

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°5 : Meilleures pratiques</b> <b>Éléments à rechercher</b>
<b>1. Titre</b>	<p align="center"><b>Meilleures pratiques pour l'activité physique et le counseling dans les populations de personnes âgées</b></p> <p>Cress M.E. ea. Best Practicies for Physical Activity Programs and Behavioural Counseling in Older Adult Populations. <i>Journal of Aging and Physical Activity</i>, 2005;13(61-74).</p>
<b>2. Identification</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Type de l'étude : Revue systématique</li> <li>➤ Type(s) des études incluses : Essais cliniques contrôlés</li> </ul>
<b>3. Objectif(s) de l'étude</b>	<p><b>Commanditaire :</b></p> <p>Une coalition d'organisations nationales des E-U.A. a publié le 1<sup>er</sup> mai 2001, un document de planification à grande échelle visant à élaborer une stratégie nationale de promotion des modes de vie physiquement actifs auprès des personnes âgées de 40 ans et plus. Ainsi, le <i>National Bleuprint</i> avait été élaboré avec la participation de plusieurs organisations ayant une expertise en médecine, sciences sociales et comportementales, épidémiologie, santé publique, politiques publiques et en environnement.</p> <p>Les objectifs de ce plan étaient d'identifier les principaux obstacles à la participation à l'activité physique (AP) des personnes âgées et de recommander des stratégies spécifiques pour les surmonter. Le Plan devait identifier les obstacles à l'AP dans les programmes de recherche, ceux basés à domicile ou dans les communautés, dans les systèmes de soins, les politiques publiques, le plaidoyer, le marketing et les communications. Enfin, il devait diffuser les informations bien articulées pour les praticiens et les dirigeants sur les meilleures pratiques ainsi que les lignes directrices des programmes d'AP dans les populations âgées. Pour ce faire, une coalition d'organisations nationales menées par <i>l'American College of Sports Medicine (ACSM)</i> avait entrepris une revue des meilleures pratiques, des directives et des recommandations concernant l'AP pour les personnes âgées. Les résultats de cette revue sont présentés en trois sections:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Éléments clés d'un programme d'AP,</li> <li>- Stratégies pour lutter contre le changement de comportement et</li> <li>- Gestion des blessures et des risques dans tous les programmes en général et en particulier, dans ceux des personnes malades chroniques et/ou handicapées.</li> </ul> <p><b>Le document ne présente pas de questions de recherche ni de méthodologie. Les références sont datées de 1970 à 2006.</b></p>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°5 : Meilleures pratiques</b> <b>Éléments à rechercher</b>
<b>4. Résultats</b>	<p><b>1. Éléments clés des programmes d'AP pour les personnes âgées</b></p> <p>Un programme d'AP bien équilibré devrait inclure l'endurance, la force, l'équilibre et la flexibilité (tableau 2), encourager les individus sédentaires à commencer par des exercices d'intensité faible. Ces programmes doivent s'adapter aux besoins et aux intérêts spécifiques des individus pour assurer la jouissance maximale et optimiser l'adhérence</p> <p>L'observance à long terme peut être améliorée en faisant de l'AP un style de vie [King AC, Rejeski WJ, Buchner DM (1999)]. Intégrer un groupe d'AP est une excellente façon pour commencer [King AC, Rejeski WJ, Buchner DM (1998)]. Le groupe offre plusieurs avantages, y compris l'adhésion renforcée grâce à l'interaction sociale des participants, l'engagement réciproque à l'AP entre amis, de bonnes techniques d'enseignement et une supervision qualifiée.</p> <p><b>Les activités d'endurance</b> font référence à un mouvement continu qui implique les grands groupes musculaires, pendant 10 minutes au moins [U.S. Department of Health and Human Services (1996)] : vélo, natation, marche et autres activités de la vie quotidienne (tâches ménagères, jardinage, élagage). Les activités d'endurance protègent contre les effets délétères des maladies chroniques associées au vieillissement. Alors que certains avantages s'obtiennent avec les activités de faible intensité [U.S. Department of Health and Human Services (1996)], la progression de l'AP de faible intensité à intensité modérée optimise les bénéfices.</p> <p><b>Les activités de musculation</b> augmentent la force musculaire par l'exercice contre une certaine résistance (poids ou élastiques). Elles sont sans danger pour les personnes âgées et les blessures sont rares. L'enseignement de la technique appropriée contribue à minimiser les blessures. Le guide de l'Institut national sur le vieillissement fournit des exemples écrits et picturaux de la bonne forme physique ainsi que des instructions sur la respiration et les techniques de musculation [National Institute on Aging (1998)]. La résistance et le nombre de répétitions varient selon chaque individu et les groupes de muscles. En général, une à trois séries de 10 à 12 répétitions sont considérées comme optimales pour augmenter la</p>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°5 : Meilleures pratiques</b> <b>Éléments à rechercher</b>
	<p>force musculaire [American College of Sports Medicine (2000)]. Bien que les muscles du haut et du bas du corps doivent être inclus dans le régime de musculation, les muscles du bas du corps sont particulièrement importants pour la mobilité et l'autonomie [Singh MAF (2002)].</p> <p><b>Les exercices d'assouplissement :</b> La flexibilité augmente l'amplitude des mouvements autour de l'articulation. Les exercices d'assouplissement augmentent la longueur du muscle au-delà de ce qui est habituellement utilisé dans l'activité ordinaire. Ces exercices doivent être effectués au moins deux fois par semaine. Les étirements doivent inclure des techniques statiques et dynamiques appropriées. Dans les étirements dynamiques, le muscle est sollicité à travers la gamme complète des mouvements d'une articulation. Dans l'étirement statique, le muscle est étiré et maintenu détenu pendant 10 à 30 secondes [American College of Sports Medicine (2000)].</p> <p><b>Les exercices d'équilibre</b></p> <p>L'équilibre est la capacité de se maintenir sur la base de son support sans tomber. Bien que l'augmentation de la force musculaire et l'endurance améliorent l'équilibre, les exercices d'équilibre spécifiques ont des avantages supplémentaires [Carter ND, Kannus P, Khan KM (2001)]. L'équilibre statique est la capacité de se maintenir en équilibre sans bouger, alors que l'équilibre dynamique est la capacité de se déplacer sans perdre l'équilibre ni tomber.</p> <p>L'équilibre statique peut être amélioré en remettant en cause la capacité de maintenir l'équilibre debout en diminuant la base de soutien. Les exercices d'équilibre statique peuvent progresser en passant des pieds distants aux pieds joints, puis évoluer vers une position sur une jambe sans support. Quant à l'équilibre dynamique, elle peut être améliorée en diminuant la base de soutien tout en marchant.</p> <p><b>Facteurs comportementaux pour initier et maintenir l'AP</b></p> <p>Un corpus croissant de connaissances suggère que des interventions efficaces d'AP comprennent plusieurs principes bien établis du changement de comportement. L'intégration d'une stratégie globale de gestion du comportement dans les interventions</p>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°5 : Meilleures pratiques</b> <b>Éléments à rechercher</b>
	<p>d'AP peut augmenter le recrutement et la motivation pour progresser et, diminuer les abandons. Le soutien social de la famille et des amis a été associé à l'adhésion aux exercices à long terme chez les personnes âgées [Oka R, King A (1995)]. Les stratégies de soutien social comprennent le soutien par les pairs et le soutien des éducateurs professionnels de la santé.</p> <p><b>Auto-efficacité:</b> Pour de nombreuses personnes âgées, le vieillissement est associé à une perte de contrôle perçue [Kunzmann U, Little T, Smith J (2002)]. Désormais on sait que le fait de se sentir confiant quant à sa capacité de réussir une AP et d'en bénéficier peut engager à l'initier et à la maintenir. Les contrats de santé et le fait d'avoir le choix à peuvent renforcer l'auto-efficacité.</p> <p><b>Choix actifs:</b> Adapter le programme d'exercices aux besoins et aux intérêts des individus a réussi à motiver les personnes âgées pour débiter et maintenir une routine d'AP régulière [Stewart AL, et al (2001)]. Les professionnels d'AP devraient collaborer avec les individus pour concevoir un régime d'AP qui reflète les préférences et les capacités de ces derniers. Offrir les choix sur certaines caractéristiques des programmes d'exercices contribue à une meilleure adhérence.</p> <p><b>Contrats de santé:</b> Un contrat de santé est un contrat écrit et négocié entre un bénéficiaire et un professionnel de la santé pour atteindre un objectif de santé [Haber D, Looney C (2000)]. Il passe par l'établissement d'objectifs de santé réalistes et mesurables, puis un plan d'action pour atteindre ces objectifs. L'utilisation d'un calendrier de santé pour enregistrer l'AP constitue un moyen pour le participant de surveiller l'AP ciblée et de renforcer son engagement à l'exercice de routine.</p> <p><b>Sentiment de sécurité:</b> Les préoccupations en matière de sécurité ont été identifiées comme un obstacle à l'exercice par de nombreuses personnes âgées [King AC, Rejeski WJ, Buchner DM (1998)]. Les programmes d'AP peuvent aider à atténuer ces préoccupations en informant les participants sur les risques réels de l'AP et en aidant les individus à comprendre comment gérer soi-même l'intensité des exercices.</p>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°5 : Meilleures pratiques</b> <b>Éléments à rechercher</b>
	<p><b>Comptes-rendus réguliers sur le rendement:</b> Les comptes-rendus réguliers et précis des performances peuvent aider les personnes âgées à formuler des attentes réalistes de leurs propres progrès [Neff K, King A (1995)]. Ces comptes-rendus devraient être positifs et significatifs pour l'individu. L'observation de changements positifs significatifs de la performance et l'atteinte des résultats attendus sont associées à l'adhésion aux exercices chez les personnes âgées.</p> <p><b>Le renforcement positif:</b> Le renforcement positif est toute procédure introduite dans une intervention pour augmenter la probabilité de maintien de l'activité : mesures incitatives de recrutement, récompenses à l'atteinte des objectifs fixés et reconnaissance du public pour la participation et l'adhésion.</p> <p>En résumé, une ou plusieurs de ces stratégies comportementales doivent être utilisées pour faciliter l'adoption de l'AP comme habitude de vie.</p> <p><b>Gestion des blessures et des risques</b></p> <p>Lorsqu'il existe des risques associés à l'AP, ceux associés à la sédentarité les dépassent. [Booth FW, CharkravarthyMV, Spangenburg EE (2002)]. Le risque lié à l'AP est proportionnel à l'intensité de sorte que les exercices de faible intensité comportent moins de risque. Cependant en termes de rapport bénéfiques/risques, le consensus désigne les exercices d'intensité modérée comme meilleurs et ils constituent le choix idéal pour les personnes âgées. Malgré que les échanges avec les fournisseurs de soins de santé soient souvent souhaitables, la nécessité d'impliquer ces professionnels dépend des conditions de santé de chaque individu, du type et de l'intensité de l'AP. Les personnes âgées pourraient en toute sécurité engager des exercices de faible intensité et de courte durée par exemple.</p> <p>Il n'y a pas encore de procédures formelles pour dépister la présence du risque avant que les personnes âgées ne débutent ou intensifient les exercices physiques. La décision repose sur l'opinion des experts [Cardinal BJ, Cardinal MK (1995), Olds T, Norton K (1999), Shephard RJ (2000)]. Certains recommandent de soumettre les personnes âgées à l'examen physique et</p>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°5 : Meilleures pratiques</b> <b>Éléments à rechercher</b>
	<p>aux testes d'épreuve physique, tests qui comportent un taux de faux positifs surtout chez les malades cardiaques et qui risquent d'entraîner d'autres évaluations tout aussi à risque pour les personnes âgées [Gill TM, DiPietro L, Krumholz HM (2000)]. En plus, les tests risquent de constituer une barrière à l'AP. En définitive, le risque minime lié à l'AP ne doit être considéré qu'au regard des bénéfices importants liés à la pratique à long terme de l'AP. Pour les personnes en bonne santé ou asymptomatiques de tous les âges, le <i>Preventive Services Task Force</i> des États-Unis [U.S. Preventive Services Task Force (1996)] ne recommandent pas de dépistage cardiologique, avant l'initiation des AP.</p> <p>En s'engageant pour l'AP, les personnes âgées doivent appliquer des stratégies de gestion du risque et blessures. En règle générale, cela consiste à débiter par des exercices de faible intensité et à progresser lentement et régulièrement. Un exercice physique devrait toujours comporter une séance de réchauffement et une de relaxation, tout en incluant l'étirement. La force doit être développée autour des grandes articulations porteuses comme les genoux. Les AP de forte intensité, ainsi que les compétitions doivent être réservées aux personnes âgées qui en ont l'expérience et les performances. Quant aux risques de blessures musculo-squelettiques qui peuvent survenir à tout âge et les chutes (d'abord chez les personnes âgées), ils doivent être au centre de la gestion du risque. La mort subite survient très rarement. Pour prévenir l'ensemble de ces risques, il est recommandé d'augmenter progressivement l'intensité et de diversifier les types d'AP. Enfin, des mesures d'urgence et de secourisme doivent être développées autour de tous centres communautaires d'AP dont entre autres une indication claire pour l'accès aux services d'urgences et un kit de secours d'urgence.</p> <p><b>Gestion du risque chez les personnes malades chroniques ou invalides :</b> En règles générales, ces personnes ont besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'être engagées en dépit de la maladie ou du handicap</li> <li>- D'un plan avec l'aide des fournisseurs de soins/professionnels de l'AP</li> <li>- Une prescription médicale rédigée de façon proactive</li> </ul>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°5 : Meilleures pratiques</b> <b>Éléments à rechercher</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une possibilité de consultation médicale au besoin</li> <li>- Une surveillance des contre-indications médicales de l'AP</li> </ul> <p>Pour plus d'informations, les auteurs recommandent le <i>National Center for Physical Activity and Disability (NCPAD, site web <a href="http://www.ncpad.org">http://www.ncpad.org</a> ou 1-800-900-8086)</i></p>
<b>5. Synthèse</b>	<p>Dans la présente publication, les auteurs ont formulé des affirmations fortes sur des points clés de la gestion de l'AP chez les personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les bénéfices de santé liés à l'AP d'intensité modérée, pratiquée régulièrement et longtemps sont évidents</li> <li>- Les programmes pluridimensionnels comprenant la force, l'endurance, la flexibilité et l'équilibre sont optimums</li> <li>- Le meilleur rapport bénéfices/risques vient de l'AP d'intensité modérée</li> <li>- Les bases théoriques combinées sont plus efficaces : support social, auto-efficacité, choix actifs, contrats de santé, la sécurité assurée et le renforcement positif.</li> </ul> <p>Ils concluent en recommandant que tous les adultes souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap collaborent avec leurs fournisseurs de soins pour élaborer un plan d'AP personnalisé.</p>
<b>6. Remarques</b>	<p>L'absence de compte rendu sur la méthodologie n'a pas permis de porter un jugement sur la qualité des études primaires ni sur celle de la revue systématique elle-même afin de se prononcer sur l'efficacité, l'utilité et la pertinence des interventions évaluées. Au moins on peut dire que le document a été publié dans les temps où la communauté scientifique avait besoin d'être rassurée sur les points énumérés dans la synthèse. Nous pensons qu'il est alors important de vérifier la réalité des propos dans les publications ultérieures. Notez que le document a été publié en 2005 par le <i>Journal of aging and physical activity</i>) puis en 2006 par <i>Eur Rev Aging Phys Act</i>.</p>
<b>7. Références pertinentes</b>	<p>En l'absence d'un chapitre discussion dont nous aurions rapporté les références pertinentes, voici la liste références citées dans d'autres chapitres et qui dataient de moins de 5 ans par</p>

Étapes de la mise en fiche	<b>Fiche n°5 : Meilleures pratiques</b> <b>Éléments à rechercher</b>
	<p>rapport à la première publication du document :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. American Association of Retired Persons (2004) AARP exercise attitudes and behaviors: a survey of midlife and older adults. AARP, Washington, DC</li> <li>2. American College of Sports Medicine (2002) ACSM fitness book. Human Kinetics, Champaign, IL</li> <li>3. Atienza AA (2001) A review of empirically-based physical activity program for middle-aged to older adults. J Aging Phys Act 9:S38–S55 (Supplement)</li> <li>4. Best-Martini E, Botenhagen-DiGenova KA (2003) Exercise for frail elders. Human Kinetics, Champaign, IL</li> <li>5. Booth FW, CharkravarthyMV, Spangenburg EE (2002) Exercise and gene expression: physiological regulation of the human genome through physical activity. J Physiol 543.2:399–411</li> <li>6. Carter ND, Kannus P, Khan KM (2001) Exercise in the prevention of falls in older people. Sports Med 31:427–438</li> <li>7. Kunzmann U, Little T, Smith J (2002) Perceived control: a double-edged sword in old age. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 57B:484–491</li> <li>8. Singh MAF (2002) Exercise comes of age: rationale and recommendations for a geriatric exercises prescription. J Gerontol A Med Sci Biol Sci 57A:M262–M282</li> <li>9. Stewart AL (2001) Community-based physical activity programs for adults age 50 and older. J Aging Phys Act 9:S71–S91</li> <li>10. Stewart AL, Verboncoeur CJ, McLellan BU, Gillis DE, Rush S, Mills KM, King AC, Ritter P, Brown BW, Bortz WM (2001) Physical activity outcomes of CAMPS II. J Gerontol A Med Sci Biol Sci 56:M465–M470</li> </ol>



---

**Identification: Liste No<sup>5</sup>**

Cress M.E. ea. Best Practices for Physical Activity Programs and Behavioural Counseling in Older Adult Populations. Journal of Aging and Physical Activity, 2005;13(61-74).

---

**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 –	+  Remarque : La revue comprend des études de types divers, ne permettant pas une comparaison rigoureuse. Cependant, les résultats sont intéressants puisqu'ils comprennent à la fois des données probantes sur l'efficacité de certaines interventions et des normes issues des guides sur la promotion de l'activité physique.
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.