



« Bon pied, bon œil, ... la chute à domicile »



Janvier 2013

État des lieux des enjeux sociétaux

Adhérents TASDA :
Demandez la
présentation des
enjeux et limites des
offres du marché des
systèmes d'alerte en
cas de chute
contact@tasda.fr

Résumé

Etat des lieux des enjeux, facteurs de risque, et conséquences de la chute chez la personne âgée vivant à domicile. Les actions de prévention et la carte des acteurs locaux sont aussi recensées.

Sommaire

1	<u>PREAMBULE</u>	<u>3</u>
2	<u>INTRODUCTION</u>	<u>3</u>
2.1	DEFINITIONS.....	3
2.2	QUELQUES CHIFFRES.....	4
2.2.1	LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES	4
2.2.2	LES CHUTES, EN FRANCE.....	4
2.2.3	LES CHUTES, EN RHONE-ALPES	5
2.3	TYPLOGIES DES CHUTES ET LOCALISATION	6
3	<u>CAUSES: FACTEURS DE RISQUES</u>	<u>7</u>
3.1	DIMINUTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET DES CAPACITES SENSORIELLES.....	7
3.2	LES HABITUDES ALIMENTAIRES	7
3.3	LES MALADIES MULTIPLES	8
4	<u>CONSEQUENCES DES CHUTES</u>	<u>9</u>
4.1	CONSEQUENCES PHYSIQUES	9
4.2	CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIALES.....	10
5	<u>PREVENTIONS</u>	<u>10</u>
5.1	ADAPTER LE LOGEMENT	10
5.2	PARTICIPER A DES ACTIVITES PHYSIQUES ET COGNITIVES.....	11
5.3	ETRE VIGILANT SUR LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE	11
5.4	BILAN DE PREVENTION	11
6	<u>CARTE DES ACTEURS DES POLITIQUES D'AIDE AU SOUTIEN A DOMICILE</u>	<u>12</u>
6.1	CONSEIL GENERAL DE L'ISERE (CG38)	14
6.1.1	GESTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE AUTONOMIE (APA)	14
6.1.2	LA MAISON DEPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE.....	14
6.2	CAISSES D'ASSURANCE SANTE ET RETRAITE	16
6.2.1	REGIME GENERAL.....	16
6.2.2	CAISSES DE SANTE ET DE RETRAITE DES REGIMES SPECIAUX	19
6.3	LES CENTRES COMMUNAUX D'ACTION SOCIALE	20
6.3.1	LE CCAS DE GRENOBLE	20
6.3.2	LES CCAS/CIAS DES AUTRES COMMUNES.....	20
6.4	MEDECINS (DE VILLE, D'HOPITAL, DE CENTRE DE PREVENTION, ...) ET RESEAUX DE SANTE	21
6.5	HOPITAL : ASSISTANCE SOCIALE INTERNE.....	21
7	<u>CONCLUSION: ENJEUX SOCIETAUX</u>	<u>21</u>

1 Préambule

Le présent document a été réalisé dans le cadre de la démarche BiVACS (« Bien Vivre son Autonomie Chez Soi »), qui propose la mise en place d'échanges et de rencontres entre les personnes en perte d'autonomie, les professionnels (de la santé, du médico-social, du social), les aidants familiaux, les industriels, financeurs... sur les technologies pour la santé et l'autonomie.

Il présente un état des lieux des enjeux sociétaux à propos des chutes, plus particulièrement des personnes âgées (mais les personnes handicapées ont également des besoins sur ce sujet), réalisé à partir de documents bibliographiques disponibles, articles, plaquettes éditées par les structures telles que INPES, CARSAT, CCAS, etc.

L'état des lieux comporte :

- une définition de la chute et quelques statistiques de cet événement
- une approche des causes et des conséquences faisant valoir son importance
- des recommandations pour la prévention et enfin des acteurs à mobiliser pour aider les personnes à domicile.

Tous ces éléments doivent permettre :

- aux groupes de travail BiVACS d'élaborer des recommandations pour une bonne utilisation des technologies de détection et d'alerte en cas de chute
- aux développeurs de solutions, de saisir les enjeux sur ce thème spécifique et comprendre le rôle des acteurs mobilisés sur ce sujet.

2 Introduction

2.1 Définitions

La chute correspond à l'action de tomber au sol de façon inopinée et non contrôlée par la volonté. Elle est associée à des déficiences sensorielles, neuromusculaires et ostéo-articulaires¹.

Dans la littérature, la définition de la « personne âgée » est généralement fondée sur le critère d'âge de 65 ans et plus. C'est celle-ci que nous retenons ici.

Bien que cet état des lieux soit principalement axé sur la chute du sujet âgé, nous rappelons que certains handicaps sont un facteur de risque et que chuter est un événement très préjudiciable pour ces personnes en situation de handicap (impossibilité de se relever sans aide, conséquences en terme de santé importantes). La problématique de la détection et de l'alerte en cas de chute concerne donc aussi ces personnes.

¹ Dargent-Molina P., Bréart G., Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1995; 43 (1): 72-83.

2.2 Quelques chiffres

2.2.1 Les données démographiques

En France, les perspectives démographiques poursuivent leur évolution dans des tendances déjà bien établies. Selon l'INSEE, « au 1^{er} janvier 2012, la France compte 65,35 millions d'habitants. Avec l'allongement de la durée de vie, la population française continue de vieillir. » Une petite fille sur deux naissant actuellement devrait être centenaire. « Les personnes de 65 ans ou plus représentent aujourd'hui 17,1 % de la population, soit plus de 11 millions de personnes (contre 16,0 % il y a dix ans) dont plus de la moitié sont âgées de 75 ans ou plus. Le nombre de personnes de 60 ans ou plus a crû de 22,6 % en dix ans et leur part dans l'ensemble de la population française est presque équivalente à celles des jeunes de moins de 20 ans (respectivement 23,5 % et 24,5 %) ».

De 2007 à 2015, le nombre de personnes de plus de 85 ans passera de 1,1 à 2 millions.

Et à l'horizon 2030, les personnes de 75 ans et plus représenteraient 12,3% de la population générale, soit plus de 8 millions de personnes.

2.2.2 Les chutes, en France

Dans les pays industrialisés, on estime qu'environ un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile chutent chaque année (Dargent-Molina et Bréart, 1995 ; Bourdessol et Pin, 2005²), ce qui correspond à plus de 2 millions de chutes par an en France³. La proportion de personnes ayant chuté augmente avec l'âge : 50% des personnes de plus de 85 ans vivant chez elles chutent une voir plusieurs fois par an.

Les femmes sont environ deux fois plus nombreuses à chuter que les hommes. Toutefois, après 80 ans, les proportions entre les sexes deviennent identiques (Dargent-Molina et Bréart, 1995).

Ces chutes constituent des causes de mortalité et de morbidité importantes (étude nationale Agirc-Arrco 2010) :

- Elles sont, chez la personne âgée, la première cause de mortalité accidentelle, ce qui représenterait 12 000 décès par an ;
- Vingt pour cent de ces chutes donnent lieu à une intervention médicale, 9 à 10 % d'entre elles occasionnant une fracture⁴ (du col du fémur le plus souvent) ;
- Elles sont invoquées comme motif de 30% des hospitalisations des personnes âgées, voire même 44% pour les sujets âgés de plus de 90 ans ;
- Et dans 40% des admissions en institution ;

² Bourdessol H., Pin S., Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, Référentiel de bonnes pratiques, INPES, mai 2005

³ Etude nationale 2010 des centres de prévention Agirc-Arrco - Préserver l'équilibre pour prévenir les chutes, Evaluation et perception des personnes accueillies dans les centres de prévention Agirc-Arrco.

⁴ GILLESPIE LD, GILLESPIE WJ, CUMMING R, LAMB SE, ROWE BH - Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly. The Cochrane Library 2000; Issue 1. 76. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE - Annuaire statistique des Maisons de repos et de soins 1993; 121:111, cité par Giard J., Tinel L., L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées, 2004, p.48

- Elles représentent la majeure partie des accidents de la vie courante chez le sujet âgés (84%) ;
- Et la première chute représente un évènement grave pour la personne.

Par ailleurs, dans plusieurs études (étude nationale Agirc-Arcco 2010 ; Stephan E. and al., 1995), le coût des chutes en consommation de soins a été évalué à plus de 1 milliard d'euros, estimation qui ne prend pas en compte le coût indirect des chutes (aide au domicile, placement en institution), soit un peu plus de 1% du budget de santé. Ces chiffres demanderaient d'être ré évalués et réactualisés.

2.2.3 Les chutes, en Rhône-Alpes

Selon l'enquête sur les accidents de la vie courante (EPAC) de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), il est estimé que 4 à 5% des personnes de plus de 65 ans ont recours aux urgences hospitalières chaque année pour raison de chute, soit entre 38 000 et 48 000 personnes en Rhône-Alpes. Deux chutes sur trois entraînent une hospitalisation ou un traitement prolongé. La région Rhône-Alpes présente des taux de mortalité par chutes accidentelles, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, beaucoup plus élevés que ceux de la France.

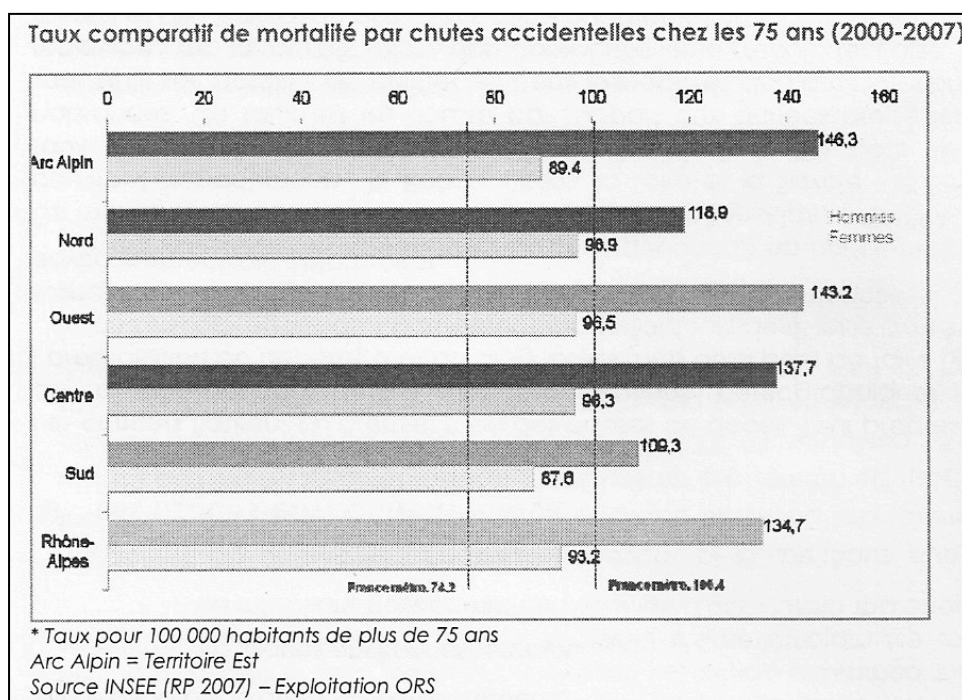


Figure 1 : Taux comparatif de mortalité par chutes accidentelles chez les 75 ans.

Par ailleurs, dans son plan stratégique, l'ARS Rhône-Alpes⁵ indique qu'entre 65 et 79 ans, 24% des personnes vivent seules et que cette part est de 45% chez les plus de 80 ans et plus. Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, neuf sur dix vivent en domicile ordinaire. Pour les personnes de 85 ans et plus, la part de personnes vivant en établissement reste minoritaire et correspond à un quart de la population. Au regard de ces caractéristiques de mode de vie, la notion d'accompagnement a tout son sens.

⁵ ARS Rhône-Alpes, Plan stratégique Régional de la Santé, 2011 - 2015

2.3 Typologies des chutes et localisation

Dans la littérature, deux types de chute regroupent les principaux cas de chute à domicile :

- la **chute brusque** due à une glissade, un obstacle ou à l'escalade d'une chaise
- la **chute « molle »** due à un déséquilibre de la personne qui se laisse glisser contre un mur ou bien qui s'appuie sur une chaise avant de tomber.

Les solutions technologiques permettant de détecter ces types de chutes n'ont pas les mêmes caractéristiques et seront développées ultérieurement.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁶ sur les chutes répétées, « les chutes surviennent le plus souvent au cours d'activités simples de la vie quotidienne telles que marcher, se lever d'une position assise, ou s'asseoir ».

Les chutes sont plus fréquentes (étude nationale Agirc-Arrco « préserver l'équilibre pour prévenir les chutes »)- données enquête sur les activités de la vie courante 2004/2005:

- au domicile (78% des chutes), que sur la voie publique / zones de transport (16%) et autres lieux (5%).
- au cours de la marche (69 % des chutes), puis activités vitales (11%), activités domestiques (8%), jeux et loisirs (5%), bricolage (1%) et activités sportives (<1%).

La localisation des chutes de ces personnes semble dépendre de trois facteurs que sont :

- l'âge : avec l'avancée en âge, la personne a tendance à chuter plus souvent à son domicile et la nuit (Lord, Ward *et al.* 1993) ;
- le sexe : les femmes chutent plus souvent à l'intérieur de leur domicile que les hommes (65 % *versus* 44 %) (Campbell and Spears 1990) ;
- le degré de fragilité : plus la personne est fragile, plus la chute survient à l'intérieur de son domicile.

Chez les personnes âgées qui vivent en institution, la chute survient le plus souvent dans la chambre et au cours de la journée (Rubenstein 2006).

⁶ HAS RBPP– Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées – Argumentaire – Société Française de Gériatrie et Gériatrie – avril 2009

3 Causes: facteurs de risques

3.1 Diminution de l'activité physique et des capacités sensorielles

Le vieillissement de l'organisme lié à l'âge affecte toutes les fonctions liées à l'équilibre et à la marche, et plus particulièrement :

- La fonte musculaire augmente au fil des ans et affaiblit particulièrement les muscles des membres inférieurs.
- La diminution de l'acuité visuelle et le rétrécissement du champ visuel dont souffrent les personnes âgées peuvent brouiller leurs repères.

Par ailleurs, la peur de la chute peut également engendrer une diminution des déplacements de la personne âgée, ce qui d'une part, participe à l'accélération de la diminution de ses capacités physiques, et d'autre part lui fait perdre peu à peu son autonomie.

3.2 Les habitudes alimentaires

Une enquête a été réalisée, en 2003, par une équipe du département d'Economie et Sociologie Rurales de l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA) sur les pratiques alimentaires de la population française de 60 ans et plus⁷.

Plusieurs facteurs viennent impacter ces pratiques alimentaires :

- La situation familiale (composition du ménage)

Dans l'enquête, la majorité (59%) des 60-69 ans de l'échantillon sont mariés ou concubins, alors que la majorité (63%) des 80 ans et plus sont veufs. Ces évolutions ont des répercussions sur l'alimentation, en particulier lorsque la solitude conduit à simplifier ou supprimer certains repas. Il a été constaté que la vie en couple favorise une alimentation diversifiée, alors que les personnes seules ont l'alimentation la moins variée.

- Le mode d'organisation pour les achats (type d'aide)

L'avancement en âge entraîne une délégation croissante des achats. Sortir faire ses courses, porter des sacs lourds, sont de moins en moins le ressort des personnes vieillissantes. Selon le type d'aide (cohabitante, familiale, professionnelle ou de voisinage), la diversité des achats diffère : en effet, il a été remarqué que 42% des personnes aidées par une personne cohabitante ont une forte diversité d'achat alors que seulement 20% des personnes aidées par un aidant extérieur au domicile ont une même diversité d'achat.

- Les effets physiologiques du vieillissement

Ces effets se conjuguent aux effets physiologiques mis en évidence par les médecins (perte du goût, sensation de satiété, problèmes de mastication, etc.), qui insistent particulièrement sur les risques de dénutrition liés à une trop faible variété de consommation.

⁷ INRA, sciences sociales. Monotonie ou diversité de l'alimentation: les effets du vieillissement. N°5/02- septembre 2003.

La **dénutrition** est un facteur de risque et prédictif important en cas de chute.

Les personnes âgées dénutries sont en effet plus sujettes aux chutes par la faiblesse musculaire engendrée par la dénutrition. Par ailleurs, ces chutes sont souvent compliquées d'une fracture (col du fémur ou autre localisation telle que le poignet), car la dénutrition entraîne aussi une déminéralisation osseuse.

3.3 Les maladies multiples

Plusieurs maladies liées à l'âge peuvent accroître le risque de chute de la personne âgée. Toutes les affectations cardio-vasculaires sont responsables de baisses brutales de la tension et peuvent ainsi provoquer des chutes, précédées d'un malaise, d'un étourdissement ou d'une perte de connaissance. L'accident vasculaire engendre généralement une diminution des capacités motrices et sensorielles de la personne âgée, aggravant le risque de chute. Par ailleurs, il a été recensé que les personnes atteintes de troubles cognitifs chutent en moyenne deux fois plus fréquemment que les personnes âgées sans troubles cognitifs⁸. Il ne faut pas oublier les maladies articulaires comme l'arthrose ou l'ostéoporose qui entraînent une fragilisation des systèmes articulaires et osseux accroissant considérablement le risque de chutes et de fractures. La Société Scientifique de Médecine Générale, dans un rapport sur la prévention des chutes⁹, indique formellement que la prise concomitante de plus de 3 ou 4 médicaments (cardio-vasculaires, psychotropes et analgésiques) augmente le risque de chute.

Ce rapport reprend la synthèse, proposée par l'équipe de Berg en 1992¹⁰, des facteurs de risque intrinsèques des chutes :

- un âge supérieur à 80 ans
- des difficultés dans les activités de la vie quotidienne
- une mobilité réduite
- une maladie de Parkinson
- une démence, une confusion mentale
- une incontinence
- une perte de force du membre inférieur
- une acuité visuelle réduite
- des anomalies de marche
- une difficulté de se lever d'une chaise
- un état dépressif.

⁸ Guide cap retraite

⁹ Recommandation de bonnes pratiques sur prévention des chutes chez les personnes âgées. SSMG-IRE 2000

¹⁰ Berg RL, Cassel (eds)- The second fifty years. Promoting health and preventing disability Institute of Medicine National Academy Press Washington DC1992

En conclusion, l'étiologie d'une chute est souvent multifactorielle. Le risque de chute augmente de manière linéaire avec le nombre de facteurs de risque, de 8% sans facteur de risque à 78% pour 4 facteurs de risque ou davantage.

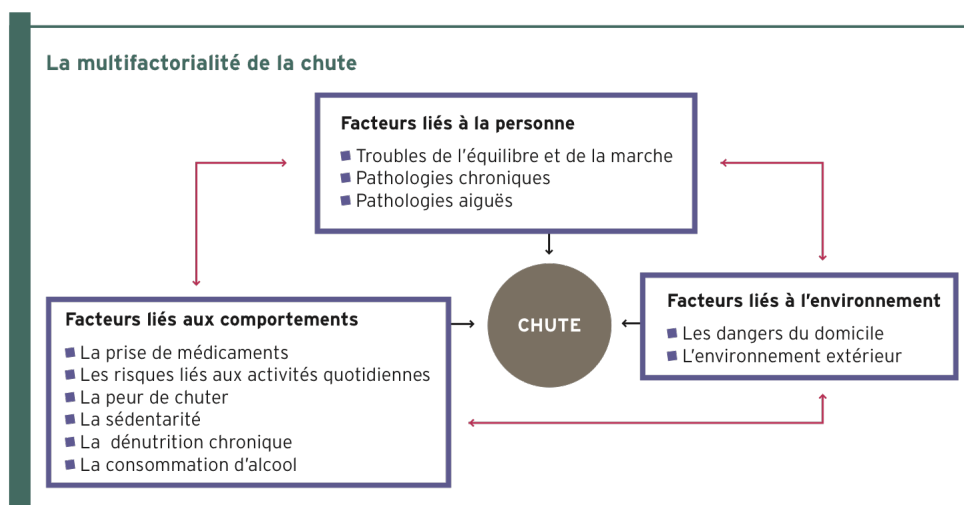


Figure 2 : La multifactorialité de la chute¹¹

4 Conséquences des chutes

En vieillissant, la gravité de la chute augmente. En plus des conséquences physiques, viennent s'additionner des conséquences psychologiques et sociales.

4.1 Conséquences physiques

Elles sont nombreuses et diverses. Il a été analysé qu'entre 8 à 10% des chutes seraient responsables de fractures (principalement fracture du col du fémur). Les conséquences dues à l'immobilisation au sol sont un facteur déterminant dans la diminution physique de la personne qui a chuté et qui ne peut donc plus bouger. La personne peut être alors en hypothermie, ou bien déshydratée ou bien n'a pas pu prendre ses médicaments. L'équipe de MJ Jacquot¹² rapporte que **lorsque la durée du séjour passée au sol dépasse une heure, la personne a deux fois plus de risque de mourir dans les 6 mois suivants.**

¹¹ Bourdessol H., Pin S., Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, Référentiel de bonnes pratiques, INPES, mai 2005, p.40

¹² Strubel D, JM Jacquot "Troubles posturaux du sujet âgé"; problème de médecine en rééducation; n°26. Pélissier J, Brun V, Enjalbert M - Masson ed. 1993; 203

4.2 Conséquences psychologiques et sociales

D'après la dernière étude du groupe Agirc-Arcco (citée précédemment), à la suite d'une chute, 21% des sujets déclarent que cet événement a changé leur vie et 43% ont peur de retomber. La littérature définit cet impact psychologique comme un « syndrome post – chute » et le caractérise par une spirale « infernale » de cause à effet : plus le nombre de chute augmente, plus la peur de tomber augmente, ce qui entraîne une diminution volontaire des activités physiques et par conséquent, une diminution des capacités physiques. La personne peut alors s'isoler, et surtout perd de son autonomie qui éventuellement la conduit à une institutionnalisation proche.

Cette étude précise, qu'en l'absence d'une prise en charge rapide, spécifique, multidisciplinaire et transdisciplinaire, de cette urgence gériatrique que représente ce syndrome, l'évolution se fera inexorablement vers un état grabataire irréversible.

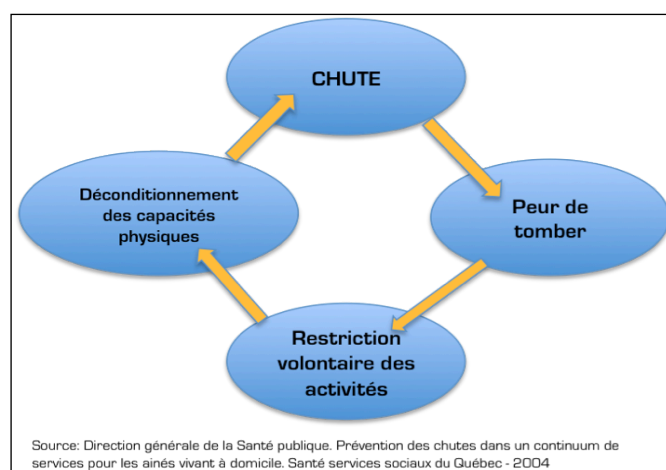


Figure 3 : Le syndrome post-chute

5 Préventions

5.1 Adapter le logement

Avant d'envisager une adaptation du logement, il est conseillé à la personne de marcher avec des chaussures adaptées (bon soutien du pied, pas de haut talon, etc.) et d'avoir à portée de main ses lunettes.

Pour le logement, les solutions sont diverses et commencent par des mesures de bon sens. Il s'agit de petits travaux comme, rouler les tapis, ne pas laisser les fils d'appareils trainer par terre, renforcer l'éclairage, ou bien encore poser des mains courantes. Des aménagements plus coûteux sont parfois nécessaires, comme la suppression des cloisons, l'installation d'une douche, la réorganisation des placards ou bien des pièces de vie, le changement du revêtement de sol (pose de tapis antidérapants), etc. Le coût moyen d'une telle adaptation

revient en moyenne à 5000€¹³ et des aides financières de l'Etat peuvent être obtenues pour couvrir une partie de ces dépenses. Celles-ci sont détaillées dans le chapitre 5.

5.2 Participer à des activités physiques et cognitives

L'activité physique joue un rôle essentiel sur l'ossature, la masse musculaire, l'endurance, la souplesse et la capacité cardio-respiratoire. Il est recommandé d'exercer des activités d'endurance régulièrement, en groupe et avec sagesse, comme la marche, la natation, la gymnastique douce, le Taï Chi.

La mémoire permet de capter, coder, conserver et restituer les stimulations et les informations que nous percevons. La mémoire a besoin d'être fréquemment sollicitée pour bien fonctionner le plus longtemps possible, et peut l'être facilement dans la vie quotidienne (ex. : lecture, mots croisés, scrabble, jeux de sociétés, faire nos comptes sans calculatrice, retenir des numéros de téléphone ou bien se mettre à l'informatique). Le sommeil ayant une action bénéfique sur la mémoire car nous retenons mieux grâce à un sommeil suffisant, doit être préservé.

5.3 Etre vigilant sur la iatrogénie médicamenteuse

De nombreuses personnes âgées ont de multiples maladies chroniques (ex. : cardio vasculaire, osseuse, etc.) requérant des prises de médicaments. Celles-ci peuvent être sources d'erreur. Chaque spécialiste n'étant compétent que dans son seul domaine et le médecin traitant ne touchant pas à ce que les spécialistes prescrivent, le nombre d'ordonnance s'accumule. On arrive ainsi à des prescriptions très complexes et chez les personnes âgées, une chute sur trois est d'origine iatrogène. Pour éviter cela, des piluliers « intelligents » commencent à être produits mais leur utilisation reste faible.

5.4 Bilan de prévention

Les centres de prévention administrés par le groupe de retraite complémentaire Agirc-Arcco¹⁴ (ex. : Centre de Prévention des Alpes à Grenoble) permettent de dépister les facteurs de risque de chute. Leurs actions se reposent sur une approche individuelle (bilan de prévention médico-psycho-social), et sur une approche collective (activités proposées aux personnes afin d'amorcer un changement de comportement). Les consultations des centres s'orientent vers l'analyse de certains facteurs de risque et plus particulièrement sur le niveau d'activité physique quotidien, l'instabilité posturale, les troubles cognitifs et les habitudes alimentaires de la personne. Une attention particulière est portée par les psychologues sur la crainte de chuter ou de retomber, ainsi que sur les capacités d'adaptation individuelles au vieillissement.

¹³ Article "Bon Pied, bon œil". Que choisir 495- septembre 2011

¹⁴ Etude nationale 2010 "Préserver l'équilibre pour prévenir les chutes": Evaluation des personnes accueillies dans les centres de prévention Agirc-Arcco

6 Carte des acteurs des politiques d'aide au soutien à domicile

FONCTION	ACTEURS
Obtenir un plan d'aides concret avec des services à la personne, des solutions techniques, des aménagements du logement et des aides financières, en sortie d'hospitalisation ou à domicile – après une évaluation des besoins	• La CARSAT détaille son aide au travers du Plan d'Actions Personnalisé (PAP) pour les personnes peu dépendantes (GIR 5 et 6). • Le Conseil Général détaille son plan aide avec le dispositif d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour les personnes plus dépendantes (GIR 1 à 4). • Le CCAS de la commune a parfois passé une convention avec le Conseil Général pour assurer la prestation d'évaluation des besoins, d'élaboration des plans d'aides et de suivi. • Les services d'action sociale des caisses de retraite complémentaire peuvent apporter des aides financières pour accompagner la perte d'autonomie. • L'ANAH soutient financièrement des adaptations de logement pour le maintien à domicile. • Le Pact Isère : aide dans la réalisation de travaux du logement • Habitat et Développement : réseau au service de l'amélioration de l'habitat et des conditions de vie.
Participer à des actions de prévention	• Le CCAS de la commune organise ou coordonne des actions de prévention. • Le service social de la CARSAT propose des conférences, ateliers mémoire, une information aux aidants. • Les services d'actions sociales des caisses de retraites complémentaires organisent des actions de prévention, des bilans gériatologiques. • Des associations telles que la Fédération française <i>EPMM Sports pour tous</i> (www.sportspourtous.org) ou SIEL Bleu (www.sielbleu.org) proposent aux seniors des programmes de prévention des chutes basés sur des ateliers de développement de l'équilibre, combinés à des conseils de prévention sur la nutrition et les comportements à risque.
S'appuyer sur des « relais »	• les médecins traitants, les réseaux de santé, les intervenants à domicile, les centres hospitaliers (infirmiers, aides soignants, etc.) connaissent les dispositifs d'aides ou les lieux/personnes auxquelles il faut s'adresser

FONCTION	ACTEURS
S'informer d'une façon générale	Des guichets d'entrée
	- MDA (information, formation sur les aides techniques), CCAS, Mairie - Isère Education santé (CODES38, anciennement appelé ADESSI)
	Des lieux de visites et d'exposition en Isère
	- MDA - Isère Education Santé Dans le Rhône, le CRIAS Mieux Vivre (<i>Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques</i>) gère un appartement de démonstration d'aides techniques et technologiques (Octologis) à Lyon
	Des sites web
	- aides techniques / technologiques: → Handicat : http://www.handicat.com/ → Handicap : http://aides-techniques.handicap.fr → Cerahtec : http://www.cerahtec.sga.defense.gouv.fr → Hacavie : http://www.hacavie.com → tous ergo : http://www.tousergo.com/ → carnet techno des ergothérapeutes du CRIAS : http://ergoinfo-cmv.blogspot.fr/ → gérontechnologie : http://www.gerontechnologie.net → Plateforme nouvelles technologies de la Fondation Garches : http://www.handicap.org/ → Dom & Vie : http://www.domervie.fr - information sur les chutes : → Protec chute : http://www.protec-chute.com/

6.1 Conseil Général de l'Isère (CG38)

6.1.1 L'Allocation Personnalisée Autonomie (APA)

Depuis la loi du 13 août 2004, le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale et coordonne les actions menées sur son territoire.

Concernant l'aide aux personnes âgées, il intervient par exemple dans la création et la gestion de maisons de retraite, et dans le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'APA est une mesure sociale en faveur des personnes âgées et dépendantes :

- Elle constitue un droit universel dont l'objet est la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Elle permet de bénéficier des aides et services nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.
- C'est une aide personnalisée et répond aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire.
- Elle concerne aussi bien les personnes âgées résidant à domicile que les personnes âgées hébergées en établissement.
- Cette mesure remplace la PSD (prestation spécifique dépendance) et permet ainsi à des personnes moins dépendantes d'en bénéficier GIR 4 à la place de GIR 3

Pour en bénéficier, il faut s'adresser en mairie ou au CCAS ou directement au CG38 (MDA).

- Le dossier est constitué auprès du CCAS (Centre Communal d'action sociale) de la commune de résidence qui le transmet au Conseil général,
- Les équipes médico-sociales évaluent la perte d'autonomie en relation avec le médecin traitant de la personne âgée. Par la suite, elles proposent un plan d'aide qui est soumis pour acceptation à la personne âgée et à son entourage,
- Le dossier est présenté à la commission départementale APA qui fixe le montant de l'aide en fonction du plan d'aide établi et du ticket modérateur.

6.1.2 La Maison Départementale de l'Autonomie

Le Conseil Général de l'Isère anime un réseau d'information et d'accès aux droits et aux prestations des personnes en perte d'autonomie sur l'ensemble du département grâce à la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) et aux Services Autonomie présents dans les 13 Maisons du Conseil Général.

La tête de réseau, la Maison Départementale de l'Autonomie

Fin 2008, dans un bâtiment innovant, accessible pour toutes les formes de handicap, la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) :

- regroupe tous les services centraux départementaux chargés de prendre des décisions sur l'attribution et le paiement des aides et prestations inscrites dans les plans de compensation de la perte d'autonomie proposés par les services autonomie
 - pour les personnes âgées, l'APA et les autres aides à domicile et en établissement,
 - pour les personnes handicapées, la PCH et les autres aides et prestations à domicile et en établissement ;
- abrite le **CE**ntre de **R**essources **D**épartemental pour l'**A**utonomie -**CERDA**- en charge de l'accueil, l'information, la formation et la communication auprès des personnes en perte d'autonomie, du grand public et des professionnels.

Le Cerda assure, en complément de celui mis en place dans chaque territoire, un accueil approfondi permettant l'analyse des besoins et l'accès aux prestations, l'information du grand public sur la perte d'autonomie, le conseil des usagers et des professionnels sur les aides techniques.

Le Cerda met à disposition du public - dans les meilleures conditions d'accessibilité et d'accueil - un fonds documentaire riche et varié. Une salle de travail avec des ordinateurs et du matériel technique adaptés à tous les types de handicap permet la consultation de plus de 5 000 documents dans les domaines du handicap, de la gérontologie et des aides techniques. Toutes ces informations sont disponibles sur des supports classiques (ouvrages, brochures, revues, ...) mais également dans un rayon multimedia (cd-rom, DVD, VHS, documents audio).

Un réseau départemental de services autonomie

Ce réseau assure un maillage de proximité dans les 13 territoires du Conseil Général. Les services autonomie facilitent les démarches pour simplifier la vie des personnes et de leurs familles par :

1. un accueil et des informations pratiques sur les droits et la vie quotidienne : scolarité, formation professionnelle, travail en milieu ordinaire et protégé, logement, aide à domicile, hébergement, transports, tourisme et loisirs, etc.
2. un accompagnement personnalisé : après évaluation à domicile de leurs besoins et en fonction de leur projet de vie, une équipe de professionnels - médecins, ergothérapeutes, spécialistes de l'intégration sociale, psychologues - propose aux usagers relevant de leur territoire et éligibles à l'APA ou à la PCH un plan personnalisé de compensation de la perte d'autonomie.
3. un accès unique aux droits et aux prestations : les services autonomie réalisent l'instruction administrative des dossiers de demandes d'aides ou de prestations pour les personnes âgées ou les enfants et les adultes en situation de handicap.

6.2 Caisses d'assurance santé et retraite

6.2.1 Régime général

A/ Caisse d'Assurance de Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) : gestionnaire du Plan d'Actions Personnalisé

Organisme privé, la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) assure une mission de service public.

Elle garantit aux retraités du Régime Général le paiement de leurs pensions et participe, en accordant des aides financières, à améliorer les conditions de vie des personnes âgées ou en situation de handicap. Par ailleurs, elle s'attache aussi à rendre meilleure la sécurité dans les entreprises, en veillant à l'application de la réglementation et en assurant une mission de conseil permanent.

Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées

Pour que chaque assuré vive sa retraite pleinement, la CARSAT Rhône-Alpes privilégie de :

- Maintenir à domicile chacun en mettant à sa disposition des services individuels (aide ménagère, garde à domicile, amélioration de l'habitat, etc.)
- Prévenir les effets du vieillissement en organisant des ateliers sur les thèmes du goût, du sommeil, de l'équilibre alimentaire, des accidents domestiques ou du sommeil.

Mener une évaluation globale à domicile

(Source : http://www.carsat-ra.fr/nouveausocial/retraite_perte_autonomie/pap.htm)

L'étude des besoins ou l'évaluation globale réalisée au domicile du retraité par un professionnel consiste à analyser l'ensemble des conditions de vie et d'environnement du retraité afin de déterminer :

- **l'existence de besoins** d'aide pour son maintien à domicile et la prévention des risques liés au vieillissement
- **la nature des réponses** à apporter en termes d'aide financière, de conseils ou de recommandations et les **moyens de les mettre en œuvre**.

L'évaluation s'appuie sur la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) pour définir le niveau d'autonomie de la personne.

Ces réponses et solutions diversifiées sont formalisées dans un **Plan d'Actions Personnalisé (PAP)**, en accord avec le retraité.

Ce Plan d'Action Personnalisé recouvre **un panier de services** pouvant être composé de soutiens divers (aide à domicile, téléalarme, portage de repas, transports accompagnés, ateliers de prévention, etc.).

Le PAP peut être provisoire (3 mois) si l'aide nécessaire est ponctuelle (ex. sortie hospitalisation). A son issue, en fonction de la situation du bénéficiaire, un PAP de droit commun peut être mis en place ou une orientation APA effectuée.

A partir d'octobre 2012, une priorité sera faite aux personnes en GIR 5 ; pour celles en GIR 6, l'aide est redéfinie.

Parallèlement, l'adaptation du logement constitue une priorité pour sécuriser le « chez soi » des retraités et anticiper les risques de chute liés à un habitat inadapté.

Proposer des actions de prévention

Objectifs

- Prévenir le vieillissement pathologique en permettant aux retraités de se maintenir en bonne santé par l'amélioration de leurs connaissances,
- Prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance lorsqu'elle existe.

Outils

- Des **conférences**, sur les thèmes suivants : l'alimentation, la mémoire, le sommeil, le stress, et la **prévention des chutes**
- Des **ateliers mémoires**, pour redécouvrir les possibilités de sa mémoire, reprendre confiance en soi, dédramatiser les difficultés mémoire sans toutefois les banaliser, éviter la mise en échec, partager les savoirs en participant à une démarche de groupe, utiliser les stratégies facilitant la mémorisation dans la vie quotidienne.
- Des actions auprès :
 - des aidants professionnels (aides à domicile et auxiliaires de vie) pour les informer sur les possibilités qu'elles ont de stimuler la mémoire de la personne âgée à travers les tâches quotidiennes et jouer ainsi une fonction de relais.
 - des aidants familiaux pour les aider à obtenir des aides d'ordre intellectuel, psychologique afin d'améliorer leur vécu au quotidien. Cela passe par la présentation de thèmes : alimentation, sommeil, mémoire et stress.

Le service social de la CARSAT a trois antennes en Isère :

GRENOBLE	BOURGOIN-JALLIEU	VIENNE
27 rue Maginot 38024 GRENOBLE CEDEX	Immeuble Racine 12 avenue du Parc 38300 BOURGOIN-JALLIEU	Place Saint-Pierre 38211 VIENNE CEDEX

B/ CPAM et centre d'examen de santé

La CPAM peut prendre en charge dans le cadre de prestation supplémentaire une partie du financement de l'aménagement du domicile, sous conditions de ressources, et propose des actions de prévention thématiques.

En Isère, il n'existe pas de centre d'examen de santé géré par la CPAM, comme ce peut être le cas en Savoie (Chambéry), centre qui propose des bilans de santé et des réunions de santé collectives.

C/ Caisses complémentaires (Agirc Arrco, Prémalliance, etc.)

Agirc-Arrco

Tous les salariés du secteur privé cotisent obligatoirement à la retraite complémentaire Arrco (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés), les cadres cotisent également à l'Agirc (Association générale des institutions de retraite des cadres).

Au-delà du service de la retraite, les principes de solidarité mis en œuvre par les régimes Agirc et Arrco s'expriment au travers de l'action sociale des caisses de retraite complémentaire, notamment sur :

- Des actions de prévention et de préparation à la retraite
- Un soutien aux aidants familiaux ;
- Un accompagnement de la perte d'autonomie à domicile (ex. : aide ménagère et soutien à domicile, amélioration de l'habitat, transport accompagné)
- Un accompagnement de la perte d'autonomie en structures collectives.

Le Centre de Prévention des Alpes, situé à Grenoble, est un centre Agirc-Arrco.

Tous les cinq ans, les conseils d'administration des fédérations Agirc et Arrco valident les orientations prioritaires en matière d'action sociale.

Pour la période 2009-2013, trois orientations ont été retenues:

- développer la prévention,
- prolonger l'autonomie à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées,
- accompagner la perte d'autonomie en établissements des personnes âgées et personnes handicapées.

Pour chacune de ces orientations, l'accent est mis sur la faculté d'innovation, d'exemplarité et de complémentarité de l'action sociale des régimes de retraite complémentaire Agirc-Arrco.

Autres caisses

Les autres caisses complémentaires, de santé et/ou de retraite, peuvent généralement attribuer des aides financières à leurs assurés, au regard de leurs difficultés sociales et financières. Ces aides sont accordées par la commission sociale, à titre exceptionnel et ponctuel, pour par exemple financer l'achat d'aides techniques.

6.2.2 Caisses de santé et de retraite des régimes spéciaux

À titre d'exemples :

A/ Mutuelle Sociale Agricole (MSA)

Développement de réseaux gérontologiques, solution de maintien à domicile

Depuis leur création, la MSA accompagne le développement des réseaux de santé gérontologiques, qui coordonnent tous les acteurs de la prise en charge d'une personne âgée (60 ans et plus):

- Les professionnels de santé de ville (le médecin généraliste traitant de la personne âgée, les infirmières libérales, les kinésithérapeutes libéraux, etc.)
- Les professionnels l'hôpital local et des établissements de soins du secteur
- Les travailleurs sociaux de tous horizons (du CCAS, de l'équipe APA du Conseil général, des Comités Locaux d'Information et de Coordination, des associations d'aide à domicile, etc.)
- Les services facilitant le maintien à domicile (téléassistance, portage de repas, etc.)
- Les bénévoles, etc.

Ces réseaux proposent, en cas d'inclusion, un plan d'aide et de soins suite à une réunion de coordination rassemblant tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne âgée.

Les conditions d'inclusion au réseau sont :

- avoir 60 ans ou plus
- être dépendant (GIR 1 à 4) ou présenter des troubles nécessitant une orientation et un suivi (troubles neuropsychologiques par exemple).
- vivre à domicile
- être domicilié dans la zone géographique couverte par le réseau
- être affilié à la sécurité sociale (quel que soit le régime)

Des ateliers du bien vieillir

A partir de 55 ans, la MSA vous propose un cycle d'ateliers pour aider les personnes à préserver leur capital santé. Parmi les thèmes développés : l'alimentation, le sommeil, l'équilibre (« Les cinq sens en éveil, gardez l'équilibre »), les médicaments...

B/ Régime Social des Indépendants (RSI)

Bilan prévention senior

Encore au stade expérimental, le RSI propose un bilan de prévention aux nouveaux retraités, bilan réalisé par le médecin traitant de la personne. Lors de ce bilan, le médecin propose des conseils personnalisés pour préserver la santé, acquérir les bons réflexes pour un bon équilibre alimentaire, promouvoir la pratique d'une activité physique appropriée, et prévenir les risques liés à l'âge.

6.3 Les Centres Communaux d'Action Sociale

6.3.1 Le CCAS de GRENOBLE

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) met en œuvre la politique d'action sociale de la Ville de Grenoble.

En direction des personnes âgées,

- il apporte de l'aide via ses professionnels (assistant de service social, conseiller d'aide sociale) spécialisés dans le traitement des questions liées à l'avancée en âge pouvant guider les personnes dans leurs démarches pour accéder à leurs droits sociaux ou bénéficier de soins adaptés et de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).
- il mène des actions de prévention en proposant divers ateliers adaptés aux personnes âgées et assurés par des professionnels : cours de gymnastique douce, ateliers de peinture ou de poterie, ateliers de théâtre ou de chant, ateliers mémoire, etc. Le Service Animation valorise aussi de nombreux autres projets, comme des voyages adaptés, de la lecture, des sorties au cinéma ou au musée, etc.

6.3.2 Les CCAS/CIAS des autres communes

La politique d'action sociale en faveur des personnes âgées varie d'une commune à l'autre. De ce fait, les CCAS ou CIAS n'ont pas tous les mêmes attributions, et ne proposent pas tous les mêmes services.

Par exemple :

VILLE	Services gérés	Actions d'animation/ prévention	Informations / APA
BOURGOIN-JALLIEU	- Portage repas - téléalarme	- Animations dans les foyers-logement et autres actions ouvertes à tous les retraités : ex. ateliers mémoire, équilibre - Conférences santé prévention - Groupe d'échange et d'information pour les aidants familiaux	- élaboration et suivi de l'APA - Point Info Senior
VIENNE	- Portage repas - Téléalarme - Service d'aide à domicile	Activités 3^{ème} âge (club)	Elaboration et suivi APA

VILLE	Services gérés	Actions d'animation/ prévention	Informations / APA
VOIRON	• Portage repas • téléalarme		• Elaboration et suivi APA • Aides, conseils et accompagnement social

6.4 Médecins (de ville, d'hôpital, de centre de prévention, ...) et réseaux de santé

Ils jouent un rôle :

- avec l'évolution de l'état de santé et des besoins, pour la recommandation de solutions d'aides et de soutien
- après une hospitalisation et un retour à domicile, pour la recommandation sur les équipements de télé assistance

6.5 Hôpital : assistance sociale interne

La mission générale du service social hospitalier est d'aider les personnes hospitalisées rencontrant des difficultés sociales, psychologiques, économiques et juridiques, aiguës ou chroniques, à retrouver une autonomie, un équilibre ou un mieux-être, à limiter ainsi les conséquences de la maladie et de l'hospitalisation.

7 Conclusion: Enjeux sociétaux

Les enjeux sont (i), réduire la prévalence des décès accidentels chez les personnes âgées et les interventions médicales ; (ii), réduire les séquelles psychologiques de toute chute qui risque de compromettre l'autonomie future de la personne âgée et (iii), faciliter l'émergence de nouveaux métiers.



TASDA
Technopôle Alpes
Santé à Domicile & Autonomie

« *Bien vivre*
à *domicile* ! »

Des besoins
à l'offre technologique

1, place Firmin-Gautier
38000 GRENOBLE
Tél : 04 76 70 57 80
contact@tasda.fr
www.tasda.fr

Association loi 1901
Fondée par le CHU de Grenoble et le pôle Minalogic
Siège social : TASDA
CHU, Direction de la recherche et des partenariats
B.P.217 - 38043 GRENOBLE Cedex 09
Code NAF : 9499Z - Siret : 530 900 943 00016

Association
fondée par :



Avec le soutien de :



www.tasda.fr