

Fiche No¹⁷	<p align="center">Projet LIFE : Partenariat pour augmenter l'activité physique chez les personnes âgées souffrant de maladies chroniques</p> <p>Myriam C. Morey, Carola Ekelund, Megan Pearson, Gail Crowley, Mathiew Peterson, Richard Sloane, Carl Pieper, Eleanor McConnell, and Hayden Bosworth. Project LIFE: A Partnership to Increase Physical Activity in Elders With Multiple Chronic Illnesses. <i>Journal of Aging and Physical Activity</i>. 2006; 14 : 324-343.</p>
But de l'intervention	<p>Démontrer que les personnes âgées avec plusieurs maladies chroniques, suivies en cliniques gériatriques ou en soins de santé primaires, peuvent facilement être conseillées pour améliorer leur pratique d'activités physiques.</p> <p>Augmenter l'AP à l'aide d'un programme de conseils intensifs chez les personnes âgées souffrant de plusieurs maladies chroniques et suivies en cliniques gériatriques ou en soins de santé primaires.</p> <p>Les omnipraticiens n'ont ni le temps ni la formation requise pour conseiller efficacement les patients âgés souffrant de multiples maladies chroniques en matière d'activité physique (AP). Pire, l'efficacité des conseils en AP dans les soins de santé primaire n'a pas encore gagné l'unanimité chez les dirigeants politiques.</p>
Description de l'intervention	<p>Quoi :</p> <p>C'est un projet pilote de conseils intensifs, personnalisés et voulant rejoindre le plus grand nombre de personnes âgées qui souffrent de maladies chroniques. Pendant 20 ans, un programme en milieu hospitalier d'exercices ambulatoires pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques était dirigé par les chercheurs. Quelque temps avant la mise en route de la présente étude, un programme de consultation en activité physique a été ajouté pour les patients qui en raison d'une santé défailante ou des contraintes de déplacement ne pouvaient se rendre aux installations. Le projet <i>Leisure-time activity counseling to Improve Fitness in Elders (LIFE)</i>, représente un partenariat entre les omnipraticiens, les professionnels en AP et les patients âgés. L'intervention se faisait par communication d'informations portant sur les effets de l'AP, sur les maladies chroniques, les barrières éventuelles de la pratique de l'AP ainsi que d'autres conseils n'ayant pu être donnés au cours des consultations.</p>

Les conseils donnés étaient appuyés par des arguments de motivation avancés par le patient (motivation par entrevue), ainsi que par sa conviction à pouvoir réaliser l'AP (auto-efficacité).

Les participants étaient ensuite randomisés en 3 groupes :

1. Groupe qui recevait les soins de base (GSB);
2. Groupe qui recevait les soins de base en plus de conseils de base sur la gestion et la prévention de la maladie (GCB);
3. Groupe qui recevait les soins de base plus le programme intensif de conseils en matière d'AP (GCI).

Tous les participants recevaient un manuel du projet LIFE qui avait la même présentation, mais dont le contenu variait en fonction du groupe.

Dans le groupe-conseils intensifs (GCI), le manuel contenait les photos et les coordonnées des professionnels en AP, les objectifs du projet LIFE (cumuler 30 minutes d'AP à intensité modérée pendant 5 jours ou plus par semaine), une liste des bénéfiques de l'AP, le guide d'exercice de l'Institut National sur le Vieillissement (NIA), un podomètre et ses instructions, un journal quotidien pour relever le nombre de pas et une description des symptômes à surveiller. Tous les participants pour qui la marche a été prescrite recevaient des instructions pour l'utilisation du podomètre. Lors de chaque appel téléphonique, on utilisait une technique d'entrevue motivationnelle pour rehausser le sentiment d'auto-efficacité et d'autogestion, et faire un recadrage cognitif. De plus, étaient abordés : une mise au point du statut d'activité physique, un renforcement pour le changement de comportement, une discussion sur les barrières en vue de les lever et l'élaboration ou le maintien des objectifs.

Les participants du GCB recevaient un manuel qui contenait les photos et les coordonnées des professionnels en AP en plus d'une série d'informations sur 9 sujets autres que l'AP qui ont été élaborées pour la plupart par le NIA. Le professionnel en AP a téléphoné à chaque patient et il a donné des conseils sur la santé selon un protocole écrit, sans aucun effort pour induire un changement de comportements.

Qui :

Tous les professionnels en gériatrie et des soins de santé primaire impliqués dans le programme ont reçu une formation formelle basée sur le protocole *Physician-Based*

	<p><i>Assessment and Counseling for Exercise (PACE)</i> qui incluait des techniques de consultation et d'évaluation de la motivation. Les concepteurs de PACE ont servi de consultants à ce projet en approuvant toutes les modifications des protocoles en plus de donner la formation initiale. LIFE est basé sur un fort partenariat entre les professionnels de gériatrie, les professionnels des soins de santé primaires, les consultants en santé et les patients. Tous ignoraient le groupe d'appartenance des participants.</p>
	<p>Pour qui :</p> <p>Tous les patients âgés de 70 ans et plus suivis dans un centre de santé médical administratif pour les vétérans (VHAMC), dans les cliniques de gériatrie et de soins de santé primaire dans la ville de Durham.</p>
	<p>Comment :</p> <p>Les candidats potentiels ont été examinés par des omnipraticiens pour identifier leur éligibilité. Les omnipraticiens envoyaient une lettre d'information à propos de l'étude aux patients qu'ils jugeaient aptes à participer. Les raisons d'exclusion les plus fréquentes à ce stade étaient « très faible ou très malade ». Les patients retenus recevaient, un mois avant la première visite en clinique, une lettre explicative détaillée. Ceux qui acceptaient de fournir un consentement écrit étaient randomisés.</p>
	<p>Quand/combien :</p> <p>9 appels téléphoniques de 18 minutes chacun à raison de 2 fois par semaine pendant 3 mois, puis, 1 fois par mois pendant 3 mois supplémentaires.</p>
	<p>Où : Durham, Caroline du Nord, États-Unis.</p>
<p>Méthodologie d'évaluation</p>	<p>Évaluation d'une intervention : Déjà existante.</p>
	<p>Qui procède à l'évaluation : Équipe ayant développé l'intervention</p>
	<p>But de l'évaluation :</p> <p><u>Objectif primaire</u></p> <p>Évaluer le changement dans la pratique de l'AP chez les personnes âgées ayant participé pendant 6 mois au programme intensif de conseils en matière d'AP (GCI), en comparaison à un groupe recevant des conseils de base (GCB) ou à un groupe contrôle (GSB).</p>

Objectif secondaire

Évaluer les changements autorapportés sur les fonctions et les performances physiques, l'auto-efficacité, la qualité de vie, la vitalité et la douleur.

Type d'évaluation : Essai contrôlé randomisé avant/après auprès de 2 groupes d'intervention et d'un groupe contrôle.

Démarche méthodologique :

Le stade évolutif du participant dans le processus de changement de comportement a été pris en compte avant la randomisation. Les individus en phase de précontemplation recevaient des conseils portant sur les bénéfices de l'AP. Ceux en phase de contemplation ou de préparation recevaient des conseils à propos de l'intensité, la fréquence et la durée de l'AP, les barrières, les supports sociaux et les bénéfices dus à l'AP. Les participants déjà en action obtenaient un renforcement de leur programme selon le guide d'AP de la Chirurgie générale des États-Unis.

Les mesures ont été prises au début (mesures de base), à 3 et à 6 mois. Les variables de base sur l'AP ont été collectées lors de la première visite en clinique et complétées par téléphone une à deux semaines plus tard.

Les participants du GSB recevaient un manuel contenant des conseils généraux pour les citoyens âgés, une page d'information destinée aux aînés (*National Institut for Aging*) et une liste de services disponibles des travailleurs sociaux du VHAMC. Les soins habituels ont été standardisés pour cette étude. Les conseils donnés en matière d'AP lors de la prérandomisation étaient plus structurés et détaillés que la norme pour en faire bénéficier ce groupe.

Échantillon :

Il n'y a pas de nombre de sujets visé (projet pilote). Lors de la première visite en clinique, l'omnipraticien identifiait, selon le protocole LIFE, les critères d'éligibilité. Parmi 1 385 patients enregistrés, 914 ont été jugés éligibles, 895 recevaient la lettre explicative détaillée, 639 ont été recontactés, 276 ont accepté de participer dont 212 ont fourni un consentement écrit et finalement 179 participants ont été randomisés.

	<p>Critères de sélection de l'échantillon :</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être peu actif; - Être un patient fragile. <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporter 30 minutes ou plus d'AP modérée par jour pendant 5 jours ou plus par semaine; - Avoir une condition qui empêche de participer aux AP (phase terminale, infarctus du myocarde instable, tachycardie ventriculaire décompensée, ACV avec aphasie modérée ou sévère, dépendance abusive aux drogues, hypertension artérielle mal contrôlée, pneumopathie obstructive chronique ayant nécessité 1 à 2 hospitalisations durant les 12 mois précédents ou douleurs chroniques.
<p>Dimensions à évaluer</p>	<p><u>Mesures principales :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les changements dans le niveau d'AP : questionnaire autorapporté du <i>Community Health Activities Model Program for Seniors</i> (CHAMPS) qui mesure la fréquence globale de l'AP et la dépense énergétique totale par semaine. - La Fonction physique : Le questionnaire de la condition physique 36— <i>Item Short Form Survey Instrument</i> (SF-36) a été abrégé sur 10 items pour rapporter le niveau fonctionnel. - La performance physique : Mesurée par 4 tests qui sont <i>10-m-walk time</i>, <i>30-s chair stands</i>, <i>8 — foot up-and-go time</i> et le <i>6 — min-walk time</i>. <p><u>Mesures secondaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Auto-efficacité : évaluée par la question : « Comment êtes-vous confiant à vous engager dans une activité physique de 15 , 20 , 25 ou 30 min/jour pendant 3 jours ou plus par semaine? » - État de santé général : mesuré par deux questions dérivées du questionnaire SF-36. De plus, une question ouverte demandait si le participant avait eu des blessures, des chutes ou des changements dans son état de santé pendant les 3 mois précédents. <p>Selon les auteurs, tous les questionnaires et les outils utilisés ont été jugés fiables, valides et sensibles pour détecter un changement.</p>

Résultats

- Les participants étaient âgés entre 70 et 94 ans, étaient en majorité des hommes et avaient en moyenne 5 morbidités. Les maladies les plus communes rapportées étaient l'arthrite (67 %), l'hypertension (65 %), les maladies cardiaques (53 %), les pathologies vasculaires des membres (46,3 %), la cataracte (39 %), les troubles du sommeil (34 %) et le diabète (30 %). Les participants ont rapporté plus de difficultés à exécuter les tâches courantes, plus de douleur et moins de vitalité par rapport à la population générale des hommes de 65 ans et plus (données de surveillance de 2 000). Parmi 5 décès enregistrés, un seul était imputable aux AP. Au début, aucun participant n'était dans la phase de précontemplation et 86 % étaient dans la phase de contemplation ou en préparation.
- Les 3 groupes étaient comparables au début. Par contre, il y avait une différence au niveau des affections chroniques entre les personnes qui n'avaient pas participé pour des raisons de santé et l'échantillon de l'étude. Les participants du GCI ont maintenu leur qualité de vie élevée à un certain niveau, contrairement aux deux autres groupes chez lesquels il a eu une légère baisse.

- **Mesures principales :**

Pris séparément, dans aucun des groupes, il n'y a eu d'augmentation significative de l'AP. Pour tous les groupes ensemble, la fréquence moyenne par semaine de l'AP a augmenté ($p < 0,05$). À 3 mois, il y a eu une augmentation modeste dans les GSB et GCI (pour lequel l'augmentation a perduré jusqu'au 6^e mois). Ce résultat suggérerait que les conseils donnés avant la randomisation auraient été suffisants pour augmenter la fréquence de l'AP chez les participants.

- Quand on considérait l'ensemble des participants qui ont rapporté un niveau d'AP recommandé de 30 min/j pendant 5 jours ou plus par semaine, la fonction physique a augmenté de 7,4 points ($p < 0,05$). Cette augmentation est estimée cliniquement et socialement significative.

- **Mesures secondaires :**

L'auto-efficacité n'a pas augmenté significativement, mais les mesures du début se sont révélées être un facteur prédictif de la fréquence de l'AP ($p < 0,05$) et de la dépense énergétique totale ($p < 0,05$).

	<p>- Incidents et accidents :</p> <p>Au total, les participants ont rapporté 133 événements de santé dans lesquels 11 % étaient sévères (hospitalisation), 25 % nécessitaient la visite d'un médecin et 22 % étaient des chutes ou des blessures n'ayant pas nécessité d'intervention médicale. La plupart de ces événements étaient liés à des affections survenues avant le début de l'étude.</p> <p>- Faisabilité de l'intervention :</p> <p>Les réussites suivantes ont été notées : intégration des activités dans les soins, recrutement malgré la morbidité élevée et forte participation des professionnels de santé. Enfin, le matériel permettait de conseiller un patient en moins de 3 min.</p>
<p>Remarques</p>	<p>Les résultats de l'étude rapportent qu'un programme personnalisé de conseils intensifs pour augmenter la pratique de l'AP, comparativement aux approches usuelles, chez les adultes âgés avec de multiples maladies chroniques est (1) faisable (2) peut facilement être incorporé dans des cliniques de soins de santé primaire et gériatriques et (3) est efficace pour soutenir l'augmentation de l'AP sur une période de 6 mois.</p> <p>Par rapport aux variables quantitatives continues, les variables catégorielles ont été moins discriminantes pour classer les participants selon la dépense énergétique. Il faut noter la grande diversité des conditions des participants. Ce biais de mesure tend à diminuer l'effet observé, surtout dans le GSI. On note également un grand nombre de données manquantes sur les mesures des tests de la performance physique au 3^e mois, ce qui pourrait diminuer l'effet observé. Les auteurs ont ajouté un scénario de calcul du nombre de sujets nécessaires pour les recherches futures (p 339, col. 2 dans l'article original).</p> <p><u>Limites méthodologiques :</u></p> <p>La dissimulation de l'assignation, quoique possible pour les évaluateurs, n'avait pas été faite. Certaines mesures étaient sujettes à la subjectivité. L'article ne précise pas si les analyses ont été réalisées en intention de traiter. Il y a de nombreuses données manquantes pour certaines mesures.</p>
<p>Appréciation de la portée de l'intervention</p>	<p>Prometteuse</p>

Identification de l'étude : Liste No¹⁷**Projet LIFE : Partenariat pour augmenter l'activité physique chez les personnes âgées souffrant de maladies chroniques**

Myriam C. Morey, Carola Ekelund, Megan Pearson, Gail Crowley, Mathiew Peterson, Richard Sloane, Carl Pieper, Eleanor McConnell, and Hayden Bosworth. Project LIFE: A Partnership to Increase Physical Activity in Elders With Multiple Chronic Illnesses. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2006; 14 : 324-343.

Thème du rapport :**Question-clé no :**

Liste de vérification remplie par : André Tourigny

SECTION 1 : VALIDITÉ INTERNE

Dans un essai comparatif soigneusement réalisé :	Dans cette étude, ce critère est : (encercler une réponse par question)	
1.1 L'étude aborde une question pertinente et bien ciblée.	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	Traité sans précision Pas traité Ne s'applique pas
1.2 L'assignation des sujets aux groupes témoin et d'intervention est aléatoire.	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	N'y répond pas Aucune précision Ne s'applique pas

<p>1.3 Une méthode appropriée de dissimulation de l'assignation a été utilisée.</p>	<p>Entièrement rencontré</p> <p>Rencontré de façon satisfaisante</p> <p>Rencontré de façon non satisfaisante</p>	<p>N'y répond pas</p> <p>Aucune précision</p> <p>Ne s'applique pas</p>
<p>1.4 L'intervention assignée est gardée à l'insu des sujets et des expérimentateurs.</p>	<p>Entièrement rencontré</p> <p>Rencontré de façon satisfaisante</p> <p>Rencontré de façon non satisfaisante</p>	<p>N'y répond pas</p> <p>Aucune précision</p> <p>Ne s'applique pas</p>
<p>1.5 Les groupes témoin et d'intervention sont semblables au début de l'essai.</p>	<p>Entièrement rencontré</p> <p>Rencontré de façon satisfaisante</p> <p>Rencontré de façon non satisfaisante</p>	<p>N'y répond pas</p> <p>Aucune précision</p> <p>Ne s'applique pas</p>
<p>1.6 La seule différence entre les groupes est l'intervention à l'étude.</p>	<p>Entièrement rencontré</p> <p>Rencontré de façon satisfaisante</p> <p>Rencontré de façon non satisfaisante</p>	<p>N'y répond pas</p> <p>Aucune précision</p> <p>Ne s'applique pas</p>
<p>1.7 Tous les résultats pertinents sont mesurés à l'aide de méthodes normalisées, valides et fiables.</p>	<p>Entièrement rencontré</p> <p>Rencontré de façon satisfaisante</p> <p>Rencontré de façon non satisfaisante</p>	<p>N'y répond pas</p> <p>Aucune précision</p> <p>Ne s'applique pas</p>

1.8	Quel est le pourcentage de personnes (ou d'ensembles de personnes) recrutées dans chaque groupe qui ont abandonné l'étude avant la fin?	<p>G. conseils intensifs : 3/88 (3,4 %) dont 2 décès</p> <p>G. conseils de base : 5/43 (11,6 %) dont 3 décès</p> <p>G. soins de base : 2/44 (4,5 %) dont 0 décès</p>	
1.9	Tous les sujets ont été analysés en fonction du groupe auquel ils ont été assignés (analyse selon « l'intention de traitement »).	Entièrement rencontré	N'y répond pas
		Rencontré de façon satisfaisante	Aucune précision
		Rencontré de façon non satisfaisante	Ne s'applique pas
1.10	Si l'essai est mené sur plusieurs sites, les résultats de tous les sites sont comparables	Entièrement rencontré	N'y répond pas
		Rencontré de façon satisfaisante	Aucune précision
		Rencontré de façon non satisfaisante	Ne s'applique pas

SECTION 2 : ÉVALUATION GLOBALE DE L'ÉTUDE

2.1.	Dans quelle mesure l'étude réduit-elle les risques de biais? <i>Cotez ++, + ou -</i>		+
2.2	Si coté + ou -, quelle est la direction probable dans laquelle le biais affectera les résultats de l'étude?	Pourrait diminuer l'effet?	
2.3	En tenant compte des facteurs spécifiques au problème de santé considéré, de votre évaluation de la méthodologie et de l'efficacité statistique de l'essai, êtes-vous certain que les effets globaux sont attribuables à l'intervention étudiée?	probablement	
2.4	Les résultats de l'essai s'appliquent-ils au groupe ciblé par le présent rapport?	Généraliser avec prudence : attention à la polymorbidité	