

<p>Fiche No²⁵</p>	<p style="text-align: center;">Inciter les professionnels de santé de première ligne à augmenter les références communautaires d'activité physique pour les aînés : essai randomisé</p> <p>Ackermann RT, Deyo RA, LoGerfo JP. Prompting Primary Providers to Increase Community Exercise Referrals for Older Adults: A Randomized Trial. <i>JAGS</i>, 2005; 53, 283-289.</p>
<p>But de l'intervention</p>	<p>Changer les comportements de santé des personnes âgées en incitant les fournisseurs de soins primaires à donner des références en activité physique (AP) à leurs patients dans la communauté.</p>
<p>Description de l'intervention</p>	<p>Quoi :</p> <p>C'est un programme qui appuie les fournisseurs de soins à orienter leurs patients vers les centres d'AP disponibles dans les communautés. L'appui consiste à informer les fournisseurs de soins des ressources d'AP disponibles dans les communautés. Un livret, pour résumer ces ressources, a été remis et il a servi de prospectus à l'intention des patients en phase contemplative pour augmenter leur niveau d'AP.</p> <p>Les fournisseurs de soins ont été randomisés en 2 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe intervention qui donne du counseling en AP (GI); - Le groupe contrôle qui donne du counseling pour arrêter de fumer (GC). <p><u>Les prospectus aux patients :</u></p> <p>Annexé au formulaire incitatif des patients, il y a avait un guide sur les ressources en AP, disponibles dans la communauté ainsi que des suggestions pour renforcer les conseils des fournisseurs de soins. Les patients étaient orientés vers des parcs, des centres récréatifs et des pistes de marche dans un rayon de 25 milles du centre de soins. Le guide expliquait les bénéfices de l'AP régulière, comment débiter un programme d'exercices de manière sécuritaire et les signes pour consulter un professionnel de santé.</p> <p>Qui :</p> <p>Équipe de recherche comprenant des médecins et des infirmières formés pour référer les patients dans les communautés pour pratiquer l'AP. <u>Formation des fournisseurs de soins :</u></p> <p>Les fournisseurs de soin ont reçu une formation individuelle de 10 min. Durant la session, le matériel d'intervention a été présenté et des suggestions ont été apportées sur l'utilisation des incitatifs pour l'adoption d'un comportement en santé. Il a été demandé aux fournisseurs de maximiser les effets de l'intervention en ciblant préférentiellement les</p>

patients qui rapportaient être inactifs, mais qui étaient en phase contemplative pour augmenter leur niveau d'AP. Des recommandations étaient aussi données aux patients en phase précontemplative ou en phase active.

Pour qui :

- Fournisseurs de soins de santé de 1^{re} ligne : médecins, infirmières, assistants.
- Patients des soins de santé en 1^{re} ligne fréquentant une clinique pour personnes âgées [Seattle Veterans Affairs (VA) General Internal Medicine Clinic (GIMC)], âgés de 50 ans et plus, en phase contemplative pour l'AP.

Comment :

Les fournisseurs de soins ont été recrutés et stratifiés selon la profession (médecins et non-médecins) puis randomisés avant le recrutement des patients. Ceux qui étaient éligibles ont été invités par lettre (un maximum de 4 lettres sont envoyées en cas de non-réponse). Dans chaque lettre, le but et le principe de l'étude étaient expliqués. Pour être retenus dans l'étude, les fournisseurs de soins devaient envoyer un consentement signé et le questionnaire de base.

Les assistants de recherche ont contacté tous les patients qui fréquentaient la clinique GIMC entre octobre et décembre 2002. Les patients des fournisseurs de soins éligibles ayant signé le formulaire de consentement ont été retenus pour l'étude.

Allocation et instruction des patients :

Dans les salles d'attente des fournisseurs de soins de santé, des assistants de recherche ont aidé les patients à remplir le questionnaire de base. À l'aide d'une liste issue de la randomisation, les assistants de recherche ont également aidé à compléter un formulaire d'incitation (*provider prompt*) en fonction du groupe spécifique dans lequel le patient était assigné et de le remettre au fournisseur de soins de santé lors de la visite.

Formulaire d'invitation des fournisseurs :

Lors d'une consultation, le fournisseur de soins recevait le formulaire incitatif du patient qui identifiait s'il se trouvait en phase précontemplative, contemplative ou active par rapport à l'AP. Le formulaire incitatif était destiné à simplifier le rôle des fournisseurs de soins pour donner les conseils d'exercice et d'identifier plus facilement les patients insuffisamment actifs. C'était à l'aide d'un espace prévu pour indiquer textuellement le niveau correspondant et d'un code à 3 couleurs que le fournisseur de soins pouvait identifier le niveau d'engagement du patient (pré-contemplative=rouge, contemplative=jaune,

	<p>active=vert).</p> <p>Quand/combien : Les patients ont été recommandés une seule fois par le fournisseur de soins. Le processus pour tous les participants a duré 8 à 12 semaines.</p> <p>Où : Seattle, États-Unis.</p>
<p>Méthodologie d'évaluation</p>	<p>Évaluation d'une intervention : Qui s'implante</p>
	<p>Qui procède à l'évaluation : Équipe ayant développé l'intervention</p>
	<p>But de l'évaluation : Par rapport au GT, tester si les fournisseurs de soins du GI vont augmenter le nombre de patients référés pour l'exercice dans les communautés et si ces derniers vont rapporter plus d'AP.</p>
	<p>Type d'évaluation : Essai clinique randomisé avant/après, avec groupe contrôle et intervention.</p>
	<p>Démarche méthodologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deux questionnaires, servant aux mesures de base, ont été administrés avant, puis immédiatement après la visite des patients chez le fournisseur de soins. - Une entrevue téléphonique a été administrée par les assistants de recherche environ 4 mois après la visite chez les fournisseurs de soins (mesures post-intervention). <p><u>Intervention dans le GT :</u> Les fournisseurs de soins du GT été formés pour utiliser un formulaire incitatif similaire au GI, mais destiné à conseiller les patients à arrêter de fumer. Ils devaient aussi être capables de maximiser l'effet de l'intervention en ciblant les patients qui rapportaient être contemplatifs pour arrêter de fumer. Les patients en phase précontemplatifs ou qui avaient arrêté de fumer étaient aussi pris en charge. Pour améliorer l'approche de promotion contre le tabagisme, le matériel recommandé devait être remis aux patients en les orientant vers les centres d'aide contre le tabagisme. Les conseils sur l'AP devaient être fournis comme à l'habitude. Les patients du GT recevaient seulement le formulaire incitatif pour le counseling sur l'arrêt du tabagisme. Le formulaire incitatif était également une feuille unique qui comprenait</p>

3 codes de couleurs indiquant les 3 niveaux d'engagement comme celui du GI. Au moment de la visite, les patients devaient aussi remettre le formulaire incitatif à leur fournisseur de soins. Le prospectus de la Société américaine de lutte contre le tabagisme y était annexé pour appuyer les conseils antitabac prodigués par les fournisseurs de soins.

Échantillon :

Calcul de la taille d'échantillon :

- Il a été estimé que 20 % des patients du GT rapporteraient une AP modérée ou vigoureuse;
- Les effets pondérés de l'intervention pour tous les stades évolutifs de motivation ont été prévus pour augmenter de 35 % à 40 %;

Pour une puissance statistique de 80 % et alpha de 5 %, un échantillon de 203 patients était nécessaire. Après un ajustement de l'effet de grappe des fournisseurs de soins et une proportion de perdus au suivi estimée à 20 % en 4 mois, le nombre de 306 participants a été visé. Un total de 336 participants a été recruté dont 172 dans le GI et 164 dans le GT.

Mesures de recrutement :

L'ordinateur qui a servi à la randomisation a été placé hors de portée des chercheurs. Les enveloppes scellées, qui contenaient les listes de randomisation, ont été ouvertes lors de la session de formation des fournisseurs de soins. Les assistants de recherche, chargés de l'évaluation, ont été tenus à l'aveugle de l'hypothèse de recherche et de la randomisation des fournisseurs de soins. Comme mesures préventives de contamination entre les groupes, le but de l'étude rapporté aux fournisseurs de soins était de déterminer si l'intervention pouvait influencer leurs recommandations à propos de la promotion de la santé. La randomisation et la présence d'un GT n'ont pas été dévoilées.

Critères de sélection de l'échantillon :

Les sites bénéficiaires

Les 9 sites candidats sélectionnés pour bénéficier des subventions et participer au programme *Active for Life*, ont démontré leur capacité de recruter un échantillon diversifié, de participer à une évaluation et de mettre en œuvre un programme à grande échelle (Tableau 1). Ainsi, les sites bénéficiaires avaient des partenaires communautaires locaux qui informaient à propos du recrutement et des activités programmatiques. Ces partenariats permettaient aux sites bénéficiaires de renforcer la représentativité des populations recrutées. La plupart des sites bénéficiaires avaient déjà offert des programmes d'activité

	<p>physique avant <i>Active for Life</i>.</p> <p>Les participants.</p> <p>Les participants devaient avoir 50 ans ou plus, être sédentaires ou peu actifs, indemnes de maladies ou de handicap qui nécessiterait une surveillance soutenue.</p>
<p>Dimensions à évaluer</p>	<p><u>Fournisseurs de soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire confidentiel (échelle de Likert) sur : les pratiques du counseling sur le tabac et l'activité physique (jamais/rarement =1 à presque toujours = 7); la confiance en ces pratiques (définitivement pas convaincus = 1 à définitivement confiants = 7), et les barrières pour conseiller les patients de modifier leurs comportements (fortement en désaccord =1 à tout à fait d'accord = 7); les pratiques personnelles d'exercice et l'utilisation du tabac; l'acceptabilité du matériel d'intervention. <p><u>Patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques sociodémographiques : mesuré par un questionnaire d'enquête de base; - La morbidité (<i>Seattle Index of comorbidity</i>), les habitudes tabagiques et le stade dans le processus de changement de comportement en AP (questionnaire <i>Physician-based Assessment and Counseling for Exercise [PACE]</i>); - Après la visite chez le médecin : réponse aux questions des assistants de recherche pour savoir s'ils ont reçu des conseils et le matériel qui pouvant les aider à changer de comportement en AP ou arrêter de fumer.
<p>Résultats</p>	<p><u>Fournisseurs de soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de participation de 66 % (31/48 professionnels éligibles). - Les deux groupes de fournisseurs de soins étaient comparables au début de l'étude pour l'âge, le sexe, la catégorie professionnelle, l'usage du tabac, leurs pratiques sportives, les pratiques de counseling sur le tabac et d'activité physique, la confiance dans la capacité ou les barrières ressenties de conduire la discussion sur les comportements. - 100 % des fournisseurs de soins enrôlés ont complété la session de formation et ont fourni les données de base et de fin de suivi. <p><u>Patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 48 % éligibles (510/1067 patients contactés). - Taux de participation de 66 % (336/510 patients éligibles).

	<ul style="list-style-type: none"> - Les deux groupes éligibles recrutés et non recrutés étaient comparables pour le sexe et l'âge. - Les deux groupes randomisés étaient comparables pour le sexe, l'âge, la motivation pour l'AP et le score de comorbidité (différence non cliniquement significative). - Plus de patients du GI ont consulté le médecin (53 %) par rapport aux GT (39 %). - Parmi les 336 patients recrutés, 335 ont complété l'entrevue de fin d'étude et 308 (92 %) ont complété le suivi téléphonique après 4 mois. - 159 patients (92 % ont donné le formulaire incitatif aux fournisseurs de soins, mais ces derniers ont parlé du contenu à seulement 106 patients (62 %) et les fournisseurs de soins de santé ont donné des conseils en AP à seulement 76 patients (44 %). - Au sortir du bureau du médecin, 72 patients (95 %) avaient un polycopié sur les ressources communautaires en AP. Parmi les 76 patients qui ont reçu des conseils en AP, 61 % avaient une information quelconque (contact, une visite ou une adresse de centre) comprise dans le prospectus. - Incidents/accidents : Dans l'ensemble, un seul décès a été enregistré et 14 cas de douleurs musculaires, d'entorses, de chute ou de fractures durant les 4 mois, sans différences significatives entre les deux groupes. <p><u>Résultats principaux :</u></p> <p>Par rapport au GT, le GI avait les avantages suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{re} visite : plus de conseils en AP (45 % par rapport à 35 %; p=0,07); - À 4 mois : plus de patients en AP (3,3 par rapport à 3,0; p<0,05); en phase d'action (78 % par rapport à 74 %; p=0,36); ou en pratique régulière (35 % par rapport à 28 %; p=0,06). <p>Puisqu'il était recommandé aux fournisseurs de soins de cibler les patients en phase contemplative, les auteurs ont regroupé ces derniers pour analyser les données de la même façon que pour l'ensemble du fichier de données. Tous les résultats ont montré des différences significatives entre les deux groupes après 4 mois (p<0,05), excepté la différence dans la proportion de patients en phase de pratiques régulières.</p>
<p>Remarques</p>	<p>En conclusion, les patients en phase de contemplation conseillés par les fournisseurs de soins du GI étaient plus réceptifs au counseling pour l'AP; ils ont rapporté davantage être prêts à passer en activité d'intensité modérée à vigoureuse, après 4 mois (p 5; col. 2 dans</p>

	<p>l'article original), par rapport au GT.</p> <p><u>Forces et faiblesses :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La sélection par les fournisseurs de soins pourrait entraîner des différences entre les patients. Elle a été faite de façon aléatoire et l'ajustement lors des analyses pour les caractéristiques confondantes potentielles a été réalisé. Toutefois, si les effectifs le permettaient, on aurait dû stratifier par type de profession des fournisseurs de soins, puis sélectionner les patients au hasard par type de professionnels. - Le processus causal pour une augmentation effective de l'AP est complexe, voilà pourquoi ils n'ont pas mesuré simplement l'AP. - D'après les auteurs, la généralisation des résultats peut être compromise à cause de la spécificité de la clinique qui a abrité l'étude. Effectivement, dans l'idéal, on aurait échantillonné un nombre représentatif des cliniques existantes. - Il n'y a pas d'indications quant à la validité des instruments utilisés pour mesurer les données. - Aucune analyse en intention de traiter. <p>Pour le reste, l'étude satisfait les critères d'un bon essai randomisé.</p>
<p>Appréciation de la portée de l'intervention</p>	<p>Intéressante à explorer davantage</p>

A2 Liste de vérification de la méthodologie : essais comparatifs randomisés

Identification de l'étude : Liste No²⁵

**Inciter les professionnels de santé de première ligne à augmenter les références
communautaires d'activité physique pour les aînés : essai randomisé**

Ackermann RT, Deyo RA, LoGerfo JP. Prompting Primary Providers to Increase Community Exercise Referrals for Older Adults: A Randomized Trial. *JAGS*, 2005; 53, 283-289

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
1.3 Une méthode appropriée de dissimulation de l'assignation a été utilisée.	Entièrement rencontré Rencontré de façon	N'y répond pas Aucune précision

	<p>satisfaisante</p> <p>Rencontré de façon non satisfaisante</p>	Ne s'applique pas
1.4 L'intervention assignée est gardée à l'insu des sujets et des expérimentateurs.	<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>
1.5 Les groupes témoin et d'intervention sont semblables au début de l'essai.	<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>
1.6 La seule différence entre les groupes est l'intervention à l'étude.	<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>
1.7 Tous les résultats pertinents sont mesurés à l'aide de méthodes normalisées, valides et fiables.	<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?	Fournisseurs de soins : 0 % Patients : moins de 10 %, pour les deux groupes	
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 Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	N'y répond pas Aucune précision Ne s'applique pas
1.10 Si l'essai est mené sur plusieurs sites, les résultats de tous les sites sont comparables	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	N'y répond pas Aucune précision 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? Difficile à dire	
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?	Non, probablement	
2.4 Les résultats de l'essai s'appliquent-ils au groupe ciblé par le présent rapport?	Difficile de généraliser : terrain d'application de l'étude spécifique	