

Cadre référentiel ETP Paerpa

Polypathologie – Polymédication

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 » poly pathologie/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 multifacette 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 3bis), soit selon un entretien semi-structuré reprenant les mêmes questions ;
- Une partie plus spécifique à chacun des programmes à l'aide du « jeu de cartes OMAGE » (annexe 3) ou d'un guide d'entretien spécifique.

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 (checklist)	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** qui peut être tracée sur un document spécifique (annexe 4) ;
- **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 et présentant :

- une polymédication : supérieure ou égale à 10 médicaments par jour,
- ou 5 médicaments dont un diurétique ou un anticoagulant oral (AVK un ACO),
- ou un accident iatrogénique grave ayant conduit à leur hospitalisation ou à leur passage dans un Service d'Accueil d'Urgences dans les 6 mois :

La notion **d'hospitalisation non programmée récente** / en urgence (inférieure à 1 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 la stratégie développée par le **programme multifacette OMAGE** avec ses trois facettes : prescription, coordination et éducation.

IV. Référentiel des compétences à acquérir

Ce « Référentiel des objectifs spécifiques et des compétences à acquérir » (annexe 5) est un guide pour aider les soignants à mettre en œuvre un programme d'ETP OMAGE

● Compétences de sécurité

- Savoir réagir aux signes d'alertes de déstabilisation de ses maladies et/ou de ses traitements ;
- Savoir réagir aux situations à risque de déstabilisation de ses maladies et/ou de ses traitements ;
- Savoir gérer son traitement au quotidien.

● Les autres compétences :

- Connaître ses maladies 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 ;
- Gérer son traitement au quotidien ;
- De façon plus spécifique, gérer au quotidien son traitement anticoagulant ou son traitement diurétique, etc. ;
- Réagir de façon précoce aux signes d'alerte de déstabilisation de ses maladies ou de ses traitements ;
- Réagir aux situations à risque de déstabilisation de ses maladies ou de ses traitements ;
- Gérer son parcours de soins et son suivi ;
- Mettre en œuvre une alimentation adaptée à ses pathologies ;
- Mettre en œuvre une activité physique adaptée à ses pathologies.

V. Outils /supports pédagogiques de l'ETP

Pour animer les séances avec le patient :

- **Jeu de cartes OMAGE** (annexe 3, 3bis et 3ter) : utilisé pour le bilan et l'éducation et pour construire avec le patient le schéma faisant le lien entre les symptômes et ses pathologies.
- **Planches chevalet** (annexe 6) : utilisées pour le travail sur les moyens de surveillance et le savoir réagir.
- **Remis co-construit avec le malade (et/ou son aidant)** (annexe 7) qui résume ses problèmes de santé, ses traitements, ses moyens de surveillance, les signes d'alerte, ses situations à risque et ses ressources.

Pour aider les professionnels en termes de contenu gériatrique (messages-clés délivrés au patient)

- **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.

VI. Les 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. Elle permet un réajustement des priorités et des objectifs éducatifs selon l'évolution du patient.

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

Priorité (s) du patient

- priorité du patient : « mieux se déplacer » : = périmètre de marche, sort à nouveau seul, rend les transports en commun, etc.
- mise en place effective d'un kiné ou éducateur médico-sportif, d'une alimentation enrichie en protéines.
-

Priorité (s) de l'équipe d'ETP

Évaluation de la mise en œuvre effective de la surveillance (ex. : poids, INR, etc.)

Évaluation de l'impact clinique (ex. : atteinte ou non de l'objectif cible de poids fixé avec le patient, etc.)

Évaluation du savoir réagir à partir de situations problèmes vécues ou théoriques (sous forme de récit)

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 multifacettes OMAGE

Le programme OMAGE (*Optimisation des Médicaments chez les sujets ÂGÉS*) traite de la polyopathie et de la polymédication. Il a pour finalité de réduire le risque iatrogène médicamenteux et le risque de réhospitalisation.

Il existe deux mises en œuvre du programme OMAGE :

● **Un OMAGE parcours (OMAGE P) :**

Réalisé en sortie d'hospitalisation avec un volet hospitalier et un volet ambulatoire. Ses avantages :

- Son efficacité sur les hospitalisations a déjà été évaluée (diminution des réhospitalisations à 3 mois) ;
- Travailler dans une logique de parcours hôpital-ville ;
- Se situer à un moment de rupture du parcours (sortie d'hospitalisation) ;
- Utiliser l'hospitalisation comme levier motivationnel du patient ;
- Bénéficier d'une expertise gériatrique.

● **Un OMAGE ambulatoire (OMAGE A)**

Réalisé par des professionnels de soins primaires organisés en équipe d'ETP. Son efficacité sur les hospitalisations reste à démontrer. Ses avantages :

- Favoriser le travail pluri-professionnel des équipes de soins primaires ;
- Diffuser une ETP de proximité sur le site de soins primaire et à domicile ;
- Essayer d'agir en amont d'un épisode d'hospitalisation.

Population cible pour PAERPA : Personnes âgées de 75 ans et plus, en risque de perte d'autonomie.

Pour le programme OMAGE P : Les personnes âgées hospitalisées en urgence en gériatrie ou dans un autre service de spécialité, où intervient une équipe mobile de gériatrie.

Pour le programme OMAGE A :

- une polymédication : supérieure ou égale à 10 médicaments par jour ;
- ou 5 médicaments dont un diurétique ou un anticoagulant oral (AVK un ACO) ;
- ou un accident iatrogénique grave ayant conduit à leur hospitalisation ou à leur passage dans un Service d'Accueil d'Urgences dans les 6 mois.

● **Les 3 facettes du programme OMAGE**

Ce programme comprend trois facettes : prescription, coordination et éducation :

- **Une facette Prescription (P)** pour une optimisation diagnostique et thérapeutique :
 - Une **optimisation diagnostique**, incluant l'évaluation systématique de l'humeur (dépression), de l'état nutritionnel et du risque de chutes ;
 - Une **optimisation thérapeutique** de l'ensemble des traitements réalisé à l'aide du **PMSA simplifié**, avec au préalable **l'établissement de la liste des médicaments pris par le patient**.¹

¹Ceci peut être réalisé en milieu hospitalier par une conciliation médicamenteuse ou en ambulatoire par le pharmacien libéral (récapitulatif de l'ensemble des traitements effectivement pris par le patient, dont l'automédication)

Outils : Tableau PMSA simplifié - HAS Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (annexe 1).

PMSA simplifié					
Pathologies présupposées	Preuves diagnostiques ?	Optimisation diagnostique ? Oui/non	Traitement habituel	Optimisation thérapeutique ? Oui/non	Observations

Cette optimisation diagnostique et thérapeutique se fait en concertation avec le patient:

- Dans OMAGE P, **par un gériatre** si le malade est hospitalisé (UGA, SSR, équipe mobile gériatrique), et toujours en accord avec le médecin traitant.
- Dans OMAGE A, **par le médecin traitant**, au mieux en équipe ou dans le cadre d'un groupe de pairs et avec l'aide d'autres spécialistes si besoin.

● **Une facette Coordination (C) :**

- Dans OMAGE P, en sortie d'hospitalisation, les résultats de cette synthèse médicale et les ajustements thérapeutiques éventuels avec leurs motifs sont notifiés, par le médecin hospitalier, dans le **Document de Sortie d'Hospitalisation (DSH)** donné au patient le jour de sa sortie, adressé au médecin traitant et inclus dans le Dossier Médical Personnel (DMP).

Avec l'accord du patient et celui du médecin traitant, les autres membres de l'équipe d'ETP (infirmier, pharmacien, etc.) ont accès à ces documents.

Rubrique « Traitement » du document de sortie d'hospitalisation > 24h
(HAS – travail en cours, document non validé)

Médicaments habituels avant l'admission	Médicaments à la sortie	Commentaires (Justifications, modifications thérapeutiques, durée du traitement)

- Dans OMAGE A, l'actualisation des diagnostics et de l'ensemble des traitements pris par le malade est notée par le médecin traitant, dans le **Volet de Synthèse Médicale (VSM)** qui est inclus dans le DMP.

Avec l'accord du patient, le médecin traitant donne accès à ces informations aux soignants de l'équipe d'ETP (infirmier, pharmacien, etc.)

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/asp_sante_has_synthese_medicale.pdf

RUBRIQUES du Volet de Synthèse Médical
Coordonnées du patient
Coordonnées du MT
Date de mise à jour
Pathologies en cours et Antécédents (ATC D) personnels (y compris allergies et intolérances médicamenteuses) et Facteurs de Risque (FdR) (comprenant : ATC D familiaux, FdR liés au mode de vie [alcool, tabac, activité physique, alimentation], FdR professionnels)
Traitements au long cours
Signature (en cas d'impression)

● **Une facette éducation (E)**

Suite au bilan éducatif partagé, un **programme / dispositif éducatif personnalisé** est défini et mis en œuvre pour le patient en tenant compte de ses priorités.

● **Les parcours OMAGE et intervenants**

● **OMAGE P (parcours)**

Lieu de l'intervention	Facettes	Professionnels impliqués
Unité gériatrique aiguë (UGA) ou SSR gériatrique	P (prescription) C (coordination) E (éducation) - Séance 1 (bilan éducatif partagé) - Séance 2 (liens) - Occasions éducatives intégrées aux soins	Hospitaliers : Gériatre, IDE et, si possible, pharmaciens
Services de médecine ou de chirurgie avec intervention d'une équipe mobile de gériatrie	E (éducation) - Autres séances éducatives dédiées - Occasions éducatives intégrées aux soins	Médecin généraliste Pharmacien Infirmier ETP * +/- autres professionnels

● **OMAGE A (ambulatoire)**

Lieu de l'intervention	Facettes	Professionnels impliqués
Ville	P (prescription) C (coordination) E (éducation) - Séances éducatives dédiées - Occasions éducatives intégrées aux soins	Médecin généraliste si besoin, spécialistes (gériatre, etc.) Pharmacien Infirmier ETP * +/- autres professionnels

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

Dans un contexte de ressources rares, le programme éducatif pourra être mis en œuvre dans sa partie ville et toujours avec l'accord du médecin traitant :

- Pour OMAGE P : par un infirmier libéral seul ou un médecin traitant seul ;

- Pour OMAGE A : par un binôme médecin traitant / infirmier ou médecin traitant / pharmacien.

• Le bilan éducatif partagé OMAGE (séance1)

Le bilan éducatif comprend deux éléments : le bilan de la gestion de ses médicaments et le bilan éducatif partagé proprement dit :

- **Le bilan de la gestion de ses médicaments par le patient**

Il est réalisé, par un infirmier ou un pharmacien, à l'aide du questionnaire « **bilan médicamenteux** » (annexe 2) Il permet de repérer les difficultés du patient avec son traitement et un besoin d'aide éventuel.

- **Le bilan éducatif partagé proprement dit**

Le bilan éducatif partagé est réalisé à l'aide du « **jeu de cartes OMAGE** » qui comporte des cartes médicaments, symptômes et maladies (annexe 3).

Certaines cartes sont proposées systématiquement à tous les patients (annexe 3 bis).

D'autres cartes ciblent certains symptômes ou certaines maladies spécifiques aux patients listés par le gériatre ou le médecin généraliste à l'aide du tableau PMSA.



Exemple de carte Omage

Le bilan éducatif partagé est réalisé lors de la 1^{ère} séance d'ETP par un des membres de l'équipe d'ETP¹, pour OMAGE P, à l'hôpital, et pour OMAGE A, en ville.

¹L'expérience montre la pertinence de la réalisation de ce bilan éducatif partagé **par un infirmier**, afin de recueillir de façon la plus neutre les difficultés rencontrées par les patients avec leurs médicaments.

• Méthodes pédagogiques OMAGE

L'éducation thérapeutique dans OMAGE est réalisée en **séances individuelles** avec le patient, en présence de son aidant ressource s'il le souhaite.

- **Séance n°1**

Bilan éducatif partagé avec le patient.

- **Séance n°2**

Partage du bilan éducatif et accord avec le patient autour d'un dispositif éducatif personnalisé.

Apprentissage des liens entre symptômes/maladies, entre maladies et entre maladies et traitements : séance réalisée par un médecin à partir du jeu de cartes (annexe 3 ter) :

- Pour OMAGE P : le gériatre à l'hôpital ;
- Pour OMAGE A : le médecin généraliste lors d'une séance dédiée au cabinet ou à domicile.

• Séances suivantes

Les séances suivantes dépendent de la priorité du patient et d'éventuelles situations/problèmes rencontrés dans la gestion de ses traitements ou de ses maladies.

Ces séances sont différentes en nombre et en déroulement car ajustées en permanence à la réalité de vie du patient.

En revanche, les thèmes abordés sont les mêmes et basés sur le « référentiel des objectifs spécifiques et des compétences à acquérir » OMAGE (annexe 5).

Les **3 thèmes suivants sont systématiquement abordés** lors de séances dédiées (en moyenne 3 à 4 séances) :

- Médicaments : gestion du traitement, mise en place des moyens de surveillance et du suivi ;
- Savoir réagir aux signes d'alerte et aux situations à risque de déstabilisation de ses maladies et de ses traitements ;
- Alimentation et activités physiques adaptées aux maladies et aux traitements.

L'expérience montre qu'il est préférable que les séances abordant ces 3 thèmes soient réalisées par un seul et même professionnel.

Pour certains patients, des **moments éducatifs, seront intégrés aux soins**, et concerneront :

- La compréhension de pathologies spécifiques et de leurs traitements (ex. : diabète, Parkinson) ;
- La gestion de classes médicamenteuses à risque (notamment ACO, diurétiques, hypoglycémifiants, psychotropes, etc.).

Un temps éducatif réalisé au domicile est nécessaire pour être au plus proche du quotidien du patient, **avec au moins deux visites à domicile**.

Dans OMAGE P, la première visite à domicile survient idéalement dans les 8 jours suivant la sortie et marque le début du volet ambulatoire du programme.

Remerciements : la HAS remercie le Pr. Sylvie Legrain, le Dr Dominique Bonnet Zamponi et Pascale Saint Gaudens, infirmière pour leur contribution majeure à l'élaboration de ce cadre référentiel. La HAS remercie l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris et le Pr Sylvie Legrain pour l'accès au programme OMAGE et à ses outils.

Notes bibliographiques

1. Bonnet-Zamponi D, d'Araïlh 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.
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). Montreal: IUGM; 2008.
3. Legrain S, Bonnet-Zamponi D. Le programme éducatif OMAGE. Dans : Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A, ed. Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques. Paris: Elsevier Masson; 2013.
4. Legrain S, Bonnet-Zamponi D, Saint-Gaudens P. ETP des personnes âgées polypathologiques : quelle approche ? *Concours Médical* 2013;135(8):619-23.
5. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino JP, Paillaud E, *et al.* A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(11):2017-28.
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 Gérologie. Evaluation 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

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/denutrition_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_levaulation_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/asip_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



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