

Interreg



Cofinancé par
l'Union Européenne
Medegefinancierd door
de Europese Unie

France - Wallonie - Vlaanderen



SynDigitalPro

SynDigitalPro : Prévenir la chute, préserver l'autonomie

Livre blanc



Prévenir la chute, préserver l'autonomie

imprint

© 2025 SynDigitalPro
Tous droits réservés.
Aucune partie de ce document ne peut être
reproduite, sans l'autorisation expresse des
auteurs.
Toute demande peut être envoyée à :
info@ozconsulting.be.
LB 2

Introduction

Le vieillissement de la population constitue l'un des défis majeurs auxquels sont confrontés les systèmes de santé européens au XXI^e siècle. En France comme en Belgique, la part des personnes âgées de 65 ans et plus ne cesse de croître, transformant profondément les besoins en matière de santé publique, d'accompagnement social et d'organisation des parcours de soins. Cette évolution démographique s'inscrit dans un contexte sanitaire déjà sous tension, marqué par la chronicisation des pathologies, la raréfaction des ressources humaines et la nécessité de repenser les modèles traditionnels de prise en charge.

Au cœur de ces transformations se pose une question essentielle : comment permettre à nos aînés de vieillir dans la dignité, en préservant le plus longtemps possible leur autonomie, leur qualité de vie et leur place dans la société ? Cette interrogation dépasse largement le seul champ médical. Elle engage des dimensions sociales, organisationnelles, économiques et humaines, et appelle des réponses globales, coordonnées et durables.

Parmi les multiples enjeux liés au vieillissement, la prévention des chutes s'impose comme une priorité absolue. Les données épidémiologiques sont sans équivoque : chaque année, près d'un tiers des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile sont victimes d'au moins une chute. Cette proportion atteint près de 50 % chez les personnes de plus de 80 ans. Derrière ces chiffres se cache une réalité bien plus complexe et préoccupante. La chute n'est pas seulement un accident ponctuel ; elle constitue souvent le point de départ d'une cascade de conséquences : fractures, hospitalisations, perte d'autonomie fonctionnelle, apparition d'un syndrome post-chute caractérisé par la peur de retomber et l'évitement des déplacements, isolement social accru, et, dans de nombreux cas, entrée prématurée et non anticipée en institution.

Ainsi, la chute agit à la fois comme révélateur de fragilité et comme facteur aggravant de la dépendance. Elle fragilise les personnes âgées, mais aussi leurs proches et les professionnels qui les accompagnent. Sa prévention représente donc un levier majeur pour favoriser le bien-vieillir, limiter les ruptures de parcours et contenir les coûts humains, sociaux et économiques liés à la perte d'autonomie.

Le vieillissement : une révolution démographique en marche

Les chiffres sont sans appel. En 2050, près d'un tiers de la population européenne aura plus de 65 ans. En France comme en Belgique, l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation significative des situations de fragilité et de dépendance. Le nombre de personnes de plus de 85 ans devrait tripler d'ici 2060. Cette révolution démographique bouleverse nos systèmes de santé, nos modèles de solidarité, notre rapport collectif au vieillissement.

Face à cette transformation, la question n'est plus seulement de «vivre plus longtemps», mais de «bien vieillir» – c'est-à-dire de préserver le plus longtemps possible son autonomie, sa dignité, sa capacité à choisir sa vie. Or, dans cette équation complexe, la chute occupe une place centrale et dramatiquement sous-estimée.

Chaque année en France, plus de 2 millions de personnes âgées de 65 ans et plus chutent. Un chiffre qui grimpe à près de 450 000 pour les chutes graves nécessitant une hospitalisation. En Belgique, les proportions sont similaires. Ces événements, souvent perçus comme «normaux» avec l'âge, constituent pourtant la première cause de décès accidentel chez les seniors et la principale porte d'entrée vers la dépendance.

Car une chute n'est jamais anodine. Elle peut entraîner des fractures (notamment du col du fémur, dont le pronostic fonctionnel reste sombre), des traumatismes crâniens, mais aussi – et c'est moins visible – un syndrome post-chute : cette peur de retomber qui conduit à l'auto-restriction des activités, à la perte de confiance en soi, à l'isolement progressif. Le cercle vicieux s'enclenche : moins de mouvement, fonte musculaire accélérée (sarcopénie), perte d'équilibre aggravée, risque de nouvelle chute multiplié.

La chute est ainsi un révélateur. Elle signale une fragilité qui s'est installée, souvent silencieusement, au croisement de multiples facteurs : troubles de la marche, déficits sensoriels, polymédication, troubles cognitifs, dénutrition, environnement inadapté. Elle est le symptôme d'un équilibre rompu entre les capacités de la personne et les exigences de son environnement.

Dépasser les frontières pour partager les solutions

C'est précisément parce que la chute est un phénomène multifactoriel qu'elle exige des réponses plurielles, coordonnées, innovantes. Et c'est tout l'intérêt de cette journée d'échanges que d'avoir réuni, de part et d'autre de la frontière franco-belge, des acteurs aux profils variés mais aux préoccupations convergentes.

Car si les systèmes de santé français et belge diffèrent dans leur organisation et leur financement, les défis auxquels ils font face sont rigoureusement identiques : vieillissement de la population, sous-effectifs dans les établissements médico-sociaux, inégalités territoriales d'accès aux soins, nécessité de développer une véritable culture de la prévention. Les bonnes pratiques ne connaissent pas de frontières. Les innovations développées à Tournai peuvent inspirer Château-Thierry. Les dispositifs expérimentés dans l'Aisne peuvent éclairer les acteurs wallons.

Cette journée s'inscrit également dans le cadre d'un programme européen plus large, visant à capitaliser et diffuser les savoirs en matière de prévention de la perte d'autonomie. L'ambition est claire : faire de la coopération transfrontalière non pas un simple exercice diplomatique, mais un levier opérationnel d'amélioration des pratiques. Identifier ce qui fonctionne, comprendre pourquoi, et créer les conditions de sa transférabilité.

De la parole aux actes

Un fil rouge traverse toutes les interventions de la journée : la nécessité de mesurer l'impact des actions menées. Car si les initiatives foisonnent, si l'enthousiasme et l'engagement des professionnels ne font aucun doute, les décideurs publics et les financeurs réclament des preuves. Combien de chutes évitées ? Combien d'hospitalisations en moins ? Combien d'années d'autonomie gagnées ? Quel retour sur investissement pour la collectivité ?

Ces questions ne sont pas seulement comptables. Elles sont légitimes et structurantes. Elles conditionnent la pérennisation et le déploiement à plus grande échelle des dispositifs innovants. Elles obligent aussi à une certaine humilité méthodologique : évaluer l'impact d'une intervention préventive est complexe, car il faut mesurer ce qui ne s'est pas produit (la chute évitée), démêler ce qui relève de l'intervention de ce qui tient à d'autres facteurs, suivre les personnes dans la durée.

Plusieurs intervenants évoquent leurs efforts en ce sens : rappels téléphoniques à trois mois post-hospitalisation, analyse des déclarations d'événements indésirables, suivi longitudinal des résidents en EHPAD. Mais tous reconnaissent le besoin de monter en compétence, de mutualiser les outils, de construire des cohortes plus larges. C'est là que la dimension transfrontalière et européenne du programme prend tout son sens : créer des protocoles communs, partager des bases de données, produire des évidences scientifiques robustes.

« Vieillir, ce n'est pas perdre. C'est continuer à gagner, autrement. »

Une journée, trois focales : EHPAD, hôpital, domicile

La structure de cette journée s'organise autour de trois grandes sphères complémentaires, dans lesquelles se joue la prévention de la chute et, plus largement, le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Elle propose ainsi une lecture progressive des enjeux, depuis les lieux de vie institutionnels jusqu'au domicile, en passant par le milieu hospitalier.

- ▶ Le matin est consacré aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).** Dans ces lieux de vie collective, qui accueillent des résidents de plus en plus fragilisés, la prévention de la chute constitue un défi quotidien. Comment instaurer une véritable culture de vigilance partagée entre professionnels, résidents et familles ? Comment faire évoluer les pratiques, renforcer la coopération des équipes et redonner du sens à l'accompagnement au quotidien ? Les témoignages de l'ESPREV (Équipe Spécialisée de Prévention inter-EHPAD) dans les Hauts-de-France et de l'EHPAD Bellevue de Château-Thierry apportent des réponses concrètes, issues du terrain, et ouvrent des pistes inspirantes pour repenser l'action collective.
- ▶ La fin de la matinée explore ensuite l'approche hospitalière et post-aiguë.** À travers les expériences du Centre Hospitalier de Villiers-Saint-Denis et du CHwapi en Belgique, se pose la question essentielle de la continuité des parcours de soins. Comment structurer un accompagnement coordonné, depuis l'admission en gériatrie jusqu'au retour à domicile ? Comment articuler efficacement rééducation fonctionnelle et éducation thérapeutique du patient ? La mobilisation des technologies innovantes, notamment les capteurs vidéo intelligents, illustre le potentiel du numérique pour analyser finement les circonstances de chute, prévenir leur récurrence et favoriser une amélioration continue des pratiques professionnelles.
- ▶ L'après-midi est dédié au maintien à domicile**, lieu de vie privilégié de la grande majorité des personnes âgées, mais aussi espace où les risques augmentent avec l'installation de la fragilité. Ergothérapeutes, infirmières coordinatrices et responsables de centres de ressources territoriaux partagent leurs méthodes d'évaluation, leurs stratégies d'aménagement de l'habitat et leurs outils de sensibilisation des usagers et des aidants. L'assistance digitale soulève toutefois des interrogations majeures : comment concilier sécurité renforcée et respect de l'intimité ? Comment garantir l'accessibilité de ces innovations, notamment dans des territoires ruraux déjà fragilisés par l'isolement et le manque de ressources ?
- ▶ Enfin, la Maison Sport-Santé vient clore la journée sur une note résolument positive et dynamique.** Loin d'une vision misérabiliste du grand âge, les témoignages vidéo de Marie-Claude et Francine, octogénaires épanouies et sportives, rappellent une évidence trop souvent oubliée : le mouvement est un facteur essentiel de vitalité. L'activité physique adaptée apparaît alors non comme un luxe ou un simple complément, mais comme un pilier fondamental de la prévention de la chute et, plus largement, du bien vieillir.

La chute en EHPAD - Cultiver une vigilance collective

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) cristallisent aujourd'hui de nombreuses tensions : crise des vocations, sous-effectifs chroniques, épuisement des équipes, médiatisation des scandales, questionnements éthiques sur la liberté et la contention. Dans ce contexte difficile, la prévention de la chute pourrait apparaître comme un objectif secondaire, voire une charge supplémentaire pour des professionnels déjà au bord de la rupture.

Pourtant, les expériences partagées lors de cette journée démontrent exactement l'inverse. Loin d'être une contrainte de plus, la prévention de la chute peut devenir un puissant levier de transformation des pratiques, de remotivation des équipes, de revalorisation du métier. À condition de l'aborder non pas comme une norme descendante et culpabilisante, mais comme un projet collectif, co-construit, donnant du sens à l'action quotidienne.

28% des interventions liées aux chutes

Lorsque Carine Lengrand, ergothérapeute et coordinatrice de l'ESPREV Aisne Sud Aisne Centre, prend la parole, un chiffre interpelle immédiatement l'assistance : 28% des EHPAD accompagnés par l'ESPREV ont identifié la prévention des chutes comme priorité d'action. Près d'un tiers. Ce n'est pas anodin.

Cela signifie que, parmi les dix thématiques de prévention proposées (dénutrition, douleur, contention, addictions, Parkinson, hygiène bucco-dentaire, troubles cognitifs, vie affective et sexuelle...), c'est la chute qui émerge le plus fréquemment comme préoccupation majeure des directions et des équipes.

Pourquoi une telle prévalence ? Parce que la chute est à la fois fréquente, visible, et lourde de conséquences. Dans un EHPAD de 80 résidents, il n'est pas rare de dénombrer plusieurs dizaines de chutes par an, avec à la clé des fractures, des hospitalisations, une dégradation rapide de l'état général, et parfois le décès. La chute est aussi ce qui inquiète le plus les familles, qui ont justement placé leur proche en établissement en espérant le mettre «en sécurité». Chaque nouvelle chute est vécue comme un échec, génère de l'incompréhension, voire de l'agressivité envers les équipes soignantes.

Évolution des profils : des résidents de plus en plus dépendants

Tous les intervenants s'accordent à le constater : le profil des résidents entrant en EHPAD a profondément évolué au cours des dernières années. Cette évolution s'explique par plusieurs facteurs convergents. D'une part, les politiques publiques encouragent fortement le maintien à domicile le plus longtemps possible, appuyé par le développement des services d'aide et de soins à domicile. D'autre part, le coût élevé de l'hébergement en EHPAD, souvent supérieur à 2 000 € par mois après déduction de l'APA, conduit les familles à retarder l'entrée en institution. Enfin, dans certains territoires, l'insuffisance de l'offre de places génère des délais d'attente incompressibles.

L'entrée en EHPAD intervient ainsi à un stade beaucoup plus avancé du parcours de vie. Les établissements accueillent aujourd'hui majoritairement des personnes très dépendantes, souvent polypathologiques, présentant des troubles cognitifs sévères, une polymédication importante et une dépendance physique marquée.

Ces profils correspondent précisément aux populations les plus exposées au risque de chute. L'enjeu n'est donc plus uniquement de prévenir la première chute, mais surtout de limiter la survenue de chutes graves et leurs conséquences fonctionnelles, tout en préservant autant que possible la mobilité et l'autonomie résiduelle.

La littérature scientifique est unanime : la chute de la personne âgée est un événement multifactoriel. Elle résulte de l'interaction entre des facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs intrinsèques regroupent notamment les troubles de la marche et de l'équilibre, les déficits sensoriels (visuels, vestibulaires ou proprioceptifs), les troubles cognitifs, la polymédication – en particulier les psychotropes et certains traitements cardiovasculaires – ainsi que la dénutrition, la déshydratation ou encore l'incontinence. Les facteurs extrinsèques concernent quant à eux l'environnement (sols glissants, éclairage insuffisant, absence de barres d'appui), le chaussage inadapté ou l'utilisation inadéquate des aides techniques.

À ces facteurs s'ajoute le syndrome post-chute. Après une première chute, la peur de retomber entraîne une réduction des activités, une perte de confiance et un déconditionnement physique, augmentant paradoxalement le risque de nouvelles chutes. Ce cercle vicieux constitue un enjeu majeur de prévention.

Face à cette complexité, l'ESPrévE et les EHPAD qu'elle accompagne ont fait le choix d'une approche globale et systémique de la prévention des chutes. Celle-ci repose sur la mobilisation conjointe de plusieurs leviers et sur l'implication de l'ensemble des acteurs : professionnels de santé, personnels soignants et hôteliers, rééducateurs, familles, mais aussi les résidents eux-mêmes.



Nathalie Rumas, Ergothérapeute EHPAD Résidence Bellevue :
« Depuis le COVID, les gens arrivent beaucoup plus tardivement dans les établissements. Ils arrivent déjà beaucoup plus dépendants. »

L'ESPrévE : un dispositif innovant au service des EHPAD

L'ESPrévE (Équipe Spécialisée de Prévention inter-EHPAD) a été créée en 2020 dans les Hauts-de-France, dans le cadre d'un programme expérimental soutenu par l'Agence Régionale de Santé (ARS), pour répondre au manque de moyens et de culture de prévention dans les EHPAD. Chaque équipe, portée par un établissement « tête de réseau » (souvent un hôpital ou un EHPAD public), intervient gratuitement sur un territoire défini auprès d'une quarantaine d'établissements, levier essentiel pour permettre à tous les EHPAD, y compris associatifs ou publics, d'accéder à un accompagnement expert.

L'ESPrévE adopte une méthodologie collaborative et personnalisée : plutôt que d'imposer un modèle standard, elle co-construit avec chaque EHPAD un plan d'action adapté à ses ressources, ses contraintes et ses priorités. Cette approche prépare le terrain pour les différentes étapes d'accompagnement, depuis l'autodiagnostic initial, qui fait émerger forces et failles de l'établissement, jusqu'à la priorisation des thématiques et la mise en œuvre concrète des actions de prévention, avec un suivi régulier pour assurer leur pérennité.

La prévention des chutes en EHPAD proposée par l'ESPrévE se déploie en trois étapes principales.

► Étape 1 : autodiagnostic

L'ESPrévE réalise un travail d'analyse partagé avec la direction et l'équipe d'encadrement, couvrant dix thématiques de prévention. L'autodiagnostic permet d'objectiver les outils institutionnels, l'environnement architectural, les ressources humaines et matérielles, les partenariats locaux, les méthodes de dépistage et les actions déjà en place. Il oblige l'EHPAD à formaliser ses pratiques et à identifier clairement ses forces et ses failles.

► Étape 2 : priorisation et plan d'action

Un compte-rendu détaillé met en évidence les points forts et les axes d'amélioration. Une ou deux thématiques prioritaires sont sélectionnées pour un accompagnement de 12 à 18 mois. Pour chacune, un plan d'action est co-construit, précisant objectifs, actions concrètes, acteurs mobilisés et échéances, avec un suivi trimestriel pour ajuster les pratiques selon les réalités du terrain.

► Étape 3 : mise en œuvre et accompagnement

L'ESPrévE intervient directement auprès des professionnels et des résidents. Les actions incluent formations et sensibilisations, groupes de travail, ateliers ludiques ou pratiques pour les résidents, mise à disposition de matériel adapté et organisation d'événements collectifs. L'approche vise à transférer compétences et méthodes aux équipes afin de pérenniser les pratiques. Les principaux leviers sont : la sensibilisation des professionnels à la plurifactorialité des chutes, la création d'ateliers adaptés aux capacités des résidents, et l'information des familles et des résidents via supports pédagogiques et activités immersives.

Un exemple concret à l'EHPAD Bellevue de Château-Thierry illustre cette démarche : mise en place de fiches de dépistage standardisées, création de groupes d'ateliers à niveaux progressifs et sensibilisation au chaussage adapté, permettant d'installer une prévention structurée et durable dans la vie quotidienne des résidents.

De la fracture à la résilience : parcours coordonnés et approche globale

Si l'EHPAD est un lieu de vie, l'hôpital reste le pivot des situations de crise. Cependant, l'enjeu aujourd'hui est de transformer cette étape hospitalière en un véritable tremplin pour la prévention. L'établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) de Villiers-Saint-Denis illustre cette mutation à travers le déploiement du programme ICOPE (Integrated Care for Older People), porté par l'OMS. Ce dispositif ne se contente pas de traiter les conséquences d'une chute ; il s'attache à dépister précocement le déclin des «capacités intrinsèques» – mobilité, mémoire, nutrition, vision, audition et bien-être psychique.

Dès l'admission en gériatrie, un dépistage systématique est opéré via l'outil ICOPE Monitor. Pour les patients identifiés comme «robustes», l'hôpital assure une mission de prévention primaire par des ateliers thématiques. Pour ceux ayant déjà chuté, l'approche devient plus intensive. On ne parle plus seulement de rééducation physique, mais d'une véritable orchestration des compétences. Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et diététiciens travaillent de concert pour rompre le cercle vicieux de la fragilité. Le continuum de soins est ici la clé : entre l'hospitalisation conventionnelle, l'unité cognitivo-comportementale et l'hôpital de jour, le patient n'est jamais «lâché» dans la nature sans un plan d'action personnalisé.

Cette rigueur clinique s'enrichit, en Belgique, d'un apport technologique de pointe. Au CHWapi de Tournai, l'innovation s'est invitée dans les chambres de gériatrie sous la forme de capteurs numériques intelligents. Contrairement à une surveillance passive, ces outils permettent au «Comité CHUT» d'analyser l'événement de manière quasi scientifique. En revoyant la scène via les données des capteurs, l'équipe pluridisciplinaire peut déterminer si la chute est due à un défaut de posture, à une précipitation liée à une envie pressante ou à un effet secondaire médicamenteux. Cette analyse factuelle remplace les suppositions et permet d'ajuster l'environnement et le traitement du patient avec une précision chirurgicale.

Habiter chez soi en sécurité : un défi technologique, humain et territorial

Le domicile est souvent le sanctuaire de l'autonomie, mais il peut devenir un espace de dangerosité silencieuse. Pour répondre à ce défi, le territoire sud-aisnois s'appuie sur le Centre de Ressources Territoriales (CRT), porté par l'AMSAM. Ce service joue un rôle de «pivot» pour les seniors dont le maintien à domicile devient complexe. Il propose une approche en deux temps : une action de prévention universelle pour tous les plus de 60 ans, et un accompagnement intensif pour les situations de perte d'autonomie marquée.

L'intervention de l'ESPRAD (Équipe Spécialisée de Prévention Rééducation à Domicile) vient compléter ce maillage. Ici, l'ergothérapeute ne se contente pas de préconisations théoriques ; elle intervient «in vivo». Sophie, ergothérapeute au CRT, explique que l'observation en situation réelle est irremplaçable : un patient peut parfaitement réussir un test de mobilité en cabinet et se mettre en danger chez lui par simple habitude. L'enjeu est alors de passer d'une sécurité subie à une sécurité négociée. On ne supprime pas un tapis à forte valeur sentimentale contre l'avis du résident ; on cherche le compromis, comme sa fixation au sol, pour respecter l'identité de la personne tout en réduisant le risque.

L'innovation numérique vient désormais soutenir cet accompagnement humain. Le projet de téléassistance augmentée présenté lors de la journée utilise des capteurs de mouvement et une intelligence artificielle capable de détecter des «signaux faibles». En analysant les habitudes de vie – comme une diminution de la fréquence des repas ou une augmentation du temps passé au lit – l'algorithme alerte avant même que la chute ne survienne. C'est tout l'enjeu de la transition numérique : passer de la détection de l'accident à la prédiction de la fragilité, sans pour autant transformer le domicile en hôpital ni heurter la sensibilité des aînés face à la technologie.

Bouger pour ne pas tomber

S'il est un domaine où le consensus est total, c'est celui du mouvement. La Maison Sport-Santé Gilbert Peretz de Villiers-Saint-Denis en est la preuve vivante. À travers son programme «Passerelle 12», elle offre aux seniors un parcours sécurisé de douze séances encadrées par des professionnels de l'Activité Physique Adaptée (EAPA). L'objectif est simple mais vital : redonner confiance. Comme en témoignent Marie-Claude et Francine, octogénaires dynamiques, le bénéfice n'est pas seulement musculaire. En retrouvant la force de monter sur un step, elles retrouvent surtout le plaisir de sortir, de se rencontrer et de rompre l'isolement.

L'activité physique adaptée n'est plus considérée comme un loisir, mais comme une thérapeutique non médicamenteuse de premier ordre. Elle permet de lutter contre la sarcopénie et d'améliorer la coordination nécessaire à la «double tâche» (marcher tout en parlant, par exemple). Mais pour que ce modèle fonctionne, la question de l'accessibilité est centrale. Grâce aux financements de l'ARS et de la CPAM, ces programmes sont gratuits pour les usagers, un point crucial dans des territoires ruraux où la précarité peut freiner l'accès aux soins. L'enjeu futur est désormais d'inscrire ces pratiques dans la durée, en créant des passerelles solides vers les clubs sportifs locaux et en incitant les mutuelles à généraliser la prise en charge du «sport sur ordonnance».

Conclusion

Au terme de cette journée d'échanges transfrontaliers, il apparaît que la prévention des chutes n'est plus une simple question de sécurité domestique, mais le pilier d'un changement de modèle nécessaire. Les enseignements de nos travaux révèlent une communauté de destin frappante entre la France et la Belgique : si nos systèmes de financement différent, les défis du vieillissement, de l'isolement et de la pénurie de professionnels sont rigoureusement identiques. Cette convergence nous oblige à dépasser les cadres habituels pour construire une culture de la prévention partagée, où chaque innovation, qu'elle soit technologique comme les capteurs du CHWapi ou méthodologique comme le programme ICOPE, devient un bien commun au service de l'autonomie.

Le bilan de nos réflexions souligne toutefois que de nombreux freins persistent, au premier rang desquels la fragmentation des dispositifs et la précarité des financements. Pour transformer l'essai, il est désormais impératif que les décideurs publics s'emparent de ces enjeux en pérennisant les structures qui ont fait leurs preuves. L'ESPREV, les Maisons Sport-Santé ou les Centres de Ressources Territoriaux ne peuvent plus dépendre d'appels à projets ponctuels ; ils doivent devenir les socles d'une politique de santé publique pérenne et coordonnée. Investir dans des outils technologiques non intrusifs et dans la formation continue des aidants n'est pas un luxe, mais un investissement rentable pour la collectivité, capable de prévenir des hospitalisations lourdes et coûteuses.

Au-delà de la technique et des budgets, cette synthèse appelle à un profond changement de regard sur la vieillesse. La chute ne doit plus être vécue comme une fatalité ou une porte d'entrée vers la dépendance, mais comme un risque que l'on peut apprivoiser par une vigilance collective et une mobilisation précoce. En favorisant le dépistage des fragilités dès soixante ans et en encourageant le mouvement sous toutes ses formes, nous ne faisons pas que réduire des statistiques : nous préservons la dignité. Nous offrons à nos aînés la possibilité de rester des acteurs de leur propre vie, capables de progresser et de s'adapter, pour peu qu'on les accompagne avec bienveillance et professionnalisme.

En conclusion, prévenir la chute, c'est porter un projet de société ambitieux où vieillir reste un horizon désirable. Ce livre blanc n'est pas une fin en soi, mais une invitation à poursuivre ce dialogue transfrontalier et à transformer nos pratiques quotidiennes. En unissant nos forces et nos savoirs, nous pouvons construire un avenir où chaque senior, soutenu par un réseau solide et des outils innovants, pourra continuer à avancer debout, libre et serein. Car en préservant l'autonomie de nos aînés, c'est finalement notre propre humanité que nous protégeons.

Orateurs et intervenants

Ouverture et Introduction

Sébastien Eugène,

Maire de Château-Thierry & Président de la Communauté d'Agglomération de la Région de Château-Thierry (CARCT)

Thierry Weishaupt,

Directeur Partenariats Clés au sein du Groupe VYV

Table Ronde 1 : Prévention des chutes en EHPAD / MRS

Carine Lengrand,

Ergothérapeute & Coordinatrice de l'ESPREV Aisne Centre et Sud (Hôpital Villiers Saint Denis)

Nathalie Rumas,

Ergothérapeute au sein de l'EHPAD Bellevue (Fonction Publique Hospitalière)

Table Ronde 2 : Prévention hospitalière et rééducation

Christelle Jobert,

Cadre de Direction chargée des Partenariats, des Autorisations et de la Patientèle (Hôpital Villiers Saint Denis)

Docteur Marie-José Kodzin,

Médecin Gériatre à l'Hôpital de Villiers-Saint-Denis

Pénélope Gilot,

Coordinatrice du service ergothérapie au CHwapi (Belgique)

Table Ronde 3 : Maintien à domicile et Sport-Santé

Emmanuelle Schoni-Paquet,

Infirmière coordinatrice au Centre de Ressources Territoriales (CRT) de l'AMSAM.

Mathieu Morlet,

Enseignant en Activité Physique Adaptée & Coordinateur de la Maison Sport Santé Aisne Sud

Sophie Pollet,

Ergothérapeute au Centre de Ressources Territoriales (CRT) de l'AMSAM

Estelle Biron,

Enseignante en Activité Physique Adaptée à la Maison Sport Santé

Valérie De Vos,

Directrice Soins, Coordination et Partenariats chez Centrale de Services à Domicile de Mons - Wallonie Picarde

Les opérateurs du projet



Les opérateurs associés du projet

Observatoire Franco-Belge de la Santé

Province de Namur (Belgique)

AVIQ - Agence Wallonne de la Santé

Agence régionale de santé des Hauts-de-France

Centre Hospitalier EpiCURA (Hainaut, Belgique)

Fédération des Centres de Services à Domicile (Belgique)

Centre Hospitalier de Le Quesnoy (France)

Centre Hospitalier de Maubeuge (France)

Centre Hospitalier de Felleries-Liessies (France)

ELSAN - Centre de Rééducation de La Rougeville (Hauts-de-France)

Union Régionale des Mutualités françaises des Hauts-de-France

Interreg



Cofinancé par
l'Union Européenne
Medegefinancierd door
de Europese Unie

France - Wallonie - Vlaanderen



SynDigitalPro

Cofinancement :

