

Note méthodologique et de synthèse documentaire

Efficacité de l'éducation thérapeutique du patient
(ETP) dans le cadre des programmes PAERPA

Cette note méthodologique et de synthèse documentaire est téléchargeable
sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Liste des abréviations.....	5
Préambule.....	6
1. Méthode d'élaboration.....	7
1.1. Identification des questions qui se posent pour la mise en œuvre de l'ETP dans le cadre de l'expérimentation PAERPA.....	7
1.2. Rédaction de la note méthodologique et de synthèse.....	7
2. Introduction.....	8
3. Note de synthèse bibliographique.....	10
3.1. La prévention des chutes.....	10
3.2. La polymédication.....	11
3.3. La dépression.....	12
3.4. La dénutrition.....	14
3.5. Conclusions.....	14
4. Revue de la littérature.....	16
4.1. La prévention des chutes.....	16
4.2. La polymédication.....	28
4.3. La dépression.....	37
4.4. La dénutrition.....	48
5. Caractéristiques des essais, revues systématiques et méta-analyses.....	52
5.1. La prévention des chutes.....	52
5.2. La polymédication.....	53
5.3. La dépression.....	54
5.4. La dénutrition.....	56
6. Expérimentations.....	57
6.1. La prévention des chutes.....	57
6.2. La dépression de l'adulte.....	58

Annexe 1. Stratégie de recherche bibliographique et critères de sélection documentaire.....	59
Sources d'informations.....	59
Annexe 2. Participants	63
Parties prenantes.....	63
Groupe de travail.....	63
Pour la HAS	64
Bibliographie	65

Liste des abréviations

PAERPA :	personne âgée en risque de perte d'autonomie
ETP :	éducation thérapeutique du patient
PA :	personne âgée
SAV :	sujet âgé vulnérable
AVK :	antivitamine K
NACO :	nouvel anticoagulant oral
GC :	groupe contrôle
GI :	groupe intervention
RR :	risque relatif
OR :	<i>odd ratio</i>
HR :	<i>hazard ratio</i>
IC :	intervalle de confiance
RT :	<i>randomized trial</i>
RCT :	<i>randomized controlled trial</i>
SR :	<i>systematic review</i>
MA :	méta-analyse

Préambule

L'expérimentation PAERPA (personne âgée en risque de perte d'autonomie) obéit à un cahier des charges adopté par le comité de pilotage national et prévoit, outre des outils de coordination élaborés par la HAS, l'utilisation de programmes d'éducation thérapeutique (ETP) de la personne âgée.

Ces programmes concernent les quatre facteurs d'hospitalisation identifiés : les chutes, la dépression, les problèmes liés à la polymédication et la dénutrition.

Sur saisine de la Direction de la Sécurité sociale, la HAS élabore un cahier des charges pour cette ETP du patient âgé en risque de perte d'autonomie. Ce cahier des charges doit permettre de garantir la qualité de l'ETP ainsi que les modalités de sa mise en pratique.

Il rappelle aussi les principes fondamentaux de l'ETP et leur application dans le modèle PAERPA.

1. Méthode d'élaboration

La méthode d'élaboration est décrite sur le site de la HAS. Elle comprend plusieurs étapes.

1.1. Identification des questions qui se posent pour la mise en œuvre de l'ETP dans le cadre de l'expérimentation PAERPA

Une note de problématique a été rédigée à partir de la saisine de la Direction de la Sécurité sociale et une analyse des pratiques, des enjeux professionnels et de santé publique, d'un recensement des recommandations nationales et internationales et autres publications pertinentes.

Ces éléments ont permis d'identifier les questions à résoudre pour une pratique de l'ETP dans le cadre de l'expérimentation PAERPA sur les quatre thèmes présélectionnés : la prévention des chutes, la polymédication, la dépression et la dénutrition.

La note de problématique et les questions proposées ont été soumises aux parties prenantes (annexe 2), les organismes suivants ont été sollicités :

- CISS ;
- Conseil national professionnel de gériatrie ;
- Collège des kinésithérapeutes ;
- Collège de la médecine générale ;
- Pré-collège des infirmiers ;
- Pré-collège des pharmaciens ;
- Union nationale des réseaux de santé ;
- Association des diététiciens de langue française.

1.2. Rédaction de la note méthodologique et de synthèse

La stratégie de recherche documentaire est décrite en annexe 1.

Une note méthodologique et de synthèse a été rédigée et soumise au groupe de travail (annexe 2).

Après présentation à la sous-commission parcours de soins et maladies chroniques, la note a été validée par le Collège de la HAS.

2. Introduction

Les chutes, la dépression, la polymédication et la dénutrition sont fréquentes chez les personnes âgées à risque de perte d'autonomie.

Les chutes sont à l'origine de 9 000 décès par an. Elles touchent 30 % de personnes de plus de 65 ans vivant à domicile tous les ans, 20 % des chutes requièrent une intervention médicale et environ 10 % occasionnent une fracture (1) (2). Les risques de fracture suite à une chute augmentent avec l'âge (3) et sont source de morbidité et de mortalité (4). Les chutes ont aussi d'autres conséquences délétères avec la crainte de chuter et la perte de confiance en soi qui peut amener la personne âgée à limiter ses activités physiques et ses relations sociales (5). La chute de la personne âgée augmente le fardeau des aidants naturels et est par elle-même un facteur prédictif indépendant d'admission en institution (6).

Si 15 % des chutes résultent de facteurs extérieurs qui auraient fait tomber la plupart des personnes et 15 % autres ont des causes internes identifiables, la plupart des chutes chez la personne âgée ont des causes multifactorielles qui relèvent d'un processus complexe interne et environnemental. La chute est un marqueur important de fragilité.

La polymédication chez la personne âgée est souvent légitime, mais augmente le risque iatrogénique. Chez les plus de 65 ans, 10 % des hospitalisations sont tout ou partie liées à un accident iatrogénique et 20 % chez les plus de 80 ans. Près de la moitié de ces accidents iatrogéniques seraient évitables et le défaut d'adhésion thérapeutique (observance) serait responsable d'environ 50 % de ces hospitalisations.

Le nombre de médicaments prescrits augmente avec l'âge, et l'automédication concerne environ 60 % des personnes âgées.

Le défaut d'adhésion thérapeutique chez la personne âgée serait de 64 % et l'insuffisance d'éducation/ conseil thérapeutique du patient serait de 81 % (7).

20 % des patients âgés sortant de l'hôpital sont réhospitalisés dans les 4 à 6 semaines après leur sortie et dans une majorité des cas pour des événements liés aux médicaments. Lors d'une hospitalisation, en moyenne 2 médicaments sont interrompus et 4,1 nouveaux sont introduits, soit au total 8,7 médicaments prescrits à la sortie contre 6,6 médicaments à l'admission ; et à 7 jours après la sortie, seulement 1/3 des nouvelles ordonnances sont honorées par le patient (8).

Le rapport de 2013 sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France des Prs B. Begaud et D. Costagliola (9) relève que les prescriptions non conformes, sans apparente justification ou même clairement contre-indiquées, sont particulièrement prévalentes dans les populations fragiles. Pour les personnes âgées, ce taux pourrait être de deux tiers de prescriptions *a priori* non justifiées ou non conformes aux recommandations, avec pour certaines un risque de iatrogénie important.

La prévention de la iatrogénie médicamenteuse est importante en termes de santé publique. Elle devrait se traduire par une amélioration de la qualité des prescriptions par les soins primaires, une amélioration de l'éducation/conseil thérapeutique et de l'adhésion aux traitements du patient âgé, et par un renforcement de la coordination des soins autour de la prescription lors des sorties hospitalières.

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente. Sa prévalence en population générale chez les plus de 65 ans serait de 15 % et de 2 à 3 % pour la dépression majeure (selon les critères DSM-IV). En institution, ce taux serait de 40 %. La dépression de la personne âgée a un reten-

tissement important sur la qualité de vie et son pronostic est mauvais avec un risque important de rechutes et de passage à la chronicité, une augmentation de la morbidité physique et un risque marqué de passage à l'acte suicidaire. Quinze à 30 % des patients âgés consultant en médecine générale auraient un syndrome dépressif et 75 % des personnes âgées commettant un suicide ont consulté leur médecin dans le mois précédant leur décès. Malgré cela la dépression reste sous-diagnostiquée et sous-traitée.

Le dépistage et le traitement de la dépression en médecine de soins primaires sont des priorités et doivent permettre d'améliorer le repérage des patients déprimés, la qualité des prescriptions médicamenteuses par le médecin non spécialiste et l'adhésion au traitement antidépresseur du sujet âgé, et de développer le recours aux prises en charge non médicamenteuses.

La dénutrition concernerait 5 à 12 % des personnes âgées en ville, 11 % des patients malades, 32 à 50 % des patients âgés hospitalisés et la moitié des résidents en EHPAD. Les patients âgés obligés de rester à la maison seraient pour 70 à 93 % à haut risque de dénutrition. La perte de poids chez une personne âgée est associée à un risque accru de mortalité et de morbidité.

Les essais interventionnels concernent en général des personnes âgées en dénutrition sévère et utilisent des techniques souvent invasives (agents de stimulation de l'appétit, nutrition entérale ou parentérale). Ils ont été pour la plupart inefficaces sur l'amélioration de la santé, peut-être car proposés trop tardivement.

Les personnes âgées en risque de perte d'autonomie sont souvent à haut risque de dénutrition. Un repérage précoce de la perte de poids chez les personnes âgées et la mise en place de mesures correctives doivent être une priorité en soins primaires.

3. Note de synthèse bibliographique

3.1. La prévention des chutes

L'éducation thérapeutique isolée et d'une manière plus générale la fourniture exclusive de matériaux pédagogiques n'ont pas montré d'efficacité sur le taux de chutes (prévention secondaire), ni sur le risque de chutes (prévention primaire) (Gillespie *et al.*, 2012 (10) avec l'analyse de 4 essais : Huang 2010, Dapp 2010, Ryan 1996, Robson 2003).

Toutefois, « l'éducation thérapeutique permet d'augmenter les connaissances des facteurs de risque et des comportements sûrs, notamment quand elle cherche à développer les compétences des personnes âgées » (11, 12).

L'éducation thérapeutique « joue un rôle important dans l'acquisition et le maintien des comportements préventifs » (11, 12).

L'éducation de la personne âgée faisant des chutes répétées et de ses aidants est nécessaire à la mise en œuvre de la prise en charge (13).

Les programmes d'éducation du patient sont considérés comme une « composante pertinente d'un programme multifactoriel de prévention des chutes » (11, 14, 15).

Le taux d'adhésion aux interventions multifactorielles est généralement supérieur ou égal à 75 %, mais il reste très disparate, de 28 à 95 % selon les différentes composantes individuelles de l'intervention multifactorielle (70 % pour l'exercice en groupe, 50 % pour l'exercice individuel, 58 % pour la sécurité à la maison, etc.) (16), et les « personnes âgées qui sont les moins disposées à suivre les interventions de prévention des chutes sont celles qui ne perçoivent pas leur risque de chutes ou n'ont pas été consultées sur les changements qu'elles sont prêtes à entreprendre » (NICE, 2013 (17)), autant d'éléments qui font partie de la démarche de l'éducation thérapeutique du patient.

Il existe trois types d'interventions de prévention des chutes : les **interventions simples** avec un seul type d'intervention, comme l'exercice physique, la sécurisation de la maison ou les actions sur les médicaments ; les **interventions multiples** associant plusieurs types d'interventions appliqués à l'ensemble des personnes âgées ; et les **interventions multifactorielles** qui comprennent une évaluation initiale des facteurs de risque de chutes du patient et la mise en place d'un programme d'interventions adapté et personnalisé en fonction des risques identifiés (Gillespie *et al.*, 2012 (10)).

L'activité physique multicomposantes (avec travail de l'équilibre et travail contre résistance), en groupe ou en individuel à domicile, est efficace sur le taux de chutes et sur le risque de chutes des personnes âgées et reste tout aussi efficace chez celles à haut risque de chutes. Son efficacité augmente avec l'intensité de l'intervention. L'exercice ne réduit pas significativement le risque de fracture. La marche seule ne réduit pas le taux de chutes, ni le risque de chutes (Gillespie *et al.*, 2012 (10)). Le coût-efficacité est amélioré pour l'exercice dans le sous-groupe à haut risque de chutes des personnes âgées de 80 ans et plus (Gillespie *et al.*, 2012 (10) avec l'analyse de Roberson 2001).

La sécurisation de la maison (sécurité et dispositifs d'aide pour la mobilité de la personne âgée) est efficace sur le taux de chutes et le risque de chutes. Son efficacité augmente chez les personnes à haut risque de chutes et si l'intervention est réalisée par un ergothérapeute (10). Son coût-efficacité est amélioré dans le sous-groupe à haut risque des personnes âgées avec un antécédent de chute (Gillespie *et al.*, 2012 (10) avec l'analyse de Cumming 1999).

Le retrait progressif des médicaments psychotropes diminue le taux de chutes mais pas le risque de chutes (10). La revue de la prescription médicamenteuse ne diminue pas le taux de chutes, ni le

risque de chutes (10), sauf en cas de collaboration renforcée avec le médecin de premier recours, ce qui permet d'obtenir l'application effective des recommandations et une diminution du risque de chutes (18).

Peu d'interventions multiples sont efficaces et l'exercice physique est quasiment toujours inclus dans les interventions multiples efficaces (10).

Les interventions multifactorielles diminuent le taux de chutes, mais pas le risque de chutes, et leur efficacité augmente avec l'intensité et l'étendue de l'intervention. Elles ne diminuent pas significativement le risque de fracture (10). Ces interventions multifactorielles comprennent, outre l'éducation thérapeutique pour les raisons vues précédemment, des interventions en rapport avec les risques de chutes détectés au bilan initial, et toujours une composante d'exercice physique.

Les interventions multifactorielles ont une efficacité équivalente selon les sites d'intervention : médecin de famille et clinique de prévention des chutes (Gillespie *et al.*, 2012 (10) avec l'analyse de Suman 2011) ou médecin de famille et service de gériatrie (Gillespie *et al.*, 2012 (10) avec l'analyse de Gills 2008).

Le coût-efficacité des interventions multifactorielles est amélioré dans le sous-groupe des personnes âgées à haut risque de chutes au bilan initial (Gillespie *et al.*, 2012 (10) avec l'analyse de Tinetti 1994).

► Avis du groupe de travail

Les interventions simples, à type d'exercice physique multicomposantes sont plutôt indiquées dans le cadre de politique d'éducation à la santé sur la prévention des chutes en population générale.

Les interventions multifactorielles sont indiquées pour les populations âgées à haut risque de chutes, pour des raisons d'efficacité et de coût-efficacité.

Les patients âgés à haut risque de chutes relevant d'une intervention multifactorielle sont définis comme ayant dans leurs antécédents :

- ▶ des chutes répétées (au moins deux chutes dans les 12 mois) ;
- ▶ une chute grave : à l'origine d'une fracture, d'une blessure grave, d'une hospitalisation ou d'un temps prolongé au sol (1 heure) ;
- ▶ un antécédent de chute dans l'année et un « *Time up and Go test* » supérieur ou égal à 14 secondes (11).

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de l'intervention multifactorielle. Elle permet d'augmenter les connaissances des facteurs de risque. Elle favorise la prise de conscience par la personne âgée de son risque de chutes. Elle joue un rôle important dans l'acquisition et le maintien de comportements sûrs. Elle augmente l'adhésion du patient âgé aux différentes composantes de l'intervention multifactorielle.

L'exercice physique multicomposantes, avec un travail de l'équilibre et un renforcement musculaire contre résistance, doit faire partie de toute intervention multifactorielle, d'où la nécessité pour les équipes d'ETP de pouvoir mobiliser des professionnels de l'activité physique adaptée, voire des kinésithérapeutes si une rééducation est nécessaire.

3.2. La polymédication

En ambulatoire, les interventions pharmaceutiques pour les personnes âgées avec une polymédication, dont certaines comprenaient de l'éducation ou du conseil thérapeutique, n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, ni sur l'adhésion au traitement ni en termes de résultats sur : la santé du patient, la qualité de vie, les hospitalisations ou le coût-efficacité. Cela pourrait être en rapport avec

une insuffisance de formation des pharmaciens ou leur isolement des équipes de soins primaires (19, 20).

En ambulatoire, les modèles de soins collaboratifs sur le médicament pourraient être efficaces sur le nombre de médicaments (21, 22), le nombre de psychotropes (23), sur l'adaptation des prescriptions (24, 25), et sur le risque de chutes (18). Ils nécessitent en général le repérage des patients à risque par le médecin, la revue des médicaments par un pharmacien et une collaboration augmentée entre le pharmacien et le médecin permettant une adaptation effective de la prescription (19).

En milieu hospitalier, une intervention multifacettes associant la revue de la prescription, l'éducation thérapeutique du patient et une coordination avec le médecin traitant réduit le risque de réhospitalisation (19, 26) avec les analyses de Gillespie et al., 2009 (27) et Hellstrom et al., 2011 (28)).

Il existe un lien entre l'absence d'aide à la gestion des médicaments alors que le patient en aurait besoin et l'augmentation des hospitalisations (29).

Les prescriptions et la surveillance du traitement des sujets âgés vulnérables devraient suivre les recommandations en 12 points ACOVE 1 (Shrank et al., 2007 (7) - Accord professionnel).

► Avis du groupe de travail

- **En ambulatoire**, pour être efficaces, les interventions chez les patients avec une polymédication avec ou sans leur aidant doivent être réalisées par des équipes de soins primaires coordonnées et comprendre : une revue des médicaments, une éducation thérapeutique du patient et une collaboration étroite entre le pharmacien et le médecin de premier recours afin de permettre une adaptation effective et persistante dans le temps de la prescription par le médecin traitant.
- Pour des raisons de faisabilité, ces interventions ambulatoires devraient cibler les personnes âgées les plus à haut risque de iatrogénie avec :
 - 10 médicaments différents ou plus par jour ;
 - 5 médicaments dont un médicament à marge thérapeutique étroite : AVK, NACO ou diurétique ;
 - un accident iatrogénique grave conduisant à une hospitalisation ou un passage aux urgences hospitalières.
- Le besoin d'aide à la prise des médicaments devra être recherché et résolu.
- **En cas d'hospitalisation**, le gériatre ou le pharmacien hospitalier en équipe pluridisciplinaire devraient assurer :
 - la revue des médicaments avec la recherche de facteurs de risque de iatrogénie associés (dénutrition, dépression, douleur chronique, insuffisances d'organes telles que l'insuffisance cardiaque, respiratoire ou rénale, etc.) ;
 - l'éducation thérapeutique sur les médicaments dont ceux à risque iatrogénique élevé (AVK, NACO, diurétique...) et sur les pathologies associées ;
 - une coordination avec le médecin traitant à la sortie de l'hospitalisation.

Cette éducation thérapeutique pourra aussi être assurée en complément ou en totalité par l'équipe de soins primaires en coordination avec le médecin traitant.

3.3. La dépression

Chez l'adulte jeune, la psychoéducation du patient (éducation thérapeutique incluant des techniques d'autocontrôle des symptômes dépressifs, telles les idées positives ou actions positives, etc.) est efficace sur les symptômes, les rémissions et la qualité de vie lorsqu'elle est dispensée en groupe. Elle est efficace sur les symptômes mais pas sur les rechutes si elle est dispensée en individuel. La

psychoéducation de la famille a un effet sur les rémissions et les rechutes du patient et diminue le fardeau de la famille (30).

Les formations des médecins sans changement organisationnel, ou la diffusion passive de *guidelines* n'ont pas d'effet. Les systèmes d'aide à la décision n'ont que des effets mineurs (31) (32).

Les interventions isolées des pharmaciens sur les médecins ou sur les patients n'ont que peu d'effet (31).

Les simples suivis par des infirmières formées ou par des « conseillers en dépression » n'ont eu que des effets limités (31, 33, 34).

Chez les personnes âgées, les programmes efficaces sur la dépression sont des modèles collaboratifs multifacettes qui associent l'éducation thérapeutique avec d'autres approches organisationnelles (31) (35).

Les études suggèrent que les éléments organisationnels qui font le succès de ces programmes collaboratifs sont :

- des « gestionnaires de la dépression » sur le site de soins primaires, en général les infirmières de l'équipe de soins primaires formées à la dépression qui assurent, selon des protocoles pluriprofessionnelles : l'éducation du patient, le suivi du traitement, un soutien/aide à la résolution de problèmes, le repérage des signes précoces de rechute avec un renforcement gradué de la prise en charge, et la coordination des soins avec le médecin traitant et le psychiatre ;
- l'intégration des soins primaires et des soins de santé mentale, avec en général une collaboration augmentée et formalisée avec le psychiatre de proximité, qui assure la supervision du « gestionnaire de la dépression » en collaboration avec le médecin de premier recours.

Ces programmes collaboratifs, multifacettes et gradués, sont efficaces à long terme pour les dépressions majeures, sur les symptômes de la dépression, les rémissions, la qualité de vie, le fonctionnement physique, la self-efficacité et la prise de l'antidépresseur (35).

L'intégration d'une équipe de santé mentale sur le site de soins primaires, ou à défaut sa proximité, améliore l'engagement des personnes âgées déprimées aux soins de santé mentale (adhésion au traitement antidépresseur et aux visites spécialisées) (36).

► Avis du groupe de travail

En ville, l'éducation thérapeutique ne doit être envisagée que comme une des composantes des programmes de prise en charge de la dépression des personnes âgées par des équipes de soins primaires coordonnées en lien avec les équipes de soins de santé mentale de proximité.

Les programmes efficaces reposent sur :

- des équipes de soins primaires coordonnées ;
- une collaboration augmentée et formalisée avec les équipes de santé mentale de proximité (psychiatre) ;
- des « gestionnaires de la dépression » sur le site de soins primaires, en général les infirmiers de soins primaires, qui assurent l'éducation thérapeutique et le soutien du patient, le suivi du traitement, le repérage précoce des signes de rechutes, et les échanges d'informations et la coordination des soins avec le médecin traitant et le psychiatre.

Ces programmes, pour des raisons d'efficacité et de coût, devront cibler :

- les dépressions majeures, modérément sévères à sévères (selon le DSM-IV) ;
- les dépressions avec antécédents de tentative de suicide.

3.4. La dénutrition

L'éducation thérapeutique à domicile pour les personnes âgées fragiles à haut risque de dénutrition est faisable, mais n'a pas démontré son efficacité sur le poids, ni sur les apports caloriques. Cette intervention n'avait pas fait participer activement les aidants (37).

L'éducation thérapeutique sur la dénutrition des aidants professionnels en foyer logement a augmenté leurs connaissances sur la nutrition mais n'a pas eu d'impact sur le statut nutritionnel des personnes âgées dénutries (38).

► Avis du groupe de travail

Il n'existe pas d'argument pour l'efficacité de l'éducation thérapeutique chez le patient âgé dénutri, qu'elle soit pratiquée seule ou dans le cadre de programme n'incluant pas les aidants.

Des programmes d'intervention précoce sur la perte de poids des personnes âgées en ville, avant même les critères de dénutrition, sont en cours d'évaluation au niveau européen.

Si des programmes d'éducation centrés sur la dénutrition ne peuvent pas être conseillés aujourd'hui dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, la dénutrition est un facteur aggravant des chutes, de la polymédication et de la dépression. La perte de poids et la dénutrition devront donc être systématiquement recherchées et faire l'objet d'une prise en charge spécifique conformément aux recommandations HAS 2009.

3.5. Conclusions

3.5.1. Avis du groupe d'experts

Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, trois situations ont été retenues pour l'éducation thérapeutique : la prévention des chutes, la polymédication et la dépression.

Sur ces thématiques, pour être efficace, l'éducation thérapeutique doit être une des composantes d'une intervention multifacettes reposant sur des équipes de soins primaires coordonnées ayant des liens formalisés avec les équipes de second recours de ville ou les équipes hospitalières.

Ces équipes de soins primaires doivent s'inscrire dans leur environnement, afin de pouvoir mobiliser les fonctions d'appui nécessaires à ces prises en charge parfois complexes : association de professionnels de l'activité physique adaptée, réseau de santé, équipe mobile gériatrique extrahospitalière, équipe de santé mentale, hôpital de jour gériatrique et filière gériatrique, ...

Ces interventions doivent reposer sur un bilan diagnostique initial précis pluriprofessionnel et sur la définition d'objectifs bien déterminés. En équipe de soins primaires, ce bilan initial pourra s'appuyer sur les fiches points clés fragilité de la HAS 2013.

Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, le plan personnalisé de santé (PPS) HAS 2014 devra servir de support à la traçabilité et au suivi de ces interventions et de l'éducation thérapeutique.

La dénutrition n'a pas été retenue dans le cadre contraint de l'expérimentation PAERPA. Toutefois le groupe d'experts souligne l'importance de son dépistage et de sa prise en charge précoce dans les chutes, la polymédication et la dépression.

La douleur chronique chez la personne âgée est un facteur de risque ou un facteur aggravant dans les trois thèmes retenus. Sa recherche lors du bilan initial et sa prise en charge devront faire l'objet d'une attention toute particulière.

3.5.2. Les objectifs des éducations thérapeutiques

► L'éducation thérapeutique du patient âgé chuteur (CMC Lille)

Elle a pour objectif de :

- se reconnaître en situation à risque et repérer les facteurs de risque modifiables ;
- prendre conscience de ses limites et les accepter ;
- lutter contre une forme d'abandon (chuter est une fatalité) ;
- trouver des stratégies pour faire face (*coping*) ;
- négocier un plan d'actions répondant aux priorités du patient en fixant des objectifs atteignables ;
- développer ses compétences psychosociales et sa capacité à prendre des décisions et des choix positifs pour sa santé.

► La psychoéducation/éducation thérapeutique du patient âgé déprimé (CH de Marseille)

Elle a pour objectif de :

- améliorer la compréhension de sa maladie, les étapes de sa guérison et gérer son quotidien ;
- comprendre la psychologie de la dépression et développer des stratégies pour y faire face (*coping*), gérer les idées négatives et susciter des idées et des activités positives ;
- repérer et prévenir les situations à risque de rechute ;
- connaître son traitement antidépresseur, les effets et les effets secondaires, ainsi que les traitements psychologiques, pour mieux les gérer au quotidien.

► L'éducation thérapeutique d'un patient âgé avec une polymédication/polypathologie (OMAGE)

Elle a pour objectifs de :

- connaître et s'expliquer les liens entre ses symptômes et ses maladies et entre ses maladies
- connaître et s'expliquer les liens entre ses maladies et ses traitements
- réagir de façon précoce aux signes d'alerte de déstabilisation de ses maladies et/ou de ses traitements ;
- réagir aux situations à risque de déstabilisation de ses maladies et/ou de ses traitements ;
- gérer son traitement au quotidien ;
- gérer son traitement AVK au quotidien ;
- mettre en œuvre une alimentation adaptée à ses pathologies (population cible insuffisants cardiaques, dénutris) ;
- mettre en œuvre une activité physique adaptée à ses pathologies ;
- gérer son parcours de soins (population ayant recours à de nombreux professionnels, y compris médecins).

4. Revue de la littérature

4.1. La prévention des chutes

Revue Cochrane : <i>Interventions for preventing falls in older living in the community</i> , d'après Gillespie et al., 2012 (10)	
Essais	<ul style="list-style-type: none"> 159 essais randomisés ou quasi randomisés avec 79 193 participants, sur 21 pays de 1946 à mars 2012. La taille des échantillons était de 10 à 9 940 participants avec une moyenne à 230
Population	<ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées de plus de 60 ans vivant en majorité en communauté Dans quelques essais, les participants étaient des volontaires en bonne santé, dans d'autres ils étaient plus représentatifs de la population générale des personnes âgées. 52 % des essais ont recruté des participants avec une histoire de chutes ou un ou plusieurs facteurs de risque de chutes 89 essais ont exclu de façon implicite ou explicite les participants avec des troubles cognitifs. Les populations en post AVC ou avec une maladie de Parkinsonien ont été exclues de cette étude
Critères principaux	<ul style="list-style-type: none"> Le taux de chutes (<i>rate of falls</i>) est le nombre de chutes en unité de temps-personne et a pour indicateur le rapport des taux de chutes (<i>rate ratio, RaR</i>) entre le groupe intervention et le groupe témoin avec un intervalle de confiance (IC) de 95 %. Le risque de blessure augmentant avec le nombre de chute, le RaR serait le reflet de l'impact de l'intervention en termes de prévention secondaire Le risque de chutes en lien avec le nombre de chuteurs a pour indicateur le rapport du risque de chutes (<i>risk ratio, RR</i>) entre le groupe intervention et le groupe témoin avec un intervalle de confiance (IC) de 95 %. Il est estimé à partir du <i>hazard ratio</i> (HR) pour la 1^{ère} chute ou du risque relatif (RR) ou <i>old ratio</i> (OR). Le RR serait le reflet de l'impact de l'intervention en termes de prévention primaire
Critères secondaires	<ul style="list-style-type: none"> Le risque de fracture : nombre de chuteurs avec une fracture liée à une chute, calculé comme le risque de chutes précédant Le coût-efficacité est calculé en comparaison des coûts et conséquences des traitements alternatifs ayant le même résultat clinique Le coût-utilité est calculé en comparaison des résultats en termes de coût et d'années de qualité de la vie gagnées
Définition de la chute	<ul style="list-style-type: none"> Chute : « événement inattendu par lequel le participant se retrouve au sol ou à un niveau plus bas » (Lamb 2005 accord de consensus)
Modalités d'enregistrement	<ul style="list-style-type: none"> Un enregistrement quotidien des chutes avec une revue mensuelle (on a montré qu'il existait une perte de 25 % des chutes entre un recueil par téléphone à la fin d'une période de 3 mois et une analyse journalière des chutes avec envoi mensuel sur la même période)
Types d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> Interventions uniques sur les chutes (dont 59 essais sur l'exercice physique) Interventions multiples : association de plusieurs interventions pour l'ensemble des participants Interventions multifactorielles : comprennent l'évaluation initiale des facteurs de risque de chutes du patient et la mise en place d'un programme d'interventions adapté et personnalisé en fonction des risques identifiés

Interventions simples : exercices physiques d'après Gillespie <i>et al.</i> , 2012 (10)	Résultats	Conclusions
Exercice de groupe : multiples exercices contre groupe contrôle (2 ou plus)	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution significative du taux de chutes (RaR 0,71, CI 95 %, 0,63 to 0,82 ; 16 essais, 3 622 participants) et du risque de chutes (RR 0,85, 95 % CI 0,76 à 0,96 ; 22 essais ; 5 333 participants) • Sous-groupes « non à haut risque de chutes » : reste efficace sur RaR et RR, mais pas de différence avec le groupe complet 	Les programmes d'exercice multicomposantes en groupe avec un travail sur l'équilibre et sur le renforcement musculaire sont efficaces en préventions primaire et secondaire, et le restent dans le sous-groupe des participants à haut risque de chutes
Exercice individuel à la maison : multiples exercices contre groupe contrôle (2 ou plus)	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution significative du taux de chutes (RaR 0,68, CI 95 %, 0,58 to 0,80 ; 7 essais, 951 participants) et du risque de chutes (RR 0,78, CI 95 %, 0,64 à 0,94; 6 essais, 714 participants) 	Les programmes d'exercice multicomposantes en individuel avec un travail sur l'équilibre et sur le renforcement musculaire sont efficaces en préventions primaire et secondaire
Exercice de groupe : tai-chi contre groupe contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du taux de chutes à la limite de la significativité (RaR 0,72, CI 95 %, 0,52 à 1,00; 5 essais ; 1 563 participants), diminution significative du risque de chutes (RR 0,71, CI 95 %, 0,57 à 0,87 ; 6 essais ; 1 625 participants) • Sous-groupes « non à haut risque de chutes » : les diminutions du taux de chutes et du risque de chutes sont plus importantes, et seulement significatives pour le risque de chutes 	Le tai-chi est efficace en prévention primaire et ce d'autant que les personnes sont moins à risque de chutes
Groupe et exercice individuel : exercice d'équilibre contre groupe contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction significative du taux de chutes (RAR 0,72, CI 95 % 0,55 à 0,94 ; 4 essais, 519 participants) mais pas du risque de chute (RR 0,81, CI 95 % 0,62 à 1,07 ; 3 essais, 453 participants) 	Les programmes d'exercice avec la seule composante d'équilibre sont moins efficaces
Groupe et exercice individuel : exercice de force/résistance contre groupe contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de réduction significative du taux de chutes, ni du risque de chutes, ni en groupe, ni à domicile en individuel 	Les programmes d'exercice avec une seule composante ne réduisent pas les chutes
Exercice individuel : activité physique générale (marche) contre groupe contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de réduction du risque de chutes 	Les programmes d'exercice avec une seule composante ne réduisent pas les chutes
Exercices et fractures	Pas de réduction significative dans le risque de fracture (RR 0,72, CI 95 % 0,47 à 1,11 ; 5 essais, 570 participants)	Pas de preuve que l'exercice ait un effet sur la prévention des fractures liées aux chutes
Exercice contre exercice	Sur 7 études, une seule, comparant les exercices de haute et faible intensité, a montré une diminution significative du taux de chutes (RaR 0,60, CI 95 % 0,47 à 0,76) et du risque de chutes (RR 0,54, CI 95 % 0,35 à 0,83) (Kemmler 2010 : 1 essai, 227 participants)	Les interventions d'exercices plus intenses seraient plus efficaces

Interventions simples : médicaments/chirurgie/Psychologie d'après Gillespie et al., 2012 (10)	Résultats	Conclusions
Vitamine D et analogues	<p>Pas de diminution du taux de chutes (RaR 1,00, CI 95 %, 0,90 à 1,11; 7 essais; 9 324 participants), ni du risque de chutes (RR 0,96, CI 95 %, 0,89 à 1,03; 13 essais ; 26 747 participants)</p> <p>Sous-groupe avec un taux bas de vit D avant traitement : réduction du taux de chutes (RAR 0,57, CI 95 %, 0,37 à 0,89 (2 essais, 260 participants) et du risque de chutes (RR 0,70, CI 95 %, 0,56 à 0,87 (4 essais, 804 participants)</p>	<p>La vitamine D n'est pas efficace sur les chutes, sauf chez patients en carence de vit D et avant leur supplémentation.</p>
Retrait de médicament contre groupe contrôle	<p>Retrait progressif des médicaments psychotropes : diminution du taux de chutes (RaR 0,34, 95 % CI 0,16 à 0,73 ; 1 essai ; 93 participants), pas du risque de chutes</p>	<p>Le retrait graduel des psychotropes réduit les chutes</p>
	<p>Revue des médicaments avec intervention : pas de diminution du taux de chutes (1 essai, 186 participants), ni du risque de chutes (2 essais, 445 participants). Dans ces 3 essais, la revue des médicaments était effectuée par un pharmacien ou une infirmière ou un gériatre et les recommandations étaient envoyées au médecin de famille pour exécution</p>	<p>La revue des médicaments avec intervention secondaire des médecins de famille n'est pas efficace sur les chutes, sauf programme complexe impliquant fortement les médecins de famille</p>
	<p>Modifications effectives des prescriptions par les médecins de premier recours : diminution significative du risque de chutes (RR 0,61, CI 95 %, 0,41 to 0,91; 1 essai, 659 participants)</p> <p>Essai Pit 2007 comprenant : la formation des médecins de famille et des pharmaciens, un <i>feedback</i> sur ses pratiques de prescription et des incitations financières pour les médecins ; une auto-évaluation de ses médicaments par le patient et la revue des médicaments par le pharmacien.</p>	

Interventions simples : médicaments/chirurgies/psychologie d'après Gillespie <i>et al.</i> , 2012 (10)	Résultats	Conclusions
Chirurgie	<p>Pose de pacemakers dans les populations avec une hypersensibilité du sinus carotidien : diminution du taux de chutes (RaR 0,73, CI 95 %, 0,57 à 0,93 ; 3 essais, 349 participants), mais pas du risque de chutes</p>	
	<p>Opération de la cataracte sur un premier œil chez les femmes : diminution du taux de chutes (RaR 0,66, CI 95 %, 0,45 à 0,95 ; 1 essai, 306 participants), mais pas du risque de chutes (RR 0,95, CI 95 % 0,68 à 1,33), ni du risque de fractures (RR 0,33, CI 95 %, 0,10 à 1,05)</p>	<p>Dans la cataracte, seule l'intervention sur le premier œil a un effet sur les chutes</p>
	<p>Opération de la cataracte sur le second œil : pas de diminution du taux de chutes, ni du risque de chutes, ni du risque de fractures</p>	
Nutrition	<p>Supplémentation nutritionnelle orale : pas de réduction du risque de chutes (RR 0,95, CI 95 %, 0,83 à 1,08 ; 3 essais, 1 902 participants)</p>	
Interventions psychologiques	<p>Il n'y a pas de preuve de l'efficacité des interventions cognitives comportementales sur le taux de chutes (RaR 1,00, CI 95 %, 0,37 à 2,72 ; 1 essai, 120 participants), ni sur le risque de chutes (RR 1,11, CI 95 %, 0,80 à 1,54; 2 essais, 350 participants)</p>	

Interventions simples : environnement d'après Gillespie <i>et al.</i> , 2012 (10)	Résultats	Conclusions
Sécurisation du domicile (sécurité et aides à la maison pour la mobilité de la per- sonne âgée)	Évaluation de la sécurité de la maison avec intervention : diminu- tion du taux de chutes (RaR 0,81, CI 95 %, 0,68 à 0,97 ; 6 essais, 4 208 participants) et du risque de chutes (RR 0,88, CI 95 %, 0,80 à 0,96 ; 7 essais ; 4 051 participants)	La sécurisation de la maison réduit les chutes et ce d'autant que les parti- cipants sont à haut risque de chutes et que l'intervenant est un ergothéra- peute
	Sous-groupes à haut risque de chutes : plus efficace pour le taux de chutes, mais pas pour le risque de chutes	
	Essais avec intervention par un ergothérapeute (par rapport à infirmier qualifié ou travailleur volontaire formé) : plus efficace pour le taux de chutes (RAR 0,69, CI 95 % 0,55 à 0,86 ; 4 essais, 1 443 participants) et pour le risque de chutes (RR 0,79, CI 95 % 0,70 to 0,91 ; 5 essais, 1 153 participants)	
Modification des chaussures contre groupe contrôle	Effet d'un dispositif antidérapant (Yaktrax[®] walker) sur les chaussures d'extérieures dans des conditions dangereuses en hiver : réduction significative du taux de chutes extérieures (RAR 0,42, CI 95 %, 0,22 à 0,78, 1 essai, 109 participants)	
	Effet de semelles intérieures améliorant l'équilibre : pas de réduction significative du risque de chutes (RR 0,56 CI 95 %, 0,23 à 1,38 ;1 essai, 40 participants)	

Interventions simples : éducation thérapeutique d'après Gillespie <i>et al.</i> , 2012 (10)	Résultats	Conclusions
Interventions sur la connaissance/éducation du sujet pour prévenir les chutes	Pas de réduction du taux de chutes (RaR 0,33, CI 95 %, 0,09 à 1,20 ; 1 essai, 45 participants), ni du risque de chutes (RR 0,88, CI 95 %, 0,75 à 1,03 ; 4 essais, 2 555 participants)	La preuve concernant la fourniture exclusive de matériaux pédagogiques pour la prévention des chutes n'est pas concluante

Les 4 études sur l'éducation thérapeutique d'après Gillespie *et al.*, 2012 (10)

Huang 2010	<p>Risque de chutes : RR 1,62, CI 95 %, 0,11 à 24,16 (participants 29/47)</p> <p>4 groupes : contrôle/éducation/tai-chi/éducation + tai-chi – avec une intervention sur 5 mois et un suivi sur 1 ½ an</p> <p>Éducation : médicaments, nutrition, sécurité de la maison dont vision et audition, sécurité à l'extérieur, chaussage. Tai-chi-chuan : apprentissage de 13 mouvements simples, à réaliser au domicile, 40 min, 3 fois par semaine, le matin</p>
Dapp, 2011	<p>Risque de chutes : RR 0,92, CI 95 %, 0,77 à 1,10 (participants 587/1 376)</p> <p>3 groupes : contrôle/en groupe au centre de gériatrie/en individuel à domicile</p> <p>Intervention, envoi de recommandation à 2 semaines et suivi de l'adhésion à 6 mois</p> <p>Éducation : nutrition, activité et participation active à la vie sociale- En groupe dans un centre de gériatrie avec nutritionniste, ergothérapeute, travailleur social, gériatre- À domicile par un infirmier formé : information et évaluation - discussion de l'IDE avec un gériatre</p>
Ryan, 1996	<p>Taux de chutes : RaR 0,33, CI 95 %, 0,09 à 1,20 et risque de chutes RR 0,50, CI 95 %, 0,11 à 2,22 (participants : 30 au groupe intervention/15 au groupe contrôle)</p> <p>3 Groupes : contrôle/éducation en groupe/éducation en individuel avec un infirmier - suivi mensuellement au téléphone pendant 3 mois</p> <p>Éducation : vision, marche et équilibre, médicaments, incontinence urinaire, hypotension orthostatique et sécurité du domicile (statique, mobile, lumière, chaussage)</p>
Robson 2003	<p>Risque de chutes : RR 0,75, CI 95 %, 0,53 à 1,06 (participants 235/236)</p> <p>Groupes : contrôle/intervention – avec un suivi sur 4 mois</p> <p>Éducation : livre (évaluation des risques de chutes et de la sécurité de la maison, vision) et une vidéo de fitness (équilibre et résistance). 2 séances de 90 min en groupe avec un formateur sur les risques de chutes et leurs corrections. Activité physique : soit à domicile 20 min chaque jour, soit en groupe 45 min, 3 fois par semaine (soit 140 min par semaine)</p>

Interventions multiples d'après Gillespie <i>et al.</i> , 2012 (10)	Résultats
<p>La revue Cochrane 2012 a permis de répertorier : 19 paires de combinaisons d'interventions dont 18 comprenant une composante d'exercice pour le taux de chutes, et 18 paires de combinaisons d'interventions dont 15 comprenant de l'exercice pour le risque de chutes. En dehors des combinaisons ci-dessous, les comparaisons restantes n'ont pas montré de réduction significative des taux de chutes, ni des risques de chutes.</p> <p>Peu d'interventions multiples étaient efficaces et l'exercice était inclus dans toutes les interventions efficaces sauf une.</p>	
Exercice efficace + sécurité à la maison , Day 2002 (1 090 participants)	Diminution du taux de chutes (RAR 0,77, CI 95 % 0,61 à 0,98), et du risque de chutes (RR 0,76, CI 95 % 0,60 à 0,97)
Exercice efficace + évaluation de la vision , Day 2002 (1 090 participants)	Diminution du taux de chutes (RAR 0,72, CI 95 % 0,57 à 0,91), et du risque de chutes (RR 0,73, CI 95 %, 0,59 à 0,91)
Exercice efficace + sécurité à la maison + évaluation de la vision , Day 2002 (1 090 participants)	Diminution du taux de chutes (RAR 0,71, CI 95 % 0,53 à 0,96) et du risque de chutes (RR 0,67, CI 95 % 0,51 à 0,88)
Exercice + éducation + sécurité à la maison , Clemson 2004 (285 participants)	Diminution du taux de chutes (RAR 0,69, CI 95 % 0,50 à 0,96), mais pas du risque de chute
Exercice + supplémentation en vitamine D des femmes sans carence en calcium , Swanenburg 2007	Réduction significative et importante du taux de chutes (RAR 0,19, CI 95 % 0,05 à 0,68), mais à interpréter avec prudence compte tenu de la petite taille de l'échantillon (20 participants)
Programme avec exercice et éducation en centre de rééducation comparé au domicile , Comans 2010 (76 participants)	Différence significative du taux de chutes (RAR 0,46, CI 95 % 0,22 à 0,97) et du risque de chutes (RR 0,57, CI 95 % 0,35 à 0,93) en faveur du centre de rééducation
Formation + vibration de corps entier comparée à l'exercice physique léger , Von Stengel 2011 (97 participants)	Réduction significative du taux de chutes (RAR 0,46, CI 95 % 0,27 à 0,79)
« Pédicurie à facettes multiples » comparée aux soins habituels de pédicurie dans une population avec des troubles douloureux du pied , Spink 2011 (305 participants)	Réduction significative du taux de chutes (RAR 0,64, CI 95 % 0,45 à 0,91) mais pas du risque de chutes. Intervention multifacettes : orthèses personnalisées, examen des chaussures, exercices du pied et de la cheville, éducation de prévention des chutes, soins habituels de pédicurie
Intervention éducative combinée avec un accès libre à une clinique gériatrique . Assantachai 2002 (815 participants)	Réduction significative du risque de chutes (RR 0,77, CI 95 % 0,63 à 0,94)
Deux essais évaluent le risque de fractures (Spink 2011 ; Von Stengel 2011)	Pas de réduction significative du risque de fractures dans ces deux essais

Interventions multifactorielles d'après Gillespie <i>et al.</i> , 2012 (10)	Résultats
	<p>Les interventions multifactorielles représentaient 40 essais dans la revue Cochrane 2012. Ce groupe hétérogène dans ces combinaisons d'interventions a été étudié globalement. Les interventions multifactorielles ont réduit le taux de chutes mais pas le risque de chutes.</p> <p>Ces interventions sont complexes et leur efficacité peut dépendre de facteurs qui sont encore à déterminer.</p>
Interventions multifactorielles	<p>Réduction du taux de chutes (RaR 0,76, CI 95 %, 0,67 à 0,86 ; 19 essais, 9 503 participants) ; hétérogénéité (I² = 85 %, p < 0,00001)</p> <p>Pas de réduction significative du risque de chutes (RR 0,93, CI 95 %, 0,86 à 1,02 ; 34 essais ; 13 617 participants) ; hétérogénéité (I² = 67 %, p < 0,00001)</p> <p>Pas de réduction significative du risque de fractures (RR 0,84, CI 95 % 0,67 à 1,05; 11 essais, 3 808 participants)</p>
Sous-groupes selon les risques de chutes à l'évaluation initiale	Pas de différence pour le taux de chutes (P = 0,50, ² d'I = 0 %) , ni pour le risque de chutes (P = 0,88, ² d'I = 0 %)
Sous-groupes selon l'étendue et l'intensité des interventions	<p>Pas de différence pour le taux de chutes (P = 0,36, ² d'I = 0 %)</p> <p>Pour le risque de chutes, plus grande efficacité pour le sous-groupe avec intervention active par rapport à un simple suivi d'évaluation par le patient ou la fourniture de l'information (P = 0,05, ² d'I = 74,3 %)</p>
Sous-groupes selon les sites d'intervention	<p>Médecin de famille comparé à l'hôpital (clinique de prévention des chutes), Suman 2011, (349 participants) : pas de différence significative du taux de chutes, ni du risque de chutes, ni du risque de fractures</p> <p>Médecin de famille comparé à un service gériatrique, Gills 2008 (234 participants) : pas de différence significative pour le nombre de chuteurs</p>

Critères secondaires d'après Gillespie <i>et al.</i> , 2012 (10)	Résultats
	<p>Critères économiques : 24 essais ont indiqué un bilan économique complet des coûts de l'intervention et des autres coûts liés aux soins de santé.</p> <p>Bien que les comparaisons soient difficiles, les stratégies de prévention des chutes peuvent être source d'économies sur la durée de l'intervention mais peut-être aussi sur la durée de vie du patient.</p> <p>Pour un rendement optimal, les stratégies efficaces doivent cibler des sous-groupes particuliers de personnes âgées</p> <p>Le coût-efficacité a été calculé pour 5 programmes d'exercices, un essai de sécurité à la maison pour les participants hospitalisés récemment avec troubles de vision sévères, un essai de retrait graduel des psychotropes, 3 programmes multifactoriels et un essai de chirurgie d'un premier œil pour la cataracte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il a été amélioré pour les interventions dans le sous-groupe des personnes âgées à haut risque de chutes dans 3 essais : <ul style="list-style-type: none"> ▸ par une diminution des hospitalisations dans un programme d'exercice chez les personnes de 80 ans et plus (un essai - Robertson 2001) ▸ une intervention de sécurité à la maison chez les participants avec un antécédent de chute (un essai - Cumming 1999) ▸ une intervention multifactorielle chez les participants ayant 4 ou plus des 8 facteurs de risque recherchés (un essai - Tinetti 1994)
Le risque de fracture	<p>Aucune conclusion n'a pu être tirée des 47 essais rapportant des fractures liées à la chute dans la revue Cochrane.</p> <p>Il n'est pas actuellement prouvé que les interventions pour empêcher les chutes empêchent aussi les fractures liées aux chutes.</p>

Auteurs, année	Méthode	Critères et inclusions	Résultats	Conclusions
<p>Nyman et Victor 2012 (RS) (16)</p>	<p>RS sur la revue Cochrane 2012 pour analyser la participation des personnes âgées aux essais et leurs implications dans les différentes interventions</p> <p>99 interventions simples ou multifactorielles ont été retenues</p> <p>dont 13 essais qui ont étudié si l'adhésion influait sur l'efficacité</p>	<p>Critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le recrutement : taux de personnes invitées à participer à l'étude et qui ont accepté • La déperdition ou usure à 12 mois : perte des participants, en incluant la mortalité • Le taux d'adhésion : participation au protocole d'intervention • Et si l'adhésion avait une influence sur l'efficacité 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux médian de recrutement à 70,7 % (64,2 - 81,7 %, n = 78) • Déperdition à 12 mois à 10,9 % (9,1 - 16,0 %, n = 44) • Taux d'adhésion aux interventions multifactorielles ≥ 75 %, mais de 28 à 95 % selon les différentes composantes individuelles • Taux d'adhésion : ≥ 80 % supplémentation en vit D / calcium ; ≤ 70 % marche et exercice en groupe; 52 % exercices en individuel ; 60 à 70 % nutrition, 60-70 % connaissances/ éducation thérapeutique, 58-59 % les modifications de sécurité de la maison • Adhésion influait sur l'efficacité : résultats mitigés 	<p>Les auteurs en se référant aux taux moyens du recrutement (70 %), de la déperdition (10 %) et de l'adhésion (80 %) estiment qu'en moyenne, sur 12 mois, la moitié des personnes âgées vivant à domicile sont susceptibles d'adhérer aux interventions de prévention des chutes dans les essais cliniques</p>
<p>Mc Phate et al., 2013 (RS) (40)</p>	<p>Analyse de l'adhésion des personnes âgées de plus de 60 ans à des interventions d'exercices en groupe sans exercices à la maison dans un objectif de prévention des chutes</p> <p>18 études ont été retenues</p>	<p>Critère : adhésion définie comme la moyenne de présence des participants aux sessions même de façon discontinue</p>	<p>Adhésion : 0,74 (IC 95 % ; 0,67 à 0,80)</p> <p>Pas de relation significative entre l'adhésion et l'efficacité de la prévention des chutes</p>	<p>Les niveaux d'adhésion les plus bas étaient associés aux programmes de plus de 20 semaines ou de moins de deux sessions par semaine ou ayant une composante de flexibilité</p>

Auteurs, année	Méthode	Critères et inclusions	Résultats	Conclusions
<p>Lee et al., 2013 (RCT) (39)</p>	<p>Intervention multifactorielle sur les chutes dans 3 centres médicaux</p> <p>Groupe intervention (GI) : sur 3 mois, avec 8 semaines d'entraînement physique, éducation à la santé, évaluation et modification de la sécurité de la maison, revue des médicaments, consultation d'ophtalmologie et autres spécialistes</p> <p>Groupe contrôle (GC) : brochures d'éducation à la santé, recommandations sans intervention directe pour l'exercice</p>	<p>Inclusion : PA tombées dans l'année ou à risque de chutes</p> <p>Critères primaire : incidence des chutes à 1 an</p> <p>Critères secondaires : PPA <i>fall risk index</i>, TUG (<i>Time up and Go</i>), questionnaire d'activité physique, GDS (<i>geriatric depression scale</i>) et <i>Falls Efficacy Scale-international</i></p>	<p>Âge moyen : 76 +/- 7 ans ; 25,6 % à faible risque de chutes ; 25,6 % à risque moyen de chutes et 48,7 % à haut risque de chutes</p> <p>Incidence des chutes sur 1 an : 25,2 % GI vs 27,6 % GC</p> <p>Amélioration marquée aux tests du PPA <i>fall risk index</i>, au TUG et au GDS ; spécialement dans le sous-groupe à haut risque de chutes</p>	<p>L'intervention multifactorielle améliore les performances en rapport avec le risque de chutes à 3 mois, mais pas d'amélioration significative de l'incidence des chutes à 1 an</p>
<p>Lagardère et al., 2013 (41)</p>	<p>Diagnostic éducatif : bilan initial multidisciplinaire du risque de chutes en hôpital de jour spécialisé</p> <p>Ateliers d'éducation hebdomadaire de 60 min sur 12 semaines - identifier les facteurs de risque - pied et chaussage - nutrition - environnement - médicaments - activité physique et équilibre</p> <p>Ateliers d'exercice physique hebdomadaire de 60 min sur 12 semaines</p>	<p>Critères : évaluation à 1 mois de la satisfaction, de l'adhésion, des compétences acquises, des nouvelles chutes, de la confiance en soi et des performances physiques</p> <p>Consultation de contrôle à 6 mois par un gériatre</p> <p>Inclusion : patient âgé chuteur sans troubles cognitifs</p>	<p>En cours</p>	<p>L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante du parcours de soins du sujet âgé chuteur</p>

Recommandations internationales sur la prévention des chutes

Auteurs, année, titre	Recommandations
<p>HAS, 2009 (13) Recommandations professionnelles. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées</p>	<p>R20. L'éducation de la personne âgée faisant des chutes répétées et de ses aidants est nécessaire à la mise en œuvre de la prise en charge.</p>
<p>HAS, 2005 (42) Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée</p>	<p>Interventions d'éducation à la santé : diverses interventions de type cognitivo-comportemental (évaluation du risque et conseils à la personne âgée en entretiens face à face) réalisées isolément n'ont pas démontré d'efficacité en termes de réduction de chutes.</p>
<p>INPES, 2005 (11) Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile</p>	<p>Les programmes d'éducation du patient sont considérés comme une composante pertinente d'un programme multifactoriel (<i>American Geriatrics Society et al.</i>, 2001 ; Tinetti, 2003).</p> <p>Les études ont montré qu'ils peuvent augmenter les connaissances des facteurs de risque et des comportements sûrs (<i>National Ageing Research Institute</i>, 2000), notamment quand ils cherchent à développer les compétences des personnes âgées.</p> <p>Les approches éducatives peuvent aussi jouer un rôle important dans l'acquisition et le maintien des comportements préventifs (<i>National Ageing Research Institute</i>, 2000).</p>
<p>NICE, 2013 (17) <i>Falls: assessment and prevention of falls in older people</i></p>	<p>Cognitive/ behavioural interventions, Level I</p> <p><i>There is no evidence of effect that cognitive/behavioural interventions alone reduce the incidence of falls in community-dwelling older people of unknown risk status (two single trials, non-significant). Such interventions have included risk assessment with feedback and counselling and individual education discussions.</i></p> <p><i>There is no evidence that complex interventions - in which group activities included education, behaviour modification program aimed at modifying risk, advice and exercise - are effective in falls prevention with community-dwelling older people (four single trials, non-significant).</i></p> <p>Encouraging the participation of older people in falls prevention</p> <p>Level III-IV : <i>People may be reluctant to participate in falls prevention programs if they have not previously exercised, do not perceive a risk of falling or perceived poor functional ability or have not been adequately consulted about what changes they are willing to make.</i></p> <p>Level IV : <i>Much of the current information provision on falls prevention programs may alienate rather than encourage participation by stereotyping older people, not being available in languages other than English, not emphasizing that many falls may be preventable and not promoting the social value of falls prevention programs.</i></p>

4.2. La polymédication

Auteurs, année	Méthode	Critères et inclusions	Résultats	Conclusions
<p>Bonnet-Zamponi et al., 2013 (OMAGE) (26)</p> <p>Évaluer l'impact d'une intervention sur les problèmes liés aux médicaments (DRP) sur le taux de réadmissions de personnes âgées</p>	<p>RCT sur 6 unités gériatriques aiguës (UGA) en Ile de France</p> <p>Intervention à 3 facettes par 4 gériatres hospitaliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> optimisation de la prescription : DRP, iatrogénie, adhésion, <i>underuse</i> ETP patient et de son aidant sur les médicaments collaboration augmentée avec le médecin traitant à la sortie d'hospitalisation <p>Temps intervention : 3 h 30 (70 min prescription, 90 min éducation et 40 min coordination)</p> <p>Suivi à 6 mois auprès des services d'admission des 6 sites</p>	<p>Critères : (RR) risque relatif de réadmission lié aux DRP à 6 mois</p> <p>DRP (problèmes liés aux médicaments comprenant les effets indésirables, l'adhésion, et la sous-utilisation)</p> <p>Inclusion : PA > 70 ans hospitalisés en UGA avec espérance de vie > à 3 mois et durée de séjour prévisible > 5 jours</p>	<p>665 participants (dont 317 GI)</p> <p>Sur 6 mois, 311 réadmissions (180 GC, 131 GI)</p> <p>Sur les 169 personnes évaluées, les DRP étaient la cause la plus fréquente de réadmission, avec 38 (40,4 %) pour le GC et 26 (34,7 %) pour le GI,</p> <p>Soit une réduction de 39,7 % de réadmissions liées aux DRP</p> <p>Soit une réduction du RR de 14,3 % (CI 95 % 14,0- 14,5%)</p>	<p>La prévention des problèmes liés aux médicaments à la sortie d'hospitalisation devrait être une priorité, en particulier pour les médicaments à risque iatrogéniques élevé</p> <p>Mais résultats non significative à 6 mois du fait du manque de puissance de l'étude</p>
<p>Spinewine et al., 2012 (19)</p> <p>(RS sur 10 ans) Interventions des pharmaciens dans l'optimisation des traitements des personnes âgées (PA), en institution, en ambulatoire et en soins aigus</p>	<p>Le modèle Fleetwood en EHPAD : revue des médicaments, examen des médicaments à haut risque/effets indésirables et DRP, échange pour résolution de problème avec le médecin</p> <p>Essai PEER : effets des soins pharmaceutiques structurés en ambulatoire chez les PA ≥ 4 médicaments/ 104 + 86 pharmacies en Europe et 2 290 + 1 164 PA</p> <p>Essai RESPECT : prescription partagée avec le patient : revue des médicaments à la maison : chez les > 80 ans avec ≥ 4 médicaments et un autre facteur de risque (seul, confusion, vision ou audition altérée, morbidité en lien avec médicaments, > 7 médicaments) / 760 PA</p> <p>Modèle de soins collaboratifs: le médecin généraliste sélectionne les patients ; le pharmacien assure la revue des médicaments à la maison, concertation pharmacien/médecin autour de recommandations ; après accord du généraliste et du patient mise en place d'un plan de gestion du médicament et indemnisation du médecin.</p>	<p>Le modèle Fleetwood : efficace pour EHPAD</p> <p>Essai PEER : pas de différence significative sur la qualité de vie, ni sur hospitalisations, ni sur coûts associés</p> <p>Essai RESPECT : diminution significative du nombre de médicaments à 6 mois, pas d'effets sur qualité de vie, ni la santé</p> <p>Modèle collaboratif en soins primaires : élimine les soins inadéquats, inutiles ou en double</p>	<p>Le modèle Fleetwood : efficace pour EHPAD</p> <p>Essai PEER : pas de différence significative sur la qualité de vie, ni sur hospitalisations, ni sur coûts associés</p> <p>Essai RESPECT : diminution significative du nombre de médicaments à 6 mois, pas d'effets sur qualité de vie, ni la santé</p> <p>Modèle collaboratif en soins primaires : élimine les soins inadéquats, inutiles ou en double</p>	<p>La plupart des essais évaluant l'impact des services pharmaceutiques en ambulatoire chez les personnes âgées montraient une amélioration, mais non significative sur les résultats de santé du patient, de la qualité de vie ou du coût-efficacité</p> <p>Ces faibles résultats sont peut-être dus à une formation insuffisante des pharmaciens et à leur isolement des équipes de soins primaires</p>

Auteurs, année	Méthode	Critères et inclusions	Résultats	Conclusions
<p>Kuzuya et al., 2008 (RCT) (29)</p> <p>Lien entre le besoin d'aide pour la gestion des médicaments des personnes âgées fragiles vivant à domicile et la mortalité ou les hospitalisations toutes causes confondues</p>	<p>Étude de cohorte : 1 772 PA fragiles vivant en communauté</p> <p>Mesures : ADL, nombre de médicaments et de maladies chroniques, adhésion aux traitements, capacité à gérer son traitement, présence d'aide pour le gérer.</p>	<p>Critères : hospitalisations et mortalité sur un suivi à 3 ans</p> <p>Résultats : 1091 PA avaient des difficultés avec l'autogestion de leurs médicaments, dont 929 avaient une aide et 162 n'en avaient pas. Les PA qui n'avaient pas besoin d'aide étaient en moyenne plus jeunes et avaient un meilleur ADL.</p> <p>À 3 ans : 424 étaient morts. 758 hospitalisés</p> <p>Avoir besoin d'aide pour leurs médicaments et ne pas en avoir, était associé à l'hospitalisation, mais pas à la mortalité</p>		<p>Le manque d'aide pour l'autogestion des médicaments lorsqu'on en a besoin est associé à plus d'hospitalisation, mais pas à une plus grande mortalité chez les personnes âgées fragiles</p>
<p>George et al., 2008 (RS) (20)</p> <p>Revue des interventions visant à améliorer l'adhésion au traitement des personnes âgées avec une poly-médication - 8 études</p>	<p>Interventions :</p> <p>information écrite ou verbale avec stratégies comportementales, avec ou sans stratégies fournisseurs</p> <p>Les soins pharmaceutiques étaient le cadre théorique dans la majorité des études.</p> <p>Suivi sur quelques semaines</p>	<p>Critère : adhésion au traitement des PA de plus de 60 ans avec ≥ 4 médicaments chroniques et vivant en communauté</p>	<p>Pour 4 études : amélioration significative de l'adhésion, mais très variable (- 13 % à + 55,5 % ; moy + 11,4 %)</p> <p>Les études efficaces : (1) suivi régulier + pilulier ; (1) éducation de groupe + carte de prescription ; (2) revue des médicaments + simplification</p>	<p>Il n'est pas possible de conclure. En l'attente de preuve sur l'efficacité de stratégies d'intervention simples, la combinaison des stratégies éducatives et comportementales doit être employée pour améliorer l'adhésion aux traitements des personnes âgées</p>
<p>Grangé et al., 2011 (43)</p> <p>Évaluation de la fréquence et de l'importance des facteurs influençant la prise médicamenteuse chez le sujet âgé selon les médecins et les infirmières (IDE) de services hospitaliers de gériatrie</p>	<p>Questionnaire : 20 questions fermées aux médecins et IDE en courts séjours, consultations et HDJ gériatriques à partir de 8 facteurs sur les 10 retrouvés dans la littérature : présentation des médicaments, automédication, connaissance thérapeutique, connaissance des effets indésirables, impression d'être malade, capacité physique et cognitive, présence de l'entourage, et la relation soignant/patient (exclus : facteurs démographiques et les représentations de la santé)</p>	<p>Réponses selon la fréquence ou l'importance</p> <p>Analyse selon le médecin, l'IDE ou les deux</p>	<p>Réponses de 40 médecins et 40 IDE.</p> <p>12 items sont fréquents ou importants</p> <p>Concordance des réponses médecins /IDE pour 14 items sur 27, dont 3 repris à 80 % : l'absence de symptômes, le déni ou la lassitude et l'absence d'aide de l'entourage</p>	<p>La concordance et la prépondérance de certains facteurs permettent de définir les éléments pour une meilleure adhésion de la PA : connaissance des indications et efficacité des médicaments, confiance patient / médecin, aide de l'entourage, motivation, connaissance des modalités de prise</p>

Auteurs, année	Méthode	Critères et inclusions	Résultats	Conclusions
<p>Gillepsie et al., 2012 (10) Revue Cochrane sur les chutes des PA en communauté.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revue des médicaments : Pas de diminution du taux de chutes (1 essai, 186 participants) ; ni du risque de chutes (2 essais, 445 participants). Dans ces 3 essais, la revue des médicaments était effectuée par un pharmacien, un infirmier ou un gériatre et les recommandations étaient envoyées au médecin de famille pour exécution • Essai Pit 2007 revue du médicament impliquant fortement les médecins de premier recours Diminution significative du risque de chutes (RR 0,61, CI 95 % 0,41 to 0,91 ; 1 essai - 659 participants) Intervention : formation des médecins de famille avec le pharmacien, <i>feedback</i> sur ses pratiques de prescriptions et incitations financières du médecin ; une auto-évaluation par le patient de ses médicaments et la revue des médicaments par le pharmacien 			

Auteurs, année, titre	Méthode
Shrank et al., 2007 (7) (RS) Indicateurs de qualité pour les médicaments utilisés chez les sujets âgés vulnérables (SAV)	Analyse par un groupe d'expert de 153 articles et guides de bonnes pratiques Recommandations dans le cadre du projet ACOVE 1, avec des indicateurs pour évaluer la qualité des soins dans plusieurs domaines recouvrant l'ensemble de la pharmacopée (à la différence des listes permettant d'identifier les médicaments déconseillés chez les SAV telle la liste de Beers)
Recommandations sur les traitements des SAV – d'après Shrank et al., 2007 (7) – ACOVE 1	
1. Liste des médicaments	Tous les SAV doivent bénéficier d'une actualisation régulière de leur liste de médicaments accessible à tous les professionnels
2. Réévaluation régulière	Tout SAV doit bénéficier d'une réévaluation annuelle de ses médicaments
3. Indication des médicaments	Tout médicament prescrit doit être rapporté à un diagnostic précis
4. Éducation thérapeutique du patient	Pour tout médicament prescrit, une information/éducation appropriée du SAV (ou de l'aidant) doit être réalisée
5. Réponse thérapeutique	Un SAV recevant un médicament prescrit pour une pathologie chronique doit bénéficier d'un suivi pour évaluer la réponse thérapeutique et l'intérêt de poursuivre, de modifier ou d'interrompre le médicament
6. Éducation thérapeutique du patient recevant un AVK	Pour toute prescription d'AVK, le patient doit faire l'objet d'une information/éducation concernant les conseils diététiques, les interactions médicamenteuses possibles et les complications hémorragiques
7. Paracétamol	Un SAV doit être informé du risque de toxicité en cas d'utilisation prolongée à des doses ≥ 3 g/j ou s'il souffre de maladie hépatique
8. et 9. AINS et aspirine	Tout SAV recevant un traitement par AINS ou aspirine doit être informé du risque hémorragique gastro-intestinal (HGI)
10.	Chez un SAV présentant un facteur de risque d'HGI (âge > 75 ans, maladie ulcéreuse gastroduodénale, antécédents d'HGI, traitement par AVK, utilisation chronique de corticoïdes) et traité par AINS*, un traitement concomitant par misoprostol ou IPP** doit être instauré
11.	Chez un SAV présentant deux ou plus facteurs de risque d'HGI et traité quotidiennement par aspirine, un traitement concomitant par misoprostol ou IPP doit être instauré

* : anti-inflammatoire non stéroïdien

** : inhibiteur de la pompe à proton

Surveillance biologique de certains traitements chez le SAV – d'après Shrank *et al.*, 2007 (7)

AVK	INR 4 jours après l'instauration du traitement puis toutes les 6 semaines
IEC	Dosages de la créatininémie et de la kaliémie 2 semaines après l'instauration du traitement puis annuellement
Diurétiques	Bilan hydro-électrolytique 2 semaines après l'instauration du traitement puis annuellement

Traitements déconseillés chez le SAV - d'après Shrank *et al.*, 2007 (7)

Benzodiazépines à fortes doses ou de façon prolongée > 1 mois	Risque de chutes, de fractures et de troubles cognitifs – Réévaluation périodique annuelle
Médicaments aux propriétés anticholinergiques importantes	Risques de confusion mentale, de rétention aiguë d'urines, de constipation, de troubles visuels et d'hypotension
Myorelaxants	Effets anticholinergiques, risque de sédation et de confusion mentale – prescription < 7 jours
Ticlopidine	Préférer clopidogrel notamment avec des antécédents de syndrome coronarien aigu ou d'angioplastie

Autres : propoxyphène, mépéridine, kétérolac (disponibles seulement aux États-Unis) et barbituriques

D'après Spinewine et al., 2002 (19)
Essais contrôlés randomisés des services pharmaceutiques pour personnes âgées sur 10 ans en Europe

Étude	Lieu	Ordonnance nbre méd.	Interventions du pharmacien				Durée (mois)	Résultats									
			Visite à dom.	Revue du médicament (RM) / Optimisation prescription (OP) / Conciliation médicamenteuse (CM) / soins pharmaceutique (SP)	Information / éducation patient	Lien avec médecin traitant (GPs)		Patients				Recours au système de santé		Sur la prescription			
								Connaisance et adhésion au ttt	Qualité de vie (QdV)	Mort.	Autres	(ré)hospitalisation	utilisation des services de santé ou sociaux	changements de la prescription/ suivi des recos de la revue par les GPs	nbre de médicaments	coûts des médicaments	
Zermansky; 2006 (661 participants) UK	Établissements médico-sociaux	≥ 1		RM	oui consultation avec aidant prof.	rapport écrit	6						non			non	non
Patterson; 2010 (334) UK	Établissements médico-sociaux			RM		oui, avec un algorithme pour les psychotropes par le GP	12					pas de dim. du nbre de chutes				dim. nbre de psychotropes	
Bernsten; 2001 et Sturgess; 2003 (2454) Europe	Soins ambulatoires et intervention du pharmacien d'officine dans sa pharmacie	> 4		OP	oui, sur compliance		18	non	Amélioration dans quelques pays				non		non	non	seulement dans quelques pays
Denneboom; 2007 (738) netherlands	Soins ambulatoire et intervention par du pharmacien d'officine dans sa pharmacie	> 5		RM		rapport écrit											
	Soins ambulatoires et intervention par pharmacien d'officine dans sa pharmacie	> 5		RM		oui, discussion avec GP	9							mieux à 6 mois mais pas à 9 mois			augmenté

D'après Spinewine et al., 2002 (19)
Essais contrôlés randomisés des services pharmaceutiques pour personnes âgées sur 10 ans en Europe

Étude	Lieu	Ordonnance nbre méd.	Interventions du pharmacien				Durée (mois)	Résultats									
			Visite à dom.	Revue du médicament (RM) / Optimisation prescription (OP) / Conciliation médicamenteuse (CM)/ soins pharmaceutique (SP)	Information / éducation patient	Lien avec médecin traitant (GPs)		Patients				Recours au système de santé		Sur la prescription			
								Connaisance et adhésion au ttt	Qualité de vie (QdV)	Mort.	Autres	(ré)hospitalisation	utilisation des services de santé ou sociaux	changements de la prescription/ suivi des recos de la revue par les GPs	nbre de médicaments	coûts des médicaments	
RESPECT trial; 2010 (760) UK	Soins ambulatoires et intervention par pharmacien d'officine dans sa pharmacie	≥ 5	oui	SP	adhésion et savoir		3 ans (intervention 12 mois)						non	pas de dim. du recours aux soins de 2 ^d recours			quelques améliorations non significatives
Krska; 2001 (332) Scotland	Soins ambulatoires et intervention pharmacien d'officine à domicile	≥ 6	oui	RM	oui	oui, avec accord formalisé du GP	3		non					non	oui 83 % vs 41 %		non
Holland; 2005 (872) UK	Soins ambulatoires et intervention pharmacien d'officine à domicile	≥ 2	oui + 2 visites de suivi	RM			6		non	non			augmenté				
Lenaghan; 2007 (136) UK	Soins ambulatoires et intervention pharmacien d'officine à domicile	≥ 4 et ≥ 1 méd à risque	oui + 2 visites de suivi	RM		oui, avec accord formalisé du GP	6			non			non			oui	
Zermansky; 2001 (1188) UK	Soins ambulatoires et intervention pharmacien de l'hôpital à l'hôpital	≥ 1 renouveler		RM par le pharmacien hospitalier comparé avec revue par le GP			12			non			non	non en consultations	Oui 2,2 vs 1,9 par patient		oui

D'après Spinewine et al., 2002 (19)
Essais contrôlés randomisés des services pharmaceutiques pour personnes âgées sur 10 ans en Europe

Étude	Lieu	Ordonnance nbre méd.	Interventions du pharmacien				Durée (mois)	Résultats									
			Visite à dom.	Revue du médicament (RM) / Optimisation prescription (OP) / Conciliation médicamenteuse (CM)/ soins pharmaceutique (SP)	Information / éducation patient	Lien avec médecin traitant (GPs)		Patients				Recours au système de santé		Sur la prescription			
								Connaisance et adhésion au ttt	Qualité de vie (QdV)	Mort.	Autres	(ré)hospitalisation	utilisation des services de santé ou sociaux	changements de la prescription/ suivi des recos de la revue par les GPs	nbre de médicaments	coûts des médicaments	
Spinewines; 2007 (203) Belgique	En établissement de soins aigus			SP et application			12						non, réadmission	non, sur les visites en urgences	amélioration prescriptions aux critères MAI Pas aux critères de Beers		
Gillespie; 2009 (400) Sweden	En établissement de soins aigus			SP et application + suivi téléphonique			12						moins 16 % des hospital. et moins 46 % SAU, moins 80 % réadmissions liées aux médicaments (significatif)				
Hellstrom; 2011 (210) Sweden	En établissement de soins aigus			CM par pharmacien et équipe pluridisciplinaire et application + suivi			3						diminution risque de réadmissions liées aux médicaments		diminution des méd. inappropriées (MAI)	oui	
Lisby; 2010 (100) Denmark	En établissement de soins aigus	≥ 1		histoire médicamenteuse suivie d'une discussion sur le traitement			3										
Nazareth; 2001 (362) UK	Transition dans les soins	≥ 4	oui de suivi	oui, plan de réduction des médicaments au patient, aidants et prof.			6	non			non bonne santé		non				
Al-Rashed; 2002 (83) UK	Transition dans les soins	≥ 4		conseils pharmaceutiques sur les médicaments			3	oui					oui	oui visites GP			

D'après Spinewine <i>et al.</i> , 2012 (19) Revue systématique sur les services pharmaceutiques pour personnes âgées			Résultats						
Essais	Types	Interventions	dates	essais	autres	hospitalisations	mortalité	amélioration de la prescription	coût efficacité
Holland; 2008	interventions centrées sur le pharmacien (seul ou en équipe pluridisciplinaire)	RM par pharmaciens lors d'une admission à l'hôpital	≥ 2005	32 RCT		non (17 RCT)	non (22 RCT)		
Castelino; 2009		sur les prescriptions sous-optimales	1992-2008	11 RCT	efficacité variable			oui, pour beaucoup d'essais	
Verrue; 2009		sur la qualité de la prescription	1987-2008	8 CT					
Zermansky; 2009		sur le coût-efficacité sur la RM	≥ 2007	16					peut-être
Da Silva ; 2010		qualité de la prescription en longs séjours	1988-2010	7	bénéfices potentiels				
Kaur; 2009	interventions comprenant plusieurs types d'approches dont celles concernant le pharmacien	pour réduire les prescriptions inappropriées	≥ 2008	24				pharmacien clinique améliore les prescriptions inappropriées (sauf un essai)	
Marcum; 2010		pour réduire les prescriptions sous-optimales	1975-2009	18 RCT	efficacité variable				
Forsetlund; 2011		RM avec la participation du pharmacien pour réduire les prescriptions inappropriées	≥ 2010	20 RCT	efficacité variable				
Loganathan; 2011		RM pluridisciplinaire pour optimiser les prescriptions dans les maisons de soins	1990-2010	16 CT	efficacité variable				

4.3. La dépression

Auteurs, année	Méthode - Critères et inclusion – Résultats - Conclusions
<p>Tursi et al., 2013 (30) (RS)</p> <p>Efficacité de la psychoéducation (PE) dans la dépression unipolaire de l'adulte</p>	<p>Revue systématique de 15 essais très hétérogènes par leurs patients, méthodes et critères. Les essais avaient de 32 à 664 participants et comprenaient de 4 à 12 sessions d'une durée de 20 à 50 min. Le suivi était de 1 à 12 mois.</p> <p>Treize essais de PE sur les patients, un essai de PE sur la famille avec effet sur le patient et un essai PE sur la famille avec effet sur la famille. Trois essais étaient réalisés à distance (Web, téléphone, mails).</p> <p>Dix essais étaient réalisés avec la personne dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7 essais en groupe dont 4 avec un programme structuré type « <i>Coping with depression</i> », pour des patients ≥ 18 ans avec dépression sans symptômes psychotiques, ni idées suicidaires, ni malvoyants, ni troubles cognitifs, ni addiction ; • 3 essais en individuel, pour des patients de 18 à 80 ans avec une dépression majeure, ou une dysthymie ou un haut risque de récurrence sous antidépresseurs, mais sans addiction, ni antipsychotiques (exemple de programme : livre, vidéo, 2 visites, 3 contacts téléphoniques, 4 mails personnalisés). <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PE en groupe : réduction des symptômes dépressifs, amélioration de l'efficacité du traitement, des taux de rémission et de la qualité de vie et meilleure adhésion au traitement pour la prévention des rechutes ; • PE en individuel : diminution significative des symptômes dépressifs, mais pas des récurrences ou des rechutes à 12 mois ; • PE famille avec effet sur le patient (18 à 85 ans) : à 9 mois, le temps entre deux rechutes était allongé et le taux de rémission significativement augmenté (83 % GI vs 33 % GC) ; • PE famille avec effet sur la famille : réduction significative du fardeau. <p>Conclusions : malgré les difficultés d'interprétation liées à l'hétérogénéité des études, cette revue systématique suggère que la psychoéducation en particulier réalisée en groupe est efficace chez l'adulte jeune déprimé et diminue le fardeau des familles.</p>

Auteurs, année, titre	Méthode - Critères et inclusion – Résultats - Conclusions
<p>Giboldy et al., 2003 (31) (RS)</p> <p>Efficacité des interventions organisationnelles et éducatives pour améliorer la gestion de la dépression sur les sites de soins primaires</p>	<p>Revue systématique de 36 essais, dont 29 contrôlés randomisés ou non. 21 essais avec des résultats positifs, trop hétérogènes pour être combinés dans une méta-analyse.</p> <p>Interventions efficaces</p> <p>Soins collaboratifs (Katon 1996) avec éducation du patient et collaboration augmentée du médecin avec le psychiatre ou le psychologue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • amélioration de l'adhésion au traitement antidépresseur et des symptômes de dépression ; • amélioration du coût-efficacité, mais seulement sur la durée de l'intervention. Meilleurs résultats sur l'adhésion au traitement dans le sous-groupe des patients à haut risque de rechutes. <p>Soins collaboratifs et gradués (améliorer la fourniture de soins et les renforcer pour les patients non répondeurs) avec éducation du patient, formation du clinicien, données/indicateurs automatisés des pharmacies et collaboration augmentée avec le psychiatre : amélioration de l'adhésion et de la rémission à 6 mois. L'efficacité persiste à 28 mois pour les dépressions modérément sévères.</p> <p>Amélioration de la qualité (repérage et gestion de la dépression) avec un autoquestionnaire de repérage de la dépression, formation du clinicien, leaders d'opinion, suivi des patients, délégation de tâches (IDE gestionnaire de cas) et collaboration augmentée avec le psychiatre : amélioration de l'adhésion et des symptômes à 6 et 12 mois, mais pas à 24 mois.</p> <p>Gestionnaires de cas (en général par la délégation de tâches à l'IDE de soins primaires) avec des rôles plus ou moins étendus, soit légers (bref enseignement au patient, ou consultation sur le médicament ou suivi téléphonique), soit complexes (avec éducation du patient et surveillance du traitement et du patient selon des protocoles pluriprofessionnels) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • plusieurs études positives avaient comme élément central le suivi du traitement des patients par des IDE gestionnaires de cas ou par des conseillers formés ou par des psychologues ; • un simple suivi téléphonique (10 min par semaine) par des IDE gestionnaires de cas a montré une amélioration des symptômes, mais pas de l'adhésion au traitement ; • deux séances de 20 min d'éducation du patient sur le médicament ont augmenté l'adhésion (OR 2,7 95 % CI, 1.6-4.8) ; et ont amélioré les symptômes dépressifs pour le sous-groupe des dépressions majeures ; • une consultation brève sur le médicament et un suivi par des « conseillers » formés et supervisés par un spécialiste ont amélioré l'adhésion au traitement (OR 1,99 ; 95 % CI ; 1,23-3,22) et les symptômes (OR 2,22 ; 95 % CI, 1,31-3,75). <p>Interventions pharmaceutiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la formation du médecin par un pharmacien expert a amélioré la prescription chez les patients > 60 ans (RR 0,55 ; 95 % CI 0,33-0,92) ; • la formation soutenue des médecins par les pharmaciens a montré une amélioration non significative de 4 % sur le pourcentage de patients traités en accord avec les <i>guidelines</i> ; • l'intervention éducative du patient sur les antidépresseurs en une session par le pharmacien a amélioré l'utilisation des antidépresseurs par le patient.

Auteurs, année, titre	Méthode - Critères et inclusion – Résultats - Conclusions
<p>Giboldy et al., 2003 (suite) (31) (RS)</p> <p>Efficacité des interventions organisationnelles et éducatives pour améliorer la gestion de la dépression sur les sites de soins primaires</p>	<p>Les stratégies d'exécution des recommandations, dans le cadre d'intervention complexe avec souvent la formation du clinicien par un groupe de pairs ou un leader d'opinion, sont efficaces seulement si elles sont accompagnées d'interventions organisationnelles telles que des IDE gestionnaires de cas, des soins collaboratifs, ou des programmes intensifs d'amélioration de la qualité.</p> <p>Interventions inefficaces</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formation soutenue du médecin avec demande d'exécution de recommandations sans changement organisationnel n'a eu aucun effet sur le repérage, ni sur les symptômes, même si elle était accompagnée d'audits et de <i>feedback</i>. • La formation du clinicien avec amélioration de ses connaissances et de ses aptitudes à gérer la dépression n'a pas eu d'influence sur ses pratiques, ni sur les résultats de la dépression. • Les simples stratégies de formation des médecins ou la diffusion passive des <i>guidelines</i> pour améliorer le repérage et la gestion de la dépression ont eu un effet mineur sur les soins de la dépression. • Les formations du médecin et des infirmières n'ont pas été efficaces. • Des systèmes interactifs d'aide à la décision avec <i>feedback</i> à partir des dossiers pharmaceutiques et algorithmes d'aide à la décision n'ont pas eu d'effet sur la gestion de la dépression, ni sur les symptômes. <p>Conclusions</p> <p>Les stratégies efficaces sont en général complexes et multifacettes et intègrent des approches organisationnelles. Ces études suggèrent que les IDE gestionnaires de cas qui assurent l'éducation, le suivi des patients et la collaboration augmentée des équipes de soins primaires et secondaires sont les éléments du succès de ces stratégies. Ces stratégies complexes sont rentables (coût-efficacité) à court terme, mais cet effet disparaît à long terme. Des études complémentaires sont nécessaires pour préciser qui a besoin de ces soins et pendant combien de temps.</p>
<p>Bower et al., 2003 (33)</p> <p>Évaluer des consultations par des « conseillers en dépression » sur les sites de soins primaires</p>	<p>7 études avec 12 publications avec des consultations par des « conseillers en dépression » comparées à des soins usuels, ou à des soins usuels et une psychothérapie cognitivo-comportementale ou à un traitement antidépresseur par généraliste.</p> <p>Évaluations de 4 à 12 mois</p> <p>Critères : symptômes de la dépression et satisfaction du patient</p> <p>Résultats sur les symptômes de la dépression :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conseillers/soins usuels : amélioration significative à court terme mais pas à long terme • conseillers/traitement antidépresseur par généraliste : pas de différence à court et long terme • conseillers/CBT : pas de différence à court et long terme <p>Résultats sur la satisfaction : haut niveau de satisfaction pour les conseillers à court et long terme</p>

Auteurs, année, titre	Méthode	Critères et inclusion	Résultats	Conclusions
<p>Hunkeler et al., 2006 (35) IMPACT</p> <p>Efficacité à long terme du modèle de collaborative care par les équipes de soins primaires dans la dépression du sujet âgé.</p> <p>Modèle de soins collaboratifs : organisation pluridisciplinaire comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> des soins gradués avec une intensification des soins en fonction de la gravité des symptômes des stratégies pour la diffusion des pratiques : formations, systèmes d'aides à la décision, bonnes pratiques... une inscription dans un processus d'amélioration : objectifs, suivi et analyse des résultats <p>et permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> de poser un diagnostic « définition partagée du problème » de mettre en place des stratégies thérapeutiques validées ainsi que des actions d'éducation thérapeutique du patient d'organiser l'accès à des avis et des soins spécialisés, de faciliter les liens et l'information mutuelle des professionnels spécialisés et ceux des soins primaires 	<p>Groupe intervention : des « questionnaire de soins de la dépression » (GSD), en général IDE de soins primaires formées qui utilisent des protocoles pluri professionnels avec au besoin un recours au psychiatre (10 % des cas). Les GDS assurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> le suivi du traitement ; démarche comportementale/résolution de problèmes la gestion des rechutes : repérage des signes précoces de rechutes avec des interventions (échanges, activités positives, médicaments), un signalement au médecin de famille, un suivi téléphonique mensuel et une réunion au 12^e mois et la coordination avec le médecin traitant et le psychiatre <p>Groupe contrôle (GC) : soins habituels, avec envoi au patient et à son médecin d'une notification que le patient répond aux critères de dépression</p> <p>Durée de l'intervention : 12 mois.</p> <p>Suivi à : 12, 18 et 24 mois</p>	<p>Critères : mesure de la dépression (SCL-20) ; de la qualité de vie ; du fonctionnement global (SF-20) ; du fonctionnement physique (PCS-12) ; du traitement antidépresseur ; et de la satisfaction aux soins</p> <p>Inclusion : patients > 60 ans avec une dépression majeure et/ou dysthymie</p> <p>Exclusion : addictions, bipolaire, psychoses, crise suicidaire, traitements psychiatriques continus.</p>	<p>Âge moyen 71 ans. 65 % femmes. 70 % dépression majeure, 53 % associée à une dysthymie et 30 % de dysthymie seule. 35 % de troubles cognitifs légers. 3,3 maladies chroniques en moyenne.</p> <p>À 3 mois avant intervention : 43 % des PA avaient un traitement antidépresseur et 8 % des soins psychiatriques ou psychothérapies (PSY)</p> <p>Résultats à 12 mois en fin d'intervention (GI vs GC):</p> <ul style="list-style-type: none"> antidépresseurs 73 % vs 57 % ; PSY 70 % vs 25 % ; un des deux : 90 % vs 62 % <p>Suivis : persistance des résultats sur les antidépresseurs à 18 et 24 mois, pas des résultats sur la PSY</p> <p>Résultats significatifs à 12 mois et persistant à 24 mois sur : la dépression, la rémission de la dépression, le fonctionnement physique, la qualité de vie, la self-efficacité, la satisfaction, mais pas sur le fonctionnement global</p>	<p>IMPACT apporte une amélioration à long terme sur l'utilisation des antidépresseurs, les résultats cliniques et la satisfaction des patients</p> <p>À 2 ans, soit 1 an après la fin d'IMPACT, les patients restaient moins déprimés, fonctionnaient mieux physiquement, jouissaient d'une meilleure qualité de vie, et étaient plus satisfaits de leur traitement, dans les deux sexes et pour tous les groupes d'âge, les ethnies, les degrés de dépression et les comorbidités</p> <p>Bien qu'atténués, les avantages d'IMPACT ont persisté à 18 et 24 mois, soit 1 an après que les ressources d'IMPACT aient été retirées</p>

Auteurs, année, titre	Méthode	Critères et inclusion	Résultats	Conclusions
<p>Luptak et al., 2008 (44) ADAPT</p> <p>Adapter le projet IMPACT en zone rurale avec les ressources locales des équipes de soins primaires</p>	<p>Simplification des outils pédagogiques du projet IMPACT à destination des « gestionnaires de soins de la dépression » (GSD), membres de l'équipe de soins primaires qui seraient moins qualifiés en milieu rural.</p> <p>Ces outils de repérage et d'évaluation, et ces protocoles de traitements et de suivis, ont été dispensés aux GDS lors de sessions de formations régionales.</p>	<p>Résultats : la plupart des patients étaient recrutés dans les USLD, hôpitaux, maisons de retraite, et services sociaux et de santé, et non pas par des équipes de soins primaires</p> <p>44 sites sur 56 ont envoyé leur GSD à la formation régionale initiale, mais beaucoup n'ont pas participé à l'étude, bien qu'ils aient affirmé que cette formation leur a permis d'améliorer le repérage et leur communication avec les personnes âgées déprimées.</p>		<p>Ces résultats suggèrent que la méthode IMPACT doit être abordée différemment en milieu rural</p>
<p>Bartels et al., 2004 (36) PRISMe</p> <p>Degré d'engagement patient âgé déprimé dans les soins de santé mentale selon leur niveau d'intégration au site de soins primaires</p>	<p>Modèles intégrés (MI) : équipe de santé mentale sur le site de soins primaires qui assurait : l'évaluation, la planification des soins, les traitements méd. ou non et la communication verbale et écrite avec l'équipe de soins primaires ; plus des RDV spécialisés dans des délais de 2 à 4 semaines à la demande de l'équipe de soins primaires.</p> <p>Modèles améliorés (MA) : cliniques spécialisées de santé mentale et d'addictologie sur un site distinct avec RDV dans les 2 à 4 sem. ; plus des aides au patient pour les transports et les coûts des consultations spécialisées.</p>	<p>Critères : engagement défini comme l'importance au recours aux soins de santé mentale</p> <p>Inclusion : patients de plus de 65 ans, avec une dépression et/ou une addiction, mais sans troubles cognitifs</p>	<p>Âge moyen 73,5 ans ; $\frac{3}{4}$ hommes ; 4,7 maladies chroniques. 69 % dépression, 20 % addiction à l'alcool, 7 % les deux, 3 % anxiété et double diagnostic</p> <p>Résultats (MI vs MA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> engagement au traitement 71 % vs 48,8 % visites spécialisées en moy. 3,04 vs 1,91 pour tous les groupes de diagnostic sauf l'anxiété isolée visites plus précoces à 0-14 jours 37,4 % vs 15,4 %. <p>Dans le modèle amélioré, l'engagement diminuait avec l'éloignement géographique des deux sites</p>	<p>Le taux d'engagement est supérieur dans le modèle intégré pour tous les groupes de diagnostic.</p>

Auteurs, année, titre	Méthode	Critères et inclusion	Résultats	Conclusions
<p>Richards et al., 2013 (45)</p> <p>Efficacité des soins collaboratifs avec des « <i>care managers</i> » pour la prise en charge des patients adultes avec une dépression</p>	<p>Groupe intervention (GI) : des « <i>care managers</i> », supervisés par des psychiatres, assurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'éducation thérapeutique, la gestion des médicaments, le soutien et le repérage des rechutes • et le suivi : 6 à 12 contacts avec les patients sur 14 semaines <p>Groupe contrôle (GC) : soins habituels par le médecin de famille</p>	<p>Critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à 4 et 12 mois, symptômes dépressifs (PHQ-9), anxieux (GAD-7), de qualité de vie (SF36) • à 4 mois : satisfaction du service (QSQ-8) <p>Inclusion : adultes âgés de 18 ans et plus, avec une dépression modérée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PHQ-9 à 4 mois inférieur de 1,33 points (IC 95 % 0,35 - 2,31, p = 0,009) vs contrôle, et à 12 mois de 1,36 points (IC 95 %, 0,07- 2,64, p = 0,04) • GAD-7 : pas de différence • (SF36) : la qualité de santé mentale, mais pas physique, était sensiblement meilleure • la satisfaction était sensiblement meilleure • le nombre de patients qu'il faut traiter pour qu'un patient soit guéri cliniquement était de 8,4 immédiatement après traitement et de 6,5 à 12 mois 	<p>Les soins collaboratifs ont des effets positifs sur la dépression qui persistent à 12 mois</p> <p>Ils sont préférés par les patients comparés aux soins habituels</p>
<p>Almeida et al., 2012 (32) (RCT)</p> <p>Évaluer l'impact de la formation des médecins généralistes sur la dépression et sur les comportements auto-agressifs des patients âgés</p>	<p>Groupe intervention (GI) : audit des pratiques avec <i>feedback</i>, documents pédagogiques imprimés, 6 bulletins d'information sur 2 ans</p> <p>Groupe contrôle (GC) : audit sans <i>feedback</i></p> <p>Suivi : évaluation à t = 0, 12 et 24 mois des symptômes des patients</p>	<p>Critères : dépression clinique et comportements auto-agressifs (tentative de suicide ou idées suicidaires dans les 12 mois)</p> <p>Inclusion : 373 généralistes et leurs 21 756 patients de plus de 60 ans</p>	<p>Les effets n'ont été retrouvés que sur les patients initialement déprimés</p> <p>Dans le GI : réduction de 10 % (CI 95 %, 3 %-17 %) des chances de faire une dépression (non significatif) ou d'avoir un comportement auto-agressif (significatif à 24 mois)</p>	<p>La formation des généralistes n'a pas d'effet sur la rémission de la dépression ou les comportements auto-agressifs</p> <p>Mais cette formation a un effet préventif en réduisant à 2 ans la prévalence de la dépression et les comportements auto-agressifs des patients</p>
<p>Corney et Simpson, 2005 (34) (RCT)</p> <p>Évaluer des consultations sur la dépression par des « consultants formés » sur les sites de soins primaires par rapport à un groupe contrôle</p>	<p>Intervention : 8 conseillers formés, 6 au modèle psychodynamique de consultation et 2 à l'approche cognitivo-comportementale</p> <p>6 à 12 séances de 50 min</p> <p>Suivi à 6, 12 mois par questionnaire et à 36 mois par la voie postale</p>	<p>Critères : symptômes de la dépression (<i>Beck depression Inventory</i>) et adaptations sociales</p> <p>Inclusion : 181 patients avec une dépression venant de 9 généralistes</p>	<p>Âge moyen 43 ans, ¾ de femmes</p> <p>À 6, 12, 36 mois : pas de différence sur tous les résultats entre le groupe intervention et le groupe contrôle</p>	<p>Les séances par des consultants formés aux techniques de psychothérapie sur les sites de soins primaires n'améliorent pas les symptômes de la dépression</p>

Auteurs, année, titre	Méthode	Critères et inclusion	Résultats	Conclusions
<p>Ludman et al., 2000 (48)</p> <p>Évaluer des consultations de « conseillers spécialistes de la prévention de la dépression » (DPS) sur les sites de soins primaires</p>	<p>Interventions du DPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sur le site de soins primaires en coordination avec le généraliste et avec la supervision d'un psychiatre • deux visites et un soutien par des appels téléphoniques et des réponses par mails personnalisées • éducation du patient sur la dépression, motivation d'amélioration partagée, décision de poursuite de l'antidépresseur et stratégies cognitivo-comportementales 	<p>Critères : adhésion au traitement, repérage des signes de rechute et autogestion de la maladie</p> <p>Inclusion : 194 patients à haut risque de rechute compte tenu de leurs antécédents, en rémission après 6 à 8 semaines de traitement par leur généraliste</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 7 % de visites d'un psychiatre à la demande du DSP • adhésion : amélioration significative à 6 mois (72 %) et à 12 mois (62 %) • symptômes : amélioration significative mais modeste à 12 mois 	<p>Les consultations de « conseillers spécialistes de la prévention de la dépression » sur les sites de soins primaires sont faisables</p> <p>Ils apportent une amélioration des symptômes de la dépression et de l'anxiété à court terme, mais pas à long terme</p>
<p>Peveler et al., 1999 (47)</p> <p>Évaluer des consultations sur la dépression par des IDE formées, par rapport à la remise d'un document d'information sur la dépression, ou des soins usuels sur les sites de soins primaires</p>	<p>Groupe intervention (GI) : consultation de 4 h par des IDE formées non spécialistes ayant une expérience de soins primaires avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • éducation sur la dépression, résolution de problèmes, self-help, ressources locales, importance du traitement et de sa durée, effets secondaires, besoin d'aide famille ou amis • mais pas de psychothérapie <p>Groupe contrôle (GC) : avec soins usuels</p> <p>Groupe documents (GD) avec des conseils écrits sur la dépression et des soins usuels</p> <p>Suivi par interview à 6 semaines et questionnaire postal à 12 semaines</p>	<p>Critères : adhésion au traitement antidépresseur (AD), symptômes dépressifs et état de santé</p> <p>Inclusion : 250 patients sous tricycliques suivis par leur généraliste. Âge > 18 ans avec une dépression (sous-groupe des dépressions majeures)</p> <p>Exclusion : autres AD à 3 mois, risque suicidaire, contre-indication</p>	<p>À 12 semaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> • amélioration de l'adhésion dans le GI 63 % vs 42 % GC (OR 2,7 ; IC 95 %, 1,6 à 4,8). • pas d'effet sur l'adhésion dans le groupe « documents » • pas de différence sur les symptômes pour tous les groupes • amélioration significative des symptômes dans le sous-groupe intervention des dépressions majeures qui recevait une dose de 75 mg/j • pas de différence du nombre de consultations du généraliste, d'admissions à l'hôpital ou d'arrêts de travail 	<p>Les consultations par des IDE formées sur le site de soins primaires sont faisables et acceptables par les patients</p> <p>Elle améliore l'adhésion au traitement et les symptômes dans la dépression majeure.</p> <p>La remise de documents d'information n'a pas d'efficacité</p>

Auteurs, année, titre	Méthode	Critères et inclusion	Résultats	Conclusions
<p>Katon <i>et al.</i>, 1996 (46)</p> <p>Évaluer l'efficacité d'un programme multifacettes de la gestion de la dépression en soins primaires par des psychologues</p>	<p>Groupe intervention : par psychologue sur le site de soins primaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • éducation du patient, stratégie comportementale pour faire face (<i>coping</i>), améliorer l'adhésion à l'antidépresseur • 4 à 6 consultations de 30 min hebdomadaires et contacts téléphoniques à 2, 4, 12 et 24 semaines <p>Suivi à 1 mois, 4 mois et 7 mois par téléphone et par relevés des données automatisées sur les médicaments</p>	<p>Critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> • adhésion au traitement antidépresseur (doses et durées) • satisfaction vis-à-vis des soins de la dépression et du traitement • et réduction des symptômes de dépression <p>Inclusion : 153 patients de soins primaires avec une dépression</p>	<p>Âge 47 +- 16 ans, ¾ femme. 65 avec une dépression majeure et 88 avec une dépression mineure</p> <p>Amélioration significative :</p> <ul style="list-style-type: none"> • adhésion au traitement pour dépression majeure et mineure • satisfaction des soins pour dépression majeure et mineure • des symptômes : dans la dépression majeure, mais ambigu pour la dépression mineure 	<p>Les interventions intégrant des psychologues dans les soins primaires améliorent significativement l'adhésion aux traitements, la satisfaction des patients et pour la dépression majeure les symptômes</p>

Recommandations internationales sur la dépression

Auteurs, année	Recommandations
<p>Anaes, 2002 (49)</p> <p>et Afssaps, 2006 (50)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'alliance thérapeutique repose avant tout sur la qualité de la relation médecin-malade [150, 151] et l'information et l'éducation du patient à propos de différents points : effets bénéfiques attendus du traitement, effets indésirables éventuels, délai d'apparition de ces différents types d'effets, modalités de prise du traitement, nécessité de l'observance thérapeutique, nécessité de poursuivre le traitement même après amélioration clinique, modalités d'évolution au long cours et durée envisagée du traitement, possibilités de contact en cas de question ou de problème, voire d'aggravation des troubles, nécessité d'un avis médical pour l'arrêt du traitement ou l'introduction d'un autre médicament pendant le traitement [152]. Des programmes psychoéducatifs spécifiques peuvent favoriser l'observance du traitement antidépresseur [153-155]. <p>150- Van Os TW, Van Den Brink RH, Tiemens BG, Jenner JA, Van Der Meer K, Ormel J. Are effects of depression management training for General Practitioners on patient outcomes mediated by improvements in the process of care? <i>J Affect Disord</i> 2004; 80: 173-9.</p> <p>151- Demyttenaere K. Risk factors and predictors of compliance in depression. <i>Eur Neuropsychopharmacol</i> 2003; 13: S69-S75.</p> <p>152- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Paris: Anaes 2002.</p> <p>153- Bower P, Rowland N, Mellor C, Heywood P, Godfrey C, Hardy R. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2002: CD001025.</p> <p>155- Katon W, Robinson P, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E, Simon G, Walker E. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. <i>Arch Gen Psychiatry</i> 1996; 53: 924-32.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des données relativement récentes plaident en faveur de l'association d'une intervention psychologique au traitement antidépresseur dans les stratégies thérapeutiques de la dépression de la personne âgée. Cela consiste en des techniques de psychoéducation, des séances de thérapie de résolution de problèmes et « <i>care management</i> » [395, 413]. <p>395- Baldwin RC, Anderson D, Black S, Evans S, Jones R, Wilson K, Iliffe S. Guideline for the management of late-life depression in primary care. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> 2003; 18: 829-38.</p> <p>413- Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr Hunkeler E, Harpole L, Hoffing M, Della Penna RD, Noel PH, Lin EH, Areal PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S, Langston C. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. <i>JAMA</i> 2002; 288: 2836-45.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'épisode dépressif « majeur » n'est pas synonyme de sévérité. <p>Il signifie « caractérisé », c'est-à-dire que l'état dépressif correspond aux critères des classifications internationales actuelles (DSM-IV) Il existe différentes spécifications de l'épisode dépressif majeur. Elles déterminent en partie les choix thérapeutiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Selon l'intensité des symptômes : léger, modéré et sévère : <ul style="list-style-type: none"> - Un épisode léger est défini par la présence de 5 symptômes dépressifs et d'une altération limitée du fonctionnement (social, professionnel...),

Recommandations internationales sur la dépression

Anaes, 2002 (suite)

(49)

et Afssaps, 2006 (suite)

(50)

ou d'un fonctionnement normal mais au prix d'efforts importants et inhabituels.

- Un épisode sévère est caractérisé par la présence de 8 ou 9 symptômes dépressifs correspondant aux critères et d'une altération du fonctionnement nette et observable.
- Un épisode de sévérité modérée présente une sévérité intermédiaire entre légère et sévère.
 - ▶ Selon l'existence de caractéristiques mélancoliques, le plus souvent signe de sévérité
 - ▶ Selon l'existence de caractéristiques psychotiques (délires, hallucination), signe de sévérité.
 - ▶ Selon l'existence de caractéristiques atypiques : définies par une hyper-réactivité à l'environnement associée à certains des symptômes suivants : hyperphagie, hypersomnie, gain de poids, sensibilité au rejet, fatigue extrême, sensation d'avoir les membres « en plomb ».
- **Modalités évolutives de l'épisode dépressif majeur :**
 - ▶ **rémission partielle** : amélioration telle qu'il ne correspond plus aux critères de dépression majeure, tout en conservant des symptômes résiduels ;
 - ▶ **rémission complète** : disparition des symptômes et retour à la normale ;
 - ▶ **rechute** : après amélioration, réapparition de symptômes dépressifs au cours du même épisode.

Une rémission partielle correspond à une amélioration d'un niveau tel que l'individu ne répond plus aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur, tout en conservant des symptômes dépressifs, nommés symptômes résiduels.

Une rémission complète correspond à une amélioration d'une qualité suffisante pour que l'individu soit considéré comme asymptomatique. En d'autres termes, cela correspond à une disparition des symptômes et à un retour à un fonctionnement normal de l'individu.

Une rechute dépressive correspond, après amélioration, à la réapparition de symptômes dépressifs au cours du même épisode dépressif.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2006

(51)

Éducation et prévention

Tous les programmes d'études et de perfectionnement dans les sciences de la santé devraient inclure des volets portant sur l'évaluation et le traitement de la dépression chez la personne âgée. **[D]** Une formation spécialisée en santé mentale de la personne âgée devrait être offerte aux dispensateurs de soins œuvrant auprès de personnes âgées souffrant de dépression. **[D]**

Tout en tenant compte des atouts et de la vulnérabilité des personnes âgées souffrant de dépression, les professionnels de la santé leur offrent de l'information sur la nature de la dépression, ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux, sur les stratégies d'adaptation efficaces et sur les modifications à apporter à leur mode de vie et susceptibles de favoriser le rétablissement. **[B]**

Il est essentiel de fournir à la famille de la personne âgée souffrant de dépression l'information concernant les signes et symptômes de la maladie ainsi que d'expliquer comment la maladie peut influencer l'attitude et le comportement de leur parent atteint de cette maladie. On explorera la réaction des membres de la famille face à la dépression de leur proche afin d'établir certaines stratégies d'adaptation tout en décrivant les options thérapeutiques disponibles et les avantages du traitement. **[D]**

Recommandations internationales sur la dépression

<p>Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2006 (suite) (51)</p>	<p>Systèmes de soins</p> <p>Les professionnels de la santé et les établissements de soins établissent un système de soins qui tient compte de l'état physique et fonctionnel ainsi que des besoins psychosociaux de la personne âgée souffrant de dépression. Étant donné la complexité des soins nécessaires, ce système sera vraisemblablement fondé sur l'interdisciplinarité, que ce soit en milieu de soins primaires ou en milieu de soins spécialisés en santé mentale. [B]</p> <p>Les professionnels de la santé et les établissements de soins créent un système de soins qui favorise la continuité des soins dispensés par les prestataires de soins primaires. [B]</p>
<p>DGS Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, 2012 (52)</p>	<p>Améliorer la formation des usagers et de leur entourage</p> <p>Des programmes de réhabilitation psychosociale (psychoéducation, remédiation cognitive, éducation thérapeutique) en psychiatrie seront mis en œuvre, évalués et le cas échéant développés.</p> <p>Développer le partenariat avec les aidants, identifier une modalité de réponse repérable à leur intention</p> <p>Les actions d'accompagnement, d'information et de soutien des aidants, telles que celles menées par les associations de familles, doivent être encouragées, par exemple des dispositifs d'écoute et des programmes de psychoéducation.</p> <p>Lutter contre la surmédicalisation du mal-être et des difficultés d'ordre social et mieux adapter notamment la consommation de psychotropes</p> <p>Par ailleurs, un effort national doit être mené sur la réduction de la consommation inappropriée de psychotropes, à partir de l'analyse des déterminants de ces prescriptions. Là encore, un appui aux médecins généralistes, principaux prescripteurs, sera recherché, et l'éducation thérapeutique des patients sera encouragée. Les orientations nationales de développement professionnel continu prendront en compte cet axe d'amélioration des pratiques professionnelles.</p>

4.4. La dénutrition

Auteurs, année	Méthode	Critères et inclusion	Résultats	Conclusions
<p>Locher <i>et al.</i>, 2013 (37) B-NICE (RCT)</p> <p>Évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une intervention d'autogestion multifacettes pour améliorer l'état nutritionnel dans un groupe de personnes âgées à haut risque de dénutrition vivant à domicile</p>	<p>34 participants (dont 16 en groupe contrôle)</p> <p>Def. sous-alimenté : <i>apport calorique insuffisant pour maintenir son poids actuel (> 5 % au-dessous des besoins recommandés) et/ou histoire de perte de poids > 2,5 % sur 6 mois</i></p> <p>Intervention : visite à domicile d'un diététicien, instructions verbales et écrites sur l'apport calorique au patient et à l'aidant, recommandations personnalisées selon préférences, motivation avec au maximum 3 objectifs à court terme et mesurables</p> <p>Objectifs : augm. caloriques, augm. protéines, les deux, médicaments (préparation pilulier ou prendre des vitamines), activité sociale/assistance communautaire, thérapeutique nutritionnelle (jus de fruits, prunes pour constipation)</p> <p>Suivi appel téléphone de soutien à 1, 2 et 4 semaines</p> <p>Évaluation à domicile à 60 jours</p>	<p>Critères : apport calorique et poids (maintenu ou accru ou diminué), selon l'IMC du patient (poids normal, faible ou surpoids) et selon ses besoins caloriques pour maintenir son poids actuel</p> <p>Inclusion : PA > 65 ans, à domicile, capable de communiquer ou ayant un aidant, ayant une maladie aiguë ou chronique et sous-alimenté</p> <p>Exclusion : troubles cognitifs, troubles cognitifs modérés ou sévères si aidant professionnel, soins palliatifs, cancer dans les 5 ans, ins. rénale terminale, nutrition artificielle ou ventilation artificielle</p>	<p>Âge moyen 81,4 ans. 82 % femmes 64,7 % en insuffisance d'apports, 15,2 % avec un poids insuffisant (IMC < 18,5)</p> <p>Pas d'effet sur l'apport calorique, ni sur le poids corporel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients qui avaient de hauts besoins caloriques : pas de différence. • Patients qui avaient des besoins caloriques pour maintenir leur poids : pas de différence • Patients qui avaient un poids stable : pas de différence 	<p>L'éducation thérapeutique pour améliorer l'état nutritionnel dans un groupe d'adultes âgés à haut risque de dénutrition est faisable, mais n'a pas eu d'effets sur le poids, ni sur l'apport calorique</p> <p>Les futures interventions devront faire participer des travailleurs sociaux ou réduire le fardeau des aidants naturels ou professionnels</p>
<p>Faxen-Irving <i>et al.</i>, 2005 (38)</p> <p>Évaluer l'impact chez les personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition d'un programme de formation pour l'équipe soignante sur le statut nutritionnel, sur les fonctions cognitives et sur l'autonomie</p>	<p>Intervention : Étude contrôlée non randomisée (N = 80), dans 2 foyers logements pour personnes âgées Programme éducationnel de l'équipe soignante de 12 h. Réévaluation à 5 mois.</p> <p>Population : Âge 83 ± 7 ans, 70 % femmes, MMSE ~ 23, ADL à 6 chez 70 % des personnes, IMC < 22 chez 1/3 personnes Perte de poids > 10 % chez 1/4 des résidents et une dénutrition possible ou sévère chez 30 % au SGA.</p> <p>Effets de l'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • amélioration des connaissances de l'équipe soignante (p < 0,05) • pas de différence pour le statut nutritionnel, les fonctions cognitives ou l'autonomie 			<p>L'éducation des équipes soignantes a amélioré leur connaissance sur la dénutrition mais n'a pas eu d'impact sur le statut nutritionnel des personnes âgées dénutries</p>

Auteurs, année	Méthode	Critères et inclusion	Résultats	Conclusions
<p>Rivière et al., 2001 (54)</p> <p>Déterminer l'efficacité d'un programme d'éducation nutritionnelle destiné aux aidants familiaux sur le statut nutritionnel et les fonctions cognitives de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer</p>	<p>Étude contrôlée (N = 25)</p> <p>Inclusion : PA Alzheimer vivant à domicile avec un aidant familial</p> <p>Groupe intervention : 9 sessions éducationnelles de l'aidant concernant la nutrition sur 1 an</p> <p>Groupe contrôle : soins habituels pendant 1 an</p>		<p>Effets significatifs sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • augmentation du poids ($0,7 \pm 3,6$ vs $-0,7 \pm 5,4$; $p < 0,05$) • augmentation du MNA ($0,3 \pm 2,6$ vs $-1,0 \pm 3,4$; $p < 0,005$) • amélioration des fonctions cognitives MMSE ($- 2,3 \pm 0,3$ vs $- 3,4 \pm 0,4$; $p < 0,05$) 	<p>L'éducation nutritionnelle des aidants familiaux a amélioré le poids et le statut nutritionnel des patients âgés avec une maladie d'Alzheimer</p>

Auteurs, année	Méthode	Critères et inclusion	Résultats	Conclusions
Bandayrel et Wong, 2011 (53) (RS) Interventions d'éducation ou de conseils en nutrition chez des personnes âgées, sans dépendance, vivant à domicile	15 RCT. Taille : 44 à 3 963 participants en bonne santé : 5 essais avec suppléments nutritionnels et 10 essais avec éducation, consultation et conseils diététiques dont 9 résultats en communauté, 1 en établissement avec : <ul style="list-style-type: none"> • 6 essais avec régimes ou conseils diététiques • 4 essais avec un programme d'éducation thérapeutique (Haber 1993, Kupka 1992, Mitchell 2006 et Taylor 2000) 	Groupe contrôle (CG) : rien ou exercice Inclusion : RCT, basé sur la nutrition, avec consultation ou éducation du patient, vivant à domicile, mesure d'au moins 1 résultat appliqué à la nutrition, âge moyen > 55 ans, pays développés Exclusion : centré sur une maladie, vivant en institution ou USLD, PA très âgée à domicile présentant une dépendance	Sur les 4 essais avec ETP : 3 positifs : avec amélioration de la qualité des apports, la prise des compléments alimentaires et les connaissances Sur les 6 essais régimes ou conseils : 5 positifs : augm. apports de lait, fruits, légumes, amélioration du comportement alimentaire, des habitudes de santé, de l'activité physique et psychosociale	Les interventions d'éducation ou des conseils en nutrition comportant une participation et une collaboration active ont montré le plus d'effets positifs sur les résultats relatifs à la nutrition chez les personnes âgées en communauté

Revue systématique : Bandayrel et Wong, 2011 (53). 4 essais avec de l'éducation thérapeutique

Auteurs, année	Méthodes	Résultats
Haber 1993	Participants : 64 PA, en communauté, sans pathologie instable. Intervention : sessions hebdomadaires sur 10 semaines traitant de l'exercice, la gestion du stress, la diététique et la nutrition, les médicaments et la santé cardiaque, avec un groupe de pairs en appui Groupe contrôle : sessions sans groupe de pairs	Amélioration significative de la consommation de fibres et de sels Des tendances positives sur d'autres éléments nutritionnels et les comportements positifs pour la santé
Kupka 1992	Participants : 125 PA en communauté Intervention : modules de nutrition Groupe contrôle : conférence sur la diététique	Aucune modification significative sur la diététique, le régime ou la consommation
Mitchell 2006	Intervention : sessions hebdomadaires sur 5 semaines sur les éléments nutritionnels et les suppléments Groupe contrôle : 5 sessions sur l'activité physique et le poids	Amélioration de la vigilance vis-à-vis de la nutrition, de la diététique et des suppléments
Taylor 2000	Participants : 480 PA (60 à 74 ans) en communauté, sur 12 semaines Groupe A : bulletins d'information sur la nutrition, appels téléphoniques et entrevues Groupe B : bulletins d'information sur la nutrition seulement	Groupe A : plus grande connaissance en nutrition que groupe B

Recommandations internationales sur la dénutrition

Auteurs, année, titre	Recommandations
<p>HAS, 2007 (55) Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée</p>	<p>La prise en charge de cette dénutrition concerne à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la cause de la dénutrition, qui peut entraîner une baisse de la prise alimentaire, tels : <ul style="list-style-type: none"> ▸ des revenus insuffisants, ▸ des anomalies dentaires, ▸ des troubles de la mastication et de la déglutition, ▸ des troubles de la vue ou de l'audition, de l'arthrose, du stress lié au décès ou à la maladie d'un proche, une tristesse ; • la dénutrition en elle-même : <ul style="list-style-type: none"> ▸ l'augmentation des apports énergétiques (aliments riches en énergie, compléments nutritionnels hyperénergétiques, enrichissement des repas, apport vitaminique), ▸ le choix des aliments en respectant les goûts et les capacités motrices du patient, ▸ l'éducation du patient (<i>limiter les régimes alimentaires, pratiquer une activité physique régulière, surveiller l'état bucco-dentaire, conseiller des aliments de bonne tolérance digestive</i>) ; • l'organisation, si nécessaire, d'une assistance pour le quotidien (livraison des repas à domicile, aide durant les repas ou pour faire les courses). <p>L'aide d'une diététicienne et d'une assistante sociale est souvent utile, de même que l'aide d'un kinésithérapeute, qui en favorisant l'exercice physique peut améliorer l'appétit et la force musculaire.</p> <p>Autoquestionnaires de dépistage des personnes âgées à risque de dénutrition :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoquestionnaire « Determine your Nutritional Health » d'après la Nutrition Screening Initiative (NSI), 2006 • Autoquestionnaire de risque de dénutrition, Brocker, 2003
<p>Urcam, 2006 (56) Nutrition des personnes âgées. Programme « Mieux se nourrir, mieux vivre quand on avance en âge ». Synthèse documentaire</p>	<p>L'étude SOLINUT (Ferry et al., 2001) dans la Drôme</p> <p>150 sujets de plus de 70 ans. Les critères d'inclusion : vivre seul à domicile, plus de 70 ans, et avoir moins de 6 contacts affectifs par mois et pas plus de 2 h d'aide professionnelle par semaine.</p> <p>Les résultats : <i>insuffisance des apports énergétiques dans 43 % des cas</i> et l'existence de déficiences en micro nutriments, en particulier en vitamine C, folates, vitamine E et calcium.</p> <p>L'étude EURONUT SENECA III7 (Ferry et al., 2002), étude européenne débutée en 1988 avec au début 2 856 européens âgés de 70 à 75 ans dont 486 Français : nette diminution des apports énergétiques avec l'âge dans la population âgée européenne, que ce soit chez les hommes et chez les femmes. <i>Ces apports sont en général faibles</i>, notamment chez les femmes où la moyenne <i>au-delà de 80 ans se situe en dessous de 1 500 kcal/j</i>. <i>À ce seuil, les risques de malnutrition augmentent</i>, du fait d'un apport insuffisant en macro et micro nutriments, notamment en protéines et en calcium.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ces deux études nous montrent l'importance de l'accompagnement des personnes âgées à domicile dans leur quotidien alimentaire

5. Caractéristiques des essais, revues systématiques et méta-analyses

5.1. La prévention des chutes

Auteurs, année	Recherche systématique de la littérature	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités	Type d'étude Nombre d'articles inclus (nombre total de patients)	Niveau de preuve	Conclusions
Lee <i>et al.</i> , 2013 (39)	oui	oui	oui	oui	RCT	Niveau 2	L'intervention multifactorielle améliore les performances du patient en rapport avec le risque de chutes à 3 mois, mais pas l'incidence des chutes à 1 an
McPhate <i>et al.</i> , 2013 (40)	oui	oui	oui	oui	RS avec 18 RCT	Niveau 2	Les niveaux d'adhésion à des interventions d'exercices en groupe sont les plus bas pour : des durées de plus de 20 semaines, des fréquences de moins de deux sessions par semaine ou avec une composante de flexibilité
Lagardère <i>et al.</i> , 2013 (41)	non	oui	oui	oui			L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante du parcours de soins du sujet âgé chuteur
Gillespie <i>et al.</i> , 2012 (10)	oui	oui	oui	oui	MA avec 59 RCT ou quasi R (79 193)	Niveau 1	Les interventions isolées d'éducation thérapeutique de la PA ne sont pas efficaces. Les interventions multifactorielles sont efficaces sur le taux de chutes
Nyman <i>et Victor</i> , 2012 (16)	oui	oui	oui	oui	RS avec 99 RCT ou quasi R de la revue Cochrane	Niveau 2	On peut estimer que sur 12 mois la moitié des personnes âgées vivant à domicile sont susceptibles d'adhérer aux interventions multifactorielles

5.2. La polymédication

Auteurs, année	Recherche systématique de la littérature	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités	Type d'étude Nombre d'articles inclus (nombre total de patients)	Niveau de preuve	Conclusions
Bonnet-Zamponi <i>et al.</i> , 2013 (OMAGE) (26)	non	oui	oui	oui	RCT (665)	Niveau 2	Une intervention multifacettes sur les prescriptions lors d'une hospitalisation réduit les réadmissions (manque de puissance pour une significativité à 6 mois)
Spinewine <i>et al.</i> , (RS) 2012 (19)	non	oui	oui	oui	RS	Niveau 2	En ambulatoire, les interventions pharmaceutiques semblent efficaces sur l'amélioration les prescriptions dans le cadre de échanges efficaces avec le médecin traitant En hospitalier, les interventions pharmaceutiques semblent efficaces sur les hospitalisations et l'amélioration des prescriptions
Kuzuya <i>et al.</i> , 2008 (29)	oui	oui	oui	oui	RCT	Niveau 2	Le manque d'aide pour l'autogestion des médicaments est associé à un risque plus grand d'hospitalisation toutes causes confondues
George <i>et al.</i> , (RS) 2008 (20)	oui	oui	oui	oui	RS : 8 études	Niveau 2	Résultats très variables de l'effet des interventions pharmaceutiques simples sur l'adhésion aux médicaments des PA
Grangé <i>et al.</i> , (RS) 2011 (43)	non	oui	oui		Études (40 médecins et 40 IDE)		La concordance et la prépondérance de certains facteurs permettent de définir les éléments pour une meilleure adhésion aux traitements de la PA dans l'éducation thérapeutique
Shrank <i>et al.</i> , 2007 (revue) (7)	non	oui	oui		153 articles et <i>guidelines</i>		Indicateurs pour évaluer la qualité des soins d'une prescription (ACOVE 1)

5.3. La dépression

Auteurs, année	Recherche systématique de la littérature	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Type d'étude Nombre d'articles inclus (nombre total de patients)	Niveau de preuve	Conclusions
Tursi et al., 2013 (30)	non	oui	oui	oui	RS 15 études dont 9 RCT	Niveau 2	La psychoéducation est efficace chez l'adulte jeune avec une dépression majeure en termes de recours aux soins, d'adhésion au traitement antidépresseur et au fonctionnement psychosocial
Gilbody et al., 2003 (RS) (31)	non	oui	oui	oui	RS : 36 études dont 29 CT randomisées ou non, et 7 autres	Niveau 2	Les stratégies éducatives isolées sont inefficaces. Une amélioration de la prise en charge de la dépression en soins primaires requiert un véritable investissement des équipes de soins primaires et d'importantes modifications dans l'organisation et mode de délivrance des soins
Bower et al., 2003 (RS) (33)	non	oui	oui	oui	RS 12 articles sur 7 essais	Niveau 2	Sur les sites de soins primaires, les « conseillers de la dépression » améliorent les symptômes de la dépression à court terme par rapport aux soins habituels, mais pas à long terme
Luptak et al., 2008 (44) ADAPT	oui			oui	RCT	Niveau 4	Échec de l'adaptation et de l'implémentation d'IMPACT en milieu rural
Hunkerler et al., 2006 (35) IMPACT	non	oui	oui	oui	RCT (1 801)	Niveau 1	Le modèle collaboratif IMPACT apporte une amélioration à long terme sur l'utilisation des antidépresseurs, les résultats cliniques et la satisfaction des patients
Bartels et al., 2004 (36) PRISMe	non	oui	oui	oui	RCT (2022)	Niveau 1	Le taux d'engagement est supérieur dans le modèle « intégré » pour tous les groupes. Dans le modèle « amélioré », il est lié à la proximité géographique des services de santé mentale et des sites de soins primaires
Richards et al., 2013 (45)	oui	oui	oui	oui	RCT (581)	Niveau 2	Les soins collaboratifs avec des « care managers » sur le site de soins primaires ont des effets positifs sur la dépression. Cet effet persiste à 12 mois

Auteurs, année	Recherche systématique de la littérature	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Type d'étude Nombre d'articles inclus (nombre total de patients)	Niveau de preuve	Conclusions
Almeida <i>et al.</i> , 2012 (32)	oui	oui	oui	oui	RCT (373 généralistes et 21 762 patients)	Niveau 2	La formation des généralistes n'a pas d'effet sur la rémission de la dépression ou sur les comportements auto-agressifs
Corney et Simpson, 2005 (34)	non	oui	oui	oui	RCT (181 patients, 9 généralistes)	Niveau 2	Sur le site de soins primaires, pas d'effet à long terme des consultations effectuées par des « conseillers » formés aux techniques psychocomportementales ou psychodynamiques
Ludman <i>et al.</i> , 2000 (48)	non	oui	oui	oui	RCT (194)	Niveau 2	Sur les sites de soins primaires, les « conseillers spécialistes de la prévention de la dépression » apportent une amélioration des symptômes de la dépression et de l'anxiété à court terme, mais pas à long terme
Katon <i>et al.</i> , 1996 (46)	non	oui	oui		RCT (153)		Les soins collaboratifs avec des psychologues sur le site de soins primaires améliorent l'adhésion au traitement antidépresseur et la satisfaction des patients et pour la dépression majeure les symptômes dépressifs
Peveler <i>et al.</i> , 1999 (47)	non	oui	oui		RCT (250)		Les soins collaboratifs avec des IDE formées sur le site de soins primaires améliorent l'adhésion au traitement antidépresseur mais pas sur les symptômes cliniques de dépression

5.4. La dénutrition

Auteurs, année	Recherche systématique de la littérature	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Type d'étude Nombre d'articles inclus (nombre total de patients)	Niveau de preuve	Conclusions
Locher et al., 2013 (37) B-NICE	oui	oui	oui	oui	RCT	Niveau 2	L'éducation thérapeutique pour améliorer l'état nutritionnel dans un groupe d'adultes âgés vivant à domicile et à haut risque de dénutrition est faisable, mais inefficace
Bandayrel et Wong, 2011 (53) (RS)	non	oui	oui	oui	15 RCT	Niveau 2	Les interventions d'éducation ou de conseils en nutrition avec une participation et une collaboration active chez des personnes âgées en bonne santé, sans dépendance vivant à domicile ont montré des « effets positifs » en termes de qualité nutritionnelle
Faxén-Irving et al., 2005 (38)	non	oui	oui	oui	EC	Niveau 3	L'éducation des équipes soignantes en foyer logement n'a pas eu d'impact sur le statut nutritionnel des personnes âgées dénutries
Riviere et al., 2001 (54)	non	oui	oui	oui	EC	Niveau 3	L'éducation nutritionnelle des aidants familiaux a amélioré le poids et le statut nutritionnel des patients âgés avec une maladie d'Alzheimer

6. Expérimentations

6.1. La prévention des chutes

Titre	Méthodes	Résultats	Conclusions
<p>CHU de Lille Service de gériatrie du Pr F. Puisieux <i>Résumé symposium HAS-BJM 2010</i></p> <p>Consultation multidisciplinaire des chutes (CMC) intégrant la revue des médicaments pour les patients âgés chuteurs sans troubles cognitifs</p>	<p>Évaluation multidisciplinaire en hôpital de jour avec gériatre, médecin rééducateur, ophtalmologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, IDE formée à l'ETP et autres spécialistes</p> <ul style="list-style-type: none">• Courrier de synthèse au médecin traitant avec des propositions thérapeutiques• Évaluation à 6 mois par un gériatre	<p>541 participants adressés par le généraliste, les spécialistes ou l'EMG : Âge moyen. 80,6 ans - Nombre moyen de médicaments 6,1 - ≥ un médicament inapproprié (MPI) 58,6 % selon Beers et 64,4 % selon Laroche - ≥ un psychotrope 55,5 % (en moyenne 1,7 psychotrope par patient)</p> <p>Recommandations les plus fréquentes : rééducation, changements environnementaux et modification de l'ordonnance</p> <p>Suivi à 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none">• nombre de patients ayant chuté de nouveau : un tiers• réduction du nombre de chutes à 6 mois : 0,96 vs 3,17• la plupart des patients ont suivi plus ou moins les recommandations• les médecins traitants ont appliqué la totalité des recommandations dans 50 % des cas, et ont modifié les traitements médicamenteux• réductions des MPI et des psychotropes mais non significatives	<p>La CMC apparaît comme efficace pour réduire la consommation de psychotropes et le risque de chutes chez les personnes âgées à haut risque de chutes</p> <p>Un programme pilote d'éducation thérapeutique a été mis en place pour améliorer l'observance (cf. RCT Lagardère 2013)</p>

6.2. La dépression de l'adulte

Titre	Critères	Interventions	Séances	Lieu ETP
<p>APHM, hôpital Sainte-Marguerite, Marseille : service de psychiatrie et de psychologie médicale du Pr C. Lançon</p> <p>Étude de faisabilité et d'impact d'un programme de psychoéducation développé dans le cadre d'une prise en charge de soins primaires sur l'évolution des symptômes dépressifs</p>	<p>Critères primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristique de la population cible (sociodémographiques, antécédents, traitements antidépresseurs, symptômes dépressifs) • Faisabilité, acceptabilité du programme (refus, assiduité, autoquestionnaires, entretiens semi-directifs) • Impacts sur la dépression (avant, pendant, après et à 6 mois) <p>Critères inclusion : 18-65 ans - parle français - dépression CM10 - dépression légère ou modérée - 1^{er} épisode - volontaire - avec un médecin traitant volontaire et formé - âge moins de 65 ans</p> <p>Critères exclusion : Dépression sévère – bipolaire - risque suicidaire élevé - comorbidité psychotique - addiction (drogue, alcool)</p>	<p>8 séances (S)</p> <p>S1 : la dépression, S2 : formes de dépression</p> <p>S3 : psychologie de la dépression</p> <p>S4 : effets sur les émotions et les comportements</p> <p>S5 : gérer ses pensées négatives S6 : la restructuration positive</p> <p>S7 : la rechute</p> <p>S8 : traitement antidépresseur et psychologique</p>	<p>5 patients par groupe</p> <p>8 séances de 1 h 30 à 2 h</p> <p>au rythme d'une séance par semaine</p>	<p>Actuellement, les séances sont réalisées par des psychiatres ou des psychologues hospitaliers</p> <p>Dans une seconde étape : les séances seront réalisées par des libéraux formés par l'hôpital adhérent à un réseau</p>

Annexe 1. Stratégie de recherche bibliographique et critères de sélection documentaire

Sources d'informations

Bases de données bibliographiques automatisées :

- Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis) ;
- The Cochrane Library* (Wiley Interscience, États-Unis) ;
- Banque de Données en Santé Publique (BDSP) ;
- Science direct.

Stratégie de recherche documentaire

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Éducation thérapeutique de la personne âgée			
Méta-analyses, revues systématiques			Nombre de références
Étape 1	"Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Self Care"[Mesh] OR "Self Medication"[Mesh] OR "Self Administration"[Mesh] OR Patient education Or Self management [title]	01/2008-01/2014	
ET			
Étape 2	"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Geriatrics"[Mesh] OR elderly Or older OR late life Or geriatr*[title]		62
ET			
Étape 3	"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" OR "pooled analysis" Field: Title/Abstract		
Efficacité de l'exercice physique pour la prévention des chutes, la dénutrition, la dépression, la polymédication de la personne âgée			
Méta-analyses, revues systématiques			Nombre de références
Étape 1	"Exercise Therapy"[Mesh] OR "Exercise"[Mesh] OR "Physical Fitness"[Mesh] OR "Exercise Movement Techniques"[Mesh] Or physical activit* Or exercise* [title] AND ("Accidental Falls/prevention and control"[Mesh] OR "Malnutrition"[Mesh] OR "Nutritional Status"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh] OR "Polypharmacy"[Mesh] OR fall* OR nutrition OR depress* OR medication OR polymedication OR polypharmacy[title]	01/2003-01/2014	
ET			
Étape 2	"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Geriatrics"[Mesh] OR elderly Or older OR late life Or geriatr*[title]		62
ET			
Étape 3	"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" OR "pooled analysis" Field: Title/Abstract		
Éducation thérapeutique de la personne âgée			
Prévention des chutes			Nombre de références
Étape 1	"Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Self Care"[Mesh] OR "Self Medication"[Mesh] OR "Self Administration"[Mesh] OR Patient education Or Self management [title]	01/2008-01/2014	
ET			

Étape 2	"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Geriatrics"[Mesh] OR elderly Or older OR late life Or geriatr*[title] "Accidental Falls/prevention and control"[Mesh] OR fall*[title]		79
Éducation thérapeutique de la personne âgée		Période	Nombre de références
Dépression			
Étape 1	"Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Self Care"[Mesh] OR "Self Medication"[Mesh] OR "Self Administration"[Mesh] OR Patient education Or Self management [title]	01/2008-01/2014	
ET			
Étape 2	"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Geriatrics"[Mesh] OR elderly Or older OR late life Or geriatr*[title]		79
ET	"Depressive Disorder"[Mesh] depress*[titre]		
Éducation thérapeutique de la personne âgée		Période	Nombre de références
Poly-médication			
Étape 1	"Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Self Care"[Mesh] OR "Self Medication"[Mesh] OR "Self Administration"[Mesh] OR Patient education Or Self management [title]	01/2008-01/2014	
ET			
Étape 2	"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Geriatrics"[Mesh] OR elderly Or older OR late life Or geriatr*[title]		157
ET	"Polypharmacy"[Mesh] OR medication OR polymedication OR polypharmacy[title]		
Éducation thérapeutique de la personne âgée		Période	Nombre de références
Dénutrition			
Étape 1	"Patient Education as Topic"[Mesh] OR "Self Care"[Mesh] OR "Self Medication"[Mesh] OR "Self Administration"[Mesh] OR Patient education Or Self management [title]	01/2008-01/2014	
ET			
Étape 2	"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Geriatrics"[Mesh] OR elderly Or older OR late life Or geriatr*[title]		33
ET	"Malnutrition"[Mesh] OR nutrition[title]		
Nombre total de références obtenues			472

Les bibliographies des articles et documents sélectionnés ont été utilisées.

Autres sources

Les sites Internet suivants ont été exploités :

▪ <u>Organisme</u>	▪ <u>URL</u>
▪ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux	▪ http://www.anap.fr/
▪ Anesm	▪ http://www.anesm.sante.gouv.fr/
▪ Agency for Healthcare Research and Quality	▪ http://www.ahrq.gov/
▪ American College of Physicians	▪ http://www.acponline.org/
▪ American Geriatrics Society	▪ http://www.americangeriatrics.org/
▪ American Medical Association	▪ http://www.ama-assn.org/
▪ American Association of Family Physicians	▪ http://www.aafp.org/online/en/home.html
▪ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	▪ http://www.safetyandquality.gov.au/
▪ Australian Government - Department of Health and Ageing	▪ http://www.health.gov.au/
▪ Bibliothèque médicale Lemanissier	▪ http://www.bmlweb.org/
▪ CNSA	▪ http://www.cnsa.fr/
▪ Care quality commission	▪ http://www.cqc.org.uk/
▪ Centre fédéral d'expertise des soins de santé	▪ https://kce.fgov.be/fr
▪ CISMef	▪ http://www.chu-rouen.fr/cismef/
▪ CMAInfobase	▪ http://www.cma.ca/clinicalresources/practiceguidelines
▪ Collège des médecins du Québec	▪ http://www.cmq.org/
▪ Commonwealth Fund	▪ http://www.commonwealthfund.org/
▪ Chronisante	▪ http://chronisante.inist.fr/
▪ Department of Health (UK)	▪ http://www.dh.gov.uk/en/index.htm
▪ Department of Health and Human Services, Tasmania	▪ http://www.dhhs.tas.gov.au/
▪ Department of Health, Victoria	▪ http://www.health.vic.gov.au/
▪ Fondation nationale de gérontologie	▪ http://www.fng.fr/
▪ Haut Conseil de la santé publique	▪ http://www.hcsp.fr/explore.cgi/accueil?ae=accueil
▪ Haute Autorité de Santé	▪ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil
▪ Health foundation	▪ http://www.health.org.uk/
▪ Health Quality and Safety Commission of New Zealand	▪ http://www.hqsc.govt.nz/
▪ King's Fund	▪ http://www.kingsfund.org.uk/
▪ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	▪ www.inpes.sante.fr/
▪ Institute for Healthcare Improvement	▪ http://www.ihp.org/Pages/default.aspx
▪ Institute for Clinical Systems Improvement	▪ http://www.icsi.org/
▪ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	▪ http://www.inesss.qc.ca/
▪ Instituto de Salud Carlos III / Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/centros-y-unidades-AETS.shtml
▪ Institut de recherche et documentation en économie de la santé	▪ www.irdes.fr/

▪ Organisme	▪ URL
▪ IQWiG	▪ https://www.iqwig.de/
▪ Joanna Briggs Institute	▪ www.joannabriggs.edu.au
▪ Kaiser Permanente Care Management Institute	▪ http://kpcmi.org/
▪ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales	▪ http://www.msps.es/en/home.htm
▪ National Coordinating Centre for Health Technology Assessment	▪ http://www.hta.ac.uk/
▪ National Coalition on Care Coordination (N3C)	▪ http://www.nyam.org/social-work-leadership-institute/our-work/care-coordination/n3c/
▪ Healthcare Quality Improvement Scotland	▪ http://www.healthcareimprovement.scotland.org/home.aspx
▪ National Institute for Health and Clinical Excellence	▪ http://www.nice.org.uk/
▪ New Zealand Guidelines Group	▪ http://www.nzgg.org.nz/
▪ Patient-Centered Primary Care Collaborative	▪ http://www.pccpc.net/
▪ Patient Outcomes Research Institute PCORI	▪ http://www.pcori.org/2012/methodology-report/
▪ RAND Corporation	▪ http://www.rand.org/topics/health-and-health-care.html
▪ Santé Canada	▪ http://www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php
▪ Scottish Intercollegiate Guidelines Network	▪ http://www.sign.ac.uk/
▪ Singapore Ministry of Health	http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home.html
▪ Société française de médecine générale	http://www.sfmfg.org/accueil
▪ Société française de gériatrie et gérontologie	http://www.sfgg.fr/
▪ Wales Audit Office	▪ http://www.wao.gov.uk/
▪ West Midlands Health Technology Assessment Collaboration	▪ http://www.wmhtac.bham.ac.uk/
▪ World Health Organization	▪ http://www.who.int/en/

Annexe 2. Participants

Parties prenantes

M. Richard Agnetti, Association française des diététiciennes et nutritionnistes, Paris

Mme Marie-Josée Augé-Caumon, Pré-collège des pharmaciens, Paris

Mme Françoise Brion, Pré-collège des pharmaciens, Paris

M. Daniel Carré, Collectif interassociatif sur la santé, Paris

Dr Véronique Delorieux, Union nationale des réseaux de santé, Marseille

Dr Éric Drahi, Collège de médecine générale, Saint-Jean-de-Braye

Mme Brigitte Lecointre, Pré-collège des infirmiers, Nice

M. Jean-Yves Lemerle, Collège des masseurs-kinésithérapeutes, Angers

Dr Geneviève Ruault †, Collège national professionnel des gériatres français, Suresnes

Groupe de travail

Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.

D^f Jean-Louis Acquaviva, médecine générale, Le Cannet-des-Maures

Mme Lorraine Baumann, coordinatrice, Remiremont

Mme Catherine Bouget, chef de projet Paerpa, Toulouse

D^f Béatrice-Anne Baratchart, médecin de santé publique, Bordeaux

M. Marc Coulon, cadre supérieur de santé, Brienne-le-Château

Mme Florence Da Silva, infirmière réseau, Tours

D^f Catherine De Blomac, conseiller médical, Limoges

D^f Véronique Delorieux médecin généraliste, Marseille

M. Sylvain Denis, représentant d'usagers, Paris

D^f Olivier Drunat, gériatre, Paris

M. Thierry Dumais, conseiller technique, Nantes

Mme Corinne Dupont, pharmacien, Lille

D^f Émilie Ferrat, médecine générale, Saint-Maur-Des-Fossés

Dr Laurent Jacob, médecine générale, Beaugency

P^f Sylvie Legrain, gériatre, Paris

D^f Micheline Michel, gériatre, Rennes

D^f Aurélie Misme, gériatre, Réseau De Santé Paris-Nord, Paris

M. Gérard Perrier, représentant d'usagers, Auxerre

P^r François Puisieux, gériatre, Lille

D^r Danièle Steinbach, médecin inspecteur de santé publique, Orléans

Mme Véronique Valles-Vidal, infirmière réseau, Valence

D^r Xavier Zendjidjian, psycho-gériatre, Marseille

Pour la HAS

D^r Michel Varroud-Vial, chef de service, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

D^r Albert Scémama, chef de projet, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, service documentation - information des publics

Mme Maud Lefèbvre, assistante-documentaliste, service documentation - information des publics

Mlle Isabelle Le Puil, assistante de gestion, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

Bibliographie

1. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF, Jackson SL, Brown JS, Fitzgerald JL. Circumstances and consequences of falls experienced by a community population 70 years and over during a prospective study. *Age Ageing* 1990;19(2):136-41.
2. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988;319(26):1701-7.
3. Peel NM, Kassulke DJ, McClure RJ. Population based study of hospitalised fall related injuries in older people. *Inj Prev* 2002;8(4):280-3.
4. Keene GS, Parker MJ, Pryor GA. Mortality and morbidity after hip fractures. *BMJ* 1993;307(6914):1248-50.
5. Yardley L, Smith H. A prospective study of the relationship between feared consequences of falling and avoidance of activity in community-living older people. *Gerontologist* 2002;42(1):17-23.
6. Tinetti ME, Williams CS. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med* 1997;337(18):1279-84.
7. Shrank WH, Polinski JM, Avorn J. Quality indicators for medication use in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007;55 Suppl 2:S373-82.
8. Chassagne P, Rolland Y, Vellas B. La personne âgée fragile. Paris: Springer; 2009.
9. Bégaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. Paris: ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2013.
10. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, *et al.* Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD007146.
11. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Saint-Denis: Inpes; 2005.
12. National Ageing Research Institute, Hill K, Vratsidis F, Haralambous B, Fearn H, Smith R, *et al.* An analysis of research on preventing falls and falls injury in older people: community residential care and hospital settings (2004 update). Canberra: Commonwealth of Australia; 2004.
13. Haute Autorité de Santé, Société française de gériatrie et gérontologie. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
14. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(5):664-72.
15. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med* 2003;348(1):42-9.
16. Nyman SR, Victor CR. Older people's participation in and engagement with falls prevention interventions in community settings: an augment to the Cochrane systematic review. *Age Ageing* 2012;41(1):16-23.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Falls: assessment and prevention of falls in older people. NICE clinical guideline n°161. London: NICE; 2013.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14181/64088/64088.pdf>
18. Pit SW, Byles JE, Henry DA, Holt L, Hansen V, Bowman DA. A Quality Use of Medicines program for general practitioners and older people: a cluster randomised controlled trial. *Med J Aust* 2007;187(1):23-30.
19. Spinewine A, Fialova D, Byrne S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging* 2012;29(6):495-510.
20. George J, Elliott RA, Stewart DC. A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drugs Aging* 2008;25(4):307-24.
21. Effectiveness of shared pharmaceutical care for older patients: RESPECT trial findings. *Br J Gen Pract* 2010;60(570):e10-9.
22. Cost-effectiveness of shared pharmaceutical care for older patients: RESPECT trial findings. *Br J Gen Pract* 2010;60(570):e20-7.

23. Patterson SM, Hughes CM, Crealey G, Cardwell C, Lapane KL. An evaluation of an adapted U.S. model of pharmaceutical care to improve psychoactive prescribing for nursing home residents in northern Ireland (Fleetwood northern Ireland study). *J Am Geriatr Soc* 2010;58(1):44-53.
24. Denneboom W, Dautzenberg MG, Grol R, De Smet PA. Treatment reviews of older people on polypharmacy in primary care: cluster controlled trial comparing two approaches. *Br J Gen Pract* 2007;57(542):723-31.
25. Krska J, Cromarty JA, Arris F, Jamieson D, Hansford D, Duffus PR, *et al.* Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care. *Age Ageing* 2001;30(3):205-11.
26. Bonnet-Zamponi D, d'Arailh L, Konrat C, Delpierre S, Lieberherr D, Lemaire A, *et al.* Drug-related readmissions to medical units of older adults discharged from acute geriatric units: results of the Optimization of Medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(1):113-21.
27. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, *et al.* A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2009;169(9):894-900.
28. Hellstrom LM, Bondesson A, Høglund P, Midlov P, Holmdahl L, Rickhag E, *et al.* Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *Eur J Clin Pharmacol* 2011;67(7):741-52.
29. Kuzuya M, Hirakawa Y, Suzuki Y, Iwata M, Enoki H, Hasegawa J, *et al.* Association between unmet needs for medication support and all-cause hospitalization in community-dwelling disabled elderly people. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(5):881-6.
30. Tursi MF, Baes C, Camacho FR, Tofoli SM, Juruena MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2013;47(11):1019-31.
31. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003;289(23):3145-51.
32. Almeida OP, Pirkis J, Kerse N, Sim M, Flicker L, Snowdon J, *et al.* A randomized trial to reduce the prevalence of depression and self-harm behavior in older primary care patients. *Ann Fam Med* 2012;10(4):347-56.
33. Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2003;33(2):203-15.
34. Corney R, Simpson S. Thirty-six month outcome data from a trial of counselling with chronically depressed patients in a general practice setting. *Psychol Psychother* 2005;78(Pt 1):127-38.
35. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Williams JW, Jr, Kroenke K, Lin EH, *et al.* Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006;332(7536):259-63.
36. Bartels SJ, Coakley EH, Zubritsky C, Ware JH, Miles KM, Arean PA, *et al.* Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1455-62.
37. Locher JL, Vickers KS, Buys DR, Ellis A, Lawrence JC, Newton LE, *et al.* A randomized controlled trial of a theoretically-based behavioral nutrition intervention for community elders: lessons learned from the Behavioral Nutrition Intervention for Community Elders Study. *J Acad Nutr Diet* 2013;113(12):1675-82.
38. Faxen-Irving G, Andren-Olsson B, Geijerstam A, Basun H, Cederholm T. Nutrition education for care staff and possible effects on nutritional status in residents of sheltered accommodation. *Eur J Clin Nutr* 2005;59(8):947-54.
39. Lee HC, Chang KC, Tsauo JY, Hung JW, Huang YC, Lin SI. Effects of a multifactorial fall prevention program on fall incidence and physical function in community-dwelling older adults with risk of falls. *Arch Phys Med Rehabil* 2013;94(4):606-15, 15 e1.

40. McPhate L, Simek EM, Haines TP. Program-related factors are associated with adherence to group exercise interventions for the prevention of falls: a systematic review. *J Physiother* 2013;59(2):81-92.
41. Lagardère P, Pardessus V, Beghin V, Sepieter C, Petit V, Puisieux F. Introduire une démarche éducative dans la prise en charge du sujet âgé chuteur. *Revue de Gériatrie* 2013;38(1):47-57.
42. Haute Autorité de Santé, Société française de documentation et de recherche en médecine générale. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prevention_des_chutes_-_argumentaire.pdf.pdf
43. Grangé J, Peyron I, Legrain S, Sarfati A, Gagnayre R. Évaluation des facteurs influençant la prise médicamenteuse chez le sujet âgé selon les médecins et les infirmiers de services hospitaliers de gériatrie. Étude préalable avant la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique. *Educ Ther Patient* 2011;3(1):57-68.
44. Luptak M, Kaas MJ, Artz M, McCarthy T. Project ADAPT: a program to assess depression and provide proactive treatment in rural areas. *Gerontologist* 2008;48(4):542-8.
45. Richards DA, Hill JJ, Gask L, Lovell K, Chew-Graham C, Bower P, *et al.* Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:f4913.
46. Katon W, Robinson P, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E, *et al.* A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53(10):924-32.
47. Peveler R, George C, Kinmonth AL, Campbell M, Thompson C. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 1999;319(7210):612-5.
48. Ludman E, Von Korff M, Katon W, Lin E, Simon G, Walker E, *et al.* The design, implementation, and acceptance of a primary care-based intervention to prevent depression relapse. *Int J Psychiatry Med* 2000;30(3):229-45.
49. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Paris: Anaes; 2002.
50. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et les troubles anxieux de l'adulte. Saint-Denis: Afssaps; 2006.
51. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge de la dépression. Toronto: CCSMPA; 2006.
52. Direction générale de la santé, sous-direction "Promotion de la Santé et Prévention des Maladies Chroniques", bureau de la santé mentale. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris: DGS; 2012.
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf
53. Bandayrel K, Wong S. Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. *J Nutr Educ Behav* 2011;43(4):251-62.
54. Riviere S, Gillette-Guyonnet S, Voisin T, Reynish E, Andrieu S, Lauque S, *et al.* A nutritional education program could prevent weight loss and slow cognitive decline in Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging* 2001;5(4):295-9.
55. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.
- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf
56. Union régionale des caisses d'assurance maladie Rhône-Alpes. Nutrition des personnes âgées. Synthèse documentaire. Programme : « Mieux se nourrir, mieux vivre quand on avance en âge ». Lyon: CRAES-CRIPS; 2006.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr