

CIRCULAIRE N° SGMCAS/CNSA/2022/21 du 9 février 2022 relative au lancement et à la mise en œuvre du plan triennal antichute des personnes âgées.

La ministre déléguée auprès du ministre des solidarités
et de la santé, chargée de l'autonomie

La directrice générale de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les préfets de département

Référence	NOR : SSAZ2202181C (numéro interne : 2022/21)
Date de signature	09/02/2022
Emetteurs	Ministère délégué, chargé de l'autonomie Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Objet	Lancement et mise en œuvre du plan triennal antichute des personnes âgées.
Commande	Mise en œuvre du plan et déclinaison régionale et départementale.
Actions à réaliser	La circulaire demande aux directeurs généraux des agences régionales de santé de : - mobiliser les acteurs sur les axes du plan antichute des personnes âgées, suivant des objectifs chiffrés ; - élaborer en concertation et sous leur coordination des plans locaux antichute ; - relayer l'information et la communication ; - organiser la gouvernance régionale et locale et le suivi du plan.
Echéance	Septembre 2022 : élaboration d'un plan séquencé sur 3 ans.

Contacts utiles	<p>Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales</p> <p>Mission plan antichute des personnes âgées</p> <p>Personnes chargées du dossier :</p> <p>Christine ABROSSIMOV christine.abrossimov@sg.social.gouv.fr</p> <p>Anne-Sophie BERNARD anne-sophie.bernard@sg.social.gouv.fr chuteseniors@sg.social.gouv.fr</p> <p>Tél. : 01 44 38 36 76 / 07 64 88 03 70</p>
Nombre de pages et annexes	<p>7 pages + 3 annexes (4 pages)</p> <p>Annexe 1 - Objectifs régionalisés de réduction du nombre de séjours pour hospitalisation et du nombre de décès pour chutes</p> <p>Annexe 2 - Axes et actions du plan</p> <p>Annexe 3 - Projet panier de soins « prévention des chutes » et lien avec (Soins Intégrés pour les Personnes Agées)</p>
Catégorie	Mise en œuvre des réformes et des politiques publiques comportant des objectifs ou un calendrier d'exécution.
Résumé	<p>Le ministre des solidarités et de la santé et la ministre déléguée, en charge de l'autonomie, ont décidé d'un plan triennal antichute des personnes âgées, partant du constat de la forte mortalité (10 000 personnes par an), des hospitalisations (plus de 130 000 hospitalisations) et de la perte d'autonomie des personnes âgées due aux chutes et de la dégradation de la qualité de vie des proches et des aidants. Les chiffres persistent depuis plusieurs années et vont s'accroître avec la transition démographique, si rien n'est fait pour enrayer le phénomène.</p> <p>Les ministres souhaitent réduire drastiquement les chutes mortelles ou entraînant des hospitalisations des personnes âgées, avec un mot d'ordre de mobilisation des acteurs et de déclenchement de prise de conscience de la population, un objectif partagé et des mesures concrètes.</p> <p>Après une large concertation des acteurs, la ministre chargée de l'autonomie annoncera ce plan fin février 2022 et la mise en œuvre durera 3 ans. Il a fait l'objet d'échanges entre pays européens lors de la conférence ministérielle sur le sujet, organisée dans le cadre de la présidence française du Conseil de l'Union européenne le 27 janvier 2022.</p>
Mention Outre-mer	Le texte s'applique en l'état dans l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Plan antichute des personnes âgées - prévention des chutes, prévention de la perte d'autonomie - soutien à l'autonomie - conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie - virage domiciliaire.
Classement thématique	Santé publique

Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Validée par le CNP le 4 février 2022 - Visa CNP 2022-14	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Oui
Publiée au BO	Non
Date d'application	Immédiate

I) Le constat et l'urgence à agir

Chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 10 000 décès, première cause de mortalité accidentelle, soit trois fois plus que les chiffres de la mortalité routière pour l'ensemble de la population et plus de 130 000 hospitalisations pour chutes¹.

Ces chiffres persistent depuis plusieurs années et vont s'accroître avec la transition démographique si rien n'est fait pour enrayer le phénomène (14 millions de personnes âgées de plus de 65 ans en 2021, 16,4 en 2030 dont 8,5 millions de personnes âgées de plus de 75 ans).

Au-delà du bilan humain dramatique, l'enjeu est aussi de limiter le coût annuel des chutes pour la collectivité, estimé à 1,5 Md€ pour la seule assurance maladie, hors allocation personnalisée d'autonomie (APA) et coût d'hébergement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

II) Réduire les chutes mortelles ou entraînant des hospitalisations des personnes âgées de 20 % en 3 ans

Le Gouvernement a pour objectif de réduire drastiquement la proportion de chutes, à domicile ou en institution, mortelles ou entraînant des hospitalisations des personnes âgées de plus de 65 ans, soit une diminution de 20 % en 3 ans.

Il entend pour cela mobiliser les acteurs autour d'une dizaine de leviers permettant d'agir sur les situations-types les plus courantes, selon un plan d'action pluriannuel concerté, suivi et évalué.

Ce plan retient quelques actions simples en faveur des personnes âgées ciblées sur la prévention des chutes et ses conséquences. Il associe les ministères concernés et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), dans son rôle de prévention de la perte d'autonomie, avec la création d'un centre de preuves, d'accès aux droits des personnes et de renforcement du pilotage des acteurs territoriaux, dont l'accompagnement des conseils départementaux. Elle associe également les autres caisses nationales de sécurité sociale, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), les caisses locales ainsi que les structures inter-régimes, les divers opérateurs des ministères sociaux, les gérontopôles, les professionnels de santé, les acteurs de la prévention et les réseaux associatifs.

Il s'appuie sur les services régionaux et départementaux de l'Etat, sous la responsabilité des préfets, et des agences régionales de santé (ARS), en charge de l'impulsion des programmes locaux de santé publique et de leur coordination, en particulier vis-à-vis des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA).

La ministre déléguée, chargée de l'autonomie, annoncera ce plan fin février 2022 et la mise en œuvre durera 3 ans.

¹ Définition et données sont en annexe 1.

Il a fait l'objet d'échanges entre pays européens lors de la conférence ministérielle sur le sujet, organisée dans le cadre de la présidence française du Conseil de l'Union européenne le 27 janvier 2022.

L'objectif national est de réduire d'ici 2024 de 27 000 le nombre annuel de séjours hospitaliers pour chute et de 2 000 le nombre annuel de chutes mortelles de personnes âgées.

Chaque région se voit fixer un objectif cible de réduction de 20 % des chutes mortelles et des chutes donnant lieu à des hospitalisations à l'issue du plan. L'objectif régional à atteindre est quantifié en annexe ci-jointe et fera l'objet d'un suivi annuel.

Selon vos contextes et vos priorités d'actions, vous identifierez des objectifs intermédiaires qualitatifs ou quantitatifs qui vous sembleront pertinents.

Outre l'impact attendu sur la réduction de la mortalité, de la morbidité, le maintien de l'autonomie des personnes âgées et la réduction des dépenses de santé, ce plan à la fois volontariste et pragmatique permettra d'accélérer le virage domiciliaire et d'intensifier la politique de prévention pratiquée par les professionnels de santé.

III) Se mobiliser sur cinq axes principaux d'intervention pour réduire l'impact des chutes des personnes âgées

Les travaux préparatoires avec les partenaires ont permis d'identifier cinq axes thématiques d'intervention, fortement liés et qui interagissent entre eux ainsi qu'un axe transversal² :

Premier axe : savoir repérer les risques de chute et alerter ;

Deuxième axe : aménager son logement pour éviter les risques de chute ;

Troisième axe : des aides techniques à la mobilité faites pour tous ;

Quatrième axe : l'activité physique, meilleure arme antichute ;

Cinquième axe : la téléassistance pour tous ;

Axe transversal : informer et sensibiliser.

IV) Elaborer des plans locaux antichute sur trois ans d'ici septembre 2022

Un plan régional antichute des personnes âgées séquencé sur trois ans doit être élaboré sous votre coordination d'ici septembre 2022. Il doit s'inscrire dans vos priorités d'action de santé publique et de prévention de la perte d'autonomie, que vous impulsez et coordonnez dans le cadre du projet régional de santé avec les professionnels de santé et des acteurs locaux, et articulé avec les programmes d'action des conférences des financeurs, en lien avec les conseils départementaux et les caisses locales ou les structures inter-régimes. Le plan aura des déclinaisons départementales s'appuyant sur les actions et la gouvernance déjà en place. Il doit atteindre l'objectif général de réduction de 20 % des chutes mortelles et entraînant des hospitalisations à l'horizon de trois ans. Vous pouvez y adjoindre tout objectif qualitatif ou intermédiaire qui vous semblera pertinent.

² En annexe, le détail des axes et actions.

Vous appuierez et organiserez les actions régionales, départementales ou locales qui ont un impact sur la réduction des chutes. A titre d'exemple :

- Repérage et dépistage des situations à risque, dans une démarche « d'aller vers » (visites à domicile, équipes mobiles de gériatrie mais aussi développement des lieux d'accueil tels que les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, expérimentation ICOPE *step* 1...) et de mise en œuvre d'une politique de prévention primaire, en établissement et à domicile.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi que les protocoles de coopération locaux ou nationaux font partie des leviers privilégiés pour développer la prévention des chutes des personnes âgées dans les territoires. Par ailleurs, dans une démarche de repérage globale du risque de chute, une attention particulière sera portée à la réévaluation médicamenteuse (des classes thérapeutiques telles que les médicaments psychotropes ou de la sphère cardiovasculaire étant impliquées dans l'élévation du risque de chute).

- Accès aux aides techniques (aides techniques à la mobilité, relevant de dispositifs médicaux et aides techniques pour l'aménagement du logement).

L'accessibilité aux aides techniques et l'amélioration de la solvabilisation doit être accompagnée par l'évaluation et le suivi des professionnels, en particulier les ergothérapeutes. Le relais des aidants et des professionnels de santé et intervenants à domicile auprès des personnes âgées en matière d'information et de conseil doit être soutenu. Les pistes, régionales, départementales ou locales sont les suivantes :

Amélioration de la solvabilisation en particulier pour les populations précaires, par le levier du conventionnement avec les CARSAT, les caisses adhérentes à l'Agirc-Arrco (Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres-Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés) ou les réseaux mutualistes, les collectivités ou les intercommunalités ;

Amélioration de l'information via les sites régionaux, les plateformes, les lieux et relais d'information (centre d'information et de conseil sur les aides techniques [CICAT] et équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques [EqLAAT]) ;

Fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention (*Step* 4 d'ICOPE) ;

Mobilisation du dispositif d'accompagnement renforcé au domicile des personnes âgées (DRAD).

- Développement de l'activité physique adaptée, en mobilisant notamment le réseau des maisons sport-santé reconnues par le ministère des solidarités et de la santé et le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports.

La mobilisation des centres hospitaliers universitaires (CHU) et des unités de formation et de recherche en sciences et techniques des activités physiques et sportives (UFR-STAPS) contribuent à la fois à la formation et à la mobilisation des nouveaux professionnels sur cette thématique. Un « panier de soins prévention des chutes » des personnes âgées qui coordonne l'action de 3 professionnels pertinents dans la réduction du risque de chute est en cours de construction (voir annexe 3).

- Développement de la téléassistance, en encourageant les collectivités ou les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) à étendre la couverture de la téléassistance auprès des publics fragiles et précaires.

Le déploiement de la téléassistance veillera à identifier et cibler le service rendu par la téléassistance en matière de prévention et de réduction des chutes et de la morbidité associée, en élargissant la coordination des acteurs de la prévention, au-delà de la réponse à l'urgence ou de la lutte contre l'isolement social.

Vos leviers de coordination et de financement, existants ou à conforter lors des prochains exercices budgétaires, contribueront à la mise en œuvre de ces actions :

- Conventionnements, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), partenariats ou appels à projet coordonnés par l'ARS et le CFPPA ;
- Co-financement avec les caisses (sur leur fond d'action sociale), les collectivités et intercommunalités, les associations, l'Université, La Poste ;
- Financements ou expérimentations en mobilisant, le cas échéant, le fond d'intervention régionale, les dotations dans le cadre du Ségur de la santé, le plan d'aide à l'investissement du quotidien (PAIQ) dans les établissements médico-sociaux, le fond d'appui aux e-parcours (dispositifs d'appui à la coordination)...

V) Communiquer et informer tout au long du plan

L'atteinte des objectifs du plan passe par une prise de conscience des personnes âgées, de leur famille et de leur entourage, la mobilisation des acteurs de la santé et du médico-social pour réunir leurs forces autour de l'objectif de réduction des chutes. Il s'agit de faire de la prévention des chutes une véritable cause de santé publique pour provoquer des gestes et des actions pouvant réduire le nombre de chutes en France.

Cette stratégie passe par plusieurs étapes successives :

- Impliquer tous les professionnels de santé dans cette action afin de générer une crédibilité forte à cette action (sensibiliser, informer, relayer l'information) ;
- Faire prendre conscience du problème des chutes auprès des français qui sont le plus souvent dans une attitude de déni, de fatalisme, mais aussi de peur face au risque de chute ou de discrédit sur les aides techniques, et en faire une cause de santé publique.

La communication, l'information et la sensibilisation s'appuient sur quatre leviers que vous pourrez mobiliser au cours du plan :

- ❖ Un kit de communication, avec identité visuelle, charte graphique ;
- ❖ Les vecteurs de communication et d'information du ministère, des territoires et des partenaires pour le lancement et le suivi tout au long du plan (sites, mailings, newsletters, événements nationaux ou locaux à créer ou à rattacher à la cause de la prévention des chutes de personnes âgées : semaine nationale de la dénutrition, semaine de la prévention Agirc-Arrco, forum de la silver économie...). Les informations, actualités, cartes géolocalisées interactives, avancées du plan seront diffusées sur les sites du ministère, de la CNSA et des partenaires, le portail des ARS, le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, afin d'informer le public. Une plateforme collaborative sera à disposition des partenaires du plan. Elle comprendra ressources, boîtes à outils, fiches pratiques, actualités ;
- ❖ La création de labels, prix « antichutes », innovations, villes pilotes... Il sera créé un statut de partenaire du plan antichute des personnes âgées ;
- ❖ L'amélioration de l'accès à l'information et l'instruction des demandes par le déploiement de la demande d'aides à l'autonomie par la CNAV, la CNSA et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) ou d'aide à l'adaptation du logement par la plateforme Ma Prime Adapt'.

VI) S'organiser et rendre compte : gouvernance locale et nationale, pilotage et suivi

La coordination régionale est confiée à l'ARS, qui élaborera un plan régional d'ici septembre 2022, avec, si l'organisation de l'ARS le permet, des déclinaisons départementales, en co-production avec les CFPPA, les conseils départementaux et en lien étroit avec les organismes locaux d'assurance maladie et de vieillesse, les unions régionales de professionnels de santé (URPS), les établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux et les représentants des usagers du territoire. Si cela est possible vous pourrez identifier un département pilote qui fera l'objet d'un suivi national particulier tout au long du plan.

La gouvernance locale et le dialogue avec les échelons départementaux s'organiseront dans le cadre des instances déjà existantes et qui participent déjà à la prévention des chutes (Icope, pacte de refondation des urgences, projet d'EHPAD centre de ressources territorial...).

VII) Suivi annuel et évaluation

Le suivi du plan fera l'objet d'échange avec l'équipe nationale, dont les modalités seront précisées par note d'information ultérieure.

L'évaluation du plan consiste en la vérification de l'atteinte de l'objectif de réduction de 20 % de la part des chutes mortelles ou entraînant des hospitalisations sur le territoire à l'échéance de 3 ans, mais aussi en l'appréciation de l'efficacité, de l'efficience et de la pertinence des actions et de la coordination des acteurs, choisis au niveau local. La démarche globale d'évaluation sera structurée en lien avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et fera l'objet d'une note d'information ultérieure.

Vous tiendrez informé le ministère de votre organisation, de vos référents, le cas échéant du département pilote, ainsi que de toute difficulté de mise en œuvre et de l'avancée du plan sur votre territoire via l'équipe projet plan antichute des personnes âgées.

L'équipe projet, dirigée par Christine ABROSSIMOV, administratrice générale des ministères sociaux, est en charge de la préparation des comités de pilotage et de suivi nationaux, des bilans et de l'animation du réseau des référents nationaux et correspondants dans les ARS, sous l'autorité de leur directeur général, en lien avec le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la CNSA.

La ministre déléguée auprès du ministre
des solidarités et de la santé,
chargée de l'autonomie,



Brigitte BOURGUIGNON

La directrice de la Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie,



Virginie MAGNANT

Annexe 1

Objectif régionalisé de réduction de 20 % en 3 ans de séjours hospitaliers et de décès pour chutes des personnes âgées de plus de 65 ans

Ces données proviennent de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (données sur les séjours hospitaliers, extraites du Programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]) et de Santé publique France (données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès [CépiDC], décès pour chutes).

Les données du PMSI sont régulièrement mises à jour, régionalisées, et seront mises à disposition des ARS.

Les données du CépiDC, également mises à disposition des ARS, sont en cours de refonte.

La dernière année disponible est 2016 et l'objectif est indiqué en tendance.

	Séjours hospitaliers pour chutes*		Décès dus à des chutes* *	
	Données 2020	Objectif de réduction de 20 % en 3 ans (2024)	Données 2016	Objectif de réduction de 20 % en 3 ans (2024)
France entière	136 418	-27 284	10247	-2049
Auvergne-Rhône-Alpes	18 923	-3 785	1400	-280
Bourgogne-Franche-Comté	8 148	-1 630	563	-113
Bretagne	10 583	-2 117	676	-135
Centre-Val de Loire	5 256	-1 051	436	-87
Corse	442	-88	44	-9
Grand Est	13 025	-2 605	952	-190
Hauts-de-France	12 893	-2 579	853	-171
Ile-de-France	11 006	-2 201	1110	-222
Normandie	8 293	-1 659	525	-105
Nouvelle-Aquitaine	17 658	-3 532	1146	-229
Occitanie	13 417	-2 683	976	-195
Pays de la Loire	5 406	-1 081	595	-119
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9 473	-1 895	837	-167
Guadeloupe	152	-30	39	-8
Martinique	314	-63	35	-7
Guyane	49	-10	9	-2
La Réunion	1 325	-265	45	-9
Mayotte	31	-6,2	3	-1
TOM	24	-4,8	3	-1
	Source : PMSI 2020, ATIH		Source : CépiDC : dernière année disponible 2016	

Définition de la chute :

Chute : perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait (Hauer, 2006, repris par l'enquête ChuPadom, SpF 2016).

Sources :

*PMSI : Code chutes (commençant par W00 à W19 ou R296), code traumatisme (S : fractures et commotions cérébrales)

** CépiDC : Code chutes : W00-W19 et X59 + S72

A noter : la part des séjours hospitaliers pour chutes des personnes âgées entre 65 et 84 ans est équivalente à celle des personnes de 85 ans et plus (48 et 52 %). Mais la part des femmes est plus du double de celle des hommes (70 et 30 %).

La part croissante de la tranche d'âge 75-84 ans à l'horizon 2030 n'a pas d'impact sensible sur l'objectif à court terme.

Annexe 2

Axes et actions du plan

Premier axe : savoir repérer les risques de chute et alerter

4 actions :

- ❖ Informer les bénéficiaires et professionnels sur les risques de chute
- ❖ Faire connaître les outils et développer les bilans de prévention auprès des personnes à risque
- ❖ Promouvoir et informer les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), notamment en lien avec les protocoles de coopération
- ❖ Contribuer au suivi et à l'évaluation du plan relatif aux objectifs nationaux et régionaux de réduction des chutes

Deuxième axe : aménager son logement pour éviter les risques de chute

3 actions :

- ❖ Promouvoir les outils d'évaluation des risques de chutes liés au logement
- ❖ Former et faire intervenir à domicile des équipes mobiles au repérage des risques liés au logement
- ❖ Soutenir le développement et relayer le dispositif Ma Prime Adapt'

Troisième axe : des aides techniques à la mobilité faites pour tous

3 actions :

- ❖ Favoriser la réduction du reste à charge des aides techniques les plus pertinentes
- ❖ Promouvoir des modules de rééducation post-chute après une hospitalisation
- ❖ Informer et former les professionnels sur les aides techniques

Quatrième axe : l'activité physique, meilleure arme antichute

6 actions :

- ❖ Développer l'offre d'activité physique et d'activité physique adaptée
- ❖ Dépister les besoins des personnes âgées en activité physique
- ❖ Orienter les personnes vers des programmes d'activité physique adaptés à leurs capacités
- ❖ Diffuser massivement le guide « Vie-eux »
- ❖ Faire aboutir à la création d'un référentiel consacré à l'activité physique adaptée des seniors
- ❖ Expérimenter un « panier de soins » prévention des chutes

Cinquième axe : la téléassistance pour tous

3 actions :

- ❖ Généraliser le recours à la téléassistance comme un outil de prévention et de réduction de la morbidité associée aux chutes graves
- ❖ Développer l'accès à la téléassistance en réduisant le reste à charge
- ❖ Piloter des études sur l'usage de la téléassistance et sur un volet du centre de ressources/preuves de la CNSA, en lien avec les gérontopôles

Axe transversal : informer et sensibiliser

4 actions :

- ❖ Faciliter l'accès à l'information et à l'instruction des demandes d'aides
- ❖ Mobiliser les vecteurs de communication du ministère et des partenaires
- ❖ Piloter une campagne nationale et locale de communication (radio, TV, presse, hors médias...)
- ❖ Promouvoir les initiatives locales ou thématiques en lien avec les axes du plan.

Projet « Panier de soins » prévention des chutes et lien avec ICOPE

a) Constat

2 millions de personnes âgées de plus de 65 ans chutent chaque année. Ces chutes sont la cause de plus de 130 000 hospitalisations et de 10 000 décès annuels.

La chute est définie comme un évènement multifactoriel, et ses facteurs de risque sont identifiés. Par ailleurs, une approche multifactorielle permet de réduire les risques de chute (Inserm, *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*, Expertise collective, Les éditions Inserm, 2014) et il n'existe pas aujourd'hui de parcours de soins fléché « chute ».

b) Le « panier de soins »

Le « panier de soins » en prévention des chutes a été conçu au regard de ce constat. Il prévoit l'intervention de 3 professionnels de manière coordonnée pour la prise en charge d'une personne âgée à haut risque de chute. Ces 3 professionnels sont un intervenant en activité physique adaptée, un diététicien et un ergothérapeute.

Le choix de cette prise en charge pluridisciplinaire répond au caractère multifactoriel de la chute, chacun de ces professionnels apportant, par leurs prises en charge respectives, un apport à la réduction du risque de chute.

Pour l'activité physique adaptée le travail de l'équilibre et le renforcement musculaire sont reconnus comme des éléments centraux agissant dans la réduction du risque de chute. L'activité physique permet à l'individu de se mobiliser en sécurité avec un professionnel, de se muscler, et de retrouver de l'assurance dans sa mobilité.

Pour le diététicien, un bilan initial puis un suivi diététique permettra non seulement de renforcer l'effet de l'activité physique (par un apport protéiné supplémentaire éventuel) mais également de prévenir un risque de dénutrition, facteur aggravant des conséquences de la chute lorsque celle-ci survient.

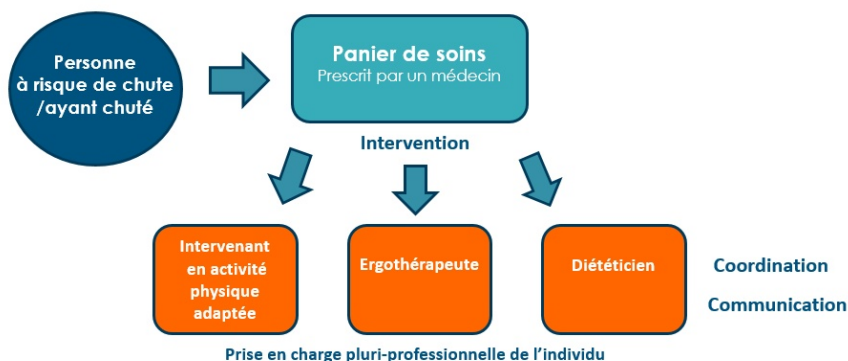
Enfin l'action d'un ergothérapeute permettra de réduire les risques associés au logement, d'évoquer les aménagements possibles et aides techniques mobilisables et plus globalement introduira une réflexion globale sur les actes de la vie quotidienne de l'individu et les éventuelles prises de risques qui peuvent être évitées.

L'action à la fois sur les capacités intrinsèques de l'individu et sur l'environnement (le logement, les habitudes de vie) permettent une prise en charge d'autant plus pertinente du risque de chute.

Le « panier de soins » sera déclenché par un médecin suite à une évaluation préalable de la personne à risque de chute. Cette évaluation médicale préalable comprend à la fois une partie de repérage du risque de chute et d'évaluation des capacités fonctionnelles de la personne, et une partie de réévaluation médicamenteuse participant là encore à la réduction du risque de chute.

La consultation médicale sera ainsi assortie de deux tests de repérage du risque de chute : *Timed Up and Go Test* et test d'appui unipodal. Par ailleurs, cette consultation sera l'occasion de points d'attention à la prise médicamenteuse : sur les médicaments de la sphère cardiovasculaire, les anticoagulants et les médicaments psychotropes. Enfin, une supplémentation en vitamine D si elle n'est pas déjà effective sera suggérée.

Représentation schématique simplifiée du « Panier de soins » :



c) Une articulation envisagée avec l'expérimentation ICOPE

ICOPE (Soins Intégrés pour les Personnes Agées) est un programme de santé publique porté par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à destination des individus à partir de 60 ans dont l'objectif est de promouvoir et favoriser un vieillissement en bonne santé.

Le programme ICOPE propose au sein de sa déclinaison d'actions un outil multidimensionnel d'évaluation du déclin fonctionnel et de repérage de la perte d'autonomie. Cet outil, matérialisé par une application, permet d'évaluer différentes fonctions d'un individu directement impliquées, si elles sont altérées, dans la perte d'autonomie : la mobilité, la nutrition, l'état psychologie, la mémoire, la vue et l'ouïe. Le résultat des tests contenus dans l'application ICOPE permet ainsi de repérer un risque de déclin fonctionnel et directement en lien un risque de chute.

Le programme national ICOPE fait l'objet d'une expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. L'arrêté du 6 janvier 2022 autorise pour 3 ans l'expérimentation nationale de la première étape du programme ICOPE portant sur le dépistage. Cette expérimentation concernera 5 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire. Au sein de ces régions, une quinzaine de départements seront terrains de cette expérimentation.

La première étape d'ICOPE porte sur le dépistage du déclin fonctionnel lié à l'âge par un outil permettant une évaluation multidimensionnelle de l'individu. Cette première étape permet ainsi de repérer des fragilités. Le « panier de soins » s'inscrit dans la suite de cette étape 1 de dépistage. En effet, le « panier de soins » s'inscrit dans une approche multidimensionnelle de la prévention du risque de chute, avec un repérage particulier des risques liés au logement. Il s'agit donc après une étape de dépistage, d'évaluer les facteurs de risque spécifiques de l'individu en lien avec la chute et de mettre en place une prise en charge individualisée autour de l'action coordonnée de 3 professionnels dont l'action sera soumise à l'intérêt réel apporté à l'individu et à ses besoins spécifiques.

Le « panier de soins » s'inscrit dans la déclinaison des étapes 2 et 3 d'« évaluation » et de « plan de soins personnalisé » du programme ICOPE. Un rapprochement des terrains d'expérimentation du « panier de soins » avec l'expérimentation de l'étape 1 de dépistage d'ICOPE apparaîtrait pertinente.