

<p>Fiche No⁷</p>	<p>Évaluation des risques pour la santé combinée à des sessions éducatives dispensées en groupe ou à domicile pour la promotion des comportements et la prévention chez les aînés – Essai randomisé</p> <p>Dapp U, Anders JA, Von Renteln-Kruse W. et autres (2011). A randomized trial of effects of health risk appraisal combined with group sessions or home visits on preventive behaviors in older adults. <i>Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences</i>. 66(5):591-8.</p>
<p>But de l'intervention</p>	<p>Augmenter l'utilisation de soins préventifs par les aînés vivant dans la communauté et améliorer leurs comportements de santé.</p> <p>Dans le cadre de cette fiche, uniquement les résultats concernant le volet sur les comportements de santé seront présentés.</p>
<p>Description de l'intervention</p>	<p>Quoi :</p> <p><u>Évaluation du risque pour la santé et rapports informatisés :</u> Les participants ont rempli le questionnaire d'auto-évaluation du risque pour la santé (HRA-O : « Health risk appraisal for older persons »). Ce questionnaire comprenait plusieurs sections concernant : les informations administratives, les conditions chroniques, l'utilisation de soins préventifs, l'usage de la médication, les signes et les symptômes, l'auto-perception de la santé, la pratique de l'activité physique, la nutrition, la prévention des blessures, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, la vision, l'audition, les symptômes dépressifs, la mémoire, le réseau social, les activités de la vie quotidienne, les informations socioéconomiques, l'éducation, l'emploi, le logement et les mesures de santé (le poids, la grandeur, la tension artérielle et le cholestérol).</p> <p>Les questionnaires complétés étaient compilés au centre de recherche et des rapports informatisés étaient produits pour les participants ainsi que pour leurs omnipraticiens. Le rapport des participants incluait de l'information personnalisée et des recommandations basées sur les données fournies dans le questionnaire, des informations générales sur les domaines de santé couverts par le questionnaire ainsi que les coordonnées de ressources locales pour obtenir des informations complémentaires dans le futur. Le rapport synthèse</p>

remis aux omnipraticiens incluait des informations personnelles sur les recommandations en lien avec les facteurs de risque identifiés dans le HRA-O. Les patients étaient encouragés à discuter des recommandations soulevées par le rapport avec leur omnipraticien, mais il revenait au médecin et au patient de décider de la façon dont ces recommandations allaient être abordées, soit directement, selon les opportunités du moment ou encore pas du tout.

Renforcement additionnel :

Les patients qui recevaient l'intervention et qui avaient retourné le HRA-O pouvaient choisir entre deux offres de renforcement, soit la participation à des séances de groupe ou des visites à domicile.

1) Sessions de groupe : Des groupes de 12 aînés ont pris part à une séance au centre de gériatrie. De l'information sur la saine alimentation, l'activité physique, la participation sociale active et le vieillissement réussi était livrée par les membres d'une équipe interdisciplinaire. De l'information était transmise sur chacun de ces sujets ainsi que sur les relations complexes entre eux. On demandait à chaque participant de compléter un journal alimentaire et d'activité physique personnelle. Cette prise de conscience permettait également aux professionnels de développer des recommandations individuelles pour les participants et de fixer des objectifs personnels. Après deux semaines, tous les participants recevaient un rapport personnel avec des recommandations confirmant les ententes prises lors de la séance de groupe, qui pouvaient également inclure des adresses de clubs de sport ou d'organisations des aînés près du domicile des participants pour promouvoir la continuité des changements dans le temps. Un rendez-vous de suivi était offert aux participants des séances de groupe (au centre de gériatrie) pour vérifier l'adhésion aux recommandations.

2) Visites à domicile : Une infirmière spécialement formée à cet effet menait la première visite à domicile pour les participants ayant choisi cette option. Cette visite incluait une évaluation de différentes dimensions, dont : la mobilité, le déclin fonctionnel, les chutes, la douleur, la médication, la nutrition, la cognition, la vision, l'audition, les contacts sociaux, le logement et le milieu de vie. En se basant sur cette évaluation et sur le rapport émis suite au HRA-O, le cas de chaque participant était discuté avec l'équipe gériatrique du centre. Des recommandations étaient alors formulées, mises en ordre de priorité, renforcées ou modifiées pour chacun d'eux. L'infirmière et le gériatre produisaient par la suite un court

rapport écrit comprenant les résultats de l'évaluation et les recommandations fournies à l'omnipraticien de chaque participant. Une coopération intensive entre l'infirmière, le travailleur social et l'omnipraticien permettait de résoudre des problèmes révélés lors de la visite à domicile. Une deuxième visite à domicile était réalisée pour vérifier l'adhésion aux recommandations.

Qui :

L'intervention a utilisé les structures de soins de santé déjà existantes sur son territoire et les services d'une équipe gériatrique interdisciplinaire située à un centre de gériatrie et formée dans la promotion de la santé et dans les méthodes motivationnelles. Les professionnels de l'équipe interdisciplinaire étaient les suivants : nutritionniste, physiothérapeute, travailleur social et gériatre (le leader du groupe). Une infirmière participait également à l'intervention pour les participants ayant choisi l'option des visites à domicile. Finalement, les omnipraticiens complétaient l'équipe qui offrait l'intervention.

Formations pour les omnipraticiens : Tous les omnipraticiens ont participé à des formations. Le principal objectif était de les former sur les recommandations relatives aux risques identifiés dans le HRA-O et de les sensibiliser au programme de renforcement offert par le centre gériatrique. Des cas issus de la pratique des omnipraticiens étaient utilisés dans le cadre des formations ainsi qu'un manuel nouvellement produit qui contenait de l'information fondée sur les faits probants (« evidence-based ») et des notes pour orienter les omnipraticiens dans leur pratique. Les thèmes principaux des formations étaient : la prévention du risque cardiovasculaire, l'immunisation, le dépistage du cancer, le maintien de la santé, les problèmes de santé spécifiques (douleur, usage de la médication, blessure, incontinence) et le comportement et la santé psychosociale. À titre d'élément motivateur, les médecins qui participaient aux formations recevaient les crédits nécessaires à leurs exigences de formation continue.

Pour qui : Personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans la communauté.

Comment :

Recrutement des omnipraticiens : Tous les omnipraticiens de la région métropolitaine de Hamburg ont été informés par le biais du bulletin de leur association régionale.

	<p><u>Recrutement des aînés</u> : Chaque milieu clinique a fourni la liste complète de leurs patients âgés de 60 ans et plus en incluant certaines données de base afin de pouvoir exclure les patients non éligibles. Une lettre d'invitation à participer au projet signée par leur médecin a été envoyée aux patients éligibles. Une feuille d'information sur le projet, un mini-questionnaire incluant le Pra-questionnaire (un questionnaire qui mesure le risque de base en lien avec les admissions répétées à l'hôpital) et une question sur le besoin autorapporté d'aide humaine dans les activités de la vie courante ainsi qu'un formulaire de consentement étaient joints à la lettre. Tous les patients étaient informés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude sans subir de conséquences négatives sur leurs soins. Le recrutement s'est déroulé sur une période de 9 mois.</p> <p>Quand/combien :</p> <p><u>Rapports informatisés</u> : Un seul.</p> <p><u>Formations pour les omnipraticiens</u> : Bi-mensuelles, les jeudis soir, durée de 2 heures.</p> <p><u>Sessions de groupe</u> : Une séance d'une demi-journée. Rendez-vous de suivi 6 mois après la session.</p> <p><u>Visites à domicile</u> : Une première visite et une visite de suivi 6 mois plus tard.</p> <p>Où : Ville de Hamburg, Allemagne</p>
Méthodologie d'évaluation	<p>Évaluation d'une <i>nouvelle</i> intervention</p> <p>Qui procède à l'évaluation : Équipe ayant développé l'intervention</p> <p>But de l'évaluation :</p> <p>Évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'un outil d'évaluation du risque pour la santé combiné à la formation d'omnipraticiens et à des séances de groupe ou des visites de prévention à domicile et mesurer les effets à court terme de cette intervention multi-facette sur l'utilisation des soins préventifs et les comportements de santé chez les aînés.</p> <p>Type d'évaluation : Étude randomisée contrôlée.</p> <p>Démarche méthodologique :</p> <p>Étude randomisée contrôlée en simple aveugle avec un groupe témoin et un groupe de comparaison. Les mesures ont été prises tout de suite après la randomisation et un an après.</p>

Groupe témoin :

Les participants du groupe témoin ont reçu les soins usuels pendant la période de l'étude, mais leurs omnipraticiens avaient reçu la formation offerte dans le cadre de l'intervention et étaient impliqués dans le suivi des patients du groupe intervention, ce qui peut avoir changé leur pratique reliée aux soins préventifs et ainsi créer une diffusion des effets du traitement.

Groupe de comparaison :

Étant donné les limites du groupe témoin, un groupe de comparaison a été créé. Pour ce faire, 7 autres milieux de pratique ont été recrutés. Ces milieux n'étaient pas du tout concernés dans l'intervention. Les omnipraticiens de ces milieux n'ont reçu aucune formation et leurs patients ont seulement reçu les soins usuels. Aucune source de contamination n'était alors possible. Les chercheurs émettent l'hypothèse que la comparaison entre le groupe intervention et le groupe de comparaison produira des résultats de la mesure de l'effet de l'intervention plus près de la réalité (en supposant que la comparaison entre le groupe intervention et le groupe témoin présentera des résultats démontrant un effet moindre de l'intervention).

Échantillon :

Omnipraticiens :

De tous les omnipraticiens informés de l'étude (n ≈ 500), 21 ont accepté de participer. Par la suite, 7 groupes de 3 omnipraticiens ont été formés selon leur âge, leur sexe et leur type de pratique (médecine de famille ou interne). Pour chaque groupe, deux omnipraticiens étaient attribués au groupe recevant de la formation (14 omnipraticiens au total) et un autre était attribué au groupe servant de comparaison (7 omnipraticiens au total).

Aînés :

La taille de l'échantillon a été calculée à partir des paramètres suivants :

- Être capable de détecter une différence de 30 % dans l'utilisation des soins préventifs et des comportements de santé entre le groupe intervention et le groupe témoin à un an;
- $\alpha = 0,05$ et puissance de 80 %
- Prévalence de l'utilisation des soins préventifs et des comportements de santé positifs estimée à 20 % dans le groupe témoin;
- Taux d'abandon de 20 % durant la première année.

Selon ces paramètres, une taille de l'échantillon de 763 cas dans le groupe intervention et de 1525 cas dans le groupe témoin ont été calculées.

Au départ, 2 580 aînés éligibles à l'intervention et issus de la pratique des 14 omnipraticiens inclus dans celle-ci ont retourné le formulaire de consentement signé. Ces dernières ont été attribuées au groupe intervention et au groupe témoin par le biais d'une randomisation informatique indépendante de l'équipe de recherche. Un ratio de 1:2 (intervention : témoin) a été choisi pour minimiser le nombre de personnes dans le groupe intervention étant donné les ressources disponibles limitées pour offrir les interventions de renforcement. Les personnes vivant dans le même ménage étaient attribuées au même groupe. Des 878 personnes randomisées dans le groupe intervention, 74 n'ont pas retourné le questionnaire (HRA-O) pour les mesures initiales. Des 804 personnes ayant poursuivi l'intervention, 503 ont choisi les séances de groupe pour le renforcement, 77 ont opté pour les visites à domicile et 224 n'ont participé à aucun renforcement additionnel.

Les personnes éligibles et consentantes issues de la pratique des 7 autres omnipraticiens (746 au départ) n'ont pas été randomisées et ont formé le groupe de comparaison.

Pour les mesures à un an, 587 personnes (70,6 %) ont retourné le questionnaire HRA-O dans le groupe intervention, 1 376 (83,8 %) dans le groupe témoin et 582 (81,4 %) dans le groupe de comparaison. Les informations concernant la survie et l'endroit de résidence étaient disponibles pour presque la totalité des participants (seulement 17 manquants).

Critères de sélection de l'échantillon :

Critères d'inclusion :

- Personnes âgées de 60 ans;
- Personnes vivant dans la communauté;

Critères d'exclusion :

- Les personnes nécessitant de l'aide humaine pour les activités de la vie courante ou recevant des soins infirmiers à domicile;
- Les personnes ayant des déficiences intellectuelles;
- Les personnes souffrant d'une maladie en phase terminale;
- Les personnes incapables de comprendre l'allemand.

<p>Dimensions à évaluer et outils</p>	<p><u>Actions de prévention (questionnaire HRA-O) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de tests de mesure de la pression artérielle dans la dernière année - Réalisation de tests de mesure du glucose dans le sang dans les 3 dernières années - Réalisation de tests de mesure du cholestérol dans les 5 dernières années <p><u>Comportements en lien avec la santé (questionnaire HRA-O) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la consommation de portions de fruit ou d'aliments riches en fibres par jour - Évaluation de la consommation de produits faibles en gras - Évaluation de la consommation dangereuse d'alcool - Évaluation du niveau d'activité physique de modéré à vigoureux par semaine <p>Deux indices, un pour les actions préventives et un pour les comportements de santé ont été créés à partir des mesures mentionnées ci-haut ainsi que d'autres mesures utilisées dans le cadre de l'étude.</p> <p><u>Suivi médical :</u> Les données concernant la survie, l'admission à des centres d'hébergement, les besoins pour des services de soins infirmiers ambulatoires et le changement d'adresse étaient collectées à partir des dossiers médicaux des participants et complétées par les informations fournies par ceux-ci. Le HRA-O était utilisé pour les mesures de comparaison à un an suite à un envoi postal. Un court questionnaire à propos de l'efficacité personnelle dans l'interaction entre le patient et le médecin était également joint.</p> <p><u>Analyses statistiques :</u></p> <p>Avant de procéder aux analyses, les groupes ont été ajustés selon leurs caractéristiques sociodémographiques. Les analyses principales et les analyses secondaires consistaient à faire la comparaison des résultats primaire et secondaire entre le groupe intervention et le groupe témoin. Pour vérifier si les effets des relations trouvées étaient sous-estimés, d'autres comparaisons ont été effectuées entre le groupe intervention et le groupe comparaison. L'utilisation de coefficients de corrélation, de modèles de régression et d'équations de généralisabilité a été nécessaire pour faire les analyses.</p>
<p>Résultats</p>	<p><u>Échantillon :</u></p> <p>Données du groupe intervention (n=878) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen de 71,9 ± 7,7 ans;

- 540 (61,5 %) sont des femmes;
- 339 (38,6 %) évaluent leur santé comme étant passable ou faible;
- 186 (21,2 %) ont fait une visite ou plus à l'hôpital dans la dernière année;
- 434 (49,4 %) ont visité leur omnipraticien de façon ambulatoire entre 1 et 6 fois dans la dernière année et environ le même nombre l'ont fait plus de 7 fois;
- 83 (9,4 %) et 165 (18,8 %) ont rapporté souffrir de diabète et de maladies cardiovasculaires respectivement;
- 722 (82,2 %) profitent de la disponibilité d'une personne soignante;
- Les données du groupe témoin et du groupe de comparaison ne présentent pas de différence significative.

Changements dans les actions préventives :

- Pas de résultats significatifs.

Changements dans les comportements de santé :

- Les participants du groupe intervention mettaient significativement plus en application la recommandation de 3 fois ou plus d'activité physique modérée ou intense par semaine ($p=0,006$) comparativement au groupe témoin;
- Les participants du groupe intervention consommaient significativement plus de 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour ($p<0,001$) comparativement au groupe témoin;
- Les différences entre le groupe intervention et le groupe de comparaison étaient similaires aux différences observées entre le groupe intervention et le groupe témoin, ce qui suggère, selon les auteurs, qu'une diffusion du traitement ne s'est pas produite;
- Les indices de comportement de santé des participants ayant reçu l'intervention complète (rapport informatisé suite au HRA-O combiné à la participation à des sessions de groupe ou des visites à domicile) étaient significativement plus élevés que ceux des participants du groupe témoin, contrairement aux indices des participants ayant reçu seulement une partie de l'intervention (rapport informatisé sans renforcement). Ces résultats suggèrent selon les auteurs que seule la combinaison des deux interventions a eu des effets positifs, sans preuve des effets favorables du HRA-O et de son rapport informatisé utilisés seuls.

Remarques	<p>Cette intervention multifacettes (offre de formation aux omnipraticiens, auto-évaluation du risque par les participants et rétroaction/renforcement) a réussi à démontrer des effets positifs modérés dans plusieurs domaines incluant l'utilisation de soins préventifs et concernant les comportements de santé. Des analyses dans les sous-groupes de participants suggèrent toutefois que ceux qui ont pu bénéficier de l'intervention sont ceux qui ont reçu l'ensemble des composantes et non seulement des parties, ce qui semble indiquer que l'efficacité de l'intervention repose également sur l'interaction entre ses composantes.</p> <p>Les sessions de groupe ont été nettement préférées aux visites à domicile offertes en renforcement.</p> <p>Toutefois, on a pu noter un faible taux de participation des omnipraticiens au départ (seulement 21 sur environ 500 ont répondu à l'appel de participation), ce qui laisse supposer que seuls les omnipraticiens les plus motivés ont été inclus dans l'étude. Ce faible taux de participation peut également laisser entrevoir des difficultés pour l'implantation de ce genre d'interventions.</p> <p>Les données manquantes chez les participants ont également été considérées comme une limite par les auteurs. Le taux de réponse pour les résultats primaires a en effet été bas et différait parmi les groupes de participants (intervention, témoin et comparaison). Les auteurs émettent l'hypothèse que l'envoi des questionnaires par courrier plutôt qu'une remise en personne a pu affecter le taux de réponse à la baisse. De plus, la conception de l'étude faisait en sorte que seuls les participants du groupe intervention (en comparaison avec le groupe témoin et de comparaison) devaient compléter le HRA-O à deux reprises, ce qui a pu les freiner lors de la deuxième collecte.</p> <p>Par contre, les chercheurs ne croient pas que ces données manquantes puissent devenir un biais dans l'étude à cause de différents aspects qui confirment à leurs yeux la validité des résultats obtenus. Tout d'abord, ils avaient en mains les données de base pour l'ensemble des participants ayant consenti à participer et aucune différence significative n'a été notée entre les différents groupes de participants. Ensuite, des différences significatives dans les résultats ont été observées non seulement entre le groupe intervention et le groupe témoin, mais également entre le groupe intervention et le groupe de comparaison. Finalement, les résultats ont été confirmés dans des analyses d'imputation basées sur une vaste banque de données.</p>
------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Bien que les auteurs considèrent leur intervention très pertinente pour l'implantation dans la pratique, certains aspects seraient probablement à revoir afin de maximiser l'efficacité de celle-ci. De plus, il faut considérer que cette intervention nécessite un bon investissement des ressources impliquées pour la réception (omnipraticiens) et l'offre (équipe multidisciplinaire) de formation.</p>
Appréciation de la portée de l'intervention	Prometteuse

Liste No⁷

Identification de l'étude

Dapp U, Anders JA, Von Renteln-Kruse W. et autres (2011). A randomized trial of effects of health risk appraisal combined with group sessions or home visits on preventive behaviors in older adults. Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences. 66(5) : 591-8

Thème du rapport :

Question-clé no :

Liste de vérification remplie par : Labico Diallo

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 satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	N'y répond pas Aucune précision Ne s'applique pas
1.4 L'intervention assignée est gardée à l'insu des sujets et des expérimentateurs.	Entièrement rencontré Rencontré de façon satisfaisante Rencontré de façon non satisfaisante	N'y répond pas Aucune précision Ne s'applique pas

<p>1.5 Les groupes témoins 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>
<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>	<p>29,4% dans le groupe intervention, 16,2% dans le groupe témoin et 18,6% dans le groupe de comparaison</p>	
<p>1.9 Tous les sujets ont été analysés en fonction du groupe auquel ils ont été assignés (analyse selon « l'intention de traitement »).</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>1.10 Si l'essai est mené sur plusieurs sites, les résultats de tous les sites sont comparables</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>

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?	Taux d'abandon élevé
2.3 En tenant compte des facteurs spécifiques au problème de santé considéré, de votre évaluation de la méthodologie et de l'efficacité sur le plan statistique de l'essai, êtes-vous certain que les effets globaux sont attribuables à l'intervention étudiée?	Probablement pas
2.4 Les résultats de l'essai s'appliquent-ils au groupe ciblé par le présent rapport?	Difficile de généraliser : organisation complexe (en milieux de soins et à domicile)