

PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES



CIRCULAIRE DU 9 FEVRIER RELATIVE AU PLAN TRIENNAL
ANTICHUTE POUR LES PERSONNES AGEES

ORDRE DU JOUR



- 1) Quelques données épidémiologiques
- 2) Le plan antichute triennal
- 3) Mise en œuvre du plan antichute en Normandie
- 4) Présentation de 2 actions probantes

CONSTAT ET URGENCE D'AGIR

Quelques chiffres en introduction : En France, chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 130 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès.

➔ **1 personne sur 3 de 65 ans et +
chutera dans l'année**

➔ **1 personne sur 2 de 85 ans et +
chutera dans l'année**

**1^{ère} cause de
mortalité
accidentelle chez
les + 65 ans**

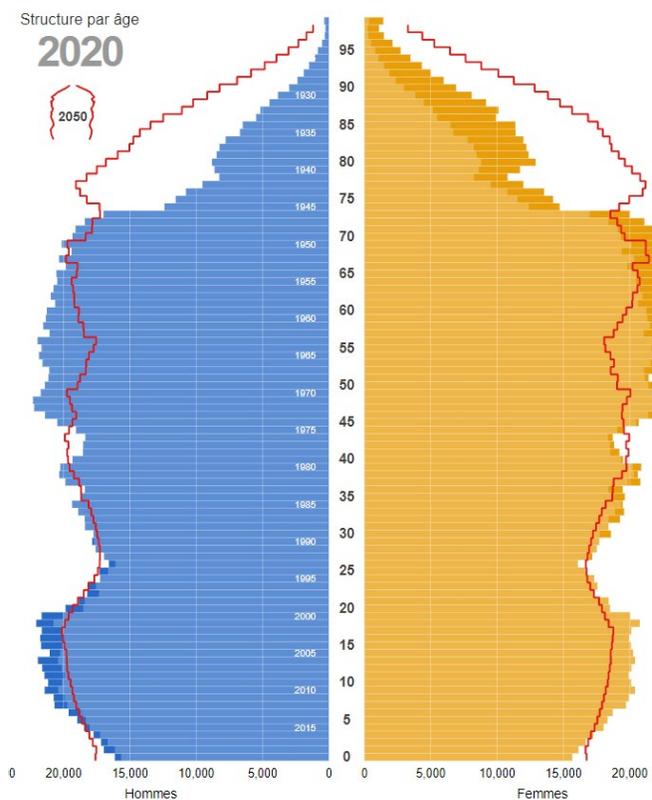
**7 chutes sur 10
surviennent à
domicile**

**50% des
chuteurs font
au moins 2
chutes par an**

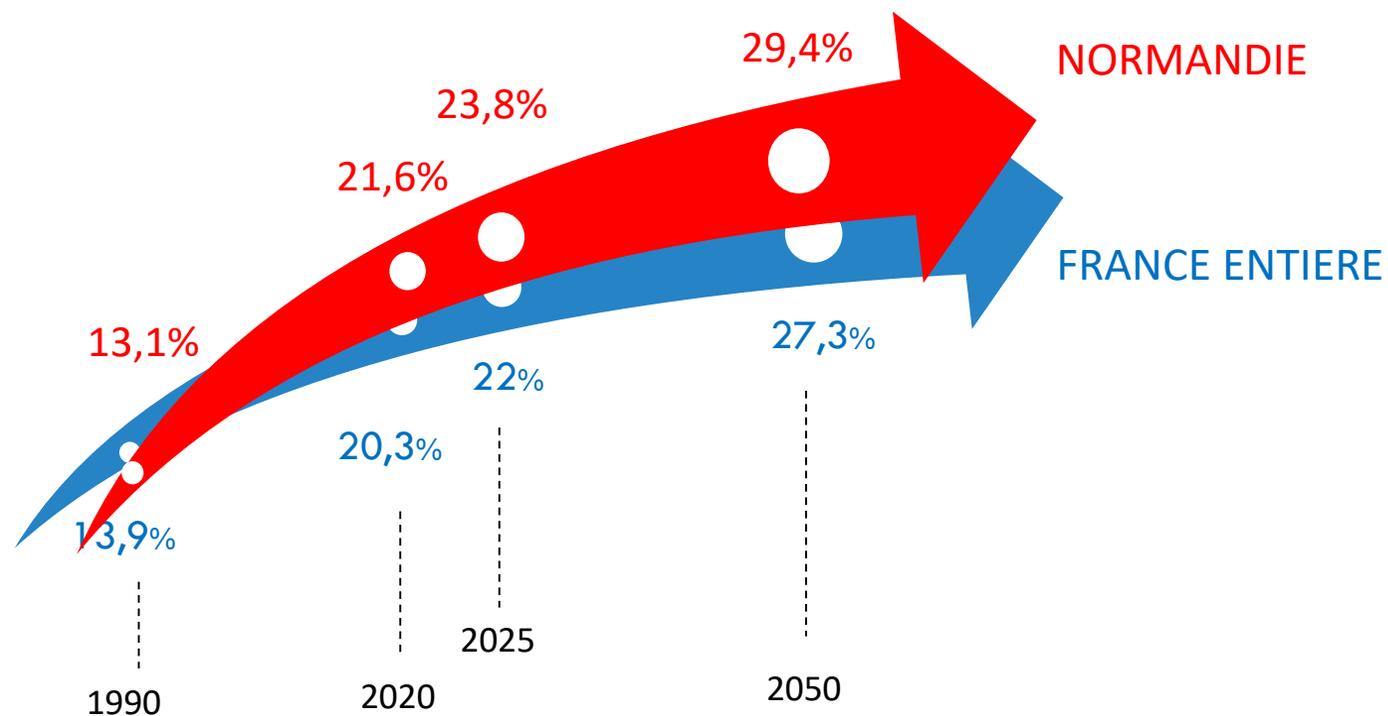
DÉMOGRAPHIE / FOCUS EN NORMANDIE

AUGMENTATION IMPORTANTE DE LA PART DES PLUS DE 65 ANS

Evolution de la pyramide des âges en Normandie



Evolution de la part des +65 ans



Source : Données INSEE

DISPARITÉS ENTRE DÉPARTEMENTS

Part des personnes âgées de + de 65 ans

	Taux de 65 ans et plus (en %)
Calvados	22,6
Eure	20,1
Manche	25,9
Orne	26,9
Seine Maritime	20,7
NORMANDIE	22,3
France métropolitaine	20,7

[Bilan démographique 2019 : la population normande poursuit sa baisse - Insee Analyses Normandie - 82](#)

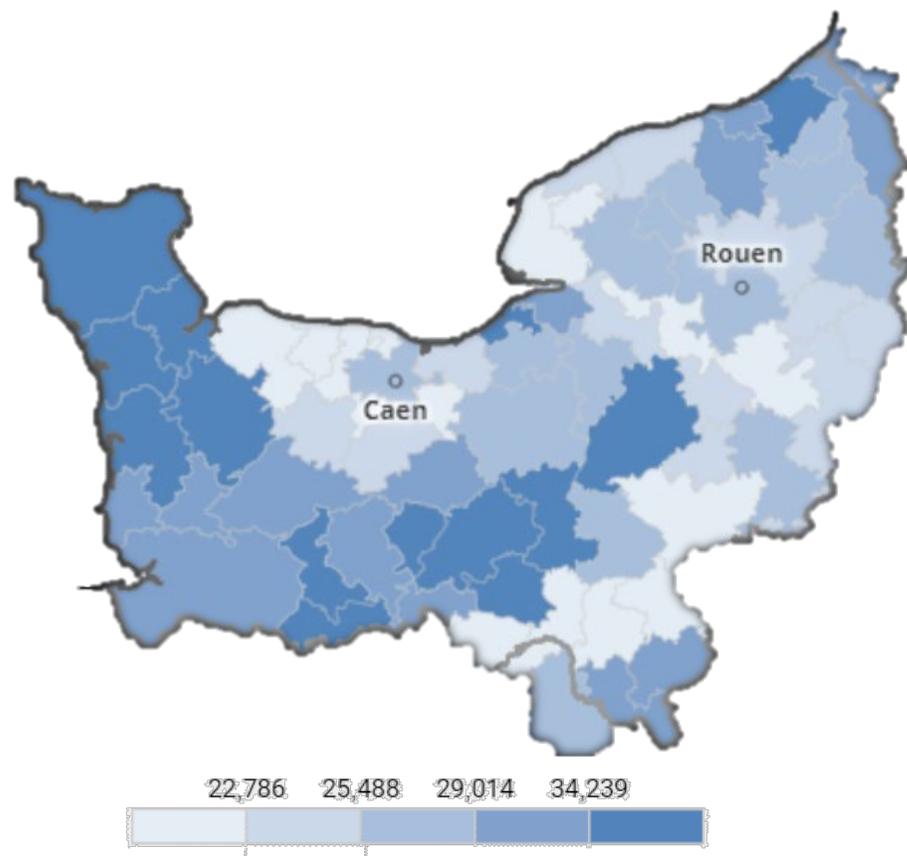
Taux de chutes dans les départements normands

département	Nb chute	Age Moyen des chuteurs	Population 65 ans et +	taux de chute pour 1000 personnes de + 65 ans	Tx de décès pour 1000 personnes de + 65 ans
14	3693	83,9	148 568	24,9	1,84
27	2823	82,9	114 630	24,6	1,95
50	4396	83,9	121 972	36,0	3,01
61	2197	83,9	72 177	30,4	2,02
76	6396	83,5	248 627	25,7	1,89
Normandie	19 505		705 974	27,6	2,1
France	299 253		13 042 257	22,9	1,6

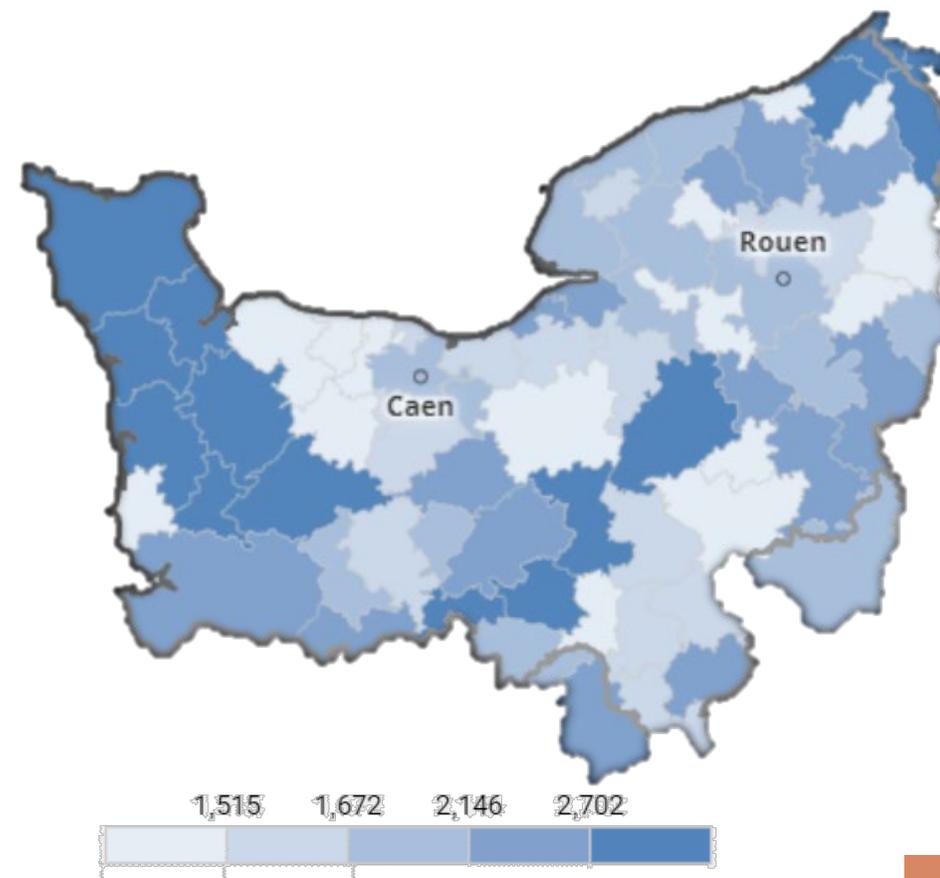
Source PMSI 2021

DISPARITE/FOCUS PAR EPCI

Taux de **chute** pour 1000 personnes âgées de 65 ans et +



Taux de **décès** pour chute pour 1000 personnes âgées de 65 ans et +



PROFIL DU CHUTEUR

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

1 - L'INACTIVITÉ PHYSIQUE

2 - LA PEUR DE LA CHUTE

3 - LA DÉNUTRITION

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

5 - LES RISQUES DU LOGEMENT



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

PLAN ANTICHUTE **DES PERSONNES ÂGÉES**

Diagnostiques secondaires associés des personnes hospitalisées pour chute

	France	Normandie
Maladie Neuro-dégénérative	15%	15,3%
Problème de marche	6,5%	7,5%
Séjour Multi-chutes	36,6%	36,2%
Dénutrition	3%	2,3%

Source PMSI 2021

PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES



DOSSIER DE PRESSE
LUNDI 21 FÉVRIER 2022

LE PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES LANCÉ EN FÉVRIER 2022

PLAN ANTICHUTE 2022-2024

Le plan fixe comme objectif : Réduire de 20 % le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes de plus de 65 ans sur 3 années

	SEJOURS HOSPITALIERS DUS A DES CHUTES	DECES DUS A DES CHUTES
FRANCE	- 27 284	- 2 049
NORMANDIE	- 1 659	- 105

Nécessite de mobiliser les acteurs autour d'un plan d'action régional

UN PLAN ANTICHUTE EN 5 AXES

AXE 1 SAVOIR **REPÉRER** LES RISQUES DE CHUTE ET **ALERTER**

AXE 2 **AMÉNAGER SON LOGEMENT** POUR ÉVITER LES RISQUES DE CHUTE

AXE 3 DES **AIDES TECHNIQUES** À LA MOBILITÉ FAITES POUR TOUS

AXE 4 L'**ACTIVITÉ PHYSIQUE**, MEILLEURE ARME ANTICHUTE

AXE 5 LA **TÉLÉASSISTANCE** POUR TOUS

AXE
TRANSVERSAL

**INFORMER
ET
SENSIBILISER**

PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES



MISE EN ŒUVRE DU PLAN ANTICHUTE EN NORMANDIE

DÉCLINAISON DU PLAN EN RÉGION

MISE EN ŒUVRE D'UNE GOUVERNANCE

Instance	Membres	Rôle
Comité technique	<p><u>ARS</u></p> <p><u>Gérontopôle</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration de la méthodologie et des outils • Préparation des réunions de pilotage • Animation du plan • Suivi des actions
Comité de pilotage	<p>ARS</p> <p>Gérontopôle</p> <p>CD, CFPPA</p> <p>CARSAT, AGIRC ARRCO</p> <p>UC IRSA</p> <p>DRAJES</p> <p>Laboratoire de recherche sur le vieillissement COMETE</p> <p>FSG</p> <p>Représentants d'usagers</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Validation des étapes et de l'orientation du plan • Facilitateur et relai de communication auprès des acteurs et usagers • +/- Participation aux GT • +/- Pilote de fiche-action • Validation de l'évaluation du plan

DÉCLINAISON DU PLAN SUR 3 ANS/4 PHASES

Phase 1: Mobilisation et Organisation

- Sensibiliser les acteurs
- Définir gouvernance/COPIL
- Valider :
 - méthodologie
 - calendrier
 - communication
 - évaluation/suivi du plan

Phase 2: Recensement

- Identifier:
 - porteurs d'action
 - nombre d'action/axe
 - couverture territoriale
 - les besoins
- Etablir:
 - annuaire
 - recommandations

Phase 3: Renforcement des actions probantes

- GT :
- Elaborer de fiches projet pour capitaliser et répliquer les actions les + probantes

Phase 4: Evaluation

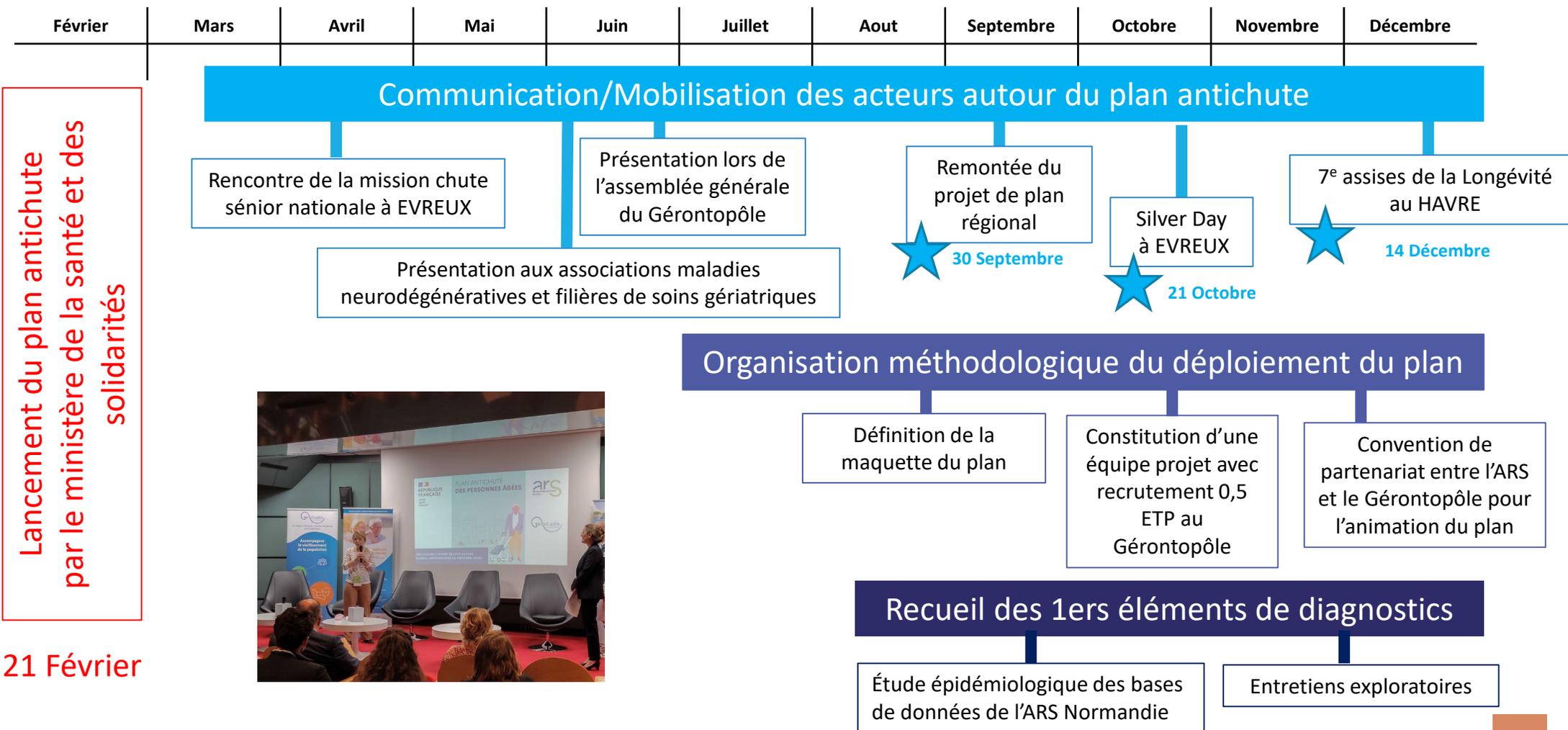
- Réaliser le bilan des actions

2022

2023

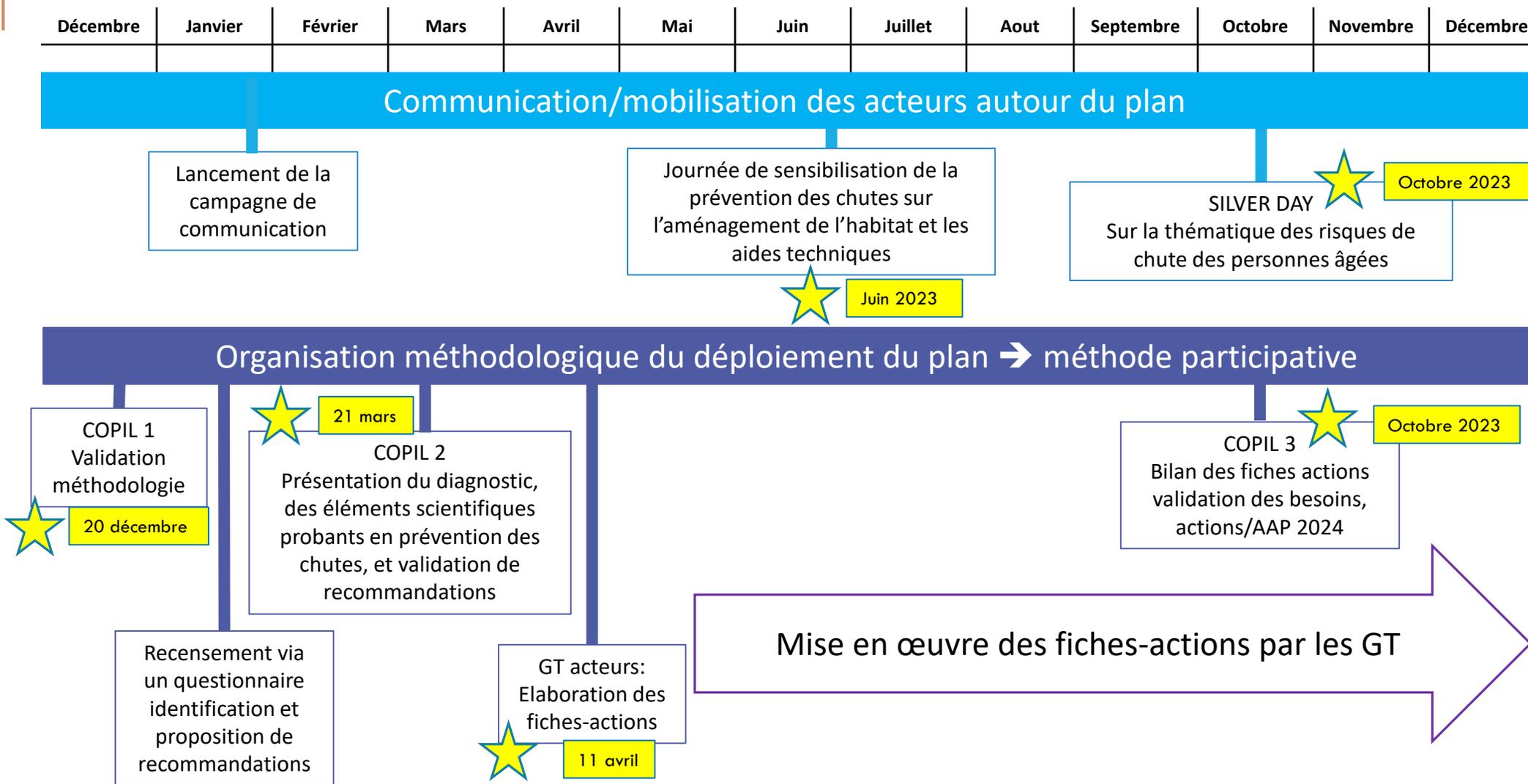
2024

RÉALISATIONS 2022



21 Février

PROJECTION 2023



PHASE 2/RECENSEMENT

Objectifs

- Identifier la répartition des actions selon les axes et à développer et les territoires concernés
- Identifier les bonnes pratiques
- Elaborer des recommandations

Méthode: questionnaire « GOOGLE FORM » mené par le Gérontopôle

Mode de diffusion: Envoi large par le Gérontopole et le COPIL (à transférer aux sein de vos réseaux) ?

Calendrier:

- Janvier 2023 envoi du questionnaire (clôture début février 2023)
- Février/mars: Analyse des résultats
- 21 mars 2023: Restitution des résultats et validation des recommandations en COPIL

PHASE 3/GT D'ACTEURS RÉGIONAUX

Objectifs principaux	Objectifs secondaires
<ul style="list-style-type: none">• Constituer des équipes projets• Valoriser les actions probantes et leurs répliques• Élaborer les fiches actions	<ul style="list-style-type: none">• Valoriser les actions du territoire• Fédérer les acteurs autour des recommandations• Créer une dynamique régionale

Méthode:

- Participative, regroupement en un même lieu, par table de groupe de travail par thème/recommandation.

Calendrier:

- 11 avril 2023 : GT
- Octobre 2023: Bilan présenté en COPIL



EVALUATION ET COMMUNICATION DU PLAN

Indicateurs de suivi

- Taux d'hospitalisation pour chute
- Taux de décès pour chute
- Nombre d'actions probantes identifiées
- Nombre d'actions de sensibilisation (usagers et professionnels)

Communication

- Communication des outils nationaux (quels supports?)
- Restitution de l'état des lieux et des recommandations
- Annuaire/cartographie régional
- Journée de sensibilisation en juin et octobre 2023

PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES



DOSSIER DE PRESSE
LUNDI 21 FÉVRIER 2022

PRÉSENTATION D'ACTION PROBANTES



HDJ « PARKINSON »

Prévention – Dépistage - Rééducation

QU'EST CE QUE L'HDJ PARKINSON ?

Les objectifs :

- 1) **Prévenir** : les risques de chutes, le déconditionnement, la dénutrition, etc...
- 2) **Dépister** : précocement l'apparition des complications
- 3) **Rééduquer** : les symptômes moteurs, axiaux, autres
- 4) **Réadapter** : les aides techniques, les conditions de vie

QU'EST CE QUE L'HDJ PARKINSON ?

Evaluation pluri professionnelle sur une demi journée :

- MPR : Synthèse des complications apparues et dépistages réalisés, UPDRS orientation sur la rééducation ambulatoire.
- Kinésithérapeute : Statique rachidienne, tests fonctionnels de la marche, bilan de déglutition
- Ergothérapeute : Discussion écologique, aides techniques, bilan des préhensions
- Infirmière : TA, Bladder, biologie
- Pharmacien : conciliation médicamenteuse

POURQUOI L'HDJ ?

HAS, Guide du Parcours de Soin – Maladie de Parkinson (2016)

- Participer à l'annonce diagnostique
- Informer et participer à l'éducation thérapeutique
- Etre en liaison avec le neurologue
- Anticiper l'apparition de nouveaux signes ou nouvelles problématiques
- Identifier et gérer une aggravation des symptômes moteurs
- Identifier et gérer les symptômes et complications non motrices
- Identifier les troubles axiaux
- Assurer le suivi des traitements
- Répondre aux besoins en soins palliatifs
- Connaître l'offre de soin de proximité

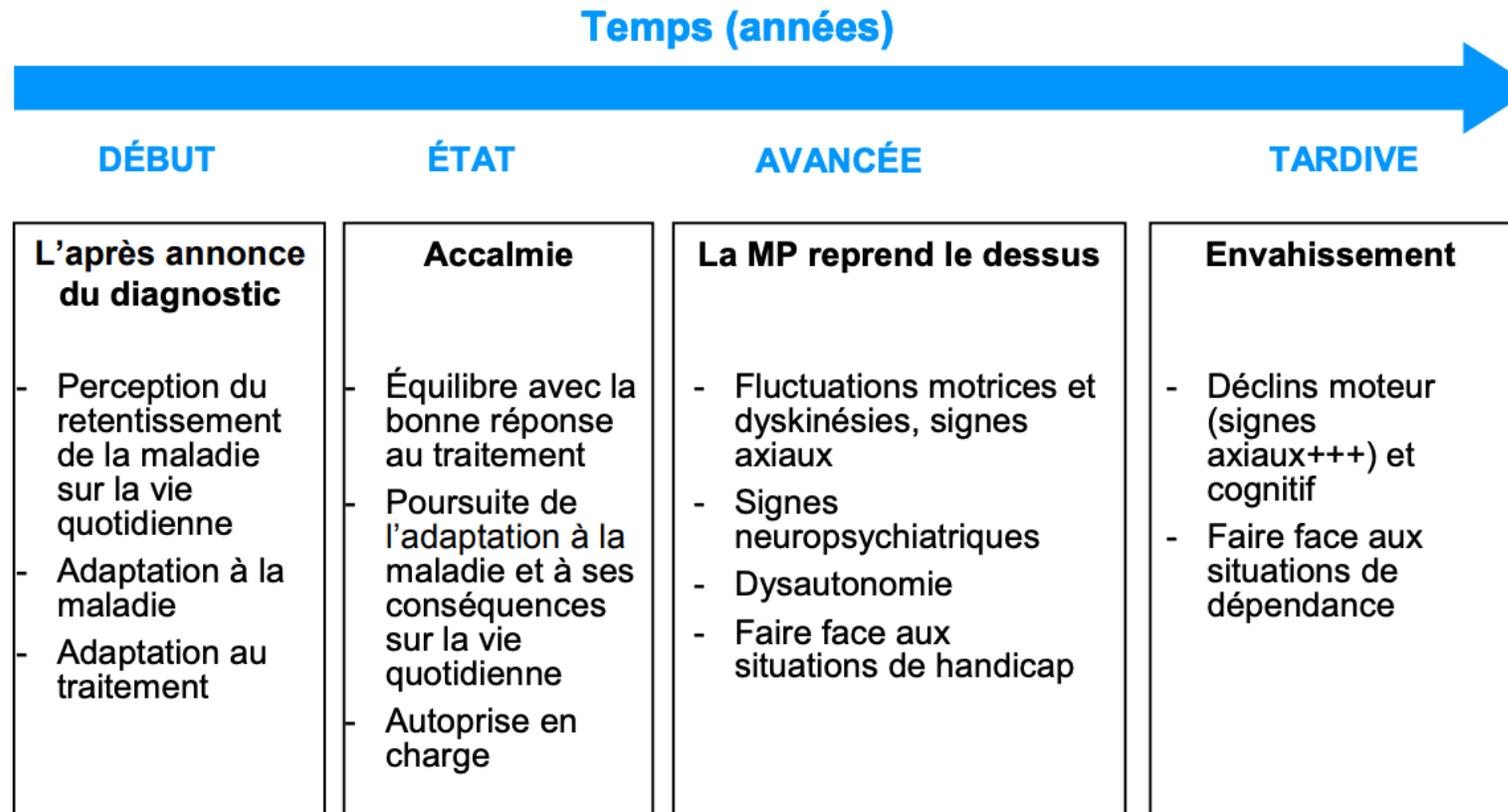
POURQUOI L'HDJ ?

HAS, Guide du P

- Participer à l'an
- Informer et par
- Etre en liaison a
- Anticiper l'appa
- Identifier et gér
- Identifier et gér
- Identifier les trc
- Assurer le suivi
- Répondre aux besoins en soins palliatifs
- Connaitre l'offre de soin de proximité

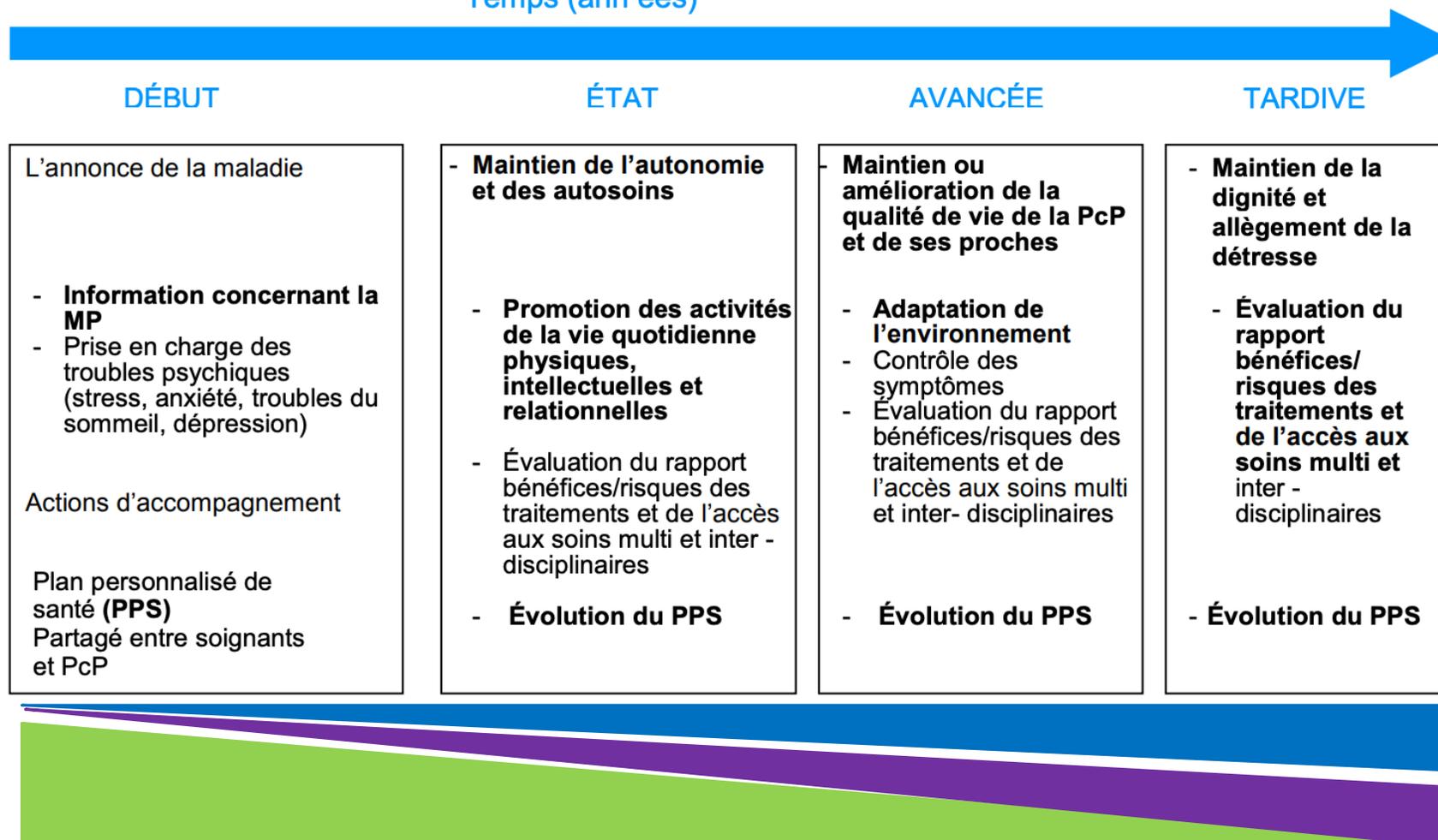


QUAND PROPOSER L'HDJ ?



QUAND PROPOSER L'HDJ ?

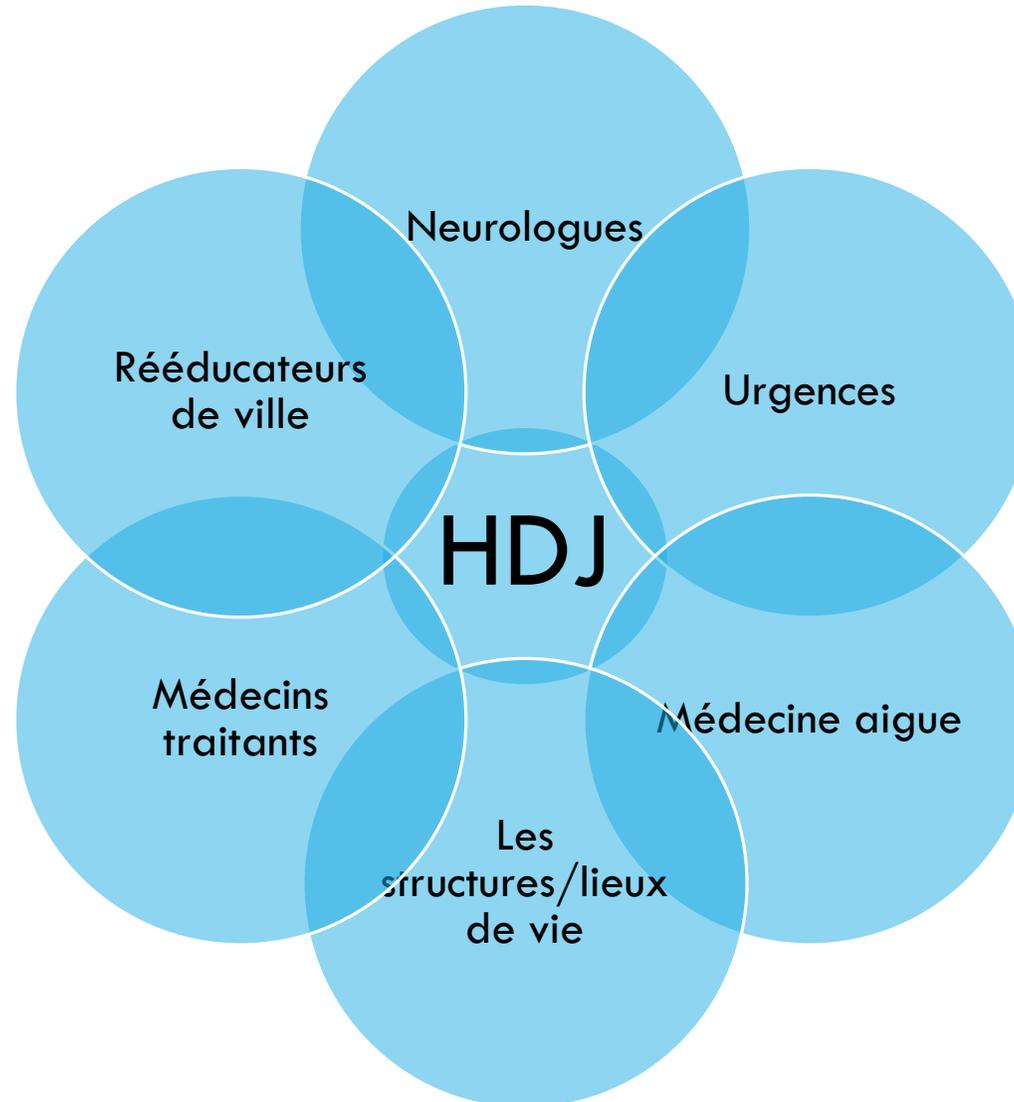
Temps (années)



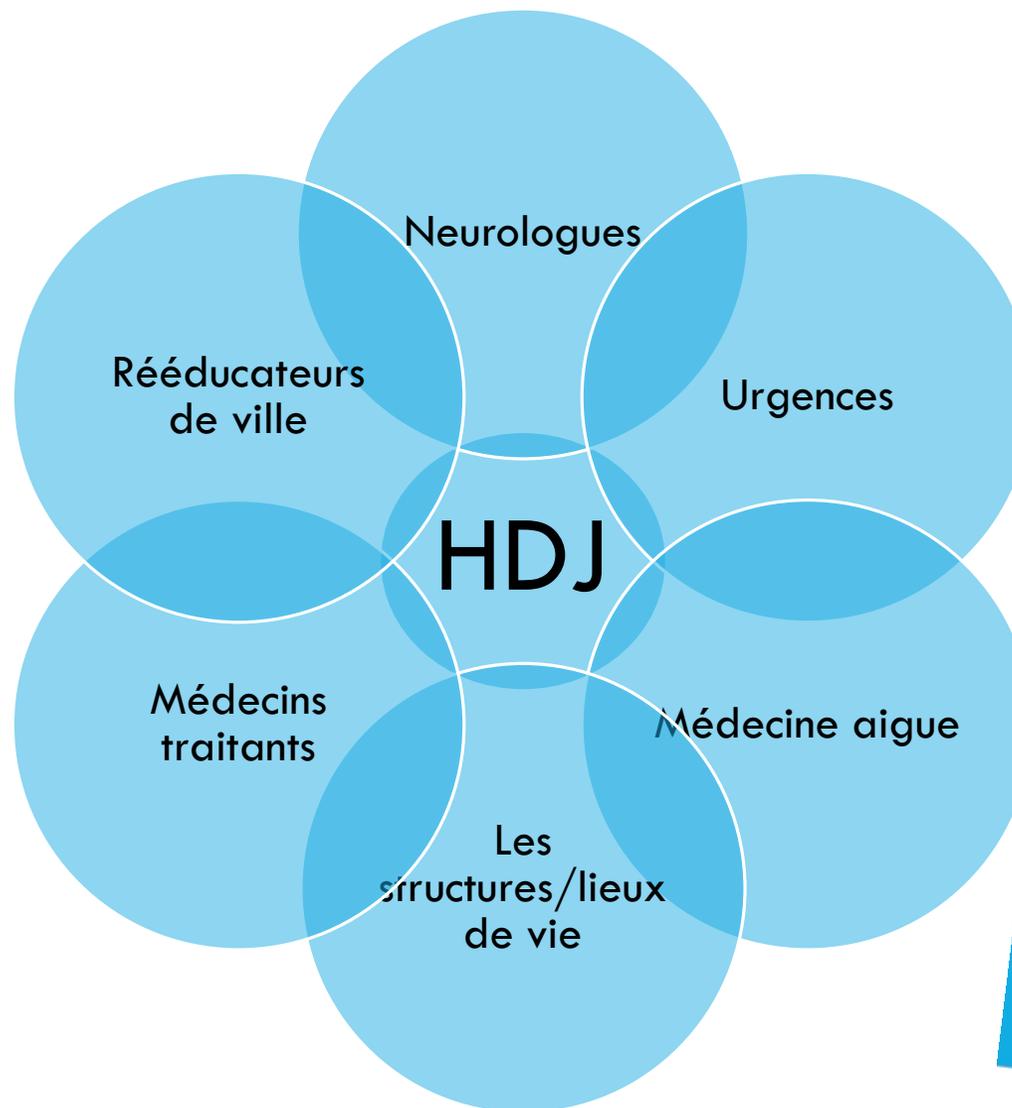
Prévention

Dépistage
 Rééducation
 (et réadaptation)

QUELLE PLACE POUR L'HDJ PARKINSON ?



QUELLE PLACE POUR L'HDJ PARKINSON ?





HDJ GÉRIATRIQUE

CHI Elbeulf Louviers Val de Reuil

OBJECTIFS

Favoriser le maintien à domicile dans des conditions adaptées

- Évaluation globale du patient afin d'adapter au mieux sa prise en charge
- Optimisation des prescriptions médicamenteuses
- Conseils pour prévenir les chutes,
- Conseils d'aménagement du logement,
- Conseil en aide technique et humaine

Profil patient :

Age > 75 ans

Comorbidités

- Syndrome gériatrique :
 - Chute
 - Perte d'autonomie

RECRUTEMENT DES PATIENTS

Les Urgences via le médecin gériatre de l'UMG (équipe Mobile Gériatrique intra Hospitalière)

Les consultations Mémoire et Gérontologique

L'équipe Mobile Gériatrique à Domicile (EMGD)

La plateforme d'Expertise Gériatrique

La programmation du patient en HDJ doit être validée par le gériatre en charge de l'HDJ gériatrique

PROFESSIONNELS MOBILISÉS

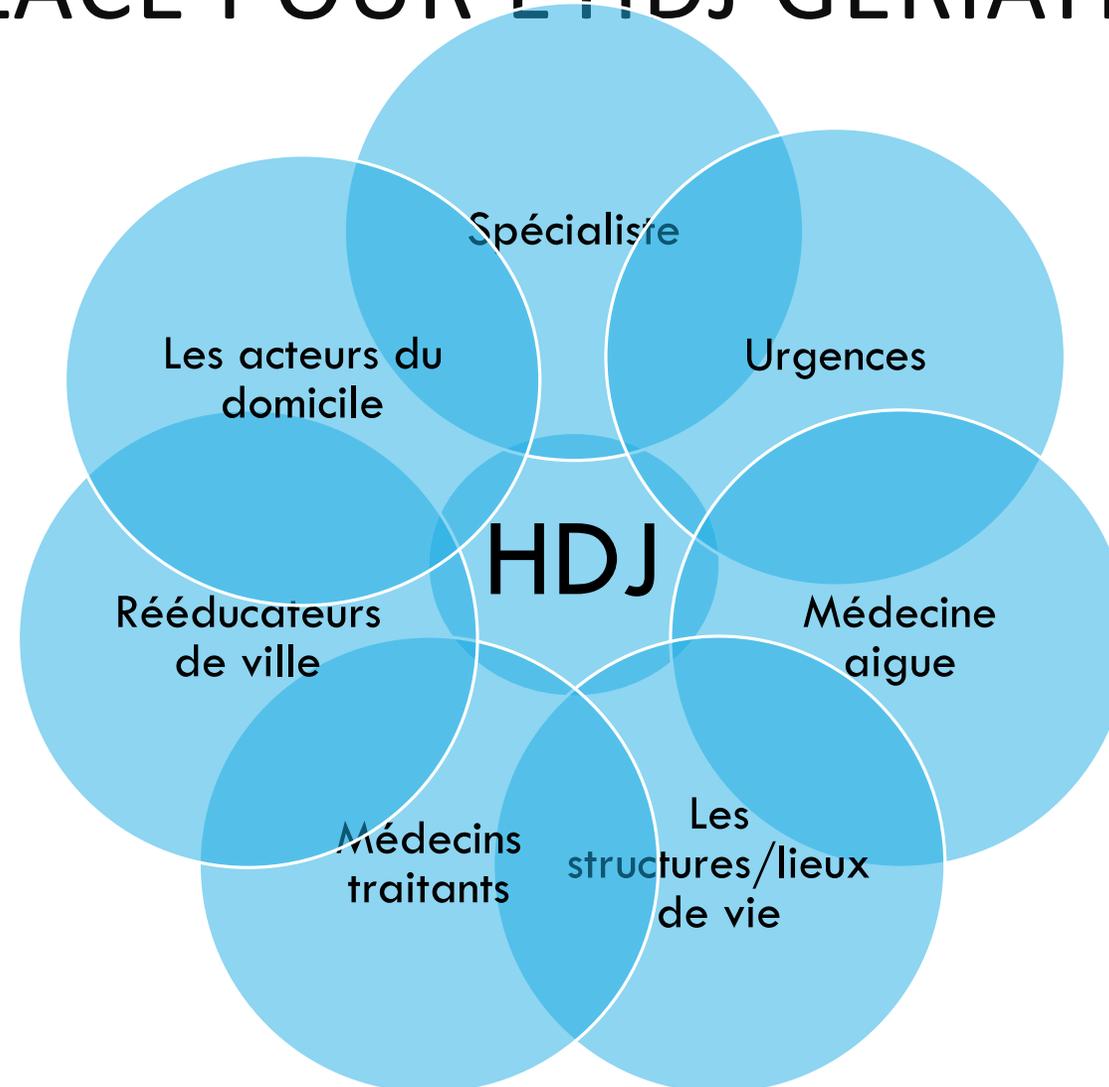
Un Médecin gériatre : le Docteur Matthieu EMPIS

Une Infirmière en pratique Avancée : Mme Diana DANSOKO

Une Ergothérapeute : Mme Camille BOISFARD

L'ensemble de ces professionnels sont membre de l'équipe d'expertise en gériatrie et gérontologie du CHIELVR et travaillent en transversalité sur la plateforme d'expertise gériatrique, l'EMGD, EMG (UMG); le consultation Mémoire et Gériatrique, l'HDJ Gériatrique et MPR

QUELLE PLACE POUR L'HDJ GÉRIATRIQUE ?



- En fonction des difficultés rencontrées par le patient et avec son accord le lien est fait avec les acteurs du domicile comme les CLIC, DAC,
- Le CHIELVR peut également mobiliser son EMGD
- Prescrire du SSIAD ou de l'HAD si nécessaire
- organiser une hospitalisation programmée ou une entrée directe si nécessaire

PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES



LA VIGILANCE SOCIALE PARTENARIAT SDIS/CD DE LA MANCHE



A l'origine

En 2017,

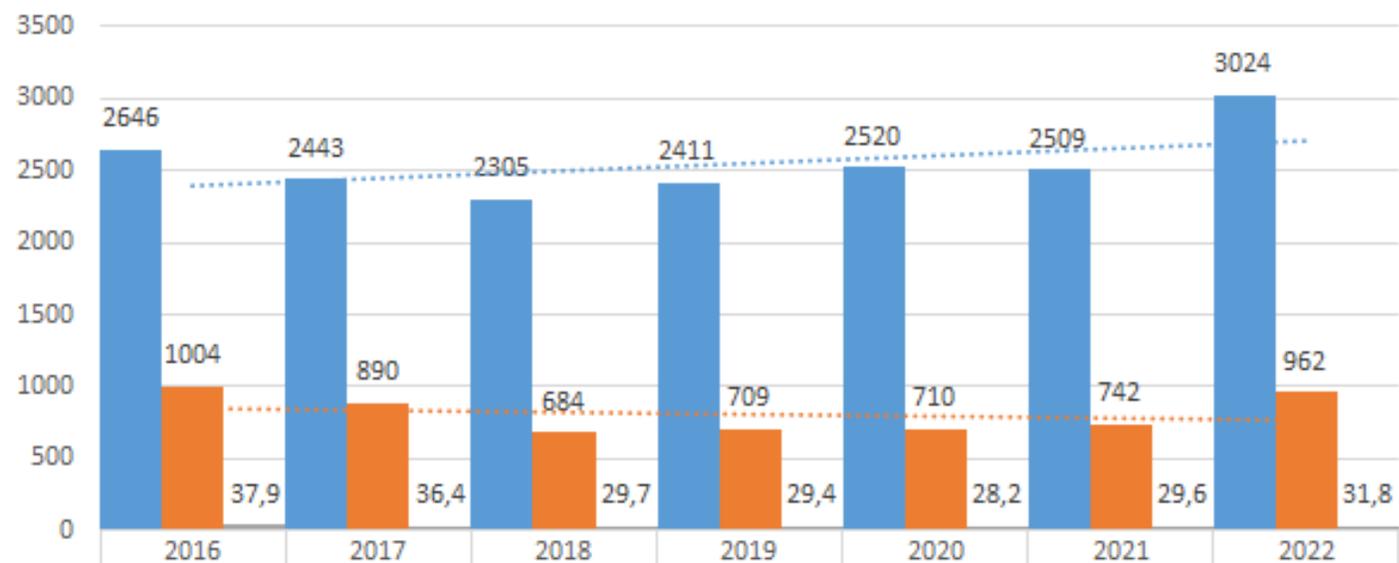
2 400 interventions des sapeurs pompiers de la Manche ont été réalisées pour relever des personnes victimes de chute à domicile.

- 7 relevages sur 10 n'entraînent pas de transport vers une structure hospitalière.
- Certaines personnes ont été secourues plusieurs fois pour ce même motif;
- Parfois dans un même mois;
- 7% de l'activité annuelle du SDIS.



Constats

Relevage à domicile 2016 - 2022



■ Nb Relevages	2646	2443	2305	2411	2520	2509	3024
■ Nb Relevages avec transports	1004	890	684	709	710	742	962
■ Part des transports	37,9	36,4	29,7	29,4	28,2	29,6	31,8



L'aide sociale et le respect de libertés

La personne

Ne peut accéder à une aide et à ses droits que si elle en a connaissance

Ne peut être aidée sans son consentement, à l'exception d'une situation de danger ou de risque vital

=> Vigilance sociale : mise en relation de la personne par le SDIS avec le territoire de solidarité

Objectifs

Pour les habitants de la Manche en situation de vulnérabilité



Trouver un appui des services sociaux et médico sociaux pour accéder à leurs droits.

Garantir la qualité de la prise en charge des personnes secourues en apportant une orientations adaptée à ses besoins.

LA MANCHE
LE DÉPARTEMENT





ÉMETTEUR DE LA FICHE

Nom :
Fonction :
Structure :
Tél : Mail :

ATTENDUS : être informé de la suite donnée construire une action coordonnée

COORDONNÉES DE LA PERSONNE À ACCOMPAGNER

Nom, Prénom :
Adresse de l'habitant :

Âge :

En couple Personne seule Famille Grossesse en cours nb d'enfants - 6ans + 6ans

SITUATION(S) RENCONTREE(S), à numéroté par ordre de priorité

- Isolement (familial, social) Maintien à domicile difficile Sans domicile connu
- Logement insalubre et/ou environnement insécuré (ex : présence indésirable d'un tiers)
- Accès aux soins violences intrafamiliales violences conjugales
- Insertion Accès aux droits

Descriptif de la situation :
.....
.....
.....

Fait le :

Signature :

- Je confirme que la personne est informée que cette fiche sera transmise au service compétent et qu'elle a fait part de son accord
- J'ai informé la personne que cette fiche sera transmise au service compétent mais elle n'est pas en capacité d'exprimer son consentement

OBJECTIFS DE LA FICHE

Permettre aux personnes en situation de vulnérabilité de trouver un appui des services sociaux et médico-sociaux.
Permettre aux professionnels du secteur médical et médico-social de donner suite soit par le service compétent soit dans le cadre d'une action coordonnée à renforcer ou à construire

À NOTER

Les situations prises en compte ne sont pas des situations d'urgence.
Ce document ne se substitue pas aux signalements faits aux autorités judiciaires (informations préoccupantes auprès de la CRIP et adultes vulnérables auprès de la MDA, ou du parquet par saisine directe).
La personne est informée qu'elle sera contactée par un service social, médico-social ou une association.
Le CMS qui recueille l'alerte s'engage à donner suite aux attendus qui auront été précisés par l'émetteur.



Traitement

Le territoire de solidarité

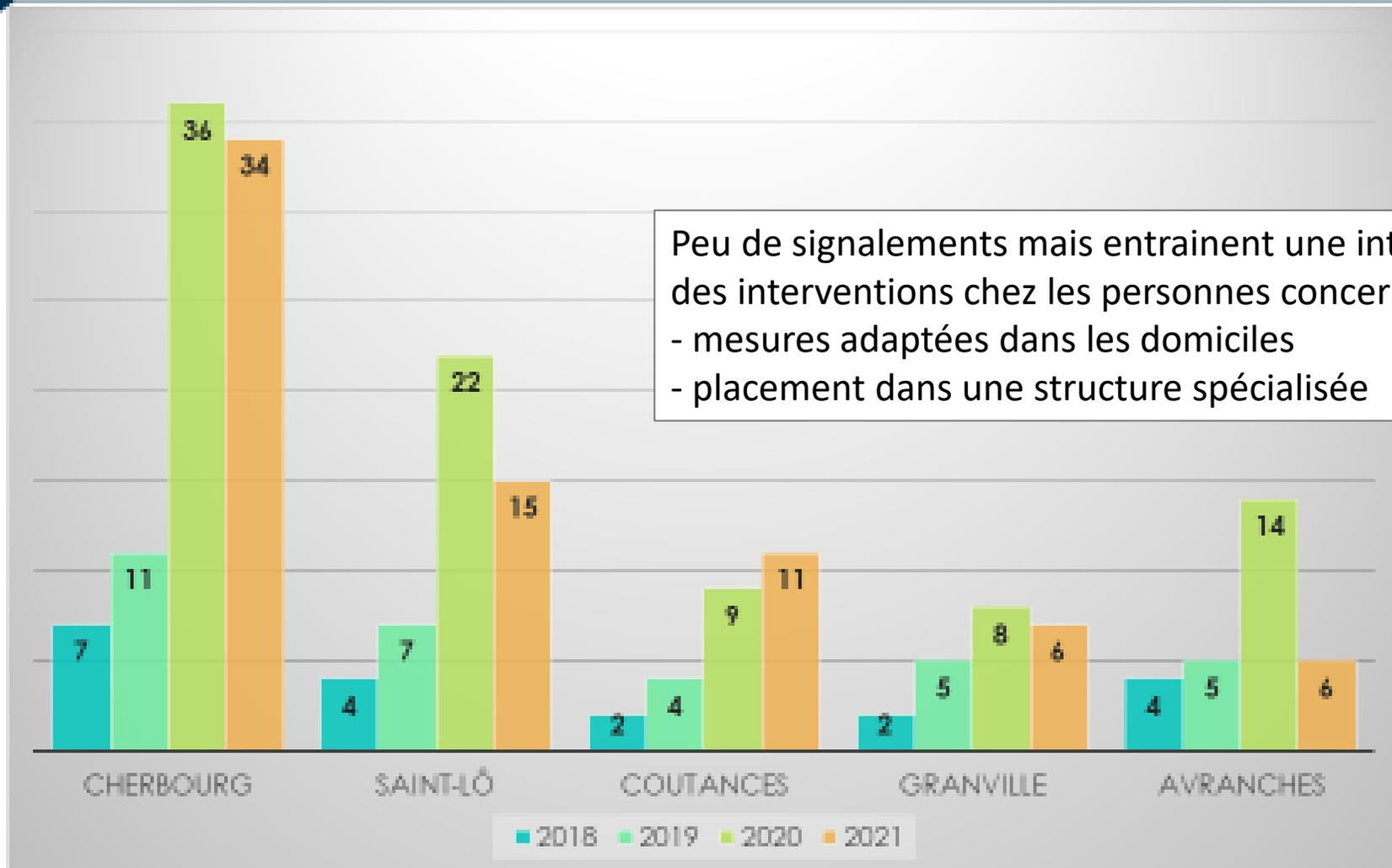
- Reçoit la fiche par mail et en accuse réception;
- Vérifie si la personne est déjà accompagnée socialement;
- Entre en contact avec la personne pour une mise à disposition et/ou une évaluation de sa situation
- Met en œuvre un accompagnement à l'autonomie ou révisé une aide devenue insuffisante.

Nombre de fiches de vigilance sociale par compagnie



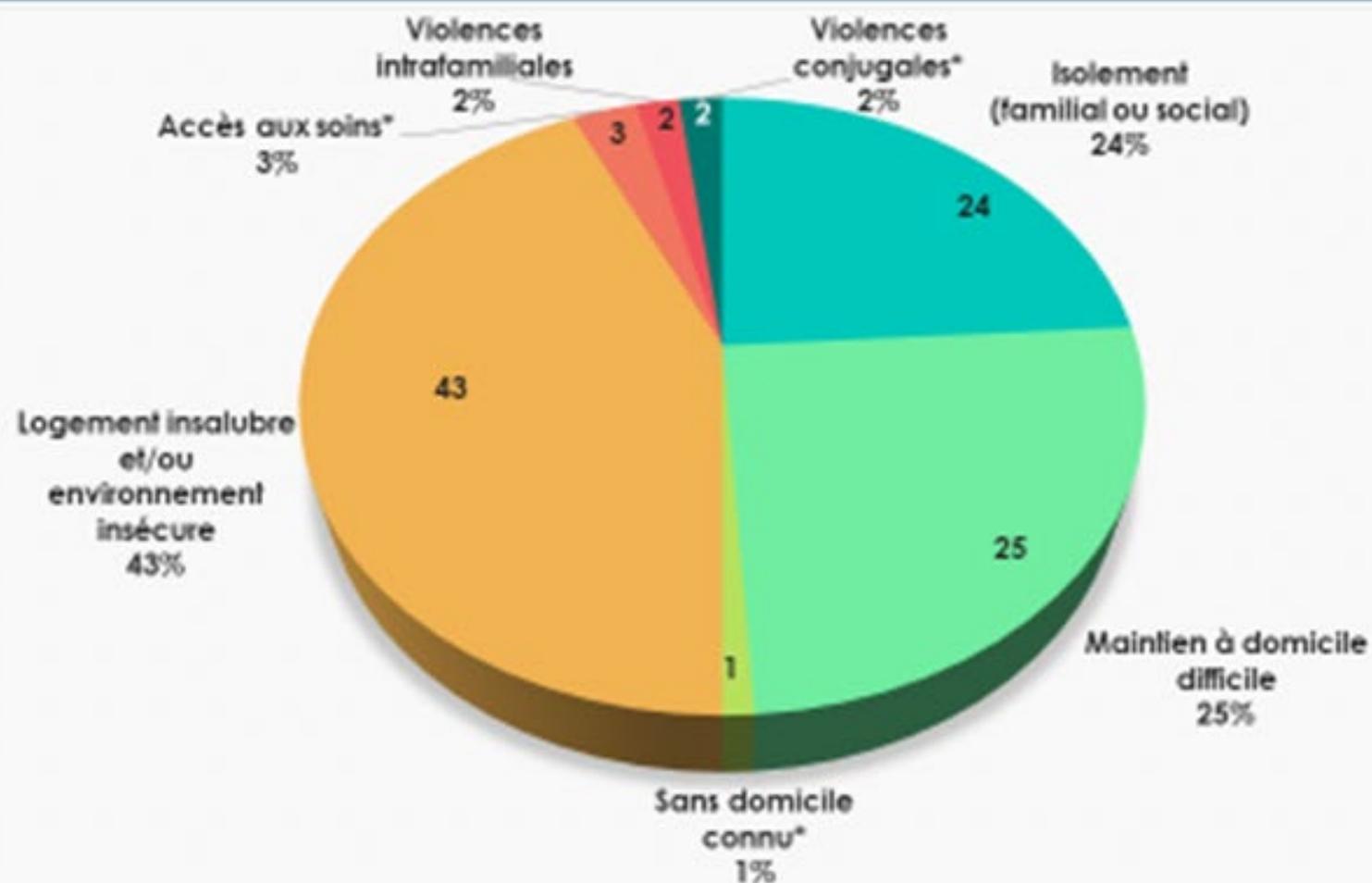
Nombre total de fiches

2018 : 19
(à partir de septembre)
2019 : 32
2020 : 89
2021 : 72



Peu de signalements mais entraînent une interruption des interventions chez les personnes concernées:
- mesures adaptées dans les domiciles
- placement dans une structure spécialisée

Thèmes



NOTA : Une fiche de vigilance sociale peut regrouper plusieurs thèmes.

* Thèmes apparaissant sur la fiche de vigilance sociale 2021



Bilans et évaluations 2018-2021

Diffusion de la convention et de l'outil

- Pour une utilisation sur l'ensemble du Département
- Pour une pérennisation de son utilisation

Interconnaissance entre les compagnies du SDIS et les centres médico sociaux à animer

- Pour une transmission d'informations adaptées à l'intervention sociale
- Pour une compréhension de l'intervention sociale: Éthique du travail social à expliciter, notion de consentement, droit au risque

Cadrage des transmission d'informations à l'externe

- Convention exclusivement bi-partite
- Ne se substitue pas à d'autres circuits notamment de signalement

CALENDRIER

Janvier/Mars 2023 : Recensement

21 mars 2023: 2^e COPIL

- Présentation des résultats et validation des recommandations

11 avril 2023 : GT des acteurs

- Présentation des résultats
- Mise en œuvre de GT visant à appliquer les recommandations et dupliquer les actions probantes (fiches actions)

Juin 2023 :

- Journée de sensibilisation des professionnels axe 2 et 3
- ½ journée MND et FSG (bilan activité et parcours chuteur)

Octobre 2023 : 3^e COPIL

- Présentation des résultats des fiches actions
- Identification des besoins régionaux
- Suivi du plan

Octobre 2023: Silver day

REFERENTS

ARS :

- Dr Carole GARCES (carole.garces@ars.sante.fr)
- Céline LEROY (celine.leroy@ars.sante.fr)
- Nasser DJEFFAL (nasser.djeffal@ars.sante.fr)

GERONTOPOLE :

- Marine LEROUX (m.leroux@gerontopole-normandie.fr) 07 61 58 33 67

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

