

Que proposer à nos aînés pour favoriser leur maintien à domicile?

Prof Christophe Graf

On nous présente aujourd'hui une étude méthodologiquement sévère, et plutôt dense, avec plus de 100 pages de données annexes.

Les projections démographiques montrent une tendance au vieillissement de la population, avec le double de personnes > 65ans d'ici à 2060. Il faudra donc s'adapter à l'augmentation des polymorbidités et de la baisse de la fonctionnalité liée.

La bonne nouvelle, c'est que l'espérance de vie en bonne santé augmente également, soit jusqu'à ~71 ans en 2020, mais celle-ci n'augmente pas aussi vite que l'espérance de vie prédite...

Avec l'âge, il y a une perte inéluctable de la fonctionnalité et de l'autonomie, avec une variation inter-individuelle. Le but étant de ne pas dépasser la limite de la dépendance.

Prédicteurs d'institutionnalisation: ↑ médicaments, ↓ autonomie

C'est dans ce cadre qu'intervient l'[étude du jour](#): une revue systématique et méta-analyse sur les interventions communautaires complexes pour maintenir l'autonomie des personnes âgées à domicile, dans le but de synthétiser les preuves et leur efficacité.

Il s'agit d'une méta-analyse en réseau: Cela permet d'étudier plusieurs interventions en même temps sur une même issue, en combinant les interventions de différentes études, ce qui permet de ratisser plus large et d'avoir une vision plus globale. (cave: perte de granularité).

Inclusion: essais contrôlés randomisés, suivi de ≥ 24 semaines, interventions complexes communautaires, âge moyen de ≥ 65 ans.

Issues à 12 mois: maintien à domicile, indépendance dans les activités de la vie quotidienne (basiques et instrumentales), institutionnalisation, coûts.

129 études sont incluses, regroupant 496 papiers et 266 interventions différentes.

Les interventions sont rassemblées, par des examinateurs externes, en 19 composants, soit 14 actions et 5 processus. →

Résultat principal

Toutes les interventions sont plus efficaces dans la part de la population à haut risque, comparée à celle à bas risque (différence déterminée a posteriori).

Box 1: Nineteen identified components of community based complex interventions* intended to sustain independence in older people

Action components

- "Activities of daily living training"
- Providing "aids" and adaptations
- "Alternative medicine"
- "Care voucher" provision
- "Cognitive training"
- Health "education"
- Physical "exercise"
- Formal "homecare"
- Engagement in "meaningful activities"
- "Nutrition"(al) support
- Psychological (mood) therapy ("psychology")
- "Social skills" training
- Technology for communication and engagement ("telecoms")
- "Welfare" rights advice.

Tailoring components

- "Multifactorial action" from individualised care planning
- Routine "review"
- "Medication review"
- "Monitoring"
- Routine "risk screening"

*Text in quotation marks is short version of name used in results

La qualité des preuves est évaluée par la méthode GRADE. L'action avec la meilleure évidence a une évidence de qualité basse, et celles qui suivent très basse voire inexistante.

Cette intervention provoque un maintien à domicile dans ~25% de cas: action à domicile multifactorielle avec suivi, couplée à une stratégie de réduction des médicaments.

Forces

- méta-analyse
- intervention rassemblées (pooled)
- vérification de la robustesse des méthodes à travers GRADE

Limitations

- Pas de données sur le cadre des études
- Perte de granularité → quelle intervention? combien de temps? ...?
- Étude coût-efficacité: coût inclus dans les issues mais pas les résultats.
- Originalité??

[Stuck et al](#) montraient en 2002 déjà, qu'une évaluation gériatrique couplée à un programme multimodal conduit par des objectifs permet de diminuer le déclin fonctionnel de 25% ainsi que la mortalité. Le facteur clef étant le suivi régulier à domicile.

D'autres études ont depuis confirmé ces données.

En conclusion, c'est une belle étude à la méthodologie carrée, qui confirme ce que l'on sait déjà: il faut prendre en charge les patients âgés à domicile de façon standardisée et multimodale.

Tout le défi se situe sur comment le faire?, et qui peut se permettre dans les modalités actuelles de remboursement de faire des visites à domicile?

La semaine prochaine, une présentation d'un projet du département en collaboration avec l'Imad: itinéraire clinique pour la réadaptation à domicile.



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch