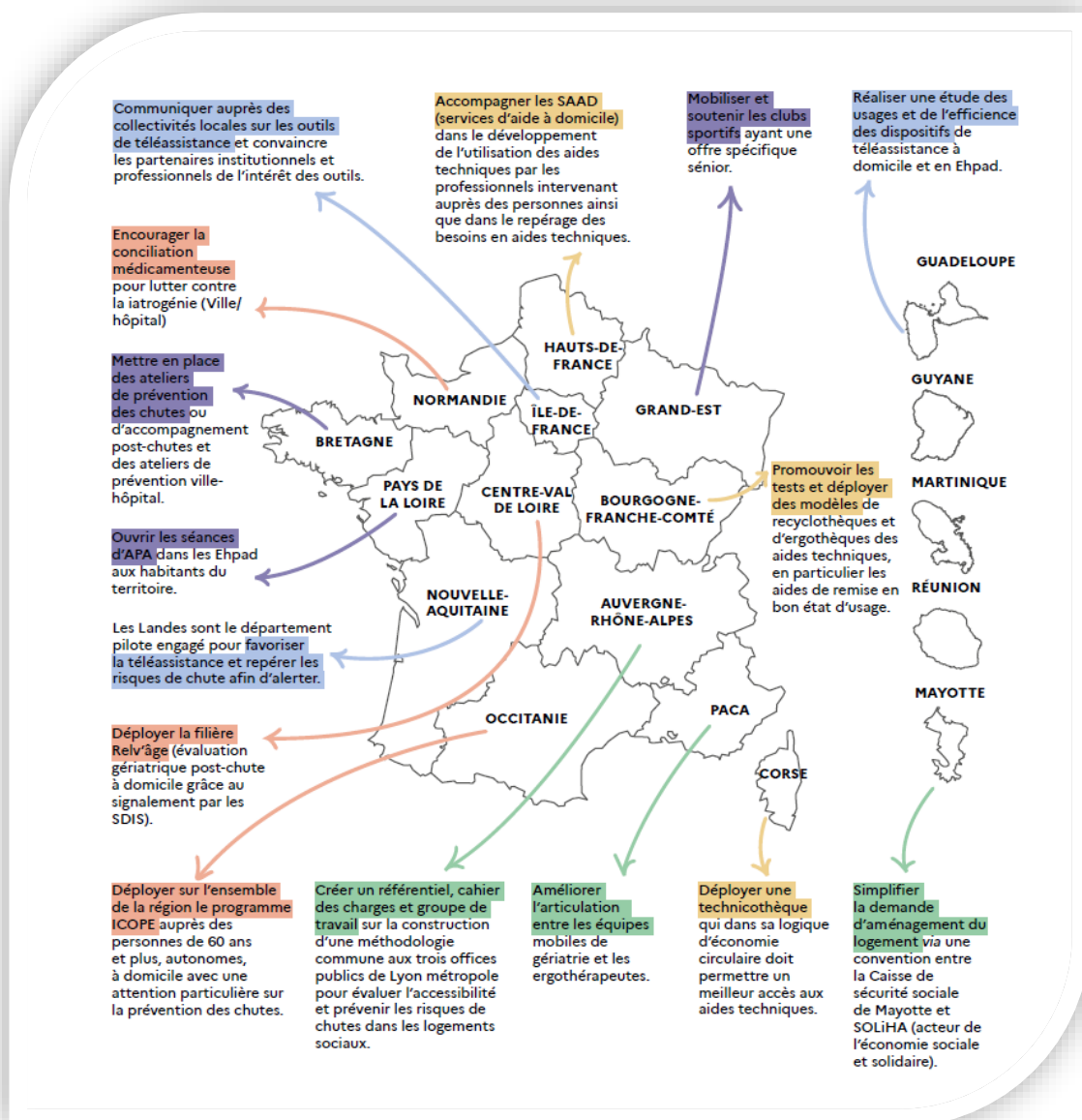




GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

PLANS REGIONAUX ANTICHUTE DES PERSONNES AGEES 2022-2024



PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

Partant du constat de la forte mortalité et des hospitalisations des personnes âgées dues aux chutes (soit 10 000 décès et 136 000 hospitalisations), de la perte d'autonomie et de la dégradation de la qualité de vie des proches et des aidants et du coût pour la collectivité (estimé à 2 Md € annuels), le gouvernement a souhaité réduire drastiquement le nombre de chutes mortelles ou invalidantes des personnes âgées.

Après une large concertation avec les partenaires de la prévention de la perte d'autonomie, s'appuyant sur les évaluations médicales et scientifiques, les expériences sur le terrain et les exemples étrangers, la ministre déléguée chargée de l'Autonomie a lancé le 21 février 2022 à Toulouse un plan national triennal antichute des personnes âgées, conjointement avec la ministre chargée des sports.

Ce plan a pour objectif de réduire de 20 % les chutes mortelles et entraînant des hospitalisations à l'horizon de trois ans.

Le même jour était diffusé une [instruction](#) aux directeurs généraux des agences régionales de santé, cosignée de la ministre déléguée, chargée de l'Autonomie et de la directrice générale de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie, leur demandant d'élaborer et de coordonner un plan régional antichute des personnes âgées sur trois ans, coconstruit avec les acteurs.

Ce document fait la synthèse des plans régionaux, validés ou en cours de validation, à l'horizon 2024. Ils s'inscrivent dans la stratégie du Bien vieillir, dans les Projets régionaux de santé, s'articulent avec les Schémas départementaux de l'autonomie et les programmes d'action des conférences des financeurs, en lien avec les conseils départementaux, les caisses locales ou les structures inter-régimes, les professionnels de santé et les acteurs locaux. Pour en savoir plus, consulter le [site ministériel](#), le [portail des ARS](#) et les sites de chaque ARS.

28 février 2023

La Coordination nationale du Plan antichute des personnes âgées
Direction générale de la cohésion sociale
chuteseniors@sg.gouv.fr

Table des matières

Objectifs à atteindre par régions	4
Indicateurs relatifs à la population de 65 ans et plus	5
ARS Auvergne-Rhône-Alpes	7
ARS Bourgogne-Franche-Comté	9
ARS Bretagne	11
ARS Centre-Val de Loire.....	14
ARS Corse.....	16
ARS Grand Est	18
ARS Guadeloupe	20
ARS Hauts-de-France	22
ARS Ile-de-France	24
ARS Martinique	26
ARS Mayotte	27
ARS Normandie	28
ARS Nouvelle Aquitaine	30
ARS Occitanie	31
ARS Pays de la Loire.....	33
ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	35

Objectifs à atteindre par régions

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. Les données du CépiDC, 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	

Source : annexe 1 de la circulaire du 9 février 2022 précitée.

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

Indicateurs relatifs à la population de 65 ans et plus

Personnes âgées de 65 ans et plus selon le mode de cohabitation

Région	Nombre de personnes de 65 ans et plus vivant seules	Part des personnes vivant seules parmi la population de 65 ans	Dont part des personnes vivant seules parmi la population de 80 ans et plus
Auvergne-Rhône-Alpes	504 376	35,49%	49,38d
Bourgogne-Franche Comté	204 239	33,92%	50,29%
Bretagne	236 805	34,26%	50,93%
Centre-Val de Loire	176 181	32,75%	48,42%
Corse	21 521	28,21%	38,47%
Grand Est	344 691	32,94%	49,21%
Hauts-de-France	344 614	33,93%	51,91%
Île-de-France	613 809	35,49%	49,53%
Normandie	225 715	33,85%	50,51%
Nouvelle-Aquitaine	435 599	32,46%	49,92%
Occitanie	403 732	32,32%	44,77%
Pays de la Loire	228 734	31,88%	48,23%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	274 847	44,33%	60,87%
France métropolitaine (2020)	4 014 863	34,08%	49,50%
Guadeloupe	25 510	35,57%	42,58%
Martinique	25 219	34,28%	39,15%
La Réunion	27 774	28,39%	34,39%
Guyane	4 075	27,42%	35,83%
DOM-TOM (données 2018)	82 578	32,01%	38,45%

Source : Insee, RP2018, F métropolitaine : estimation de la population des ménages et mode de cohabitation en 2021. DOM-TOM : Données 2018 (Mayotte : derniers chiffres disponibles 2016. Non reproduits dans ce tableau. Voir indicateurs estimés dans la fiche Mayotte ci-dessous)

Ménages = à l'exclusion des personnes vivant en communauté (foyer, maisons de retraite...)

Personnes âgées de 75 ans et plus selon les lieux de vie :

EHPAD, ménage ordinaire et résidence autonomie

Estimation 2020	Nombre projeté de personnes +75 ans	Part vivant en EHPAD et assimilés	Part vivant en ménage ordinaire	Part vivant en résidence autonomie
Auvergne-Rhône-Alpes	757 081	9,56%	88,87%	1,58%
Bourgogne-Franche Comté	309 226	9,48%	89,24%	1,28%
Bretagne	350 772	10,74%	88,27%	0,99%
Centre-Val de Loire	279 874	9,25%	89,62%	1,13%
Corse	39 959	4,43%	95,57%	0,00%
Grand Est	517 329	8,82%	89,82%	1,36%
Hauts-de-France	473 104	8,35%	89,72%	1,93%
Île-de-France	849 005	6,82%	91,59%	1,58%
Normandie	332 431	9,00%	88,64%	2,36%
Nouvelle-Aquitaine	687 186	9,15%	89,69%	1,16%
Occitanie	641 716	8,40%	91,12%	0,49%
Pays de la Loire	370 632	12,12%	86,00%	1,88%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	574 366	7,11%	91,97%	0,92%
France métropolitaine	6 182 681	8,77%	89,88%	1,35%
Guadeloupe	34 563	2,70%	97,04%	0,26%
Martinique	37 545	3,26%	96,61%	0,13%
La Réunion	41 355	2,94%	97,06%	0,00%
Guyane	5 763	3,49%	95,84%	0,68%
France entière	6 301 907	8,66%	90,01%	1,33%

Source : DATE DREES – projection personnes âgées dépendantes par lieu de vie : modèle LIVIA (DREES - INSEE)
Estimation 2020 (scénario intermédiaire). Mayotte : Voir indicateurs estimés dans la fiche Mayotte ci-dessous..

ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Constats et Objectifs

Rappel des objectifs prioritaires du Plan :

- 3785 séjours hospitaliers pour chute des personnes âgées ; - 280 décès dus à des chutes.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

- 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 d'intégration et de coordination autour de la personne âgée.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Le comité de concertation travaille les axes selon une approche populationnelle :

- Les PA de plus de 65 ans, sans pathologies majeures, relevant essentiellement de la prévention primaire.
- Les personnes à risque de fragilités, souvent d'origine multifactorielle, pour lesquelles un repérage et un dépistage (prévention secondaire) vont conduire à une conduite à tenir correspondant à leurs besoins (exercices physiques adaptés, bilans complémentaires, aménagement du domicile, autres...).
- Les primo chuteurs, puisque plus de la moitié de ceux-ci rechuteront dans l'année.

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Savoir repérer la dénutrition chez les PA : Fiche action CPTS	CPTS, ARS, URPS
1	Savoir repérer la dénutrition chez les PA : Promouvoir la semaine nationale de la dénutrition	ARS et structures de santé médico-sociales, CARSAT RA
1	Utiliser les outils mis à disposition par les URPS pour faciliter le repérage des risques de chutes	URPS Kiné à destination des CPTS et MSP
1	Repérage et suivi des primo chuteurs Essimage projet « repérage et suivi des primo-chuteurs »	CHU GA (Équipe gériatrique pluridisciplinaire) Partenaires communautaires : CPTS Gérontopôle
1	480 infirmiers libéraux éclaireurs en ARA assurent une analyse des situations rencontrées à domicile (signaler des événements indésirables ou morbides rencontrés)	IDEL éclaireurs
2	Le Truck SOLIHA à l'échelle régionale avec co-financement (objectif : 160 animations) Actions collectives de prévention relatives à l'adaptation du logement à destination des séniors et de leurs aidants	SOLIHA

	Développement d'actions ciblant des personnes sortant d'hospitalisation	
2	Maintenir les actions relatives à l'aménagement de l'habitat dont la population repérée par les centres d'examens de santé, le CHU de Lyon et les centres de prévention Agirc-Arrco	CARSAT RA / Atouts prévention, Agirc-Arrco, CHU de Lyon, ADMR 42, TASDA, CPAM (CES)
2	Référentiel, cahier des charges et GT sur la construction d'une méthodologie commune aux 3 offices publics de Lyon métropole pour évaluer l'accessibilité et prévenir les risques de chutes sur tout le patrimoine commun	Lyon métropole habitat / bailleurs sociaux
3	Inclure dans les visites régulières des seniors une évaluation de l'aide à la marche	URPS kiné, pharmaciens, ergothérapeutes, infirmiers
3	Financer des kits prévention (barre d'appui, réhausse WC, enfile bas, tabouret douche, ...)	CARSAT AUVERGNE RA
4	Augmenter le nombre de MSS labellisées	DRAJES via MSS
4	Favoriser le recours à l'APA comme moyen de prévention de la chute chez les personnes dépistées à risque :	3 MSS (Ain, Isère, Loire)
4	Développer des actions collectives de prévention dans les EHPAD : appel à candidatures régional (thèmes : dénutrition, activité physique adaptée, prévention des chutes)	EHPAD
4	Massifier des APA collectifs et individuels avec les caisses	CARSAT RA/Atouts prévention
5	Favoriser l'installation de dispositifs de téléassistance et réduire le reste à charge	Haute Savoie, ensemble des CFPPA
5	Développer l'accès à la téléassistance comme outil de prévention des chutes : financement abonnement téléassistance	CARSAT AUVERGNE CARSAT RA

Départements pilotes : Plateforme de prévention des chutes Haute Savoie (74)

Expérimentation ICOPE : Hospices civils de Lyon

- Autre expérimentation : enquête Vraiment Vraiment avec la DITP (boîte à outils et téléassistance) en Haute-Savoie.

Partenariat et Organisation

Référent du plan : Marguerite POUZET ; Frédérique CHAVAGNEUX - Direction de l'Autonomie

Principaux partenaires : Carsat, Agirc-Arrco, CPTS, URPS, MSP, CHU, SOLIHA, Gérontopôle, Atouts prévention, professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, IDE, kiné, ergothérapeutes), MSS, EHPAD, MSA, ARSEPT, centre sociaux, CFPPA...

Pilotage : Un comité de concertation a été institué, composé des représentants des organismes suivants : CARSAT Auvergne et Rhône-Alpes, Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE), Fédération régionale des maisons de santé pluridisciplinaires, Délégation territoriale Auvergne Rhône-Alpes de l'ANFE, Groupement régional des centres de santé, DRAJES, Gérontopôle, SOLIHA, URPS (Masseurs Kinésithérapeutes, IDE, pharmaciens, médecins)

Evaluation : Le suivi et l'évaluation du plan régional seront assurés par le Gérontopôle.

ARS Bourgogne-Franche-Comté

Constats et Objectifs

Constats :

La BFC se place parmi les régions de France les plus marquées par le vieillissement démographique.

Rappel des objectifs prioritaires du Plan :

-1 630 séjours hospitaliers pour chute et -113 décès dus à des chutes.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

- Proposer une plus grande qualité des « parcours antichute »
- Mieux se coordonner et coopérer
- Conserver la nécessaire approche multidimensionnelle de la prévention des chutes
- Diffuser davantage les connaissances et les bonnes pratiques
- Développer une évaluation plus rigoureuse des actions

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Sensibilisation/formation de tous les professionnels au repérage et à l'alerte antichute.	Groupe de travail à constituer, animé par le Pôle de Gériatrie et d'Innovation (PGI, Gériatopôle de BFC).
1	Outils et dispositifs exemplaires de repérage et d'alerte : Aller plus loin avec le Plan antichute – déclinaison à domicile.	CARSAT BCF, Gie IMPA, Merci Julie, centre d'examens de santé (CPAM)
2	Déploiement régional des CICAT et Technicothèques.	Mutualité Française Saône-et-Loire (MFSL) et Union d'unions Mutualité Française, ergothérapeutes DE de la MFSL ayant une expertise habitat, en lien avec les partenaires locaux (Départements, caisses de retraite, bailleurs sociaux, prestataires de matériel médical, prestataires habitat, artisans labellisés Handibat, etc.)
2	Anticipation puis déploiement régional de « Ma Prime Adapt' ».	Carsat BFC et Agirc-Arrco, Carsat BFC, MSA B, MSA FC, Agirc-Arrco, Anah
3	Tests et déploiement de modèles de recyclothèques et d'ergothèques des aides techniques (identifier des modèles validés et essaimés grâce aux expérimentations territoriales comme Merci Julie, Envie Autonomie ou MFSL ; accompagner les textes sur la remise en bon état d'usage).	Département du Doubs, Merci Julie, Mutualité Française Saône-et-Loire (MFSL) en lien avec l'Union d'unions Mutualité Française, Envie Autonomie, Bien-être médical, Merci Julie

4	Parcours d'accompagnement sportif pour la santé : le sport-santé antichute sur prescription médicale.	Réseau sport-santé BFC, intervenants en APA (enseignants APA, kiné...)
5	Evaluation de dispositifs de téléassistance innovants de prévention des chutes en EHPAD (couverture de 7 EHPAD du Doubs).	PGI en lien avec 7 EHPAD
T	Plan de communication régional auprès du grand public.	Comité de pilotage restreint du Plan antichute BFC, toutes les parties prenantes du comité de pilotage plénier du Plan antichute BFC
T	Co-design de la communication avec les publics cibles.	Mutualité française BFC, Mutualité française BFC, Gie IMPA, Mutualité française Saône-et-Loire, citoyens de 60 ans et plus dans différents infra-territoires de la région BFC

Partenariat et Organisation

Réfèrent du plan : Natacha Segaut (direction équipe-projet grand-âge à la Direction de l'autonomie).

70 partenaires.

Pilotage :

A l'échelle régionale : Comité de pilotage plénier régional composé de l'ensemble des acteurs identifiés en région sur le plan antichute (70 partenaires publics et privés).

Comité de pilotage restreint régional composé de l'ARS BFC, du PGI, de la CARSAT, des 9 CFPPA (8 Départements et Dijon Métropole), France Assos Santé BFC, 1 PU (Pr Mourey) et 1 PU-PH (Pr Manckoundia)

A l'échelle infrarégionale : Groupes de travail territoriaux et experts

Evaluation : coordonnée par le PGI, avec le COPIL restreint

Le suivi et l'évaluation pour le pilotage du Plan antichute BFC seront coordonnés par le PGI, avec le copil restreint, et les éléments seront analysés régulièrement en copil restreint et plénier.

Les indicateurs régionaux de pilotage renseigneront les trois catégories de résultats visés, soit :

- La qualité de notre dynamique d'acteurs sur la durée du Plan triennal : maintien du nombre et de la diversité des participants aux réunions de gouvernance régional et infrarégional sur la durée du Plan
- L'atteinte des objectifs (principal et secondaire) de notre Plan antichute BFC : diminution du nombre de chutes graves (réduction des hospitalisations pour chute et réduction des décès dus à une chute), meilleure coordination des acteurs (pluralité des partenaires actifs des actions du plan régional) , meilleure évaluation des actions (rapports d'évaluation rigoureux produits et diffusés)
- L'atteinte des objectifs propres à chaque fiche-action composant notre Plan antichute BFC.

ARS Bretagne

Constats et Objectifs

Rappel des objectifs prioritaires du Plan : -2 117 séjours hospitaliers pour chute et -135 décès dus à des chutes.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

Objectifs quantitatifs :

- Première année du Plan : stabiliser le nombre des chutes graves, tout en améliorant le repérage des fragilités par les professionnels et la déclaration des chutes.
- Seconde année du Plan : consolider les actions de prévention des partenaires, améliorer la communication, diffuser les bonnes pratiques. Atteindre l'objectif de réduction de 10% de la proportion des chutes graves.
- Troisième année du Plan : rendre "routinières" ces actions de prévention, de sécurisation et d'inclusion des plus fragiles dans la cité, ce qui doit permettre d'atteindre l'objectif final.

Objectifs qualitatifs

- Diffuser le repérage des fragilités auprès des professionnels du premier recours, des professionnels de l'aide à domicile pour les PA de plus de 75 ans,
- Proposer aux quatre CFPPA bretonnes d'intégrer un objectif pluriannuel du Plan antichute dans leurs appels à projets,
- Mobiliser les acteurs des filières gériatriques pour exploiter systématiquement la chute d'une personne âgée comme un signal d'alerte et de vigilance renforcée, invitant à construire un parcours spécifique,
- Améliorer le signalement, le suivi et la prise en charge multidimensionnelle des chutes des PA en institution,
- Accroître la part des CPOM EHPAD intégrant explicitement un objectif du plan d'action antichute.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Mettre en œuvre une hétéroévaluation des risques via la poursuite du Projet PAF (Personnes Agées Fragiles) et prise en charge des personnes repérées comme fragiles.	Inter URPS (médecins, masseurs-kinés, IDE, ...) CHU Brest
1	Déployer une action de formation portée par le CAPPB Bretagne, des ateliers "Prévenir le risque de chute du sujet âgé" (en binômes résident/professionnel) et des actions de sensibilisation aux risques de chutes, portées	CAPPB Bretagne (Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Bretagne) GPS, ESMS et CHU

	par des EHPAD ressources (exemple : installation d'une "pièce des erreurs" ouverte aux acteurs du territoire).	
1	Repérer en interface Ville-Hôpital : dépistage de tous les patients/résidents/consultants et proposition d'adaptation (en particulier création de modules de formation et d'outils pédagogiques, Création d'un site internet ressources).	Association Saint-Hélier Rennes, Acteurs du Pays de Morlaix (EHPAD, CH, SAD, etc.), acteurs du Pays de Brocéliande, acteurs des FG de Brest et Carhaix
2	Utiliser l'aide de la Carsat pour l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie (subvention de travaux liés au maintien à domicile à hauteur de 3500 € maximum en fonction des ressources du demandeur).	CARSAT
3	Financer des aides techniques pour permettre l'achat et la pose d'aides technique pour limiter les risques de chute (barre d'appui, main courante, tabouret de douche/planche de bain, rehausseur WC, ...). 3 niveaux de kits prévention peuvent être versés sous forme d'une subvention au retraité : 100€, 200€ ou 300€.	CARSAT
4	Mettre en place des ateliers de prévention des chutes ou l'accompagnement post chutes : dans le cadre de l'association Pour bien vieillir Bretagne, mise en place d'ateliers de prévention des chutes.	CARSAT et partenaires dans les 4 départements : Asept, ActivSport, EPGV, Ildys, Kinéouest, Ifpek, Mutualité française Bretagne, Siel Bleu, Saparman, Sports pour tous CFPPA
4	Déployer des ateliers de prévention Ville-Hôpital via les actions mise en place par les acteurs hospitaliers et médico sociaux.	CH de Lanmeur à destination des résidents des EHPAD, Pôle Saint-Hélier (Télémédecine), CHU de Rennes (EHPAD), FG de Malestroit, Résidence des amitiés d'ARMOR Siel Bleu
4	Soutenir la pratique d'APA via les MSS en repérant les patients chuteurs ou à risque sur le territoire grâce à leur entourage proche pour leur faire intégrer un programme complet, grâce à un partenariat pluriprofessionnel au service des personnes âgées et à la mise en place d'un parcours individuel antichute à la MSS	MSS Lorient, municipalités, CCAS, MSS du Pays de Brocéliande
4	Systématiser la place de l'APA pour les personnes en perte d'autonomie pour les des résidents d'établissements situés dans des "déserts de prévention" grâce à des programmes dans les EHPAD hors réseau et dans les zones éloignées de la prévention, et aussi grâce à des actions dédiées aux seniors, à leur entourage et au personnel des établissements.	CPOM Siel Bleu
5	Soutenir le financement de services de téléassistance.	CARSAT
T	Organiser une journée régionale de sensibilisation avec des ateliers...	Portage régional mutualisé (porteurs à déterminer)

Expérimentation EQLAAT portée par la Mutualité Française dans les départements 22 et le 56.

Partenariat et Organisation

Référents du plan : Dominique Penhouet et Dr Antonio Teixeira Ribeiro (DOSA), Anthony Le Bot et Hélène Kurz (DPPS).

Pilotage :

Au niveau régional, une instance de coordination a été mise en place en juin 2022, permettant d'associer les partenaires naturels de l'ARS d'une part et d'identifier collectivement les ressources de terrain potentiellement mobilisées ou mobilisables, notamment :

- Gérontopôle Breton (KOZH Ensemble),
- Caisses de retraite et des caisses complémentaires,
- URPS (Kiné, Médecin, IDE, ...) ou l'inter URPS,
- Fédération, des DAC et d'acteurs locaux ayant porté des expérimentations positives de coordination (en particulier dans le prolongement du projet PAERPA),
- Filières Gériatriques (en particulier dans le cadre de l'accompagnement de la mesure V du PRU),
- Living Lab Bretons et cellules recherche associées (CHU de Rennes, Association Saint-Hélier, Living Lab du Groupe HSTV en cours de mise en place).
- Représentants des CD, pour s'assurer de la mise en cohérence de ce plan avec les objectifs et projets déclinés par les CFPPA.

Cette instance de coordination a vocation à être réunie à minima une fois par an afin de faire le bilan de l'année écoulée, de présenter les objectifs de l'année en cours et les perspectives à venir.

ARS Centre-Val de Loire

Constats et Objectifs

Constats :

L'indice de vieillissement régional CVdL (93,9) est supérieur de 10 points à l'indice de vieillissement national (83,1).

Rappel des objectifs prioritaires du Plan : -1 051 séjours hospitaliers pour chute et -87 décès dus à des chutes.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

- Formations des professionnels : public visé (par catégorie socioprofessionnelle, par lieu d'exercice), nombre de personnes formées.
- Création et développement de parcours chute lors d'hospitalisations pour chute, avec ou sans fracture.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Informers les bénéficiaires et les professionnels.	Groupe de travail communication
1	Faire connaître les outils et bilans de prévention auprès des personnes à risque.	Groupe opérationnalité
1	Informers les CPTS et les acteurs du domicile.	Groupes formation et communication
1	Déployer la filière relevage (signalement par les pompiers pouvant conduire à une évaluation gériatrique par l'équipe mobile du CHU).	CHU de Tours, SDIS 37, SAMU
2	Promouvoir les outils d'évaluation des risques de chute liés au logement.	Groupe opérationnalité, Consultants ANAH, architectes et industriels
2	Former et faire intervenir à domicile des équipes mobiles de repérage des risques.	Groupe formation, EMG extrahospitalières, Assurance maladie, Mutuelles, SSIAD, SA, Association d'ergothérapeutes
3	Réduire le reste à charge des aides techniques.	Groupe financement, CARSAT, CPAM, CCMSA, Mutuelles, AGIRC-ARRCO, collectivités
3	Promouvoir des modules de rééducation post-chute après hospitalisation.	Groupes formation et opérationnalité, CH, PAVIE-CHU
4	Développer l'offre d'activité physique et d'APA.	Groupe opérationnalité, CFPPA, ESMS, DRAJES, Clubs sportifs – MSS
4	Dépister les besoins des personnes âgées en activité physique et les orienter vers les programmes d'APA.	Groupes formation, évaluation et opérationnalité, DAC, collectivités, professionnels de santé
4	Diffuser le guide Vie-eux.	Groupes communication et opérationnalité

5	Généraliser le recours à la téléassistance comme outil de prévention des chutes.	Groupes communication et opérationnalité
5	Déployer l'accès à la téléassistance en réduisant le reste à charge.	Groupes communication et opérationnalité

Expérimentation ICOPE portée par le CHU de Tours.

Partenariat et Organisation

Référent du plan : Anne Du Peuty, Directrice de l'offre médico-sociale

Principaux partenaires : ERVMA (Equipe Régionale Vieillesse et Maintien de l'Autonomie), équipes mobiles gériatriques extrahospitalières, Agirc-Arrco, mutuelles, ESMS, DRAJES, MSS...

Pilotage :

- COPIL stratégique : ARS, ERVMA, Directeurs des services médico-sociaux des 6 Conseils Départementaux, CARSAT, AGIRC-ARRCO, URPS, Université.
- Les acteurs du vieillissement de la région Centre-Val de Loire sont conviés pour intégrer des sous-groupes de travail en fonction de leurs compétences et centres d'intérêt.
- La région CVdL a choisi de se regrouper par compétences plus que par axes (communication, formation, opérationnalité etc.).

ARS Corse

Constats et Objectifs

Constats : Avec 340 440 habitants au 1er janvier 2019, la Corse est la région métropolitaine qui connaît la plus forte croissance démographique. Avec 20 232 personnes supplémentaires depuis 2013, la population de l'île est en hausse de 1% en moyenne chaque année. Cette hausse est trois fois supérieure à celle de la France métropolitaine (+0.4% en moyenne annuelle). 82% des bénéficiaires de l'APA sont à domicile.

A noter, le tissu d'infirmiers libéraux conséquent puisque deux fois et demi supérieur à celui constaté au niveau national.

Rappel des objectifs prioritaires du Plan : -88 séjours hospitaliers pour chute et -9 décès dus à des chutes.

Le schéma directeur de l'autonomie 2022-2026 élaboré par la Collectivité de Corse permet de disposer d'un état des lieux précis de la structure et du profil populationnels de l'île.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

- Coordonner, dynamiser et pérenniser les actions en faveur de la prévention des chutes
- Poursuivre et renforcer le développement d'actions ciblées sur l'ensemble des 5 axes

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Engager une action de communication/sensibilisation relative à la iatrogénie médicamenteuse et à ses risques en matière de chute et soutenir le développement de la conciliation médicamenteuse comme paramètre de réduction de la iatrogénie médicamenteuse et donc du nombre de ré hospitalisation pour chutes récidivantes	Ville/hôpital : EHPAD (filiale gériatrique)
1	Les professionnels de l'aide à domicile doivent être en mesure de repérer le risque de chute et d'orienter vers les professionnels qui pourront réaliser une évaluation et un plan personnalisé de prévention des chutes	Collectivité de Corse et les acteurs de l'aide à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD)
2	Développer un living lab favorisant le développement de solutions innovantes et adaptées aux besoins des personnes âgées	
3	Poursuite du développement de la technicothèque et organiser la convergence avec l'expérimentation EQLATT	
4	Développer un partenariat avec l'Université de Corse et sa filière STAPS	Université de Corse

4	Développer des outils type Vivifrail soutenant la promotion de l'activité physique et proposant, selon le niveau et le risque de chutes, des programmes d'exercices physiques différents	
4	Faire aboutir à la création d'un référentiel consacré à l'activité physique adaptée des séniors et organiser un AAC spécifique porté par la Conférence des financeurs	CFPPA

Partenariat et Organisation

Référent du plan : Audrey COLONNA, Directrice du médico-social

Pilotage et principaux partenaires :

Comité de pilotage interinstitutionnel dont l'objectif sera de concerter et co-construire les actions nécessaires à l'atteinte de objectifs fixés afin de les inscrire dans la durée dans le cadre d'une démarche évaluative et dynamique.

Ce comité rassemblera : la Collectivité de Corse, l'ARS de Corse, les URPS (médecins et infirmiers libéraux), les fédérations, les organismes de sécurité sociale (CPAM, MSA, CARSAT), la conférence des financeurs, le Dispositif d'appui à la coordination, des représentants des usagers.

ARS Grand Est

Constats et Objectifs

Constats : La région Grand-Est comporte de grandes disparités entre les départements en fonction de leur degré d'urbanisation : plus la région est urbaine, moins la population est âgée. En Haute-Marne, 26% de la population a plus de 65 ans, contre 19,3% dans le Bas-Rhin.

Rappel des objectifs prioritaires du Plan :

- 2 605 séjours hospitaliers pour chute, - 190 décès dus à des chutes.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

- Informer et sensibiliser les PA.
- Repérer les personnes à risque.
- Renforcer l'intervention des ergothérapeutes.
- Agir sur les facteurs de risque : iatrogénie, dénutrition.
- Structurer la formation à destination de professionnels.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse et réduire les MPI (médicaments potentiellement inappropriés)	ARS, Omédit, URPS Médecins
1	Développer et mettre à disposition des professionnels des outils de repérage des risques de chute, notamment pour les équipes mobiles territoriales de prévention.	ARS, équipes mobiles territ. de prévention (IDE, psychomotricien ou ergothérapeute, éducateur médico-sportif ou EAPA, diététicien, assistante de soins en gérontologie)
1	Mettre en œuvre un dépistage par les pédicures-podologues en Ehpad : bilan podal statique et dynamique et du chaussant	ARS URPS pédicures-podologues
1	Intervention d'ergothérapeutes à domicile hors dispositifs existants (ESA, APA)	ARS
2	Mettre en place des dispositifs d'exposition : trucks, bus autonomie	COMAL-SOLiHA, CFPPA 51 et 54
3	Proposer des aides financières pour les restes à charge en complément de l'APA pour les bénéficiaires APA et dans le cadre des aides de la Carsat	CEA (communauté européenne d'Alsace), Carsat Nord-Est, CD
3	Rétablir la confiance en soi et combattre la peur de rechuter : prise en charge individuelle ou collective (ateliers de groupes)	ARS, Siel Bleu (CPOM), dispositifs d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
4	Subventionner les clubs avec offre spécifique sénior	CFPPA 51, 54 et 88
4	Promouvoir les ateliers APA, « sport-loisir » et « sport-bien-être »	Porteurs multiples
4	Déployer des séances d'AP pour les aidants	MSS Strasbourg, CD 67
4	AAP prévention en EHPAD et à domicile comportant un volet APA	ARS (dans le cadre du PRS)

4	Renforcer l'utilisation du dispositif Prescirmouv (information des médecins généralistes) : adressage des personnes par le médecin traitant vers une activité physique adaptée à leur état de santé	AR, DRAJES, Assurance Maladie, RSSBE, CROS Grand-Est, Association APS Vosges, Réseaux de santé
5	Subventionner et soutenir l'acquisition d'outils de téléassistance pour les seniors : plans d'aide APA, plan d'aide OSCAR, conventions mairies-opérateurs	CD 51, 67, 68 CARSAT, MSA
T	Faciliter l'accès à l'information via les sites internet monalisa-marne.fr et j Securise mon logement.fr	Coopération départementale Monalisa 51, Carsat Nord-Est
T	Renforcer la communication sur les possibilités de financement des aides techniques via la CFPPA	CEA (Communauté européenne d'Alsace) – caisses de retraites
T	Orienter les appels à projet prévention des CFPPA sur les axes	ARS, CD

Expérimentations (nationale art. 51) :

EqLAAT (Equipes locales d'accompagnement sur les aides techniques) : dispositif à destination du public âgé et en situation de handicap. Porteurs : Fondation Bompard (57) et CICAT 67.

ICOPE : repère précoce des risques de fragilité : Haut-Rhin, inter-CPTS de Mulhouse et de Colmar.

Partenariat et Organisation

Référents du plan : Gwenola Rey (responsable du Département Parcours Personnes Âgées) et Hervé Villet (conseiller médical personnes âgées), Direction de l'Autonomie.

Pilotage :

Trois instances articulées : une équipe projet régionale, les CFPPA de la région Grand Est (une par département, présidence du PCD et vice-présidence ARS) ainsi qu'un conseil des experts.

La gouvernance régionale est confiée à une équipe projet, sous le pilotage de la DA, constituée des directions métiers de l'ARS (Direction de l'autonomie (pilote), Direction de la promotion de la santé, de la prévention et de la santé environnementale et Direction des soins de proximité) et des binômes chargés de mission CFPPA - référents délégations territoriales. Le rôle de l'équipe projet est de compiler et capitaliser les travaux des territoires par le biais des CFPPA et de faire le lien entre les neuf CFPPA et le conseil des experts.

Un comité des experts est adossé à la gouvernance du projet, constitué de représentants des professionnels de santé œuvrant dans la gérontologie et sur la question des chutes :

- Représentants des URPS : médecins, pharmaciens, infirmiers, pédicure-podologues.
- Représentants régionaux de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE).
- Professeurs de gériatrie des CHU de Reims, Nancy et Strasbourg.
- Un représentant des pilotes MAIA.

Le conseil des experts est chargé de formuler des recommandations sur la direction à donner aux diverses actions envisagées pour ce plan et apporter un avis éclairé sur les propositions des 9 CFPPA.

Evaluation :

- Suivi / évaluation ICOPE dans le Haut-Rhin (dispositif article 51)
- Suivi du déploiement des équipes mobiles de prévention
- Etude de faisabilité sur la mise en place d'ergothérapeutes en SSIAD hors ESA

ARS Guadeloupe

Constats et Objectifs

Constats :

La part des 65 ans ou plus devrait représenter d'ici à 2030 près de 30 % de la population guadeloupéenne (selon cette prévision, il y aura 134 séniors pour 100 jeunes en Guadeloupe en 2030, contre 54 séniors pour 100 jeunes en 2013 (rapport ATGER & BAREIGTS (2020)).

Rappel des objectifs prioritaires du Plan :

-30 séjours hospitaliers pour chute des personnes âgées et -8 décès dus à des chutes.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Sensibiliser/Former des professionnels au repérage et à l'alerte des chutes à domicile et en établissement via des séminaires et groupes de travail.	ARS, Conseil Départemental, Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS), ESMS
1	Développer la dynamique de prévention et de mesure de la fragilité, tant à domicile que dans les établissements sur la base de tests et d'outils de mesure.	ARS, Comité de Pilotage du Plan Antichute, CCAS, GIP, RASPEG (DAC), URPS
2/3	Réaliser une campagne de communication (information et orientation) auprès de la population des séniors sur la nature des aides, les modalités et les conditions d'accès.	ARS, Conseil Départemental, CGSS
4	Réaliser une campagne de communication destinée à faire connaître les parcours auprès de la population et en particulier auprès du public des malades chroniques et des personnes âgées.	ARS, Groupement HTA GWAD, Conseil Régional, Associations participant à l'encadrement des Parcours sportifs de santé sécurisés
4	Sensibiliser les médecins de ville à l'intérêt d'une pratique régulière d'une APA comme adjuvant thérapeutique dans les pathologies chroniques et dans le parcours de soins des personnes âgées via des lettres, séminaires et webinaires.	ARS, Comité de Pilotage du Plan Antichute Equipe Mobile Gériatrique de Territoire (CHUG)
4	Généraliser l'APA dans les EHPAD.	ARS, Comité de pilotage du Plan Antichute EHPAD
5	Réaliser une étude des usages et de l'efficacité des dispositifs de téléassistance à domicile et en EHPAD.	ARS, Comité de Pilotage du Plan Antichute Prescripteurs des systèmes de téléassistance, à domicile et en établissements (EHPAD)

T	Réaliser une campagne de promotion et de vigilance auprès des publics cibles (familles, aidants).	ARS, Comité de Pilotage du Plan Antichute CCAS, GIP RASPEG (DAC – ex MAIA)
---	---	---

Partenariat et Organisation

Référent du plan : Pascal Godefroy (Direction Evaluation et Réponse aux Besoins des Populations)

Principaux partenaires : CFPPA, CD, collectivités territoriales de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, CGSS, conseil régional, URPS, directions d'établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux, CCAS.

Pilotage :

- Coordination régionale par l'ARS et ses partenaires.
- Coordination locale autour d'instances déjà existantes et qui participent notamment à la prévention des chutes, actuellement ou en développement (ICOPE, Pacte de refondation des urgences, Projets d'EHPAD...).

Evaluation : Dans le cadre des travaux du comité de la Filière Personnes Agées de l'Agence de Santé de Guadeloupe (Direction de l'Evaluation et des Réponses aux Besoins des Populations – ERBP) dans lequel le Comité de Pilotage du Plan Antichute s'intégrera.

ARS Hauts-de-France

Constats et Objectifs

Constats : Des conséquences des chutes importantes en région avec entre 36773 et 89477 fractures de hanche par an selon le codage (PMSI 2021). A noter par ailleurs :

- Un parc privé de logements potentiellement indignes plus important qu'en France et particulièrement dans le Nord et le Pas de Calais (données du Parc Privé Potentiellement Indigne) qui fait le lien entre insalubrité et risque de chute ;
- Des territoires moins dotés qui nécessitent des diagnostics approfondis.

Identification de 2 parcours : les usagers en ville et les résidents en EHPAD.

Rappel des objectifs prioritaires du Plan : - 2579 séjours hospitaliers pour chute des personnes âgées ;
- 171 décès dus à des chutes

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Développer des actions d'« aller-vers » pour repérer les risques, alerter et diagnostiquer : projet Tempoforme, soutien au dépistage de l'ostéoporose par les pharmaciens d'officine, accompagnement des projets de CPTS, poursuite du financement des EMSSR.	ARS
1	Contribuer au travers du programme de recherche action PR'AGI'LAB à la détection, au repérage et à l'accompagnement de la pré-fragilité au travers de 13 projets.	CARSAT
1	Développer des actions de repérage de la fragilité pour cibler les personnes présentant les premiers signes de perte d'autonomie.	CFPPA de l'Aisne, CD de l'Oise
1	Intégrer cette thématique dans le schéma départemental de l'autonomie 2023-2027.	CD de l'Aisne
1	Soutenir les autres porteurs de l'AAP 2022/2024 sur cet axe.	CD de l'Oise
1	Promouvoir les ateliers collectifs mis en place par le GCSMS Défi Autonomie Séniors sur la thématique « Garder son équilibre et prévenir les chutes ».	GCSMS Défi Autonomie Séniors
1	Promouvoir et développer des « rendez-vous jeunes retraités ».	MSA
2	Mobiliser des ergothérapeutes pour faire remonter les besoins d'aménagement d'habitat.	CARSAT
2	Développer des actions « d'aller vers » pour repérer les risques liés aux logements. Intégrer de cette thématique dans le schéma départemental de l'autonomie 2023-2027.	CFPPA de l'Aisne, CD de l'Aisne
2	Soutenir le déploiement des actions du CICAT de l'Oise. Soutenir le « parcours habitat » déployé par SOLIHA.	CARSAT, CD de l'Oise

3	Accompagner les SAAD dans le développement de l'utilisation des AT par les professionnels intervenant auprès des personnes ainsi que dans le repérage des besoins en aides techniques.	CD du Nord
3	Favoriser la réduction du reste à charge sur les aides techniques : reste à charge financé par les CFPPA ou les CD.	CFPPA de l'Aisne, CD de l'Oise, CD du Nord, MSA du Nord Pas de Calais
3	Informers les professionnels sur les prises en charge d'aides techniques.	CARSAT, CD de l'Oise, CD du Nord, CFPPA de l'Aisne
4	Développer des actions d'éducation à la santé et APA autour des patients chuteurs neurologiques auprès de la plateforme régionale d'accompagnement PARC-SeP. Mettre en place une animation territoriale, par des référents MSS et des coordonnateurs de filières gériatriques pour structurer l'accès à l'APA en lien avec les dispositifs gériatriques.	ARS, DRAJES
4	Prioriser les nouveaux projets autour de l'APA/ la nutrition/ la chute.	CD de l'Oise
4	Soutenir et renforcer les 17 équipes ESPRAD (ergo/psychomot/diet/psycho/IDE) intervenant en ville.	ARS
4	Lancer un appel à projet participatif pour 2023-2024.	CFPPA du Nord
5	Réduire le reste à charge avec tarifs préférentiels pour les bénéficiaires de l'APA (prise en charge de l'abonnement possible au titre des aides techniques dans le plan APA ou PCH).	CD du Nord
5	Prendre en charge de l'abonnement de téléassistance à hauteur de 50% (dans la limite de 5 euros/ mois) et du forfait d'installation (15 euros) sous conditions de ressources.	MSA Nord Pas de Calais
5	Réduire le reste à charge dans les plans d'aide.	CARSAT
T	Organiser une journée régionale sur la prévention des chutes à l'intention des professionnels et des usagers.	ARS
T	Informers au travers des sites dédiés.	CARSAT
T	Sensibiliser les SSIAD et les 42 ESA à la chute au domicile.	ARS
T	Sensibiliser l'ensemble des EHPAD à la prévention de la chute en établissement grâce aux ESPREVE (Equipes spécialisées de prévention inter EHPAD)	ARS
T	Intensifier la formation et de la sensibilisation des travailleurs sociaux afin qu'ils puissent permettre aux adhérents d'être soutenus dans le recours aux aides techniques et à l'aménagement de leur logement.	MSA Nord Pas de Calais

Partenariat et Organisation

Référent du plan : Docteur Marguerite-Marie DEFEBVRE - Service PRS/ Direction de la Stratégie et des Territoires en copilotage avec la direction médico-sociale, Mme DREMAUX Fanny

Principaux partenaires : CARSAT, ARS, CD, MSA Nord Pas de Calais et Picardie, DRAJES, AGIRC-ARRCO.

Pilotage :

- Un comité de pilotage régional institutionnel avec la CARSAT Hauts de France, les Départements, les MSA, la DRAJES, l'AGIRC-ARRCO,
- Un comité de suivi régional des professionnels et usagers de la région (40 membres)
- Des référents scientifiques : les universitaires de gériatrie.

ARS Ile-de-France

Constats et Objectifs

Constats : Le vieillissement de la population est moins prononcé en Ile-de-France qu'au niveau national, mais le nombre de personnes de + de 65 ans est le plus important : 1,5 million. La situation est contrastée entre le 8 départements. Paris est le département où la part des 80 ans et plus vivant seuls est la plus élevée (57,1%).

Rappel des objectifs prioritaires du Plan :

- 2201 séjours hospitaliers pour chute des personnes âgées, -222 décès dus à une chute

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

- Mobiliser l'ensemble des acteurs impliqués dans le champ de la personne âgée dans une démarche de transversalité et de coopération.
- « Aller vers » les publics les plus éloignés des dispositifs et des séniors par des dispositifs de prévention de la chute.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Développer le programme ICOPE en identifiant et en formant la population cible et en formant les professionnels (6500 seniors).	CFPPA du 92 et 93
1	Développer le programme « Garder l'équilibre » en intégrant le programme Solid'Age.	Géront'IF, CFPPA
1	Communiquer sur « Les bons gestes en cas de chute » via le site internet AMELI.	PRIF, CPAM
1	Développer l'activité d'Hôpitaux de jour dans le cadre de la prévention des chutes.	ARS, 2 HDJ par département
1	Mettre à disposition des professionnels la boîte à outils « ParaChute ».	ARS
2	Développer le dispositif « Bien chez soi » : développer l'expertise et déployer la campagne de communication.	Prif, Département 77 et 93
3	Former les évaluateurs APA aux risques de chute par des professionnels ergothérapeutes et favoriser la visite du domicile par un ergothérapeute.	Conseils départementaux
3	Favoriser l'apprentissage des aides techniques à la mobilité lors des soins en lien avec les intervenants du domicile.	URPS kiné, URPS pharmacie, SSIAD
3	Proposer un accompagnement au domicile en sortie d'hospitalisation ou SSR avec une offre d'accompagnement global : heure d'aide à domicile, bilan d'ergothérapie, bilan nutritionnel.	CNAV Île-de-France, AGIRC ARCCO

3	Déployer les Unités péri-opératoires gériatriques en Ile de France : 19 en 2022. AAP pour étendre les fonctions des UPOG à la chirurgie programmée et d'autres disciplines chirurgicales.	ARS, ESMS avec un service de gériatrie, GéronD'if, Observatoire Régional de la Chirurgie Ambulatoire
3	Informers les professionnels et les aidants sur les centres d'information et de conseil sur les aides techniques (CICAT).	CNAM, CNSA
3	Déployer le kit opération autonomie. ADAPTIA : ateliers de prévention à destination des professionnels, des aidants et des PA à domicile.	PRIF, Départements : 75, 78, 91, 92
3	Proposer aux personnes âgées des solutions pour pallier les difficultés de mobilité dans un cadre urbain.	RVAA, CFPPA
4	Diffuser des informations sur les solutions et l'offre existante en AP et accompagner la mise en place des référents AP en ESMS.	ARS, AM, URPS, DRAJES, MSS et Centres Prescri'forme, DAC, Collectivités territoriales, ESMS
4	Lancer un nouvel appel à candidature APA porté par l'ARS pour les ESMS.	ARS IDF et cofinanceurs (CD, Assurance Maladie...)
4	Améliorer la visibilité des MSS, les accompagner dans leurs missions d'animation territoriale et diffuser massivement le guide « Vie-eux ».	DRAJES, ARS, MSS
5	Communiquer auprès des collectivités territoriales sur les outils de téléassistance et convaincre les partenaires institutionnels et professionnels de l'intérêt des outils.	ARS, CFPPA
5	Intégrer un panier de prestations télésurveillance à tarifs modérés à destination des usagers.	Collectivités territoriales, ARS

Partenariat et Organisation

Référent du plan : Christophe Grandin (Département Organisation de l'offre pour personnes âgées).

Principaux partenaires : GEROND'IF, PRIF, CFPPA, CD, URPS, RVAA, MSS, DRAJES, collectivités territoriales, ESMS, CNAM, CNSA, SSIAD, Agirc-Arrco.

Pilotage :

- Au niveau régional : le pilotage des actions à visée régionale est réalisé en partenariat avec le GéronD'IF, l'ARS et les représentants des CFPPA.
- Au niveau départemental : le pilotage est réalisé par la CFPPA associant les CD, les ARS et les représentants des professionnels.

L'évaluation du plan antichute consistera à mesurer 2 types d'impact :

- L'appréciation des actions mises en œuvre sur les territoires. Les indicateurs devront être identifiés au niveau territorial par le groupe de pilotage. L'objectif est d'avoir une appropriation et une appréciation des actions engagées au plus près des besoins des personnes et du terrain.
- La prise en compte des indicateurs objectivés sur la base de la réduction de 20 % du nombre d'hospitalisation ou passage aux urgences liées et de 20 % du nombre de décès liés aux chutes chez les personnes âgées. Ce point sera pondéré au regard des déclarations de chute par les professionnels de santé qui risque d'augmenter du fait de la communication sur le plan et la diffusion des outils de prévention.

ARS Martinique

Constats et Objectifs

Rappel des objectifs prioritaires du Plan :

- 63 séjours hospitaliers pour chute des personnes âgées, -7 décès dus à une chute.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

- Capitaliser sur les actions de prévention ayant fait preuve de leur efficacité et les diffuser,
- Identifier des actions complémentaires et voire innovantes.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

En cours

Partenariat et Organisation

Référent du plan : Gina Urbino (DOSa, DDA).

Principaux partenaires :

Pilotage : Plan définitif au 1^e trimestre 2023.

Points d'étape :

- Information du « grand public » de la démarche avec présentation officielle du plan antichute
- Installation d'une gouvernance en concertation et en coresponsabilité, sous pilotage de l'ARS.
- Déclinaison des priorités d'actions de santé publique et de prévention de la perte d'autonomie dans le cadre du projet régional de santé.
- Elaboration d'un plan local triennal (Trimestre 1 2023) avec indicateurs de suivi.

ARS Mayotte

Constats et Objectifs

Constats : En 2022, la population de Mayotte s'élève à 288 926 habitants. Parmi cette population, 4% a plus de 60 ans.

Rappel des objectifs prioritaires du Plan :

- 6,2 séjours hospitaliers pour chute des personnes âgées et - 1 décès dus à des chutes.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

Le plan antichute s'inscrit dans les priorités d'action de santé publique et de prévention de la perte d'autonomie de l'ARS Mayotte. Les objectifs du Plan s'ancrent dans ceux du PRS 2023-2027 :

- Favoriser l'accès aux droits des personnes âgées,
- Soulager les aidants tout en maintenant leur implication dans la prise en charge des personnes âgées,
- Améliorer la prise en charge des personnes âgées.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Mettre en place un projet d'accompagnement personnalisé avec une évaluation des risques de chute.	
1	Renforcer le déploiement des UTAS avec accompagnement sur la sensibilisation et la prévention des chutes.	UTAS (unités territoriales d'action sociale)
2	Simplifier la demande d'aménagement du logement via une convention CSSM et SOLIHA Mayotte.	CSSM, SOLIHA Mayotte
4	Mettre place de dispositifs d'APA par les SAAD.	SAAD, kinésithérapeutes
4	Mettre en place le fitness « coco ».	CCAS
5	Renforcer le déploiement de la téléassistance.	SAAD, CCAS, Fondation de France, SMUR
5	Assurer une meilleure formation des familles d'accueil.	Conseil départemental

Partenariat et Organisation

Référent du plan : Patrick Boutie (DOSA, par intérim).

Principaux partenaires : CFPPA, CD, CSSM, SMUR, URPS MK, SAAD, CCAS, SOLIHA...

Pilotage : Pas de COPIL spécifique. Choix fait d'une coordination et d'une coopération avec l'ensemble des parties prenantes du territoire.

Evaluation : Via l'évaluation des objectifs du PRS, avec une évaluation rigoureuse des actions en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

ARS Normandie

Constats et Objectifs

Constats : Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 22,3 % de la population normande (soit environ 706 000 personnes), cela représente 1,5 point de plus qu'en France métropolitaine. La démographie des 65 ans et + est très inégalement répartie sur le territoire. Cette part est particulièrement importante en Basse-Normandie et notamment dans les départements de l'Orne et de la Manche.

Rappel des objectifs prioritaires du Plan

- 1659 séjours hospitaliers pour chute des personnes âgées, - 105 décès dus à une chute.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

- Recenser les acteurs, repérer les innovations, soutenir les expérimentations et les actions probantes,
- Renforcer la communication et les outils de sensibilisation auprès des professionnels et des usagers,
- Fédérer les acteurs de prévention.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Organiser des journées de sensibilisation des professionnels et des usagers (Silver day et assises nationales du vieillissement).	Gérontopôle ARS et partenaires de la prévention
1	Mobiliser les Equipe Sanitaire d'Appui et école d'ergothérapeutes.	Equipe Sanitaire d'Appui, école d'ergothérapeutes.
1	Réaliser avec Qual'Va (réseau Normand qualité santé) des outils de sensibilisation pour les professionnels.	GT : Gériatre, médecin MPR, ergo, SPASAD, EHPAD
1	Valoriser les actions « parcours du chuteur » portées par Filière de Soins Gériatrique (acquisition de semelles FeetMe).	GHT VAL de Seine plateaux de l'Eure (incluant la CPTS, HDJ, ergo des EMGD, SPASAD, ESA)
1	Encourager la conciliation médicamenteuse (ville-hôpital).	OMEDIT/ARS
2	Organiser les assises de la motricité des PA (intervention d'ergo sur cas concrets et modalité d'intervention selon plan d'action défini).	Gérontopôle, CARSAT, CD
2/3	Communiquer par la création d'un site internet et d'un guide par département.	Gérontopôle, CARSAT, CD
2/3	Prévoir des sessions de sensibilisation à destination des professionnels (secrétaires de mairie, CCAS, CLIC....) pour guider et accompagner les usagers.	Gérontopôle, CARSAT, CD

2/3	Créer une cartographie, un annuaire des professionnels et un guide à destination des professionnels pour faire connaître l'existant sur le territoire.	Gérontopôle
3	Soutenir le développement des ressourceries d'aides techniques.	CD, associations
4	Créer un annuaire (ASEPT Normandie, SIEL BLEU, EPGV Normandie ...).	Gérontopôle
4	Recenser et renforcer l'accès aux différents plateaux techniques et à l'AP.	Gérontopôle
4	Soutenir des MSS.	Gérontopôle, MSS, STAPS
5	Identifier les dispositifs, recenser les solutions existantes ou les besoins notamment pour les personnes n'ayant plus la capacité d'utiliser les dispositifs actuels, communiquer.	Gérontopôle, ARS et leurs partenaires

Partenariat et Organisation

Référent du plan : GARCES, Carole (DA) ; CVETOJEVIC, Déborah (DA)

Principaux partenaires : Gérontopôle, MSS, CD, OMEDIT, EHPAD, GHT VAL de Seine, CARSAT...

Pilotage :

- La coordination régionale est confiée à l'ARS, 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 URPS, les établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux et les représentants des usagers du territoire.
- COPIL composé de l'ARS, des CD, des CFPPA, du Gérontopôle, de la CARSAT, des associations usagers, de la FSG et des CPAM.

Evaluation :

Etude épidémiologique et activité des établissements de santé (PMSI), CPOM, bilan annuel des filières géronto-gériatriques.

ARS Nouvelle Aquitaine

Constats et Objectifs

Constats : 694 actions repérées par l'ORS NA sur les 6 axes du plan antichute.

Rappel des objectifs prioritaires du Plan :

-3532 séjours hospitaliers pour chute et -229 décès dus à des chutes.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

- Le maintien de l'autonomie des personnes âgées,
- La réduction des dépenses de santé,
- L'accélération du virage domiciliaire,
- L'intensification de la politique de prévention pratiquée par les professionnels de santé.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

A ce jour, l'ARS Nouvelle Aquitaine a rendu un rapport étape expliquant leur stratégie à venir et les instances de comitologie. Il n'y a pas d'actions concrètes à présenter à ce stade.

Départements pilotes :

- Les Landes (Repérer les risques de chutes et alerter, Favoriser la téléassistance)
- Les Deux-Sèvres (Promouvoir l'activité physique et l'APA).

Expérimentation ICOPE portée par la DAC 17 et une CPTS de Haute Corrèze.

Partenariat et Organisation

Référent du plan : Amély PORTRON (Responsable du Département Vieillesse et Processus médico-social à l'ARS)

Principaux partenaires : Gérontopôle, CD, CFPPA, CARSAT, Mutualité Française, Fédération régionale des DAC, Agirc-Arrco, conseil régional NA...

Pilotage et évaluation :

- COPIL : ARS, CD, CFPPA, partenaires volontaires en fonction des axes. Il existe un COPIL local pour chacun des axes du Plan, avec l'implication de différents acteurs et territoires pilotes.
- COSTRAT (deux fois par an) : représentants régionaux des membres des CFPPA (CD, DDARS, Assurance maladie, Mutualité française, régimes de retraite et retraite complémentaire, DREAL, Agence Nationale de l'Habitat...), opérateurs régionaux dans le champ de l'aménagement et de l'adaptation du logement, GIHP NA, URPS, fédérations représentatives des établissements sanitaires et médico-sociaux, Association Nationale Française des Ergothérapeutes, France Asso santé, usagers désignés par la CRSA, Gérontopôle, fédération régionale des DAC, représentant des CPTS...

ARS Occitanie

Constats et Objectifs

Constats :

Les plus de 65 ans au niveau national représentent 20% de la population, contre 22% en Occitanie : les départements ruraux ont une part de la population de plus de 65 ans supérieure ou égale à 25%. En nombre, l'Hérault recense toutefois plus de 252 000 personnes de plus de 65 ans. 40% des personnes de plus de 65 ans vivent seule en Occitanie.

Rappel des objectifs prioritaires du Plan :

-2683 séjours hospitaliers pour chute et -195 décès dus à des chutes.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

- Modéliser le parcours de santé de la prévention des chutes pour les personnes de + de 65 ans,
- Définir et décliner la thématique « chute » pour la partie variable du RAMEHPAD 2023 : mobiliser les EPS PA ressources puis l'ensemble des EPS PA de proximité pour déployer les actions,
- Identifier et valoriser les actions existantes permettant de répondre à l'objectif de réduction de chutes pour les PA sur chaque axe, principalement pour les personnes seules à domicile et celles vivant en EHPAD.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

L'ARS Occitanie n'a pas encore finalisé son plan régional et propose pour l'heure une approche populationnelle, plutôt que par axe.

Population	Action	Porteurs et partenaires
Les personnes de 65 ans et plus, autonomes vivant au domicile	Elaborer des Parcours Personnalisés de Coordination en Santé (PPCS) mobilité.	Gérontopôle, CARSAT, caisses de retraite complémentaire inter-régime, professionnels de l'APA
Les personnes de 65 ans et plus, dépendantes vivant au domicile (GIR 1 à 4)	Repérer les acteurs à domicile pouvant réaliser un repérage du risque de chute.	CD, professionnels intervenants au domicile des personnes âgées
Les personnes de 65 ans et plus, dépendantes vivant en EHPAD	Développer des démarches qualité dédiés aux professionnels des EHPAD.	Equipes Parcours Santé Personnes Agées du CHU de Toulouse, Siel Bleu, Capacity

Départements pilotes : Hérault, Tarn, Lot et Haute-Garonne.

Expérimentation ICOPE portée le Gérontopôle du CHU de Toulouse.

Partenariat et Organisation

Référent du plan : Sébastien Delbès (cadre référent domicile, DOSA ARS Occitanie)

Principaux partenaires : Gérontopôle, CD, CFPPA, URPS, CPTS, DAC, mutuelles, EPSPA, MSS...

Pilotage :

- Pilotage DOSA/DSP.
- Comité de suivi ARS avec le DD.
- Pas de Copil spécifique mais rencontres bilatérales avec les acteurs (CARSAT, CD, URPS, CPTS, DAC, mutuelles...) ou au sein des instances existantes.
- Appui d'experts.

Evaluation :

- Evaluation pour chaque action, pas d'instance d'évaluation du plan régional.

ARS Pays de la Loire

Constats et Objectifs

Rappel des objectifs prioritaires du Plan

-1 081 séjours hospitaliers pour chute et -119 décès dus à des chutes.

Objectifs intermédiaires, quantitatifs ou qualitatifs :

- Favoriser l'échange des pratiques, permettre le suivi du plan, activer les leviers, faire remonter les difficultés et dysfonctionnements. Au besoin, ajuster la feuille de route,
- Réaliser une enquête de terrain en 2023 : évaluation de la campagne de communication sur les changements de comportements,
- Assurer une couverture globale du territoire par le plan.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Porteurs et partenaires
1	Poursuivre le déploiement de Hotlines pour avis gériatrique pour les professionnels.	CHU Angers, autres CHU et CH
1	Déployer le repérage des chuteurs via les partenariats en cours avec les SDISS.	SDISS Mayenne, CCAS Laval, EAAR Centre-Mayenne, CHU Angers, SDIS49
1	Réaliser une campagne d'information pour rappeler que la visite longue et complexe est un outil qui permet le repérage de risques dont la chute (extension de la visite longue à 75 ans pour les personnes à risque de chute).	URPS médecins
1	Développer l'Éducation Thérapeutique Patient chuteur à l'instar du CHU d'Angers au sein du service de Gériatrie.	CHU Angers
1	Repérer le risque de chute par le vecteur des plateformes d'accompagnement et de répit apportant un soutien aux proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie.	
2	Systématiser le diagnostic en ergothérapie pour une amélioration adaptée de l'habitat.	DREAL ou ANAH pour Ma prime Adapt', Caisses de retraite, CD, CFPPA, Ergothérapeutes, EAAR, Domus Prévention, Merci Julie, Accompagnateurs Rénov'...
2	Favoriser « l'aller vers » par le développement à plus grande échelle d'événements et d'outils présentant des solutions d'amélioration de l'habitat et des aides techniques.	CFPPA, SOLIHA, MSA Loire-Atlantique-Vendée
2	Former les acteurs du domicile aux adaptations du logement et aux aides techniques.	FESP, Synerpa Domicile, UNA, ADMR, FEPEM, OPCO Uniformation, organismes de formation des SAAD (Auxilea, Expersona, IPERIA, Afortis)

2	Prendre en compte la prévention de la chute dans l'adaptation / construction du bâti quel que soit le lieu d'habitation (EHPAD, domicile...).	ENSA, CAUE, DREAL
2	Sensibiliser les bailleurs sociaux et les constructeurs-promoteurs privés à la conception/rénovation d'habitats concourant à la prévention des chutes.	DREAL, USH, ENSA, ergothérapeutes
3	Développer des actions interprofessionnelles sur la pertinence et l'accompagnement des aides techniques (dialogue médecins/pharmaciens).	Inter URPS, ARS
3	Déployer sur tout le territoire régional des systèmes de prêt d'aides techniques et de mise à disposition de matériel reconditionné.	CD, magasins de matériel médical
3	Accompagner les démarches administratives pour faciliter l'accès aux aides techniques.	CFPPA 44
4	Renforcer la communication autour de la plateforme sport-santé « On y va ! » (Élargissement aux personnes présentant un état de santé pour lequel l'activité physique a des effets bénéfiques prouvés).	SRAE Nutrition, plateforme « On y va ! », inter URPS, ARS
4	Favoriser les mobilités actives au sein des territoires via le FATI (fonds d'appui pour des territoires innovants) pour les collectivités.	FATI, CNSA/RFVAA, SRAE Nutrition, collectivités locales
4	Ouvrir les séances d'APA dans les EHPAD et habitat intermédiaire aux habitants du territoire.	ARS, CD, municipalités, AHPAD, municipalités, prestataires APA, associations
T	Créer un comité scientifique chargé de faire une veille documentaire et de transmettre les nouveautés aux partenaires, professionnels, au grand public.	Gérontopôle, CHU
T	Informier sur les formations à la prévention des chutes à destination des professionnels de santé sociaux et médico-sociaux et aux aidants non professionnels : MOOC Chute à destination des professionnels des ESMS.	Universités et organismes de formation, OPCO Santé, Unifformation et autres organismes de formations

Expérimentation ICOPE, autres expérimentations :

- Expérimentation ICOPE portée par le Gérontopôle, les GHT du 44 et 49.
- Autre expérimentation : enquête Vraiment Vraiment avec la DITP (boîte à outils et téléassistance) en Mayenne.

Partenariat et Organisation

Référente du plan : Elodie PERIBOIS (Directrice adjointe de l'ARS Pays de la Loire)

Principaux partenaires : Gérontopôle Pays de la Loire, CD, CFPPA, caisses de retraite (CARSAT, AGIRC ARRCO, Malakoff Humanis), universités, SRAE Nutrition, SRAE Sensoriel, GCS E-santé, Comité régional des usagers, DREAL, FFB, CAPEB, USH...

Pilotage : COPIL régional, instances opérationnelles départementales.

ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Constats et Objectifs

Rappel des objectifs prioritaires du Plan : la diminution de 20% des chutes entraînant une hospitalisation ou un décès représente 1 895 séjours hospitaliers et 167 décès de moins par rapport aux chiffres actuels (respectivement 9473 et 837).

La région PACA est très concernée par la question du vieillissement. En 2022 (données INSEE), 3 habitants sur 10 sont âgés de 60 ans ou + (30,2% vs 27,2% en France métropolitaine), 1 habitant sur 8 est âgé de + de 75 ans. Le Var et les Alpes-de-Haute-Provence ont la population la plus âgée. En 2040, la région devrait compter 1 79 millions de plus de 60 ans dont 910 000 personnes âgées de plus de 75 ans.

Les femmes et les personnes vivant seules font partie du public cible nécessitant des actions spécifiques.

Les enjeux régionaux : le vieillissement de la population en PACA a été pris en compte dans le plan régional de santé 2018-20232 (PRS 2) sous l'angle du parcours des personnes âgées. Parmi les objectifs figurent en particulier :

- Prévenir la perte d'autonomie et anticiper les ruptures de parcours
 - Renforcer, adapter et sécuriser le maintien à domicile
 - Poursuivre l'adaptation de établissements de santé à la spécificité des personnes âgées
- > Le Plan triennal antichute des personnes âgées permet d'identifier des leviers qui alimenteront les travaux d'élaboration du PRS 3.

La mobilisation sur les axes d'intervention : actions marquantes

Axe	Action	Pilotes
1	Poursuivre le déploiement des infirmières de gériatrie aux urgences. Dispositif IGU : coordinateur soignant de la prise en charge gériatrique aux Urgences	ARS PACA, Institution, Service des urgences, Équipe Mobile de Gériatrie, Gériatrie
1	Outils et dispositifs de repérage et alerte : déclinaison à domicile Grille FRAGIRE couplée à Fiche logement, avec la mobilisation d'ergothérapeutes	CARSAT, ergothérapeutes (CREEDAT), opérateurs habitat, bailleurs sociaux
1	Créer et promouvoir un outil d'information et d'accompagnement des aidants dans l'activité corporelle des personnes âgées : Mise au point d'une méthode et d'un support digital soutenant les interactions permettant aux aidants de s'impliquer dans l'accompagnement du soutien des compétences psychomotrices et de disposer d'un support d'interaction dans l'entourage familial et professionnels. Création d'un guide à l'initiative du SNUP	SNUP (Syndicat national d'union des psychomotriciens), gérontopole

2	Déploiement d'aides techniques dans le cadre du dispositif OSCAR d'heures d'accompagnement et de prévention à domicile et d'un forfait de prévention.	CARSAT
3	Renforcer et pérenniser les Equipes Locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques (EqLAAT)	CREEDAT, CH de GRASSE avec : professionnels de santé, MDPH, CPAM, CARSAT, Caisse de retraite
4	Systématiser des programmes APA dans les EHPAD, les résidences autonomie et à domicile pour les personnes âgées et les aidants	Siel Bleu, A chacun son sport, ASEPT, CHI Fréjus St Raphaël avec : EHPAD, Résidence autonomie, Pôle sénior, Maison du Bel âge, CCAS, Maison sport santé, Espace sport santé social
T	Promouvoir les relations partenariales (professionnels de santé) Ville/ hôpital pour diminuer les risques de chutes liées à la iatrogénie médicamenteuse : Mettre en place des groupes de travail réunissant des professionnels de la ville et des hôpitaux Pharmaciens, Médecins, IDE, IPA, IDEG, sur la continuité thérapeutique lors des sorties d'hospitalisations et favoriser la signature de protocoles	Pilote : OMEDIT Partenaires : Professionnels de santé ville et URPS Pharmaciens, URPS Médecins, URPS IDE, URPS kinésithérapeute, CPTS, MSP, Hôpitaux, établissements de santé. Contributeurs : CRES

Expérimentation ICOPE portée par la Mutualité Française et les CPTS PACA.

Partenariat et Organisation

Référent du plan : Christine Cassan (direction de l'ARS PACA)

Principaux partenaires

CRES, Gérontopôle Sud, CD, CFPPA, CARSAT, URPS, OMEDIT, APHM, Siel Bleu, Agirc-Arrco, Asept, Présence Verte, Mutualité Française...

Pilotage :

- COPILOT : CRES, ARS, Expertise Gérontopôle Sud, CD, CFPPA, URPS, APHM, Siel Bleu, Agirc-Arrco, Asept, Présence Verte, Mutualité Française.

Suivi et évaluation :

A noter, une sélection bibliographique riche réalisée par le CRES PACA sur la thématique prévention de la chute des personnes âgées, nationale et locale, est à disposition des partenaires.

A construire :

- Une évaluation relative au suivi de la mise en oeuvre du plan. Elle sera conduite par les structures en charge de sa coordination, en lien avec l'ARS et le comité de pilotage ;
- Une évaluation relative à chaque action mise en oeuvre par les acteurs de la région, pour impacter le nombre de chutes. Elle sera conduite par les porteurs d'action ;
- l'évaluation du plan, de son impact sur le nombre de chutes en région et de l'atteinte de l'objectif de réduction de 20%. Elle sera conduite par l'ARS, au terme des 3 années du plan.