

<p>Fiche No³⁷</p>	<p align="center">Évaluation d'un projet d'auto-efficacité dans les exercices pour une éventuelle utilisation chez les minorités âgées vivant en milieu urbain</p> <p>Resnick B, Luisi D, Vogel A. Testing the Senior Exercise Self-efficacy Project (SESEP) for Use with Urban Dwelling Minority Older Adults. 2008, <i>Public Health Nursing</i>; 25(3) : 221–234.</p>
<p>But de l'intervention</p>	<p>Par rapport à l'activité physique, augmenter les attentes d'auto-efficacité face aux obstacles, les résultats attendus et le temps de pratique chez les hommes et les femmes âgées des communautés minoritaires.</p>
<p>Description de l'intervention</p>	<p>Quoi : C'est un programme d'entraînement physique et de renforcement d'auto efficacité chez les aînés des minorités ethniques. Il est basé sur la théorie de l'auto-efficacité qui repose sur deux concepts :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les attentes sur l'auto-efficacité sont des croyances des individus dans leurs capacités à exécuter une action afin d'atteindre les résultats souhaités. 2. Les attentes de résultats représentent les croyances qu'une conséquence sera produite par l'action personnelle entreprise. <p>Les résidences pour aînés qui ont participé à l'étude étaient membres du projet de bien-être du <i>New York City Department of Health and Mental Hygiene</i> dans lequel 6 centres ont été randomisés pour fournir l'intervention SESEP à leurs participants. Celle-ci comprend un entraînement physique et un programme d'amélioration de l'efficacité, basé sur la théorie de l'auto-efficacité (tableau 1 de l'article original).</p> <p>Les interventionnistes ont collaboré avec le gestionnaire de chaque centre pour déterminer le meilleur moment pour les classes en tenant compte des autres activités hors étude. Les classes ont eu lieu dans le plus grand espace libre disponible de chacun des centres. À la fin de chaque classe, il y avait un rappel pour la tenue de la suivante.</p> <p>Les composantes du SESEP sont inspirées du livret d'exercices de l'Institut National du vieillissement (2 006) : un guide qui traite sur les exercices de résistance et d'aérobie. Les pratiques ont été élaborées dans un langage accessible, de sorte qu'elles soient faciles à retenir. Les participants ont reçu de la documentation contenant une copie du programme des exercices recommandés et une description illustrée sur la façon de les exécuter.</p> <p>Tous les documents écrits ont été traduits de l'anglais à l'espagnol pour des individus ayant un faible niveau d'alphabétisation. La composante aérobie de l'intervention comprenait des</p>

activités de danse culturellement pertinentes, y compris la danse en ligne et les danses africaines, accompagnées de musique entraînante. L'équipement nécessaire était des bandes d'exercice élastiques fourni aux participants gratuitement ainsi que des chaises.

Les différents aspects du renforcement de l'auto-efficacité sont détaillés dans l'article original (tableau 1, p 224). Les participants ont reçu du matériel pédagogique simple, développé par l'équipe de recherche qui en examinait les avantages, ainsi que les moyens pour surmonter les obstacles à l'activité physique (p. ex., manque de temps, douleur, crainte de tomber, se sentir trop vieux et être trop fatigué pour l'exercice).

Les participants ont été assistés pour établir des objectifs au cours de la première session. Ces objectifs et leur réalisation ont été examinés chaque semaine. Ensuite, les participants ont été encouragés à faire face aux sensations désagréables associées à l'activité physique et des stratégies pour contrôler ces sensations ont été fournies. Ceci a été fait en groupe et les participants ont été invités à fournir des exemples de comment ils ont surmonté les défis en partageant leurs expériences.

Les modules sur la nutrition portaient sur les régimes pauvres en sodium et faibles en gras, faire son épicerie pour une alimentation saine et des démonstrations culinaires. Les classes ont été tenues dans une ambiance d'interaction en groupe.

Qui : Deux professionnels en AP, indépendants, ont bénéficié d'une journée de formation sur la mise en œuvre du SESEP et ont reçu un manuel de procédure détaillée. Une diététicienne était disponible pour tous les centres.

Pour qui : Pour des Américains adultes, âgés, faisant partie des minorités ethniques et vivant en zone urbaine.

Comment :

La randomisation des résidences participantes a été réalisée par grappes géographiques afin d'éviter la contamination entre l'intervention et les sites qui allaient servir de groupe de comparaison. Le sort a été déterminé par la méthode de la pièce de monnaie pile ou face.

Le recrutement, la collecte de données au départ ainsi que le suivi ont été effectués dans 13 sites lors d'une journée libre pour les activités de dépistage des maladies du cœur.

Quand/combien :

Les classes avaient une durée de 1 h à 1 h 50, deux fois/semaine et des rappels des programmes, une fois/semaine.

	<p>Les modules sur la nutrition ont été enseignés deux fois par semaine. La session de renforcement d'auto-efficacité était d'une durée de 30 min une fois par semaine, à chaque première classe de la semaine.</p>
<p>Méthodologie d'évaluation</p>	<p>Où : New York, États-Unis</p>
	<p>Évaluation d'une intervention : Qui s'implante.</p>
	<p>Qui procède à l'évaluation : Équipe ayant développé l'intervention</p>
	<p>But de l'évaluation : Le but de cette étude était de tester la faisabilité et l'efficacité d'une intervention voulant augmenter l'auto-efficacité des attentes liées aux obstacles à l'exercice, les attentes de résultats pour l'exercice, le temps accordé à l'exercice chez les minorités âgées.</p>
	<p>Type d'évaluation : Essai randomisé contrôlé en comparant des centres dans lesquels l'intervention avait lieu avec des centres témoins. C'est une étude pilote de faisabilité.</p>
	<p>Démarche méthodologique : Les données de base ont été collectées au début, à 2 et à 4 semaines après le début de l'intervention. Si un participant n'était pas sur le site le jour de l'évaluation, aucune tentative n'était faite pour contacter la personne. Les données ont été recueillies au départ et à 12 semaines après l'intervention. Les mesures de performance fonctionnelle ont été prises au départ, puis à environ 14 à 16 semaines. Étant donné qu'il s'agissait d'une étude pilote du SESEP, aucune analyse de puissance n'a été effectuée. Une diététicienne a développé et mis en œuvre le programme d'éducation de nutrition dans tous les sites témoin. Les participants des centres témoins ont reçu les cours de nutrition de la même façon que dans les centres d'intervention.</p> <p>Échantillon : L'échantillon total a inclus 166 personnes, âgées de 73 ans en moyenne, majoritairement des femmes (81 %), afro-américains (72 %), célibataires (86 %), scolarisés du niveau secondaire (64 %) et retraités (77 %). Il y avait 100 participants dans le groupe intervention et 66 dans le groupe de comparaison.</p>

	<p>Critères de sélection de l'échantillon :</p> <p>Les critères d'admissibilité/inclusion : avoir 60 ans ou plus, une tension artérielle au moment du recrutement <200 pour la systolique et <100 pour la diastolique, un pouls entre 60 et 120 battements cardiaques/min et ne pas avoir d'antécédents d'attaque cardiaque connus durant les 6 mois précédents, ni d'accident vasculaire cérébral ou trouble du rythme cardiaque.</p> <p>Étaient exclus ceux qui n'avaient pas une attestation médicale d'aptitude à participer, signée par le médecin des soins de santé primaire.</p>
<p>Dimensions à évaluer et outils</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'auto-Efficacité a été mesurée à l'aide de l'échelle d'auto-efficacité pour l'exercice (<i>Self-efficacy for Exercise (SEE) scale</i>) à neuf items. Pour compléter l'échelle, il a été demandé aux participants de coter leur confiance à s'engager pour une action de 20 min dans 9 situations, trois fois par semaine. Le pointage a été calculé sur une échelle graduée de 0 à 10, où 0 signifiait ne pas être confiant et 10, très confiant. La moyenne était calculée de sorte que le score allait de 0 à 10. - Les attentes de résultats ont été mesurées en utilisant l'échelle des attentes de résultats de l'exercice (<i>Outcome Expectations for Exercise (OEE) scale</i>) à 9 items. Pour compléter l'échelle de l'OEE, le participant devait exprimer son degré d'accord dans chaque instruction : totalement d'accord, d'accord, ni d'accord ni en désaccord, en désaccord ou en désaccord total. Les scores s'étendaient de 1 à 5. - Le temps passé sur les 5 principaux domaines d'activité a été mesuré à l'aide du questionnaire de Yale pour la surveillance de l'AP [<i>Yale Physical Activity Survey (YPAS)</i>]. Une échelle secondaire qui comprenait la mesure de l'activité physique d'intensité modérée, comme la natation ou la marche rapide a été utilisée pour tester les résultats sur le temps passé en exercice. Le temps total de l'activité était la somme des scores de toutes les échelles. - La qualité de vie liée à la santé durant la semaine précédente a été mesurée à l'aide d'un questionnaire à 12 items (<i>12— Item Short-Form Health Survey [SF-12]</i>). Cette mesure était une version abrégée du questionnaire (<i>SF-36, Medical Outcomes Study</i>) à huit dimensions de l'état de santé et fournissait deux types de scores sommés : un pour la santé physique et l'autre pour la santé mentale. - Les symptômes dépressifs ont été mesurés à l'aide de l'échelle gériatrique de la dépression à cinq items (<i>five-item Geriatric Depression Scale</i>). L'étendue des scores allait de 0 à 5, avec des notes plus élevées qui indiquaient plus de symptômes

	<p>associés à la dépression.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mobilité a été mesurée à l'aide de l'échelle de Tinetti, qui évaluait la démarche et l'équilibre en les combinant dans un score total de mobilité. - Le temps de levée de chaise a été mesuré en calculant le temps en secondes pour se mettre debout depuis une chaise d'une hauteur de 0,42 mètre, sans utiliser les accoudoirs. - La crainte de tomber a été évaluée en demandant au participant de l'évaluer sur une échelle de 0 à 4. - La douleur a été mesurée en utilisant l'échelle numérique (<i>0–10 Numeric Rating Scale [SNIR]</i>). Les participants ont été invités à coter leur douleur au cours de la semaine précédente.
<p>Résultats</p>	<p>Les participants étaient âgés de 73 ans en moyenne, majoritairement des femmes (81 %), afro-américains (72 %), célibataires (86 %), scolarisés du niveau secondaire (64 %) et retraités (77 %).</p> <p>Dans les six sites d'intervention, le taux de participation moyen du groupe qui subissait l'intervention SESEP était de 77 % (SD=18%), avec 4 sites rapportant un taux de participation moyen de 90 % et deux sites rapportant un taux de participation moyen de 50 %. Le taux de participation n'a pas été maintenu au niveau des sites de contrôle. Au départ, les participants des deux groupes ont déclaré un état de santé passable ou bon, n'ont pas été limités physiquement en raison de leur santé et n'ont pas déclaré utiliser d'appareil fonctionnel pour déambuler (71 %). En moyenne, les participants ont signalé des antécédents de problèmes médicaux chroniques (SD =1.0).</p> <p>Au départ, les participants dans les deux groupes ont rapporté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un état de santé passablement bon ou bon; - ne pas être limités physiquement en raison de leur état de santé et n'ont pas utilisé de support pour déambuler (71 %); - des problèmes médicaux chroniques connus : plus de la moitié (67 %) étaient traités avec des médicaments contre l'hypertension artérielle et 46 % avec des médicaments contre l'arthrite; - une auto-efficacité modérée (5,7 à 5,8) et des attentes de résultats modérés ou élevés (3,9 à 4,1) - peu de symptômes dépressifs (moins d'un symptôme), quelques douleurs (3.6/10) et peu de crainte de tomber (1.0 à 1,4) - être engagés pour l'effort durant 217 min par semaine en moyenne ou 30 min par jour.

	<p>À 12 semaines, il n’y a eu aucune différence significative dans les attentes d’auto-efficacité ni dans les mesures des 5 principaux domaines d’activité ($p > 0,05$) entre les deux groupes. Par contre, par rapport au groupe contrôle, le groupe d’intervention avait significativement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - plus d’attentes de résultats liés à l’exercice ($p < 0,05$); - plus de temps passé en exercice ($p < 0,05$); - moins de symptômes dépressifs ($p < 0,05$); - un temps plus court lors du test de levée de chaise ($p = 0,05$) et une meilleure mobilité ($p = 0,05$). <p>Par contre, il n’y avait pas de différence significative dans les résultats de tests sur la douleur ($p > 0,05$), la crainte de tomber ($p > 0,05$), la QVSP ($p > 0,05$) et mentale ($p > 0,05$).</p>
<p>Remarques</p>	<p>En conclusion, malgré les limites de cette étude, les résultats indiquent que l’intervention SESEP peut être conduite avec succès dans une communauté urbaine à faible revenu parmi les personnes âgées minoritaires. Les résultats de l’étude suggèrent que l’exploration des attentes de résultat et les impacts sur la QVSM/QVSP en lien avec la pratique régulière de l’AP devrait continuer. Les travaux futurs devraient envisager des ERC sur l’intervention du type SESEP avec un groupe plus représentatif des personnes âgées minoritaires et sédentaires, envisager des mesures plus efficaces pour augmenter la fidélité des participants à l’intervention en terme d’intensité d’activité physique, puis mesurer objectivement les 5 principaux domaines d’activité. Les résultats étaient tous basés sur une auto-évaluation plutôt que sur des mesures objectives.</p> <p>La présence de participants lors de chaque classe SESEP a été recueillie, mais pas de façon nominative et systématique. Donc, on ne sait pas si la vérification des présences était fiable. En outre, on ne sait pas pendant combien de temps les participants se sont effectivement engagés dans l’exercice en classe (ex. danse pendant 5 min vs 30 min), ou à quel niveau d’intensité. Une autre limite importante fut la collecte de données pour les mesures de base, qui s’est tenue dans une période d’essai d’une journée uniquement. En plus, il y a eu une perte importante lors du suivi, sans aucune information sur les raisons des abandons. Ceci aurait dû être analysé, même en l’absence de différences de nombre entre dans les des groupes. Ces faiblesses compromettent à la fois la comparabilité des groupes (validité interne) et la généralisation des résultats.</p>
<p>Appréciation de la portée de l’intervention</p>	<p>Intéressante à explorer davantage</p>

A2 Liste de vérification de la méthodologie : essais comparatifs randomisés

Identification de l'étude : Liste No³⁷

Évaluation d'un projet d'auto-efficacité dans les exercices pour une éventuelle utilisation chez les minorités âgées vivant en milieu urbain

Resnick B, Luisi D, Vogel A. Testing the Senior Exercise Self-efficacy Project (SESEP) for Use with Urban Dwelling Minority Older Adults. 2008, *Public Health Nursing*; 25(3) : 221–234..

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	
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
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.	Entièrement rencontré	
1.6 La seule différence entre les groupes est l'intervention à l'étude.	Rencontré de façon satisfaisante*	* : Différences : - La durée des classes - Suivi des présences

1.7	Tous les résultats pertinents sont mesurés à l'aide de méthodes normalisées, valides et fiables.	Rencontré de façon satisfaisante*	* : Des réserves sur le questionnaire YPAS
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?	36 % pour le SESEP (64/100 ont complété) 41 % pour le contrôle (39/66 ont complété)	
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	Pas mentionné expressément dans l'article
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?	La puissance statistique n'a pas été calculée à priori. Insuffisante, elle peut diminuer l'effet mesuré de l'intervention
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?	Partiellement
2.4	Les résultats de l'essai s'appliquent-ils au groupe ciblé par le présent rapport?	Oui, mais attention aux mesures subjectives des activités (autorapportées) et aux mesures peu précises de l'exposition à l'intervention (présence en classe durée/intensité des activités)

SECTION 2 : ÉVALUATION GLOBALE DE L'ÉTUDE

<p>2.1. Dans quelle mesure l'étude réduit-elle les risques de biais?</p> <p><i>Cotez ++, + ou –</i></p>	<p>+-</p>
<p>2.2 Si coté + ou –, quelle est la direction probable dans laquelle le biais affectera les résultats de l'étude?</p>	<p>Pourrait diminuer l'effet?</p>
<p>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?</p>	<p>probablement</p>
<p>2.4 Les résultats de l'essai s'appliquent-ils au groupe ciblé par le présent rapport?</p>	<p>Probablement</p>