



Best Practice

Bonnes pratiques Fiches d'information basées sur des données probantes, à l'intention des professionnels de la santé

Efficacité des interventions visant à prévenir la pré-fragilité et la progression de la fragilité chez les personnes âgées

Recommandations¹

- Des exercices physiques effectués en groupe devraient être proposés aux personnes âgées pré-fragiles, fragiles vivant en institution, ou à domicile afin de prévenir la progression de la fragilité (**Niveau A**)
- L'enseignement d'exercices physiques, avec des exercices à faire à domicile, peuvent être proposés aux personnes âgées vivant à domicile afin de réduire leur niveau de fragilité (**Niveau B**)
- Les suppléments nutritionnels sont fortement recommandés pour les personnes âgées pré-fragiles et fragiles vivant à domicile afin de prévenir la progression de la fragilité (**Niveau A**)
- Des suppléments nutritionnels en plus d'exercices physiques sont recommandés pour réduire, ou retarder efficacement la fragilité ou la pré-fragilité (**Niveau B**)
- Un entraînement des fonctions cognitives peut être dispensé aux personnes âgées pré-fragiles et fragiles vivant à domicile afin de prévenir la progression de la fragilité (**Niveau B**)
- Une seule visite à domicile par un professionnel formé peut être proposée pour prévenir ou retarder la progression de la pré-fragilité et de la fragilité chez les personnes âgées vivant à domicile (**Niveau B**)
- Des interventions personnalisées basées sur la situation clinique sont recommandées à grande échelle, comme stratégie efficace de réduction des coûts (**Niveau B**)
- Les professionnels de la santé peuvent proposer de l'enseignement thérapeutique en groupe, ou des séances individuelles pour les personnes à risque, les personnes âgées vivant à domicile et non-institutionnalisées afin de prévenir la progression de la pré-fragilité et de la fragilité (**Niveau B**)

¹ **Niveau A** = recommandation « forte » en faveur de la considération pour la pratique, où (1) il est clair que les effets souhaitables l'emportent sur les effets indésirables, (2) il existe des preuves d'une qualité adéquate justifiant la considération pour la pratique, (3) il y a un avantage ou aucun impact sur l'utilisation des ressources, et (4) les valeurs, les préférences et l'expérience du patient ont été prises en compte.

Niveau B = recommandation « faible » en faveur de la considération pour la pratique, où (1) des effets souhaitables semblent être plus importants que les effets indésirables, bien que ceci reste peu clair, (2) il existe des preuves justifiant la considération pour la pratique, bien qu'elles ne soient pas de haute qualité ; (3) il y a un avantage ou un impact minime sur l'utilisation des ressources, et (4) les valeurs, les préférences et l'expérience du patient peuvent ou non avoir été prises en compte.

Source d'information

Cette fiche de recommandations pour la pratique clinique (RPC) a été élaborée à partir d'une revue systématique de la littérature publiée en 2018 dans la « Base de Données JBI des Revues Systématiques et Rapports d'Implantation ». Cette revue systématique est disponible sur le site du Joanna Briggs Institute (www.joannabriggs.org).

Contexte

La fragilité est un processus dynamique caractérisé par la spirale du déclin dans divers domaines fonctionnels. La fragilité prédispose aux chutes, aux fractures, à l'invalidité, à la dépendance, à l'hospitalisation et le placement en institution et peut conduire à la mort. Pour diagnostiquer la fragilité, au moins trois des indicateurs phénotypiques suivants doivent être observés : faiblesse avec force musculaire diminuée (p.ex., faible force de préhension), ralentissement général, trouble de l'équilibre et diminution de la mobilité, fatigabilité voire épuisement, faible niveau d'activité physique et perte de poids involontaire.

La pré-fragilité se caractérise par la présence d'un seul ou deux de ces marqueurs. Une revue systématique a montré que la prévalence de la fragilité chez les personnes âgées (65 ans et plus) vivant à domicile était de 4 à 17 %, et de 19 à 53 % pour la pré-fragilité, selon la définition opérationnelle de la fragilité utilisée et la population étudiée. Il s'agit d'un sujet important pour tous les professionnels de la santé et des services sociaux, pour les chercheurs et les décideurs politiques.

Des interventions qui préconisent l'activité physique, des soins de santé et d'aide sociale, la stimulation cognitive, la nutrition, la médication, et les aspects psychosociaux ont été proposées. Cependant, l'impact de ces interventions en termes de résultats cliniques reste à démontrer. Il est nécessaire d'examiner l'efficacité des interventions pour prévenir la progression de la pré-fragilité et de la fragilité chez les personnes âgées, en termes de résultats de santé et de coûts.

Objectif

L'objectif de cette fiche RPC est de présenter les meilleures données probantes disponibles sur l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des interventions visant à prévenir la progression de la pré-fragilité et de la fragilité chez les personnes âgées (65 ans et plus).

Types d'interventions

La revue systématique a examiné les études qui évaluaient des interventions centrées sur la prévention de la pré-fragilité et de la progression de la fragilité chez les personnes âgées (65 ans et plus), dans tout type de milieu (à domicile, en établissements médico-sociaux, dans les hôpitaux).¹ Les interventions comprenaient, entre autres, l'activité physique, des soins de santé et d'aide sociale, les interventions psychosociales, cognitives, nutritionnelles, et les programmes combinant plusieurs types d'interventions.

Qualité de la recherche

Toutes les études incluses ont été évaluées de manière indépendante par des investigateurs en binômes. L'évaluation critique des études portant sur la composante clinique/médicale de la fragilité, a mis en évidence qu'aucune étude n'obtenait un score de 100 %. Trois études ont obtenu un score de 90 %, trois autres un score de 80 % et les dernières études ont obtenu un score entre 50 et 70 %. Concernant les deux études qui portaient sur la composante économique, l'une avait une faible qualité méthodologique et l'autre modérée (20 % et 70 %). La faiblesse méthodologique était principalement liée à l'absence d'aveuglement des participants. Toutefois, ce principe est difficile à appliquer dans ce type d'interventions.

Résultats

Vingt et un essais cliniques randomisés contrôlés de 2002 à 2016 ont été inclus dans cette revue de la littérature. Toutes les études portaient sur la composante clinique / médicale de cette revue et deux de ces études ont également fourni des données économiques. Les études ont recruté des participants (n = 5275 ; 49 % de femmes) dans la communauté (n = 8), dans des centres de soins de santé primaires / communautaires (n = 3), des services de soins ambulatoires (n = 3), un service d'urgence (n = 1), un établissement de soins de longue durée (n = 1) et par d'autres biais (n = 6). Les interventions se sont déroulées dans la communauté (n = 14), dans les centres de soins communautaires, les centres médicaux et des hôpitaux (n = 4), dans un établissement de soins pour personnes âgées (n = 1), dans un institut de gérontologie (n = 1), ou dans une association de ces établissements (n = 1). La taille d'échantillon des études variait de 24 à 1338 participants et, dans deux études, le même échantillon a été utilisé.

Sur les 21 études incluses, 12 ont été menées en Europe, cinq en Asie, deux aux États-Unis, une au Mexique et une en Australie. Dans neuf études, la définition de la fragilité était basée sur les indicateurs phénotypiques issus d'une étude longitudinale sur les maladies coronariennes et les accidents vasculaires cérébraux chez les adultes âgés de 65 ans et plus menée aux États-Unis (Cardiovascular Health Study)² : faiblesse musculaire, fatigue, perte de poids, niveau faible d'activité physique et ralentissement. En complément, une étude a aussi considéré le trouble de l'équilibre et une autre a utilisé l'indice de fragilité de Rockwood³. D'autres études (n = 7) ont utilisé une évaluation compréhensive de la fragilité en considérant le statut fonctionnel et cognitif, les chutes, la dépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), la dépression, la malnutrition, l'incontinence, la polypharmacie et les comorbidités. Cinq études se sont basées sur un ensemble très limité d'indicateurs : ralentissement de la vitesse de marche et/ou niveau faible d'activité physique (n = 1), niveau faible d'activité physique et sensation d'épuisement auto-rapporté (n = 1), présence d'une mobilité réduite et mauvais état nutritionnel (n = 1), présence d'une faiblesse musculaire et changements dans les performances physiques (n = 1) et limitations dans les AVQ de base (n = 1). Les études diffèrent dans la façon dont les indicateurs ont été mesurés.

Trente-trois interventions ont été incluses portant sur le résultat principal de la fragilité, tandis que certaines ont également fourni des données sur les résultats secondaires. Les interventions ont été classées selon les catégories suivantes : programmes d'exercices physiques, prise en soin individuelle de la situation clinique, entraînement des fonctions cognitives, supplémentation nutritionnelle, substitution hormonale, programmes de visites à domicile, séances de groupe, thérapie psychologique, séances d'enseignement thérapeutique individuelles, et traitement combiné. Les comparateurs ont été décrits comme les soins habituels, les services communautaires, l'enseignement thérapeutique, les soins habituels incluant de l'enseignement, un placebo, les soins habituels incluant un placebo, le dépistage sans réponse particulière aux besoins individuels, et des exercices de mobilité. Dans une étude, le groupe de contrôle comprenait des participants qui avaient interrompu l'intervention, et dans deux études il manquait une description détaillée de l'intervention allouée au groupe contrôle. En outre, deux études ont fourni des données économiques : dans une étude les coûts et le rapport coût-efficacité de l'intervention ont été comparés aux soins habituels, et l'autre étude a analysé les coûts des services de santé d'une évaluation et une prise en soin gériatrique, comparé à des soins hospitaliers et ambulatoires habituels.

Programmes d'exercices physiques

Les programmes d'exercices efficaces comprenaient le Tai Chi, l'entraînement axé sur la résistance et un entraînement complet à plusieurs composantes. Les programmes d'exercices physiques dispensés en groupe (y compris ceux avec des exercices à réaliser à domicile) se sont avérés efficaces pour prévenir la progression de la pré-fragilité et de la fragilité des adultes vivant à domicile et en institution. Cependant, les programmes entièrement réalisés à domicile, ou dispensés individuellement, ne se sont pas avérés efficaces pour cette population.

Gestion individuelle de la situation de santé

La prise en soin individuelle de la situation clinique a montré des résultats mitigés en ce qui concerne la diminution de la fragilité chez les participants fragiles ou pré-fragiles dans les milieux communautaires. Dans l'ensemble, il n'existe pas de preuves qui permettent de recommander une prise en soin individuelle de la situation clinique pour prévenir la progression de la pré-fragilité et de la fragilité pour les personnes âgées vivant à domicile. Lorsque des séances d'enseignement thérapeutique étaient dispensées par un médecin gériatre, des résultats positifs ont été mis en évidence envers le changement de statut de fragilité.

Traitement multidisciplinaire

Les exercices de longue durée polyvalents et basés sur la musique ont permis de diminuer la fragilité, en particulier en améliorant la vitesse de la marche et la force de préhension. Lorsque les interventions intégraient des éléments visant à accroître l'attention et à stimuler la mémoire à court terme, le score de fragilité diminuait en comparant la mesure de référence (baseline) à celle effectuée 12 mois plus tard (six mois après l'intervention). Toutefois, une autre thérapie (psychologique) portant sur la résolution de problèmes n'avait pas eu d'effet sur la fragilité.

Suppléments nutritionnels et hormonaux

Les programmes d'activité physique complétés par une supplémentation nutritionnelle et un entraînement des fonctions cognitives ont montré un impact positif significatif sur la fragilité lors du suivi (à trois, six et 12 mois), indépendamment du type de supplément (globule gras du lait (MFGM) ou de protéine). Dans une étude, la supplémentation nutritionnelle seule s'est avérée efficace lorsque la MFGM était donnée à des femmes fragiles vivant à domicile. La substitution hormonale utilisée auprès d'un groupe d'hommes qui menaient une vie indépendante n'a cependant pas eu d'influence sur la fragilité.

Programmes de visites à domicile

Neuf mois de visites hebdomadaires axées sur les changements de mode de vie ont montré des effets positifs pour les personnes âgées vivant à domicile, uniquement lorsqu'une téléassistance était installée. Aucun effet n'a été constaté lorsque les participants n'avaient pas de bouton d'alerte, ni lors de visites à domicile axées sur le plan de soins d'une durée 18 mois. En revanche, une seule visite préventive à domicile pour les personnes âgées qui n'étaient pas fragiles a été efficace pour retarder la progression de la fragilité, lorsqu'elle était effectuée par un professionnel de la santé, telle qu'une infirmière.

Rapport coût-efficacité

Deux études ont montré l'efficacité économique de la réduction de la fragilité, l'une chez les personnes vivant à domicile et l'autre chez les patients hospitalisés et qui recevaient des soins ambulatoires. La première étude a cité un "bon rapport qualité-prix" 1 p.210 en particulier pour les personnes très fragiles, en comparaison avec les soins habituels. La deuxième étude a analysé les coûts associés à l'évaluation et la prise en soin gériatrique, mettant en évidence que les coûts totaux sur un an étaient similaires pour l'intervention et les soins habituels.

Conclusions

Cette revue de la littérature a montré que les interventions portant sur la fragilité avaient une efficacité mitigée. Il existe des données probantes qui soutiennent l'exercice physique (en groupe plutôt qu'en individuel) et les interventions nutritionnelles, dans la mesure où ces interventions se sont avérées les plus efficaces pour réduire la fragilité auprès des deux genres et dans tous les groupes d'âge de 65 ans et plus. Les interventions portant sur l'exercice et/ou de la supplémentation nutritionnelle ont été les plus efficaces pour inverser, retarder ou réduire les déterminants de la fragilité, mais seulement lorsque ces interventions étaient menées en classe ou en groupe. Les visites à domicile étaient largement encouragées, bien qu'elles ne soient pas systématiquement efficaces. L'utilisation d'une téléassistance permettait d'accroître la présence infirmière et la confiance des patients. Il n'y avait pas non plus de preuves soutenant l'efficacité des programmes individuels d'exercice physique, ceux qui étaient entièrement dispensés à domicile, des thérapies de résolution de problèmes, ou d'hormonothérapie substitutive pour prévenir ou limiter la progression de la pré-fragilité et de la fragilité des personnes âgées vivant à domicile.

Il existe peu d'études sur la fragilité des personnes âgées vivant à domicile, utilisant des échelles validées ou des mesures de la fragilité avant-après, qui ne soient pas spécifiques à une maladie, et aucune étude n'a comparé l'efficacité selon le genre. L'hétérogénéité des milieux et des types d'intervention dans les 21 essais cliniques randomisés contrôlés n'a pas permis de réaliser de méta-analyse.

Les différences entre les études dont les résultats étaient contradictoires peuvent être dues au contexte (c.à.d. l'environnement culturel et géographique), à l'adhésion au protocole d'intervention, ou au contenu et à la qualité des soins habituels dispensés par la communauté. La prise en soin individuelle de la fragilité était plus économique pour les personnes âgées vivant à domicile, comparé aux soins habituels. Toutefois, la prise en soin individuelle n'a pas démontré augmenter le coût total des soins pour les patients hospitalisés, et était équivalente en termes de coûts auprès des patients qui bénéficient de soins ambulatoires. Les auteurs ont mentionné que les programmes d'exercices physiques individuels, ceux entièrement dispensés à domicile, la thérapie centrée sur la résolution de problèmes ou l'hormonothérapie substitutive n'ont pas démontré prévenir la progression de la pré-fragilité et de la fragilité chez les personnes âgées vivant à domicile.

Implications pour la pratique

Les interventions visant à inverser, retarder ou réduire la fragilité sont efficaces autant pour les hommes et les femmes, pour les personnes fragiles et pré-fragiles, et pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Sur la base des résultats de la revue systématique, des interventions favorisant l'activité physique sont recommandées pour prévenir la progression du niveau de fragilité, ou la progression vers la pré-fragilité, lorsqu'elles sont proposées sous forme de séances en groupe, avec ou sans exercices à réaliser à domicile. Il a également été recommandé d'intégrer aux programmes d'exercices des composantes en lien avec la nutrition. La gestion individuelle de la fragilité devrait être adoptée à grande échelle comme stratégie de réduction des coûts par rapport aux soins habituels. Il n'existe pas de preuves qui soutiennent les programmes individuels d'exercice physique, les programmes d'activité physique entièrement dispensés à domicile, la thérapie de résolution de problèmes ou d'hormonothérapie substitutive, pour la prévention ou la progression de la pré-fragilité et de la fragilité chez les personnes âgées vivant à domicile (Figure 1).

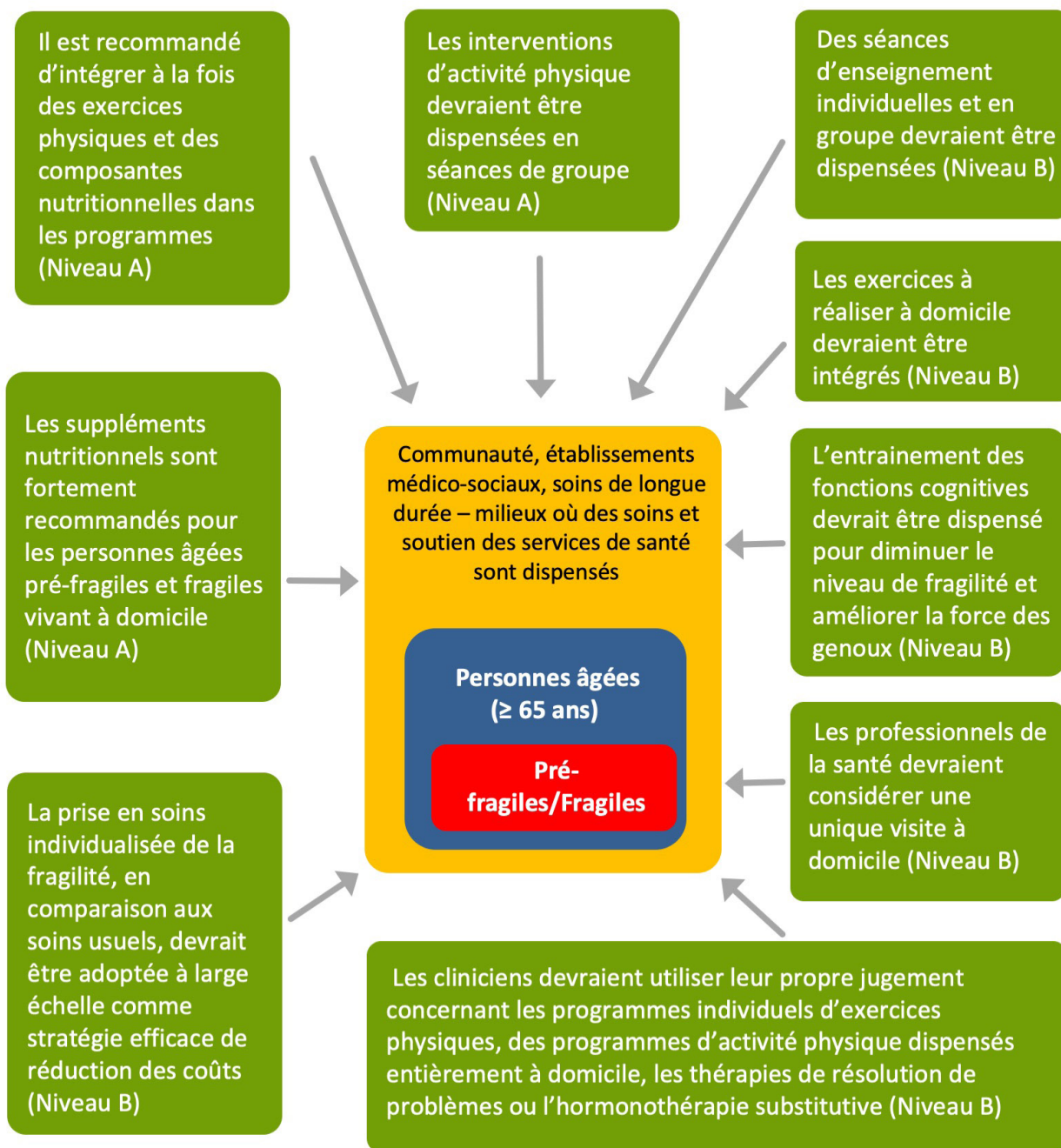
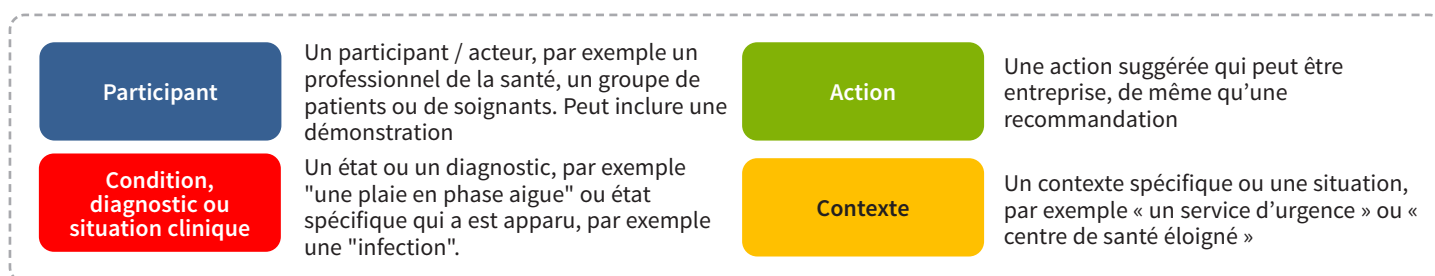


Figure 1 : Interventions pour inverser, réduire ou retarder la fragilité chez les personnes âgées



Références:

1. Apostolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018; 16(1):140-232.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol Biol Med Sci. 2001;56(3):M146-56.
3. Rockwood K, Mitnitski A, MacKnight C. Some mathematical models of frailty and their clinical implications. Rev Clin Gerontol. 2001;12(2):109-17.

Auteurs:

Tania S Marin¹

1 Joanna Briggs Institute, Université d'Adelaide, Australie du Sud, Australie.

Remerciements

Cette fiche d'information sur les bonnes pratiques a été développée en collaboration avec l'Institut Joanna Briggs. Cette fiche d'information sur les bonnes pratiques a été relue par des représentants d'entités collaboratrices de l'Institut Joanna Briggs.

Traducteurs de langues

Joanie Pellet, infirmière, doctorante en sciences infirmières, Institut universitaire de formation et de recherche en soins – IUFRS. Université de Lausanne, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse

Jenny Gentizon, infirmière, doctorante en sciences infirmières, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse

Bureau d'Echange des Savoirs pour des pratiques exemplaires de soins (BEST), Centre d'excellence JBI, Lausanne, Suisse

Comment citer cette fiche de recommandations pour la pratique clinique (RPC):

Marin TS. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults [Best Practice Information Sheet]. Joanna Briggs Institute EBP Database. 2019; 21(2):1-6



Cette fiche de recommandations pour la pratique clinique (RPC) a été élaborée par l'Institut Joanna Briggs sur la base des résultats d'une seule revue systématique publiée dans la « Base de Données JBI des Revues Systématiques et Rapports d'Implantation ». Chaque RPC en langue originale anglaise a fait l'objet d'une revue par les pairs en deux étapes par des experts reconnus dans le domaine. Note : Les informations contenues dans cette RPC doivent uniquement être utilisées par des personnes ayant l'expertise appropriée dans le domaine auquel elles se rapportent.

Bien que les auteurs aient veillé à ce que cette RPC résume les recherches disponibles et le consensus des experts, toute perte, dommage, coût, dépense ou responsabilité subis ou encourus du fait de l'utilisation de ces informations (que ce soit par contrat, par négligence ou autre) sont, dans la mesure où la loi le permet, exclus.

Copyright © 2019 Institut Joanna Briggs (JBI). Faculté de la santé et des sciences médicales, Université d'Adelaide SA 5006, AUSTRALIE

Téléphone : +61 8 8313 4880 Courriel : jbi@adelaide.edu.au www.joannabriggs.org