

Interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile : une synthèse des connaissances – Résultats saillants

Novembre 2012

Résumé

Ce document est une version résumée de la *synthèse de littérature scientifique sur les interventions efficaces en prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile* produite à l'INPES. L'objectif de ce résumé est de mettre à disposition des acteurs de santé publique et des professionnels de terrain une présentation des interventions dont l'efficacité a été validée par des protocoles scientifiques. Dans un souci d'efficacité et de rigueur, cet état des lieux est réalisé selon une méthode développée à l'INPES en 2010 pour mieux appréhender la littérature scientifique afin d'extraire et de classer les interventions pertinentes.

Une vingtaine d'interventions sont retenues ici comme ayant un impact sur le vieillissement en bonne santé. Les interventions les plus efficaces sont réalisées en prévention des chutes, puis en promotion de la santé mentale. La moitié des méthodes est unidimensionnelle : le plus souvent à base d'activités physiques ; ou de compléments alimentaires, éducation, counseling... D'autres sont bidimensionnelles avec en plus des visites à domicile, de l'information... D'autres encore sont multidimensionnelles combinant plusieurs de ces modalités avec aussi la possibilité d'évaluer les risques à domicile, d'utiliser une campagne médias ou bien de pratiquer un bilan de santé complet... La connaissance de ces modalités d'intervention utilisées au niveau international devrait enrichir la réflexion sur les pratiques développées en France.

Méthode

La thématique analysée ici porte sur la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées et sur la promotion du « Bien vieillir ». Ce document prend le parti de ne présenter que les interventions efficaces auprès d'un public âgé à partir de 55 ans, indépendant, vivant à domicile de façon autonome et en relative bonne santé générale.

Les documents sélectionnés pour réaliser cet état des connaissances sont les synthèses de

littérature les plus récentes dont la qualité est reconnue par la communauté scientifique et en santé publique. Dans un premier temps, toutes les revues Cochrane portant sur la thématique traitée sont automatiquement retenues. Dans un second temps, parmi les synthèses de littérature produites par des organismes de santé publique reconnus, sont sélectionnées celles qui sont plus récentes. Dans un troisième temps, parmi les synthèses de littérature publiées dans des revues scientifiques à comité de lecture ayant un facteur d'impact élevé, sont sélectionnées les synthèses postérieures aux revues Cochrane et aux synthèses des organismes. Selon ces critères, 13 documents ont été retenus : 7 revues Cochrane^{1,2,3,4,5,6,7}, 1 revue produite par un organisme reconnu⁸ et 5 articles de synthèse^{9,10,11,12,13}.

Les documents sont ensuite analysés dans le but d'identifier et de distinguer les interventions efficaces : une intervention est alors définie comme *validée* lorsque son efficacité est reconnue par au moins un des documents, ou comme *prometteuse* quand son efficacité est pressentie par au moins un document (sans bien sûr être validée par un autre). L'analyse des documents est réalisée en deux temps par deux personnes. La première analyse d'abord tous les documents en élaborant un tableau de synthèse, puis la seconde vérifie les données en s'assurant que l'ensemble des interventions efficaces est correctement identifié et regroupé selon des dimensions caractéristiques.

Pour cette thématique, 5 axes de prévention ont été isolés : réduction des accidents de la vie courante (prévention des chutes), promotion de la santé mentale (prévention de la solitude, renforcement des compétences psychosociales et des fonctions cognitives), lutte contre les maladies infectieuses (incitation à la vaccination antigrippale), promotion des comportements de santé en nutrition et préservation du maintien à domicile. A noter que les interventions retenues sont souvent de la prévention « universelle » (proposée à toute la population) et/ou peuvent parfois être « ciblées » auprès d'un public plus vulnérable.

Résultats saillants

1. Concernant la prévention des chutes chez les seniors, bon nombre d'interventions sont validées en population générale ou auprès d'un public plus vulnérable (cf. Tableau I), notamment différents programmes multimodaux incluant une évaluation des risques à domicile par des professionnels de santé. Par exemple, certains de ces programmes intègrent des activités physiques (études de Day ; de Yates) ou non (études de Hornbrook ; de Huang) ; d'autres ciblent des personnes âgées à risque de chutes (études de Tinetti ; de Wyman) ou de rechutes (étude de Davison ; *Stepping On Program*), un autre encore cible des personnes à faible acuité visuelle (étude de Campbell). Dans l'ensemble, ces programmes sont basés sur la gestion des facteurs de risques de chutes au niveau environnemental, comportemental et physique. Certains peuvent aussi proposer un bilan de santé avec suivi médical, des aides techniques et/ou financières, éducation des personnes âgées, brochures d'informations et conseils sur les risques de chutes, counseling en nutrition, assurer un suivi téléphonique, etc. Ces programmes permettent tous de réduire le taux de chutes ; certains permettant également de diminuer le nombre de chutes, le taux de fractures liées aux chutes ou bien la peur de chuter.

D'autres interventions validées consistent à apporter des compléments alimentaires tels que la vitamine D avec ou sans calcium afin de renforcer les os des personnes vieillissantes (études de Trivedi ; de Bischoff-Ferrari). Ces deux études montrent une réduction du taux de fractures liées aux chutes.

D'autres interventions validées sont centrées sur des programmes d'activités physiques individualisées via des visites à domicile par un professionnel de santé (études de Campbell ; de Robertson). L'intervenant assure également un suivi motivationnel par téléphone. Ces deux programmes permettent de réduire le taux de chutes, et parfois la peur de chuter.

Plusieurs programmes centrés sur le Tai Chi ont aussi fait leurs preuves dans la prévention des chutes (études de Wolf ; de Woo ; de Li). A noter que la particularité du Tai Chi est de faire intervenir des composantes tant physiques que cognitives qui nécessitent une concentration et un déplacement en 3

dimensions. Ces programmes peuvent être d'intensité et de durée variables, avec différentes figures posturales possibles ; ils conviennent à une population sédentaire sans incapacité physique particulière. Ils permettent tous de réduire le nombre de chutes, certains permettant aussi de diminuer le taux de chutes et/ou la peur de chuter. Néanmoins, il est à préciser que l'effet bénéfique du Tai Chi est dépendant d'un nombre élevé de séances.

Un autre programme d'exercices physiques validé consiste également à ajuster la médication auprès de personnes âgées à risque de chute en raison d'une forte prise médicamenteuse (étude de Campbell). Des visites à domicile sont menées par un kinésithérapeute qui assure ensuite un suivi par téléphone ; les psychotropes sont progressivement retirés. Ce programme montre une réduction du taux de chutes.

En outre, d'autres interventions, non rapportées ici, présentent des résultats prometteurs en combinant certaines des modalités pertinentes dans la prévention des chutes (e.g. les activités physiques) ou encore via des programmes de santé publique impliquant la communauté, les médias, les politiques, l'environnement, etc. (*Stay on Your Feet Program, Motala Safe Community*, cf. la synthèse originale pour davantage de détails).

2. Concernant la promotion de la santé mentale, certaines interventions validées visent la prévention de l'isolement social et de la solitude (cf. Tableau IIa), notamment via des groupes de discussion (études d'Andersson). Cette méthode s'adresse à des femmes volontaires vivant seules qui attendent une place en appartement résidentiel pour seniors. L'intervention se déroule dans des centres de quartiers sous forme de séances de groupe permettant d'aborder différents sujets de santé. Cette méthode permet de réduire le sentiment de solitude.

Une autre intervention validée consiste à pratiquer des activités physiques sur le long terme, accompagnées de séances d'éducation au sujet de la santé et menées dans des centres de quartiers (*Aging Well and Healthily*). Ce programme montre une réduction du sentiment de solitude.

Une autre intervention validée consiste à pratiquer du counseling auprès de personnes âgées qui viennent de perdre leur conjoint(e) en prévention d'une dépression potentielle (études de Caserta ; de Lund). Des groupes d'entraide sont organisés dans des centres communautaires ou des bibliothèques municipales ; ils sont menés soit par des professionnels, soit par des pairs qui ont réussi à faire leur deuil. Ces programmes permettent de réduire l'isolement social, ainsi que le sentiment de solitude.

Par ailleurs, plusieurs séries d'interventions sont rapportées ci-dessous pour leur **impact pressenti** sur la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées. Il est à noter que ces interventions prometteuses présentent le plus souvent des faiblesses méthodologiques.

Concernant à nouveau le domaine de **la santé mentale, plusieurs méthodes prometteuses visent la promotion des compétences psychosociales ou le renforcement des fonctions cognitives** (cf. Tableau IIb). Par exemple, certaines activités physiques sont prometteuses pour promouvoir le bien-être mental, en particulier le Tai Chi (études de Kutner ; de Li) ou la marche (*SHAPE project: Senior Health And Physical Exercise*). Ces programmes d'exercices réguliers sont réalisés au niveau de la communauté et conviennent à une population sédentaire sans incapacité physique particulière. Ils montrent une amélioration de l'estime de soi et de la santé mentale ; des effets bénéfiques peuvent aussi être observés sur la satisfaction de vie.

Une autre catégorie d'intervention prometteuse pour promouvoir le bien-être mental est multimodale en associant une éducation sur les comportements de santé ; du counseling au sujet de l'alcool, tabac et nutrition ; ainsi que des activités physiques (étude de Wallace). Cette méthode permet d'améliorer la qualité de vie, notamment au niveau des fonctions physiques et psychosociales.

Une autre série d'interventions est également prometteuse via diverses activités physiques pour renforcer les fonctions cognitives (études de Moul ; de Fabre). L'ajout d'un entraînement spécifique de la mémoire est possible (méthode d'Israël). Ces études montrent respectivement une amélioration des fonctions

cognitives soit de la mémoire verbale et des fonctions exécutives, soit de l'attention auditive.

Une dernière catégorie prometteuse pour renforcer les fonctions cognitives consiste à donner une supplémentation en multivitamines et minéraux à un public à risque de maladies chroniques (étude de Durga) ou à un public tout venant (étude de Chandra St Jonh's). Cette méthode permet d'améliorer globalement les fonctions cognitives ; en particulier la mémoire, la vitesse de traitement et la vitesse sensorimotrice.

3. En ce qui concerne la lutte des maladies infectieuses, plusieurs interventions sont prometteuses pour inciter les seniors à se faire vacciner contre la grippe (cf. Tableau III), notamment grâce à la proposition d'une vaccination gratuite en milieu médical (études de Smith ; de Ives). Cette méthode est réalisée auprès de patients couverts par l'assistance médicale spécifique aux personnes âgées ; elle peut être associée à une évaluation personnelle des risques de santé. Elle permet d'augmenter la demande, ainsi que le taux de vaccination antigrippale.

Une autre méthode d'incitation à la vaccination consiste à intervenir in situ via les professionnels de santé en centres de soins (études de Hogg ; de Chambers). Respectivement, les médecins bénéficient d'une formation active afin de faciliter la demande de vaccination, ou bien les internes utilisent un système de rappel automatisé pour seniors. La demande est ainsi facilitée et le taux de vaccination est augmenté.

Une autre méthode prometteuse consiste à intervenir directement auprès des personnes âgées via un système de rappel multiple réalisé à partir des fichiers patients issus des centres de santé (études de Hull ; de McCaul ; de McMahan). Les patients bénéficient de renseignements d'ordre pratique, brochures d'informations ou d'une campagne médias sur la vaccination antigrippale. Cette méthode permet d'augmenter la demande et le taux de vaccination antigrippale.

Une autre catégorie prometteuse combine une intervention sur la motivation des praticiens en centres médicaux à un système de rappel auprès des seniors (études de Buffington ; de

Kouides). Côté médecins, les stratégies motivationnelles consistent à susciter la compétition entre eux ou à proposer une incitation financière. Côté patients, l'incitation à la vaccination se fait par courriers de rappel ou posters informatifs. Une campagne médias peut également être ajoutée. Ces stratégies permettent de faciliter la demande et d'augmenter le taux de vaccination.

Une dernière catégorie prometteuse consiste à agir à plusieurs niveaux (études de Krieger ; de Herman). Ces interventions multimodales sont basées sur la sensibilisation, la diffusion d'informations et la mobilisation autour de la vaccination des personnes âgées. D'un côté, les patients reçoivent une éducation sur la vaccination ; de l'autre, les intervenants et le personnel des centres médicaux bénéficient d'une formation via des supports éducatifs multiples. Une campagne médias peut être ajoutée et les patients peuvent aussi bénéficier de visites médicales auprès d'un médecin généraliste. Ces méthodes montrent une augmentation de la demande et du taux de vaccination antigrippale.

4. Concernant la promotion des comportements de santé en nutrition, certaines interventions présentent une efficacité potentielle auprès des personnes âgées (cf. Tableau IV) ; notamment lorsqu'elles sont multimodales combinant counseling, éducation nutritionnelle, etc. (études de Mayer ; de Leigh ; de Haber). Ces interventions sont axées sur la promotion de la santé incluant des bilans médicaux, une évaluation des habitudes/risques, des conseils personnalisés en diététique et une éducation nutritionnelle. Les seniors peuvent également bénéficier de lettres d'informations, médication, exercices physiques, programme de gestion du stress et/ou soutien par les pairs. Ces interventions montrent une amélioration générale des comportements de santé en nutrition ; une augmentation du niveau d'activité peut aussi être observée.

Une autre catégorie d'intervention prometteuse consiste à délivrer le counseling nutritionnel seul (études de Bernstein ; de Barr). Ces

études sont axées sur des conseils diététiques à domicile ou du counseling en centres de soins. Elles permettent d'augmenter la consommation de fruits et légumes, d'aliments enrichis en calcium ou de produits laitiers.

Une autre méthode prometteuse consiste à proposer l'éducation nutritionnelle seule (études de Mitchell ; de Taylor-Davis). Ces interventions sont basées sur des programmes didactiques délivrés en groupe dans des centres de nutrition ou sur des lettres d'informations associées à des entretiens téléphoniques à domicile. Elles montrent respectivement une amélioration de l'attention portée sur les comportements favorables de santé en nutrition ou une augmentation des connaissances en nutrition.

5. Pour finir, quelques interventions présentent une efficacité potentielle dans la préservation du maintien des personnes âgées à domicile et la prévention de l'institutionnalisation ou hospitalisation (cf. Tableau V), notamment les visites à domicile réalisées par des professionnels de santé (études de Van Rossum ; de McEwan ; de Pathy). Ces visites consistent à évaluer les différents besoins des personnes âgées qui peuvent bénéficier à l'occasion d'informations et de conseils ; les infirmières peuvent aussi les orienter au cas par cas vers des services médicaux. Elles permettent globalement de réduire le taux de mortalité à la maison.

Une autre catégorie d'intervention à domicile présente une efficacité potentielle : il s'agit des visites de contrôle réalisées par des bénévoles formés aux techniques de surveillance de la dépendance (étude de Carpenter). Si l'état de santé le justifie, les visites peuvent être plus rapprochées et un suivi médical est assuré. Ces visites montrent également une réduction du taux de mortalité à la maison.

Document réalisé avec la participation de Julie Bodard, Béatrice Lamboy et Sandra Kerzanet (INPES) et Juliette Clément (psychologue consultante).

Bibliographie

- (1) Turner S, Arthur G, Lyons RA, Weightman AL, Mann MK, Jones SJ, John A, Lannon S. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2.
- (2) Thomas RE, Russell IM, Lorenzetti D. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9.
- (3) Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
- (4) Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2.
- (5) Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJJ, Aleman A, Vanhees L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3.
- (6) Howe TE, Rochester L, Jackson A, Banks PMH, Blair VA. Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4.
- (7) McClure RJ, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
- (8) WHO. Elkan R, Kendrick D. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe's Health Evidence Network report; 2004.
- (9) 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 Jul-Aug;43(4):251-62.
- (10) Logghe IH, Verhagen AP, Rademaker AC, Bierma-Zeinstra SM, van Rossum E, Faber MJ, Koes BW. The effects of Tai Chi on fall prevention, fear of falling and balance in older people: a meta-analysis. *Prev Med*. 2010 Sep-Oct;51(3-4):222-7.
- (11) Windle G, Hughes D, Linck P, Russell I, Woods B. Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging Ment Health*. 2010 Aug;14(6):652-69.
- (12) Sjösten N, Vaapio S, Kivelä SL. The effects of fall prevention trials on depressive symptoms and fear of falling among the aged: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2008 Jan;12(1):30-46.
- (13) Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*. 2005;25:41-67.

Tableau I. Réduction des accidents de la vie courante : interventions validées en prévention des chutes

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Interventions multimodales incluant notamment une évaluation des risques à domicile ^{1,4,12}	65-99 ans Ciblé personnes âgées à risque de chutes ou de rechutes	<i>Avec activités physiques :</i> - Day (2002) ; Yates (2001) <i>Sans activité physique :</i> - Hornbrook (1994) - Huang (2004) <i>PA ayant déjà chuté :</i> - Davison (2005) - Stepping On Program <i>PA à risque de chutes (sp) :</i> - Tinetti (1994) - Wyman (2005) <i>PA à faible acuité visuelle :</i> - Campbell (2005)	- Visites à domicile par des professionnels de santé - Evaluation et gestion des facteurs de risques environnementaux, comportementaux et physiques - Possibilité d'ajouter des programmes d'activités physiques diverses (marche, équilibre, coordination, force musculaire) - Variantes : bilan de santé complet auprès des populations ciblées et suivi médical (ajustement de la médication, dépistage ophtalmologique), fourniture d'aides techniques et/ou financières, éducation des personnes âgées, brochures d'informations et conseils sur les risques de chutes, counseling en nutrition, suivi téléphonique, etc.	- Réduction générale du taux de chutes - Diminution suivant les études : du nombre de chutes, du taux de fractures liées aux chutes ou de la peur de chuter
Apport de compléments alimentaires (vitamine D) ⁴	65-85 ans	- Trivedi (2003) - Bischoff-Ferrari (2006)	- Interventions à long terme pour renforcer les os - Supplémentation en vitamines D avec ou sans calcium	- Réduction du taux de fractures liées aux chutes
Programmes d'activités physiques individualisés via des visites à domicile ^{4,12}	75-95 ans	- Campbell (1997) - Robertson (2001)	- Visites à domicile par un professionnel de santé (kinésithérapeute, infirmière) - Programmes d'activités physiques individualisés : équilibre, renforcement musculaire, marche - Suivi motivationnel par téléphone	- Réduction générale du taux de chutes - Diminution parfois de la peur de chuter
Programmes d'activité physique collectifs (Tai Chi) ^{4,10,12}	65-97 ans	- Wolf (2003) - Woo (2007) - Li (2005)	- Programmes de Tai Chi à intensité et durée variables - Nombre variable de figures posturales - Conviennent à une population sédentaire sans incapacité physique particulière	- Réduction générale du nombre de chutes - Parfois diminution du taux de chutes et/ou de la peur de chuter
Ajustement de la médication et programme d'activités physiques ⁴	67-82 ans Ciblé personnes âgées à risque pour forte consommation de médicaments	- Campbell (1999)	- Retrait progressif des psychotropes - Visites à domicile par un kinésithérapeute - Programme d'exercices de renforcement musculaire, maintien de l'équilibre et marche - suivi motivationnel par téléphone	- Réduction du taux de chutes

Tableau IIa. Promotion de la santé mentale : interventions validées en prévention de l'isolement et du sentiment de solitude

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Groupes de discussion ¹³	60-80 ans Femmes	- Andersson (1984, 1985)	- Volontaires attendant une place en appartement résidentiel pour seniors - Séances de groupe pour discuter sur des sujets de santé - Centres de quartier	- Réduction de la solitude
Activités physiques et éducation à la santé ¹³	51-89 ans	- Aging Well and Healthily	- Programme d'exercices physiques à long terme - Séances d'éducation au sujet de la santé - Centres communautaires	- Réduction de la solitude
Counseling auprès des personnes endeuillées ¹³	50-89 ans Ciblé veuf(ve)s récent(e)s	- Caserta (1992–1996), Lund (1989)	- Groupes d'entraide - Interventions assistées par les pairs et/ou des professionnels - Centres communautaires et bibliothèques municipales	- Réduction de la solitude et de l'isolement social

Tableau IIb. Promotion de la santé mentale : interventions prometteuses pour renforcer les compétences psychosociales et les fonctions cognitives

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Activités physiques pour promouvoir le bien-être mental ¹¹	75 ans d'âge moyen	Tai Chi : - Kutner (1997) - Li (2002) Marche : - SHAPE project (Senior Health And Physical Exercise)	- Interventions au niveau de la communauté - Population sédentaire sans incapacité physique particulière - Programmes d'exercices réguliers sous différentes formes	- Amélioration de l'estime de soi et de la santé mentale - Effets bénéfiques possibles sur la satisfaction de vie
Intervention multimodale : éducation, counseling et activités physiques ⁹	62 -79 ans	- Wallace (1998)	- Programme général de promotion de la santé - Divers domaines abordés (alcool, tabac et nutrition) - Programme d'activités physiques	- Amélioration de la qualité de vie, notamment des fonctions physiques et psychosociales
Activités physiques pour renforcer les fonctions cognitives ⁵	60-76 ans	- Moul (1995) - Fabre (2002)	- Activités physiques : marche, course et/ou renforcement musculaire - Possibilité d'un entraînement spécifique de la mémoire via la méthode d'Israël	Selon les études : - Amélioration de la mémoire verbale et des fonctions exécutives - Renforcement de l'attention auditive
Apport de compléments alimentaires pour renforcer les fonctions cognitives ⁹	55-86 ans Universel ou Ciblé à risque de diverses maladies chroniques	- Durga (2007) - Chandra St Jonh's (2001)	- Supplémentation en multivitamines et minéraux	- Amélioration des fonctions cognitives (notamment la mémoire, la vitesse de traitement et la vitesse sensorimotrice)

Tableau III. Lutte des maladies infectieuses : interventions prometteuses pour inciter à la vaccination antigrippale

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Accès à la vaccination gratuite ²	65 ans et plus	- Smith (1999) - Ives (1994)	- Proposition d'une vaccination gratuite en milieu médical - Patients couverts par l'assistance médicale spéciale des personnes âgées - Possibilité d'une évaluation personnelle des risques de santé	- Augmentation de la demande et du taux de vaccination antigrippale
Incitation in situ auprès des professionnels de santé ²	65 ans et plus via les médecins	- Hogg (2008) - Chambers (1991)	- Interventions par l'intermédiaire de praticiens en centres de soins - Formation active des médecins OU système de rappel automatisé auprès d'internes en médecine à partir de 65 ans	- Facilitation de la demande de vaccination antigrippale - Augmentation du taux de vaccination
Incitation directement auprès des personnes âgées via un système de rappel multiple ²	65 ans et plus	- Hull (2002) - McCaul (2002) - McMahan (1995)	- Plusieurs systèmes de rappel combinés - Interventions réalisées à partir des fichiers patients des centres de santé - Variantes : renseignements d'ordre pratique, brochures d'informations sur la vaccination, campagne médias	- Augmentation de la demande et du taux de vaccination antigrippale
Stratégies motivationnelles auprès des médecins et rappel auprès des patients ²	65 ans et plus + les médecins	- Buffington (1991) - Kouides (1998)	- Intervention active auprès de praticiens travaillant en centres médicaux : susciter la compétition ou proposer une incitation financière - Intervention auprès des personnes âgées : courrier de rappel, posters informatifs - Possibilité d'ajouter une campagne médias	- Facilitation de la demande et augmentation du taux de vaccination antigrippale
Interventions multimodales incluant notamment une éducation des personnes âgées, etc. ²	65 ans et plus	- Krieger (2000) - Herman (1994)	- Mobilisation, informations et sensibilisation autour de la vaccination des personnes âgées - Education des patients à la vaccination - Formation des intervenants et du personnel des centres médicaux (infirmières, médecins) - Différents supports : brochures, appels téléphoniques, guides de conseils, conférences, articles, colloques - Variantes : campagne médias de communication, visites médicales avec le médecin généraliste	- Augmentation de la demande et du taux de vaccination antigrippale

Tableau IV. Promotion des comportements de santé en nutrition : interventions prometteuses

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Interventions multimodales incluant counseling, éducation nutritionnelle, etc. ⁹	55-94 ans	- Mayer (1994) - Leigh (1992) - Haber (1993)	- Diverses interventions de promotion de la santé - Bilans médicaux et évaluation des habitudes/risques de santé - Conseils personnalisés en diététique et éducation nutritionnelle - Variantes possibles : lettres d'informations ou de recommandations, médication, exercice physique, gestion du stress, soutien par les pairs	- Amélioration générale des comportements de santé en nutrition - Augmentation possible du niveau d'activité
Counseling nutritionnel ⁹	55-85 ans	- Bernstein (2002) - Barr (2000)	- Conseils diététiques à domicile ou counseling en centres de soins	Augmentation de la consommation suivant les études : - Fruits et légumes, aliments enrichis en calcium - Produits laitiers
Programme d'éducation nutritionnelle ⁹	60 ans et plus	- Mitchell (2006) - Taylor-Davis (2000)	- Programme didactique OU lettres d'informations associées à des entretiens téléphoniques - Séances de groupe en centres de nutrition OU séances à domicile	- Amélioration de l'attention portée sur les comportements de santé favorables en nutrition - OU augmentation des connaissances

Tableau V. Préservation du maintien à domicile : interventions prometteuses

Interventions	Publics bénéficiaires	Exemples de programme	Principales caractéristiques des programmes	Principaux résultats sur le problème à prévenir ou sur ses déterminants
Visites à domicile par des professionnels de santé visant divers services à la personne ^{4,8,13}	65 ans et plus	- Van Rossum (1993) - McEwan (1990) - Pathy (1992)	- Evaluation à domicile par une infirmière des différents besoins de santé - Informations et conseils - Orientation vers des services médicaux au cas par cas	- Réduction globale du taux de mortalité à la maison
Visites de contrôle à domicile par des bénévoles ^{4,8}	75 ans et plus	- Carpenter (1990)	- Bénévoles spécialement formés aux techniques de surveillance de la dépendance (échelle de Winchester) - Suivi médical et visites rapprochées au besoin	- Réduction du taux de mortalité à la maison