

Cadre référentiel ETP Paerpa

Prévention des chutes

Chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), trois stratégies thérapeutiques globales sur les thèmes de la polymédication, de la dépression et des chutes ont montré une efficacité potentielle de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur les résultats des soins ou le recours aux soins.

- Programme multifacettes « Omage » polypathologie/polymédication ;
- Intervention multifactorielle de prévention des chutes ;
- Modèle de soins collaboratifs dans la dépression.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/cahier_des_charges_etp_paerpa_web.pdf

Ils font chacun l'objet d'un « cadre référentiel » visant à préciser les modalités générales de mise en œuvre de l'ETP en équipe.

Ces cadres référentiels comprennent :

1. Une première étape commune aux 3 programmes pour le repérage, l'évaluation des besoins (bilan éducatif partagé) et l'orientation des patients ;
2. Un rappel de la population cible ;
3. Un rappel de la stratégie thérapeutique globale ;
4. Un référentiel des compétences à acquérir ;
5. Des exemples d'outils et de supports pédagogiques ;
6. Des éléments pouvant servir à l'évaluation individuelle de l'éducation ;
7. Des exemples d'indicateurs d'évaluation du programme ;
8. Chaque fois que possible, un exemple de programme.

I. Repérage, bilan éducatif et orientation

• Repérage des personnes âgées relevant d'une ETP

On peut s'aider du questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type Plan Personnalisé de Santé (PPS) :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/questionnaire_pps_web.pdf

Questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type PPS chez des patients de plus de 75 ans			
La personne a-t-elle :	O	N	?
1. été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
2. une polypathologie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ , ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
3. une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
4. des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant / l'entourage ?			
5. des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
6. des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

¹insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale.

Orientations possibles:

- Question 1 ou 2 : Programme multifacettes polypathologie/polymédication ;
- Question 3 : Intervention multifactorielle de prévention des chutes ;
- Question 4 : Modèle de soins collaboratifs en ambulatoire dans la dépression.

• Évaluation des besoins du patient par le bilan éducatif partagé

Le bilan éducatif partagé peut être réalisé à l'aide de l'outil qui convient le mieux aux professionnels, avec :

- Une partie commune pour l'ensemble des personnes âgées fragiles soit à l'aide du « jeu de cartes OMAGE » (annexe 3 bis), soit selon un entretien semi-structuré reprenant les mêmes questions.
- Une partie plus spécifique à chacun des programmes à l'aide du guide d'entretien spécifique (cf. p. 5)

Le bilan doit être réalisé par une personne ressource formée à l'ETP ou en lien avec elle.

Il a pour objectifs de :

- S'accorder avec le patient sur ses problèmes de santé. La découverte de nouveaux problèmes peut conduire à proposer des optimisations diagnostiques ;
- Avoir une approche globale des difficultés du patient avec ses traitements médicamenteux ;
- Repérer les sujets ayant des troubles de l'humeur évoquant une dépression caractérisée et/ou des troubles anxieux ;
- Repérer des difficultés de déplacement et un risque de chutes ;
- Repérer des troubles de l'alimentation, une dénutrition, des douleurs ou une plainte mnésique ;
- Repérer des difficultés sociales et évaluer les ressources externes du patient ;
- Demander au patient sa priorité du moment.

• Au terme de ce bilan éducatif, une discussion en équipe permet de définir :

- le projet du patient, source de motivation,
- les objectifs éducatifs ou compétences à acquérir,
- les facteurs facilitant et limitant l'apprentissage,
- le programme éducatif personnalisé.

Le programme éducatif personnalisé est discuté et validé avec le patient, en tenant compte de sa priorité. Les objectifs et compétences à acquérir du programme doivent être réalistes et atteignables.

Il est souhaitable de désigner pour chaque patient un référent éducatif qui sera sa ressource privilégiée pour le suivi éducatif.

La liste des compétences à acquérir et leur priorité, ainsi que l'atteinte des objectifs et les difficultés persistantes en fin de programme sont tracées dans le **plan de soins du Plan Personnalisé de Santé (PPS)**.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

Plan de soins					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (check-list)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date Atteinte des résultats et commentaires

Si l'équipe le souhaite, ceci peut être complété par un **dossier éducatif** facilitant les échanges d'informations entre professionnels. Ce dossier comprend :

- **La synthèse du bilan éducatif partagé ;**
- **Un résumé des messages-clés** concernant le patient sur lesquels l'équipe éducative s'est accordée pour une harmonisation des occasions éducatives intégrées aux soins ;
- **Un résumé éducatif « en fin » de dispositif** qui reprend les priorités du patient et des soignants, les besoins éducatifs du patient, les compétences acquises et les difficultés persistantes.

II. La population cible

Personnes âgées de 75 ans et plus, en risque de perte d'autonomie pour des raisons d'ordre médical ou social avec un risque élevé de chute ou ayant fait une chute grave.

- Le repérage des sujets à risque de chute repose sur la question « Êtes-vous tombé(e) cette année ? », et la passation d'un test d'équilibre et de marche tel que le *Timed Up and Go Test*.

Est à risque élevé de chute : la personne qui a chuté une ou plusieurs fois durant l'année écoulée et qui présente des troubles de l'équilibre et de la marche (*Timed Up and Go Test* supérieur à 14 secondes).

- On définit une chute grave comme ayant entraîné une conséquence traumatique sévère (fracture, hématome profond, etc.), et/ou suivi d'une station prolongée au sol (> 1 heure) et/ou une hospitalisation.

La **notion d'hospitalisation non programmée récente** / en urgence (inférieure à un mois) est un des premiers facteurs de risque de ré-hospitalisation chez la personne âgée fragile et doit être prise en compte.

Le **jugement du clinicien** en charge du patient qui pense que celui-ci peut bénéficier de ce programme éducatif est un élément important de la décision.

III. Rappel de la stratégie thérapeutique globale

La référence est l'**Intervention multifactorielle de prévention des chutes** qui comprend : une évaluation multifactorielle des risques de chutes et un programme thérapeutique personnalisé

défini en fonction des facteurs de risque de chutes modifiables identifiés à l'évaluation.

IV. Référentiel des compétences à acquérir

Ce « Référentiel des objectifs spécifiques et des compétences à acquérir » est un guide pour aider les soignants à mettre en œuvre le programme d'ETP de l'intervention multifactorielle de prévention des chutes.

● Compétences de sécurité

- Acquérir des stratégies sécuritaires dans les gestes de ma vie quotidienne ;
- Limiter ma consommation de boissons alcoolisées ;
- Me chausser de façon adaptée ;
- Savoir gérer mon traitement au quotidien ;
- Être capable de me relever seul(e) et d'alerter en cas de chute.

● Autres compétences d'auto-soins

- Connaître mes maladies et pouvoir expliquer les liens entre mes symptômes et mes maladies et entre mes maladies et mes traitements ;
- Reconnaître mes facteurs de risque de chutes et, parmi eux, ceux qui sont modifiables ;
- Pratiquer une activité physique adaptée et régulière ;
- Travailler mon équilibre au quotidien ;
- Aménager mon domicile pour limiter les risques de chute ;
- Intégrer les aides techniques dans mes habitudes de vie ;
- Équilibrer mon alimentation et consommer suffisamment de produits lactés ;
- Savoir à qui et où m'adresser pour bien soigner mes pieds ;
- Connaître le rôle de mes médicaments et adopter un comportement sécuritaire vis-à-vis de la prise des médicaments ;
- Faire vérifier ma vue une fois par an.

● Autres compétences d'adaptation

- Reprendre confiance en moi dans mes activités quotidiennes ;
- Identifier les ressources et faire appel à mon réseau de proximité en cas de nécessité ;
- Savoir alerter et m'installer confortablement en attendant les secours en cas d'impossibilité de me relever du sol.

V. Outils et supports pédagogiques de l'ETP

- **Jeu de cartes OMAGE** (annexes 3-3bis) : utilisé pour le bilan éducatif commun.
- **Portfolio Omage** : contenant des fiches recto-verso (questions/réponses, messages clés) pour différents symptômes/pathologies/traitements spécifiques relevant de l'éducation du patient (en cours de constitution)
(Ex : alimentation/dénutrition, douleur, AVK, insuffisance cardiaque, etc.)
- **Outils MOBIQUAL** : <http://www.mobiquial.org>
 - Nutrition ; dénutrition, alimentation chez la personne âgée ;
 - Dépression chez la personne âgée à domicile ;
 - Douleur chez la personne âgée.
- **Brochures de l'INPES** "Aménagez votre maison pour éviter les chutes" et "Comment garder son équilibre après soixante ans".
- **Brochures de programmes de prévention "ateliers équilibre ou programme PIED** (Programme intégré d'équilibre dynamique).
- **Autres outils éducatifs**
 - Échelles visuelles analogiques (qualité de vie, état de santé) ;
 - Situations cliniques ;
 - Questionnaires vrai-faux avec degré de certitude ;
 - Auto-questionnaire ;
 - Lang' Age Photo « Vieux et Debout »* ;
 - Cible « Ninon »*.

*AGAPES Formation et CHRU de LILLE

VI. Éléments pouvant servir à l'évaluation individuelle du patient

L'évaluation se fait à la fin du programme d'ETP, mais aussi tout au long du programme d'ETP et permet un réajustement des priorités et des objectifs éducatifs à l'évolution du patient.

L'atteinte de ces objectifs est évaluée par des questions spécifiques (exemples) :

Questions sur les priorités du patient

- priorité « mieux se déplacer » : = périmètre de marche, sort à nouveau seul, prend les transports en commun, etc.
...

Questions sur les changements mis en œuvre :

- Dans la journée, vous chaussez-vous avec des mules ?
Jamais – Parfois – Souvent – Toujours
- Prenez-vous des médicaments en plus de ceux que vous prescrit votre médecin traitant ?
- Pratiquez-vous une activité physique (je fais mes courses à pied, je jardine, je marche ½ heure par jour, etc.) ?
- Quelle quantité de boissons alcoolisées consommez-vous chaque jour ? 0 verre – 1 verre - 2 verres - 3 verres ou plus
...

VII. Indicateurs pouvant être utilisés par l'équipe pour évaluer son activité d'ETP

Indicateurs de processus du programme d'ETP

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/indicateurs_etp_v2.pdf

- ✓ **Sur le fonctionnement**
 - Nombre d'intervenants directs (professionnels et patients intervenants) auprès des patients et leur profession ;
 - Nombre d'intervenants directs (professionnels et patients intervenants) formés spécifiquement à l'ETP.
- ✓ **Sur l'activité**
 - Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé lors d'une offre initiale d'ETP ;
 - Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé lors d'une offre de suivi d'ETP.
- ✓ **Sur la coordination**
 - Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé d'ETP pour lesquels la synthèse de leur diagnostic éducatif individuel accompagnée du programme personnalisé a été transmise au minimum à leur médecin traitant ;
 - Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé d'ETP pour lesquels la synthèse de l'évaluation des compétences acquises accompagnée d'une proposition de modalité de suivi éducatif a été transmise au moins à leur médecin traitant.

Indicateurs de résultats de la stratégie thérapeutique globale

- Nombre de (ré) hospitalisations non programmées passant par un SAU¹ ou directement en réanimation ;
- Évaluation de « l'espace de vie » du patient avec l'échelle : *Life Space Assessment* (LSA-F)
http://www.criugm.qc.ca/images/stories/outils_cliniques/CRIUGM_55.pdf

¹SAU : Service d'accueil d'urgences

VIII. Le programme de référence : intervention multifactorielle de prévention des chutes

La chute est un marqueur important de fragilité. Elle peut être la cause d'une désadaptation psychomotrice avec une perte de confiance et une restriction d'activités à l'origine d'une perte d'autonomie et d'une institutionnalisation.

La chute est le plus **souvent multifactorielle**, impliquant de multiples facteurs médicaux, psychologiques, comportementaux et environnementaux, avec :

- des **facteurs prédisposants** individuels dits intrinsèques, liés, d'une part, au vieillissement des fonctions d'équilibre et de marche, et, d'autre part, aux affections chroniques neurologiques, neuromusculaires, ostéo-articulaires, cardiovasculaires, visuelles qui altèrent les capacités posturo-locomotrices ;
- des **facteurs précipitants** intrinsèques ou extrinsèques : affections médicales aiguës, comportements à risque, médicaments, facteurs environnementaux.

● L'intervention multifactorielle de prévention des chutes

Elle comprend :

- **Une évaluation multifactorielle**, avec pour objectifs :
 - d'identifier les facteurs de risque de chute,
 - d'évaluer le risque de nouvelles chutes et le risque lié à ces chutes (risque de fracture, risque de perte d'autonomie),
 - d'évaluer les besoins d'aide de l'individu en tenant compte des ressources disponibles.
- **Un programme thérapeutique personnalisé** défini en fonction des facteurs de risque de chutes modifiables identifiés à l'évaluation et qui vise à :
 - réduire le risque de nouvelles chutes,
 - réduire les risques liés aux chutes.

Exemples d'actions pouvant faire partie de l'intervention multifactorielle de prévention des chutes :

- Lutte contre la sédentarité et exercice physique régulier et adapté ;
- Réduction des traitements psychotropes injustifiés ;
- Diagnostic et traitement d'une hypotension orthostatique ;
- Traitement médical ou chirurgical d'une arthrose douloureuse ;
- Adaptation des verres correcteurs ou traitement chirurgical d'une cataracte ;
- Amélioration du chaussage ;
- Aménagements de l'environnement (rehausse WC, poignées murales, adoption de sièges hauts et fermes avec accoudoirs, chaise percée, tapis antidérapant dans la douche ou la baignoire, etc.) ;
- Recherche et correction d'un déficit en vitamine D ;
- Diagnostic et traitement d'une ostéoporose lorsqu'existent des arguments pour une fragilité osseuse.

Certaines **interventions sont incontournables** pour une efficacité de l'intervention multifactorielle chez la personne âgée à risque de chutes en ville :

- L'activité physique adaptée ;
- La sécurisation de l'environnement ;
- La réévaluation des traitements, en particulier psychotropes ;
- L'intervention nutritionnelle en cas de perte de poids.

Chez le sujet chuteur, une prise en charge **rééducative et réadaptative par un masseur kinésithérapeute** est presque toujours nécessaire, pour corriger les déficiences (ex. : renforcement musculaire des quadriceps), et les troubles fonctionnels par un travail de l'équilibre et de la marche, avec lorsque cela est possible, un travail du relever du sol.

Cette rééducation est réalisée dans des conditions de **réassurance** du patient. Si le retentissement psychologique de la chute est sévère, une **psychothérapie de soutien** peut être nécessaire.

Des **aides techniques à la marche** sont parfois nécessaires (cane en T, canne tripode, cannes anglaises ou déambulateur). Leur utilisation doit toujours faire l'objet d'un **apprentissage avec un kinésithérapeute ou un ergothérapeute**.

Pour garantir l'autonomie de la personne âgée, des **aides complémentaires** peuvent être nécessaires : matérielles (lit médicalisé, téléalarme, etc.), humaines (infirmière, aide-

soignante, auxiliaire de vie) ou financières (APA : Allocation Personnalisée Autonomie).

● Les intervenants de l'intervention multifactorielle

Les intervenants incontournables en ville :

- le médecin traitant ;
- le masseur-kinésithérapeute libéral.

Les autres intervenants mobilisables en ville ou à l'hôpital :

- médecins spécialistes (gériatre, médecin de médecine physique et réadaptation, neurologue, ophtalmologue, etc.) ;
- paramédicaux (ergothérapeute, diététicien, pédicure podologue, etc.), infirmier, pharmacien, psychologue ;
- éducateur d'activité sportive adaptée ;
- assistant social.

Les institutions :

- hôpitaux de jour ou « consultations de la chute » des hôpitaux gériatriques ;
- équipes mobiles gériatriques extrahospitalières ;
- réseaux gériatriques, etc.

■ Le médecin traitant a un rôle central dans :

- le repérage et l'évaluation des facteurs de risque et des facteurs de gravité du sujet âgé à haut risque de chute,
- la correction des facteurs de risque précédemment repérés,
- la mobilisation de ressources d'expertises complémentaires en ville ou à l'hôpital.

■ Le masseur-kinésithérapeute peut, à la demande du médecin traitant :

- évaluer les capacités fonctionnelles, la stabilité posturale et la force musculaire,
- effectuer une rééducation ou une réadaptation,
- conseiller sur les aides à la marche et en assurer l'apprentissage.

En cas d'hospitalisation, l'évaluation peut être faite par une équipe pluri-professionnelle hospitalière.

● L'éducation thérapeutique du patient

L'efficacité de cette approche multifactorielle pour la prévention des chutes est fonction du degré d'adhésion aux recommandations du patient qui doit changer certains de ses comportements de santé et de ses habitudes de vie.

Les études montrent que cette adhésion est variable et globalement faible. **L'approche éducative doit permettre de l'améliorer.**

● L'équipe d'éducation thérapeutique :

L'équipe éducative en ville comprend au moins trois professionnels, avec nécessairement **le médecin traitant et un professionnel de la rééducation/réadaptation** (kinésithérapeute, ergothérapeute¹, etc.).

D'autres professionnels peuvent intervenir : diététicien, STAPS², infirmier³, pharmacien, psychologue, pédicure/podologue, assistant social.

1 Ergothérapeute libéral, de réseau ou d'une équipe mobile gériatrique.

2 STAPS ou professionnel de l'APA : éducateur d'activité physique adaptée, en général dans le cadre d'une association.

3 IDEL (Libéral), IDE (Coordonnateur de SSIAD), un IDE rattaché à un pôle de santé ou à un réseau ou à une équipe mobile gériatrique.

- **Les objectifs spécifiques du bilan éducatif partagé « chutes »**

Les objectifs spécifiques

- Identifier les savoirs de la personne, son vécu, ses représentations, ses croyances à propos de la chute et de sa santé ;
- Comprendre son stade d'acceptation du problème : la personne se reconnaît-elle comme sujet à haut risque de chute ou est-elle en déni, en appréhende-t-elle les conséquences ?
- Prendre en compte ses ressources, ses stratégies d'ajustement et d'adaptation à sa maladie, ses potentialités d'apprentissage, ses priorités et son projet personnel ;
- Repérer et évaluer les difficultés sociales et les ressources externes ;
- Repérer les troubles de l'appétit, les pertes de poids et la dénutrition, les douleurs chroniques, les difficultés liées à une polymédication, les troubles dépressifs et les troubles cognitifs ;
- Demander au patient sa priorité du moment et définir avec lui les objectifs de son programme éducatif personnalisé.

- **Le Guide d'entretien spécifique du bilan éducatif partagé « chutes »**

Le bilan éducatif partagé est réalisé à l'aide **d'un guide d'entretien** qui, à partir de questions simples, explore les différentes compétences à acquérir nécessaires pour gérer sa maladie.

Guide d'entretien « chutes » :

- **Ce qu'il a ?**

- Quels sont les problèmes de santé qui vous préoccupent le plus ?
- Comment évaluer votre santé sur une échelle de 1 à 10 ?

- **Ce qu'il sait ?**

- D'après vous, quelles sont les causes des chutes chez la personne âgée ?
- Comment expliquez-vous vos chutes ?
- Que vous a-t-on dit à propos de vos chutes ?
- Connaissez-vous votre traitement ? A quoi sert-il ?
- Quels liens faites-vous entre médicaments et chute ?
- Que pouvez-vous faire personnellement pour éviter de tomber à nouveau ?

- **Ce qu'il fait ?**

- Racontez-moi une journée type de votre vie.
- Quels moyens mettez-vous en œuvre pour entretenir votre équilibre ?
- Depuis les chutes, avez-vous modifié votre façon de vivre, vos activités, vos loisirs ?
- Considérez-vous prendre des risques dans vos activités quotidiennes ? Pour quelles activités ?
- Avez-vous des difficultés pour prendre vos médicaments ?
- Prenez-vous d'autres médicaments que ceux que vous prescrit votre médecin ?
- Comment-vous chaussez-vous ? Avez-vous des problèmes pour vous chausser ?
- Qui prépare vos repas ? Vos repas vous semblent-ils équilibrés ?
- Comment vivez-vous ? (type d'habitat, seul, entouré, présence d'un animal, etc.) ?
- Vous sentez vous en sécurité dans votre logement ?

- **Ce qu'il est ?**

- D'après-vous, votre santé dépend plutôt : de vous, de votre famille, de l'environnement (climat, pollution, etc.), de votre médecin ?
- Comment cela se passe-t-il avec votre famille ? Votre entourage ? Les aides à domicile ?
- Qu'avez-vous pensé lorsque vous êtes tombé(e) ?
- À qui avez-vous parlé de vos chutes ? Comment ont-ils réagi ?
- Êtes-vous inquiet(ète) ? Préoccupé(e) ?
- En ce moment, qu'est-ce qui vous pose le plus de problèmes ?
- Qui peut vous aider dans votre entourage ?

- **Ce qu'il veut, son projet ?**

- Qu'est-ce qui vous plaît dans la vie ?
- Qu'est-ce qui est important pour vous ?
- Quels sont vos projets actuellement ?
- Qu'avez-vous envie de faire ?
- Comment pensez-vous y arriver ?
- Comment peut-on vous aider ?
- Seriez-vous d'accord pour participer à un programme en lien avec vos difficultés ?

Remerciement : La HAS remercie le Pr François Puisieux pour sa contribution majeure à l'élaboration de ce cadre référentiel et l'accès aux outils éducatifs.

Notes bibliographiques

1. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, *et al.* Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;12(Cd005465).
2. Centre de recherche de l'Institut universitaire de Gériatrie de Montréal, Auger C, Demers L. Évaluation des habitudes de déplacements – version canadienne française du «UAB Life-Space Assessment» (LSA-F). Montréal: IUGM; 2008.
3. Dargent-Molina P, Breart G. Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. Rev Epidemiol Sante Publique 1995;43(1):72-83.
4. 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. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;9(CD007146).
5. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Saint-Denis: INPES; 2005.
6. 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.
7. Lin MR, Wolf SL, Hwang HF, Gong SY, Chen CY. A randomized, controlled trial of fall prevention programs and quality of life in older fallers. J Am Geriatr Soc 2007;55(4):499-506.
8. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med 2003;348(1):42-9.
9. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, *et al.* A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. N Engl J Med 1994;331(13):821-7.
10. 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.
11. Yardley L, Bishop FL, Beyer N, Hauer K, Kempen GI, Piot-Ziegler C, *et al.* Older people's views of falls-prevention interventions in six European countries. Gerontologist 2006;46(5):650-60.
12. Yardley L, Donovan-Hall M, Francis K, Todd C. Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. Health Educ Res 2006;21(4):508-17.

Rapports HAS :

1. Haute Autorité de Santé. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (1) - Médecin traitant. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428595/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant:%2001%20novembre%202005.
2. 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/denuitrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf
3. Haute Autorité de Santé. Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention. Réponse à la saisine du 3 juillet 2012 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/referentiel_concernant_levaluation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf
4. Haute Autorité de Santé. Synthèse médicale. Volet de synthèse médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/aspip_sante_has_synthese_medicale.pdf
5. Haute Autorité de Santé. Cahier des charges pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/cahier_des_charges_etp_paerpa_web.pdf
6. Haute Autorité de Santé. Plan personnalisé (PPS) PAERPA. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa
7. 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
8. Haute Autorité de Santé, Société française de Gériatrie et Gériatologie. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf



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