

6ÈME ÉDITION

JOURNÉES
NATIONALES
DES CPTS

Les 9 et 10 octobre 2024

6^{ème} édition des Journées Nationales des CPTS



Fédération Nationale

Contact: coordination@fcpts.org

6ÈME ÉDITION

JOURNÉES
NATIONALES
DES CPTS

Les 9 et 10 octobre 2024

Atelier 4

PARCOURS PREVENTION DES CHUTES : *de la conception à la mise en application*



Fédération Nationale

Contact: coordination@fcpts.org

Atelier 4

PARCOURS PREVENTION DES CHUTES : *de la conception à la mise en application*

2 millions de personnes de plus de 65 ans chutent chaque année
10 000 décès
plus de 130 000 hospitalisations

La chute est un indicateur de la fragilité, elle est prédictive de la perte d'autonomie et la prévention des chutes (primaire, secondaire et tertiaire) peut éviter l'entrée en dépendance

Les CPTS jouent un rôle majeur dans la prévention des chutes
Seules capables de coordonner l'ensemble des acteurs de la santé concernés
Du repérage aux protocoles de coopération en passant par l'organisation des interventions après le relevage, sans oublier la mise en place d'activité physique adaptée (au sein des maisons sport santé ou non) les CPTS sont en capacité d'orchestrer ce parcours

Atelier 4

PARCOURS PREVENTION DES CHUTES : *de la conception à la mise en application*

Déroulé de l'atelier de 14h à 15h15

1. Parcours prévention des chutes en Sud28 =>15 mn
2. Projet de protocole national de coopération=>15 mn
3. Le plan antichute =>15 mn
4. Les maisons sport santé =>15 mn
5. Echanges =>15 mn

Atelier 4

PARCOURS PREVENTION DES CHUTES : *de la conception à la mise en application*

1. Parcours prévention des chutes en Sud28

Mr Sébastien Odon : Directeur de la Santé et de l'Attractivité Médicale au Conseil Départemental du 28

Mme Anne Laure Chavigny, Infirmière libérale et asalée, Co présidente CPTS Sud28

Colonel David Poubel : Médecin chef de la Sous Direction Santé du SDIS 28



Parcours Prévention des chutes

6 mois d'expérimentation sur la CPTS Sud28

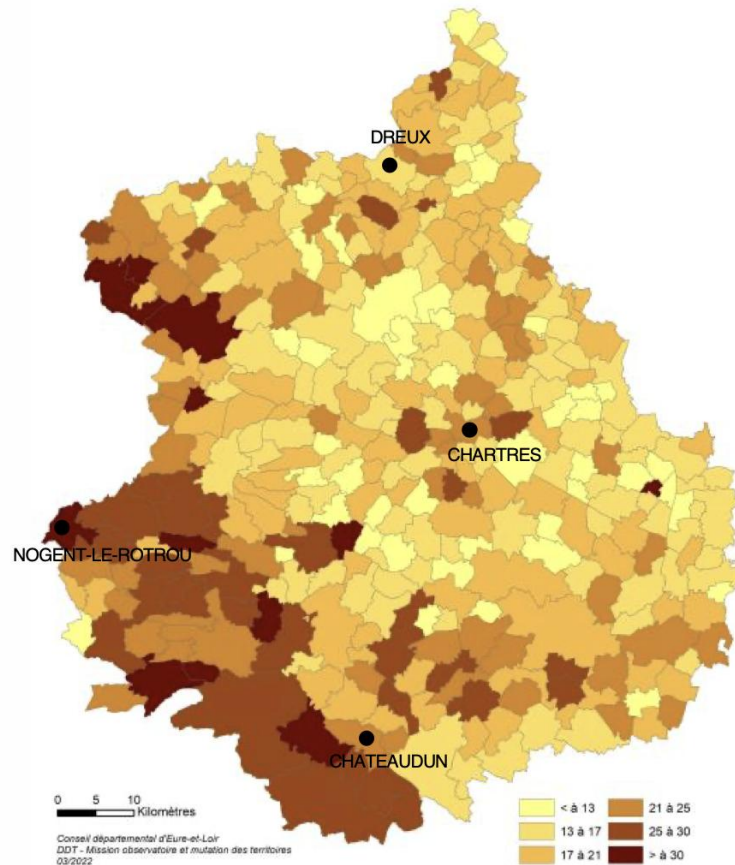
*Journées Nationales FCPTS
8,9 et 10 octobre 2024*



Contexte départemental (Eure et Loir)

- Une situation démographique relativement stable entre 2014 et 2020 mais une baisse de la population estimée à 13 % en 2070.
- Selon les projections OMPHALE de l'INSEE, la population des plus de 65 ans connaîtrait sa plus forte croissance entre 2025 et 2045, puis se stabiliserait jusqu'en 2070. A cette échéance, les plus de 65 ans pourraient représenter 31 % de la population eurélienne, contre 20 % en 2019.
- Aujourd'hui 10% des personnes de plus de 75 ans sont en perte d'autonomie et bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Part des personnes âgées (65 ans et plus)
Source INSEE, RP2018

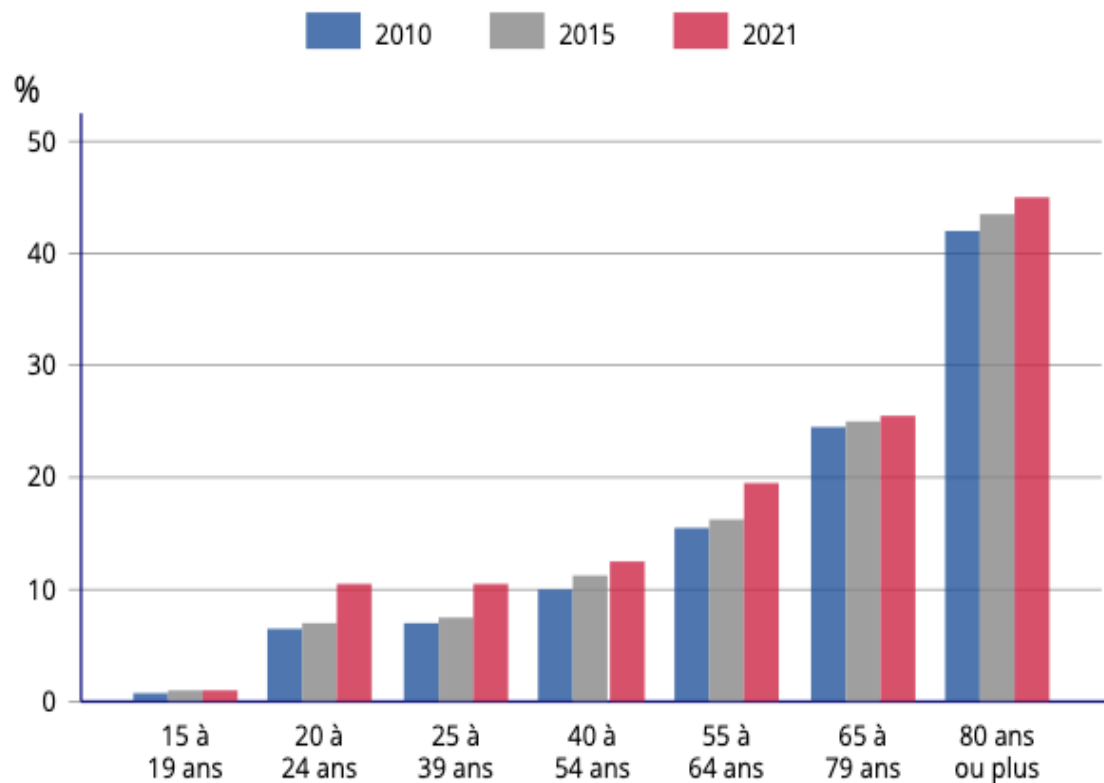


Enjeu 1/3

Dans ce contexte de vieillissement de la population et considérant le souhait de la plupart des personnes de rester vivre à domicile, la réussite du "virage domiciliaire" représente un fort enjeu.

Il est donc essentiel que chacun, s'il le souhaite, puisse vivre le plus longtemps et dans les meilleures conditions à son domicile.

FAM G2 - Personnes de 15 ans ou plus vivant seules selon l'âge - population des ménages



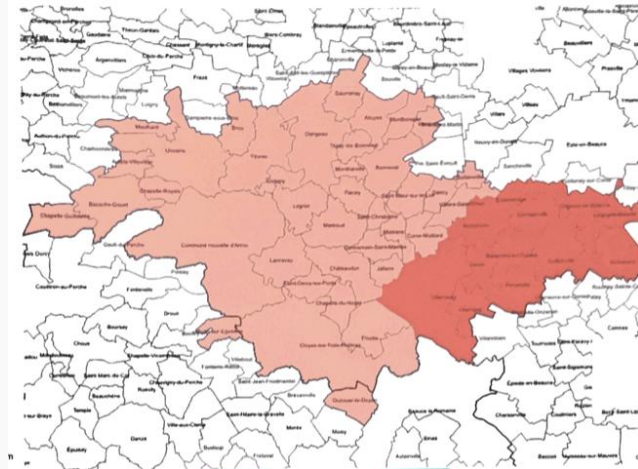
Sources : Insee, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations principales, géographie au 01/01/2024.

Enjeu 2/3

Outre le renforcement de l'accès aux droits, le développement de l'offre de services à domicile ou encore l'amélioration du soutien aux aidants sont des enjeux majeurs.

La prévention et l'anticipation de la perte d'autonomie est un objectif essentiel, partagé par les acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et de secours à la personne.

ESP Equipe de Soins Primaires Civry - Orgères-en-Beauce



Données : © Arlicque

4 MEMBRES

2 Infirmières Diplômées d'État en
activité Libérale

Anne-Laure
CHAVIGNY

Catherine
PAROU

2 Médecins Généralistes

Elodie
VENOT

Serge
NAVIAUX



11 communes

LES PARTENAIRES

CPTS Sud28



MDA



SDIS28



Enjeu 3/3

C'est dans ce cadre de réflexion qu'est né ce projet pragmatique, porté par plusieurs partenaires ayant l'envie de coconstruire et d'expérimenter un dispositif s'appuyant sur les compétences de chacun.

Le projet a débuté à l'échelle d'une ESP sur un territoire restreint en 2022



I. Les 3 Partenaires :





Organisation des services en charge de l'autonomie

La **Direction de l'autonomie** définit l'offre médico-sociale, accompagne, finance et contrôle les services sociaux et médico-sociaux relevant de sa compétence unique et ou conjointe avec l'ARS.

La **Maison départementale de l'autonomie** (MDA), rattachée à la Direction de l'autonomie propose l'information, l'orientation, l'accompagnement et le traitement des demandes d'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins à compenser.

Les Unités territoriales autonomie sont présentes dans chacune des **MDSC** de Chartres, Châteaudun, Dreux et Nogent-le-Rotrou. Ces MDSC regroupent les différents services sociaux du Département. Les agents des unités territoriales autonomie sont mis à disposition de la MDA pour l'essentiel de leur activité.



Les actions principales

**Soutien
financier du
secteur du
domicile**

**Actions de
prévention de la
perte
d'autonomie**

**Transport des
élèves en
situation de
handicap**

**APA, PCH,
Aide à la vie
partagée
(Habitat inclusif)**



L'activité

**6000
bénéficiaires de
l'APA à domicile**

Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) à domicile (en augmentation de 4 à 5% par an avec une accélération prévue en 2035) et 3 700 bénéficiaires en établissement.

**36 000
Euréliens
reconnus vivant
avec un handicap**

**12 000 dossiers
déposés chaque
année à la MDA**

**14 600 accueils
physiques et
15 000 appels en
MDSC**

Le SDIS

Le SDIS a **2 missions** principales :

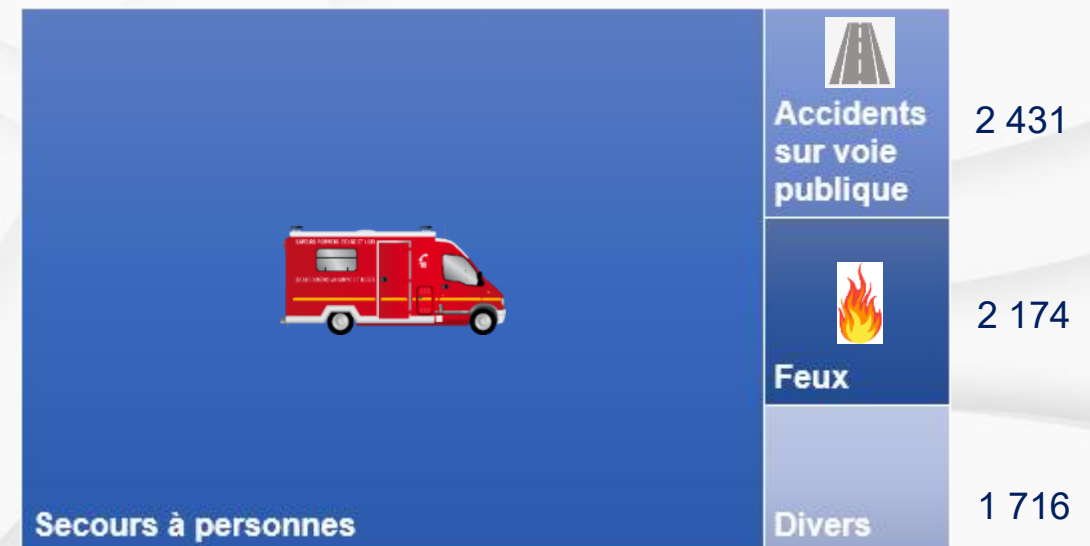
- **Secourir**

145 000 appels reçus en 2022
31 567 interventions réalisés
(+ 11% par rapport à 2021)

- **Prévenir**

659 études
366 visites (périodique ou de réception)

Répartition des interventions (2022)



8 interventions sur 10
25 246

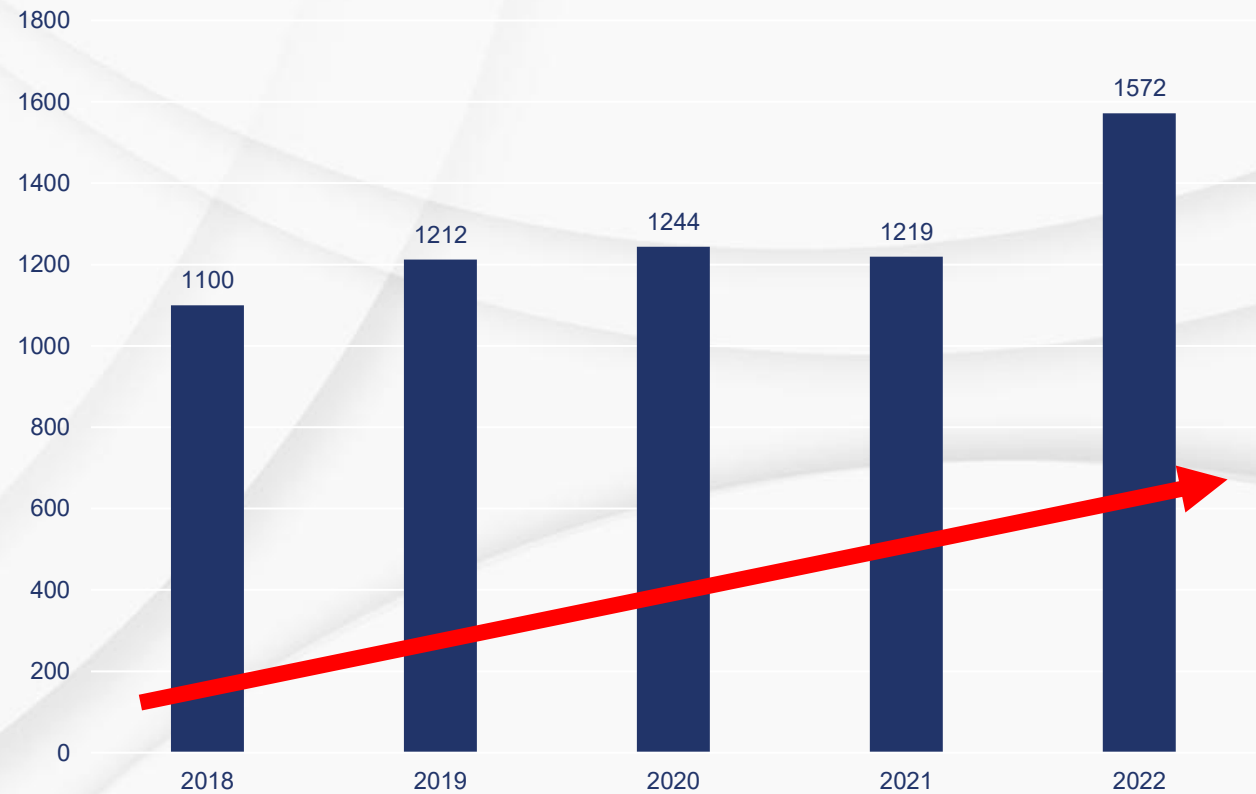
SDIS de catégorie B

Le SDIS

En 2022, les
relevages
représentaient
6,22% de nos
interventions



Interventions pour relevages SDIS 28





Association créée en décembre 2017 par les acteurs de santé du territoire du Sud 28

> regroupant les 5 anciens cantons

➤ rassemblant 270 acteurs de santé

➤ Couvrant un territoire de 55000 habitants

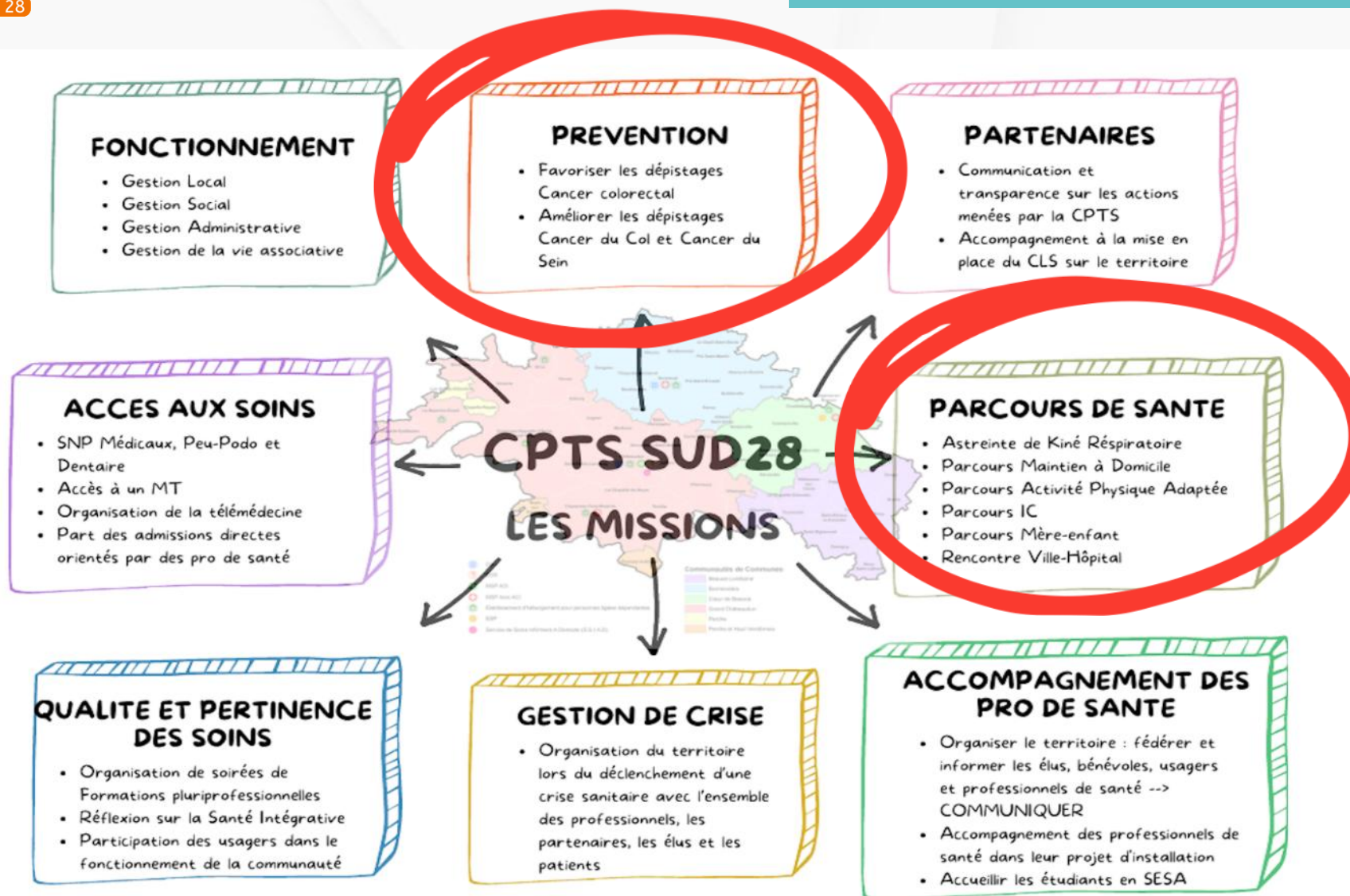
Après un diagnostic territorial choix dès le début d'inclure le médico-social.

ACI signé le 28 janvier 2020, CPTS de taille 2

Extension votée en AG le 17/04/24 intégrant un sixième canton dans le département voisin (Loiret)

Equipe salariée de 4 ETP (Directrice, OSNP, secrétaire et éduc APA)

La CPTS



2022-2023



Equipe de soins
Primaires Civry-
Orgères en Beauce



Points forts

- Impact du dispositif sur la prévention primaire.
- Le dispositif répond aux 5 axes du **plan anti-chute**
- **Pas de récurrence** de chute sur la période.
- Un **panel de situations** individuelles représentatif de l'activité réelle.
- La **préservation de la confidentialité** grâce au groupe privé au sein du réseau numérique professionnel.
- **Communication sur le dispositif avec l'aide des élus**

Points à améliorer

- La **qualité de l'information** transmise par le SDIS
- Vigilance sur « **le consentement du patient** » et « **le partage d'informations** »
- **Réduire les délais** (signalements, interventions des acteurs).
- **Impliquer les sapeurs** dans la démarche.
- **Mieux informer les usagers** du dispositif..



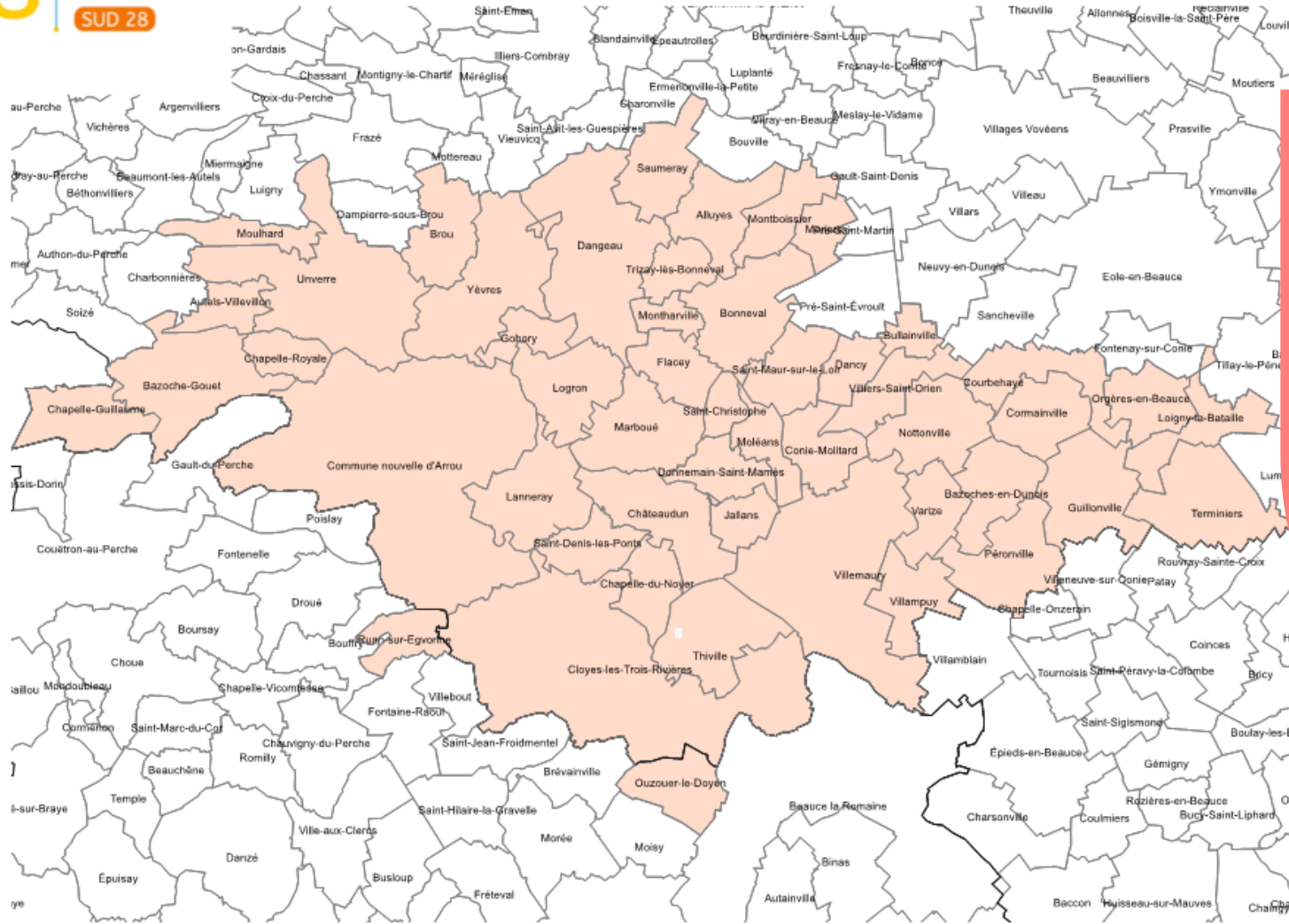
2023-2024

Convention CPTS Sud28-CD 28-SDIS28

La signature **le 17 novembre 2023** d'une convention entre ces 3 acteurs témoigne:

- D'une **volonté politique** de favoriser le maintien à domicile.
- D'une **dynamique de coopération** des acteurs de santé, du secours et du médico-social au sein d'un territoire.
- D'une **capacité à innover localement** en cohérence avec la politique nationale du plan anti chute.





- 55 000 habitants
- 64 communes
- 23 médecins généralistes
- 54 infirmières
- 4 travailleurs sociaux
- 10 centres de secours

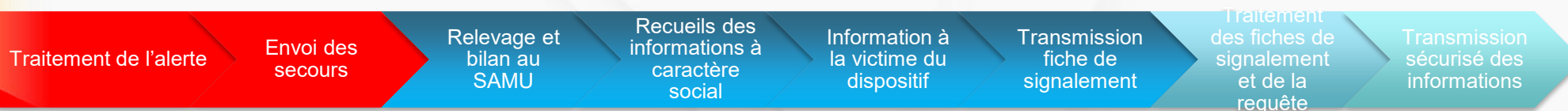
X 10



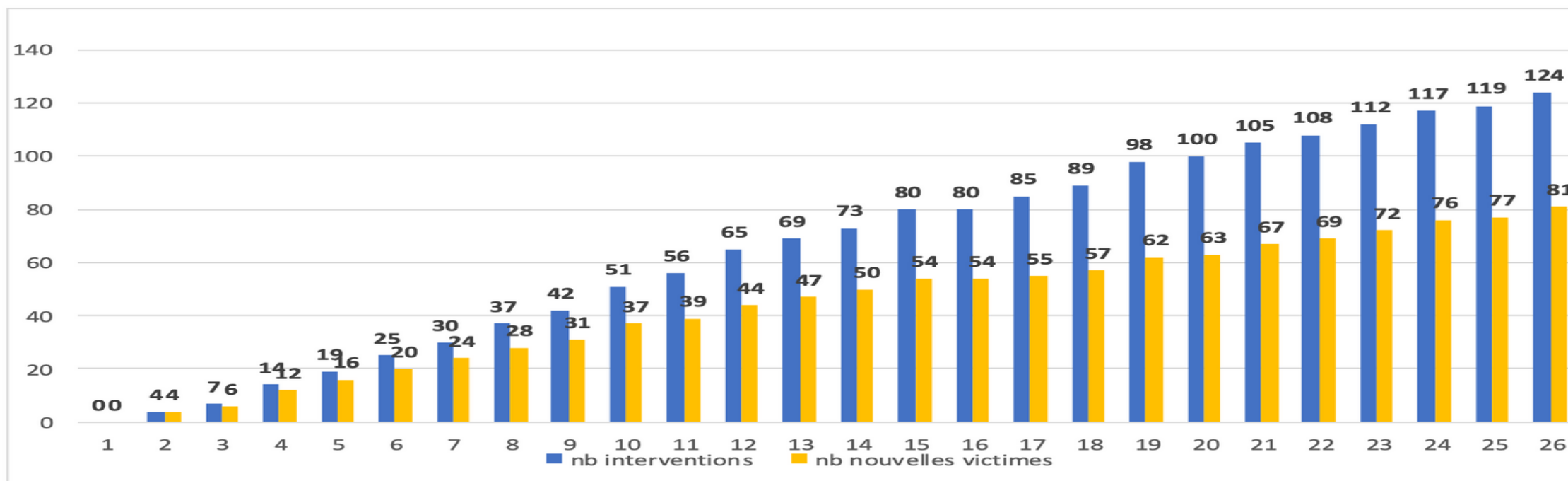
Bilan à 6 mois

de l'expérimentation du Protocole Chute en Sud 28





Suivi hebdomadaire (Nombre de relevages, nouvelle victimes)



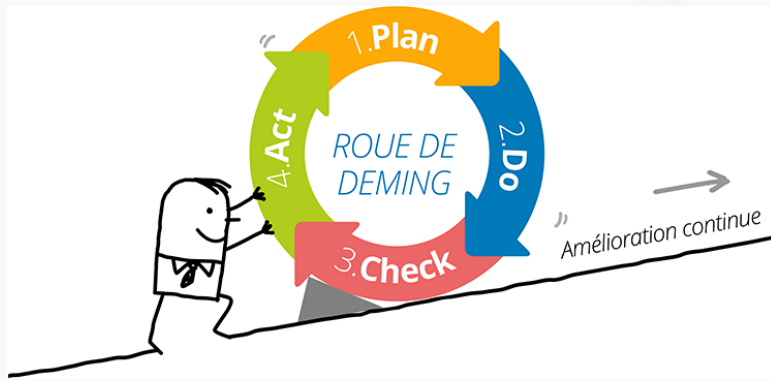


Nombre de chutes	Nombre de patients
1	63
2	10
3	2
4	3
5	1
7	1
11	1

Signalements
par les
conventions
« interventions
à caractère
sociale »

78% des
personnes
n'ont pas fait de
nouvelle chute

Signalements
spontanés par
les sapeurs



- Communication auprès des chefs de centres
- Mise en place d'un flyer explicitant la démarche aux personnes relevées après chute.
- Mise en place d'une fiche de signalement permettant d'améliorer la qualité de l'information transmise.
- Mission d'une assistante administrative à la sous-direction santé permettant d'améliorer les délais de transmission et de fiabiliser la requête.



Madame, Monsieur,

Une équipe de sapeurs-pompiers d'Eure et Loir est intervenue pour vous porter assistance suite à une chute à votre domicile.

Votre prise en charge ne nécessitait pas de soins en urgence mais ce type d'intervention est souvent le témoin d'une situation débutante de fragilité dans vos conditions de vie ou d'une dégradation de votre état de santé.

Une évaluation médicale et un accompagnement social peut permettre d'améliorer cette situation et ainsi prévenir la survenue d'une nouvelle chute plus grave nécessitant une hospitalisation.

Dans le cadre de la convention qui lie les Sapeurs-Pompiers d'Eure et Loir à la Maison Départementale des Solidarités et de la Citoyenneté du Conseil Départemental d'Eure et Loir et aux CPTS SUD 28 et NOEL, des éléments relatifs à votre situation vont leur être communiqués.

Le Conseil Départemental est une administration qui exerce des missions de **prévention, de protection et d'accompagnement social** dans tous les domaines de la vie quotidienne.

Les **CPTS**, communautés professionnelles territoriales de santé, regroupent les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes et acteurs du soins) afin **d'assurer un parcours de soins coordonné.** »
Leurs interventions sont **gratuites et confidentielles.**

Un professionnel vous contactera prochainement afin d'évaluer avec vous vos besoins et vous apporter, si nécessaire et avec votre accord, un soutien personnalisé afin de faciliter votre maintien à domicile.

Vous pouvez refuser cette accompagnement en adressant un mail à suiviaccompagnement@sdis28.fr.

Les Sapeurs-Pompiers d'Eure et Loir

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données en adressant un message à dpo@sdis28.fr.

**Informations
:
Partenaires
Dispositifs
Possibilité
de refuser
Mentions
RGPD**

Role de la CPTS

Sur les 81 personnes relevées:

75% des patients
bénéficient d'un
bilan SANTE

6 refus
du dispositif

6 décès

4
placements
en EPHAD

4 sans MT

46
Bilans santé

15
Bilans de santé
non revenus

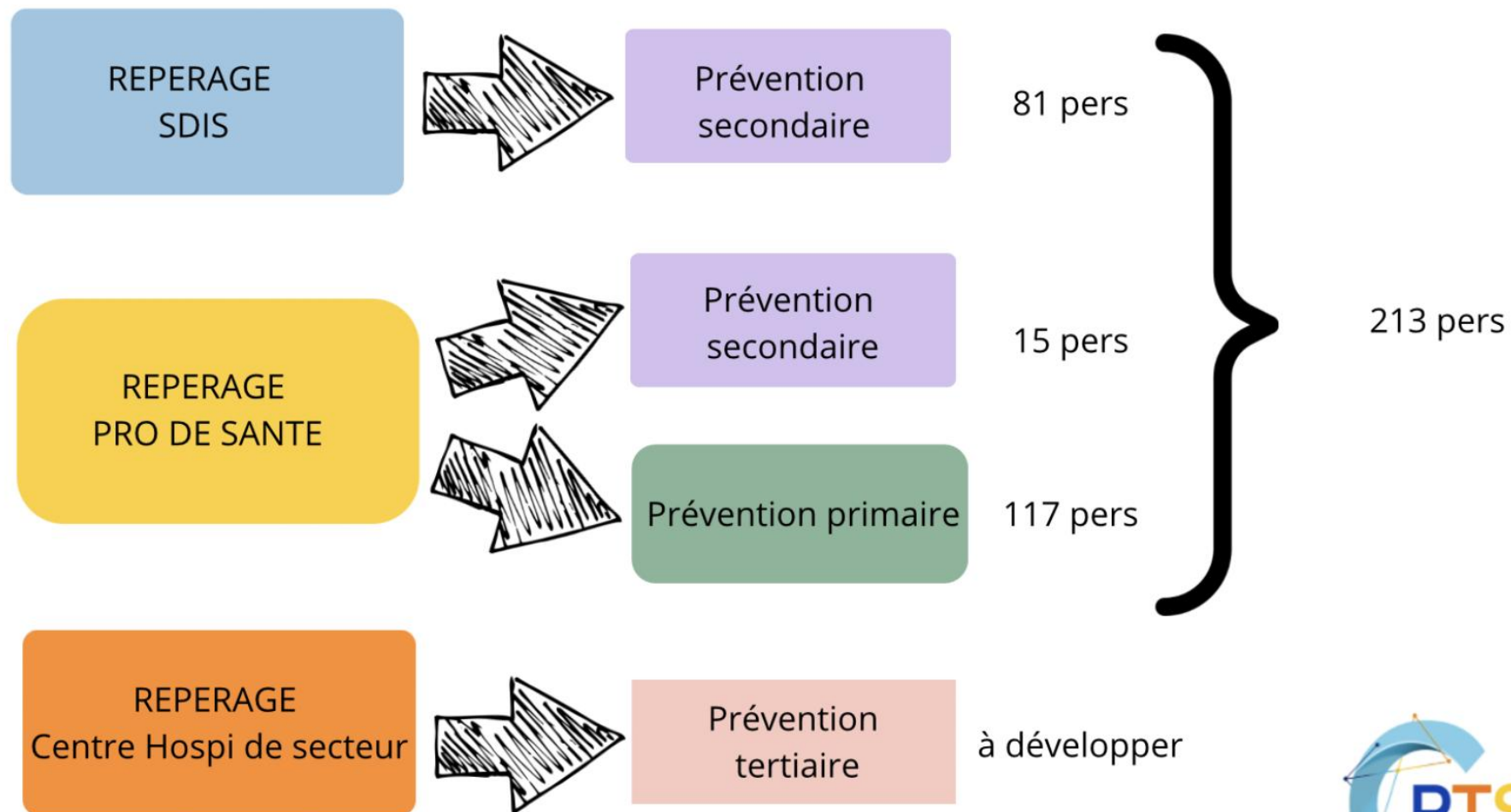
2 pris en charge DAC
2 MT par la mission
accès aux soins CPTS Sud28

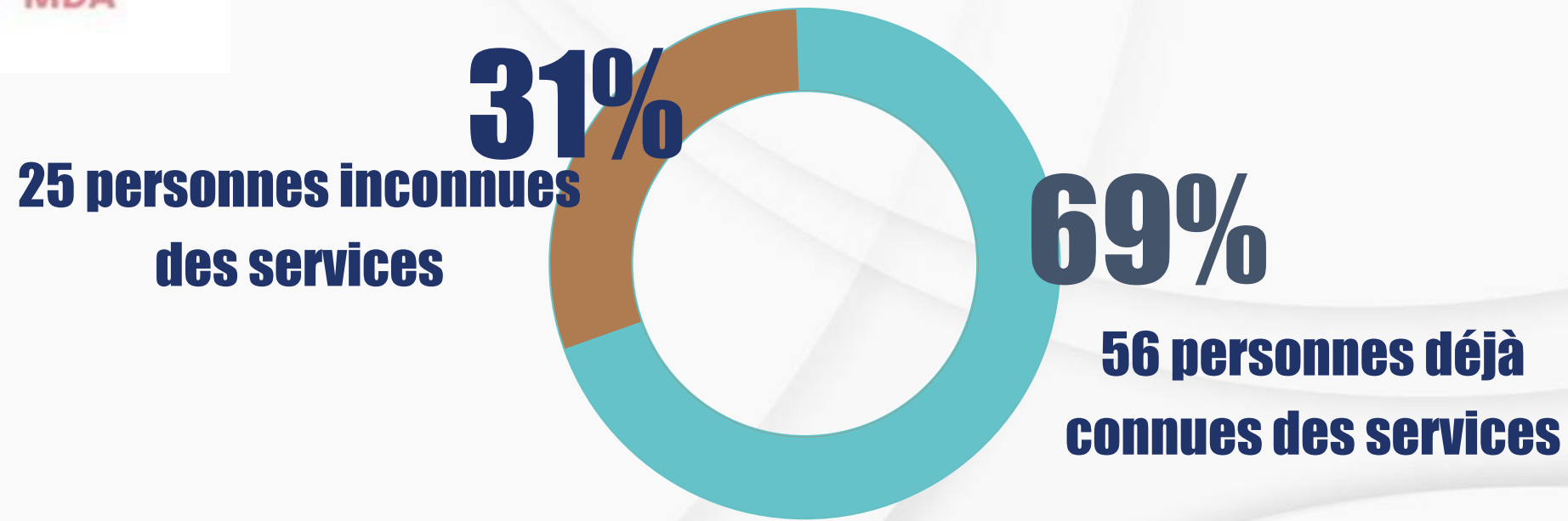
42 en collaboration avec
l'IDSP asalee
4 par le MT

projet de collaboration avec les
paramédicaux pour des bilans
(kiné, pharmacien, IDEL)

Prise en charge globale du patient







Sur les 56 personnes déjà connues des services

69%
déjà connues

5
sont
décédées

11
ont été
accueillies
en EHPAD
ou foyer

40
ont pu être
maintenue
s à
domicile

Sur les 40 personnes maintenues à domicile, **une seule a refusé la venue du travailleur social**, et 36 ont connu une nouvelle visite pour réévaluation de leurs droits.

Dans 17 cas les droits ont été revus à la hausse (augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile, portage de repas, préconisation de téléalarme, etc)

Sur les 25 personnes jusque-là inconnues des services

31%
jusque-là
inconnues

4
sont
décédées

11
ont refusé
la visite du
travailleur
social

1
était déjà
en EHPAD
(chute lors
d'une visite
extérieure)

3
ont reçu
des
conseils

5
ont connu
une
première
évaluation

Sur 5 personnes évaluées, une a été prise en charge par l'assurance retraite en GIR 5. Les autres ont bénéficié de **plans d'aide à domicile à raison de 19h à 61h mensuelles.**

Et mise en place du **portage de repas** à domicile pour 3 d'entre elles.

Points forts

- **Diminution de la récidence** de chute.
- **Diminution du nombre de multi-chuteurs.**
- **Accès à un médecin traitant** pour les patients sans médecin traitant.
- **Pochettes de coordination** ville-hôpital permettent aux sapeurs-pompiers comme aux équipes des urgences une meilleure prise en charge lors d'une intervention ou d'une hospitalisation.
- **Courrier de la MDA** laissé aux patients ayant refusé l'entretien avec le travailleur social.

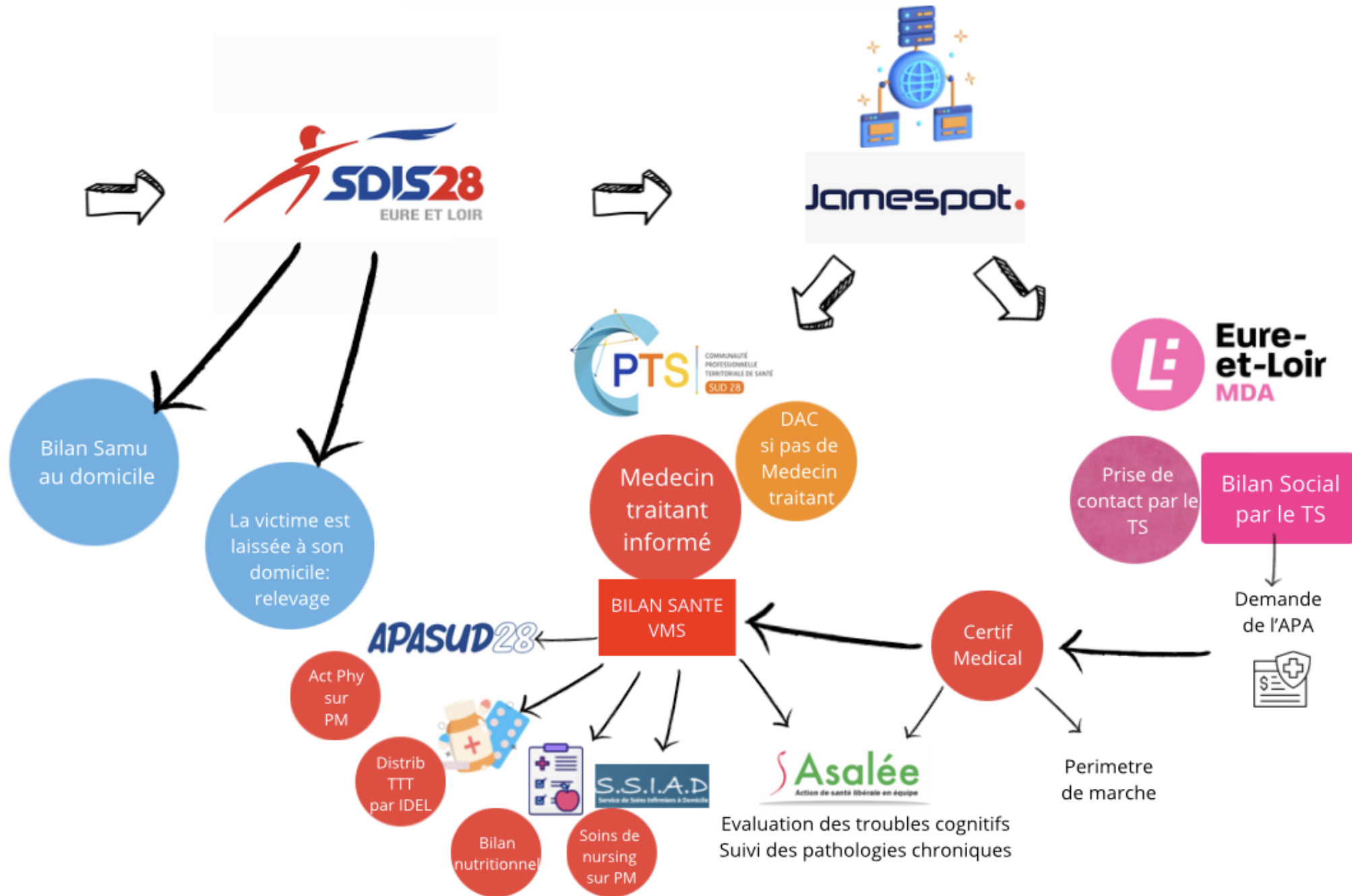
Points à améliorer

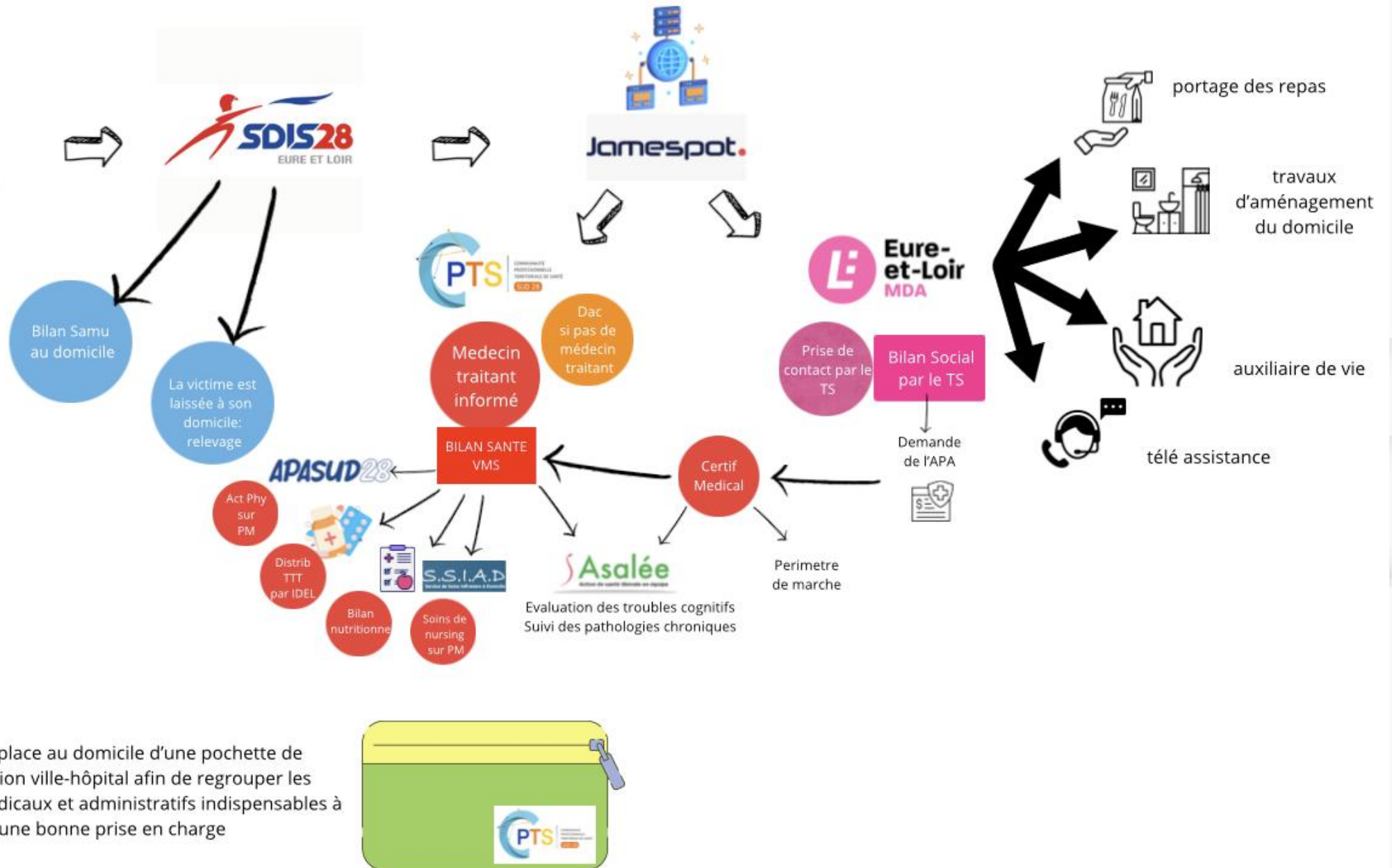
- Développement de l'**Activité physique Adaptée** à domicile mais limité car son coût est très élevé pour la CPTS Sud28 (malgré une augmentation croissante de la prescription par les médecins traitants)
- **Fragilité de l'offre d'aide à domicile.**
- **Suivi de 50% des patients par une infirmière** ou IPA ASALEE (suivi des patients poly pathologique)
- **Priorisation de la prévention secondaire** au détriment de celle primaire.



L'écosystème







**VOUS ÊTES À RISQUE DE CHUTE ?
VOUS AVEZ CHUTÉ ?**
(VOUS AVEZ PLUS DE 60 ANS OU UN HANDICAP)



CONTACTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ DU TERRITOIRE
(PHARMACIENS, INFIRMIERS, SECRÉTARIATS MÉDICAUX...)



La CPTSSud28 facilitera votre maintien à domicile
POCHETTE DE COORDINATION, ÉVALUATION D'AIDES HUMAINES, FINANCIÈRES, MATÉRIELLES,
TÉLÉ ASSISTANCE, ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE



Perspectives

Pour le SDIS

- **Dématérialiser les fiches de signalement** après intervention à caractère social afin d'améliorer l'exhaustivité de remontée d'information à la sous-direction santé.

Pour le CD / MDA / MDSC

- Renforcer la logique « **dîtes-le-nous une fois** »

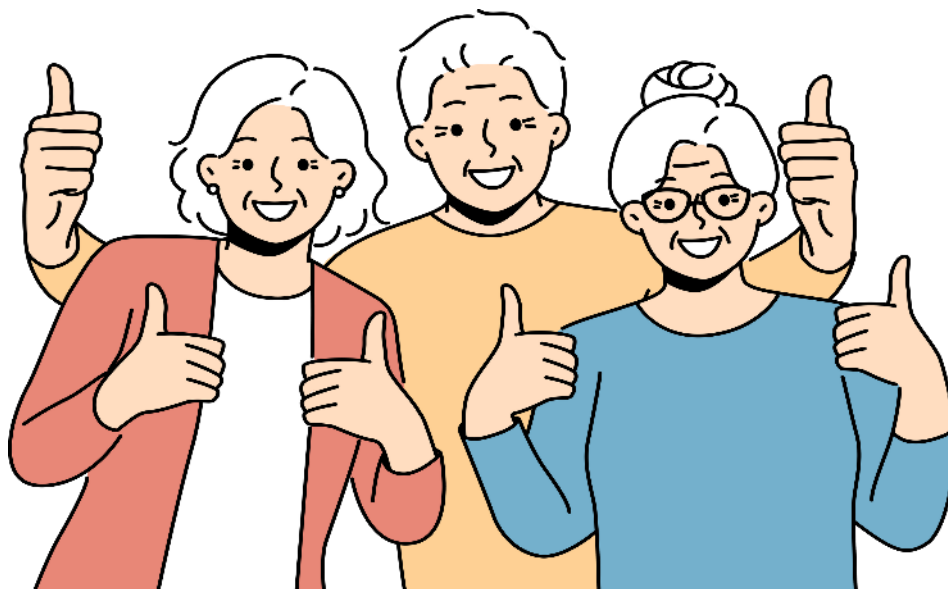
Pour la CPTS

- **Développer l'APASUD28** grâce à de nouveaux financements.
- **Réaliser des bilans de chute** par les Kinés afin de **hiérarchiser l'entrée dans la file active** de la prévention primaire

- **Développement du bilan de médication** avec les pharmaciens
- **Développement du bilan de prévention** par les IDEL
- **Développement d'un Bilan nutritionnel** (fait par les MG ou les diet)
- **Créer un lien privilégié avec le CH de Châteaudun** afin de repérer les patients relevant de la prévention tertiaire et pris en charge dans le service SMR (Soins Médicaux et de réadaptation en hospi de jour)
- **Extension sur le 45** avec intégration de Patay : développement du parcours et nouveaux interlocuteurs (SDIS 45, CD45, DAC45...)

Etendre le dispositif à l'ensemble du département en s'appuyant
sur l'inter CPTS 28

616
relevages
par le SDIS
hors
secteur
CPTS Sud
28



2024

2025

2026

2027

2028

Atelier 4

PARCOURS PREVENTION DES CHUTES : *de la conception à la mise en application*

2.Projet de protocole national de coopération

Bertrand Joseph, Coprésident de la CPTS Sud 28, membre du GT du protocole de coopération

Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurités des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

- 1 - INTITULE DU PROTOCOLE
 - Coopération entre **médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, pharmaciens d'officine ou adjoints, diététiciennes, pédicures podologues et ergothérapeutes** pour la prévention des chutes des personnes âgées
- 2 - PRESENTATION GENERALE DU PROTOCOLE ET DE SON CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE
 - Objectifs de mise en œuvre :
 - **Grader** le niveau de risque (faible, intermédiaire, élevé) des personnes âgées de plus 65 ans dépistées comme à risque de chute
 - **Réduire ce risque** par des interventions d'intensité croissante selon le niveau de risque, grâce à une coopération en équipe entre le médecin traitant et des professionnels de santé formés à cette prévention IDE, MKDE ; diététiciens et ergothérapeutes, pédicures podologues.

Ce protocole vise à

- **Favoriser le travail en équipe** au niveau des soins primaires pour mettre en œuvre le plan quinquennal antichute des personnes âgées
- **Être complémentaire de l'expérimentation ICOPE** en cours jusqu'en 2025 : dès sa mise en œuvre le protocole permettra de réduire le risque de chute des patients dépistés par l'étape 1 d'ICOPE ; par la suite, c'est un outil qui pourra être intégré à la généralisation de l'approche ICOPE, pour répondre aux besoins personnalisés de soins et de prévention des patients
 - Le risque de chute peut être repéré de plusieurs manières :
 - De manière « opportuniste » lors d'une visite de santé au cours de laquelle sont posées de façon systématique les questions suivantes :
Êtes-vous tombé(e) au cours des douze derniers mois ? / Vous sentez-vous instable en vous mettant debout ou en marchant ? / Avez-vous peur de tomber ?
 - Lors d'un suivi du médecin traitant ou de tout autre professionnel de santé avec retour au médecin traitant.
 - En utilisant les deux tests fonctionnels standardisés et chronométrés évaluant la marche et l'équilibre :
Le test « timed up & go » : risque de chute si ≥ 20 secondes / Le test (appui ou station) unipodal réalisé sur la jambe de son choix : le seuil de normalité est de 5 secondes
- Par le domaine mobilité d'ICOPE STEP 1 qui permet de mesurer le déclin d'une ou plusieurs capacités intrinsèques.
- Par les bilans de prévention 60-65 ans et 70-75 ans qui mettent l'accent sur la prévention de la perte d'autonomie. L'objectif est de dépister les facteurs de risque et repérer les fragilités pour préserver l'autonomie future.

Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurités des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

- Stratification du risque de chute

Les seuils utilisés pour la gradation sont issus des guides et recommandations de la HAS et des recommandations de l'OMS. Conformément à ces recommandations, les patients à risque élevé de chute sont ré adressés à leur médecin traitant pour un bilan étiologique et prise en charge. Une attention particulière est portée à l'identification et à la correction des facteurs prédisposant de chute, notamment pour les patients à risque intermédiaire.

- Patients et pathologie(s) concernés par le protocole :

Prévention des chutes chez les personnes âgées ≥65 ans identifiés comme à risque faible, intermédiaire ou élevé de chute. L'intervention de prévention a lieu à domicile en 3 séquences initiales puis une séquence de suivi à 6 mois ou 1 an selon le niveau de risque

- Professionnels concernés

Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des **délégants** : médecin généraliste (traitant). Qualification professionnelle et éventuellement spécialité des **délégués** : MKDE; IDE; diététiciens-nes, pédicures-podologues, pharmaciens d'officine titulaires ou adjoints, ergothérapeutes

- Lieu de mise en œuvre : **(Structures d'exercice coordonnée (MSP, centre de santé, équipe de soins primaires), CPTS**

Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurités des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

- 3 - CRITERES **D'INCLUSION** des patients

Critère 1 : âge sup ou égale à 65 ans

Critère 2 : et chute dans les 12 mois

Critère 3 : ou peur de tomber ou sensation d'instabilité

Critère 4: ou patient repéré comme à risque de chute par un professionnel de santé ou un non professionnel de santé formé, par un outil de dépistage validé (ICOPE ou test Timed up & test unipodal

- 4 - CRITERES DE **NON INCLUSION** des patients:

Critère 1 : impossibilité de suivi à domicile en raison du contexte : insalubrité, problématique sociale non résolue, absence d'entourage

Critère 2 : Pathologie non stabilisée : cardio vasculaire, respiratoire, neurologique, métabolique ou vestibulaire

Critère 3 : dépendance à l'alcool

Critère 4 : Troubles neurologiques majeurs

- 5 - ORGANISATION INCLUSION ET MODALITES D'INFORMATION et D'ACCORD DES PATIENTS

- Inclusion réalisée par le médecin traitant du patient ou la structure mettant en œuvre le protocole (MSP ou CPTS)
- Consentement recueilli par oral ou écrit, tracé dans le dossier médical du patient



Ci-après l'arbre
décisionnel



Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

Annexe 2. Arbre décisionnel d'évaluation du risque de chute

Rechercher les facteurs de gravité nécessitant une évaluation médicale et un bilan étiologique ⁵	
≥ 2 chutes au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>
Antécédent de chute avec incapacité de se relever	<input type="checkbox"/>
Antécédent de chute avec blessure ou ayant nécessité une consultation médicale ou une hospitalisation	<input type="checkbox"/>
Antécédent de chute avec perte de connaissance ou suspicion de syncope ⁶	<input type="checkbox"/>



Réaliser le Short Physical Performance Battery (SPPB) de façon standardisée et chronométrée ⁷		
<u>Test d'équilibre statique (4 points)</u> Pieds joints l'un à côté de l'autre Position semi-tandem : talon d'un pied au niveau du gros orteil de l'autre pied Position tandem : talon d'un pied en contact avec la pointe de l'autre pied	Durée de maintien de l'équilibre en secondes : - 1 point: 10 s - 0 point: < 10 s - 1 point: 10 s - 0 point: < 10 s - 2 points: 10 s - 1 point: 3 à 9 s - 0 point: < 3 s	
	<u>Test de vitesse de marche sur 3 ou 4 mètres (4 points)</u> - Temps requis pour marcher 3 ou 4 mètres à un rythme normal (utiliser le meilleur temps des deux essais) Marche sur 3 mètres - 4 points : VM < 3,625 s - 3 points : VM 3,62 à 4,65 s - 2 points : VM 4,66 à 6,50 - 1 point VM > 6,52 s - 0 point : incapable	Marche sur 4 mètres - 4 points : VM < 4,82 s - 3 points : VM 4,82 à 6,20 s - 2 points : VM 6,21 à 8,70 - 1 point VM > 8,70 s - 0 point : incapable
<u>Test du lever de chaise (4 points)</u> - Temps pour se lever 5 fois d'une chaise, le plus vite possible, dos droit et bras croisés	- 4 points : < 11,19 s. - 3 points : 11,20 à 13,69 s - 2 points : 13,70 à 16,69 s - 1 point : 16,70 à 59 s - 0 point : > 60 s ou incapable	

SPPB 10 - 12
Incapacité absente

SPPB 7 - 9
Incapacité légère

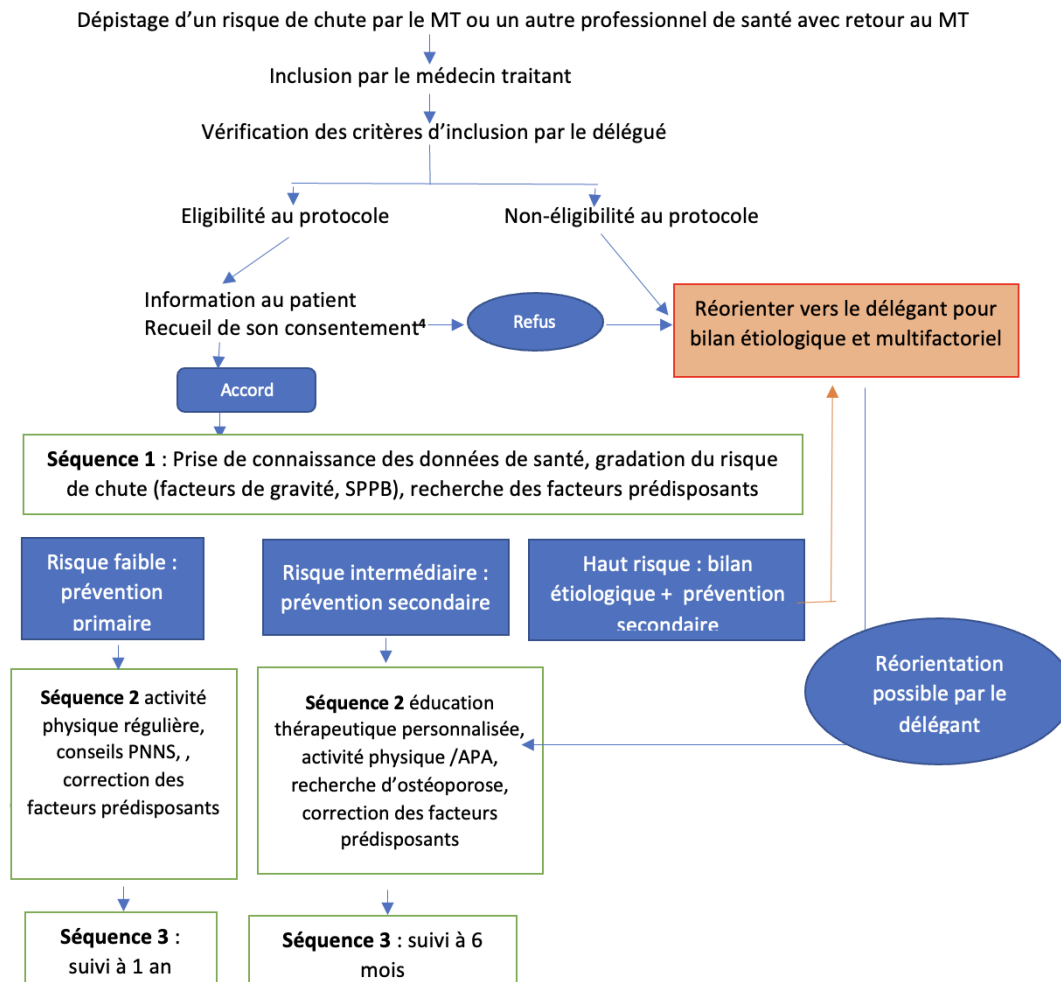
SPPB 5 - 6
Incapacité modérée

SPPB ≤4
Incapacité sévère

Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

• 6 - DESCRIPTION SYNTHETIQUE PAR UN ALGORITHME DU PARCOURS PATIENT DANS LE CADRE DU PROTOCOLE



• 7 - LISTE DE TOUTES LES DEROGATIONS ENVISAGEES

- Dérogation 1 : Evaluer et grader le risque de chute
- Dérogation 2 : Orienter la personne en fonction de son niveau de risque
- Dérogation 3 : Prescrire les interventions nécessaires à la réduction du risque de chute
- Dérogation 4 : Conseiller l'augmentation de l'activité physique (non dérogatoire)
- Dérogation 5 : rechercher une ostéoporose selon les recommandations en vigueur
- Dérogation 6 : Prescrire des CNO
- Dérogation 7 : Prescrire un programme d'activité physique adaptée d'intensité faible à modérée après validation par le délégué



Ci-après l'arbre décisionnel

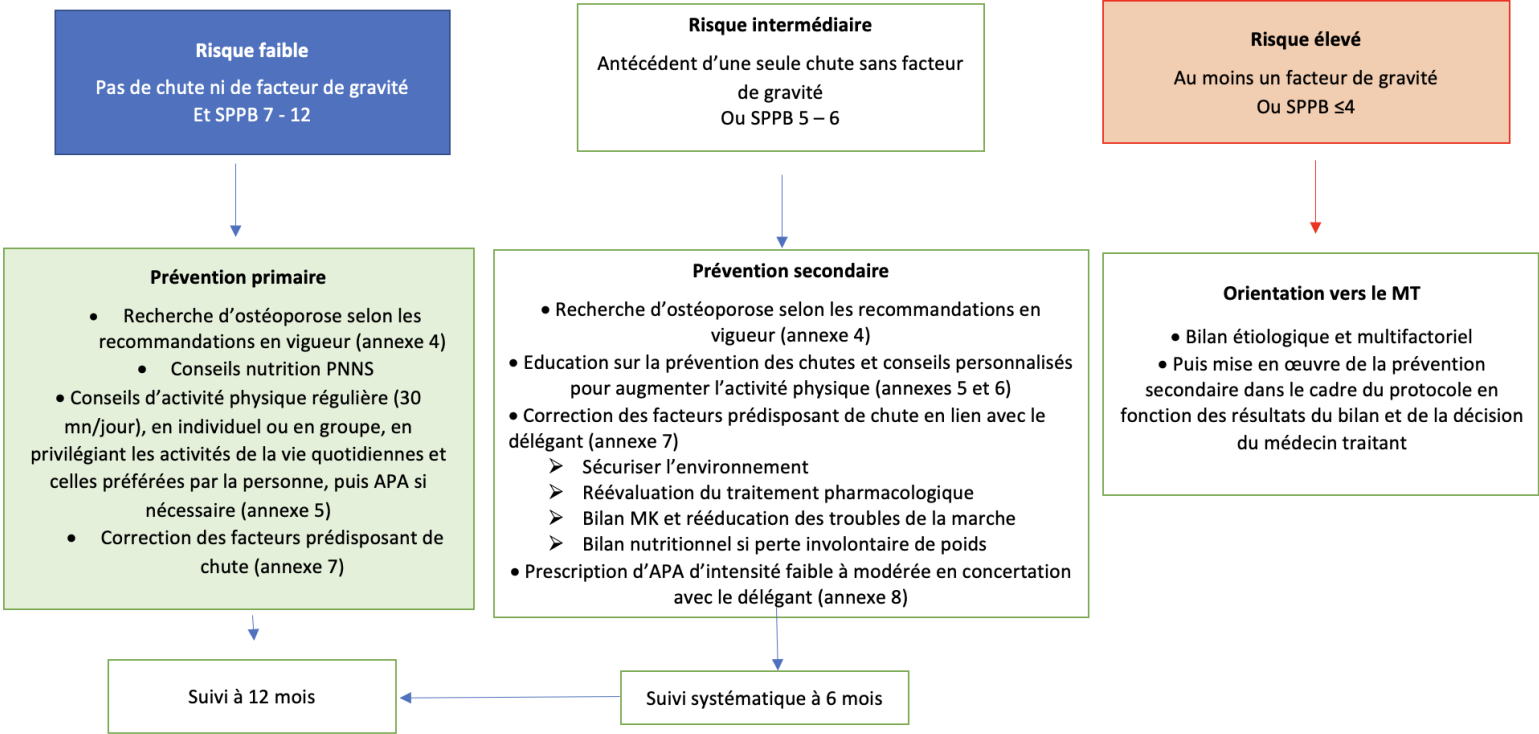


Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurités des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

Annexe 3. Arbre décisionnel de gradation du risque de chute

-Dérégation 1 : Evaluer et grader le risque de chute



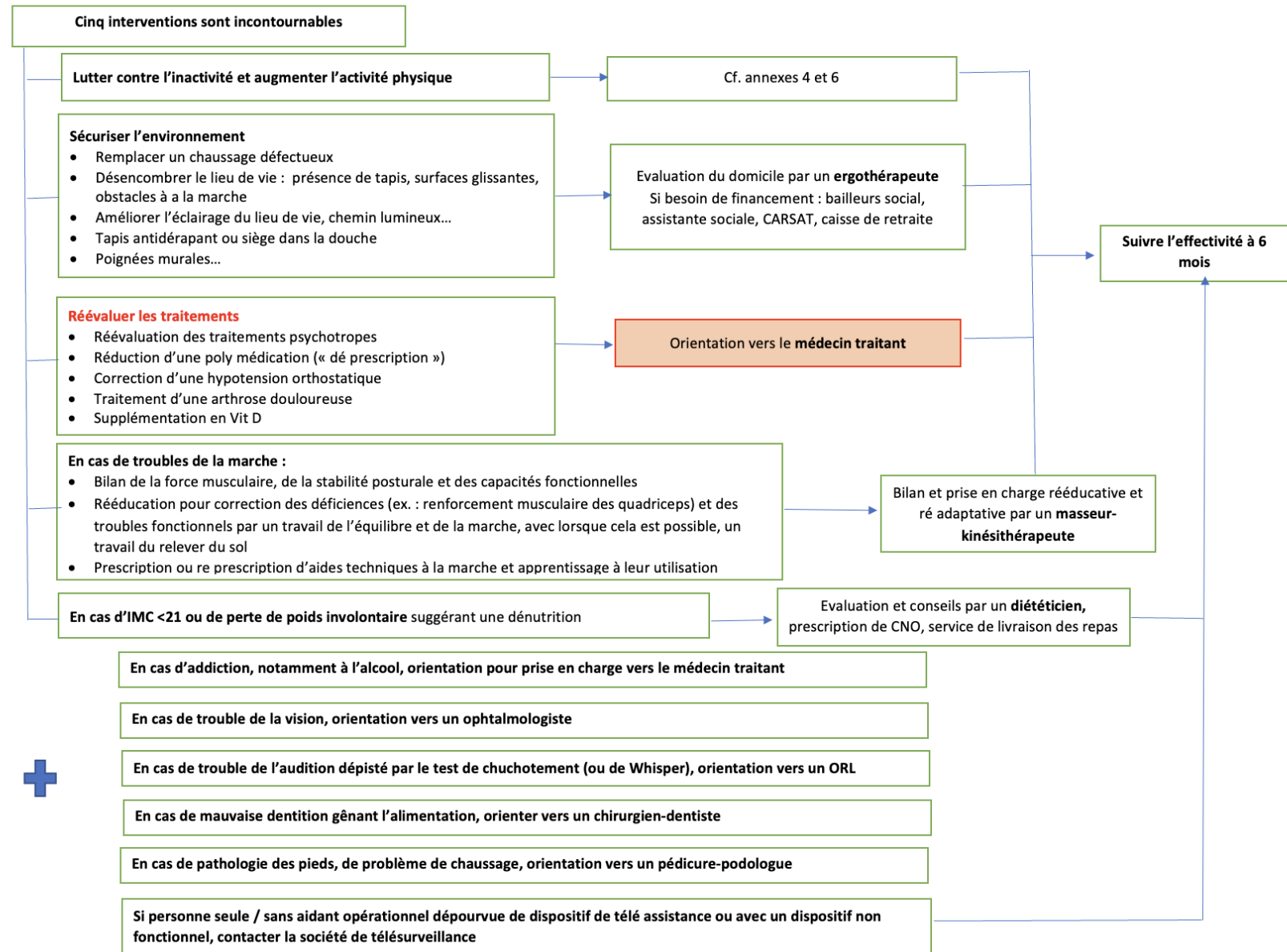
Rechercher les facteurs prédisposants et amendables de risque de chute ⁸ par la consultation du dossier, l'interrogatoire et la clinique	
Ostéoporose connue	<input type="checkbox"/>
Douleurs chroniques, arthrose du rachis ou des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>
Diminution de la force ou de la puissance musculaire des membres inférieurs (test du lever de chaise anormal)	<input type="checkbox"/>
Troubles ressentis de la marche ou de l'équilibre (test d'équilibre statique anormal)	<input type="checkbox"/>
Au niveau des pieds : déformation ou hyperkératose douloureuse ou perte de la sensibilité (test au monofilament de 10 g)	<input type="checkbox"/>
Indice de masse corporelle : IMC < 21 ou perte ≥ 3 kg involontaire depuis 3 mois (sarcopénie / dénutrition)	<input type="checkbox"/>
Hypotension orthostatique : diminution de la PAS ≥20 mm Hg et/ou de la PAD ≥10 mm Hg survenant dans les 3 minutes suivant un passage en position debout	<input type="checkbox"/>
Poly médication : prescription d'au moins 5 traitements chroniques différents	<input type="checkbox"/>
Traitement par psychotropes, anticoagulants, diurétiques ou anti arythmiques	<input type="checkbox"/>
Dépression / troubles de l'humeur : tristesse, anxiété, agressivité	<input type="checkbox"/>
Altération de la vision ou de l'audition (évaluée par le test de chuchotement)	<input type="checkbox"/>
Déclin cognitif : oublis, désordre anormal, perte de repères dans le temps et dans l'espace	<input type="checkbox"/>
Nombres de facteurs prédisposant	

Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

-Dérogation 2 :
-Orienter la personne en fonction de son niveau de risque

Annexe 7. Arbre décisionnel de correction des facteurs précipitant de chute ou prédisposant à la chute

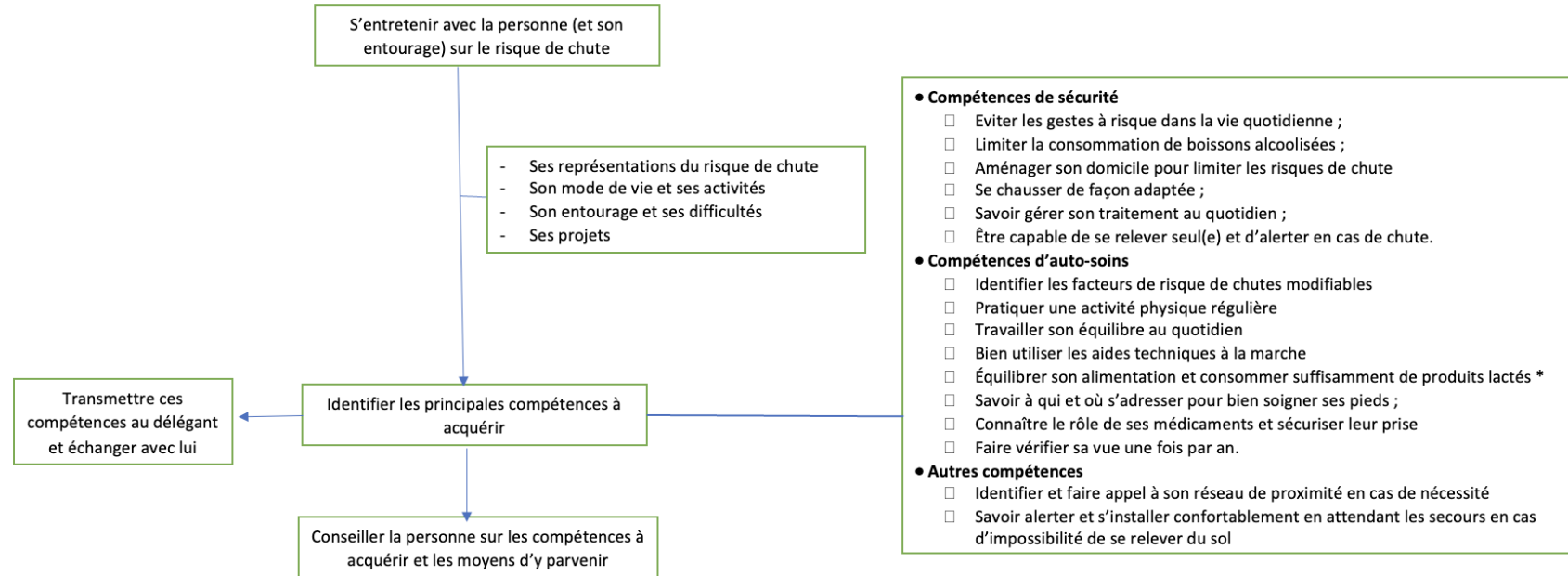


Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

-Dérogation 3 :
-Prescrire les interventions nécessaires à la réduction du risque de chute

Annexe 6. Education thérapeutique personnalisée sur la prévention des chutes (risque intermédiaire)



Questions pouvant être utilisées pour l'entretien avec la personne à risque de chute (d'après HAS Prévention des chutes 2014)

<ul style="list-style-type: none">• Que savez-vous sur le risque de chute ?<ul style="list-style-type: none">- D'après vous, quelles sont les causes des chutes pour les personnes de votre âge ?- Comment expliquez-vous vos chutes ? Qu'avez-vous pensé lorsque vous êtes tombé(e) ?- Que vous a-t-on dit à propos de vos chutes ?- Quels liens faites-vous entre médicaments et chute ?- Connaissez-vous votre traitement ? A quoi sert-il ?- Prenez-vous d'autres médicaments que ceux prescrits par votre médecin ?	<ul style="list-style-type: none">• Mode de vie et activités<ul style="list-style-type: none">- Racontez-moi une journée type de votre vie.- Comment vivez-vous ? (Type d'habitat, seul, entouré, présence d'un animal, etc.) ?- Vous sentez-vous en sécurité dans votre logement ?- Quels moyens mettez-vous en œuvre pour entretenir votre équilibre ?- Depuis les chutes, avez-vous modifié votre façon de vivre, vos activités, vos loisirs ?- Considérez-vous prendre des risques dans vos activités quotidiennes ? Pour quelles activités ?- Qui prépare vos repas ? Vos repas vous semblent-ils équilibrés ?
<ul style="list-style-type: none">• Entourage et difficultés<ul style="list-style-type: none">- D'après-vous, votre santé dépend plutôt : de vous, de votre famille, de l'environnement (climat, etc.), de votre médecin ?- Comment cela se passe-t-il avec votre famille ? Votre entourage ? Les aides à domicile ?- À qui avez-vous parlé de vos chutes ? Comment ont-ils réagi ?- Qui peut vous aider dans votre entourage ?- Êtes-vous inquiet(ète) ? Préoccupé(e) ? En ce moment, qu'est-ce qui vous pose le plus de problèmes ?- Avez-vous des difficultés pour prendre vos médicaments ?- Comment-vous chaussez-vous ? Avez-vous des problèmes pour vous chausser ?	<ul style="list-style-type: none">• Projets ?<ul style="list-style-type: none">- Qu'est-ce qui est important pour vous ?- Quels sont vos projets actuellement ?- Que pensez-vous pouvoir faire personnellement pour éviter de tomber à nouveau ?- Que faites-vous ou qu'avez-vous envie de faire comme activité physique ?- Comment pensez-vous y arriver ?- Comment peut-on vous aider ?

Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

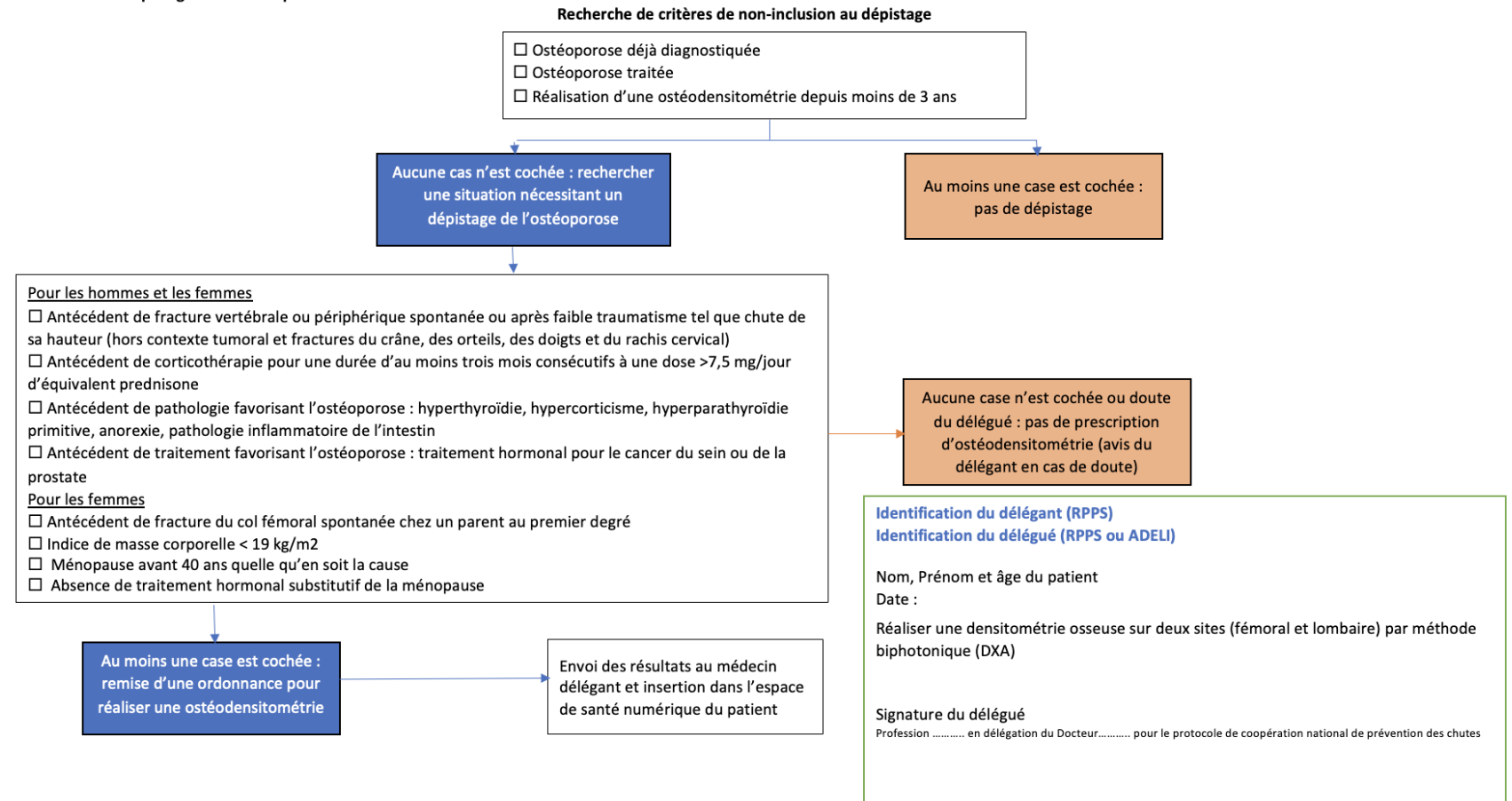
-Dérogations 5 & 6 :
-Conseils nutritionnels
-Rechercher une ostéoporose selon les recommandations en vigueur

Annexe 4. Conseils nutritionnels et dépistage de l'ostéoporose en cas de risque faible de chute

Les 7 conseils du PNNS

1. Au moins 5 fruits et légumes par jour
2. Des féculents à chaque repas selon l'appétit
3. 3 produits laitiers (lait, yaourt, fromage) par jour
4. 1 à 2 portions de viande, œufs et produits de la pêche par jour
5. Limiter les matières grasses ajoutées, le sucre et le sel
6. Eau à volonté
7. Augmenter son activité physique

Situations et critères de dépistage d'une ostéoporose



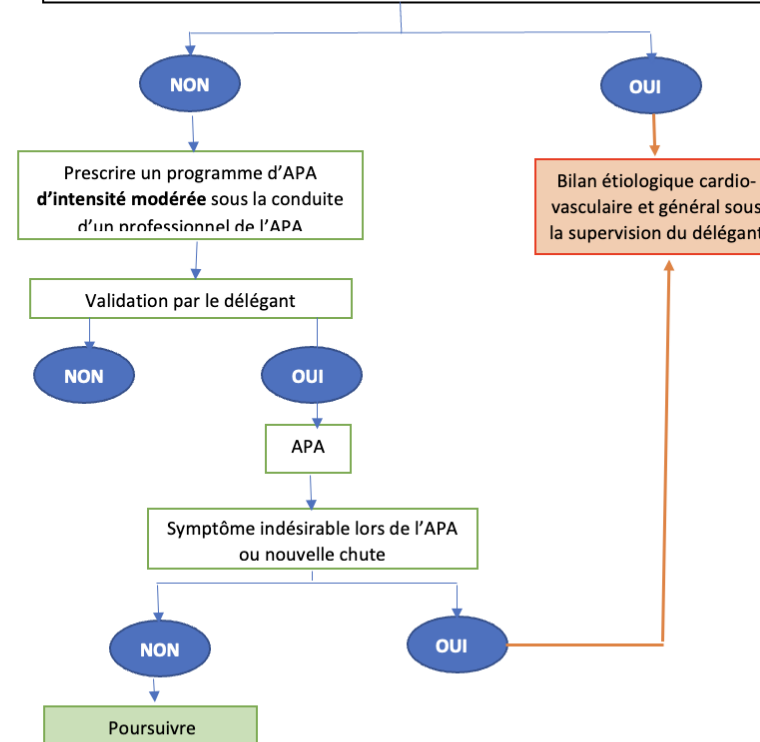
Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

-Dérogation 7:
-Prescrire un programme d'activité physique adaptée d'intensité faible à modérée après validation par le délégant

Annexe 8 : prescription d'APA d'intensité faible à modérée après validation par le délégant

Recherche d'une contre-indication à l'APA ?	
Pathologie représentant une contre-indication à l'APA	
<input type="checkbox"/> Pathologie cardio-vasculaire ou respiratoire nécessitant un bilan spécialisé préalable	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HTA non contrôlée (> 180/110 mm hg au repos)	
<input type="checkbox"/> Maladie thrombo-embolique récente	
<input type="checkbox"/> Fracture récente (< 3 mois)	
<input type="checkbox"/> Diabète non contrôlé / à risque d'hypoglycémie / mal perforant plantaire	
Depuis 6 mois douleur thoracique ou étourdissement/syncope lors d'un effort	<input type="checkbox"/>
Perte involontaire >10% du poids depuis 6 mois ou >5% depuis 1 mois	<input type="checkbox"/>
Limitation fonctionnelle par traumatisme / poussée d'arthrose ou d'arthrite	<input type="checkbox"/>



Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

- 8 - MODALITES POUR LE PARTAGE DES DONNEES DE SANTE ET LA COOPERATION déléguants/délégues
- 9 – MODALITES DE TRANSMISSION DES INFORMATIONS à l'ensemble des professionnels de santé
- 10 – CONDITIONS d'expériences professionnelles et de formation complémentaire théorique et pratique requises des professionnels délégués
- 11 – DISPONIBILITE ET INTERVENTIONS REQUISES DU PROFESSIONNEL DELEGANT
- 12 – PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE. Procédure d'analyse des pratiques et de gestion des risques
- 13 – INDICATEURS DE SUIVI
 - Nombre de patients effectivement pris en charge au titre du protocole
 - Taux de reprise par le déléguant
 - Taux d'EI déclarés
 - Taux de satisfaction des professionnels de santé
- 14 – REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES GENERALES

Annexe 8. Questionnaire pour le recueil de la satisfaction des professionnels de santé

Enquête de satisfaction déléguant

Vous avez adhéré au protocole de coopération [intitulé]. Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole de coopération. Nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes.

Date :

- 1- Dans le cadre de ce protocole, avez-vous été sollicité par les délégués
☐ Très Rarement ☐ Rarement ☐ Fréquemment ☐ Très fréquemment
- 2- La qualité des échanges entre vous et le(s) délégué(s) vous satisfait-elle ?
☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non
- 3- Pensez-vous que ce protocole de coopération rend un service approprié aux patients ?
☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non
- 4- Ce protocole contribue-t-il à faciliter votre exercice professionnel
☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non
- 5- Etes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?
☐ Satisfait ☐ Non satisfait

Enquête de satisfaction délégué

Vous avez adhéré au protocole de coopération [intitulé]. Nous vous remercions pour votre implication dans ce protocole et nous souhaitons recueillir votre avis sur l'application du protocole en répondant aux questions suivantes :

Date :

- 1- Pensez-vous exercer de façon sécurisée dans le cadre du protocole ?
☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non
- 2- La qualité des échanges entre vous et les déléguants vous satisfait-elle ?
☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non
- 3- Pensez-vous que le protocole de coopération rend un service approprié aux patients ?
☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non
- 4- Ressentez-vous une valorisation de votre pratique professionnelle ?
☐ Oui ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non
- 5- Etes-vous globalement satisfait par la mise en œuvre du protocole de coopération ?
☐ Satisfait ☐ Non satisfait

Projet de protocole national de coopération

Prenant en compte les exigences de qualité et de sécurités des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019

- 15 – PROPOSITION D’UN MODELE ECONOMIQUE POUR LE PROTOCOLE S’IL Y A LIEU
 - Le modèle économique est une rémunération forfaitaire modulée en fonction du niveau de risque de chute et du temps consacré aux différentes séquences de prévention mise en œuvre par le délégué (2h30 à 3h selon le niveau de risque).
 - Séquence 1 : Prise de connaissance des données de santé, gradation du risque de chute (facteurs de gravité, SPPB), recherche des facteurs prédisposants
 - Séquence 2 : conseils / éducation, correction des facteurs prédisposants et orientation du patient
 - Séquence 3 : suivi du patient à 6 mois / 1 an
 - Le délégant est rémunéré pour les temps dédiés à la communication des informations médicales au délégué et à la concertation avec le délégué.
 - Risque faible : 120 € (90 pour le délégué et 30 pour le délégant)
 - Risque intermédiaire : 150 € (120 pour le délégué et 30 pour le délégant)
 - Risque élevé : 80 € (50 pour le délégué et 30 pour le délégant) - 140 € si retour dans le protocole
- 16 – MODELES DE PRESCRIPTION
 - Bilan diagnostic Kiné avec rééducation
 - Complément nutritionnel oraux
 - Prescription APA d’intensité modéré
- 17 - MODELE TYPE DE COMPTE RENDU AU MEDECIN TRAITANT

PARCOURS PREVENTION DES CHUTES :
de la conception à la mise en application

3. Le plan antichute

Madame Chrystelle CESARI, Cheffe de projet « Coordination nationale du Plan antichute des personnes âgées », sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, Direction Générale de la Cohésion Sociale

Un plan structuré par cinq axes thématiques et un axe transversal



AXE 1

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



AXE 2

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



AXE 3

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



AXE 4

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



AXE 5

**LA
TÉLÉASSISTANCE
POUR TOUS**



AXE
TRANSVERSAL

**INFORMER ET
SENSIBILISER**

1 – L'INACTIVITÉ PHYSIQUE / LA SÉDENTARITÉ

Éléments évoqués

Au sein de ce premier signe « avant-chuteur », le lien entre sédentarité/inactivité physique et risque de chute est mis en avant. Cela permet de comprendre le lien entre la pratique d'activité physique et la sauvegarde de l'autonomie et donc la diminution du risque de chute.

Remarques

L'élévation du risque de chute est en lien avec :

- la sédentarité, correspondant aux personnes de 60 ans et plus qui cumulent plus de 8h par jour de sédentarité ;
- l'inactivité physique, correspondant aux personnes de 60 ans et plus qui cumulent moins de 2h30 par semaine d'activité d'intensité modérée.

L'activité physique en prévention du risque de chute est un message à destination des seniors à largement diffuser. Pour cela, il faut mettre en avant les facteurs de motivation de pratique d'activité physique chez les seniors : santé, bénéfices psychologiques et physiques, socialisation, prévention des complications liées à l'âge.

Messages

« Moins bouger, plus de risques de chuter »

« L'activité physique pour une meilleure prévention du risque de chute »

2 – LA PEUR DE LA CHUTE

Éléments évoqués

Ce deuxième signe « avant-chuteur » met en avant l'élévation et l'aggravation du risque de chute en cas de peur de la chute. Il permet de comprendre la nécessité d'être accompagné et de pratiquer une activité physique adaptée pour prévenir le risque de chute. Il permet aussi d'aborder la nécessité de traiter la peur de tomber. Il faut comprendre la possibilité de progression même après une première chute. Dans le cadre de ce signe « avant-chuteur », il faut également comprendre l'idée de casser la spirale qui survient après une première chute à savoir plus de sédentarité, plus de chutes et/ou de risques de chutes.

Remarques

Mettre en avant afin de ne pas banaliser : la perte d'équilibre, la peur de la chute.

Message

« Une première chute n'est jamais banale. La traiter c'est reprendre pied »

3 – LA DÉNUTRITION

Éléments évoqués

Ce troisième signe « avant-chuteur » traite de la dénutrition en lien avec l'élévation du risque de chute et de gravité de la chute. Il permet la reconnaissance d'une situation de dénutrition et permet de mettre en lien cette situation avec le risque de chute. Pour rappel, la définition de la situation de dénutrition est une perte pondérale supérieure ou égale à 5 % du poids initial en 1 mois ou à 10 % en 6 mois.

Remarque

Ce signe « avant-chuteur » concernant la dénutrition est plutôt à destination des seniors les plus âgés.

Messages

« La perte de poids, une alerte sur le risque de chute »

« Une perte de poids en peu de temps : un des signes "avant-chuteurs" »

La perte de poids constitue un facteur de risque de chute. Des solutions existent pour la prévenir.

5 signes « avant-chuteurs »

4 – L'ALTÉRATION DE LA VISION/DE L'AUDITION

Éléments évoqués

Ce quatrième signe « avant-chuteur » permet de faire le lien entre l'élévation du risque de chute lors de l'altération de la vision et/ou de l'audition chez les sujets âgés.

Remarque

Ce signe « avant-chuteur » concerne les seniors plus âgés, à domicile, avec des problèmes de vue ou d'audition importants qui entraînent une élévation du risque de chute.

Message

« Bien voir et bien entendre pour moins risquer de chuter »

Évaluer sa vue et son audition pour prévenir le risque de chute, c'est possible.

5 – LE LOGEMENT

Éléments évoqués

Ce dernier signe « avant-chuteur » traite du lien entre le risque de chute et les caractéristiques du logement. Ce signe permet de comprendre qu'un logement mal adapté représente un risque réel. Le logement comporte des risques invisibilisés par les habitudes, et parfois difficilement repérables par un individu. Cependant le risque de chute est accru au sein d'un logement non adapté et au sein duquel de petits aménagements permettent de prévenir des conséquences importantes en lien avec la survenue d'une chute.

Remarque

Ce message s'adresse plutôt à des seniors plus âgés.

Messages

« Chez soi, sans risque de chute »

« Chez vous, le risque de chute existe »

Des solutions simples d'adaptation du logement pour prévenir les chutes existent.

Atelier 4

PARCOURS PREVENTION DES CHUTES : *de la conception à la mise en application*

4. Les maisons sport santé

Mr Fabrice Dugnat, Ministère des sports, Direction des sports, Bureau de l'accès aux Pratiques Sportives toute la vie.



6ÈME ÉDITION

JOURNÉES
NATIONALES
DES CPTS

Une MSS c'est quoi ?

Texte fondateur: code de la santé publique art L1173-1 et arrêté du 25 avril 2023 portant cahier des charges.

Qui délivre l'habilitation ?

Combien de MSS en France ?



Fédération Nationale

Contact: coordination@fcpts.org



MINISTÈRE
DES SPORTS,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Des profils variés mais des missions identiques ^{1/3}

- Accueillir de façon personnalisée ; *(casser les préjugés)*
- Sensibiliser, informer et conseiller sur les bienfaits de l'APS ; *(plaisir immédiat)*
- Renseigner et mettre à disposition l'information sur les offres de pratiques d'activités physiques ou sportives disponibles localement ; *(moins de 15 min)*
- Réaliser ou assurer la mise en place des bilans pour permettre une évaluation des capacités physiques et une évaluation motivationnelle des personnes accueillies ; *(de l'animation à l'enseignement, motivation)*

Des profils variés mais des missions identiques ^{2/3}

- Orienter vers un parcours d'activité physique ou sportive adaptée aux besoins de la personne et encadré par des intervenants qualifiés ; *(de nouvelles pratiques fédérales)*
- Accompagner avec leur accord, les patients engagés dans des programmes d'APA tout au long de leur parcours de soin ; *(thérapie non médicamenteuse)*
- Orienter vers des professionnels et des structures partenaires pour compléter l'accompagnement des bénéficiaires si besoin ; *(proximité, pratique durable)*

Des profils variés mais des missions identiques ^{3/3}

- Mettre en réseau les intervenants sur le territoire d'intervention de la maison Sport-Santé: professionnels des secteurs de la santé, du médico-social, social, du sport et de l'activité physique adaptée ; *(les gens de mondes différents doivent se rencontrer = point clef)*
- Assurer la mise en place d'actions de sensibilisation et/ou de formation en direction des professionnels des secteurs de la santé, du médico-social et social, du sport et des intervenants en activité physique adaptée. *(il faut actualiser les connaissances tant coté « sport » que coté « santé »).*

6ÈME ÉDITION

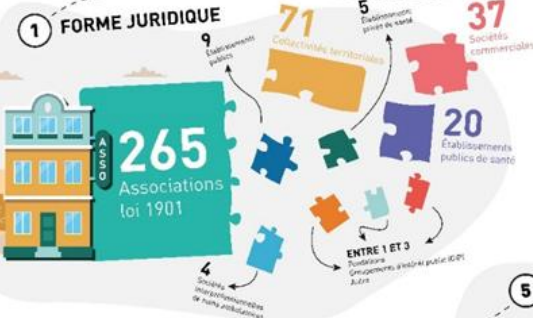
JOURNÉES NATIONALES DES CPTS

FONCTIONNEMENT DES MAISONS SPORT SANTÉ EN 2023

L'ENQUÊTE



418 répondants



2 EMPLOIS / SALARIÉS



3 ÉQUIPEMENTS SPORTIFS UTILISÉS



6 LE PUBLIC

244 125 personnes ayant bénéficié d'une information, d'un service ou d'une prise en charge par les MSS en 2023



Typologie des publics pris en charge



Type de prise en charge



5 GÉOGRAPHIE PRIORITAIRE



4 PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION



8 ECOSYSTÈME / PARTENAIRES



7 OFFRES DE SERVICES DE PROXIMITÉ



9 PARTENARIATS FINANCIERS



6ÈME ÉDITION

JOURNÉES
NATIONALES
DES CPTS

QUESTIONS ET REPONSES



Fédération Nationale

Contact: coordination@fcpts.org



MINISTÈRE
DES SPORTS,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

*Liberté
Égalité
Fraternité*