <b>12</b> |
| Des enjeux spécifiques à la région ARA   | 12        |
| Etat des données épidémiologiques régionales de 2013 à 2024  | 14        |
| Nombre annuel de personnes âgées de 65 ans et + hospitalisées pour chute grave et/ou invalidante en ARA entre 2013 et 2024                     | 14        |
| Répartition départementale et par tranche d'âge du nombre d'hospitalisations pour chutes graves/invalidantes                                   | 17        |
| Nombre de chutes récidivantes selon le PMSI 2022   | 18        |
| Décès suite à une chute grave/invalidante par département  | 19        |
| Données statistiques complémentaires aux données épidémiologiques régionales   | 21        |
| Evolution des appels aux Centres de Réception et de Régulation des Appels pour chute des personnes âgées de 65 ans et plus (2023)              | 21        |
| Evaluation à domicile pour la mise en place d'un plan d'aide (données 2024)  | 22        |
| Chutes domestiques à domicile constatées par les infirmiers libéraux Éclaireurs  | 23        |
| Une approche analytique par cibles populationnelles  | 23        |
| <b>Partie 2 - La prévention des chutes : une volonté de s'appuyer sur des actions innovantes menées en région</b>                              | <b>25</b> |
| L'état des lieux des actions existantes  | 25        |
| Répartition régionale des actions par types de structures et nombre d'actions  | 25        |
| Répartition départementale par types de structures et nombre d'actions   | 26        |
| Répartition régionale et départementale des actions par axes du plan antichute   | 26        |
| Répartition régionale des actions selon leur évaluation réalisée   | 26        |
| Des difficultés de mise en œuvre des actions : la parole aux porteurs de projets   | 27        |
| Du diagnostic régional à l'identification d'actions probantes : l'élaboration de fiches-actions  | 28        |
| <b>Partie 3 – Axes d'interventions suivis par le plan régional antichute et priorités d'actions en Auvergne Rhône-Alpes</b>                    | <b>29</b> |
| Un suivi rapproché des indicateurs   | 29        |
| Cibler les thématiques ou déterminants de prévention – clés pour éviter les chutes en mobilisant les groupes de professionnels et partenariaux | 30        |

|  |           |
|--|-----------|
| Groupe de Travail « Iatrogénie médicamenteuse » .....  | 30        |
| Groupe de Travail « Ostéoporose » .....  | 31        |
| Groupe de Travail « Parcours du primo chuteur » .....  | 32        |
| <b>Renforcer la communication</b> .....  | <b>35</b> |
| Organiser des journées régionales d'échanges .....   | 35        |
| Diffusion d'outils à destination des professionnels.....   | 36        |
| Newsletter trimestrielle .....   | 37        |
| Développer des actions spécifiques : Communication grand public .....  | 37        |
| Poursuite de la politique de prévention : appels à candidatures annuels et enjeux de l'évaluation régionale des actions financées..... | 38        |
| <b>Partie 4 – Perspectives opérationnelles de poursuite de la déclinaison régionale du Plan Antichute 2025-2026.....</b>               | <b>40</b> |
| Suivi des actions remarquables .....   | 40        |
| Actualisation du diagnostic territorial : vers une mise en lumière des dynamiques départementales .....                                | 40        |
| Une diffusion large des livrables produits par les experts du Plan.....  | 41        |
| Communication et sensibilisation : comment atteindre les seniors ?.....  | 41        |
| <b>ANNEXES.....</b>  | <b>44</b> |
| ANNEXE 1 – DONNEES DEPARTEMENTALES – PLAN OSCAR CARSAT .....   | 45        |
| ANNEXE 2 - METHODOLOGIE DE PRODUCTION DE L'ETAT DES LIEUX DES ACTIONS EXISTANTES – FICHES-ACTIONS PRODUITES – GT .....                 | 51        |
| ANNEXE 3 – GRAPHIQUES DU DIAGNOSTIC REGIONAL.....  | 61        |
| Répartition régionale des actions par types de structures et nombre d'actions .....  | 61        |
| Répartition départementale par types de structures et nombre d'actions .....   | 62        |
| Répartition régionale et départementale des actions par axes du plan antichute .....   | 62        |
| Répartition régionale des actions selon leur évaluation réalisée.....  | 63        |
| ANNEXE 4 - ETUDES ET RECHERCHES EN LIEN AVEC LA PREVENTION DES CHUTES ISSUES DE LA DYNAMIQUE REGIONALE .....                           | 64        |
| ANNEXE 5 – POURSUITE DE LA POLITIQUE DE PREVENTION : APPELS A CANDIDATURES ANNUELS DE L'ARS .....                                      | 66        |
| ANNEXE 6 – EVALUATION DES ACTIONS DE PREVENTION FINANCEES PAR L'AAC 2022.....  | 67        |
| ANNEXE 7 – PROGRAMME DE LA PREMIERE JOURNEE REGIONALE .....  | 68        |
| ANNEXE 8 – PROGRAMME DE LA DEUXIEME JOURNEE REGIONALE.....   | 69        |
| ANNEXE 9 – BOITE A OUTILS ET NEWSLETTERS DIFFUSEES.....  | 70        |
| ANNEXE 10 – EXEMPLE D'UNE MODELISATION REPRISE SUITE AUX ATELIERS.....   | 71        |

## **LE MOT DE CECILE COURREGES, DIRECTRICE GENERALE DE L'ARS AUVERGNE RHONE ALPES**

Face à un enjeu de santé publique majeur, les chutes des personnes âgées constituent aujourd'hui la première cause de mortalité accidentelle après 65 ans et représentent une rupture brutale dans le parcours de vie et d'autonomie. Chaque année, plus de deux millions de personnes âgées en sont victimes en France, entraînant plus de 10 000 décès et des séquelles durables. Cette réalité impose une réponse collective, coordonnée et ambitieuse.

Le Plan régional antichute Auvergne-Rhône-Alpes 2022-2026 s'inscrit pleinement dans cette dynamique nationale impulsée par le ministère chargé de la Santé. Déployé depuis 2022, il traduit la volonté de l'Agence régionale de santé de placer la prévention au cœur du parcours de vie des seniors, en mobilisant l'ensemble des acteurs du territoire.

Ce plan, articulé autour de six axes structurants – repérage des risques, adaptation de l'habitat, développement des aides techniques, promotion de l'activité physique, accès à la téléassistance, information et sensibilisation – poursuit des objectifs clairs et mesurables :

- Réduire de 20 % les chutes mortelles ou invalidantes d'ici 2026 ;
- Préserver l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées ;
- Renforcer le virage domiciliaire, en favorisant la prévention et la coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La mobilisation collective engagée depuis trois ans en région illustre le partenariat actif de l'ensemble des institutions publiques, des collectivités territoriales, des professionnels de santé, des acteurs médico-sociaux, associatifs et du monde de la recherche.

Les groupes de travail thématiques sur la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse, la lutte contre l'ostéoporose ou encore le parcours du primo-chuteur, tout comme les actions de communication et de formation menées auprès des professionnels, témoignent d'une dynamique de co-construction, fondée sur l'expertise et l'évaluation.

Porté par cette démarche partenariale et scientifique, soutenu par le Gérontopôle Auvergne-Rhône-Alpes, ce plan régional vise à faire émerger des pratiques durables, à valoriser les initiatives locales et à favoriser leur essaimage à l'échelle de la région.

Prévenir les chutes, c'est préserver l'autonomie et la sécurité des personnes âgées. C'est aussi réaffirmer notre engagement collectif pour un « bien vieillir » solidaire et actif, ancré dans les territoires et fondé sur la coopération.

## GLOSSAIRE DES TERMES UTILISES DANS LE PLAN

**AAC** : Appel A Candidatures

**ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

**APA** : Activité Physique Adaptée

**ARA/AURA** : Auvergne Rhône Alpes

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale

**CD** : Conseil Départemental

**CépiDc** : Centre épidémiologique sur les causes médicales de décès

**CFPPA** : Commission des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie

**CH** : Centre Hospitalier

**CHANGE** : Centre Hospitalier Annecy Genevois

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

**CSG** : Court Séjour Gériatrique

**DAC** : Dispositif d'Appui à la Coordination

**DAPAP** : Dispositif d'Accompagnement vers la Pratique d'Activité Physique

**DD** : Délégation Départementale de l'ARS

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**GIR** : Groupe Iso Ressource

**GT** : Groupe de Travail

**HCL** : Hospices Civils de Lyon

**ICOPE** : Integrated Care for Older People

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**IRAPS** : Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins

**MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OSCAR** : Offre de Service Coordonnée pour l'Accompagnement de ma Retraite

**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (hospitaliers)

**SMR** : Soins Médicaux et de Réadaptation

**SNDS** : Système National des Données de Santé

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile

**URPS** : Union Régionale de Professionnels de Santé

## SYNTHESE

L'objectif du plan national antichute des personnes âgées est de réduire, d'ici 2026, de 20%, le nombre de chutes mortelles ou invalidantes des personnes de 65 ans et plus.

Selon les données épidémiologiques recueillies, les actions déployées en ARA, dans la cadre du plan, depuis 2022, ne se traduisent pas encore par une diminution de ces chutes :

- L'augmentation des hospitalisations pour chutes invalidantes est constatée : 18.274 hospitalisations en 2020 en ARA, 20.528 en 2022 et 21.064 en 2023.
- Le nombre d'hospitalisations pour chutes invalidantes pour 10.000 habitants âgés de plus de 65 ans augmente également, avec des écarts départementaux : 112‰ en 2020, 122‰ en 2022, 123‰ en 2023. Un léger infléchissement de cette hausse est constaté entre 2022 et 2023, ce qui ne se confirme pas en 2024 (128‰).
- Le nombre de chutes mortelles (données PMSI : décès moins de 90 jours après une chute) soit 2900 en 2022, est un indicateur à suivre de manière régulière.

À travers l'état des lieux territorial, la région Auvergne-Rhône-Alpes apparaît comme un territoire riche en initiatives et dynamique : de nombreuses actions inspirantes et innovantes sont présentes sur le territoire. Une diversité des thématiques traitées est également constatée puisque tous les axes du Plan sont engagés au sein des départements de la région.

En revanche, une plus faible activité en matière de prévention des chutes et/ou du parcours chuteur est repérée dans certains départements (l'Ain, le Cantal et l'Allier). De plus, certains axes du Plan pourraient être plus présents au sein des départements (l'axe 5 concernant la téléassistance notamment).

L'objectif retenu est de suivre plus particulièrement une vingtaine d'actions innovantes et inspirantes en région, issues de ce diagnostic territorial et s'inscrivant dans les différents axes du plan.

Les travaux menés jusqu'à présent dans le cadre de la déclinaison régionale du Plan Antichute se sont concrétisés par différentes actions : la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et de l'ostéoporose fracturaire, la mise en lumière dans un but d'essaimage de parcours primo-chuteurs territorialisés. De plus, la communication avec les professionnels et le public sur ces sujets constitue également des axes d'intervention performants.

Ces travaux se poursuivent et viennent nourrir la feuille de route pour les années 2025-2026. Ils s'inscrivent dans une volonté des acteurs impliqués d'apporter une réponse concrète aux besoins de terrain identifiés.

La feuille de route 2025-2026 du plan régional antichute repose sur plusieurs piliers majeurs :

- **L'évolution des instances décisionnaires et stratégiques** du Plan Régional Antichute via la fusion du comité de concertation et du comité stratégique, devenant une seule et même instance : le comité de pilotage avec une représentation élargie des représentants territoriaux de l'ARS
- **La valorisation des travaux réalisés dans le cadre des 3 groupes de travail** (parcours, ostéoporose et iatrogénie médicamenteuse) via la diffusion des différents livrables réalisés : diffusion des modélisations départementales, des mémo et articles, suivi des formations réalisées...
- **La poursuite du groupe de travail « communication/sensibilisation »**
- **La poursuite des actions de communication et d'animation du réseau** afin de favoriser l'interconnaissance des acteurs, de mettre en lumière des actions en région...
- **La poursuite du suivi des indicateurs** relatifs aux données sur les chutes en région : données des centres 15, CARSAT, CépiDC...
- **La poursuite du soutien financier par l'ARS d'actions de prévention portées par les EHPAD et SSIAD (AAC annuel)** afin de soutenir ou promouvoir des actions de prévention des chutes en EHPAD ou à domicile et tirer des conclusions de leur évaluation d'impact.
- **Le ciblage de nouvelles thématiques – clé de prévention pour mobiliser des nouveaux groupes de travail afin de penser et mettre en œuvre des actions concrètes**, en cohérence avec les différentes cibles populationnelles du plan régional.

# INTRODUCTION

## Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus : causes et conséquences

La chute de la personne âgée constitue une rupture dans son parcours de vie sur le plan de l'autonomie. Par définition, une chute est une « 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 et al., 2006). Elle survient, d'après l'OMS (2007), à la suite d'une interaction complexe de facteurs de risque biologiques (âge avancé, sexe, maladies chroniques, capacités physiques et cognitives), comportementaux (chaussage inapproprié, consommation d'alcool, inactivité physique), environnementaux (dangers domestiques, présence de tapis) et socioéconomiques (logement inadapté, faible niveau de revenu, accès limité aux soins de santé et services sociaux).

Les chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales qui réduisent la qualité de vie des personnes chuteuses puisqu'elles peuvent réduire leur capacité à rester autonome et à « bien-vieillir » (Fundenberger, 2022). En effet, en France, les chutes des personnes âgées entraînent chaque année plus de 100 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès dont 18 923 hospitalisations (PMSI, 2020, ATIH) et 1 400 décès chaque année (CépiDC, 2016) en Auvergne Rhône-Alpes. De plus, elles engendrent également des conséquences sociétales et notamment financières. Le Ministère de la Santé et de la Prévention (2022) estime le coût relatif aux chutes pour la collectivité à 2 milliards d'euros, dont 1,5 milliard pour la seule Assurance Maladie.

## Le Plan national Antichute pour prévenir les chutes

Ces constats antérieurs ont conduit le ministère des Solidarités de l'Autonomie et des Personnes handicapées ainsi que le ministère de la Santé et de la Prévention à lancer, le 21 février 2022, un Plan National triennal Antichute des personnes âgées, devenu ensuite plan quinquennal. Les agences régionales de santé ont alors été missionnées pour coordonner des plans régionaux en s'appuyant notamment sur des acteurs locaux tels que les Gérontopôles.

L'objectif de ce Plan devenu quinquennal est d'aboutir à la réduction de 20 % des chutes mortelles ou invalidantes des personnes âgées de 65 ans et plus d'ici 2026.



### **ZOOM : objectifs régionaux**

La circulaire du 9 février 2022 relative au lancement et à la mise en œuvre du plan triennal antichute des personnes âgées, fixe pour la région Auvergne-Rhône-Alpes les objectifs suivants d'ici la fin du plan :

- Le nombre de séjours hospitaliers pour chutes doit diminuer de 20 %, avec une projection à 15 138 séjours hospitaliers annuels, soit - 3 785 séjours hospitaliers par an pour chutes<sup>1</sup>.
- Le nombre de décès dus à des chutes doit diminuer de 20 % avec une projection à 1 120 décès annuels soit – 280 décès par an.

### ***Le plan national s'articule autour de cinq axes et d'un axe transversal :***

#### ***Axe 1 : Savoir repérer les risques de chutes et alerter***

Le repérage des personnes chuteuses ou à haut risque de chute peut être réalisé par diverses méthodes : entretiens, évaluations individuelles... Il permet d'évaluer les facteurs de risque des individus et de les orienter vers les ressources adéquates disponibles sur le territoire. Conçu dans une approche préventive structurée du déclin fonctionnel, il permet de développer les pratiques préventives de la perte d'autonomie à destination des seniors, en amont même de la fragilité.

#### ***Axe 2 : Aménager son logement et sortir en toute sécurité***

Dans la mesure où la plupart des chutes ont lieu au domicile des personnes âgées, il semble primordial de les inciter à aménager leur logement afin de limiter le risque de chute et les récides. En prenant en compte leur environnement (aménagement du domicile, entourage, matériel à disposition...), leurs capacités et leurs comportements / habitudes de vie, les professionnels de ce domaine ont la capacité de formaliser des préconisations individualisées.

Près de 37 % des chutes interviennent dans les milieux de vie non adaptés ou peu équipés ; l'adaptation d'un habitat minore de 28 % le taux de chute (statistiques des chutes domestiques à domicile constatées par les infirmiers libéraux Éclaireurs dans le cadre de leur exercice quotidien, en Auvergne-Rhône-Alpes - signalements réalisés du 1er janvier 2019 au 30 Juin 2019). Le volume total des signalements est de près de 1200 sur 6 mois d'étude qui sont rapportés par près de 400 Infirmiers Éclaireurs Libéraux répartis sur l'ensemble des départements de la région Auvergne Rhône-Alpes. Les secteurs ruraux et urbains sont représentés d'une manière équilibrée.

---

<sup>1</sup> Source : PMSI 2020, ATIH

### ***Axe 3 : Des aides techniques à la mobilité faites pour tous***

Comme l'a relevé le rapport Denormandie-Chevalier sur les aides techniques (2020), les personnes en situation de perte d'autonomie ont besoin d'être accompagnées pour découvrir et se projeter dans l'utilisation d'aides techniques dans une perspective de prévention, de préservation de leur autonomie et de leur indépendance. Ces adaptations du quotidien permettent de reculer le recours aux aides humaines et de soulager les aidants dans les gestes d'aide du quotidien qu'ils accomplissent, et de préserver ainsi leur santé.

### ***Axe 4 : L'activité physique, meilleure arme antichute***

La chute présente des conséquences non négligeables pour les seniors. Elles peuvent notamment entraîner directement des hospitalisations, une baisse de la mobilité et donc un accroissement de la dépendance. C'est, en ce sens, que la pratique de l'activité physique adaptée a toute son importance afin de prévenir la perte d'équilibre, maintenir ou retrouver une façon de se mouvoir avec aisance et ainsi, répondre aux attentes des seniors et permettre un maintien à domicile serein. L'activité physique permet de lutter contre la sarcopénie<sup>2</sup>.

### ***Axe 5 : La téléassistance pour tous***

La téléassistance est un service de veille sociale avant d'être un service de gestion des urgences et de réduction des hospitalisations. C'est un acteur incontournable du maintien à domicile en capacité de repérage de signaux de glissement de situation dans une logique de prévention des risques étant donné que la prise en charge rapide à la suite d'une chute permet de limiter les conséquences telles que l'écrasement des muscles, l'hypothermie, des escarres, la pneumopathie d'inhalation, la déshydratation, les répercussions psychologiques.

### ***Axe transversal : Sensibiliser et informer***

La sensibilisation et la transmission d'information sont réalisées à travers différentes méthodes : actions collectives, conférences, ateliers... Ils peuvent traiter de différentes thématiques (exercice physique régulier, alimentation équilibrée, sommeil, ou encore les stimulations intellectuelles, psychoaffectives et sociales...). Leurs missions ont pour vocation d'agir sur les déterminants de santé des personnes, les inciter à adopter des comportements protecteurs de l'autonomie et de lutter

---

<sup>2</sup> La sarcopénie se définit comme une baisse progressive et généralisée de la masse musculaire, de la force et de la performance physique. Cette perte musculaire est un phénomène physiologique lié au vieillissement. On distingue cependant **plusieurs stades** selon l'importance de la perte et les répercussions sur la vie du patient. La sarcopénie est à l'origine d'une perte de motricité.

contre l'isolement social. Ils visent la prévention de leur santé, la préservation de leur autonomie et la promotion du bien-vieillir.

## **L'engagement rapide de la région ARA dans la dynamique nationale**

Dès 2022, la dynamique régionale s'est engagée, prenant appui sur les instances nationales. Une première réunion nationale de cadrage technique sur les indicateurs d'évaluation a eu lieu en décembre 2022, à l'initiative du coordonnateur national. Les indicateurs de suivi nationaux ont permis de travailler sur les indicateurs de suivi au niveau ARA (voir ci-après – partie 1).

Une deuxième réunion nationale, en décembre 2023 a porté principalement sur l'appui méthodologique de l'ANAP en matière d'évaluation du plan antichute. Un premier recensement des actions les plus probantes, avec proposition d'une cartographie nationale, le partenariat à renforcer entre ARS, conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et les CD, la création d'une communauté nationale de bonnes pratiques ont été envisagés.

L'ARS ARA a participé à la Journée nationale du Plan Antichute, le 28 février 2023. Des actions remarquables développées en région ARA ont pu être mises en avant (plateforme de prévention des chutes des seniors en Haute-Savoie – CH Annecy-Genevois).

Des webinaires d'information, de retours d'expérience ou d'échanges de pratiques ont été proposés ponctuellement par le niveau national. Ils ont permis d'enrichir les travaux régionaux jusqu'à l'été 2024 : échanges sur l'Axe 1, présentation de la dynamique ICOPE, liens avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie CNSA, présentation d'initiatives nationales...

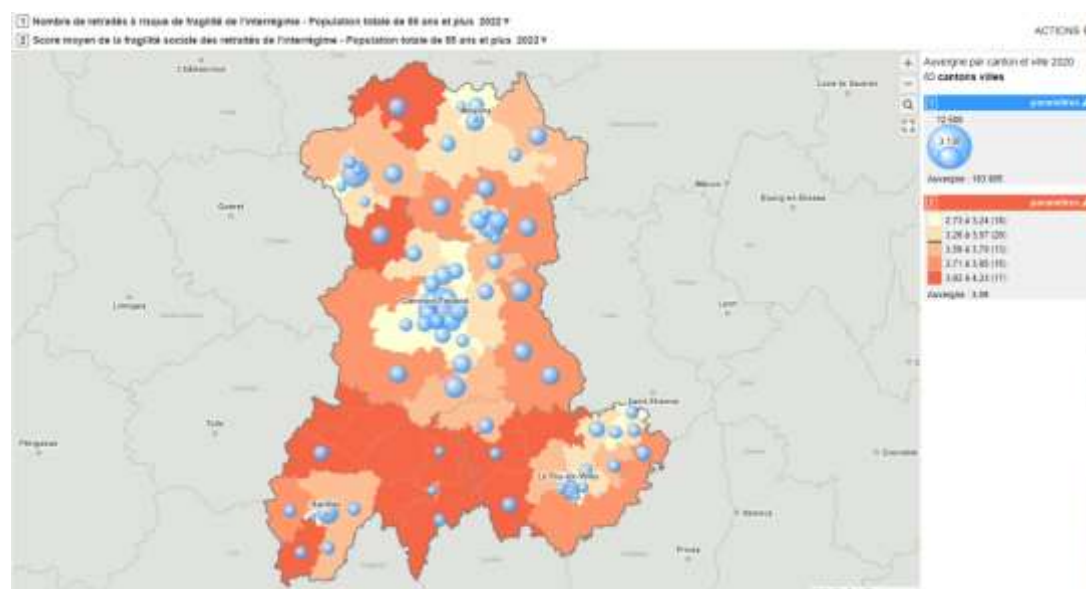
## Partie 1 - La situation épidémiologique en région : des spécificités locales

L'observation et l'analyse multi-factorielle des caractéristiques épidémiologiques de la région, ainsi que des indicateurs de prise en charge de la région expliquent les enjeux spécifiques retenus

### Des enjeux spécifiques à la région ARA

La région Auvergne Rhône-Alpes présente deux particularités notables : son étendue et son hétérogénéité.

La région est **étendue** car constituée de 12 départements et de quatre métropoles, sur une superficie de près de 70.000 km<sup>2</sup>, avec plus de 8.000.000 d'habitants dont plus de 1.500.000 personnes âgées de 65 ans et plus. De plus, la région est **hétérogène** car le nombre de retraités à risque de fragilité est plus important dans les métropoles, comme le montrent les cartes ci-dessous.

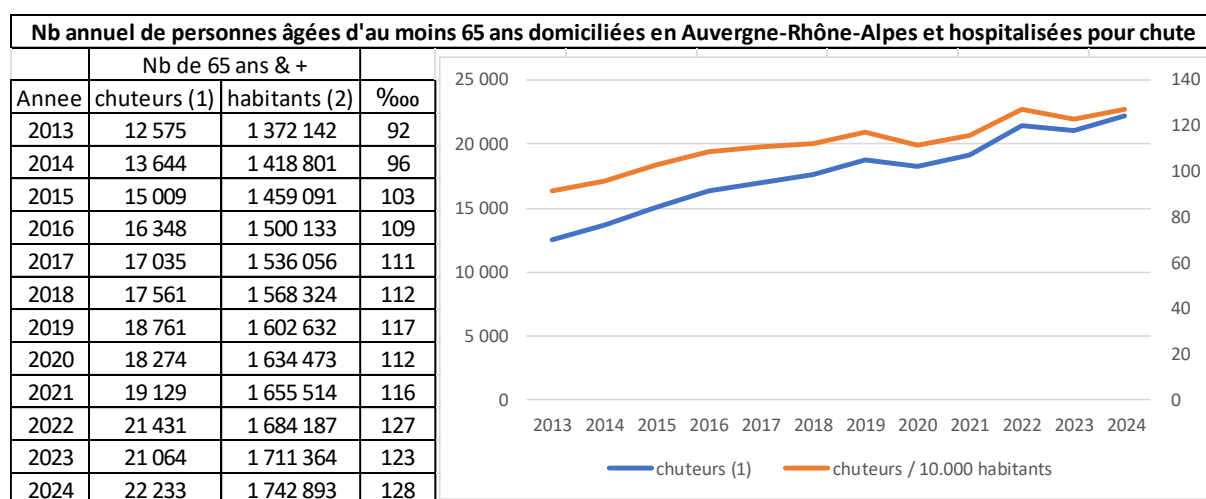


Ces données sont issues de l'Observatoire des fragilités grand sud – indicateurs : cartes, données et graphiques <http://www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr/> (CARSAT). Cet outil cartographique dynamique est basé sur plus de 300 indicateurs issus principalement de l'assurance retraite, de l'assurance maladie et de l'INSEE<sup>3</sup>. Il permet le repérage de territoires ciblés en fonction de critères de fragilité, le partage de diagnostics territoriaux.

## Etat des données épidémiologiques régionales de 2013 à 2024

En cohérence avec les objectifs de réduction définis par la circulaire du 9 février 2022 relative au lancement et à la mise en œuvre du plan quinquennal antichute des personnes âgées, et suite aux conclusions des partenaires en groupes de travail, il a été décidé d'analyser les données issues du CépiDc (Centre épidémiologique sur les causes médicales de décès) et surtout du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) annuellement, en infra-régional et par tranches d'âge autant que faire se peut.

### Nombre annuel de personnes âgées de 65 ans et + hospitalisées pour chute grave et/ou invalidante en ARA entre 2013 et 2024



\*Séjours avec diagnostics de « fractures caractéristiques des entrées en traumatologie chez les personnes de plus de 65 ans » = Fracture fermée du col du fémur (code S7200), fracture fermée du trochanter (S7210), commotion cérébrale, avec plaie intracrânienne (S0601), commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne (S0600), fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus (S4220)

Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans, hospitalisées pour une chute grave et/ou invalidante<sup>4</sup>, augmente depuis 2013.

Les données collectées confirment cette évolution, soit une augmentation de près de 77 % en 12 ans. Dans la même période, la population âgée de 65 ans et plus, a progressé, dans une moindre mesure, à savoir de + 27 %.

Le nombre de cas d'hospitalisation pour chute invalidante pour 10.000 personnes âgées de 65 ans et plus, est de 128 en 2024, alors qu'en 2013, il était de 92 cas pour 10.000 habitants. Les données collectées depuis 2013 lors d'une hospitalisation pour chute avec fracture peuvent être considérées comme fiables.

L'année 2020 marque une inflexion sans doute liée aux périodes de confinement dans le cadre de

<sup>4</sup>C'est-à-dire dont la chute a entraîné une fracture ou une commotion cérébrale qui a nécessité une hospitalisation

l'épidémie de COVID. L'année 2023 marque également une inflexion, cette fois inexpliquée, qui est largement rattrapée l'année suivante.

En ramenant la progression des hospitalisations pour chute invalidante des personnes âgées de plus de 65 ans, à la progression de cette même population, il apparaît une augmentation de 39 % des hospitalisations pour chute invalidante pour 10 000 habitants. Cette augmentation semble moins forte entre 2022 et 2023, comparée aux années précédentes.

### Répartition départementale du nombre d'hospitalisations pour chutes graves/invalidantes et incidence de ces hospitalisations pour chutes graves/invalidantes sur la population des plus de 65 ans

Nb annuel de personnes âgées d'au moins 65 ans hospitalisées pour chute par département de domicile des personnes

|                          | 2013   | 2014   | 2015   | 2016   | 2017   | 2018   | 2019   | 2020   | 2021   | 2022   | 2023   | 2024   |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| AIN                      | 861    | 973    | 1 036  | 1 132  | 1 196  | 1 171  | 1 233  | 1 171  | 1 234  | 1 273  | 1 409  | 1 511  |
| ALLIER                   | 723    | 742    | 847    | 976    | 989    | 1 087  | 1 171  | 1 107  | 1 037  | 1 072  | 1 086  | 1 091  |
| ARDECHE                  | 472    | 490    | 743    | 783    | 812    | 823    | 857    | 959    | 952    | 939    | 1 086  | 1 175  |
| CANTAL                   | 278    | 349    | 355    | 381    | 361    | 407    | 387    | 401    | 364    | 426    | 405    | 355    |
| DROME                    | 1 026  | 1 071  | 1 137  | 1 274  | 1 243  | 1 376  | 1 361  | 1 381  | 1 553  | 1 578  | 1 515  | 1 656  |
| ISERE                    | 1 848  | 2 065  | 2 280  | 2 268  | 2 432  | 2 547  | 2 727  | 2 595  | 2 926  | 3 028  | 3 051  | 2 901  |
| LOIRE                    | 1 603  | 1 686  | 1 839  | 2 148  | 2 118  | 2 155  | 2 390  | 2 403  | 2 336  | 2 707  | 2 717  | 2 784  |
| HAUTE-LOIRE              | 484    | 456    | 465    | 623    | 618    | 616    | 636    | 657    | 693    | 865    | 914    | 910    |
| PUY DE DOME              | 955    | 1 041  | 1 134  | 1 309  | 1 507  | 1 373  | 1 381  | 1 352  | 1 427  | 1 610  | 1 781  | 1 974  |
| RHONE                    | 2 775  | 3 096  | 3 184  | 3 326  | 3 432  | 3 529  | 3 813  | 3 699  | 3 777  | 4 169  | 4 112  | 4 689  |
| SAVOIE                   | 727    | 740    | 865    | 929    | 1 057  | 1 067  | 1 147  | 916    | 1 128  | 1 185  | 1 233  | 1 403  |
| HAUTE-SAVOIE             | 823    | 935    | 1 124  | 1 199  | 1 270  | 1 410  | 1 658  | 1 633  | 1 702  | 1 676  | 1 755  | 1 784  |
| Auvergne-<br>Rhône-Alpes | 12 575 | 13 644 | 15 009 | 16 348 | 17 035 | 17 561 | 18 761 | 18 274 | 19 129 | 20 528 | 21 064 | 22 233 |

Source = PMSI MCO (données PMSI 2024)

Sur 12 ans, l'augmentation du nombre d'hospitalisations pour chute invalidante est significative pour tous les départements. Elle est cependant très variable : + 28 % pour le Cantal, + 148 % en Ardèche, sur cette même période.

**Nb annuel de personnes âgées d'au moins 65 ans hospitalisées pour chute par département de domicile des personnes et pour 10.000 habitants**

|              | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| AIN          | 89   | 97   | 99   | 105  | 108  | 103  | 105  | 98   | 101  | 102  | 110  | 115  |
| ALLIER       | 87   | 88   | 99   | 111  | 110  | 119  | 126  | 117  | 109  | 112  | 112  | 111  |
| ARDECHE      | 68   | 68   | 100  | 103  | 104  | 103  | 104  | 114  | 112  | 108  | 122  | 130  |
| CANTAL       | 76   | 93   | 93   | 98   | 91   | 102  | 95   | 98   | 87   | 101  | 95   | 82   |
| DROME        | 107  | 108  | 112  | 121  | 115  | 124  | 120  | 119  | 132  | 132  | 125  | 134  |
| ISERE        | 93   | 100  | 107  | 104  | 108  | 111  | 116  | 108  | 120  | 122  | 120  | 112  |
| LOIRE        | 106  | 108  | 115  | 132  | 128  | 128  | 139  | 137  | 133  | 152  | 151  | 152  |
| HAUTE-LOIRE  | 101  | 93   | 91   | 120  | 116  | 114  | 115  | 117  | 121  | 148  | 153  | 150  |
| PUY DE DOME  | 78   | 82   | 87   | 97   | 109  | 98   | 96   | 92   | 97   | 108  | 118  | 129  |
| RHONE        | 100  | 108  | 108  | 110  | 112  | 113  | 119  | 114  | 115  | 125  | 122  | 137  |
| SAVOIE       | 96   | 94   | 107  | 111  | 123  | 121  | 127  | 100  | 120  | 123  | 126  | 140  |
| HAUTE-SAVOIE | 71   | 78   | 90   | 93   | 96   | 103  | 117  | 113  | 116  | 112  | 115  | 114  |
|              |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| ARA          | 92   | 96   | 103  | 109  | 111  | 112  | 117  | 112  | 116  | 122  | 123  | 128  |

Source = PMSI MCO (données PMSI 2024)

Rapporté à la progression de la population âgée de 65 ans et plus, le nombre d'hospitalisations pour chute invalidante pour 10.000 habitants a progressé de manière plus importante dans la Loire et la Haute-Loire. Parmi les départements où le score moyen de fragilité sociale est plus marqué, l'Ardèche possède un taux de progression d'hospitalisations pour chute invalidante important.



## Répartition départementale et par tranche d'âge du nombre d'hospitalisations pour chutes graves/ invalidantes

### Nombre annuel de personnes âgées d'au moins 65 ans hospitalisées pour chute par tranches d'âges et département de domicile des personnes en 2024

|                             | [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         |
| <b>Auvergne-Rhône-Alpes</b> | <b>3 753</b> | <b>7 100</b> | <b>11 380</b> | <b>22 233</b> |

Source = PMSI MCO.

### Nombre annuel de personnes âgées d'au moins 65 ans hospitalisées pour chute par département de domicile des personnes et pour 10.000 habitants en 2024

|                             | [65 -75[  | [75 -85[   | 85 & plus  | 65 & plus  |
|-----------------------------|-----------|------------|------------|------------|
| AIN                         | 45        | 111        | 384        | 115        |
| ALLIER                      | 44        | 100        | 321        | 111        |
| ARDECHE                     | 41        | 127        | 429        | 130        |
| CANTAL                      | 22        | 72         | 286        | 82         |
| DROME                       | 48        | 129        | 427        | 134        |
| ISERE                       | 38        | 106        | 378        | 112        |
| LOIRE                       | 51        | 142        | 455        | 152        |
| HAUTE-LOIRE                 | 50        | 138        | 483        | 150        |
| PUY DE DOME                 | 39        | 127        | 439        | 129        |
| RHONE                       | 41        | 127        | 416        | 137        |
| SAVOIE                      | 48        | 147        | 423        | 140        |
| HAUTE-SAVOIE                | 41        | 114        | 368        | 114        |
| <b>Auvergne-Rhône-Alpes</b> | <b>43</b> | <b>122</b> | <b>406</b> | <b>128</b> |

Source = PMSI MCO & INSEE

Le taux de chuteurs par habitant est presque multiplié par 3 globalement à chaque changement de tranche d'âge ([65 -75[, [75 -85[, 85 & plus). La Haute-Loire et la Loire présentent les taux les plus élevés de la Région pour l'ensemble des publics, dont +19% % que la moyenne pour la Haute Loire sur la population hospitalisée à 85 ans et plus.

### Nombre de chutes récidivantes selon le PMSI 2022

| <b>Nb d'hospitalisations pour chute de personnes âgées d'au moins 65 ans en 2022 par département de domicile des personnes</b> |                      |                        |                  |                  |
|--|----------------------|------------------------|------------------|------------------|
| <b>Source = PMSI &amp; SNDS</b>  | <b>Nb de séjours</b> | <b>Nb de personnes</b> |                  |                  |
| <b>Département</b>   |                      | <b>Total</b>           | <b>multi (1)</b> | <b>décès (2)</b> |
| AIN  | 1 449                | 1 273                  | 92               | 146              |
| ALLIER   | 1 170                | 1 072                  | 74               | 137              |
| ARDECHE  | 1 045                | 939                    | 58               | 147              |
| CANTAL   | 494                  | 426                    | 24               | 74               |
| DROME  | 1 786                | 1 578                  | 80               | 207              |
| ISERE  | 3 486                | 3 028                  | 182              | 455              |
| LOIRE  | 3 141                | 2 707                  | 204              | 359              |
| HAUTE-LOIRE  | 981                  | 865                    | 54               | 106              |
| PUY DE DOME  | 1 856                | 1 610                  | 107              | 257              |
| RHONE  | 4 971                | 4 169                  | 286              | 593              |
| SAVOIE   | 1 369                | 1 185                  | 92               | 186              |
| HAUTE-SAVOIE   | 1 827                | 1 676                  | 78               | 233              |
| Auvergne-Rhône-Alpes   | 23 575               | 20 528                 | 1 331            | 2 900            |

(1) Nb de patients ayant eu au moins deux séjours pour chutes en moins de 6 mois

(2) Nb de patients décédés moins de 90 jours après un séjour pour chutes.

En 2022, 1 331 personnes hospitalisées pour une chute invalidante récidivante étaient dénombrées. Cet indicateur sera suivi sur les années à venir afin d'évaluer si des actions du plan régional antichute peuvent permettre de diminuer ces hospitalisations itératives. La répétition des chutes est un facteur prédictif de fracture et de perte d'autonomie.

**Décès par suite d'une chute grave/invalidante en région de 2011 à 2022, pour 10 000 personnes**

| <b>Nb de décès causés par une chute de personnes âgées d'au moins 65 ans domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes</b> |                                  |             |              |                       |                    |
|--|----------------------------------|-------------|--------------|-----------------------|--------------------|
|  | <b>Nb de décès suite à chute</b> |             |              | <b>Population</b>     | <b>Taux de</b>     |
| <b>Année</b>   | <b>Nb 1</b>                      | <b>Nb 2</b> | <b>Total</b> | <b>65 ans &amp; +</b> | <b>décès %/ooo</b> |
| 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   |  |  |  |

Les données CépiDc5 établissent le nombre de décès dont la cause initiale a été identifiée comme étant en lien avec une chute (1394 décès en 2020, et 1462 décès en 2019)

L'indicateur retenu dans le plan régional antichute des personnes âgées en ARA est le « nombre de chutes mortelles entre J0 et M3 », c'est-à-dire entre le moment de la chute et jusqu'à 3 mois après la chute. Il est donc supérieur aux données CépiDc, car il comptabilise le nombre de décès liés aux complications de la chute dans les 3 mois suivant celle-ci. Les doublons entre la base CépiDc et la base décès lors hospitalisation pour chute sont retirés.

La base CépiDc étant en décalage (entre 3 et 5 ans) par rapport à l'indicateur PMSI de décès au décours d'une hospitalisation pour chute grave et/ou invalidante au suivi du plan antichute, le nombre de décès en lien avec une chute peut être estimé entre 3.200 et 3.500 pour respectivement 2019 et 2020.

En 2022, 2 900 personnes de plus de 65 ans sont décédées à moins de 90 jours après une chute grave et/ou invalidante, soit au cours du séjour hospitalier, soit à domicile.

### **Décès suite à une chute grave/invalidante par département**

<sup>5</sup> CépiDC = Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

**Nombre de décès causés par une chute pour mille personnes âgées d'au moins 65 ans domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes**

|              | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| AIN          | 5,9  | 6,4  | 5,7  | 6,6  | 7,5  | 6,4  | 7,8  | 9,4  | 8,1  | 8,3  | 9,1  |
| ALLIER       | 5,8  | 6,2  | 5,9  | 7,2  | 7,1  | 7,4  | 7,7  | 8,4  | 8,2  | 8,6  | 6,9  |
| ARDECHE      | 7,6  | 6,7  | 6,5  | 6,2  | 9,8  | 10,1 | 8,4  | 8,0  | 8,9  | 8,7  | 10,1 |
| CANTAL       | 6,0  | 4,9  | 5,8  | 5,4  | 5,1  | 8,1  | 10,2 | 7,2  | 5,6  | 9,6  | 10,0 |
| DROME        | 6,5  | 7,7  | 6,7  | 5,5  | 8,0  | 8,1  | 8,0  | 8,6  | 7,7  | 8,9  | 9,9  |
| ISERE        | 5,9  | 7,8  | 5,5  | 6,1  | 8,0  | 8,3  | 9,5  | 9,5  | 9,8  | 8,8  | 10,8 |
| LOIRE        | 7,9  | 8,9  | 9,0  | 10,4 | 8,0  | 9,1  | 11,3 | 9,9  | 10,7 | 10,0 | 11,6 |
| HAUTE-LOIRE  | 6,1  | 9,3  | 6,5  | 7,3  | 7,5  | 6,0  | 6,8  | 9,1  | 7,4  | 8,2  | 8,9  |
| PUY-DE-DOME  | 7,8  | 7,3  | 6,3  | 6,8  | 8,4  | 7,7  | 8,2  | 10,3 | 8,1  | 8,4  | 10,8 |
| RHONE        | 6,2  | 6,5  | 6,7  | 8,0  | 6,9  | 7,4  | 8,3  | 8,8  | 8,0  | 8,1  | 10,3 |
| SAVOIE       | 7,7  | 6,0  | 6,8  | 10,6 | 8,2  | 9,8  | 9,9  | 12,3 | 9,4  | 11,3 | 10,6 |
| HAUTE-SAVOIE | 7,1  | 6,1  | 8,0  | 8,3  | 6,5  | 6,7  | 8,1  | 7,9  | 8,2  | 10,0 | 8,9  |
|              |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| ARA          | 6,7  | 7,1  | 6,7  | 7,5  | 7,6  | 7,9  | 8,8  | 9,2  | 8,6  | 8,9  | 10,1 |

Concernant les évolutions annuelles départementales, on constate une augmentation constante de 2012 à 2022 pour l'indice régional, avec un léger creux en 2020 et 2021 dû à la forte diminution des sorties des personnes âgées pendant la période COVID.

Des pics en 2019 et en 2021 apparaissent dans de nombreux départements dont l'Ardèche, le Cantal, la Drôme, l'Isère et la Loire et qui voient leurs nombres de décès pour 1000 habitants s'accroître. A contrario, l'Ain, l'Allier, la Haute-Loire, La Savoie et Haute Savoie semblent se stabiliser.

## Données statistiques complémentaires aux données épidémiologiques régionales

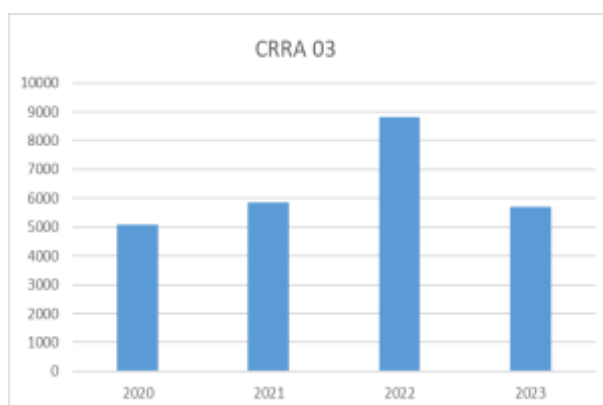
Le diagnostic ci-dessus est complété de données fournies par des contributeurs au plan antichute : centres 15, CARSAT, infirmiers éclaireurs...

### Evolution des appels aux Centres de Réception et de Régulation des Appels pour chute des personnes âgées de 65 ans et plus (2023)

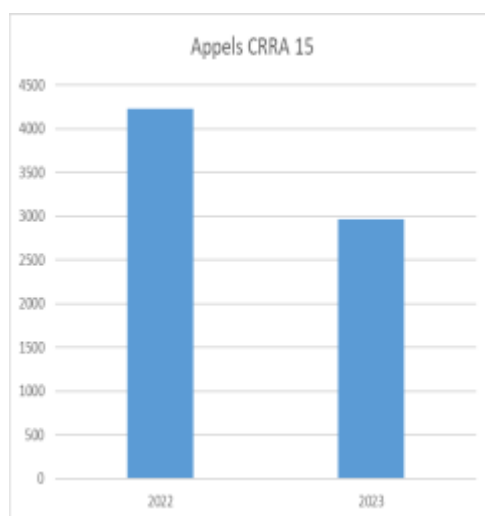
Bien que ces données ne soient pas toujours disponibles (plusieurs centres n'ont pas le logiciel permettant ce décompte), elles apportent des informations complémentaires. Les données existantes sont souvent récentes dans la temporalité. Les données disponibles montrent que le nombre d'appels pour chute pour les personnes âgées de 65 ans et plus est en augmentation dans certains départements.



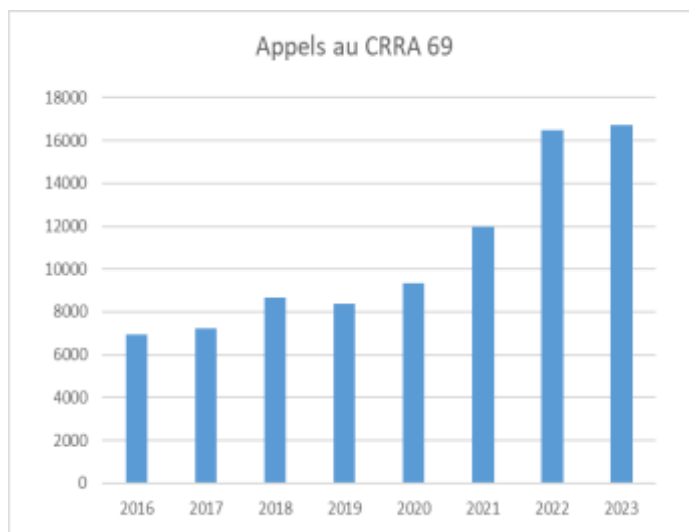
Département de l'Ain



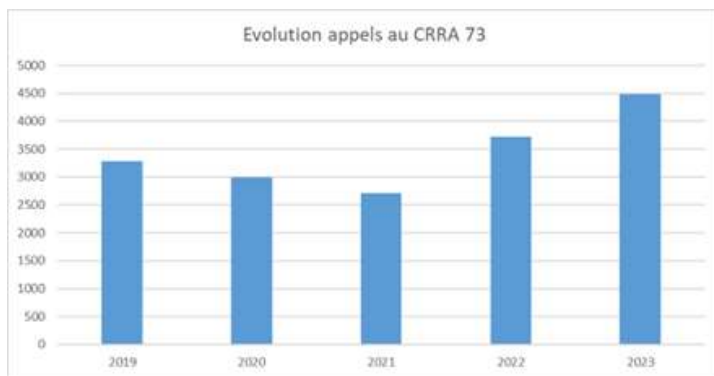
Département de l'Allier



Département du Cantal



Département du Rhône



## Département de la Savoie

### Evaluation à domicile pour la mise en place d'un plan d'aide (données 2024)

Les CARSAT élaborent des plans d'aide au maintien à domicile (appelés OSCAR) pour leurs retraités GIR 5 et 6 fragilisés, non bénéficiaires de l'APA. L'évaluateur fait, au domicile, une évaluation globale dont 2 indicateurs de risque de chute (nombre de chutes et vitesse de marche), lors d'une demande initiale de Plan d'aide OSCAR (1ère demande). L'évaluation est ensuite renouvelée tous les ans (réexamen). Une révision des besoins peut être demandée ponctuellement en cas de changement important de la situation du retraité.

Les données pour l'ensemble des départements de la région sont à retrouver en annexe du plan.

En complément de ces données, une étude réalisée sur un échantillon de la population ayant bénéficié d'une évaluation à domicile démontre que le nombre de chuteurs dans les 6 derniers mois précédant le bilan est de 8 727 personnes sur l'ensemble de la population (32%).<sup>6</sup> La classe d'âge la plus représentée est logiquement les personnes très âgées (de plus de 85 ans). Comme pour la population générale, la répartition entre les hommes et les femmes chuteurs est similaire entre Auvergne et Rhône-Alpes et est quasiment la même (75% de femmes pour les chuteurs, 74% pour la population globale).

<sup>6</sup> Données CARSAT Auvergne et Rhône Alpes, 2022

## Chutes domestiques à domicile constatées par les infirmiers libéraux Éclaireurs

Les infirmiers éclaireurs (480 infirmiers en région) assurent une analyse des situations rencontrées à domicile et signalent des événements indésirables ou morbides rencontrés au détour de leur activité.

Sur l'ensemble des indicateurs suivis par les infirmiers éclaireurs, 3 indicateurs seront suivis précisément dans le cadre du plan antichute ARA :

- **Conditions de vie** : Personne âgée vivant seule ou en famille
- **Iatrogénie médicamenteuse** : lien étroit entre les médicaments et la chute à domicile (effets secondaires, modifications de traitement, sous et surdosages).
- **Habitat** : près de 37 % les chutes interviennent dans les milieux de vie non adaptés ou peu équipés. L'adaptation d'un habitat minore de 28 % le taux de chute.

La collecte de ces données, interrompue pendant la crise sanitaire liée au COVID19, a repris en 2024. Les données feront l'objet d'un suivi à partir de 2025.

## Une approche analytique par cibles populationnelles

La nature des actions proposées pour diminuer les risques de chutes ou de leur récurrence, et la stratégie régionale dépendent d'une grille d'analyse par cible populationnelle. En effet, en 2023, trois grandes cibles populationnelles ont été retenues, concernant les 1 658 988 personnes âgées de + 65 ans, dont 1 485 826 personnes retraitées du régime général (2022) :

- Prévention primaire : les personnes âgées de 65 ans et plus, autonomes et vivant à domicile, n'ayant pas chuté. L'objectif est de sensibiliser cette population aux risques de chute, de l'engager dans une démarche de prévention des chutes.
- Prévention secondaire : les personnes âgées de 65 ans et plus, autonomes et vivant à domicile, primo-chuteurs. L'objectif est de limiter les récurrences, auprès d'un public à risque de chutes et de construire un parcours de soins/prévention qui intègre l'ensemble des ressources existantes sur les territoires : sanitaires, sociales et médico-sociales, associatives, institutionnelles.
- Préventions secondaire et tertiaire : les personnes âgées de 65 ans et plus, dépendantes, à domicile ou en EHPAD. L'objectif est alors de limiter les récurrences auprès d'un public à haut risque de chute et de fracture.

## SYNTHESE

L'objectif du plan national antichute des personnes âgées est de réduire, d'ici 2026, de 20%, le nombre de chutes mortelles ou invalidantes des personnes de 65 ans et plus.

Selon les données épidémiologiques recueillies, les actions déployées en ARA, dans la cadre du plan, depuis 2022, ne se traduisent pas encore par une diminution de ces chutes :

- L'augmentation des hospitalisations pour chutes invalidantes est constatée : 18.274 hospitalisations en 2020 en ARA, 20.528 en 2022 et 21.064 en 2023.
- Le nombre d'hospitalisations pour chutes invalidantes pour 10.000 habitants âgés de plus de 65 ans augmente également, avec des écarts départementaux : 112‰ en 2020, 122‰ en 2022, 123‰ en 2023. Un léger infléchissement de cette hausse est constaté entre 2022 et 2023, ce qui ne se confirme pas en 2024 (128‰).
- Le nombre de chutes mortelles (données PMSI : décès moins de 90 jours après une chute) soit 2900 en 2022, est un indicateur à suivre de manière régulière.

Les acteurs impliqués dans la prévention des chutes et le maintien à domicile confirment une certaine fragilité d'une partie des seniors vivant à domicile en région (constats réalisés à la suite du test de marche réalisé dans le cadre de l'évaluation des besoins en faveur du maintien à domicile).



## Partie 2 - La prévention des chutes : une volonté de s'appuyer sur des actions innovantes menées en région

L'observation de la réalité régionale concerne également les actions de prévention des chutes existant sur le territoire et celles qui ont été sélectionnées comme remarquables par le comité de pilotage du plan. Les travaux de diagnostic ont été menés avec l'appui du GÉrontopôle Auvergne Rhône-Alpes (AURA), chargé depuis fin 2022 de la co-animation des groupes de travail et de la réalisation de synthèses sur les actions innovantes à suivre.

### L'état des lieux des actions existantes

L'objectif du diagnostic initié début 2023 était d'obtenir un état des lieux de l'existant en prévention des chutes et des syndromes post chute sur le territoire Auvergne Rhône-Alpes. Dans un premier temps, il s'est agi d'identifier l'ensemble des actions, expérimentations, initiatives ou projets de recherche présents sur le territoire, les besoins des acteurs, les points forts et les points faibles sur le territoire ainsi que les actions inspirantes.

Cette étude a visé également à émettre des préconisations permettant de promouvoir la prévention des chutes en Auvergne-Rhône-Alpes à travers la pérennisation d'actions existantes et/ou leur essaimage, première étape d'un projet de valorisation du territoire.

La méthodologie de l'état des lieux ainsi que le détail des actions sélectionnées est présentée en annexe 2.

Il est constaté que les actions de prévention des chutes et des syndromes post chute sont réparties de manière hétérogène sur le territoire et couvrent inégalement les axes du Plan.

#### Répartition régionale des actions par types de structures et nombre d'actions :

247 structures différentes ont répondu au questionnaire dont 55 collectivités (communes et métropoles), 53 associations, des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux comme essentiellement des EHPAD ainsi que des professionnels libéraux (kiné, infirmiers, ergo...). Les entreprises, les mutuelles et les CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) sont moins représentées. (cf Annexe 3 Schéma 1)

**392 actions en lien avec la prévention des chutes sur le territoire ont été identifiées.** La liste n'est en aucun cas exhaustive mais donne un ordre d'idée des caractéristiques des actions menées en région.

## Répartition départementale par types de structures et nombre d'actions

**Le département qui a déclaré le plus d'actions** est l'Isère, avec 97 actions mises en place sur ce territoire, ce qui signifie que 25 % des actions répertoriées dans ce diagnostic sont déployées en Isère. Il est toutefois important de rappeler que certaines actions sont présentes sur plusieurs départements à la fois. Le deuxième département qui recense le plus d'actions est la Drôme, avec 76 actions recensées dans le cadre de ce diagnostic territorial. (cf Annexe 3 Schéma 5)

Le reste des départements de notre région comptant plus de 50 actions sont quasiment tous en ex-Rhône-Alpes, à l'exception de la Haute-Loire. **Les départements qui recensent le moins d'actions** sont l'Ain (33), l'Allier (31) l'Ardèche (47), le Cantal (33) et le Puy-de-Dôme (46).

Deux facteurs peuvent expliquer cette situation :

- Soit certains départements ont réellement moins d'actions déployées par rapport à d'autres, nécessitant donc un travail de sensibilisation sur les chutes et des actions à mener au sein de ces territoires. Les travaux à suivre s'attacheront donc à promouvoir la mise en œuvre d'actions spécifiques sur ces territoires ;
- Soit la diffusion du questionnaire a été moins efficace dans ces départements, impliquant un travail supplémentaire à réaliser en termes de diffusion, dans la prochaine actualisation du diagnostic.

## Répartition régionale et départementale des actions par axes du plan antichute

Lorsqu'on évoque le nombre d'actions par axe, celui-ci est assez hétérogène : la majorité des actions concernent l'axe 4, qui porte sur l'activité physique adaptée. De même, certaines actions concernent plusieurs axes à la fois.

A noter que l'axe 5 concernant la téléassistance est le moins fourni, avec 25 actions au total. (cf Annexe 3 Schémas 6, 7 et Tableau 1)

## Répartition régionale des actions selon leur évaluation réalisée

En réponse aux enjeux de Santé Publique et de la mise en place d'actions probantes sur les territoires, il est important de rappeler que l'évaluation est nécessaire pour faire ressortir la réussite d'une action, les freins et leviers afin de favoriser son essaimage.

Parmi l'ensemble des actions identifiées en région, 217 actions sont évaluées, ce qui représente 55% des actions répertoriées. L'axe le moins évalué est l'axe 5 sur la téléassistance, avec moins de 50 %

d'évaluation pour ces actions. (cf Annexe 3, Schéma 8)

### **Des difficultés de mise en œuvre des actions : la parole aux porteurs de projets**

Il ressort que seulement 14 % des acteurs n'ont pas rencontré de difficulté, ¼ des acteurs ont eu des problèmes liés aux ressources humaines et 20 % des acteurs ont eu des difficultés financières.

En somme, les difficultés liées aux ressources humaines et financières sont les difficultés le plus rencontrées par les acteurs. Les difficultés liées aux ressources humaines concernent, d'après les dires des acteurs : le manque de professionnels formés, l'indisponibilité des professionnels, le nombre de places limitées pour les ateliers... De plus, les difficultés liées aux ressources financières, quant à elles, concernent plutôt l'absence de financement, et/ou les subventions non reconductibles. (cf Annexe 3 Schéma 9 et 10)

## Du diagnostic régional à l'identification d'actions probantes :

### l'élaboration de fiches-actions

La conception de fiches action vise à mettre en lumière des initiatives inspirantes dans le cadre du plan antichute : 2 à 4 actions par axe du plan ont été retenues.

Ce support sert également à la valorisation des actions au niveau territorial et régional dans un but d'essaimage. C'est pourquoi le suivi de leur évaluation d'impact est important

La méthodologie de conception des fiches actions, ainsi que l'ensemble des 22 fiches-actions retenues sont à retrouver en annexe 2.

L'état des lieux réalisé a également permis de mettre en lumière des études, recherches et/ou expérimentations en région qui s'intéressent au sujet de la prévention des chutes et démontrent la dynamique en région. Sur le même principe que les actions, certains projets ou expérimentations ont été sélectionnés et détaillés dans des fiches-actions également (cf annexe).

#### SYNTHESE

À travers l'état des lieux territorial, la région Auvergne-Rhône-Alpes apparaît comme un territoire riche en initiatives et dynamique : de nombreuses actions inspirantes et innovantes sont présentes sur le territoire. Une diversité des thématiques traitées est également constatée puisque tous les axes du Plan sont engagés au sein des départements de la région.

En revanche, une plus faible activité en matière de prévention des chutes et/ou du parcours chuteur est repérée dans certains départements (l'Ain, le Cantal et l'Allier). De plus, certains axes du Plan pourraient être plus présents au sein des départements (l'axe 5 concernant la téléassistance notamment).

L'objectif retenu est de suivre plus particulièrement une vingtaine d'actions innovantes et inspirantes en région, issues de ce diagnostic territorial et s'inscrivant dans les différents axes du plan.

## **Partie 3 – Axes d'interventions suivis par le plan régional antichute et priorités d'actions en Auvergne Rhône-Alpes**

Une fois les besoins de la population établis et les actions de prévention existantes en région identifiées, les acteurs du plan antichute, membres du comité de pilotage du plan régional, ont ciblé des thématiques ou des déterminants de prévention efficaces pour éviter les chutes. Ceux-ci font l'objet de la présente partie sur les axes d'intervention du plan régional antichute : la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et de l'ostéoporose fracturaire, la mise en lumière dans un but d'essaimage de parcours primo-chuteurs territorialisés. De plus, la communication avec les professionnels et le public sur ces sujets constitue également des axes d'intervention performants, comme le sont le suivi des indicateurs notamment d'évaluation pour mieux cibler les modes d'action adaptés.

### **Un suivi rapproché des indicateurs**

Comme présenté supra, le choix a été fait de suivre d'autres indicateurs en complément de ceux mentionnés dans la circulaire du 9 février 2022 relative au lancement et à la mise en œuvre du plan triennal antichute des personnes âgées. Ainsi, il s'agit de suivre, au travers de plusieurs prismes (hospitalisation, voie publique, domicile), l'état des lieux des chutes dont sont victimes les personnes âgées dans la région Auvergne Rhône-Alpes<sup>7</sup>

Ces données seront suivies annuellement, régionalement mais aussi par département, pour mesurer l'atteinte de l'objectif régional et aussi pour proposer des actions de prévention ou de parcours de soins adaptées aux territoires.

---

<sup>7</sup> Chutes mortelles et invalidantes, chutes récidivantes, appels au Centre 15 pour prise en charge à la suite d'une chute, repérage de la chute à domicile, passée sous silence, par les infirmiers libéraux Éclaireurs, plans d'aides OSCAR - CARSAT (demandes de plan d'aide à domicile formulées par les personnes âgées en cas de risque de chute ou d'antécédent de chutes).

## Cibler les thématiques ou déterminants de prévention – clés pour éviter les chutes en mobilisant les groupes de professionnels et partenariaux.

Le présent plan régional poursuit le travail engagé depuis mi-2022 (première version du plan régional antichute en octobre 2022) sur la base d'un travail partenarial et des cibles populationnelles.

Au-delà du comité de concertation <sup>8</sup>, devenu ensuite un Comité de Pilotage afin de réunir les instances décisionnaires et de suivi du Plan, trois nouveaux groupes de travail ont été institués en 2024.

L'objectif transversal de ces groupes de travail est de s'intéresser aux parcours du chuteur en considérant trois prismes différents autour de la prévention de la chute et de ses conséquences :

- prévention de l'iatrogénie médicamenteuse ;
- prévention de l'ostéoporose fracturaire ;
- parcours primo-chuteurs territorialisés.

### **Groupe de Travail « Iatrogénie médicamenteuse »**

Un plan antichute des personnes âgées se doit de considérer l'iatrogénie médicamenteuse comme un élément central dans cette démarche de prévention<sup>9</sup>. En effet, certains médicaments ont des effets secondaires qui peuvent impacter négativement l'équilibre, la coordination ou encore la vigilance, et donc entraîner des chutes chez des publics potentiellement vulnérables. La polymédication et les interactions entre médicaments peuvent également aggraver le risque de chute.

Pour prévenir les effets indésirables causés par les médicaments il s'agit de promouvoir la révision régulière des prescriptions, la diminution de la polymédication et d'avoir une vigilance et un suivi des effets secondaires des traitements pris parfois depuis plusieurs années par les personnes

---

<sup>8</sup> constitué avec la CARSAT Auvergne et CARSAT Rhône-Alpes, du Centre hospitalier Annecy-Genevois, de la fédération régionale des maisons de santé pluridisciplinaires, de la délégation territoriale Auvergne-Rhône-Alpes de l'association nationale française des ergothérapeutes, du groupement régional des centres de santé, la délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports, le GÉrontopôle AURA, SOLIHA - Solidaire pour l'habitat, les URPS masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens, médecins, pédicures-podologues, représentants des usagers.

<sup>9</sup> D'après le rapport HAS 2021, 84 % des causes profondes d'EIGS sont en lien avec une chute dont près de 30% concernent les traitements du patient. Le sujet âgé est un sujet à risque de chute car il présente naturellement des facteurs de risque de chute liés à l'âge (baisse de l'acuité visuelle et perte d'audition, dénutrition, faiblesse musculaire...), et il existe des modifications des paramètres pharmacocinétiques du sujet. Un sujet âgé est polypathologique, et polymédiqué, et est donc à risque de chute élevé par l'effet cumulatif des effets indésirables des médicaments et d'un risque plus élevé d'interactions médicamenteuses.

vieillissantes. Or, des actions sont menées sur ce thème depuis plus d'une dizaine d'années par des acteurs de soin de la région ARA.<sup>10</sup>

Ce groupe de travail composé des professionnels de terrain (gériatres et pharmaciens) qui ont travaillé sur le projet OPECMSA, propose de l'information et de la formation aux médecins coordonnateurs et médecins traitants en EHPAD à partir des outils qu'ils ont construits, afin de diffuser les bonnes pratiques de l'iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées « essaimables » à l'ensemble de la région. Le groupe travaille en lien avec celui du Plan pertinence des soins de l'IRAPS<sup>11</sup> – instance commune ARS – direction Coordination de la Gestion du Risque de l'assurance maladie.

Des indicateurs spécifiques seront proposés pour suivre cette action, l'objectif principal étant toujours de diminuer les chutes mortelles et invalidantes des personnes âgées de 65 ans et plus.

### **Groupe de Travail « Ostéoporose »**

Bien que l'ostéoporose n'affecte pas directement le risque de chute, elle rend les chutes beaucoup plus dangereuses en augmentant la probabilité de fractures graves. Dans ce cadre, il s'agit plutôt de sensibiliser les professionnels sur l'importance de la considération de cette fragilité, via le renforcement de la résistance osseuse afin de réduire les fractures graves et les complications liées. En résumé, en partant du constat que des os en bonne santé sont moins susceptibles de se casser en cas de chute, réduisant considérablement le risque de complications graves, d'immobilisation, de perte d'autonomie et de décès prématuré, ce groupe de travail a vocation d'inciter les professionnels à intégrer dans leurs pratiques des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) autour de la prévention de l'ostéoporose (traitements médicamenteux, activité physique régulière, contrôle des facteurs de risque...).

En effet, les recommandations HAS concernant le repérage et le traitement de l'ostéoporose sont peu suivies : « Parmi les personnes identifiées avec une fracture par fragilité osseuse, 9 % seulement ont eu une ostéodensitométrie dans les 6 mois suivants la fracture et 7 % ont bénéficié d'un traitement de fond anti-ostéoporotique dans les 3 mois. Après hospitalisation, il est constaté un taux de ré-hospitalisation pour fracture ostéoporotique de 6 % dans les 6 mois (source : SNDS, PMSI 2022). »

Une meilleure prévention de l'ostéoporose permettrait de réduire les chutes invalidantes et

---

<sup>10</sup> L'ARS et certains Etablissements de Santé (Centre Hospitalier Annecy Genevois, CHU Grenoble et CHU Saint Etienne) ont travaillé précédemment sur l'Optimisation de la Prise En Charge Médicamenteuse du Sujet Agé, sans réussir à dégager une modélisation financière soutenable pour l'ensemble de la région.

<sup>11</sup> Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins

mortelles des personnes âgées de plus de 65 ans.

Ce groupe pluri-partenarial a exploré les freins de cette prise en soins en ville mais aussi dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Dans le cadre des travaux de l'IRAPS<sup>12</sup>, l'extension des travaux du plan antichute de la cible populationnelle 2 à la cible populationnelle 1 serait possible avec l'implication des professionnels maillés et disposant de protocoles (Infirmiers en Pratiques Avancées pour faciliter le lien ville-hôpital, CPTS, pharmaciens, enseignants en APA, ergothérapeutes, podologues et médecins spécialistes...).

### **Groupe de Travail « Parcours du primo chuteur »**

Enfin, dans une dynamique de vision plus globale, le groupe de travail autour du parcours du primo-chuteur s'est attaché à identifier en région les parcours existants et efficaces autour du repérage du primo-chuteur et de la prévention de la récurrence. Il s'agit d'identifier les différents acteurs qui gravitent dans les écosystèmes de ces parcours et de voir dans quelles mesures les parcours existants peuvent être interopérables ou duplicables sur d'autres territoires. Les acteurs ont été invités à évoquer leurs retours d'expérience afin d'envisager une modélisation fine de l'organisation de ces parcours et de les renforcer en créant de nouvelles connexions sur les territoires, si besoin.

Une action préventive locale pour ce public trouvant sa source dans la coordination partenariale des intervenants / prestations existants sur le territoire local produit des changements de comportement des personnes vieillissantes et des professionnels de santé locaux.

Dans le cadre de ce groupe de travail, il s'agit d'explorer un parcours local à partir de la détection de ces publics motivés via, par exemple, les demandes de plan d'aide, ayant déjà chuté selon les données disponibles en CARSAT/Centre examens santé ou les rappels aux primo-chuteurs par les plateformes hospitalières existantes. L'objectif est de faciliter le développement de liens plus formels entre la CARSAT, les acteurs de la prévention des chutes au niveau local infra-départemental et l'ensemble des acteurs impliqués dans les parcours. Il s'agit d'agrandir les réseaux existants, tout en évitant les redondances en matière de prévention des chutes pour ces publics fragiles (DAPAP, Plateforme CHANGE, kinésithérapeutes, IDE, podologues...).

Les objectifs de ce groupe de travail étaient :

---

<sup>12</sup> Instance régionale également chargée de la mise en œuvre du Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPPS)



- ✓ Identifier les étapes du parcours de soins des patients primo-chuteurs
- ✓ Développer un parcours “type” pour les primo-chuteurs afin de faciliter leur repérage et leur orientation (optimisation du parcours de soins/prévention)
- ✓ Identifier les acteurs clefs dans le parcours du primo-chuteur
- ✓ Identifier et mobiliser l'écosystème impliqué autour du parcours et les outils pertinents

Les travaux de ce groupe reposent sur la modélisation de parcours existants en mettant en lumière les retours d'expérience des acteurs impliqués.

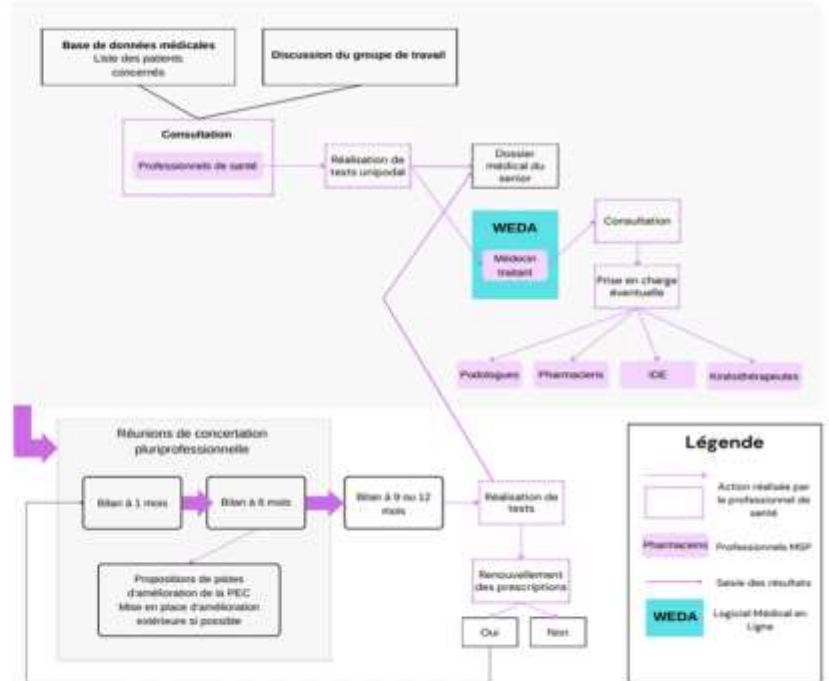
Sur le schéma suivant est présenté un exemple d'un parcours porté par une MSP, mettant en avant les dynamiques entre acteurs, et les modalités de mise en œuvre des différentes étapes d'un parcours, s'appuyant, dans ce cas, sur une approche par des professionnels de santé couplée à des actions de sensibilisation grand public :

## Exemple d'une modélisation

### MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE MULTISITE DU BREVON

#### Parcours primo-chuteur

##### Entrée dans le protocole



##### Actions de sensibilisation

- Conférence sur les effets du vieillissement pour le public (MSP)
- Participation au forum intercommunal des personnes âgées avec intervention kiné et podologue
- Forum 2024 avec atelier activité physique adapté, atelier chaussures et intervention ergothérapeute

## Renforcer la communication

### Organiser des journées régionales d'échanges

Une première journée régionale du plan antichute 17 octobre 2023 a réuni 320 personnes dont :

- L'ensemble des partenaires institutionnels (conseils départementaux, CARSAT, filières gériatriques, fédérations d'ESMS, fédérations de centres de santé et MSP...).
- Une forte présence des acteurs du soin territorialisés : CPTS, MSP, DAC, filières gériatriques de Rhône-Alpes, hôpitaux CSG et SMR, professionnels de l'accompagnement (APA notamment).

L'ensemble de la journée a été filmée et les temps forts sont disponibles sur le site ARS<sup>13</sup>.

Une deuxième journée dédiée au Plan Régional Antichute a eu lieu le 17 avril 2025 à Villeurbanne (programme en annexe 6). Cet événement réservé aux professionnels et délibérément interactif, a permis de revenir non seulement sur certains travaux et les avancées du Plan mais aussi de réaliser des ateliers collaboratifs territorialisés. Des thématiques spécifiques ont été abordées : l'ostéoporose fracturaire, l'iatrogénie médicamenteuse. Une approche en sciences humaines et sociales a permis d'apporter un autre regard sur la question des chutes des personnes âgées.

Douze ateliers, un par département, ont permis d'aborder les dynamiques territoriales en matière de prévention et d'accompagnement post-chute. Chaque atelier regroupait divers professionnels d'un même territoire exerçant auprès du public âgé. Les échanges ont porté sur la notion de parcours du primo-chuteur, avec des modélisations concrètes par territoire. En effet, en amont de l'évènement, un travail a été mené autour de la réalisation de modélisations des parcours. L'objectif était de pouvoir présenter un schéma-réseau donnant à voir les dispositifs existants, qui serait enrichi par les acteurs de terrain. Concrètement, dans chaque atelier, les professionnels ont été amenés à échanger autour des acteurs intervenant dans la prévention, le repérage, l'évaluation et la prise en soin des chutes. Les ateliers ont été animés par des professionnels représentant notamment les CARSAT Auvergne et CARSAT Rhône-Alpes, l'ARS ARA, le Gériatopôle AURA, les Dispositifs d'accompagnement à la pratique d'activité physique (DAPAP) et les Dispositifs d'accompagnement au handicap vers des loisirs intégrés et réguliers (DAHLIR) et « Merci Julie ». Leur expertise et leur connaissance des territoires étaient des atouts pour l'animation des échanges.

---

<sup>13</sup> : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/journee-regionale-plan-antichute-des-personnes-agees-en-auvergne-rhone-alpes>

Aussi, en guise d'appui, un guide d'animation a été élaboré puis présenté et transmis aux animateurs.

Finalement, les ateliers ont :

- Favorisé la connaissance mutuelle entre professionnels d'un même territoire ;
- Permis aux acteurs d'identifier le maillage territorial dans lequel ils s'inscrivent ;
- Permis d'évaluer la représentation du Plan Antichute localement ;
- Mis en lumière des pistes de collaboration

Cette logique du schéma-réseau vise à permettre, après la journée régionale, l'élaboration de modèles qualitatifs (cf Annexe 10) qui seront diffusés aux professionnels de la région Auvergne Rhône-Alpes. Elle permettra également d'analyser les différentes dynamiques territoriales, d'identifier les éléments qui fonctionnent ou qui mériteraient d'être approfondis sur les territoires.

Aussi, cet évènement fut l'occasion de partager différentes productions des groupes (MEMO de bonnes pratiques concernant l'ostéoporose, article scientifique Bénéfice-Risque des Bisphosphonates dans le Traitement de l'Ostéoporose Post-Ménopausique). Ces différents livrables ont été diffusés sur les sites du Gérotopôle AURA et de l'ARS ARA. Plusieurs actions de communication ont été réalisées pour valoriser ce travail par la newsletter du Plan ainsi que sur le réseau LinkedIn.

L'organisation de temps forts sera recherchée dans la poursuite du plan.

### **Diffusion d'outils à destination des professionnels**

La collaboration entre les différents professionnels réunis au sein des groupes de travail a permis de conduire une réflexion collective et d'élaborer plusieurs outils opérationnels. Ces outils ont été conçus pour répondre aux besoins des acteurs de terrain et visent à renforcer la qualité des pratiques professionnelles. Ils ont été présentés à l'occasion de la Journée régionale 2025 puis, une diffusion plus large est prévue. Dans cette perspective, les outils sont désormais consultables et téléchargeables sur les sites internet de l'ARS ARA et du Gérotopôle AURA.

Ces ressources ont pour vocation principale de diffuser des informations actualisées en matière de prévention, de guider les professionnels vers des pratiques reconnues, mais également de contribuer à leur formation continue, notamment sur les enjeux liés à l'iatrogénie médicamenteuse. Elles constituent ainsi un appui méthodologique destiné à favoriser une meilleure appropriation des

bonnes pratiques et à renforcer la qualité de la prise en charge des seniors en prévention de la chute.

Concrètement, plusieurs productions ont été réalisées à partir des travaux des experts sur les thématiques des groupes de travail, en complément d'un mémo de sensibilisation à la thématique Ostéoporose, à destination des professionnels des exercices coordonnés, qui avait été produit par l'AM :

- ✓ Nouvelle Fiche « Mission Santé Publique » Ostéoporose à destination des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles MSP afin de promouvoir une meilleure prise en charge de l'ostéoporose fracturaire
- ✓ Un travail collaboratif à l'intention des chirurgiens-dentistes en ARA intitulé « Rapport Bénéfice-Risque des Bisphosphonates dans le Traitement de l'Ostéoporose Post-Ménopausique »
- ✓ Une fiche memo de bonne prise en soins globale de l'ostéoporose du résident en EHPAD au-delà de la vitamine D et du Calcium (cible populationnelle 3).
- ✓ Des formations par et pour les médecins et pharmaciens autour de la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse

Par ailleurs l'Assurance Maladie est en mesure de fournir des profils territoriaux sur le parcours Ostéoporose ; ces profils vont faire l'objet d'une réactualisation.





### **Newsletter trimestrielle**

La newsletter trimestrielle du plan antichute est un vecteur fort de communication auprès des professionnels sur les travaux en cours. Depuis 2023, 8 newsletters ont été publiées et diffusées largement. Elles restent accessibles sur les sites ARS et du Gérotopôle AURA, leurs sommaires et les liens hypertexte sont repris en annexe 9.


### **Développer des actions spécifiques : Communication grand public**

#### **Poursuivre les actions de communication dans la poursuite de la dynamique engagée**

Différents supports ont pu être produits depuis le lancement du Plan :

-  Articles et communiqués de presse
-  Vidéos sur le plan antichute
-  Publications réseaux sociaux et diffusion de vidéos
-  Participation au Journal Télévision de France 3 Auvergne à propos du Plan Régional Antichute

le 16 octobre 2023 : <https://www.youtube.com/watch?v=HrYm09WJ-SQ>

 Animation d'ateliers dans le cadre de la journée « Plan Antichute » à l'initiative du Ministère

Cette politique de communication va se poursuivre et mobilisera l'ensemble des partenaires du plan antichute.

## **Poursuite de la politique de prévention : appels à candidatures annuels et enjeux de l'évaluation régionale des actions financées**

Depuis 2019, des actions de prévention, mutualisées entre EHPAD, et depuis 2023 avec les acteurs du domicile SSIAD et Centres Ressources Territoriaux, sont financées par l'ARS ARA en direction de ce public dépendant ou en perte d'autonomie. Les actions collectives contribuent à la prévention des chutes et des récidives grâce aux leviers que constituent de bonnes pratiques professionnelles sur 7 thématiques de santé jusqu'en 2024.

- Développer l'accès à l'Activité Physique Adaptée
- Prévenir la dénutrition et sensibiliser au bien-manger
- Repérer la dépression et prévenir le suicide
- Repérer la douleur
- Santé du pied (depuis 2023)
- Prévenir l'iatrogénie médicamenteuse
- Prévenir les affections buccodentaires

Dans le cadre des AAC, fin 2022, 120 actions ont été retenues et financées. 97 autres actions ont été retenues et financées mi-2023. Pour 2024, 116 actions ont été financées par l'ARS ARA. Un nouvel AAC a été lancé en 2025 cette fois-ci centré sur la promotion de l'activité physique adaptée, la lutte contre la dénutrition et la prévention de la dépression et du syndrome de glissement.

Une évaluation régionale de ces actions de prévention a été menée par l'ARS ARA auprès des EHPAD dont les actions ont été financées en 2022. L'annexe 6 revient sur l'analyse des retours d'évaluation pour les trois thématiques les plus développées. L'évaluation régionale des actions financées en 2023 et 2024 sera menée annuellement. Le financement d'actions mutualisées de prévention, portées par des EHPAD et/ou des SSIAD se poursuit en 2025. (Cf Annexe 5).

Par ailleurs, les CFPPA de la région ARA organisent chaque année leurs appels à projets prévention,

orientés vers le financement d'actions de prévention principalement pour les publics âgés à domicile ou leurs aidants.

## **SYNTHESE**

Les travaux menés jusqu'à présent dans le cadre de la déclinaison régionale du Plan Antichute se sont concrétisés par différentes actions : diagnostic territorial, groupes de travail, journées régionales, actions de communication, financement d'actions de prévention ciblées, suivi des indicateurs...

Ces travaux se poursuivent et viennent nourrir la feuille de route pour les années 2025-2026. Ils s'inscrivent dans une volonté des acteurs impliqués d'apporter une réponse concrète aux besoins de terrain identifiés.

## **Partie 4 – Perspectives opérationnelles de poursuite de la déclinaison régionale du Plan Antichute 2025-2026**

Afin de conserver la dynamique générée collectivement depuis 2022, ainsi que l'actualisation des contenus et priorités d'une nouvelle feuille de route 2025-2026, des orientations seront posées par le comité de pilotage d'Auvergne Rhône-Alpes à l'automne 2025.

### **Suivi des actions remarquables**

Le Gérontopôle AURA, en lien avec ses partenaires en région, assure le suivi des indicateurs d'évaluation des actions identifiées sur le territoire régional. Par son expertise, il mène d'ores et déjà des évaluations de projets afin d'identifier les freins, leviers, facteurs de succès, points de vigilance relatifs à des innovations technologiques, organisationnelles, sociales... Par sa méthodologie scientifique qu'il propose aux porteurs de projet retenus dans le cadre des fiches actions, la volonté est de modéliser les capacités d'essaimage des projets.

L'objectif est également d'assurer une veille afin d'identifier les nouvelles actions remarquables en région.

### **Actualisation du diagnostic territorial : vers une mise en lumière des dynamiques départementales**

Les travaux initiés dans le cadre du GT « parcours du chuteur » ont permis de mettre en avant des parcours existants autour du chuteur. Le premier diagnostic territorial a permis de nourrir ces modélisations départementales afin d'identifier quels sont les acteurs qui s'impliquent en faveur de la prévention des chutes ou de l'accompagnement post-chute.

La journée régionale du 17 avril 2025 a été l'occasion de finaliser ces modélisations avec les acteurs de terrain afin d'avoir une connaissance la plus exhaustive possible des dynamiques en région et favoriser l'interconnaissance entre les acteurs du sanitaire, social, médico-social, associatif, entreprise...

Ces modélisations départementales font l'objet d'une large diffusion en région.

Elles pourraient également venir enrichir la carte interactive existante sur le site internet du ministère du travail, de la santé et des solidarités, permettant à tout citoyen (bénéficiaires, professionnels ou aidants) de repérer les services et actions près de son domicile concourant à la réduction des chutes : <https://www.arcgis.com/apps/instant/nearby/index.html?appid=f55eee4451d74da882eacc2cbb380467>

Depuis janvier 2024, les ARS font remonter les actions de prévention de leur région au niveau national afin de les insérer dans cette carte interactive. Les actions probantes en région seront donc



prises en lumière dans le cadre de cette cartographie nationale, sur un site grand public dédié.

De plus, d'autres outils numériques existants permettent de mettre en lumière les actions existantes en faveur du bien-vieillir, à l'image des CARSAT qui disposent d'une carte interactive :

<https://www.trouver-mon-activite.pourbienvieillir.fr/ppaspbvapp/>

### **Une diffusion large des livrables produits par les experts du Plan**

Les différents groupes de travail initiés en 2024 ont permis la co-construction de différents livrables cités supra, dont la vocation est d'être diffusés largement aux professionnels identifiés.

L'appréciation des professionnels sur les livrables produits permet d'identifier de nouvelles thématiques prioritaires de travail pour les années 2025-2026. Celles-ci seront définies dans le cadre d'un prochain Comité de Pilotage, afin de concentrer les travaux sur certains aspects de la prévention des chutes.

### **Communication et sensibilisation : comment atteindre les seniors ?**

Afin de proposer des actions qui s'adressent directement au public cible du Plan Antichute (les personnes vieillissantes) et pour répondre aux enjeux de prévention primaire identifiés comme axe majeur de travail dans le cadre de la déclinaison régionale, l'ARS ARA et le Gérontopôle AURA ont souhaité lancer une réflexion sur la communication autour du plan. En effet, il a été constaté que les termes utilisés pour qualifier des dispositifs de prévention des chutes pouvaient limiter la participation des personnes âgées. Un travail pourrait être engagé pour adapter les messages de communication à la population ciblée et à ses représentations, en considérant notamment l'âge subjectif des individus. En effet, à la différence de l'âge chronologique, l'âge perçu ou l'âge auquel on s'identifie, peut influencer les comportements des personnes âgées, leur perception des messages de prévention, ainsi que leurs capacités à mettre en œuvre ces recommandations.

Par le biais d'un questionnaire nous avons cherché à identifier les freins et les leviers à la participation des seniors aux actions de prévention des chutes, mais également leur rapport à la téléassistance ou aux aides techniques. Nous avons souhaité étudier la connaissance qu'ont les personnes âgées autour des enjeux liés aux chutes et aux différents axes du plan, de mesurer ce qui paraît important pour eux et ce qui leur est secondaire, puis, leur expérience en matière de prévention des chutes.

Leurs réponses pourraient servir d'appui pour repenser la stratégie de communication utilisée dans le cadre du plan puis, de favoriser la participation des seniors et d'accroître leur connaissance en matière de prévention des chutes. Ainsi, des focus groupe avec des professionnels ou des usagers sont à l'étude.

Cette enquête a été lancée début 2025 grâce au soutien des CARSAT Rhône-Alpes et Auvergne et comptabilise 4114 répondants. Les résultats ont fait l'objet d'une présentation lors de la journée régionale du 17 avril 2025 et ont été diffusés sur les sites du Gérotopôle AURA et de l'ARS ARA. (cf. Annexe 9)

Il en ressort différents éléments qui permettent d'identifier les freins et les leviers recherchés :

- Difficultés autour de la terminologie et de la communication globale autour de la prévention des chutes. **Plus de 3500 personnes disent ne jamais avoir participé à une action de prévention des chutes.**
- Des profils marqués par **un âge subjectif qui semble influencer la perception du risque de chute et de la peur de chuter.** 83% des personnes qui se sentent plus vieilles que leur âge ont peur de chuter, contre 53% pour les personnes qui se sentent plus jeunes.
- **Une perception contradictoire entre la forte peur de la chute, mais un faible passage à l'action de prévention.**
- **Une perception individuelle contradictoire entre le sentiment d'être assez sensibilisé à la prévention des chutes et la difficulté à identifier des solutions concrètes.** 56% des personnes qui se sentent sensibilisées répondent qu'elles ne savent pas ce qu'elles pourraient mettre en place pour réduire le risque de chute.
- **L'importance du chaussage** a été majoritairement identifiée par plus de 3000 répondants comme solution de réduction du risque de chute et la confirmation du **rôle central de l'activité physique.**
- Un besoin de **renforcer le rôle des professionnels dans la transmission d'informations de prévention.** Presque 2500 personnes estiment qu'entendre parler de prévention par un professionnel de santé leur permettrait de se sentir concernés par le risque de chute et de se mobiliser.

## SYNTHESE

La feuille de route 2025-2026 du plan régional antichute repose sur plusieurs piliers majeurs :

- **L'évolution des instances décisionnaires et stratégiques** du Plan Régional Antichute via la fusion du comité de concertation et du comité stratégique, devenant une seule et même instance : le comité de pilotage avec une représentation élargie des représentants territoriaux de l'ARS
- **La valorisation des travaux réalisés dans le cadre des 3 groupes de travail** (parcours, ostéoporose et iatrogénie médicamenteuse) via la diffusion des différents livrables réalisés : diffusion des modélisations départementales, des mémo et articles, suivi des formations réalisées...
- **La poursuite du groupe de travail « communication/sensibilisation »**
- **La poursuite des actions de communication et d'animation du réseau** afin de favoriser l'interconnaissance des acteurs, de mettre en lumière des actions en région...
- **La poursuite du suivi des indicateurs** relatifs aux données sur les chutes en région : données des centres 15, CARSAT, CépIDC...
- **La poursuite du soutien financier par l'ARS d'actions de prévention portées par les EHPAD et SSIAD (AAC annuel)** afin de soutenir et promouvoir des actions de prévention des chutes en EHPAD ou à domicile.
- **Le ciblage de nouvelles thématiques – clé de prévention pour mobiliser des nouveaux groupes de travail** afin de penser et mettre en œuvre des actions concrètes, en cohérence avec les différentes cibles populationnelles du plan régional.

## ANNEXES

1. Données départementales – Plan OSCAR CARSAT
2. Méthodologie du diagnostic régional et de sélection des fiches-actions
3. Schémas du diagnostic territorial
4. Etudes, expérimentations et recherches en lien avec la prévention des chutes
5. Poursuite de la politique de prévention : appels à candidature annuels de l'ARS
6. Evaluation des actions de prévention financées par l'AAC 2022
7. Programme de la première journée régionale
8. Programme de la seconde journée régionale
9. Boîte à outils et newsletter diffusées.
10. Exemple d'une modélisation reprise suite aux ateliers

## ANNEXE 1 – DONNEES DEPARTEMENTALES – PLAN OSCAR CARSAT

Le plan d'aide OSCAR a pour ambition d'améliorer la qualité de vie des retraités en leur proposant des solutions adaptées à leurs besoins, de préserver leur autonomie grâce à des actions de prévention et de maintien du lien social, ainsi que de renforcer la coordination entre les différents acteurs concernés (aide à domicile, caisses de retraite, services associés) afin de garantir une prise en charge globale et efficace.

Ainsi, la grille d'évaluation Fragire permet d'identifier, parmi les retraités non dépendants (GIR 5 et 6), ceux présentant un risque de fragilité et d'évaluer leur niveau de vulnérabilité.

### 1 AIN

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 192           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 48,61%      |
|                         | 9             | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 2,28%       |
|                         | 194           | Normal >= 1m/s  | 49,11%      |
| <b>Première demande</b> | <b>395</b>    |   |             |
| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
| Réexamen                | 601           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 48,08%      |
|                         | 48            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 3,84%       |
|                         | 601           | Normal >= 1m/s  | 48,08%      |
| <b>Réexamen</b>         | <b>1250</b>   |   |             |
| <b>Somme :</b>          | <b>1645</b>   |   |             |

### 26 DROME

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 278           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 35,01%      |
|                         | 38            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 4,79%       |
|                         | 478           | Normal >= 1m/s  | 60,20%      |
| <b>Première demande</b> | <b>794</b>    |   |             |
| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
| Réexamen                | 418           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 44,23%      |
|                         | 46            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 4,87%       |
|                         | 481           | Normal >= 1m/s  | 50,90%      |
| <b>Réexamen</b>         | <b>945</b>    |   |             |
| <b>Somme :</b>          | <b>1739</b>   |   |             |

## 38 ISERE

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 321           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 38,08%      |
|                         | 83            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 9,85%       |
|                         | 439           | Normal >= 1m/s  | 52,08%      |
| <b>Première demande</b> | <b>843</b>    |   |             |

| Statut Aide     | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-----------------|---------------|---|-------------|
| Réexamen        | 693           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 45,59%      |
|                 | 205           | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 13,49%      |
|                 | 622           | Normal >= 1m/s  | 40,92%      |
| <b>Réexamen</b> | <b>1520</b>   |   |             |

|                |             |  |  |
|----------------|-------------|--|--|
| <b>Somme :</b> | <b>2363</b> |  |  |
|----------------|-------------|--|--|

## 42 LOIRE

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 143           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 17,96%      |
|                         | 19            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 2,39%       |
|                         | 634           | Normal >= 1m/s  | 79,65%      |
| <b>Première demande</b> | <b>796</b>    |   |             |

| Statut Aide     | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-----------------|---------------|---|-------------|
| Réexamen        | 867           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 29,80%      |
|                 | 129           | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 4,43%       |
|                 | 1913          | Normal >= 1m/s  | 65,76%      |
| <b>Réexamen</b> | <b>2909</b>   |   |             |

|                |             |  |  |
|----------------|-------------|--|--|
| <b>Somme :</b> | <b>3705</b> |  |  |
|----------------|-------------|--|--|

## 69 RHONE

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 251           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 23,18%      |
|                         | 5             | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 0,46%       |
|                         | 827           | Normal >= 1m/s  | 76,36%      |
| <b>Première demande</b> | <b>1083</b>   |   |             |

| Statut Aide     | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-----------------|---------------|---|-------------|
| Réexamen        | 854           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 30,17%      |
|                 | 31            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 1,10%       |
|                 | 1946          | Normal >= 1m/s  | 68,74%      |
| <b>Réexamen</b> | <b>2831</b>   |   |             |

|                |             |  |  |
|----------------|-------------|--|--|
| <b>Somme :</b> | <b>3914</b> |  |  |
|----------------|-------------|--|--|

## 73 SAVOIE

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 229           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 53,01%      |
|                         | 14            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 3,24%       |
|                         | 189           | Normal >= 1m/s  | 43,75%      |
| <b>Première demande</b> | <b>432</b>    |   |             |

| Statut Aide     | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-----------------|---------------|---|-------------|
| Réexamen        | 428           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 51,50%      |
|                 | 11            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 1,32%       |
|                 | 392           | Normal >= 1m/s  | 47,17%      |
| <b>Réexamen</b> | <b>831</b>    |   |             |

|                |             |  |  |
|----------------|-------------|--|--|
| <b>Somme :</b> | <b>1263</b> |  |  |
|----------------|-------------|--|--|

## 74 HAUTE SAVOIE

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 161           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 43,99%      |
|                         | 8             | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 2,19%       |
|                         | 197           | Normal >= 1m/s  | 53,83%      |
| <b>Première demande</b> | <b>366</b>    |   |             |

| Statut Aide     | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-----------------|---------------|---|-------------|
| Réexamen        | 415           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 51,11%      |
|                 | 25            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 3,08%       |
|                 | 372           | Normal >= 1m/s  | 45,81%      |
| <b>Réexamen</b> | <b>812</b>    |   |             |

|                |             |  |  |
|----------------|-------------|--|--|
| <b>Somme :</b> | <b>1178</b> |  |  |
|----------------|-------------|--|--|

## 7 ARDECHE

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 156           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 40,52%      |
|                         | 16            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 4,16%       |
|                         | 213           | Normal >= 1m/s  | 55,32%      |
| <b>Première demande</b> | <b>385</b>    |   |             |

| Statut Aide     | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-----------------|---------------|---|-------------|
| Réexamen        | 561           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 57,66%      |
|                 | 85            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 8,74%       |
|                 | 327           | Normal >= 1m/s  | 33,61%      |
| <b>Réexamen</b> | <b>973</b>    |   |             |

|                |             |  |  |
|----------------|-------------|--|--|
| <b>Somme :</b> | <b>1358</b> |  |  |
|----------------|-------------|--|--|



## En Auvergne

### 15 CANTAL

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 34            | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 31,19%      |
|                         | 8             | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 7,34%       |
|                         | 67            | Normal >= 1m/s  | 61,47%      |
| <b>Première demande</b> | <b>109</b>    |   |             |

| Statut Aide     | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-----------------|---------------|---|-------------|
| Réexamen        | 263           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 49,81%      |
|                 | 68            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 12,88%      |
|                 | 197           | Normal >= 1m/s  | 37,31%      |
| <b>Réexamen</b> | <b>528</b>    |   |             |

|                |            |  |  |
|----------------|------------|--|--|
| <b>Somme :</b> | <b>637</b> |  |  |
|----------------|------------|--|--|

### 3 ALLIER

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 102           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 42,86%      |
|                         | 27            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 11,34%      |
|                         | 109           | Normal >= 1m/s  | 45,80%      |
| <b>Première demande</b> | <b>238</b>    |   |             |

| Statut Aide     | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-----------------|---------------|---|-------------|
| Réexamen        | 489           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 50,21%      |
|                 | 128           | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 13,14%      |
|                 | 357           | Normal >= 1m/s  | 36,65%      |
| <b>Réexamen</b> | <b>974</b>    |   |             |

| Statut Aide                 | Nombre de NIR | Fragire - Test marche | Répartition |
|-----------------------------|---------------|-----------------------|-------------|
| Révision des besoins        | 1             | Normal >= 1m/s        | 100,00%     |
| <b>Révision des besoins</b> | <b>1</b>      |                       |             |
| <b>Somme :</b>              | <b>1213</b>   |                       |             |

## 43 HAUTE LOIRE

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 155           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 83,33%      |
|                         | 19            | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 10,22%      |
|                         | 12            | Normal >= 1m/s  | 6,45%       |
| <b>Première demande</b> | <b>186</b>    |   |             |
| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
| Réexamen                | 465           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 75,49%      |
|                         | 108           | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 17,53%      |
|                         | 43            | Normal >= 1m/s  | 6,98%       |
| <b>Réexamen</b>         | <b>616</b>    |   |             |
| <b>Somme :</b>          | <b>802</b>    |   |             |

## 63 PUY DE DOME

| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
|-------------------------|---------------|---|-------------|
| Première demande        | 359           | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 61,05%      |
|                         | 110           | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 18,71%      |
|                         | 119           | Normal >= 1m/s  | 20,24%      |
| <b>Première demande</b> | <b>588</b>    |   |             |
| Statut Aide             | Nombre de NIR | Fragire - Test marche   | Répartition |
| Réexamen                | 1134          | Altération de l'équilibre et de la marche : entre 0,65 et < 1 m/s | 66,05%      |
|                         | 306           | Fragilité (globale) <0,65m/s                                      | 17,82%      |
|                         | 277           | Normal >= 1m/s  | 16,13%      |
| <b>Réexamen</b>         | <b>1717</b>   |   |             |
| <b>Somme :</b>          | <b>2305</b>   |   |             |

## **ANNEXE 2 - METHODOLOGIE DE PRODUCTION DE L'ETAT DES LIEUX DES ACTIONS EXISTANTES – FICHES-ACTIONS PRODUITES – GT**

### **A- Une méthodologie mixte a été mise en œuvre pour l'état des lieux des actions existantes :**

Une étude par questionnaires et entretiens a été menée par le GÉrontopôle AURA entre mars et octobre 2023.

#### **1. L'enquête quantitative**

L'enquête quantitative a pour objectif d'identifier les initiatives, les territoires couverts en région Auvergne-Rhône-Alpes ainsi que les forces et faiblesses présentes sur le territoire en termes de prévention des chutes et/ ou du parcours chuteur.

Un questionnaire a été diffusé très largement à plus de 300 acteurs de la région mobilisés sur la prévention des chutes tels que : 4 CHU, CPTS, DD ARS, CH, instituts de formation, URPS, EHPAD, CCAS, CFPPA, professionnels libéraux, CARSAT, associations, mutuelles, ARGIRC ARRCO, CPAM, DAC, DAPAP, départements, maisons de santé, métropoles et conseils départementaux...

Le questionnaire comprend plusieurs parties :

- Identification des structures
- Actions en lien avec la prévention des chutes et/ou du parcours chuteur (description des actions, résultats attendus, échelle d'action, population cible, profil des intervenants, nombre de personnes touchées, évaluation, freins et leviers...)
- Axe(s) du Plan Antichute concerné(s)
- Coordonnées de la personne référente

Il a été conçu sur Lime Survey (serveur sécurisé). Le recueil des données a eu lieu de mars à avril 2023 (disponible 1 mois). Une relance a été effectuée trois semaines après la diffusion du questionnaire.

Par la suite, une analyse de la qualité de la base de données (données manquantes, valeurs aberrantes...) a été menée. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour les caractéristiques des structures et des actions identifiées.

#### **2. L'enquête qualitative**

Cette étude s'appuie également sur une méthodologie scientifique dite qualitative. Il s'agit d'une méthode dont le recueil de données peut être réalisé de différentes manières : observations, entretiens, documents, vidéos. Elle permet de recueillir une grande quantité de données avec un échantillon restreint en prenant en compte le contexte et l'environnement de la personne interrogée (Kohn & Christiaens, 2015).

Dans le cadre de cette étude, le GÉrontopôle AURA a réalisé des entretiens semi-directifs permettant d'obtenir des données informatives à travers des interrogations générales et ouvertes. Les entretiens semi-directifs ont permis au GÉrontopôle AURA d'acquérir des informations complémentaires concernant les points abordés au sein du questionnaire (voir ci-dessus).

Le choix des personnes interrogées s'est porté en fonction des réponses reçues au questionnaire, afin d'aller plus loin sur certains aspects identifiés (actions probantes ou à capacité d'essaimage notamment). Des directeurs ainsi que des chargés de projets de différentes structures ont été interrogés. Par conséquent, les guides d'entretiens conçus sont spécifiques à chaque acteur. Ils sont organisés de manière différente en fonction des réponses apportées sur le questionnaire. À titre informatif, les entretiens ont eu lieu du mois de mai au mois de juillet 2023 et ont duré en moyenne

45 minutes. Chacun des acteurs a répondu volontairement au questionnaire et/ou aux questions posées lors des entretiens.

#### **B- Les fiches-actions illustrant les actions inspirantes sélectionnées :**

##### **1- Méthodologie de sélection des actions faisant l'objet de fiches régionales**

Les fiches - actions ont été conçues afin de mettre en lumière des initiatives inspirantes qui répondent à l'objectif du Plan Antichute. Elles se basent sur les résultats de l'état des lieux territorial et sur une pré-sélection réalisée par le GÉrontopôle AURA et l'ARS.

Plusieurs fiches actions ont été présentées au comité de concertation régional du Plan Antichute. L'ensemble des membres a sélectionné 2 à 4 fiches actions par axes du plan national antichute, en fonction à la fois des besoins identifiés sur la région AURA par le diagnostic territorial, mais également lors de groupes de travail. Ceux-ci se basent sur différents critères de sélection :

##### **- Besoins identifiés (liste non-exhaustive) :**

- ✓ Soutenir les actions concernant les déterminants de santé, notamment en promouvant une approche préventive, collective, agissant sur les déterminants du bien vieillir,
- ✓ Favoriser le repérage et le dépistage des fragilités par l'ensemble des intervenants auprès de la personne âgée,
- ✓ Veiller à la cohérence des dispositifs de coordination autour de la personne âgée.

##### **- Critères de sélection :**

- ✓ Caractère innovant / originalité de l'action
- ✓ Territoire couvert
- ✓ Évaluation existante (médico-économique, d'acceptabilité, d'usage, d'impact...)
- ✓ Réponse à un/des besoin(s)

##### **2- Les fiches – actions (22 réalisées en 2023-2024)**

## Axe 1 -



### BILANS DE PRÉVENTION

- Agirc-Arrco et CPAM

**Dépister** le risque de chute lors du bilan de prévention avec l'interrogatoire, l'examen clinique et la réalisation de différents tests.

**Proposer** une offre d'accompagnement selon le niveau de risque (atelier nutrition, bilan diététique, atelier équilibre, diagnostic du logement...).

### PLATEFORME PRÉVENTION DES CHUTES

- CH Annecy Genevois (74)

**Repérer et évaluer** les personnes présentant un risque de chute ou ayant chuté puis les orienter et faciliter les parcours individualisés de prévention.

**Analyser** des paramètres de marche et d'équilibre, des afférences et efférences, portés par un esprit d'éducation thérapeutique (hôpital de jour équilibre et marche).

### REPÉRAGE DES FRAGILITÉS

- CHU Grenoble (38)

**Décliner** le programme ICOPE en Isère IS-ICOPE : développer les pratiques préventives de la perte d'autonomie à destination des seniors.

### PROGRAMME « VIEILLIR À DOMICILE EN BONNE SANTÉ »

- Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) Versants d'Aime (73)

**Repérer** (bilan complet réalisé à domicile) et mettre en place des actions correctives - par une infirmière ASALEE.

## Axe 2 :



### ANALYSE DES FACTEURS

- Espace Autonomie 63

**Mettre en place des ateliers** à destination de personnes âgées de plus de 60 ans où les différents facteurs d'apparition de chutes sont analysés (utilisation de supports pédagogiques).

**Orienter** vers l'Équipe locale d'accompagnement aux aides techniques (EqLAAT) si nécessaire.

### ÉVALUATION À DOMICILE

- CARSAT Rhône-Alpes et CARSAT Auvergne

**Détecter un risque de chute** par évaluation au domicile des personnes.

**Proposer des prestations** (de type amélioration de l'habitat).

### GRILLE DE REPÉRAGE

- Association AIMV (Agir innover mieux vivre) Loire

**Créer une grille simple** à remplir permettant à chaque intervenant de repérer les personnes à risque de perte d'autonomie.

### PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE

- ERGOADAPT

**Déployer des visites à domicile** : accompagnement personnalisé et conseils (aides techniques, aménagements...) à mettre en place pour limiter le risque de chute.

### Axe 3 :



#### APPARTEMENT DE DÉMONSTRATION

- Centre d'information et conseils sur les aides techniques (CICAT) ELSA du Centre régional d'information pour l'Agir solidaire (CRIAS)

Présenter des solutions techniques, numériques et aménagements simples du logement par le biais de l'appartement de démonstration ELSA.

#### ERGOTHÈQUE

- *Merci Julie*

Accompagner l'acquisition d'aides techniques : créer une ergothèque pour lever les freins à l'acquisition des aides techniques.

#### REPÉRAGE DES RISQUES DE FRAGILISATION

- CARSAT Rhône-Alpes et Conseil départemental de l'Isère  
- Technopôle Alpes santé à domicile (TASDA)

Accompagner des Services d'accompagnement à domicile (SAAD) sur le repérage systématique des risques de fragilisation à domicile par les intervenants à domicile.

Sensibiliser les professionnels et le grand public aux apports des aides numériques.

#### PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Saint-Sorlin-en-Valloire (26)

Évaluer le domicile pour chaque nouveau patient ainsi que de manière annuelle.



#### Axe 4 :



##### PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

- Dispositifs d'accompagnement vers la pratique d'activité physique (DAPAP)  
Réunir les professionnels de santé et du monde de l'activité physique afin d'accompagner toute personne dans la gestion de sa pathologie ainsi que de son choix d'activité physique régulière.

##### ATELIERS DE PRÉVENTION DES CHUTES

- Kiné prévention AURA  
Organiser des ateliers collectifs (équilibre, nutrition, aides techniques...) : les « rendez-vous Âge'ilité ».  
Favoriser le maintien d'une dynamique à domicile des aidés et des aidants à travers le « pédibus du déconfinement » : intervention des professionnels par les kinésithérapeutes et ergothérapeutes.

##### ATELIERS ÉQUILIBRE

- Atouts prévention Rhône-Alpes et ARSEPT Auvergne  
Proposer de l'activité physique à travers des tests et des séances d'activité physique pour les 55 ans et plus.

##### PROGRAMME « BIEN SUR SES JAMBES »

- Hospices civils de Lyon (69)  
Mettre en place un parcours de prévention primaire et secondaire de la perte de mobilité chez la personne âgée de plus de 70 ans, autonome au domicile et repérée à risque.



Axe 5 :



Axe transversal :

## AXE TRANSVERSAL

### INFORMER ET SENSIBILISER

#### FORMATION DES PROFESSIONNELS

- *Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé (CETAF)*

Développer des outils et formations des professionnels des centres d'examen de santé pour favoriser la mise en place des parcours de prévention des chutes.

Proposer des formations et conférences à destination des CARSAT.

#### LIVRET PARCOURS PRÉVENTION DES CHUTES

- *URPS Masseurs-kinésithérapeutes ARA*

Proposer un livret aux masseurs-kinésithérapeutes désirant mettre en place un parcours de prévention des chutes pour les seniors de plus de 65 ans au sein d'une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

#### PARCOURS DE PRÉVENTION

- *Atouts prévention Rhône-Alpes et ARSEPT Auvergne*

Élaborer un parcours de prévention composé de 14 thématiques déclinées en ateliers et conférences (équilibre, nutrition, aménagement de l'habitat...).

#### SHOWROOM MOBILE

- *Soliha*

Proposer un showroom mobile (« truck ») d'information et de sensibilisation permettant de tester des aménagements et équipements.

C- Les travaux sur le fond réalisés en 2023 montrent un dynamisme des acteurs et une richesse des expériences à diffuser

▪ **Groupe de Travail « Outils de repérage » :**

Une seule séance, qui a réuni 17 personnes représentant l'ARS, le Gérotopôle AURA, la CPAM, CARSAT, AGIRC ARRCO, AESIO SANTE, CPTS, EHPAD, ainsi que des incubateurs d'expérimentations innovantes tels que Stabbi'Lab et PRESAGE, a été mise en place.

Une présentation de plusieurs initiatives qui incluent l'étape de repérage a été réalisée :

- Stabbi'Lab : étude en collaboration avec l'ameublement français a pour objectif de comprendre la perception des seniors sur les défis dans le domicile et d'améliorer leur logement.
- CPAM : examen de prévention adapté à destination des personnes socialement vulnérables
- CARSAT : questionnaire d'auto-évaluation de 80 questions pour repérer la chute en ligne sur le site CARSAT.
- AGIRC ARRCO : bilan sur le risque de chute, et notamment sur la peur de chuter, suivi d'un bilan de prévention avec critère de Fried. Ateliers équilibre organisés par la CARSAT et/ou proposition de l'aménagement de leur logement avec le CRIAS.
- PRESAGE : création d'un livre blanc avec les solutions qui fonctionnent.
- AESIO : programme de recherche en collaboration avec l'école des mines pour prévenir les chutes en identifiant le risque de chute en fonction des lieux de vie. Cette recherche s'appuie sur des recueils de données de sinistres, d'accidents domestiques.
- Une réflexion sur des campagnes de prévention au public concerné à travers une étude de marketing en santé, afin de sensibiliser de manière plus efficace à la prévention des chutes.

Ce groupe de travail a facilité l'interconnaissance entre différents acteurs régionaux sur les projets portés respectivement par chacun. Ces différents outils ont été portés à la connaissance de tous les participants et pourront être promus à un niveau régional et national.

▪ **Groupe de Travail « bilans et suivis à domicile par des équipes pluridisciplinaires » :**

Une seule réunion avec 18 participants, dont les représentants de l'ARS ARA, du Gérotopôle AURA, des établissements de santé (CHU et CH), acteurs de la prévention et de la rééducation, URPS IDE et pharmaciens a permis une discussion autour d'actions de prévention et de prise en charge de la chute présentes en ARA selon le niveau de prévention :

- Prévention primaire :
  - Expérimentation nationale Article 51 ICOPE piloté en ARA par les HCL
  - Expérimentation iséroise (CHU Grenoble et La Poste), déploiement sur 2 territoires

(commune Grésivaudan et agglomération grenobloise)

- Parcours prévention des chutes par l'URP MK AURA (définir le niveau de la prévention, définir un parcours et orienter vers les interlocuteurs adaptés).
- Prévention primaire et secondaire :
  - Programme « bien sur ses jambes » des HCL, parcours de prévention transversal ville-hôpital.
- Prévention secondaire :
  - Plateforme de prévention des chutes du CH Annecy-Genevois
  - « Parcours du chuteur en post-urgences » au CHU Grenoble
- Prévention secondaire et tertiaire :
  - Parcours prévention des chutes par l'URP MK AURA (définir le niveau de la prévention, définir un parcours et orienter vers les interlocuteurs adaptés).
- Prévention tertiaire :
  - Appel à Candidature (AAC) Prévention des chutes en EHPAD piloté et financé par l'ARS ARA (2019, 2022 et 2023) sur les thématiques nutrition, APA, santé bucco-dentaire, dépression, santé du pied et iatrogénie médicamenteuse
- **Groupe de Travail Plénier sur les « Outils de repérage » et les « Bilans et suivis à domicile par des équipes pluridisciplinaires » :**

Il est paru évident que les actions de repérage/ prévention et prise en charge étaient étroitement liées, pour tendre vers une notion de parcours et d'écosystème, impliquant différents acteurs à différentes étapes du parcours. Une nouvelle séance, regroupant les participants des 2 groupes, à savoir 39 participants, a permis de consolider les cibles populationnelles et de définir des outils de suivi du plan régional antichute. Ces travaux sont poursuivis sous une autre forme, dans un GT « sur l'évaluation et le suivi du plan régional », appelé COSTRAT (comité stratégique).

Par ailleurs, ce groupe de travail a permis de mobiliser et de sensibiliser les acteurs aux travaux relatifs au diagnostic territorial et à l'identification des fiches actions.

## ANNEXE 3 – GRAPHIQUES DU DIAGNOSTIC REGIONAL

### Répartition régionale des actions par types de structures et nombre d'actions

| Nom de la structure | Nombre | %     |
|---------------------|--------|-------|
| Collectivité        | 55     | 22,27 |
| Association         | 53     | 21,46 |
| EHPAD               | 41     | 16,6  |
| Organisme de santé  | 31     | 12,55 |
| Profession libérale | 31     | 12,55 |
| Entreprise          | 17     | 6,88  |
| Autre               | 14     | 5,67  |
| CPTS                | 3      | 1,21  |
| Mutuelle            | 2      | 0,81  |

Schéma 1

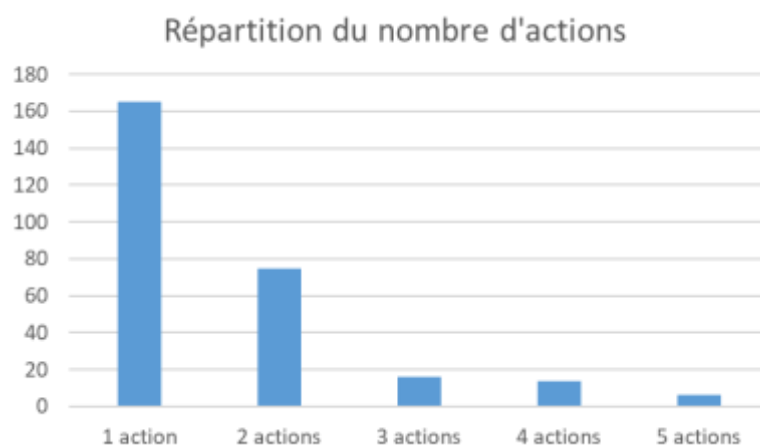


Schéma 2

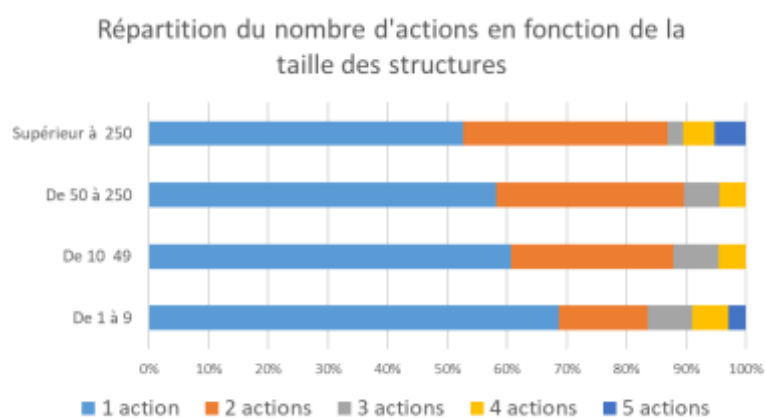


Schéma 3

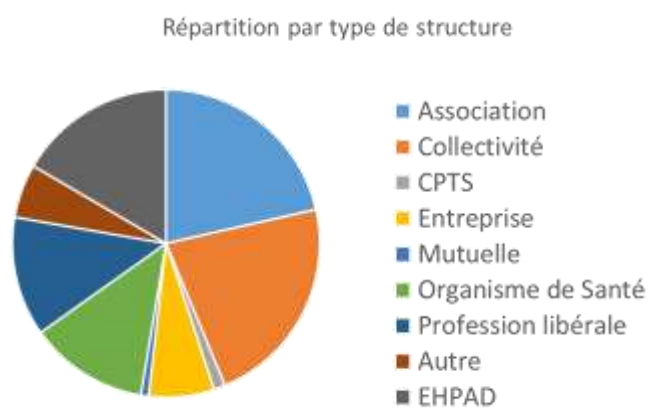
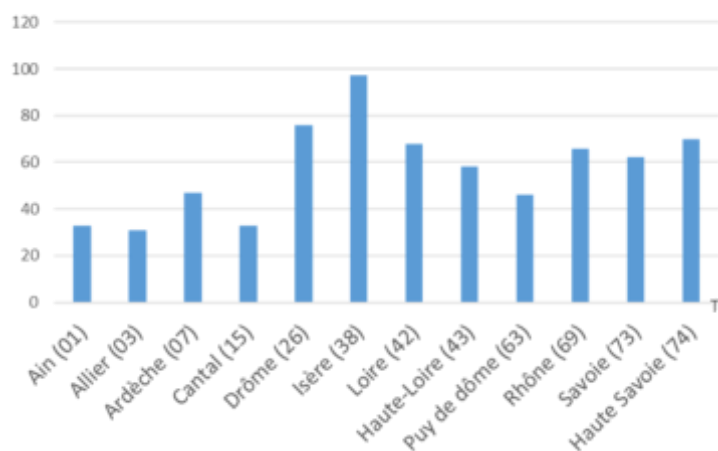


Schéma 4

## Répartition départementale par types de structures et nombre d'actions

Nombre d'actions par département



Proportion d'actions en fonction du type de structure

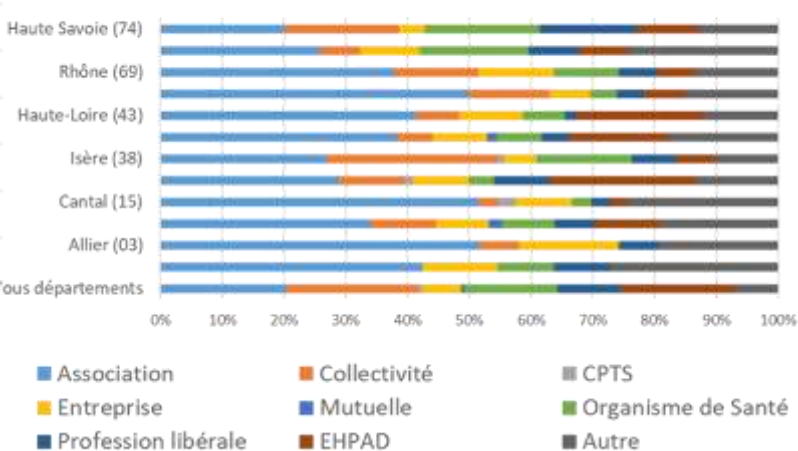


Schéma 5

Schéma 6

## Répartition régionale et départementale des actions par axes du plan antichute

Nombre d'actions par axe

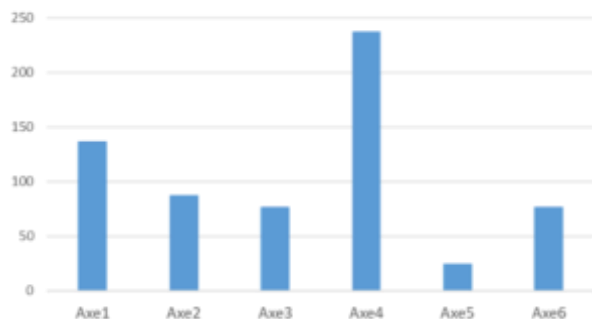


Schéma 7

Répartition des axes en fonction du type de structure

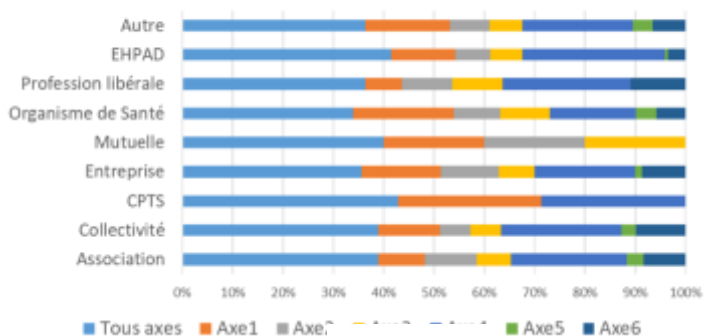


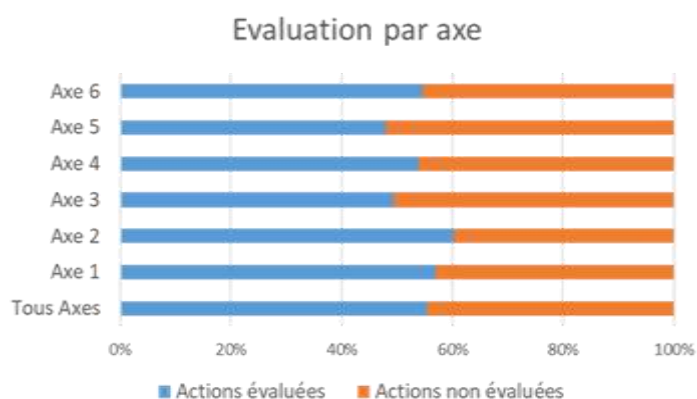
Schéma 8

|      | 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            |

Tableau nombre d'actions par axe par département. Certaines actions sont déployées sur différents départements. « Total Actions » dénombre le nombre d'actions différentes sur chaque axe. La somme des actions déployées sur le département peut donc être supérieure.

Tableau 1

## Répartition régionale des actions selon leur évaluation réalisée



| Axe             | Intitulé   |
|-----------------|--|
| Axe 1           | Savoir repérer les risques de chutes et alerter                            |
| Axe 2           | Aménager son logement et sortir en toute sécurité                          |
| Axe 3           | Des aides techniques à la mobilité faite pour tous                         |
| Axe 4           | L'activité physique, meilleur arme antichute                               |
| Axe 5           | La téléassistance pour tous comme un outil de prévention des chutes graves |
| Axe transversal | Sensibiliser et informer   |

Schéma 8

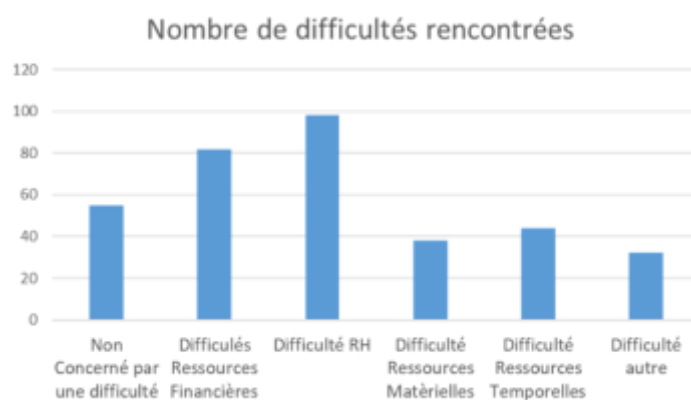


Schéma 9

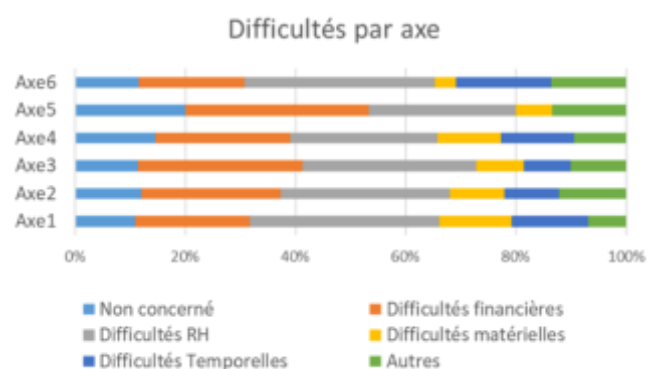


Schéma 10

## ANNEXE 4 - ETUDES ET RECHERCHES EN LIEN AVEC LA PREVENTION DES CHUTES ISSUES DE LA DYNAMIQUE REGIONALE

En complément des fiches-actions préalablement présentées, ont également été produit un état des lieux des études, recherches et/ou expérimentations en région qui s'intéressent au sujet de la prévention des chutes et démontre la dynamique en région

### MedTechLab (Aésio Santé et Mines Saint-Etienne) : étude « Box Fragilité »

La Box fragilité a été développée dans le cadre du MedTechLab en collaboration avec OMWAVE et « Be-Ys Health Solutions France ». La Box recueille les données des capteurs de mouvement et de fermeture/ouverture de porte pendant une journée. Ces données sont ensuite cryptées et hébergées sur un serveur respectant la Réglementation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). À partir de ces données, l'algorithme est capable de projeter différents scénarios de fragilisation. Lors de la détection des premiers signaux de fragilité, l'application pourra alors proposer les réponses à mettre en place afin de prévenir l'entrée dans la dépendance. La réalisation d'une étude clinique impliquant la participation d'au moins 50 participants est en cours d'élaboration.

### Stabbi'Lab (CH Annecy-Genevois) : étude réalisée en partenariat avec l'Ameublement français

L'étude « Bien vivre chez soi » a été réalisée en partenariat avec l'ameublement français et le StabbiLab, avec le soutien financier du CODIFAB. Afin de mieux pour comprendre les défis d'aménagement des habitats des personnes âgées et apporter des solutions aux nouveaux usages, cette étude est la première étape d'un projet qui s'inscrit dans le temps, ayant pour but de proposer des produits en adéquation avec les attentes des usagers. Une enquête quantitative via un questionnaire auto administré auprès d'un échantillon de 279 individus âgés de 60 à 100 ans est en cours de réalisation.


### MedTechLab (Aésio Santé et Mines Saint-Etienne) : étude « Prévichute »

Dans le cadre de la plateforme Prévichute, MINES Saint-Etienne et AÉSIO Santé se concentreront sur le développement des outils issus du domaine de l'intelligence artificielle appliqués aux données d'accidentologie et de la vie courante pour définir un score de risque de chute ainsi qu'une évaluation scientifique de la qualité de ce score. Le MedTechLab et Calyxis interviendront notamment dans la partie évaluation d'usage afin d'assurer le cahier des charges d'une plateforme répondant aux besoins terrains. La première phase du programme PRÉVICHUTE d'une durée de 18 mois a pour finalité la conception d'une plateforme digitale : des outils pour la prédiction des chutes auprès des jeunes seniors et au-delà.

### Siel Bleu : étude Ossébo

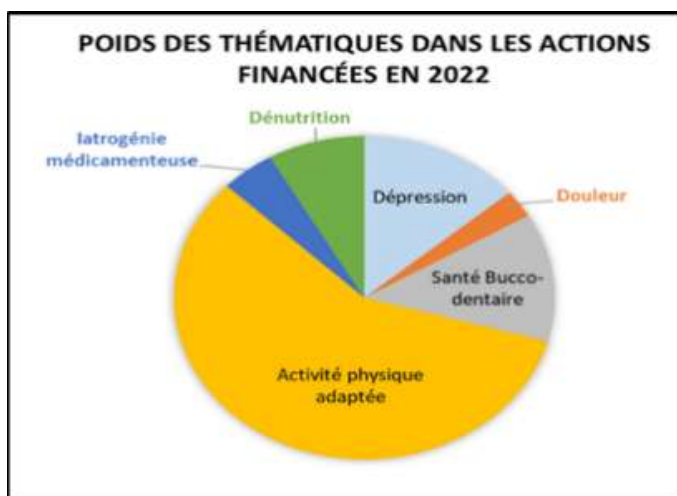
L'étude Ossébo a été menée par l'INSERM avec le Groupe Associatif Siel Bleu. Elle a pour objectif d'évaluer, dans les conditions habituelles de la pratique, l'impact d'un programme de 2 ans de prévention des chutes traumatiques chez des femmes âgées de 75 ans et plus. L'étude OSSEBO est l'une des recherches sur la prévention des chutes par l'APA les plus importantes en effectif dans le monde puisqu'elle a sélectionné une population de 706 femmes de 75 ans à 85 ans. Elle comprend 20 centres d'étude, dans 16 villes, répartis dans toute la France, et notamment à Annecy, Lyon et Saint-Etienne, et repose sur un essai contrôlé randomisé.



 Hervé FUNDENBERGER (Université de Saint-Etienne) : thèse « âge subjectif et prévention des chutes chez la personne âgée »

Dans la lignée de travaux actuels sur le développement de l'âge subjectif, cette thèse avait pour objectif d'approfondir les connaissances scientifiques de l'âge subjectif concernant son rôle dans la prévention des chutes. Plus particulièrement, ce programme de recherche a été construit afin de répondre à quelques questions principales en lien avec la prévention des chutes chez les personnes âgées : l'âge subjectif est-il associé à l'incidence de la chute lors de l'avancée en âge ? Quelles sont les associations entre l'âge subjectif et certains déterminants de la chute ? L'âge subjectif peut-il évoluer à la suite d'un programme de prévention des chutes ?

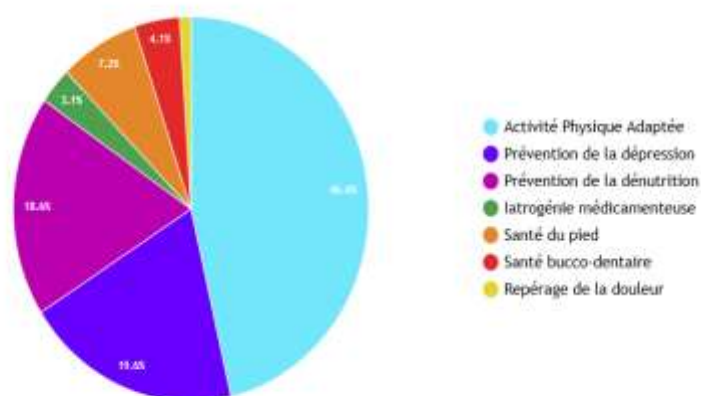
## ANNEXE 5 – POURSUITE DE LA POLITIQUE DE PREVENTION : APPELS A CANDIDATURES ANNUELS DE L'ARS



| Thématiques               | Montant   | Nombre d'action |
|---------------------------|-----------|-----------------|
| Dépression                | 222 384   | 15              |
| Douleur                   | 54 797    | 3               |
| Santé Bucco-dentaire      | 224 716   | 14              |
| Activité physique adaptée | 2 577 265 | 63              |
| Iatrogénie médicamenteuse | 72 590    | 5               |
| Dénutrition               | 486 922   | 9               |

|               | 2023                   |                            | 2024                   |                            |
|---------------|------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| Thématiques   | Montants accordés 2023 | Nombre d'actions financées | Montants accordés 2024 | Nombre d'actions financées |
| APA           | 1 199 690              | 47                         | 1 519 790              | 50                         |
| Depression    | 198 762                | 18                         | 487 376                | 34                         |
| Douleur       | 5 200                  | 1                          | 30 307                 | 5                          |
| Dénutrition   | 479 937                | 18                         | 174 053                | 14                         |
| Iatrogénie    | 70 510                 | 2                          | 75 628                 | 6                          |
| Santé du pied | 197 563                | 7                          | 84 388                 | 3                          |
| SBD           | 63 326                 | 4                          | 83 192                 | 4                          |
| TOTAL         | 2 214 988              | 97                         | 2 454 734              | 116                        |

### POIDS DES THÉMATIQUES DE SANTE DANS LES ACTIONS FINANÇÉES EN 2023



## **ANNEXE 6 – EVALUATION DES ACTIONS DE PREVENTION FINANCEES PAR L’AAC 2022**

En déclinaison du plan quinquennal antichute national, et dans le cadre du Schéma régional de santé (SRS) Auvergne-Rhône-Alpes, un appel à candidatures est proposé depuis 2022 aux EHPAD qui souhaitent s'investir dans la prévention favorisant la santé et le bien être des personnes âgées. En 2022, 120 actions ont été financées, portées par 71 EHPAD, pour un budget de 3,8 millions d’euros.

Retrouvez l’article complet :

[Prévention en EHPAD : bilan positif pour les actions financées en 2022 | Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes](#)

## ANNEXE 7 – PROGRAMME DE LA PREMIERE JOURNEE REGIONALE

09 H 30 - 10 H 00

### Accueil des participants

10 H - 10 H 30

### Introduction

Représentant du ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cécile Courrèges, directrice de l'ARS ARA (ou son représentant), Nathalie Barth, directrice, Gériatopôle Auvergne Rhône-Alpes.

10 H 30 - 10 H 45

### La construction du Plan antichute

Dr Aurélie Marfisi, ARS ARA et Solène Donier, Gériatopôle AURA.

10 H 45 - 11 H 15

### Le diagnostic territorial des actions existantes puis échanges avec les participants

Charlotte Verjé, chargée de projets, Gériatopôle AURA.

11 H 15 - 11 H 45

### Présentation du « Panier de soins » puis échanges avec les participants

ARS ARA et CPTS porteuse de l'expérimentation.

11 H 45 - 12 H 30

### Table Ronde - Expérimentations et recherches sur la prévention des chutes puis échanges avec les participants

Animateur : Bienvenu Bourgue, épidémiologiste, coordinateur de projets, Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé (CETAF), et Université Jean Monnet, à Saint-Étienne.

- Études « Box Fragilité » et « Prévichute », Guillaume Gardin (MedTechLab)
- Étude réalisée en partenariat avec l'Ameublement français, Kathleen Duclos (Stabi'Lab)
- Étude Ossébo, Jean-Christophe Mino (Siel Bleu)
- Thèse « Âge subjectif et prévention des chutes chez la personne âgée », Hervé Fundenberger (Université de Saint-Étienne)

12 h 30 - 14 h 00 : repas sur place

14 H 00 - 15 H 45

### Table ronde - Le parcours du chuteur : de la prévention à l'accompagnement

Animateur : Pr-Gaëtan Gavazzi, CHU de Grenoble.

- Axe 1 : Savoir repérer les risques de chute et alerter - Bilan de prévention et packs prévention des chutes

AGIRC ARRCO

- Axe 2 : Aménager son logement pour éviter les risques de chute - Analyse des facteurs de risque de chutes

Espace Autonomie et Équipe locale d'accompagnement sur les aides techniques (EQLAAT)

- Axe 3 : Des aides techniques à la mobilité faites pour tous - L'appariement de démonstration ELISA

Centre d'information et conseils sur les aides techniques (CICAT) du Centre régional d'information pour l'agir solidaire (CRIAS)

- Axe 4 : L'activité physique, meilleure arme antichute - Promotion de l'activité physique adaptée

Dispositif d'accompagnement vers la pratique d'activité physique de la Loire (DAPAP 42)

- Axe 5 : La téléassistance pour tous - La téléassistance en Isère : un outil au service de la prévention et du maintien à domicile

Département de l'Isère

- Axe transversal : Informer et sensibiliser - Le parcours de prévention

Atouts prévention Rhône-Alpes

15 H 45 - 16 H 00

### Clôture et perspectives

Raphaël Glabi, directeur de l'autonomie, ARS ARA.

ANNEXE 8 – PROGRAMME DE LA DEUXIEME JOURNEE REGIONALE

|   |  |
|---|--|
| <i>Animation fil rouge : Frédérique Chavagnoux, directrice déléguée qualité et performance à la direction de l'autonomie de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes</i>  |  |
| 09 H 00 - 09 H 30   |  |
| <b>Accueil des participants</b>   |  |
| 09 H 30 - 09 H 45   |  |
| <b>Introduction</b>   |  |
| Cécile COURREGES, directrice générale, Agence régionale de santé et Nathalie BARTH, directrice, Gériatopôle Auvergne Rhône-Alpes  |  |
| 09 H 45 - 10 H 00   |  |
| <b>État d'avancement des travaux en région</b>  |  |
| Solène DORIER, cheffe de projets, Gériatopôle Auvergne Rhône-Alpes et Dr Aurélie MARISI-DUBOST, conseillère médicale, Agence régionale de santé   |  |
| 10 H 00 - 10 H 30   |  |
| <b>Ostéoporose fracturaire : de la prévention à la prise en soin</b>  |  |
| Dr Thierry THOMAS, rhumatologue, CHU de Saint-Étienne, Dr Roland CHAPURLAT, chef de service rhumatologie, Hospices civils de Lyon, Dr Marie-Eva PICKERING, praticien hospitalier, CHU de Clermont-Ferrand, Dr Marie BLANQUET, service de santé publique, CHU de Clermont-Ferrand  |  |
| 10 H 30 - 11 H 00   |  |
| <b>l'atrogénie médicamenteuse : sensibilisation aux bonnes pratiques pour réduire le risque de chute</b>  |  |
| Armance GREVY, pharmacienne hospitalière, CHU Grenoble-Alpes, Anne-Laure BETEGNIE, pharmacienne hospitalière, CH Annecy-Genevois, Prudence GIBERT, pharmacienne hospitalière, CHU Grenoble-Alpes, Christelle REY pharmacienne hospitalière, CHU de Saint-Étienne, Nabil ZERHOUNI, gériatre, CHU Grenoble-Alpes et Stéphanie PFISTER, médecin généraliste à Annecy |  |
| 11 H 00 - 11 H 45   |  |
| <b>Parcours du chuteur : approche en sciences humaines et sociales</b>  |  |
| Brice CANADA, PhD, maître de conférences enseignant-chercheur à l'université Claude-Bernard Lyon I  |  |
| <b>Communiquer pour mieux prévenir : quels freins et leviers à la participation des seniors ?</b>   |  |
| Julie CWIKLINSKI, chargée de projet, Gériatopôle Aura   |  |
| 11 H 45 - 12 H 00   |  |
| <b>Présentation du programme de l'après-midi</b>  |  |
| 12 H 00 - 13 H 30 : repas sur place   |  |
| 13 H 30 - 15 H 30   |  |
| <b>Ateliers interactifs et territoriaux : quelles dynamiques départementales ?</b>  |  |
| Contribuez à l'élaboration d'un réseau autour du parcours sur votre territoire ! (12 départements, 8 ateliers)  |  |
| 15 H 30 - 16 H 00   |  |
| <b>Restitution des ateliers</b>   |  |
| 16 H 00 - 16 H 30   |  |
| <b>Mot de conclusion</b>  |  |
| 16 H 30   |  |
| <b>Fin de la journée</b>  |  |

## ANNEXE 9 – BOITE A OUTILS ET NEWSLETTERS DIFFUSEES

- ✚ [Le powerpoint des présentations de la journée régionale du 17 avril 2025](#) comprenant les résultats de l'enquête communication.
- ✚ [L'article](#) à propos du rapport bénéfice-risque des bisphosphonates dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique
- ✚ [Le guide de bonnes pratiques](#) : quand et comment traiter l'ostéoporose d'un patient en EHPAD ?
- ✚ [Le poster](#) présentant le projet de formations des médecins et pharmaciens à la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez la population âgée.

Les sommaires des newsletters sont les suivants :

- ✚ [Lettre n° 1- Mars 2023](#) - La stratégie du Plan Régional : où en est-on en ARA ? / Les conclusions des groupes de travail / un diagnostic mené par le Gérontopôle AURA / Expérimentation : le panier de soins / Agenda / sites à consulter
- ✚ [Lettre n° 2- Juillet 2023](#) - Les conclusions des groupes de travail / 22 actions sélectionnées / Rendez-vous le 17 octobre à LYON / Agenda / sites à consulter
- ✚ [Lettre n° 3 – Septembre 2023](#) – Programme de la journée régionale du plan antichute du 17 octobre / inscriptions / Agenda / sites à consulter
- ✚ [Lettre n° 4 –Décembre 2023](#) - Journée régionale : 92,5 % des participants sont satisfaits / premiers travaux sur l'évaluation du plan / Agenda / sites à consulter
- ✚ [Lettre N° 5 – Mars 2024](#) - Développer des actions de prévention en EHPAD et SSIAD : nouvel appel à candidatures
- ✚ [Lettre N° 6 – Juin 2024](#) – poursuite du plan antichute : 3 nouveaux groupes de travail
- ✚ [Lettre N°7](#) - octobre 2024 – poursuite et point d'avancée des groupes de travail
- ✚ [Lettre N°8](#) - janvier 2025 – avancée des trois groupes de travail / nouveau groupe de travail autour de la communication / évolution des comités / annonce de la 2<sup>ème</sup> journée régionale
- ✚ [Lettre N°9](#) - juin 2025 – retour sur la 2<sup>ème</sup> journée régionale / rapport de l'union des gérontopôles de France / outils d'évaluation de l'impact de vos actions de prévention de la perte d'autonomie (CNSA) / rapport final de l'expérimentation d'ICOPE



## ANNEXE 10 – EXEMPLE D'UNE MODELISATION REPRISE SUITE AUX ATELIERS

