

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°1 : Interventions basées sur les preuves</b> <b>Éléments à rechercher</b>
<b>1. Titre</b>	<p align="center"><b>Les interventions basées sur les preuves, destinées à augmenter l'activité physique chez les personnes âgées.</b></p> <p>Conn VS. ea. Evidence-Based Interventions to Increase Physical Activity Among Older Adults. Activities, Adaption &amp; Aging 2002;27(2).</p> <p>Notez que la publication est une extension de l'étude référencée ci-après. Voilà pour quoi la présente fiche a un contenu identique, excepté les résultats, la synthèse et les remarques.</p> <p>Conn VS, Hafdahl AR, Brown SA, Brown LM. Meta-analysis of patient education interventions to increase physical activity among chronically ill adults. Patient Educ Couns 2008; 70(2) : 157-72.</p>
<b>2. Identification</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Type de l'étude : Méta-analyse</li> <li>➤ Type(s) des études incluses: Non explicitement mentionnés.</li> </ul>
<b>3. Objectif(s) de l'étude</b>	<p>Estimer par synthèse méta-analytique l'impact des interventions destinées à augmenter l'activité physique (AP) chez les adultes atteints de maladies chroniques.</p> <p>Questions de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quel est l'effet global des interventions sur l'augmentation de l'AP passant par les comportements?</li> <li>2. Les effets des interventions sur l'AP varient-ils en fonction des interventions, des échantillons et des méthodes?</li> <li>3. En ce qui concerne les essais cliniques, les mesures post-test diffèrent-ils des mesures pré-test dans les groupes témoins?</li> </ol> <p>A l'époque, il n'y avait pas de méta-analyses exhaustives qui se soient penchées sur les stratégies éducatives du renforcement des comportements en AP chez les patients atteints de maladies chroniques. Les études antérieures avaient manqué d'exhaustivité, avaient ignoré certaines voies de recherche documentaire où elles avaient privilégié certains types d'interventions ou de populations, ou alors les études primaires analysées n'avaient pas mesuré l'efficacité des interventions à augmenter l'AP.</p>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°1 : Interventions basées sur les preuves</b> <b>Éléments à rechercher</b>
<b>4. Recherche documentaire</b>	<p><b>Le profil de la recherche</b></p> <p>Des mesures ont été prises pour que la présente revue documentaire soit plus exhaustive que la précédente du même auteur (Conn, et al; 2003). Un bibliothécaire spécialisé a conduit la recherche dans les bases de données de MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, CINAHL, Cochrane Controlled Trials Register, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, Healthstar, Combined Health Information Database, Sport Discus, Dissertation Abstracts International, et dans Educational Resources Information Center. La recherche incluait les données antérieures à 1973 du National Institutes of Health Computer Retrieval of Information on Scientific Projects (CRISP). Les mots clés ont été choisis de façon très inclusive comme adherence, behavior therapy, clinical trial, ...en ce qui concerne la recherche sur les interventions et exercise, physical activity, physical fitness, .concernant la recherche sur l'AP. Une recherche électronique de renseignements avait été réalisée sur les investigateurs des études financées et les auteurs de toutes les études éligibles. Des contacts avaient été pris directement avec les premiers auteurs des études éligibles pour compléter les informations si nécessaire. Des enquêtes ont été réalisées sur l'historique des études éligibles. Une recherche manuelle d'articles avait été réalisée dans 215 revues qui avaient publié de 1970 à 2004, les études éligibles. Les revues systématiques de l'époque avaient été prises en compte. Enfin, une recherche par internet avait été réalisée sans qu'elle n'apporte de documents qui ne soient obtenus par les autres mécanismes de recherche.</p>
<b>5. Sélection en fonction de critères de qualité et attribution d'une cote</b>	<p>Les études primaires admissibles devaient :- Être rédigées en langue anglaise – rapporter les interventions sur l'AP chez les sujets âgés de plus de 18 et atteints de maladies chroniques – Comprendre des intervention destinées explicitement à augmenter l'AP – Comprendre des mesures post-test des comportements en AP et rapporter suffisamment de détails pour permettre le calcul des effets.</p> <p>Les études ont été incluses avec une acception des interventions au sens large, comme l'éducation du patient comprenant des activités d'enseignement ou de counseling en vue de modifier le comportement et des séances pratiques d'exercices qui pourraient influencer le comportement en AP. L'AP était définie comme tout mouvement corporel qui engendre des dépenses énergétiques supérieures au métabolisme de base. L'exercice, un sous-ensemble de l'AP, était défini comme tout mouvement prévu, structuré, répétitif et destiné à améliorer la condition physique.</p>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°1 : Interventions basées sur les preuves</b> <b>Éléments à rechercher</b>
	<p>Toutes les études qui répondaient aux critères d'inclusion étaient incluses, y compris celles de la littérature grise ou celles qui avaient de petits échantillons. Toutefois, les études primaires ont été pondérées de façon à ce que les plus grandes variances des mesures principales (dans les petits échantillons) aient moins d'influence. Toutes les données préexpérimentales, les mesures prétests et post-test avaient été prises en compte.</p>
<b>6. Extraction des données</b>	<p><b>Description de la procédure d'extraction des études incluses :</b></p> <p>Pour assurer la fiabilité, deux examinateurs indépendants ont codé les données à extraire. L'auteur principal ou un autre membre de l'équipe de recherche de l'étude primaire était sollicité pour lever les désaccords éventuels. Le système de codage a été conçu et testé dans une étude pilote par rapport aux sources des données, aux participants, aux méthodes et aux interventions. On notait l'existence des fonds de financement, le motif de dissémination et l'année de distribution des études. Les sujets étaient catégorisés par sexe, âge, statut socio-économique et la présence ou non de maladies. Les interventions étaient codées selon qu'elles incluaient des sessions de motivation, d'éducation ou d'exercices supervisés. Dans ce dernier cas, l'intensité, la durée, la fréquence par semaine et le nombre de semaines de supervision étaient précisés, ainsi que le contexte social (individuel par rapport au groupe), le nombre de semaines d'activités, les comportements ciblés (AP seule ou associée à d'autres comportements en santé), la durée et la fréquence recommandées des exercices ou autres contenus des interventions (Tableau 1 dans l'article original);</p> <p>Les données ont été codées avec détails à cause du manque de définitions des catégories d'interventions. Les comportements en AP étaient codés seulement si elles étaient mesurées à l'écart des sessions d'exercices supervisées. Enfin, les mesures post-tests prises le plus loin par rapport au début ont été considérées.</p>
<b>7. Analyse</b>	<p>Les données ont été analysées par des calculs méta-analyse standards:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Différences moyennes standardisées : elles étaient positives si elles étaient à l'avantage du groupe d'intervention ou des mesures post-tests</li> <li>➤ Effets dans les groupes d'intervention et témoin séparément, mais toujours dans des échelles identiques pour faciliter les comparaisons</li> <li>➤ Hétérogénéité standard entre les études, mais conforme à la méthode Cochrane</li> </ul> <p>Les modérateurs ont été analysés à titre seulement exploratoire lorsque les données suffisantes et fiables étaient disponibles dans les études primaires.</p>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°1 : Interventions basées sur les preuves</b> <b>Éléments à rechercher</b>
<b>8. Résultats</b>	<p><b>Résultats descriptifs (voir Con, et al; 2002)</b></p> <p>Rappel : Étaient associées à plus d'effets sur l'AP, les interventions qui avaient ciblé uniquement les comportements en AP (contrats, comptes rendus, établissement d'objectifs, autogestion...) ou les personnes âgées atteintes de maladies chroniques (diabète, arthrite...), celles qui ne contenaient pas de l'éducation pour la santé, celles basées sur l'autogestion, celles qui offraient un contact rapproché et intense avec les professionnels, qui étaient basées en centres, qui recommandaient une certaine intensité d'activités ou celles délivrées pour des groupes.</p> <p><b>Implications pratiques des interventions plus efficaces</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les interventions qui avaient ciblé des sous-groupes spécifiques d'adultes malades étaient plus efficaces par rapport aux interventions qui avaient ciblé la population générale : La présence d'une maladie peut sensibiliser sur la nécessité de changer de comportements. Dans l'étude originale, les auteurs expliquaient que certaines maladies comme l'arthrite se prêtent bien aux exercices bien dosés pour renforcer la forme physique, améliorer la qualité de vie en réduisant les douleurs et en contribuant à la normalisation des paramètres biologiques.</li> <li>2. Les interventions qui ciblaient exclusivement l'AP : L'exclusivité réservée à l'AP peut avoir aidé les participants à croire à son importance. En plus, les professionnels impliqués auraient eu la possibilité de concentrer toutes leurs énergies pour développer les activités avec plus d'efficacité.</li> <li>3. Interventions n'ayant pas de composante éducative en santé : la composante éducative en santé était plus fréquente dans les études primaires. Elle discutait des avantages de mener un style de vie actif et des inconvénients d'être inactif. Des discussions plus poussées entre experts ont permis de constater que dans les stratégies d'éducation pour la santé, de type cognitif à la base, on passait plus de temps à enseigner des principes plutôt que de se focaliser sur la motivation pour l'AP et ainsi ces stratégies étaient moins efficaces. Par conséquent on devrait éviter de s'appuyer sur la seule stratégie d'éducation pour la santé.</li> <li>4. L'autogestion des activités : Elle avait l'avantage d'utiliser des moyens accessibles et faciles d'utilisation comme le carnet de notes personnelles ou le calendrier. Avec l'introduction de l'ordinateur et de l'internet, l'autogestion peut être une stratégie plus puissante encore; les personnes âgées initiées aux systèmes informatiques étant de plus en plus nombreuses. En plus, ces systèmes offrent la possibilité d'introduire le temps en minutes passé dans diverses activités et d'en sortir des graphiques plus parlants. Enfin, il faut noter que l'autogestion repose sur un concept central puissant, la confiance ressentie de l'individu d'être capable d'accomplir</li> </ol>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°1 : Interventions basées sur les preuves</b> <b>Éléments à rechercher</b>
	<p>l'activité planifiée et de bénéficier des résultats.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Les contacts plus fréquents et plus durables avec les professionnels coûtent plus cher, mais ils doublent les résultats d'efficacité attendus des programmes qui les utilisent. Les personnes âgées portent confiance aux professionnels qui leur offrent les soins et ils ont besoin de contacts humains.</li> <li>6. Les stratégies basées en centres coûtent plus cher que celles basées à domiciles, mais les personnes âgées en particulier s'y adaptent mieux en trouvant motivation, convivialité et une meilleure qualité de vie dans la dynamique de groupe. Par contre, l'isolement à domicile pourrait les démotiver. D'ailleurs, les stratégies qui utilisent les contacts avec les professionnels et celles des activités basées en centres pourraient judicieusement se compléter.</li> <li>7. On a l'habitude de dire que les activités de moindre intensité conviennent mieux aux personnes âgées souvent impotentes à cause des maladies et de la fatigue. La méta-analyse a démontré que les personnes âgées à qui il a été recommandé de faire des activités d'intensité modérée restaient plus actives et plus longtemps actives que les autres à qui il avait été recommandé des activités de moindre intensité.</li> <li>8. Qu'il s'agisse des groupes ordinaires ou spécialisés pour diabétiques par exemple, les stratégies orientées vers les groupes offrent aux personnes âgées l'opportunité de socialiser, le sentiment d'appartenance à des groupes, le partage des expériences bonnes (bénéfices des l'AP) ou mauvaises (barrières à l'AP dues à la maladie ou la fatigue par exemple) et aux planificateurs, l'opportunité ultime de jumeler avec les autres programmes efficaces comme ceux basés en centres et/ou ceux qui proposent les contacts avec les professionnels.</li> </ol> <p><b>Implications pratiques des interventions plus ou moins efficaces</b></p> <p>Les stratégies listées ci-après sont plus ou moins efficaces; elles sont proposées provisoirement à être introduites dans les programmes, en attendant un meilleur éclairage des études futures quant à leur efficacité définitive :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La prescription d'exercices en termes de type, de fréquence, de durée et d'intensité : justement, les programmes peuvent utiliser seulement la prescription d'intensité des activités physique, suffisamment efficace.</li> <li>➤ La modification des comportements qui repose sur la possibilité que certaines connaissances théoriques acquises induisent des changements dans l'environnement. Elle comprend plusieurs stratégies dont entre autres, l'autogestion.</li> <li>➤ La marche recommandée, une activité naturelle, accessible et peu onéreuse, contrairement aux autres types d'activités qui peuvent être compliquées, exigeantes de technicité /habileté et coûteuses pour les personnes âgées.</li> </ul>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°1 : Interventions basées sur les preuves</b> <b>Éléments à rechercher</b>
	<p><b>Implications pratiques des interventions non efficaces</b></p> <p>Quoique fréquemment recommandées, les stratégies telles que le soutien social, l'utilisation des médias pour livrer les activités, n'ont pas démontré de l'efficacité sur l'augmentation de l'AP.</p> <p><b>Implications dans la recherche des interventions non évaluées</b></p> <p>D'autres stratégies n'ont pas été évaluées par la méta-analyse telle que la récompense, le test de la condition physique, la balance décisionnelle, les comptes rendus, les contrats, l'établissement d'objectifs... À ce jour, elles ont été rapportées dans les études primaires en petits effectifs (n&lt;5) qui ne permettent pas de faire des calculs valides. Ces stratégies sont donc candidates pour l'évaluation dans les futures études.</p>
<b>9: Synthèse</b>	<p>Les résultats de l'étude Conn et al (2002) suggèrent que les activités professionnelles devraient comprendre l'autogestion, les contacts intenses entre les participants et les professionnels impliqués, ainsi que les stratégies basées en centres. Les activités devraient mettre l'accent sur les changements de comportements en AP exclusivement et recommander des activités d'intensité modérée, de préférence la marche. Les groupes spécifiques comme les malades chroniques obtiennent de meilleurs résultats. Les autres stratégies probablement efficaces comprennent la prescription d'exercices et la modification de comportements. Les stratégies cognitives de modification devraient être retirées, ou utilisées avec d'autres.</p> <p>Les bénéfices potentiels en termes d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées justifient la poursuite de la recherche primaire, notamment pour évaluer les autres stratégies en impliquant les groupes spécifiques non étudiés et en explorant les activités physiques autres que l'endurance, notamment les exercices pour la souplesse et la force physique.</p>
<b>10. Remarques</b>	<p>Les présents résultats ont commencé enfin à démêler les études primaires de l'AP, pour distinguer les activités à recommander, celles à recommander avec prudence et les autres qui restent à être évaluées.</p>
<b>11. Références pertinentes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Conn V.S., Hafdahl A. R., A. BS, Brown L. M. Meta-analysis of patient education interventions to increase physical activity among chronically ill adults. Patient Educ Couns 2008; 70(2) : 157-72.</li> <li>2) Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. Psychol</li> </ol>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°1 : Interventions basées sur les preuves</b> <b>Éléments à rechercher</b>
	<p>Rev 1977; 84(2):191-215.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Dishman RK, Buckworth J. Increasing physical activity: A quantitative synthesis. <i>Med Sci Sports Exerc</i> 1996; 28(6):706-19.</li> <li>4) Yalom I. <i>The theory and practice of group psychotherapy</i> New York: Basic Books. 1985;(3rd ed.).</li> <li>5) Atkins CJ, Kaplan RM, Timms RM, Reinsch S, Lofback K. Behavioral exercise programs in the management of chronic obstructive pulmonary disease. <i>J Consult Clin Psychol</i> 1984; 52(4):591-603.</li> <li>6) Dunn AL, &amp; Marcus, B. H. Human behaviour and psychology. In <i>American College of Sports Medicine (Ed.), ACSM's health &amp; fitness certification review</i>. Philadelphia. Lippincott Williams &amp; Wilkins. 2001 :(pp. 71-84).</li> <li>7) Guinn B. Psychological constructs of activity readiness in high functioning elderly. <i>Activities, Adaptation &amp; Aging</i> 2001;25(3-4):137-47.</li> <li>8) Duncan HH, Travis SS, &amp;, McAuley WJ. The meaning of and motivation for mall walking among older adults. <i>Activities, Adaptation&amp;Aging</i>, 1994; 19(1):37-52.</li> <li>9) Topp R, Mikesky A, Wigglesworth J, Holt W, Jr., Edwards JE. The effect of a 12-week dynamic resistance strength training program on gait velocity and balance of older adults. <i>Gerontologist</i> 1993;33(4):501-6.</li> <li>10) Topp R, Mikesky A, Thompson K. Determinants of four functional tasks among older adults: an exploratory regression analysis. <i>J Orthop Sports Phys Ther</i> 1998; 27(2): 144-53.</li> <li>11) Bedini LA, &amp; Phoenix, T. L. Recreation programs for caregivers of older adults: A review and analysis of literature from 1990 to 1998. . <i>Activities, Adaptation &amp; Aging</i> 1999;24 (2), :17-34.</li> <li>12) Arguelles S, &amp; von Simson, A. Innovative family and technological interventions for encouraging leisure activities in caregivers of persons with Alzheimer's</li> <li>13) Disease. . <i>Activities, Adaptation &amp; Aging</i> 1999; 24 (2) :83-97.</li> <li>14) Connell CM, &amp;Gallant, M. P. Caregiving health behavior: Review, analysis, and recommendations for research. . <i>Activities, Adaptation &amp; Aging</i> 1999;24(2) :1-16.</li> <li>15) Pollard JM, Taylor, W. C.,&amp;Smith, D. P. Patterns and correlates of physical activity among older adults residing independently in retirement communities. . <i>Activities, Adaptation &amp; Aging</i> 2000; 24(4) :1-17.</li> </ol>

---

**Identification: Liste No<sup>1</sup>**

Vicki S. Conn, et a. Evidence-Based Interventions to Increase Physical Activity Among Older Adults. *Activities, Adaption & Aging* 2009;27(2).

Notez que la publication est une extension de l'étude référencée ci-après. Voilà pour quoi la présente fiche a un contenu identique, excepté les résultats, la synthèse et les remarques.

Conn VS, Hafdahl AR, Brown SA, Brown LM. Meta-analysis of patient education interventions to increase physical activity among chronically ill adults. *Patient Educ Couns* 2008;70(2):157-72.

---

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

---

**Liste de vérification remplie par : Labico Diallo**

---

**SECTION 1 : VALIDITÉ INTERNE**

<b>Dans une revue systématique soigneusement réalisée :</b>	<b>Dans cette étude, ce critère est : (encercler une réponse par question)</b>	
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 : limite linguistique	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?	L'évaluation de qualité des études primaires n'a pas été décrite. Il y a un risque que des études de moindre qualité aient été incluses

## 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)	Essai comparatif randomisé, Essai comparatif non randomisé (à comprendre par les analyses réalisées et les résultats) et Cohorte : peut être 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.	Augmentation modeste, mais évidente des comportements en activité physique  Plusieurs modérateurs intéressants, associés à plus d'effets des interventions.