

Un programme multifactoriel de prévention des chutes contribue-t-il à éviter les chutes dans les maisons de repos et de soins ?

Référence

Logan PA, Horne JC, Gladman JR, et al. Multifactorial falls prevention programme compared with usual care in UK care homes for older people: multicentre cluster randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ* 2021;375:e066991. DOI: 10.1136/bmj-2021-066991

Analyse de

Sofie Sevenants^{a,b}, Koen Milisen^{a,b,c}, Ellen Vlaeyen^{a,b,d,e}
^a Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV) ; ^b Academisch Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven, ^c Dienst Geriatrie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven, ^d Universitair Centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde (UCVV), Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent, ^e Onderzoeksgroep Zorg en Ethiek, Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen, Universiteit Hasselt
Aucun conflit d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quels sont l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité d'un programme multifactoriel de prévention des chutes par rapport aux soins habituels dans les maisons de repos et de soins ?

Contexte

Les chutes sont fréquentes dans les maisons de repos et de soins (MRS) (1). Près de la moitié des résidents font une chute au moins une fois par an. Le risque de chutes répétées augmente également avec l'âge (2). Les chutes entraînent notamment des blessures et une dépendance accrue, et s'accompagnent de frais médicaux élevés (3). Enfin, elles sont aussi une importante cause de décès chez les personnes âgées séjournant en MRS (4). En 2020, nous avons publié des commentaires à propos d'une synthèse méthodique Cochrane qui avait montré l'efficacité des interventions multifactorielles, à savoir les interventions combinant deux mesures ou plus afin de limiter le risque de chute individuel chez la personne âgée, dans la réduction du risque de chute et des fractures liées aux chutes chez les personnes âgées habitant à domicile. Cependant, la valeur probante de tous les résultats était faible en raison de la faible qualité méthodologique des études incluses (5,6). Dans certaines autres synthèses méthodiques, il s'est avéré que les interventions multifactorielles de prévention des chutes n'avaient pas permis de réduire le nombre de chutes dans les MRS (7), tandis que dans d'autres, bien (8). Le processus de mise en œuvre revêt une importance cruciale dans la mise en place d'interventions multifactorielles de prévention des chutes pour les résidents de MRS. Une intervention adaptée au contexte spécifique de la MRS a en effet bien plus de chances de prouver son efficacité. À cette fin, il convient, notamment, de tenir compte des facteurs spécifiques au contexte susceptibles d'entraver et de faciliter cette mise en place (9).

Résumé

Population étudiée

- recrutement d'organisations du National Health Service (NHS) britannique comptant des équipes de prévention des chutes communautaires désireuses de participer à l'étude ; par la suite, recrutement de maisons de repos et de soins privées dans les limites géographiques du NHS Integrated Care System
- critères d'inclusion : maisons de repos et de soins prodiguant des soins à plus de dix personnes âgées ou atteintes de démence, enregistrant régulièrement des chutes et dont le propriétaire était d'accord de participer à l'étude ; une chute était généralement définie comme « une perte involontaire ou inattendue d'équilibre se terminant au sol ou sur un objet plus bas que le genou »

- critères d'exclusion : maisons de repos et de soins ayant déjà participé à des études Guide to Action Care Home (GtACH), prodiguant des soins à des personnes présentant des difficultés à apprendre, qui n'étaient pas d'accord avec l'intervention ou auxquelles les autorités avaient imposé des mesures spécifiques ; les résidents en phase terminale et les personnes en court séjour ou en revalidation étaient également exclus de l'étude
- inclusion finale de 84 MRS hébergeant une médiane de 36 (IQR 27 à 53) résidents et occupant une médiane de 33 (IQR 25 à 50) membres du personnel ; dans chaque MRS, une médiane de 18 (IQR 15 à 22) résidents a été incluse ; au total, 1 657 résidents ont été inclus : âge moyen de 85 (ET 9,3) ans, 32,1% d'hommes, résidents de la MRS depuis une médiane de 18,6 (IQR 8,3 à 36,4) mois, 67% de résidents atteints de démence ; le nombre de chutes moyen par trimestre s'élevait à 0,71 (ET 1,82) avant l'observation initiale.

Méthodologie

Étude multicentrique randomisée en grappes avec deux groupes parallèles (10) :

- groupe d'intervention (N=39 MRS et n=775 résidents) : chaque MRS a suivi le programme Guide to Action Care Home (GtACH) : tous les membres du personnel de la MRS (aides-soignant-es, surveillant-es, personnel de cuisine, personnel de ménage, direction) ont suivi une formation d'une heure en petits groupes, dispensée par des experts en prévention des chutes au moyen de cas et de jeux de rôles ; après la formation, chaque MRS a reçu un manuel résumant le programme GtACH, un outil d'analyse et d'évaluation papier, un formulaire papier destiné à consigner les chutes (pour pouvoir en déduire des tendances), un tableau récapitulatif papier reprenant les médicaments favorisant les chutes, un certificat de participation et un poster destiné à promouvoir le programme GtACH ; dans les 4 semaines suivant la formation, le risque de chute a été évalué pour tous les résidents participants et un plan d'action a été élaboré (par exemple : un résident ne boit pas assez – prévoir de varier davantage les boissons, adapter les contenants, etc.) ; le risque de chute a été réévalué tous les 3 à 6 mois et le plan d'action adapté au besoin
- groupe contrôle (N=45 MRS et n=882 résidents) : chaque MRS a prodigué les soins habituels, mais a également pu suivre le programme après 12 mois.

Mesure des résultats

- critère de jugement primaire : incidence des chutes 3 à 6 mois après la randomisation ; sur la base des chutes consignées dans les dossiers de soins, dans les formulaires ad hoc, dans les rapports d'intervention des ambulanciers et dans les admissions à l'hôpital
- critères de jugement secondaires :
 - incidence des chutes dans les 3 mois, puis 6 à 9 mois et 9 mois à 1 an après la randomisation ;
 - dépendance (mesurée au moyen de l'**indice de Barthel**) et activité physique [mesurée au moyen du **questionnaire Physical Activity Measure-Residential Care Homes (PAM-RC)**] 3, 6, 9 et 12 mois après la randomisation ;
 - fréquence et type de fracture 1 à 6 mois et 7 à 12 mois après la randomisation ;
 - nombre de décès dans les 12 mois suivant la randomisation
- critères de jugement économiques : **Quality Adjusted Life Years (QALYs)** sur la base de l'**indice EuroQoL** et du questionnaire **Dementia Quality of Life (DEMQOL)** 12 mois après la randomisation
- **analyse en intention de traiter**
- correction des résultats en fonction de la région NHS, du type de MRS et des valeurs de base.

Résultats

- critère de jugement primaire : 3 à 6 mois après la randomisation, l'incidence des chutes a été significativement plus faible dans le groupe d'intervention (6,0/1 000 jours-résidents) par rapport au groupe contrôle (10,4/1000 jours-résidents) ; **ratio de taux d'incidence corrigé** : 0,63 (avec IC à 95% de 0,52 à 0,78 ; $p < 0,001$)

- critères de jugement secondaires : dans les 3 mois suivant la randomisation, l'incidence des chutes a été significativement plus faible dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle (ratio de taux d'incidence corrigé de 0,74 (avec IC à 95% de 0,60 à 0,92 ; p = 0,006) ; il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre les deux groupes dans le ratio de taux d'incidence 6 à 9 mois et 9 mois à 1 an après la randomisation ; il n'y a pas eu non plus de différence statistiquement significative entre les deux groupes en termes de dépendance et d'activité physique 3, 6, 9 et 12 mois après la randomisation, ni en termes de décès dans les 12 mois suivant la randomisation ; le nombre de fractures 7 à 12 mois après la randomisation a été significativement plus faible dans le groupe d'intervention (1,5% des résidents) par rapport au groupe contrôle (3,8% des résidents) ; OR de 0,34 (avec IC à 95% de 0,15 à 0,75 ; p = 0,007)
- critères de jugement économiques (n=732 résidents dans le groupe d'intervention et n=871 résidents dans le groupe contrôle) : le coût incrémentiel par QALY s'élève à 4544£ (5184€)¹ (sur la base de l'indice EuroQoL) et à 20889 £ (23830€) (sur la base du questionnaire DEMQOL) ; le coût par chute évitée s'élève à 191 £ (218€) ; il y a 92% de chance (sur la base de l'indice EuroQol) et 57% de chance (sur la base du questionnaire DEMQOL) que le programme GtACH présente un bon rapport coût-efficacité pour une valeur seuil de 20000 £ (22816€) par QALY.

Conclusion des auteurs

Le programme Guide to Action for Care Homes (GtACH) a entraîné une réduction du nombre de chutes et a présenté un bon rapport coût-efficacité, sans diminuer l'activité physique ni accroître la dépendance.

Financement de l'étude.

Programme HTA du National Institute for Health Research (NIHR) (réf 13/115/29).

Conflits d'intérêts des auteurs

Aucun conflit d'intérêt n'a été signalé.

Discussion

Evaluation de la méthodologie

Il est question d'une étude multicentrique avec randomisation en grappes dont la taille de l'échantillon a été correctement calculée. La randomisation a été générée par ordinateur avec attribution en aveugle pour les chercheurs, le personnel et les résidents. La stratification par région NHS et par type de MRS a donné lieu à une différence de nombre de MRS entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Les caractéristiques de base étaient comparables entre les deux groupes. L'étude n'a pas pu être réalisée en aveugle en raison de la nature de l'intervention. Les prestataires de soins n'ont pas consigné les chutes en aveugle. Les variables de jugement ont toutefois été rassemblées par un chercheur en aveugle. Des mesures, comme la non-publication et le non-partage du manuel de formation et l'importance d'une bonne explication des soins habituels dans le groupe contrôle, ont été prises pour éviter la contamination entre les deux groupes d'étude. Les chercheurs ont réalisé une analyse en intention de traiter, qui a fait l'objet d'une correction en ce qui concerne les paramètres pertinents. La raison pour laquelle deux instruments de mesure ont été choisis pour l'évaluation économique n'apparaît pas clairement, puisque les chercheurs admettent eux-mêmes que l'indice EuroQoL est un instrument de mesure plus sensible à utiliser dans les MRS.

Interprétation des résultats

Le programme multifactoriel de prévention des chutes Guide to Action for Care Homes (GtACH) donne des résultats prometteurs. On a constaté une réduction du nombre de chutes 3 à 6 mois après la randomisation, sans différence en termes d'activité physique et de dépendance. On n'a toutefois pas

¹ 1 EUR = 0,8766 GBP ; 1 GBP = 1,1408 EUR

observé de différence statistiquement significative entre les deux groupes dans l'incidence des chutes 6 à 9 mois et 9 mois à 1 an après la randomisation. C'est peut-être dû à un manque de puissance résultant des sorties d'étude pour cause de décès. La perte d'effet de l'intervention après 6 mois peut également s'expliquer par la baisse de l'attention portée par le personnel à la prévention des chutes et aurait peut-être pu être évitée par la mise en place d'un soutien ou d'une formation supplémentaire. Nous devons également souligner que l'effet de l'intervention a peut-être été sous-estimé. Le risque existe en effet que, lors du recrutement des MRS, le choix se soit principalement porté sur des MRS dont le personnel s'intéressait déjà à la prévention des chutes. Dès lors, il est possible que dans le groupe contrôle, les soins habituels englobaient déjà davantage de mesures de prévention des chutes que dans d'autres MRS n'ayant pas participé à l'étude. En raison de la mise en place du programme GtACH, les MRS du groupe d'intervention ont peut-être aussi été plus enclins à consigner les chutes que les MRS du groupe contrôle. Dans une synthèse méthodique antérieure de la Cochrane Collaboration relative aux interventions de prévention des chutes dans les MRS, aucun effet des interventions multifactorielles de prévention des chutes sur l'incidence des chutes n'a pu être montré. Les études incluses étaient d'une qualité méthodologique faible à très faible (7). Il est possible que l'approche méthodologique de co-conception de l'étude ait contribué aux résultats positifs du programme GtACH. Le programme GtACH a été mis au point sur la base d'une étude de la littérature, de l'expérience clinique et des idées des résidents, de leur famille, du personnel et des chercheurs. La co-conception exerce un effet bénéfique sur la collaboration entre les chercheurs et les utilisateurs finaux du programme (les personnes âgées, soit les résidents) et favorise le processus de mise en œuvre. À cet égard, il est crucial de prendre en compte et de bien interpréter les facteurs spécifiques au contexte susceptible d'entraver et de faciliter la mise en place du programme (9). Pour extrapoler le programme GtACH à d'autres MRS, il convient de tenir compte d'éventuelles différences dans les caractéristiques structurelles, culturelles et organisationnelles. Une étude de mise en œuvre supplémentaire s'avère donc nécessaire en vue d'appliquer le programme GtACH dans d'autres contextes spécifiques. Le programme montre également un bon rapport coût-efficacité, mais il convient d'examiner plus avant dans quelle mesure ce résultat est extrapolable à la situation belge.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Une intervention multifactorielle est recommandée pour prévenir les chutes chez les personnes âgées, tant à domicile (11) qu'en maison de repos et de soins (11). Après une évaluation multifactorielle menée par un coordinateur de la prévention des chutes, il convient d'établir un plan d'accompagnement et de l'adapter au risque de chute individuel du résident (12). Une procédure doit être élaborée pour garantir la mise en œuvre efficace et réussie des interventions multifactorielles de prévention des chutes dans les MRS (13). La première étape consiste à poser les fondements en gagnant l'engagement des responsables politiques et de la direction, en désignant un coordinateur de la prévention des chutes, en mettant sur pied une équipe multidisciplinaire de prévention des chutes et en impliquant les parties prenantes. La deuxième étape vise à dresser un état des lieux de la situation de départ en essayant de cerner le problème et en identifiant les procédures existantes et les lacunes. Lors de la troisième étape, il convient de déterminer les priorités et les objectifs. La quatrième étape consiste à réfléchir aux mesures à prendre et la cinquième, à les mettre en œuvre. La sixième étape implique d'évaluer les mesures et les résultats obtenus et de rectifier le plan d'action, et la septième, de procéder à l'ancrage (13).

Conclusion de Minerva

Cette étude contrôlée, randomisée en grappes et correctement menée d'un point de vue méthodologique montre que le programme multifactoriel de prévention des chutes Guide to Action for Care Homes (GtACH) réduit le nombre de chutes chez les résidents en maisons de repos et de soins sans diminuer l'activité physique ni accroître la dépendance à court terme (3 à 6 mois). L'accent a surtout été mis sur la conscientisation, la sensibilisation, l'évaluation, l'aide à la décision et l'aide à la mise en œuvre dans le contexte d'une MRS. Le programme de prévention des chutes a également présenté un bon rapport coût-efficacité dans le cadre du système de soins de santé du Royaume-Uni.

Références voir site web