

Interventions complexes pour maintenir l'autonomie des personnes âgées à leur domicile

- **Question clinique** L'association d'interventions interdisciplinaires augmente-t-elle les capacités physiques des personnes âgées vivant au domicile et maintient-elle leur autonomie ?

Analyse

P. Chevalier

Référence

Beswick AD, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008;371:725-35.

Contexte

Pour une personne âgée, la réduction de ses capacités physiques peut réduire son autonomie, augmenter la nécessité d'une hospitalisation ou d'un placement ainsi que le risque d'un décès plus précoce. Des facteurs de risque de cette réduction des capacités physiques ont été identifiés : comorbidités, santé physique ou psychosociale, conditions environnementales ou sociales, nutrition, style de vie. Des interventions complexes ont été élaborées pour corriger ces facteurs de risque. Elles consistent en une association d'interventions en équipe interdisciplinaire pour les problèmes de santé et sociaux. Cette synthèse veut évaluer l'efficacité de toutes les interventions complexes visant à préserver les capacités physiques et l'autonomie des personnes âgées au domicile.

Méthodologie

Synthèse méthodique et méta-analyse

Sources consultées

MEDLINE, Cochrane CENTRAL, CINAHL, PsycINFO (jusqu'en janvier 2005), références dans les synthèses et articles.

Études sélectionnées

- RCTs comparant une intervention multifactorielle individuelle au domicile avec des soins habituels ou une intervention minimale, sur un suivi d'au moins 6 mois
- incluant une population de personnes âgées initialement d'au moins 65 ans et vivant à domicile ou sur le point de quitter l'hôpital pour un retour à domicile.

Population étudiée

- 97 984 personnes âgées mais différentes sous-populations vivant à domicile : population générale (N=28, n=65 847), fragilisée (N=24, n=6 515), à la sortie de l'hôpital (N=21, n=4 699), à risque de chutes (N=13, n=1 902) ou éducation et counselling en groupe (N=3, n=615)

- moyenne de 321 personnes par étude (54 à 43 219)
- exclusion : aucune mention.

Mesure des résultats

- critère de jugement : non maintien au domicile lors du suivi, décès, hospitalisation ou institutionnalisation (permanente ou au terme du suivi), chutes, capacités physiques générales et activités de la vie quotidienne
- analyse en **modèle d'effets fixes** ou **aléatoires** selon l'hétérogénéité (**test I² de Higgins**) et en **intention de traiter**.

Résultats

- mortalité de 0 à 60,8% par an selon les études (médiane 6,8%) avec la mortalité la plus élevée dans la population fragilisée (1,1 à 60,8%)
- résultats pour les différents critères en RR : voir tableau
- capacités physiques (activités de la vie quotidienne et résultats généraux) : évaluation au **score de Barthel** (43 études ; 21 651 patients) : **SMD -0,08** (IC à 95% de -0,11 à -0,06).
- NST pour le critère réduction du non maintien à domicile : 263 pour la population générale et 40 pour les personnes sortant de l'hôpital
- NST pour la réduction d'une institutionnalisation : 354 pour la population générale et 39 pour les personnes sortant de l'hôpital
- les résultats sont meilleurs pour les études initiées avant 1993.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que des interventions complexes peuvent aider des personnes âgées à vivre plus en sécurité et en autonomie et que ces interventions doivent être bâties pour répondre aux besoins et aux préférences individuels.

Financement : MRC Health Services Research Collaboration qui n'est intervenu à aucun des stades de l'étude.

Conflits d'intérêt : les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Tableau : Résultats des méta-analyses pour les différents critères (avec nombre d'études et nombre de sujets) en Risque Relatif pour l'intervention complexe versus contrôle (avec IC à 95%).

Critère	Nombre d'études	Nombre de sujets	RR (IC à 95%)
Non maintien au domicile	60	79 578	0,95 (0,93 à 0,97)
Décès	84	93 754	1,00 (0,97 à 1,02)
Institutionnalisation		79 575	0,87 (0,83 à 0,90)
• permanente	31		
• au terme du suivi	23		
Hospitalisation	41	20 047	0,94 (0,91 à 0,97)
Prévention des chutes	25	15 607	0,90 (0,86 à 0,95)

1. Fletcher AE, Price GM, Ng ES, et al. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. *Lancet* 2004;364:1667-77.
2. Stuck AE, Beck JC, Egger M. Preventing disability in elderly people. *Lancet* 2004;364:1641-2.

3. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, et al. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med* 2002;347:1068-74.
4. Chevalier P. Préhabilitation et prévention des chutes pour les personnes âgées vulnérables. *Minerva F* 2003;2(5):77-80.

Considérations sur la méthodologie

Le protocole de cette méta-analyse est bien élaboré et respecté. Les auteurs pratiquent une analyse de l'hétérogénéité clinique : contexte de l'intervention (population générale, fragilisée (activités de la vie quotidienne limitées, maladies chroniques, à risque de détérioration fonctionnelle ou d'hospitalisation), sortie d'hôpital, prévention des chutes, éducation en groupe et counselling), qualité des études (sorties d'étude), taux de décès dans la population, date de l'étude, âge moyen des participants, intensité de l'intervention (nombre de disciplines impliquées, nombre de visites d'intervention, durée de l'intervention), nature de l'intervention dans le groupe contrôle. Une analyse de sensibilité est réalisée en fonction de la qualité des études et ne montre pas de modification des résultats. Une analyse par quartile en fonction de l'incidence des décès confirme les résultats favorables en cas de mortalité élevée. Les auteurs réalisent des funnel plots qui ne montrent pas de biais de publication. Cette étude comporte cependant plusieurs limites. Les arrêts de suivi sont variables selon les études, de 0 à 27,6%. Le processus de randomisation n'est pas décrit dans 31% des études et les auteurs ne donnent pas de description précise de l'intervention dans le groupe contrôle dans 55% des cas. Les résultats repris dans le forest plot pour l'étude MRC¹ ne correspondent pas à ceux de la publication originale et le graphique ne correspond pas à l'intervalle de confiance mentionné ; les auteurs de l'étude MRC concluent à une absence de différence significative et les résultats dans la méta-analyse sont en faveur de l'intervention. Comme c'est l'étude avec la population la plus importante pour ce forest plot, ces deux discordances nous posent question. Cette étude MRC avait une randomisation par grappes, caractéristique qui peut expliquer un manque de puissance pour montrer une différence pour les institutionnalisations : il ne s'agit en réalité pas de 43 219 patients différents mais de 4 000 pratiques différentes dans cette étude, chaque pratique ayant sa politique d'institutionnalisation². Une méta-analyse excluant cette étude montre cependant des résultats similaires aux résultats globaux.

Mise en perspective des résultats

Une étude concernant des personnes fragilisées, incluse dans cette méta-analyse, avait déjà été analysée dans Minerva^{3,4}. D'autres méta-analyses montrent des résultats favorables. Une première (15 études) montre le bénéfice de programmes de visites au domicile en prévention des décès

ou d'une institutionnalisation⁵. Une deuxième (18 études) montre également un bénéfice de visites à domicile ciblant l'amélioration des capacités physiques avec évaluation multidimensionnelle et nombreuses visites de suivi⁶ ; elle montre une réduction des institutionnalisations en cas de nombre plus élevé de visites, et de décès en cours d'étude dans les populations moins âgées (72,7 à 77,5 ans). Une troisième (9 études) montre l'intérêt d'une intervention à la sortie de l'hôpital en termes de maintien au domicile et d'institutionnalisation⁷. Cette méta-analyse-ci ne montre pas de plus-value des interventions plus intenses par rapport à des études impliquant moins d'intervenants, de plus courte durée ou avec moins de visites. Elle ne montre également pas de meilleurs résultats en cas d'implication de professionnels de plusieurs disciplines. Les auteurs mentionnent que le type d'intervention pratiquée dans le groupe contrôle n'influence pas les résultats observés ; ils avouent cependant que cette intervention dans le groupe contrôle est souvent mal décrite et soulignent la différence estimée entre les études d'avant 1993 et celles qui ont eu lieu ensuite. Cette différence semble être liée à des interventions différentes dans les groupes contrôles, suite à l'évolution générale des connaissances et à l'intégration de plusieurs mesures préventives dans les soins courants.

Pour la pratique

Cette méta-analyse inclut différents types d'intervention (diverses disciplines professionnelles impliquées ou non, intensité et durée différentes) sur des populations cibles différentes. Les auteurs justifient cette sélection globale par le fait que toutes les études incluses évaluent les résultats d'interventions préventives chez des personnes âgées, basées sur l'évaluation des besoins médicaux et sociaux. Les résultats ne sont cependant pas statistiquement différents selon l'intensité de l'intervention ni en fonction du nombre de disciplines impliquées. Ces critères n'évaluent peut-être pas correctement les caractéristiques de l'intervention réelle. Devant cette absence de différences en efficacité entre les interventions, les auteurs concluent que les programmes doivent être bâtis en fonction des besoins et des préférences individuels. Cette affirmation pourrait amener à penser que toute intervention est efficace. L'étude MRC¹, avec la population de loin la plus importante incluse dans cette méta-analyse, ne montre cependant pas de résultat statistiquement favorable. C'est, sans doute, l'absence de preuves d'efficacité de cette étude qui a amené le même sponsor à financer cette méta-analyse-ci.

Conclusion de Minerva

Cette méta-analyse montre un intérêt de la mise en place de programmes interdisciplinaires visant à augmenter les capacités physiques des personnes âgées vivant au domicile, à prendre en considération leurs problèmes sociaux et à maintenir ainsi leur autonomie. En l'absence de différences montrées entre les interventions, au niveau de leur intensité (nombre de visites, durée de l'intervention) ou en termes de disciplines professionnelles à impliquer, il n'est cependant pas possible de faire des recommandations individualisées.

5. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001;323:719-24.

6. Stuck AE, Egger M, Hammer A, et al. Home visits to prevent nursing home

admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002;287:1022-8.

7. Hyde CJ, Robert IE, Sinclair AJ. The effects of supporting discharge from hospital to home in older people. *Age Ageing* 2000;29:271-9.