

<p>Fiche No¹¹</p>	<p align="center">Efficacité de deux programmes d'intervention adaptés pour la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées</p> <p>Van Stralen MM., de Vries H., Mudde AN., Bolman C., Lechner L. Efficacy of Two Tailored Interventions Promoting Physical Activity in Older Adults. <i>American Journal of Preventive Medicine</i>; 2009, 37 (5) : 405-417.</p>
<p>But de l'intervention</p>	<p>C'est un programme d'intervention néerlandaise de sensibilisation (ou conscientisation), d'initiation, d'augmentation et de maintien de la pratique de l'activité physique (AP) parmi les personnes âgées.</p> <p>La rationnelle étant que la prise de conscience par rapport à son niveau de pratique d'activité physique est une première étape et un prérequis dans le changement de comportement.</p>
<p>Description de l'intervention</p>	<p>Quoi :</p> <p>L'intervention a été développée en fonction du protocole structuré d'intervention (<i>Intervention Mapping Protocol</i>) qui facilite le processus de la promotion (motivation) de la santé en six étapes. La promotion est faite chez les personnes les plus à risque (moins actives au départ) pour l'initiation et l'augmentation de l'activité physique (AP) et chez les personnes les moins à risque (actives au départ), pour le maintien en AP. Ensuite, l'intervention s'intéresse à examiner l'exposition des participants à l'intervention (l'environnement) et leur appréciation de l'intervention (voir ci-après les deux volets).</p> <p>La promotion pour motiver la pratique de l'AP est divisée en deux interventions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervention de base sur mesure : le participant reçoit des lettres adaptées en plus de conseils personnalisés à ses conditions. 2. Intervention-plus : le participant reçoit en plus des lettres, des informations par l'internet à propos des conditions et des possibilités de pratiquer des exercices physiques dans la localité. <p>Le contenu des lettres est inspiré de plusieurs modèles théoriques qui utilisent les déterminants psychosociaux du changement de comportements. A ces déterminants, dans le groupe intervention-plus, on a ajouté les déterminants environnementaux. Les détails sont présentés dans l'article original (p 6, colonne 1, paragraphe 1).</p>

Les conseils personnalisés sont des conseils qui sont de nature à provoquer chez le participant la conscientisation, l'initiation et le maintien en matière d'AP, en passant par les différentes étapes du processus de changement de comportement, notamment le construit pré-motivationnel (sensibilisation, connaissances), le construit de la motivation (attitude, influences sociales, auto-efficacité, intention et motivation intrinsèque) et le post-construit de la motivation (compétences d'autorégulation, planification de l'engagement, plan d'action et planification pour faire face aux obstacles). On peut voir le matériel utilisé en annexe A de l'article original.

En plus du traitement du groupe d'intervention de base (voir Démarche méthodologique), le groupe intervention-plus a reçu des informations personnalisées sur les opportunités à pratiquer des AP dans leur environnement spécifique (carte des sentiers et pistes praticables pour marcher ou faire du vélo dans leur voisinage, des exercices à faire à la maison, coordonnées des clubs sportifs de leur quartier qui correspondaient à leurs aptitudes et intérêts, etc.). Le tout était combiné à un accès libre à un forum et au système E-Buddy, une messagerie internet et mobile permettant de correspondre avec des partenaires de sport et d'autres participants de l'étude de la même localité.

Qui : L'étude est menée par l'équipe de recherche, sans plus de détails.

Pour qui : Les Néerlandais âgés ≥ 50 ans, actifs ou moins actifs physiquement, relevant des conseils régionaux et municipaux de santé.

Comment : Les adultes de plus de 50 ans, issus des 9 conseils de santé municipaux ayant accepté de participer, ont été invités par une lettre postée accompagnée d'un questionnaire pour collecter les données de base et un formulaire de consentement à signer. Les participants étaient éligibles pour gagner 2 billets de voyage dans une ville ou bien plusieurs chèques cadeaux.

Quand/combien : Les participants du groupe Intervention de base ont reçu 3 lettres, dont la 1^{re} à 2 semaines après le début de l'étude, la 2^e à 2 mois et la 3^e à 3 mois et 2 semaines (2 semaines après avoir reçu le questionnaire du 3^e mois).

Où : Toutes les régions néerlandaises des Pays-Bas.

Méthodologie d'évaluation	Évaluation d'une intervention : Qui s'implante
	Qui procède à l'évaluation : Équipe ayant développé l'intervention
	But de l'évaluation : Mesurer l'efficacité de deux interventions d'AP sur mesure, l'une incluant et l'autre excluant les déterminants environnementaux, pour renforcer la conscience en faveur de l'AP et ainsi augmenter sa pratique dans un échantillon mixte d'adultes âgés et plus ou moins actifs. Deuxièmement, évaluer l'appréciation et l'utilisation des moyens offerts par l'intervention sur mesure (lettres personnalisées, informations par accès internet sur l'environnement).
	Type d'évaluation : Essai randomisé et contrôlé, avec groupe contrôle et comparaison avant après intervention.
	Démarche méthodologique : Les mesures ont été obtenues par l'administration de questionnaires au début, à 3 mois pendant l'intervention et à 6 mois soit à 2 mois après la fin de l'intervention. Les données de base furent collectées du 15 mars au 9 juin 2007. C'est une évaluation par méthodes quantitatives, notamment une analyse de données hiérarchiques, comparant à l'aide de variables catégorielles et continues, les résultats principaux entre groupes puis, avant après intervention. Le groupe intervention de base sert de témoin pour le groupe d'intervention plus. Ses participants ont reçu trois lettres personnalisées contenant des conseils personnalisés sur l'AP. Les deux premières lettres contenaient des données personnelles rassemblées au départ à partir des questionnaires et la troisième lettre, envoyée deux semaines après avoir reçu le questionnaire du troisième mois, soulignait les changements entrepris par le participant durant cette période en fonction de ses données personnelles. Le groupe contrôle n'a rien reçu durant la période d'intervention, sinon une lettre personnalisée dont le contenu a combiné les 3 lettres du groupe Intervention de base après la fin de l'étude.
	Échantillon : Le nombre de sujets nécessaire n'a pas été prédéterminé. 8 500 adultes âgés de 50 ans et

	<p>plus ont été invités. Sur 39 conseils municipaux et régionaux de santé (MHCs) invités, 9 ont accepté de participer et 6 ont été randomisées entre les 3 branches de l'étude :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivation seule : 3 conseils municipaux dans 2 conseils régionaux soit 3 050 candidats dont 652 ont effectivement participé; 2. Motivation plus : 3 conseils municipaux dans 2 conseils régionaux soit 2 750 candidats 733 ont effectivement participé; 3. Le groupe contrôle : 3 conseils municipaux dans 2 conseils régionaux pour 2 700 candidats 586 ont effectivement participé. <p>Parmi les volontaires au départ, 6515 n'ont pas répondu, 14 ont été exclus dont 2 pour lesquels il n'y a pas eu de données collectées. Parmi ceux qui ont été randomisés, 513 n'ont pas participé à l'intervention, sans raison connue. Enfin, 47 ont été perdus au suivi, sans raison connue. Il reste 444 qui ont complété le suivi dans le groupe intervention de base et 481 dans le groupe Intervention-plus, contre 486 dans le groupe contrôle. N=1971 (taux de réponse 23 %) dont 1411 ont complété le questionnaire du 6^e mois (72 %).</p> <p>Critères de sélection de l'échantillon :</p> <p>Être âgé de 50 ans et plus et résider dans l'une des 6 municipalités néerlandaises retenues pour l'étude, entre le 15 mars et le 9 juin 2007. Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas suffisamment détaillés.</p>
<p>Dimensions à évaluer et outils</p>	<p>Dimension principale :</p> <p>Les mesures de base sont l'âge, le sexe, le poids et la taille (indice de masse corporelle, IMC), le niveau d'éducation, le statut d'emploi et avoir un partenaire ou non.</p> <p>Les mesures principales sont les connaissances de son propre niveau d'AP, le respect des lignes directrices élaborées sur l'AP et le total des jours d'AP pratiqué par semaine. Cette dernière mesure a été mesurée à l'aide du questionnaire autoadministré néerlandais abrégé (un seul item) sur le renforcement de l'AP pour la santé [<i>Dutch Short Questionnaire to Assess Health Enhancing Physical Activity (SQUASH)</i>]. La question renseigne sur le nombre de jours de la semaine pendant lesquels le participant a entrepris une AP pendant au moins 30 min : marche, vélo, corvées, jardinage, sport ou autres. Certaines études ont témoigné d'une bonne validité et d'une bonne fiabilité de la mesure. D'après les auteurs, la concordance des</p>

scores obtenus par ce questionnaire abrégé avec ceux de la version complète du SQUASH est à un des niveaux les plus élevés (0,41) en comparaison avec ce que d'autres auteurs ont obtenu (0,14 – 0,41).

Une variable dichotomique qui mesure le respect par le participant des lignes directrices (AP modérée = 30 min au moins 5 jours par semaine) a été calculée à partir de l'AP totale durant la semaine. Le niveau d'AP autorapporté a été mesuré à l'aide d'une échelle à 4 niveaux, s'étendant de « le niveau de mes AP est nettement insuffisant » à « le niveau de mes AP est nettement suffisant ».

L'initiation du participant à l'AP est mesurée par le changement de l'AP totale en jours/semaine et le changement dans le respect des lignes directrices lors du post-test chez les participants qui étaient insuffisamment actifs.

Le maintien en du niveau d'AP quant à lui, est mesuré par le changement de l'AP totale en jours/semaine et le changement dans le respect des lignes directrices lors du post-test chez les participants qui étaient suffisamment actifs.

La conscientisation pour l'AP est mesurée en combinant le niveau d'AP rapporté et le respect des lignes directrices :

- Participants inconscients de leur niveau d'AP qui la surestiment (ne respectent pas les lignes directrices et rapportent pourtant comme suffisant leur niveau d'AP), ou la sous-estiment (ne respectent pas les lignes directrices et rapportent pourtant comme insuffisant leur niveau d'AP);
- Participants conscients de leur niveau d'AP qui sont réalistes (respectent les lignes directrices et rapportent comme suffisant leur niveau d'AP), ou non réalistes (ne respectent pas les lignes directrices et rapportent pourtant comme insuffisant leur niveau d'AP).

À 3 et à 6 mois, l'appréciation et l'utilisation des lettres personnalisées ont été évaluées. Ensuite, la sélection ou non du matériel de l'intervention a été évaluée (modèles racontés, plans d'action, plans pour surmonter les difficultés et les informations sur l'environnement).

	<p>Enfin, sur une échelle à 5 items, les participants ont évalué s'ils trouvaient le matériel intéressant ou aidant pour rester actif.</p> <p>Analyses statistiques :</p> <p>Les différences de base entre les groupes ont été analysées avec l'ANOVA. Les données sur les perdus au suivi ont été analysées par la modélisation logistique.</p> <p>Les participants ont été échantillonnés par municipalité puis évalués pour un même individu, trois fois dans le temps, ce qui a amené les auteurs à faire l'analyse multiniveau des effets de l'intervention en modélisations la régression logistique et linéaire.</p> <p>Les rapports de cote (RC) ont été calculés sur les variables dépendantes dichotomiques (Motivation de base par exemple par rapport au groupe contrôle), ainsi que les effets standardisés (ESs) pour les variables dépendantes quantitatives sous la forme de Motivation de base (ESbasique) et Motivation plus (ESplus). Les détaillés sont présentés ans l'article original (p 7, colonne 1 et 2).</p> <p>Toutes ces analyses ont été ajustées pour l'éducation, l'IMC, l'âge et le statut d'emploi.</p>
<p>Résultats</p>	<p>Description des échantillons :</p> <p>Les participants perdus au suivi avaient moins souvent un(e) partenaire, un IMC supérieur, et ils étaient plus souvent randomisés dans un des groupes intervention que dans le groupe contrôle.</p> <p>Les participants avaient 64 ans d'âge en moyenne, un partenaire (81 %), le sexe féminin (57 %) et un IMC égal à 25,5 en moyenne, une éducation inférieure au secondaire (48 %), et un emploi (47 %).</p> <p>Au départ, les 2 groupes d'intervention et témoin étaient comparables sauf pour l'éducation : les groupes intervention de base (51 %) et témoin (50 %) avaient une éducation d'un niveau plus faible que dans le groupe intervention-plus (42 %; $p < 0,05$).</p> <p>Résultats principaux : Le lecteur trouvera un résumé des effets sur la conscientisation dans le Tableau I de l'article original et ceux sur l'AP total, dans le Tableau 2 (p 8), ainsi que dans les</p>

	<p>figures 4 et 5 (p 9).</p> <p>Par rapport au groupe contrôle, les participants sont devenus plus conscients du niveau de leur AP à 6 mois ($RC_{\text{basique}} = 1,7$; $RC_{\text{plus}} = 1,5$) et physiquement plus actifs à 3 mois ($ES_{\text{basique}} = 0,20$; $ES_{\text{plus}} = 0,20$) et à 6 mois ($ES_{\text{basique}} = 0,30$; $ES_{\text{plus}} = 0,35$).</p> <p>Toujours par rapport au groupe contrôle, les participants insuffisamment actifs au départ ont renforcé l'initiation pour l'AP à 3 mois ($ES_{\text{basique}} = 0,26$; $ES_{\text{plus}} = 0,21$) et à 6 mois ($ES_{\text{basique}} = 0,32$; $ES_{\text{plus}} = 0,27$). Pendant que ceux suffisamment actifs ont renforcé leur maintien en AP à 6 mois ($ES_{\text{basique}} = 0,33$; $ES_{\text{plus}} = 0,34$).</p> <p>En conclusion, les résultats ont montré que les interventions adaptées peuvent toucher et renforcer la conscientisation, l'initiation et le maintien en AP chez les personnes âgées. Par contre, l'utilisation des informations sur l'environnement en plus des indicateurs psychosociaux n'a pas permis d'augmenter l'AP.</p>
<p>Remarques</p>	<p>Limites:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les informations autorapportées sont subjectives, tendant à surestimer l'AP - Un biais de mesure différentiel : le questionnaire bien qu'il soit le même qui fut distribué dans tous les 3 groupes, l'intervention peut interagir et influencer la compréhension et l'interprétation du contenu, d'où possiblement des réponses influencées aussi. - La généralisation des résultats peut être difficile à cause des perdus au suivi, inégalement répartis entre les groupes d'étude. - Les témoins peuvent être encouragés à rester pour recevoir les conseils en fin d'étude. <p>Malgré ces quelques limites, la présente étude a été conduite avec sérieux et respect des règles des essais cliniques randomisés. L'effet contextuel qui a été adéquatement pris en compte par l'analyse multiniveau représente un atout.</p>
<p>Appréciation de la portée de l'intervention</p>	<p>Efficace</p>

Identification de l'étude : Liste No¹¹

Efficacité de deux Programmes Adaptés pour la Promotion de l'Activité Physique chez les Personnes Âgées

Van Stralen MM., de Vries H., Mudde AN., Bolman C., Lechner L. (2009)

Effect of Two Tailored Interventions Promoting Physical Activity in Older Adults

Thème du rapport :

Question-clé no :

Liste de vérification remplie par : Labico Diallo, Validée par Myriam

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	
1.2 L'assignation des sujets aux groupes témoin et d'intervention est aléatoire.	Entièrement rencontré	
1.3 Une méthode appropriée de dissimulation de l'assignation a été utilisée.		Ne s'applique pas : - participation actives dans le groupe intervention - Randomisation de régions
1.4 L'intervention assignée est gardée à l'insu des sujets et des expérimentateurs.		Ne s'applique pas

1.5 Les groupes témoin et d'intervention sont semblables au début de l'essai.	Rencontré de façon non satisfaisante	
1.6 La seule différence entre les groupes est l'intervention à l'étude.	Rencontré de façon satisfaisante	
1.7 Tous les résultats pertinents sont mesurés à l'aide de méthodes normalisées, valides et fiables.	Rencontré de façon satisfaisante	
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?	Au 6 ^e mois, il y a eu 28 % d'abandons, répartis inégalement entre les trois groupes de l'étude.	
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	
1.10 Si l'essai est mené sur plusieurs sites, les résultats de tous les sites sont comparables		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?	Discutable : voir remarques	
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?	Oui ! probablement	
2.4 Les résultats de l'essai s'appliquent-ils au groupe ciblé par le présent rapport?	Oui ! voir remarques	