

Projet européen *Advantage* : prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées

Entretien avec le professeur Leocadio Rodríguez-Mañas,

MD, PhD, hôpital universitaire de Getafe, Madrid (Espagne), coordonnateur de l'action conjointe européenne *Advantage* (2017-2019).

La Santé en action : **Que pouvons-nous attendre de l'action européenne *Advantage* pour la prévention et la gestion de la fragilité, à laquelle participent 22 États et 40 organisations ?**

Pr Leocadio Rodríguez-Mañas : La dépendance représente désormais l'une des principales menaces pesant sur la qualité de vie des Européens, en particulier des Européens âgés, et sur la pérennité des systèmes de santé. Pour de nombreux problèmes de santé (cancer, cardiopathie ischémique, diabète, etc.), l'approche la plus judicieuse consiste à prévenir l'apparition de la maladie, à plus forte raison lorsque l'efficacité des traitements disponibles est incertaine. C'est également le cas pour la dépendance : en effet au cours de ces vingt dernières années, les chercheurs ont démontré qu'il était possible d'identifier les individus à risque de perte d'autonomie et de leur proposer des interventions efficaces pour retarder ou éviter un problème de santé pouvant entraîner une hospitalisation, voire un décès. *Advantage*¹ se focalise sur cet état de fragilité dans le but de créer un cadre conceptuel et une approche de la fragilité partagée par les États membres de l'Union européenne. Cet état de fragilité est défini par l'OMS². Durant ce programme de trois ans (2017-2019), les entités

représentant les États membres participants – pour la France : le ministère de la Santé et Santé publique France – ont produit des documents de consensus résumant l'état des connaissances. Le programme formulera également des propositions d'actions concrètes et des feuilles de route spécifiques à chaque État membre qui, sur la base de la situation actuelle et des priorités nationales, détailleront les activités à mettre en œuvre.

S. A. : **Quels sont les travaux engagés durant l'action conjointe ?**

Pr L. R.-M. : L'action conjointe *Advantage* est structurée autour de cinq groupes de travail thématiques abondant : la fragilité dans une approche individuelle (repérage et diagnostic) ou populationnelle (épidémiologie et surveillance), sa prévention et sa prise en charge, l'organisation des services de soins et, enfin, les besoins de formation et de recherche. En travaillant selon le même processus, les cinq groupes élaborent l'expertise et réalisent :

- une revue de la littérature pour déterminer l'état des connaissances [1] (*state of the art*) au cours de la première année (2017), qui a donné lieu à diverses publications disponibles tant sur la page Web d'*Advantage*³ que dans des revues spécialisées ;
- un état des lieux du repérage, dans le sens de l'identification d'une situation de fragilité et de sa prise en charge dans les États membres participants. Pour réunir ces données, les experts participant à l'action conjointe ont élaboré un questionnaire à destination des représentants et des institutions des États. Leurs réponses ont permis de rédiger un deuxième document – en cours de révision – intitulé

L'ESSENTIEL

▣ **Les études scientifiques démontrent qu'il est possible d'identifier les individus à risque de perte d'autonomie et de leur proposer des interventions efficaces pour retarder ou éviter la survenue d'événements négatifs pour leur santé. C'est ce qui justifie la mise en œuvre d'une stratégie européenne de lutte contre la fragilité, développée par l'action conjointe *Advantage* (2017-2019).**

Frailty Prevention Approach (FPA ou *Approche de prévention de la fragilité*) et auquel ont été consacrées toute la deuxième année et une partie de la troisième (2018-2019) ;

- une feuille de route 2020-2023 pour chaque État membre en s'appuyant sur l'état des connaissances⁴, incluant l'expertise sur l'*Approche de prévention de la fragilité* (FPA) et sur les conclusions issues de deux réunions en présentiel des experts de l'action conjointe au cours de la troisième année (2019). Ces réunions ont contribué à l'analyse et à l'identification des éléments communs qui façonneront l'approche européenne de la fragilité et à l'identification des particularités par chacun des États et à la définition des priorités nationales.

L'élaboration des divers documents a également tenu compte de sources d'information considérées comme faisant partie de la littérature grise, qui comprend entre autres des rapports locaux, régionaux et des projets de recherche en cours, en accordant une attention particulière à des projets et des actions conjointes d'entités européennes, tels que les projets *Chrodiss*⁵ et *Sunfrail*⁶ et des initiatives comme



© Audre Alcover – Société Icon Sport pour l'événement 120 ans de sport by ASPTT (Limoges, mai 2018)

le *European Innovation Partnership on Active Healthy Aging (EIP-AHA)*⁷ ou *Partenariat européen d'innovation sur le vieillissement actif et en santé*.

S. A. : Quelles sont les interventions les plus concluantes issues de ces évaluations de programmes dans les pays européens ?

Pr L. R.-M. : L'approche de la fragilité est très variable dans les différents pays européens tant concernant le cadre conceptuel de la fragilité (certains privilégient le phénotype de fragilité, d'autres se sentent plus à l'aise avec le concept d'accumulation de déficits), que concernant le diagnostic ou l'approche au sein des systèmes de santé. Chaque pays considèrerait auparavant la question sans se préoccuper de l'harmonisation avec les autres États membres, tout comme la Commission européenne elle-même qui négligeait le problème et en avait une approche très hétérogène. *Advantage* a donc permis d'attirer l'attention sur cette hétérogénéité, dont certains États membres n'avaient pas pris la mesure. Elle est visible non seulement entre États membres, mais également entre leurs régions avec une très importante disparité en matière d'approches et d'initiatives. Elle n'épargne pas la France, où certaines régions n'ont adopté aucune initiative identifiable, tandis que dans d'autres régions – comme l'Occitanie avec le gérontopôle de Toulouse ou l'initiative Maladies chroniques pour un vieillissement actif (Macvia), ou encore le gérontopôle de la Bourgogne-Franche-Comté –, la fragilité

et son approche sont de véritables sujets prioritaires qui bénéficient de l'attention et de l'appui des autorités locales, régionales et nationales⁸. Nous nous retrouvons dans une situation où certains pays sont presque totalement dépourvus de structures et actions axées sur la fragilité, tandis que d'autres disposent de services de santé prenant en compte de manière importante cette problématique – comme le Royaume-Uni, la France, la Finlande, l'Italie ou l'Espagne –, ou souhaitent mettre en place les services nécessaires – Irlande, Pays-Bas [2]. À travers son document *État des connaissances (State of the Art [1])*, *Advantage* a identifié une série d'actions et d'interventions qui ont démontré leur efficacité (et dans certains cas leur efficacité) dans la prévention et la prise en charge de la fragilité. Citons notamment :

- le besoin d'un repérage opportuniste de la fragilité au moyen d'une série d'échelles élaborées selon une méthodologie scientifique ;
- l'utilisation d'échelles plus précises pour le diagnostic ;
- la nécessité d'établir des programmes d'activité physique en prévention ; et également dans une approche thérapeutique, si une fragilité est identifiée ;
- l'importance de détecter et de traiter la dénutrition ou le risque de dénutrition ;
- le besoin d'évaluer la fragilité chez tous les patients âgés avant de prendre une quelconque décision diagnostique ou thérapeutique, parce qu'il s'agit du principal facteur prédictif d'évolutions défavorables.

La France fait partie des rares pays européens dans lequel le repérage opportuniste de la fragilité est recommandé (depuis 2013) pour tous les individus après 70 ans, en vue de leur proposer des actions de prévention ciblées sur l'activité physique et la nutrition notamment⁹.

S. A. : Pourriez-vous présenter les programmes les plus prometteurs mettant en évidence la diversité culturelle et humaine des pays membres de l'Union européenne ?

Pr L. R.-M. : Bien qu'*Advantage* recommande de multiples interventions, dont quelques-unes sont détaillées dans ma réponse à la question précédente, trois d'entre elles me semblent particulièrement intéressantes. La première porte sur l'importance d'un repérage et d'une prévention corrects de la fragilité. Des groupes déterminés de personnes âgées présentent un risque accru de la développer ou d'en être victimes. Ces individus à risque présentent notamment les caractéristiques suivantes :

- une comorbidité fréquente, en particulier un diabète de type 2, une cardiopathie ischémique, une insuffisance cardiaque, un trouble cognitif, une obstruction chronique des voies respiratoires ou une arthrose ;
- la prise concomitante de plusieurs médicaments ;
- une activité physique réduite ;
- des contacts sociaux limités et un réseau social réduit.

Chez les personnes de 75 ans et plus qui répondent à ces caractéristiques, la fragilité doit être évaluée périodiquement. En leur absence, cette évaluation doit commencer à 80 ans de manière opportuniste, en utilisant les outils adéquats et en complétant l'examen du sujet par une évaluation gériatrique standardisée, adaptée à l'environnement de soins considéré. Détecter sans envisager d'intervenir n'a aucun sens et ces programmes de repérage doivent donc être suivis de programmes d'intervention.

Jusqu'il y a peu, nous manquions de données probantes sur l'efficacité et le succès des interventions consacrées à la fragilité, mais on peut affirmer que ces données sont désormais de plus en plus nombreuses. Parmi ces

interventions, la mise en œuvre de programmes d'activité physique multidimensionnelle (c'est-à-dire comprenant des exercices aérobies, de résistance-force, d'équilibre et de souplesse) est peut-être la mieux étayée. Des programmes d'exercice physique ne requérant que peu de matériel et une supervision réduite ou nulle sont déjà disponibles¹⁰. Les personnes n'ayant que de modestes moyens ou un accès limité à des gymnases ou à des centres de réhabilitation peuvent donc si nécessaire les suivre à domicile. Les exercices de force musculaire en constituent l'élément central. Les données scientifiques concernant les programmes de nutrition indiquent qu'ils sont utiles en complément des programmes d'exercice physique ; appliqués seuls, leur efficacité est en revanche controversée. L'utilisation et la posologie des suppléments de vitamine D doivent d'autre part être éclaircies, même si *Advantage* recommande de les envisager.

Le troisième pilier concerne l'environnement dans lequel se déroulent les programmes de prévention, repérage et traitement de la fragilité et les modalités de surveillance de leur efficacité ou de leur efficacité. Des données de plus en plus nombreuses suggèrent qu'il est nécessaire de développer des soins continus et coordonnés entre les différentes entités de santé (santé publique, systèmes sanitaires et sociaux, société civile, etc.) dans le but ultime d'offrir des soins intégrés aux personnes concernées. Si de nombreuses informations indirectes indiquent une efficacité des systèmes de soins ainsi conçus [3], nous manquons toujours de preuves solides. Cependant, l'Organisation mondiale de la Santé les recommande et des services de santé – comme ceux d'Écosse – qui ont implémenté et évalué ces modalités ont obtenu des résultats favorables impressionnants [4 ; 5]. C'est pour toutes ces raisons qu'*Advantage* recommande que les services de santé actuels, pensés pour offrir une réponse aux problèmes de santé aigus, adoptent progressivement des modèles de prévention des maladies chroniques préservant l'autonomie fonctionnelle des citoyens.

S. A. : Les programmes à l'efficacité démontrée par une évaluation indépendante peuvent-ils être appliqués à d'autres pays, malgré des structures sociales et culturelles différentes ?

Pr L. R.-M. : Dans le cadre d'*Advantage*, nous avons entre autres cherché à travailler sur les éléments communs des différentes actions menées dans les États membres. Nous avons réussi à identifier une série de caractéristiques susceptibles d'être appliquées à pratiquement tous les modèles européens, moyennant des adaptations mineures à chaque contexte. Les feuilles de route en cours d'élaboration comprennent par conséquent des axes communs auxquels s'ajoutent quelques approches qui prennent en compte justement les spécificités des différents pays. Cette approche peut être l'un des facteurs assurant le succès de la mise en œuvre des feuilles de route, que nous allons suivre et soutenir si nous obtenons des financements supplémentaires dans les années à venir. Les feuilles de route devront être diffusées aussi largement que possible auprès des organismes et des professionnels concernés. ■

Propos recueillis par Dagmar Soleymani, chargée d'étude scientifique, PhD
Direction de la prévention et de la promotion de la santé
Unité personnes âgées et populations vulnérables,

Laure Carcaillon-Bentata, épidémiologiste, chargée de projets scientifiques, PhD
Direction des maladies non transmissibles et traumatismes
Unité Pathologies, populations et traumatismes
Santé publique France.

1. L'action conjointe *Advantage* bénéficie d'un financement européen dans le cadre du 3^e programme européen de Santé 2014-2019. <http://www.advantageja.eu/>

2. *Advantage* a retenu la définition de la fragilité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La fragilité [...] peut être considérée comme étant une régression progressive des systèmes physiologiques liée à l'âge, qui entraîne une diminution des réserves de capacités intrinsèques, ce qui confère une extrême vulnérabilité aux facteurs de stress et augmente le risque d'une série d'effets négatifs sur la santé. » (Organisation mondiale de la santé – OMS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève : OMS, 2016)

3. <http://advantageja.eu/index.php/fr/a-propos-de-nous/plus-sur-la-fragilite/21-page/474-documents-sur-la-fragilite>

4. <https://www.inrca.it/inrca/advantage/index.asp>, avec un classement par pays. Pour la France : <https://www.inrca.it/inrca/advantage/focuson.asp?Nation=France#FRANCE>

5. <http://chrodis.eu/>

6. <http://www.sunfrail.eu/>

7. https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en

8. Pour en savoir plus sur la prévention et le repérage de la fragilité en France :

- recommandations de la HAS, repérage des fragilités par les caisses de retraite : <https://www.pourbienvieillir.fr/la-fragilite> ;

- pour les travaux des gérontopôles : <https://www.pourbienvieillir.fr/organismes-recherche> ;

- pour les outils de repérage comme la grille Fragire, etc. : <https://www.pourbienvieillir.fr/les-entretiens-deducation-pour-la-sante>

9. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires

10. www.vivifrail.com

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Rodríguez-Laso Á., Caballero Mora M.-Á., García Sánchez I., Rodríguez Mañas L., Bernabei R., Gabrovec B. *et al.* *State of the art report on the prevention and management of frailty*. [Rapport] *Advantage*, 2017 : 36 p. En ligne : http://advantageja.eu/images/SoAR-AdvantageJA_Fulltext.pdf

[2] García Sánchez I. (Deputy Coord.), Caballero Mora M.-Á. (Technical Supp.), Rodríguez Mañas L. (Coord.). *Frailty Prevention Approach*. *Advantage*, 2018 : 52 p. En ligne : <http://advantageja.eu/images/FPA%20Core%20ADVANTAGE%20doc.pdf>

[3] Flanagan S., Damery S., Combes G. The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence. *Health Quality of Life Outcomes*, 29 septembre 2017, vol. 15, n° 1 : p. 188. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5622519/>

[4] Beard J. R., Officer A., de Carvalho I. A., Sadana R., Pot A. M., Michel J. P. *et al.* The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*, 21 mai 2016, vol. 387, n° 10033 : p. 2145-2154. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848186/>

[5] Hendry A, Taylor A, Mercer S, Knight P. Improving Outcomes through Transformational Health and Social Care Integration - The Scottish Experience. *Health Q.* 2016;19(2):73-79.