

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
1. Titre	<p style="text-align: center;">Rapport et recommandations basés sur les preuves</p> <p style="text-align: center;">Programmes d'exercices pour les personnes âgées</p> <p style="text-align: center;">Revue systématique et méta-analyse</p> <p>Shekelle P. Evidence Report and Evidence-Based Recommendations. Exercise Programs for Older Adults. A Systematic Review and Meta-analysis. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Medicare and Medicaid Services 2003; 7 500 Security Blvd. Baltimore, MD 21244-1850:1-139.</p>
2. Identification	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Type de l'étude : Revue systématique et méta-analyse ➤ Type(s) des études incluses : Essais randomisés et contrôlés, et des essais cliniques contrôlés
3. Objectif(s) de l'étude	<p>La présente étude avait l'objectif de mesurer l'impact de l'activité physique sur la santé des personnes âgées, dans le cadre de l'initiative du <i>Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)</i>. L'investigation devait se baser sur l'évidence pour répondre aux questions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les avantages de l'activité physique chez les personnes âgées? Quel est l'impact de l'activité physique sur l'état de santé, les résultats de santé, l'état fonctionnel, la qualité de vie, la santé mentale et la capacité de maintenir l'indépendance? • Comment motiver les personnes âgées à s'engager dans une activité physique? • Quel est le rôle du soutien familial et social? • Quel est le rôle du médecin? • Quelles sont les barrières et comment peuvent-elles être réduites? • Que sait-on sur l'adhésion aux programmes? • Quelles sont les meilleures stratégies pour promouvoir l'activité physique - par la santé publique, le modèle médical, les services sociaux ou une combinaison de ces approches? • Quels sont les messages clés pour les personnes âgées?

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il une infrastructure qui favorise l'activité physique chez les personnes âgées? Si non, quelles sont les recommandations pour la construire? • Quelle sont les réponses des politiques publiques face à cette question? (par exemple, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), le programmes Administration on Aging (AoA))? Y a-t-il des programmes et des bénéfices qui pourraient inclure ces interventions supplémentaires? (Par exemple, les programmes des centres pour personnes âgées pourraient-ils être améliorés et élargis pour inclure la programmation d'exercices appropriés?) Quelle est l'interaction entre la prévention des chutes et l'activité physique? • Différentes stratégies sont-elles nécessaires pour différentes cohortes (par exemple, selon différents niveaux de l'état fonctionnel)? • Les interventions sont-elles seulement coûteuses ou sont-elles carrément économiques? Peuvent-elles diminuer les dépenses en santé en diminuant la morbidité, les honoraires des médecins, les hospitalisations, les soins infirmiers, les admissions dans les institutions, etc.?
4. Recherche documentaire	<p>Profil de la recherche :</p> <p>La recherche documentaire a été conduite selon les méthodes du Southern California Evidence-Based Practice Center et de Agency for Healthcare Research and Quality qui sont des centres désignés pour la revue systématique de la littérature basée sur l'évidence des avantages et les désavantages des interventions en santé. Elle avait utilisé les sources suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La recherche et le développement RAND, mandatés par le CMS pour faire une revue systématique sur la prévention des chutes en lien avec les interventions dans les populations couvertes par Medicare. Cet organisme avait conduit la recherche documentaire jusqu'en octobre 2002. Tous les articles sur l'AP avaient été évalués pour être éventuellement inclus.

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
	<ol style="list-style-type: none"> 2. La collaboration Cochrane qui contient une base de données sur les revues systématiques et un registre des essais contrôlés : 61 articles sur l'activité physique analysés. 3. L'université de l'Illinois de Chicago, mandaté par CDC pour rédiger un rapport sur les types d'interventions qui avaient démontré de l'efficacité à augmenter l'activité physique et les stratégies associées à une meilleure adhérence des personnes âgées : 2 262 références obtenues. 4. Les bases de données électroniques MEDLINE, HealthSTAR, Ageline and EMBASE, depuis 2000 : Deux formules de recherche utilisées, rapportant 1993 et 88 références. 5. Les revues et études antérieures, dont 122 articles pertinents.
5. Sélection en fonction de critères de qualité et attribution d'une cote	<p>Description de la procédure de sélection</p> <p>Les articles qui avaient satisfait les critères de sélection ont été évalués avec une série de 10 questions simples (figure 1). Après évaluation par rapport à cette liste, chaque article avait été soit accepté pour un examen plus poussé ou rejeté. Deux médecins formés à l'analyse critique de la littérature scientifique avaient chacun indépendamment extrait les données de chaque article et réglé les désaccords éventuels par consensus ou en sollicitant le chercheur principal. Le personnel du projet avait saisi les données issues des listes de contrôle, dans une base de données électronique qui permettait de suivre tout le processus de sélection des articles primaires.</p> <p>Critères d'inclusion : Pouvaient être inclus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les essais randomisés et contrôlés dans lesquels les participants ont été assignés avec évidence et de façon prospective à un groupe d'intervention ou témoin en utilisant une table de nombres au hasard par exemple; - Les essais cliniques contrôlés : définis comme les essais randomisés et contrôlés,

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
	<p>excepté la randomisation qui pouvait ne pas être évidente ou qui avait été faite à l'aide d'un système alternatif ou des dates de naissances par exemple;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les études ayant rapporté les résultats sur la force, la condition physique, la fonction physique ou la dépression; - Les études ayant ciblé les personnes âgées de 60 ans et plus. <p>Étaient exclues les études de cohorte avant-après, sans groupe témoin de sorte qu'elles ne permettent pas de relier formellement les résultats à l'intervention.</p> <p>Résultats : 1 001 études collectées, 190 études retenues et 117 conformes pour la méta-analyse.</p>
6. Extraction des données	<p>Description de la procédure d'extraction des études incluses</p> <p>Un formulaire spécialisé d'examen de la qualité (QRF; figure 2), avait été utilisé pour extraire les données des articles qui avaient rencontré les critères de sélection. Le formulaire contenait des questions pertinentes sur l'étude et la méthode, les patients, l'intervention et les résultats. Les variables ainsi générées ont été utilisées pour l'abstraction avec la participation d'experts. Deux médecins, travaillant indépendamment, avaient extrait les données en double et résolu leurs désaccords par consensus ou en sollicitant le médecin-chef.</p> <p>D'autres informations pertinentes ont été également recueillies sur la conception de l'étude, le suivi, l'unité statistique, l'insu et la dissimulation de l'assignation des groupes. Étaient qualifiées pour la méta-analyse, les études qui avaient rapporté les problèmes cardiovasculaires, la fonction physique, la résistance ou la dépression (études suffisamment nombreuses pour soutenir une méta-analyse).</p> <p>Pour évaluer la qualité des études, les éléments de conception et de mise en oeuvre (randomisation, insu et abandons) ont été regroupés en un score résumé selon Jadad</p>

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
	<p>(1 993). Constatant que le double insu n'était pas possible, les auteurs avaient adapté les scores de Jadad.</p>
7. Analyse	<p>Finalement, les auteurs avaient réalisé une revue systématique et une méta-analyse. Les mesures retenues pour la méta-analyse portaient sur l'endurance (ou l'aérobie mesurée par le VO2 [max]), la fonction mesurée par l'échelle <i>Activities of Daily Living (ADL)</i>, le SF36 (ou le <i>Sickness Impact Profile [SIP]</i>) et la dépression. L'ensemble de la démarche était conforme aux pratiques en cours de l'époque.</p> <p>Pour les publications multiples, les versions les plus complètes avaient été utilisées et les citations répétées, éliminées lors de la lecture des titres. Étaient exclues de l'analyse, les articles qui ne rapportaient pas ou pour lesquels il était impossible de calculer une moyenne sur les résultats post-test. Les écarts types manquants et qui ne pouvaient être calculés étaient remplacés par imputation. Pour éviter un double emploi des participants dans les cas de groupes d'intervention multiples, le groupe le plus cliniquement pertinent était choisi et quelques fois, plusieurs groupes étaient combinés. Des stratifications pertinentes ont été réalisées sur l'endurance et la force, ainsi que sur le suivi dont la variable avait été découpée en intervalles de 3 mois (lorsque les effectifs le permettaient). La performance des analyses reposait sur la prise en compte de la variation interétudes, lorsque possible, le calcul d'un facteur d'hétérogénéité et la pondération des résultats principaux.</p> <p>La recherche des biais de publication avait été réalisée par méthode graphique et statistique. La deuxième est moins susceptible de subjectivité, mais toutes les deux techniques peuvent être confuses par des facteurs tels que la différence de qualité ou l'hétérogénéité même des études.</p> <p>Pour faciliter l'interprétation, les résultats moyens qui étaient sans unité ont été convertis chaque fois que possible en unités métriques compréhensibles. Cependant, la validité des calculs repose sur une certaine hypothèse de distribution des écarts types des différentes</p>

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
	<p>études primaires. Pour répliquer l'étude ailleurs, les auteurs recommandent en particulier d'utiliser les écarts types calculés pour les populations de patients ciblés dans l'étude en cours de réplification.</p>
8. Résultats	<p>Résultats descriptifs :</p> <p>Parmi 1018 références trouvées dans la littérature, 17 n'avaient jamais été obtenues. Parmi les autres, 117 articles ont été admis en méta-analyse, soit 32 essais inclus pour l'analyse de la force, 10 pour la dépression, 18 pour l'endurance et 10 pour la fonction. Le suivi était d'un an au maximum.</p> <p>Résultats principaux :</p> <p>En rapport à la question de recherche No 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avantages de l'activité physique pour les personnes âgées - Impacts sur la santé, la fonction, la qualité de vie, la santé mentale, et l'autonomie. <p>La force :</p> <p>L'effet moyen de la force du tronc inférieur pour les 32 études primaires incluses (nombre de patients/étude variant entre 14 et 248) était de 0,48 (IC_{95%} = [0,29, 0,67]; p<0,0001), ce qui équivalait à une augmentation de la force d'extension du genou de l'ordre de 7 kg. Considérant seulement les interventions qui ciblaient l'augmentation de la force, l'ampleur de l'effet moyen était de 0,66 (IC 95 %: 0,38, 0,94), soit une augmentation de la force d'extension du genou de 10 kg. Selon la stratification sur le suivi, il y avait un effet moyen statistiquement significatif de 0,65 et 0,22 à 0-3 mois et 3-6 mois respectivement et de 0,95 à 6-12 mois. Notez que la valeur 0 dans la mesure de l'effet était le point de séparation entre les groupes témoins [-1,7; 0] et les groupes d'interventions ([0; 4]; Figure 4). Les résultats bénéfiques chez les personnes âgées sédentaires, sont apparus dès les 3 premiers mois du début de l'intervention et ils ont persisté au moins pendant 12 mois.</p>

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
	<p>L'endurance et l'aérobique :</p> <p>Ces résultats concernaient des sujets âgés d'au moins 70 ans, excepté deux participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dix-sept études avaient utilisé le VO2 (max) pour évaluer les interventions d'exercice d'endurance : augmentation moyenne de 0,41 (IC_{95%}:= [0,23, 0,59]), équivalant à une augmentation moyenne 10 ml/kg/m², ou encore une endurance moyenne d'environ 30 ml/kg/m² après l'intervention. Concrètement, cela signifie que les participants pouvaient sans difficulté gravir l'escalier, faire le softball ou le jardinage. L'effort maximum était désormais évalué à 8,5 METS, suffisant pour escalader une colline avec une charge de 21 à 42 livres, dévaler un mile en 12 minutes, ou jouer au tennis en solitaire. - Six études avaient mesuré la fonction physique en utilisant le questionnaire SF36 : effet moyen de 0,15 (IC_{95%}:= [0,03, 0,34]). - Trois études avaient utilisé le <i>Sickness Impact Profile</i> : effet moyen de 0,08 (IC_{95%}:= [0,22, 0,38]). - Enfin cinq études avaient évalué les activités de la vie quotidienne (AVQ) : effet moyen de 0,40 (IC_{95%}:= [0,07 à 0,87; p = 0,09]). <p>Pour la dépression, l'effet moyen était de -0,21 (IC_{95%} := [0,46, 0,04]).</p> <p>Certains de ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. Cependant, leurs tendances générales étaient orientées vers un impact bénéfique.</p> <p>Par rapport aux questions de recherche No 2, 5, 6 et 10 qui étant liées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivation suffisante pour engager les personnes âgées en activité physique - Meilleures stratégies pour promouvoir l'activité physique : santé publique, modèle médical, services sociaux ou approches combinées - Rôle du médecin, du soutien familial et social

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
	<p>L'efficacité des interventions des médecins et autres cliniciens afin d'améliorer l'activité physique chez les adultes avait été à l'époque examinée pour l'<i>US Preventive Services Task Force (USPSTF)</i>, par l'<i>Université de l'Oregon</i>. Les résultats n'étaient pas concluants quant à savoir si en milieu de soins de santé primaires, ou pouvaient efficacement conseiller les adultes pour accroître leur activité physique. Contrairement à ces résultats mitigés ou modestes, une revue faite pour le <i>Guide to Community Preventive Services</i> avait fourni des résultats plus favorables de divers comportements et des approches environnementales ou sociales pour améliorer l'activité physique. Des études randomisées et d'observation étaient incluses dans l'étude qui avait porté sur toutes les tranches d'âge.</p> <p>Parmi les interventions évaluées et qui étaient pertinentes pour les personnes âgées, plusieurs s'étaient avérées efficaces : incitations diverses (ex. utiliser les escaliers), campagnes à base communautaire; soutien social en milieu communautaire (mise en place de réseaux ou groupes de marche), programmes individuels adaptés pour le changement de comportements (ceux adaptés à la préparation de l'individu au changement, basé sur des modèles établis de changement de comportement pour la santé) et la création ou la facilitation de l'accès aux sites d'activité physique.</p> <p>En rapport à la question de recherche No 3</p> <p>Barrières à l'activité physique et stratégies de réduction :</p> <p>Le guide du <i>Community Preventive Services</i> avait noté d'importantes barrières à la mise en œuvre des interventions : escalier d'immeubles difficile à trouver ou mal éclairé, de sorte que l'incitation de les utiliser était moins efficace. À l'échelle communautaire, la mise en œuvre des campagnes nécessite une planification minutieuse et des ressources suffisantes. Les programmes adaptés à l'individu pour le changement de comportement exigent également une planification minutieuse, une bonne coordination, un personnel bien formé et de ressources suffisantes. D'après les auteurs, voilà pourquoi plusieurs interventions</p>

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
	<p>recommandées impliquent la politique et des approches environnementales qui dépassent le cadre habituel des soins de santé.</p> <p>En rapport à la question de recherche No 4 :</p> <p>Adhésion aux programmes : En 1996, Dishman et Buckworth avaient publié une synthèse quantitative de 127 études portant sur les interventions destinées à accroître l'activité physique chez les adultes. Les études incluses devaient rapporter des résultats sur l'activité physique ou les mesures de la condition physique comme résultants de l'activité physique. Les données avaient indiqué des effets importants associés aux interventions fondées sur les principes de modification du comportement ayant ciblé des personnes en bonne santé et délivrées sur une base communautaire.</p> <p>Les effets étaient particulièrement forts lorsque les interventions étaient livrées aux groupes (par opposition aux individus) et qu'elles comportaient des activités physiques de loisir de faible intensité. Les auteurs avaient constaté une absence d'effets des interventions qui avaient utilisé la stratégie d'évaluation du risque ou d'éducation en santé.</p> <p>En rapport à la question de recherche No 5 :</p> <p>Meilleures stratégies pour promouvoir l'activité physique : santé physique, modèle médical, services sociaux, ou stratégies combinées. Les approches combinées semblaient plus efficaces, notamment celles qui incluaient l'encouragement à partir de l'éducation en santé publique, la prescription de l'activité physique par les médecins et les campagnes publicitaires des programmes disponibles dans les centres pour personnes âgées et autres centres de services sociaux.</p> <p>En rapport à la question de recherche No 7 :</p> <p>Messages clés pour les personnes âgées : Les messages devraient mettre l'accent sur le fait que l'activité améliore plusieurs aspects de la santé et la fonction chez la personne âgée,</p>

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
	<p>notamment la force, l'aérobique, la prévention des chutes, ainsi que l'humeur. La décision de commencer l'activité est certainement le plus difficile à faire, mais après, les avantages ne tardent pas à venir.</p> <p>En rapport à la question de recherche No 8 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infrastructures existantes et qui favorisent l'activité chez les personnes âgées - Sinon, ce qu'il faut pour en construire <p>Les infrastructures actuelles destinées aux activités pour les personnes âgées ont plusieurs composants, non forcément bien agencés.</p> <p>En rapport à la question de recherche No 9 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contribution des politiques aux interventions existantes - Ajout et extensions pour en augmenter la couverture des populations et le taux d'utilisation! Médicaliser certains programmes en faveur des personnes âgées et fragiles, un réel bénéfice pour les assureurs (Medicare). <p>En rapport à la question de recherche No 11 :</p> <p>Impact de l'activité physique sur la prévention des chutes : Des études récentes d'alors avaient montré une diminution chez l'individu du risque de tomber au moins une fois de 12 % et une diminution du nombre des chutes de 19 %. A cause d'une insuffisance de données, il n'avait pas été possible d'identifier les programmes les plus efficaces parmi ceux qui ont été mis en œuvre : aérobique, force musculaire, flexibilité et équilibre. Il n'y avait pas de différences d'effets statistiquement significatifs entre ces exercices.</p> <p>En rapport à la question de recherche No 12 :</p> <p>Différentes stratégies pour différentes cohortes : D'après les auteurs, la meilleure adéquation entre une stratégie et sa population cible dépend de l'état de santé de cette dernière, du niveau d'exercice de base et de la condition physique, en plus de l'état</p>

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
	<p>psychologique des individus plus que de leur motivation. Le succès du recrutement et l'adhérence en dépendent.</p> <p>En rapport à la question de recherche No 13 :</p> <p>Cout-efficacité ou cout-bénéfice : Il n'y avait pas encore suffisamment de preuves de l'efficacité sur le plan économique des programmes d'activité physique chez les personnes âgées. Dans l'une des études primaires, on estimait à 5 000 \$ le coût nécessaire pour amener une personne sédentaire en phase d'activité physique. Une autre étude avait rapporté des bénéfices réalisés dans l'utilisation des soins de santé dans certains sous groupes de personnes âgées, sans pour autant enregistrer une amélioration significative de l'état de santé.</p>
9: Synthèse	<p>Conclusion générale</p> <p>Les effets bénéfiques de l'exercice chez les personnes âgées étaient plus évidents dans le cas des interventions de prévention des chutes. Dans ce domaine, les interventions des médecins auprès des personnes les plus à risque, étaient très coût efficace et peut-être même coût bénéfique (rentables)</p> <p>Les données de la présente étude étaient suffisantes pour conclure que l'exercice peut modestement voire moyennement améliorer la force et l'aérobique chez les personnes âgées sédentaires. L'effort maximal gagné permettrait de jouer au tennis en solitaire. Il y avait aussi une tendance en faveur de modestes avantages de l'exercice sur la fonction et la dépression. A cause du suivi des essais randomisés contrôlés limité au court terme, il n'y avait pas de preuves suffisantes pour étayer ou réfuter ces résultats pour le long terme. Toutefois, les effets bénéfiques avaient duré au moins aussi longtemps que les interventions. En extrapolant, les résultats pourraient être à long terme qualitativement similaires à ceux des études de cohorte de long terme en ce qui concerne la force, la</p>

Étapes de la mise en fiche	<p>Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves</p> <p>Éléments à rechercher</p>
	<p>fonction et l'humeur.</p> <p>Enfin, l'étude n'avait pas permis de conclure à l'efficacité des interventions basées en centres de soins (médecin) pour augmenter l'activité physique. Des résultats plus encourageants étaient enregistrés pour les interventions basées dans les communautés.</p>
<p>10. Remarques</p>	<p>Limites méthodologiques</p> <p>Le biais de publication avait été révélé pour la force. Pour les autres mesures, il ne pouvait être formellement exclu malgré les efforts consentis par les auteurs qui ont employé une double technique graphique et statistique afin de le traquer. Le teste appliqué pouvait être biaisé par hétérogénéité dans la qualité et la méthode des études. Enfin, l'intérêt des chercheurs ou des sponsors pouvait influencer la publication ou la sélection au détriment des études non concluantes. Malheureusement, il n'y avait rien qu'on puisse faire à l'état des connaissances d'alors. On pouvait tout au plus poser l'hypothèse que si de tels biais avaient joué, ils pouvaient avoir contribué à la sélection d'études ayant rapporté des résultats significatifs.</p> <p>Insuffisance de qualité des études :</p> <p>Les résultats de l'étude sont valides pour autant que le sont ceux des études primaires. Or il n'y a pas à l'état des connaissances d'alors, un consensus sur une méthode reproductible pour discriminer les études selon les critères de qualité. D'après les auteurs, la meilleure conduite était de ne pas exclure des études ni ajuster les mesures globales sur la base de critères de qualité.</p> <p>Hétérogénéité des études primaires : Des analyses stratifiées et la prise en compte de la variation entre les études lors des analyses pouvaient diminuer le risque de ce type de biais. Malheureusement, le test d'hétérogénéité utilisé avait une puissance statistique limitée de sorte que la présence du biais ne pouvait être formellement écartée.</p>

<p>Étapes de la mise en fiche</p>	<p>Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves</p> <p>Éléments à rechercher</p>
	<p>Le suivi limité au court terme : Certains résultats, notamment ceux sur la santé en termes de mortalité et de certaines morbidités (cancer) s’observent sur le long terme.</p> <p>La représentativité : Les essais randomisés et contrôlés étant par principe très sélectifs, la reproductivité des présents résultats en présence d’une morbidité plus étendue et le recrutement de plus larges populations restent à être démontrés.</p> <p>Recommandations</p> <p>Les auteurs estiment que même si l’évaluation des avantages et l’identification des meilleures stratégies sont encore du domaine de la recherche, il y avait dans la présente étude assez de preuves quant à l’efficacité des programmes de promotion de l’activité physique chez les personnes âgées pour faire des recommandations fermes à Medicare.</p>
<p>11. Références pertinentes</p>	<p>Utilisées pour soutenir la discussion :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concato J, Shah N, Horwitz RI. Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. N Engl J Med 2000;342(25):1887-92. 2. Ainsworth BE, Haskell WL, Leon AS, Jacobs DR, Jr., Montoye HJ, Sallis JF, et al. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. Med Sci Sports Exerc 1993;25(1):71-80. 3. Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002;137(3):208-15. 4. Burton LC, Shapiro S, German PS. Determinants of physical activity initiation and maintenance among community-dwelling older persons. Prev Med 1999;29(5):422-30. 5. Kerse NM, Flicker L, Jolley D, Arroll B, Young D. Improving the health behaviours of elderly people: randomised controlled trial of a general practice education

Étapes de la mise en fiche	Fiche n°2: Recommandations basées sur les preuves Éléments à rechercher
	<p>programme. BMJ 1999;319(7 211):683-7.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Goldstein MG, Pinto BM, Marcus BH, Lynn H, Jette AM, Rakowski W, et al. Physician-based physical activity counseling for middle-aged and older adults: a randomized trial. Ann Behav Med 1999;21(1):40-7. 7. Harland J, White M, Drinkwater C, Chinn D, Farr L, Howel D. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. BMJ 1999;319(7 213):828-32. 8. Effects of physical activity counseling in primary care: the Activity Counseling Trial: a randomized controlled trial. JAMA 2001;286(6):677-87. 9. Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzewaltowski DA. Physical activity promotion through primary care. JAMA 2003;289(22):2913-6. 10. Hu FB, Stampfer MJ, Colditz GA, Ascherio A, Rexrode KM, Willett WC, et al. Physical activity and risk of stroke in women. JAMA 2000;283(22):2961-7. 11. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. Am J Prev Med 2002;22(4 Suppl):73-107. 12. McAuley E, Jerome GJ, Elavsky S, Marquez DX, Ramsey SN. Predicting long-term maintenance of physical activity in older adults. Prev Med 2003;37(2):110-8. 13. Dishman RK, Buckworth J. Increasing physical activity: A quantitative synthesis. Med Sci Sports Exerc 1996;28(6):706-19. 14. Buchner DM, Cress ME, de Lateur BJ, Esselman PC, Margherita AJ, Price R, et al. The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1997;52(4):M218-24. 15. Stevens W, Hillsdon M, Thorogood M, McArdle D. Cost-effectiveness of a primary care based physical activity intervention in 45-74 year old men and women: a randomised controlled trial. Br J Sports Med 1998;32(3):236-41.

Identification : Liste No²

Shekelle P. Evidence Report and Evidence-Based Recommendations. Exercise Programs for Older Adults. A Systematic Review and Meta-analysis. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Medicare and Medicaid Services 2003; 7500 Security Blvd. Baltimore, MD 21244-1850:1-139.

Thème du rapport

Question-clé no :

Liste de vérification remplie par : B. Labico Diallo

SECTION 1 : VALIDITÉ INTERNE

Dans une revue systématique soigneusement réalisée :	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 La méthodologie est décrite.	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	Traité sans précision Pas traité Ne s'applique pas
1.3 La recherche documentaire est suffisamment rigoureuse pour permettre d'identifier toutes les études pertinentes.	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante : biais détecté pour une mesure	Traité sans précision Pas traité Ne s'applique pas
1.4 La qualité des études retenues est évaluée et prise en considération.	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	Traité sans précision Pas traité Ne s'applique pas
1.5 Il y a suffisamment de similarités entre les études retenues pour que leur comparaison soit raisonnable.	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	Traité sans précision Pas traité Ne s'applique pas

SECTION 2 : ÉVALUATION GLOBALE DE L'ÉTUDE

2.1 Dans quelle mesure la revue systématique réduit-elle les risques de biais? Cotez ++, + ou –	+
2.2 Si coté + ou –, quelle est la direction probable dans laquelle le biais affectera les résultats de la revue systématique?	S'il y a un biais de publication, les résultats de la présente étude risquent d'être surestimés.

SECTION 3 : DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES

3.1 Quels types d'étude sont inclus dans cette revue systématique? (souligner tout ce qui s'applique)	<u>Essai comparatif randomisé</u> <u>Essai comparatif non randomisé</u> Cohorte Cas-témoin Autre
3.2 De quelle façon la revue systématique permet-elle de répondre à la question-clé? Résumez la principale conclusion de la revue systématique et indiquez sa relation avec la question-clé. Commentez toute force ou faiblesse particulière de la revue systématique comme source de preuve.	<u>Les auteurs ont répondu à toutes les questions de recherche posées à l'avance. Ils concluent qu'il y avait assez de preuves quant à l'efficacité des programmes de promotion de l'activité physique chez les personnes pour faire des recommandations fermes à Medicare.</u>