

| | |
|---|--|
| <p>Fiche No⁴</p> | <p>Le counseling en activité physique est-il efficace chez les personnes âgées? Un essai randomisé contrôlé en soins de santé primaire</p> <p>Kerse N, Elley CR, Robinson E, Arroll B. Is Physical Activity Counseling Effective for Older People? A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care. J Am Geriatr Soc, 2005; 53:1951–1956.</p> |
| <p>But de l'intervention</p> | <p>Augmenter l'activité physique (AP) et la qualité de vie des personnes âgées vivant dans les communautés à l'aide d'un programme de counseling.</p> <p>Cette population semble être plus réceptive aux conseils de leurs médecins à propos des mesures préventives et elle est plus susceptible de les prendre en compte.</p> |
| <p>Description de l'intervention</p> | <p>Quoi :</p> <p>C'est une intervention sur l'AP dans le cadre des soins de santé primaire. Elle consiste à inciter les professionnels à conseiller les patients en négociant des objectifs d'AP (Green Prescription). Les cliniques sélectionnées ont été divisées en deux groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cliniques devant fournir le Green Prescription (GP) - Cliniques devant fournir les soins habituels (SH). <p>Les omnipraticiens devaient dispenser des conseils à l'aide de techniques de motivation par entrevue, utilisant des formulaires remis par les chercheurs. Cela devait se faire en fonction de l'âge, de la capacité, de la condition médicale et des activités quotidiennes du patient. Les omnipraticiens prescrivaient l'AP sur un formulaire Green Prescription et une copie était faxée à des professionnels en AP dans les établissements de sport de la région. Les professionnels en AP assuraient ensuite le suivi. Du matériel écrit et des bulletins étaient envoyés aux patients chaque trimestre.</p> <p>Qui :</p> <p>L'intervention était prescrite par des omnipraticiens ou infirmières et des professionnels en AP assuraient le suivi.</p> <p>Au cours des 5 années précédentes à l'étude, les omnipraticiens ont été formés pour le programme Green Prescription par des formateurs du Sports and Recreation Commission, du Hillary Commission et du Goodfellow Unit on Tobacco, Alcohol and Drugs (TADs). En plus,</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>les omnipraticiens du groupe intervention de la région d'intérêt ont reçu 2 heures de perfectionnement avec des formateurs du programme TADs, avant le début de l'étude.</p> |
| | <p>Pour qui : Les patients âgés entre 40 et 80 ans des cliniques de soins de santé primaire de la région de Waikato, Nouvelle-Zélande, vivant dans la communauté.</p> |
| | <p>Comment : Les cliniques ont été stratifiées selon le nombre d'omnipraticiens, puis randomisées à distance, à l'aide d'un système d'ordinateur (Université Auckland) en : Tous les omnipraticiens des soins de santé primaire de la région d'étude ont été invités à participer. Tous les patients qui ont fréquenté les cliniques randomisées durant la semaine de recrutement ont été invités à participer.</p> |
| | <p>Quand/combien : Peu d'information a été donnée sur le type de l'AP prescrite ou recommandée. Les AP étaient adaptées aux capacités de chaque participant. Les professionnels en AP devaient fournir un support téléphonique à environ trois occasions dans les 3 mois qui suivaient la consultation.</p> |
| | <p>Où : Waikato, Nouvelle-Zélande.</p> |
| <p>Méthodologie d'évaluation</p> | <p>Évaluation d'une intervention : Qui s'implante</p> |
| | <p>Qui procède à l'évaluation : Équipe de recherche ayant développé l'intervention</p> |
| | <p>But de l'évaluation : Évaluer la différence entre les participants du GP et du SH concernant la pratique d'AP et la qualité de vie après 12 mois d'intervention.</p> |
| | <p>Type d'évaluation : Essai clinique randomisée avant/après avec un groupe contrôle et un groupe d'intervention.</p> |
| | <p>Démarche méthodologique : Les mesures ont été prises au début et à 12 mois après l'intervention. Les différences sur les mesures principales ont été adéquatement estimées en tenant compte de l'effet de grappes. Les données sur les participants âgés de 65 ans et plus ont été analysées à part. Seuls ces résultats sont présentés.</p> |

| | |
|------------------------------------|---|
| | <p>Les participants du groupe SH ont reçu des soins habituels de la part de leurs omnipraticiens.</p> <p>L'assignation aux différents groupes a été faite de façon aléatoire et tous les sujets ont été analysés en fonction du groupe auquel ils ont été assignés (analyse selon « l'intention de traitement »). Les patients et les médecins n'étaient pas aveugles à l'intervention.</p> <p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 159 omnipraticiens dans 42 cliniques de soins de santé primaires de la région ont été invités à participer à l'étude et 117 avaient participé (74 %). - 270 patients sédentaires des cliniques de soins de santé primaires âgés de 65 ans et plus étaient éligibles. - 33 % des patients n'ont pas participé. Les caractéristiques ne sont pas connues et la raison la plus fréquemment déclarée a été le manque de temps le jour du recrutement. <p>Critères de sélection de l'échantillon :</p> <p>Cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être situées dans la région du déroulement de l'étude. <p>Patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participer, pendant au moins 30 minutes, à une AP d'intensité modérée, pendant 5 jours ou plus par semaine; - Être âgés de 65 ans ou plus; - Avoir l'intention de rester dans la région durant 12 mois consécutifs; - Être en mesure de comprendre le consentement éclairé; - Ne pas être atteints d'une maladie cardio-vasculaire instable, débilitante ou progressive. |
| <p>Dimensions à évaluer</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Les variables d'AP (temps de loisirs modéré et AP vigoureuse; dépense énergétique) ont été mesurées avec un questionnaire autoadministré. Il a été validé sur un échantillon aléatoire, réévalué et adapté aux patients des soins de santé primaires. Il a été jugé fiable par rapport à d'autres questionnaires et du podomètre. - La qualité de vie a été évaluée en utilisant le questionnaire 36— item Short Form (SF-36), validé entre autres dans des populations de personnes âgées. |

| | |
|-------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - La pression artérielle a été mesurée trois fois selon un protocole utilisant des tensiomètres électroniques testés. - Les évènements indésirables, comme les chutes et les blessures musculo-squelettiques, ont été mesurés durant le mois précédent. Les hospitalisations ont été enregistrées durant l'année précédente (questionnaire autoadministré) et ensuite vérifiées avec les dossiers hospitaliers. |
| <p>Résultats</p> | <p>Description des échantillons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 21 cliniques étaient situées dans des villes rurales ou semi-rurales et 21 autres cliniques étaient en zone urbaine (Hamilton); - 15 cliniques avaient un seul praticien, 17 cliniques avaient deux à trois praticiens et 10 cliniques avaient plus de trois praticiens; - Le taux de participation des omnipraticiens étaient de 74 % (117), dont 28 % étaient des femmes. - Le taux de participation des 270 patients éligibles était de 87 %. Ceux qui n'ont pas complété le suivi étaient plus souvent des hommes (19 %, contre 10 % des femmes, $p < 0,05$), mais les 2 groupes étaient comparables pour les données démographiques et les caractéristiques d'activité de base. <p>Résultats principaux :</p> <p>Les groupes GP et SH étaient comparables pour les caractéristiques démographiques et l'AP, au début de l'étude. Après 12 mois de suivi, la dépense énergétique totale en kcal/kg par semaine a augmenté de 2.96 dans le groupe GP par rapport au groupe SH, mais ce n'était pas significatif ($p = 0.32$). Le temps de loisir des AP d'intensité modérée a augmenté dans le groupe GP de 0.67 h/semaine par rapport au groupe SH ($p < 0,05$) et la dépense énergétique durant les temps de loisirs a augmenté de 2.67 kcal/kg par semaine ($p < 0.05$).</p> <p>La proportion des participants du groupe GP ayant atteint l'objectif de 2,5 heures d'AP modérée ou vigoureuse par semaine est passé de 14 % (N=20) à 31 % (N=40), comparativement au groupe SH, dans lequel la proportion de participants a augmenté de 16 % (N=21) à 22 % (n =31) après 12 mois. Mais, la différence n'est pas statistiquement significative au seuil de 5 %.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Résultats secondaires :</p> <p>Pour les participants du GP, la vitalité et l'état général de santé se sont améliorés de façon statistiquement et cliniquement significative, d'où une diminution des hospitalisations ($p < 0,05$). Par contre, il n'y avait pas de changement significatif de la pression artérielle ou du nombre de blessures et de chutes.</p> |
| <p>Remarques</p> | <p>L'augmentation de l'AP de loisir a été modeste. Par contre, elle a été supérieure à celle observée dans l'étude principale, qui avait pris en compte les personnes âgées de 40 à 80 ans (37 minutes contre 33 minutes). La dépense énergétique a eu une augmentation moyenne de 2,67 kcal/kg par semaine pour les personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à 2,93 kcal/kg par semaine pour l'ensemble du groupe. L'augmentation de l'AP dans le groupe GP sans augmentation du nombre de chutes, contrairement au groupe SH, signifierait que l'intervention renforce la sécurité. L'intervention a amélioré l'AP, la dépense énergétique, la qualité de vie liée à la santé sur le plan des hospitalisations chez les patients âgés, des soins de santé primaire. L'inclusion systématique du programme Green Prescription dans la routine des soins de santé primaire conduira probablement à un gain de santé pour les personnes âgées.</p> <p>Les spécificités du système de santé pourraient limiter la généralisation dans d'autres pays. En contrepartie, la sollicitation des professionnels de santé par les patients est originale. La seule différence entre les groupes a été l'intervention à l'étude. Tous les résultats pertinents ont été mesurés à l'aide de méthodes normalisées, valides et fiables.</p> |
| <p>Appréciation de la portée de l'intervention</p> | <p>Efficace</p> |

Identification de l'étude : Liste No⁴**Le counseling en activité physique est-il efficace chez les personnes âgées? Un essai randomisé contrôlé en soins de santé primaire**

Kerse N, Elley CR, Robinson E, Arroll B. Is Physical Activity Counseling Effective for Older People? A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care. J Am Geriatr Soc, 2005; 53:1951–1956

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 (pour les grappes) 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 satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante | N'y répond pas Aucune précision Ne s'applique pas |

| | | |
|---|---|--|
| <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 : questionnaire validé</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? | Globalement, moins de 14 % (N=270) : les données manquantes ont été remplacées par les mesures de base, une précaution conservatrice. | |
| 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 |
| 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? | Fort probablement |
| 2.4 Les résultats de l'essai s'appliquent-ils au groupe ciblé par le présent rapport? | A généraliser avec attention aux systèmes de santé |