

Vieillesse en santé (VES)
Revue de littérature sur la promotion
de l'activité physique,

Recension des revues systématiques et méta-analyses

Équipe de recherche Vieillesse en santé de l'INSPQ
André Tourigny, Bassirou Labico Diallo, Alexis Guilbert-Couture, Lucie Bonin, Marie-
Claude Messely, Laura Roseline Finken, Myriam Filion

Document de travail

Décembre 2013

I. Introduction	3
II. Résultats.....	4
A. Mesures principales	4
1. Interventions efficaces	4
2. Interventions prometteuses.....	10
3. Interventions inefficaces.....	10
4. Interventions non évaluées	11
B. Mesures secondaires : bénéfiques en santé.....	11
C. Conclusion sur les résultats.....	12
III. Faisabilité et durabilité des programmes.....	13
1 Au démarrage : comment, quand et pour qui	13
2. Planification, mise en œuvre et suivi des interventions.....	13
IV. Conclusions générales	15
V. Références	17
VI. Annexes	18
Annexe I : Méthodologie de la recherche documentaire	18
Annexe II : Description des études selon certaines Caractéristiques	18
1. Types d'études.....	18
2: Objectifs des études.....	19
2.1. Objectifs des revues systématiques	19
2.2. Objectifs des méta-analyses.....	19
2.3. Objectifs des études en fonction du temps.....	19
3: Recherche documentaire	20
3.1. Profil de la recherche :	20
3.2. Sélection en fonction des critères de qualité.....	20
3: Extraction des données.....	21
3.1. Extraction des données dans les méta-analyses.....	21
3.2. Extraction des données dans les revues systématiques	22
4. Analyses des données	23
4.1. Dans les méta-analyses.....	23
4.2. Dans les revues systématiques.....	25
5. Conclusions	25
5.1. Sur les objectifs	25
5.2. Sur la recherche documentaire.....	26
5.3. Sur la sélection	26
5.4. Sur l'extraction.....	26
5.5. Sur l'analyse	26
5.6. Sur le Suivi	27
Annexe II : Définition de certains termes techniques	27

I. Introduction

Tel qu'annoncé dans le document de travail « Revue de la littérature sur la promotion de l'activité physique chez les aînés – Études primaires », l'équipe Vieillesse en santé de l'INSPQ (VES INSPQ) propose ci-après, une suite de la synthèse de la littérature sur le sujet, en présentant les informations recueillies des revues systématiques et des méta-analyses disponibles.

À l'instar de l'équipe VES INSPQ, plusieurs auteurs ont senti la nécessité de tirer des conclusions sur la promotion de l'activité physique chez les aînés. Confrontés à l'hétérogénéité des études primaires, plusieurs ont réalisé des revues systématiques et quelques-uns ont publié des méta-analyses. L'ensemble des documents retenus représente une masse importante d'informations. Ces informations sont dans un état brut, difficilement utilisable par la plupart des intervenants sur le terrain. Ainsi, l'objectif de la présente synthèse est de guider les lecteurs, non pas cette fois vers les caractéristiques spécifiques d'une intervention, mais plutôt vers de grands constats sur les caractéristiques associées à l'efficacité, à la faisabilité et à la pérennité des interventions de promotion de l'activité physique chez les aînés.

La recherche et l'analyse documentaires sont effectuées selon une démarche méthodologique rigoureuse. Le lecteur désireux d'en apprendre davantage est prié de consulter les chapitres sur la méthodologie de la recherche documentaire (Annexe I), la description des études (Annexe II) et la définition des principaux termes techniques utilisés (Annexe III). Les constats dégagés des résultats des méta-analyses et revues systématiques sont d'abord présentés. Le lecteur y trouvera également les constats faits sur certains aspects organisationnels de démarrage, du suivi et de la pérennité des activités. Il n'y a pas de description exhaustive et détaillée des interventions. En effet, les auteurs des revues systématiques et des méta-analyses étant plus préoccupés à faire la preuve de l'efficacité des interventions, ils se sont penchés davantage sur les aspects méthodologiques de l'évaluation que sur ceux d'ordre pratique de la planification et de la mise en œuvre des programmes évalués.

II. Résultats

Les titres des méta-analyses sont :

- Les interventions basées sur l'évidence, destinées à augmenter l'activité physique chez les aînés (Conn, 2002)¹
- Rapport et recommandations basés sur l'évidence. Programmes d'exercices pour les aînés. Revue systématique et méta-analyse (Shekelle, 2003)²

Les titres des revues systématiques sont :

- Programmes d'activité physique basés à domicile ou en centres pour les aînés (Ashworth, 2005)³
- Revue intégrative de la recherche sur les interventions de changement de comportements chez les aînés (Conn V S, 2003)⁴
- Meilleures pratiques pour l'activité physique et le counseling dans les populations des aînés (Cress, 2005)⁵
- Efficacité des interventions de l'activité physique chez les aînés : Revue de la littérature (Van der Bij, 2002)⁶
- Les déterminants de l'initiation et de la maintenance en activité physique chez les aînés : revue de la littérature (van Stralen, 2009)⁷

Les résultats sont présentés selon le type des mesures (principales et secondaires), le type d'études (méta-analyse ou revue systématique) et la portée des interventions (efficaces, prometteuses et inefficaces). Certains résultats sont exprimés en moyennes pondérées de mesures de l'activité physique, comme la force physique, l'endurance et la performance physique. D'autres sont exprimés en parlant de facteurs associés aux interventions.

A. Mesures principales

1. Interventions efficaces

Pour parler d'interventions efficaces, prometteuses ou inefficaces, l'équipe VES INSPQ de Québec fonde ses jugements sur :

- L'efficacité des interventions rapportée par les auteurs des revues systématiques et des méta-analyses
- La qualité des études primaires rapportée par les auteurs de revues systématiques et des méta-analyses
- La qualité de la revue systématique ou de la méta-analyse, selon le jugement fait par l'équipe VES INSPQ. Il faut noter que dans une même revue systématique ou méta-analyse, il peut exister plusieurs analyses donnant lieu à plusieurs résultats de qualité méthodologique différente. S'il y a lieu, après chacun des résultats présentés, l'équipe ajoute une note explicative concernant l'insuffisance méthodologique.

Résultats des méta-analyses

Shekelle et coll. ont analysé par approche méta-analytique, plusieurs mesures principales de l'activité physique

- À partir de 17 essais randomisés et contrôlés (ERC) de bonne qualité dont les interventions visent l'augmentation de l'endurance physique, ils ont rapporté une augmentation du VO₂ (Max) de 30 ml/kg/m² en moyenne (0,41 sans unité), représentant un résultat situé au-dessus du seuil minimum estimé par les auteurs comme cliniquement significatif.
- À partir de 32 ERC également de bonnes qualités et dont les interventions visent l'augmentation de la force physique, ils ont calculé un gain moyen égal à 10 kilogrammes-force (kg_f) dans l'extension des genoux. Cette augmentation est apparue chez les aînés sédentaires dès les trois premiers mois et elle a persisté au moins pendant 12 mois.
- Au total, les gains en endurance et force physique permettent aux participants de gravir un escalier sans difficulté, ou de faire du jardinage. Des gains moyens statistiquement significatifs sont également rapportés en considérant d'autres mesures principales, comme la fonction physique et les activités de la vie quotidienne.

La vérification par la complémentarité des méthodes graphiques et statistiques a permis de déceler un biais de publication concernant les interventions qui ont ciblé la force physique. La conséquence serait une surestimation des effets moyens présentés, sous l'hypothèse que les interventions non publiées ont souvent des résultats non statistiquement significatifs. Voilà pourquoi les auteurs recommandent d'utiliser ces résultats avec précaution. Toutefois, la concordance de l'ensemble des résultats selon différentes mesures doit encourager à les prendre en compte, y compris ceux sur la force physique.

Conn et coll. (2002) rapportent 7 conditions non exclusives, associées aux interventions qu'ils qualifient de « définitivement efficaces »

- Le choix des sous-groupes spécifiques d'adultes malades comme cibles, par opposition à la population générale des aînés : La présence d'une maladie peut sensibiliser le participant sur la nécessité de changer de comportements. Certaines maladies comme l'arthrite se prêtent bien aux exercices d'activité physique bien dosés. Effectivement, l'exercice physique peut renforcer la condition physique, réduire les douleurs, contribuer à la normalisation des paramètres biologiques et améliorer la qualité de vie.
- L'exclusivité accordée à l'activité physique : Cette exclusivité peut aider les participants à croire davantage à l'importance de pratiquer l'activité physique tout en amenant les professionnels impliqués à concentrer leurs énergies dans le développement d'activités.
- L'autogestion dans l'exécution des activités : Le succès de l'autogestion peut s'appuyer sur la confiance ressentie de l'individu d'être capable d'accomplir l'activité planifiée et de bénéficier des résultats. Le carnet de notes personnel et le calendrier représentent deux moyens accessibles et faciles pour pratiquer l'autogestion. L'ordinateur est un autre outil que les aînés utilisent de plus en plus fréquemment.
- Les contacts répétés et durables avec des professionnels : Ces contacts coûtent plus cher, mais ils peuvent doubler l'efficacité des programmes. Les

- aînés ont confiance aux professionnels qui leur offrent des soins tout en ayant besoin de contacts humains.
- Les stratégies basées en centres : Elles coûtent plus cher que les stratégies basées à domicile, mais les aînés s'y adaptent mieux et trouvent 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 des contacts avec des professionnels et des activités basées en centres pourraient judicieusement se compléter.
 - Les activités régulières d'intensité modérée : Elles amènent les aînés à rester plus actifs, et ce plus longtemps que ne le permettent les activités de moindre intensité. Ce point amène à lutter contre la désinformation qui consiste à dire que les activités de moindre intensité conviennent mieux aux aînés affectés par les maladies et la fatigue.
 - La participation aux activités de groupes : Cette participation offre aux aînés l'opportunité de socialiser, de véhiculer leurs sentiments d'appartenance et de partager les expériences. Elle offre aussi, aux planificateurs, l'occasion de jumeler plusieurs programmes et d'échanger plus facilement leurs expériences.

D'après les résultats des revues systématiques

Dans les revues systématiques, plusieurs résultats sont présentés selon le nombre d'études qui rapportent des interventions efficaces ou une certaine caractéristique par rapport au nombre total d'études retenues. D'après Conn et coll. (2003), 7 études sur 12 comportent des interventions efficaces pour augmenter l'activité physique, soit :

- les interventions qui ciblent des aînés malades (6 études/9), prêts pour l'adoption/changement (4 études/9) ou le maintien (4 études/7) de comportement;

- les interventions qui utilisent la théorie sociale cognitive [TSC] (4 études/7), le modèle transthéorique [MTT] (4 études/5) ou plusieurs théories combinées (2 études/3);
- les interventions dispensées à domicile (3 études/4) ou en centres (4 études/4),
- les interventions qui utilisent le téléphone pour assurer les contacts (4 études/5).

La revue systématique de Conn et coll. (2003), comporte les insuffisances méthodologiques suivantes : Près de la moitié des études primaires ne sont pas randomisées (études hétérogènes pour la plupart des caractéristiques) et quelquefois des évaluations sont faites sans groupe témoin. Ces insuffisances pourraient expliquer l'augmentation inattendue de l'activité physique dans le groupe témoin, plus particulièrement dans 3 études parmi 5 qui ont utilisé les exercices supervisés. De ce fait, les résultats de cette revue doivent être interprétés avec prudence.

Selon Cress et coll. (2002), l'auto-efficacité peut être renforcée par le contrat de santé, le choix des activités et la prévention de la perte de contrôle perçu chez les aînés.

La distance parcourue à la marche peut être augmentée davantage lorsque les programmes sont dispensés en centres qu'à domicile chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires (Ashworth, 2005). Cependant, la qualité de vie et le niveau maximum de travail sont meilleurs et plus durables pour les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) lorsque les exercices sont supervisés à domicile par des professionnels en activité physique et de la santé (Ashworth, 2005).

D'après van Stralen et coll. (2009)⁷, les facteurs suivants sont associés à l'efficacité des interventions (selon les états du changement de comportements du MTT) :

- Facteurs favorables à l'initiation ou au maintien en activité physique : l'intention de devenir actif et le plaisir ressenti d'être physiquement actif; certains auteurs d'études primaires recensées dans cette revue sont cependant en désaccord pour l'initiation de l'activité physique (Kelley K et coll. 2004).
- Facteurs favorables seulement pour le maintien en activité physique : la force physique, l'habitude des exercices et le fait d'être très actif au départ.
- Facteurs favorables à la préparation, la motivation ou simplement le changement d'état : la bonne humeur; l'auto-efficacité, le contrôle des comportements perçus (prédicateurs forts) et certaines situations où il y a un faible risque perçu au départ (seulement pour le maintien).

Enfin, il faut noter que le nombre d'événements traumatisants vécus comme le divorce et le tabagisme sont défavorables au maintien en activité physique.

Certaines limites méthodologiques sont notées :

- biais causé par une pratique de l'exercice physique variable selon le contexte ; ex. tapis roulant utilisé en centre, non à domicile (Ashworth) ;
- description incomplète de la méthodologie (Cress);
- échantillon sélectif de participants caucasiens aisés et en meilleure santé; taux élevé de non-réponse aux interventions (van der Bij);
- biais de mesure dans l'estimation des résultats sur l'activité physique;
- biais de publication possibles (van Stralen).

Points forts des méta-analyses et revues systématiques :

- la méta-analyse de Conn 2002 est d'une bonne qualité;
- la plupart des résultats des revues systématiques sont cohérents et appuyés par Conn (2002).

2. Interventions prometteuses

Conn et coll. (2003) qualifient ces interventions de plus ou moins efficaces et ils proposent de les introduire dans les programmes d'activité physique, mais de les évaluer. Voici des caractéristiques comprises dans ces interventions prometteuses :

- Être basées sur des connaissances théoriques capables d'induire des changements dans l'environnement et sur des stratégies de modification des comportements reconnues comme l'autogestion.
- Recourir à la prescription d'exercices en parlant de types, de fréquence, de durée et d'intensité.
- Proposer la marche comme activité principale, qui est accessible et peu onéreuse, contrairement aux autres types d'activités qui peuvent être compliquées, exigeantes de technicité /habileté et coûteuses pour les aînés.

3. Interventions inefficaces

Conn et coll. (2002) ont rapporté les techniques suivantes comme inefficaces pour changer les comportements des aînés en activité physique :

- Le soutien social, surtout quand il est utilisé seul
- Les médias utilisés pour la promotion de l'activité physique

- Les stratégies d'évaluation du risque pour la santé
- Les composantes éducatives en santé qui ne discutent pas assez des avantages de mener un style de vie actif et des inconvénients d'être inactif.

Enfin, certaines stratégies éducationnelles sont moins efficaces, notamment lorsque les intervenants de la santé passent plus de temps à enseigner des principes théoriques plutôt que de se focaliser sur la motivation pour l'activité physique, (Conn et coll. 2002).

4. Interventions non évaluées

Certaines stratégies n'ont pas été évaluées par méthode méta-analytique, parce qu'elles sont rapportées dans des études primaires de petits échantillons qui ne permettent pas de faire des calculs valides (Conn et coll. 2002). Les stratégies suivantes pourraient ainsi être évaluées dans de futures études :

- La motivation par récompense
- La conscientisation par les tests de la condition physique
- La balance décisionnelle.

B. Mesures secondaires : bénéfiques en santé

Les bénéfices en santé constituent l'impact attendu des programmes de promotion de l'activité physique chez les aînés. Cress et coll. (2005) ont rapporté plusieurs concepts fondamentaux associés à l'impact de ces interventions :

- L'endurance protège contre les effets délétères des maladies chroniques associées au vieillissement, même à faible intensité, alors que la progression de faible à intensité modéré en optimise les bénéfices. Pour ce faire, les mouvements impliquant les grands groupes musculaires du corps humain (ex. : la marche) doivent être exécutés en continu pendant au moins 10 minutes, lors des activités sportives, ludiques et de la vie quotidienne.
- Les activités appropriées de musculation sont sans danger pour les aînés et elles contribuent à minimiser les blessures. Tout le corps doit participer, mais le bas du corps est particulièrement important pour la mobilité et

l'autonomie. Ce type de programme d'activité physique est optimum à partir de 3 séries de 10 à 12 répétitions.

- Les exercices de flexibilité exécutés au moins deux fois par semaine augmentent l'amplitude des mouvements et la souplesse du muscle. Ces exercices doivent comprendre la gamme complète des mouvements d'une articulation (étirements dynamiques). De plus, l'étirement doit être maintenu de sorte que le muscle reste tendu pendant 10 à 30 secondes (étirement statique).
- Les exercices d'équilibre préviennent les chutes. Ils consistent à se maintenir en équilibre sans bouger (équilibre statique) ou à se déplacer sans perdre l'équilibre ni tomber (équilibre dynamique).

C. Conclusion sur les résultats

D'après les constats dégagés de l'ensemble des études recensées, les caractéristiques suivantes sont associées aux interventions les plus efficaces :

- Cibler uniquement les comportements en activité physique;
- Inclure les aînés atteints de maladies chroniques;
- Utiliser des techniques de changement de comportement comme la prescription d'exercices, les techniques basées sur l'autogestion, les contrats de santé (prescription d'exercices plus une convention explicite entre le professionnel de santé et le participant), les comptes rendus, l'établissement d'objectifs;
- Dispenser des activités en centres ou en groupes;
- Préconiser des contacts rapprochés et durables avec les professionnels impliqués;
- Recourir à des professionnels en activité physique et de la santé;
- Développer des activités physiques de loisir d'intensité modérée.

III. Faisabilité et durabilité des programmes.

1 Au démarrage : comment, quand et pour qui

Cress et coll. (2005) rapportent plusieurs enseignements intéressants en matière de gestion des blessures et des risques.

- Les risques associés à l'activité physique sont moindres par rapport à ceux associés à la sédentarité. Ils sont généralement minimes au regard des bénéfices liés à la pratique à long terme de l'activité physique.
- En l'absence de procédure formelle de dépistage de risques (blessures, décompensation de maladies chroniques, épuisement), la décision de démarrer l'activité physique repose sur le jugement des professionnels impliqués. Ces derniers peuvent aussi recourir à des examens et des tests d'épreuve physique. Ces examens et tests ne doivent pas constituer des barrières à l'initiation de l'activité physique.
- Les personnes en bonne santé ou asymptomatiques de tous âges n'ont pas nécessairement besoin de dépistage cardiologique avant de démarrer l'activité physique (*Preventive Services Task Force* des États-Unis)
- Les personnes ayant des maladies chroniques ou des pertes d'autonomie ont besoin d'être rassurées en dépit de la maladie ou du handicap et d'être dotées de plan d'activités physiques, de prescription médicale proactive, de possibilités de consultation médicale au besoin et de surveillance pour les contre-indications médicales de l'activité physique.
- Le contrat de santé, le sentiment de sécurité, les comptes rendus réguliers sur le rendement sont des facteurs pouvant jouer un rôle sur la confiance et la sécurité des participants.

2. Planification, mise en œuvre et suivi des interventions

Les auteurs sont unanimes pour dire que le premier défi est de réussir à recruter un nombre suffisant de participants et de prendre en compte selon les cas, les minorités ethniques, les malades chroniques, les aînés les plus âgés et les autres catégories socioéconomiques défavorisées. Ensuite, il faut maintenir un taux de participation élevé à court, moyen et long terme.

Quelques conseils pour réussir le recrutement et le suivi d'une intervention

- Le maintien d'un taux de participation élevé varie selon le genre et l'âge des participants, le type et la fréquence de l'activité physique, mais aussi, et surtout, les stratégies d'entraînement de groupe utilisées (van Stralen, 2009).
- Les interventions dispensées en centres de soins et en résidences pour aînés semblent favoriser l'adhésion des participants, alors qu'un nombre élevé de sessions et la durée prolongée du suivi semblent la défavoriser (van Stralen, 2009)
- L'entrée en activités peut être facilitée par la possibilité d'intégrer les groupes et l'adhésion à long terme, par l'activité physique cultivée comme un style de vie (Cress, 2005)
- Les activités en groupes peuvent engendrer une interaction positive entre les participants et l'engagement à l'activité physique; elles bénéficient des techniques d'enseignement/supervision de qualité (Cress, 2005)
- Les programmes dispensés à domicile ont un taux d'adhésion plus élevé que ceux dispensés en centres, surtout pour les populations ayant une morbidité élevée et des limites de déplacements importantes (Ashworth, 2005).
- La tendance à la diminution de l'activité physique en fréquence et en intensité observée par certains auteurs (Cress, 2005) peut être inversée avec l'utilisation de stratégies de renforcement des comportements : dates d'anniversaire, cartes de rendez-vous, bulletins, rappels téléphoniques, réunions et récompenses (van der Bij et coll.).

Aspects économiques et organisationnels

L'intensité de l'exposition aux interventions et la dynamique du changement de comportement dépendent du succès de la planification à l'échelle individuelle et communautaire.

- À l'échelle communautaire, il est recommandé de mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation et d'adapter les programmes à des groupes d'individus; ce qui exige une planification minutieuse, une bonne coordination, un personnel bien formé et des ressources suffisantes. Pour ce

faire, les interventions doivent impliquer des politiques qui dépassent le cadre habituel des soins de santé (Shekelle et coll. 2003)

- A l'échelle individuelle et à titre indicatif, il coûterait en moyenne 327 \$ pour augmenter le niveau d'activité, 623 \$ pour sortir de la sédentarité, 2,500 \$ pour atteindre le niveau recommandé et enfin 5,000 \$ pour passer de l'état sédentaire à l'état actif recommandé (Shekelle et coll. 2003).

IV. Conclusions générales

La mise en commun d'informations diversifiées a permis de mettre en lumière des évidences attestant l'efficacité de plusieurs interventions réalisées dans des conditions précises pour augmenter l'activité physique chez les aînés. La plupart des constats sont appuyés par les méta-analyses citées dans le document.

- Les caractéristiques suivantes sont associées aux interventions les plus efficaces : technique de l'autogestion, contacts intenses des professionnels, lieu de dispensation en centres, objectifs du changement de comportements en activité physique uniquement, activité à intensité modérée, marche, malades chroniques. La prescription d'exercices serait une technique efficace et les stratégies cognitives pour le changement de comportement seraient moins efficaces (Conn, 2002)
- Les programmes agissant à la fois sur la force, l'endurance, la flexibilité et l'équilibre optimisent la complémentarité des composantes des interventions pour plus d'efficacité (Cress, 2005)
- L'initiation et le maintien en activité physique sont deux états bien distincts du MTT, chacun ayant ses propres déterminants (van Stralen, 2009)
- L'initiation à l'activité physique est favorisée par l'auto-efficacité, l'intention de commencer l'activité physique, l'atteinte des objectifs, les bénéfices perçus et la bonne humeur, les influences sociales ou environnementales positives, la fixation des objectifs et le contrôle de la planification et de l'action
- Le maintien en activité physique est favorisé par la satisfaction due aux accomplissements personnels, l'auto-efficacité, l'intention et la bonne

- humeur, la lutte contre les barrières, l'amélioration des conditions environnementales et l'établissement d'objectifs
- Le choix d'un mode de livraison des activités en centre ou à domicile doit se faire en fonction des conditions des participants et des objectifs poursuivis (Ashworth, 2005)
 - Les interventions éducationnelles destinées à changer un seul comportement en activité physique sont plus efficaces par rapport à celles qui visent les changements de plusieurs autres comportements (Conn V, et al; 2002)
 - Les programmes d'activité physique d'intensité modérée, pratiquée régulièrement pendant longtemps, sont bénéfiques pour la santé et ils engendrent un meilleur rapport de bénéfices/risques (Cress, 2005)
 - Le succès du recrutement et l'adhésion aux interventions dépendent de l'adéquation entre la stratégie de changement de comportement utilisée, le niveau d'exercice du participant au départ et les caractéristiques de la population cible; ces dernières sont l'état de santé, la condition physique et l'état psychologique, plus que la motivation (Shekelle, 2003)
 - Les stratégies efficaces comme la technique de motivation par les comptes rendus et les techniques du changement de comportement qui utilisent les tests de la condition physique, la balance décisionnelle, les contrats de santé doivent être évalués davantage (Conn, 2003).

Pratiques recommandées

- Amorcer l'activité physique à l'aide de stratégies appuyées par une théorie reconnue
- Soutenir la motivation des participants
- Utiliser des stratégies éducationnelles basées sur l'autocontrôle
- Adapter les stratégies à l'état de changement selon le MTT
- Prescrire des exercices physiques en précisant leur type, leur fréquence, leur durée et leur intensité

- Recommander la marche, 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 aînés
- Choisir le mode et le lieu de dispensation des interventions adaptés aux conditions de la population cible et à son environnement.

Pratiques à éviter

- Miser uniquement sur une intervention ou sur une seule de ses composantes et croire qu'elles sont suffisantes pour obtenir des résultats en santé;
- Utiliser l'éducation pour la santé ou le soutien social comme unique stratégie de changement de comportement
- Utiliser uniquement les médias pour promouvoir l'activité physique.

Notes : Une masse importante d'informations sur la promotion de l'activité physique chez les aînés a été rapportée de la littérature, mais les études réalisées au Canada sont plutôt rares. Pour les besoins d'inférences au Québec, certaines données locales et régionales sont requises.

V. Références

1. **Conn VS. ea. Evidence-Based Interventions to Increase Physical Activity Among Older Adults. *Activities, Adaption & Aging* 2002;27(2).**
2. **Shekelle P. Evidence Report and Evidence-Based Recommendations. Exercise Programs for Older Adults. A Systematic Review and Meta-analysis. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Medicare and Medicaid Services 2003;7500 Security Blvd. Baltimore, MD 21244-1850:1-139.**
3. **Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(1):CD004017.**
4. **Conn V.S., Minor M. A., Burks K. J., M.J. R, Pomeroy S H. Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(8):1159-68.**
5. **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).**

6. *van der Bij AK, Laurant MG, Wensing M. Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. Am J Prev Med 2002;22(2):120-33.*
7. *van Stralena MM, Hein De Vriesb, Aart N. Muddea, and CB, Lechner L. Determinants of initiation and maintenance of physical activity among older adults: a literature review. Health Psychology Review 2009;Vol. 3 (Issue 2):p147-207.*
8. *Conn VS., Hafdahl AR, Mehr DR. Interventions to increase physical activity among healthy adults: meta-analysis of outcomes. Am J Public Health 2011;101(4):751-8.*

VI. Annexes

Annexe I : Méthodologie de la recherche documentaire

Annexe II : Description des études selon certaines Caractéristiques

1. Types d'études

La présente revue de littérature porte sur 2 méta-analyses¹⁻² et 5 revues systématiques³⁻

Les titres des méta-analyses :

- Les interventions basées sur l'évidence, destinées à augmenter l'activité physique chez les aînés (Conn, 2002)¹
- Rapport et recommandations basés sur l'évidence. Programmes d'exercices pour les aînés. Revue systématique et méta-analyse (Shekelle, 2003)²

Les titres des revues systématiques :

- Programmes d'activité physique basés à domicile ou en centres pour les aînés (Ashworth, 2005)³
- Revue intégrative de la recherche sur les interventions de changement de comportements chez les aînés (Conn V S, 2003)⁴
- Meilleures pratiques pour l'activité physique et le counseling dans les populations des aînés (Cress, 2005)⁵
- Efficacité des interventions de l'activité physique chez les aînés : Revue de la littérature (Van der Bij, 2002)⁶

- Les déterminants de l'initiation et de la maintenance en activité physique chez les aînés : revue de la littérature (van Stralen, 2009)⁷

Les méta-analyses et revues systématiques comprennent des essais randomisés et contrôlés (ERC) et des études écologiques ou de cohortes⁷.

2 : Objectifs des études

2.1. Objectifs des revues systématiques

Certains auteurs ont évalué des interventions destinées à augmenter l'activité physique⁴ et à diffuser des informations à propos des obstacles à l'activité physique⁵. D'autres ont identifié les facteurs favorisant l'initiation/maintien au regard de l'activité physique pour le court et le long terme, la progression d'états dans le processus de changement de comportements en activité physique et ils ont exploré les principales similitudes et différences des nouveaux concepts sur le sujet⁶⁻⁷. D'autres auteurs encore ont évalué l'efficacité des interventions selon le lieu de réalisation des activités (à domiciles ou en centres hospitaliers) ou la distribution de certaines maladies chroniques dans la population cible (maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques [MPOC], arthrite dégénérative ou ostéoporose)³.

2.2. Objectifs des méta-analyses

En général, les méta-analyses ont présenté un plus grand nombre des questions de recherche. Certains auteurs ont exploré ² la motivation, le rôle du soutien social, les barrières à l'activité physique, l'adhésion aux programmes, les meilleures stratégies de promotion de l'activité physique¹ et l'impact de l'activité physique sur plusieurs états de santé¹. D'autres ont analysé le coût-efficacité et le coût-bénéfice des interventions². D'autres encore ont analysé les caractéristiques des interventions associées aux meilleurs résultats, en ciblant les aînés atteints de maladies chroniques¹. Ils ont aussi analysé les différences avant-après des mesures principales dans les groupes témoins¹.

2.3. Objectifs des études en fonction du temps

Quand on considère l'ensemble des documents recueillis, l'étude primaire la moins récente a été publiée en 1960⁴ et la plus récente, en 2000⁴, soit des périodes qui couvrent selon les études, 34 ans¹, 36 ans^{3, 5} et 40 ans⁴. Certains auteurs (1960 – 2000) ont, à la différence de leurs prédécesseurs, contrôlé davantage l'hétérogénéité des études analysées, ciblé plutôt l'activité physique que les bénéfiques en santé et mené de manière plus complète la recherche documentaire⁴. D'autres auteurs se sont penchés sur des techniques éducationnelles utilisées pour des patients atteints de maladies chroniques (1970 - 2004)¹. D'autres auteurs encore se sont intéressés aux nouveaux concepts liés au développement des théories du changement de comportements, en sélectionnant les publications plus ou moins récentes (de 1985 à 2000)⁶.

3 : Recherche documentaire

3.1. Profil de la recherche :

Concernant les deux méta-analyses recensées, des experts en bibliographie ont conduit la recherche documentaire dans les principales bases de données bibliographiques (MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, CINAH, etc.) en utilisant une syntaxe composée de mots clés. Ils ont procédé à des recherches électroniques complémentaires sur les investigateurs et les auteurs d'études primaires. Ils ont contacté directement les premiers auteurs de certaines études primaires lorsque nécessaire. Ils ont réalisé en plus des recherches plus spécifiques², soit par les méthodes du *Southern California Evidence-Based Practice Centre, Agency for Healthcare Research and Quality*, ou à partir des sources comme le développement RAND (pour les clients de Medicare) et des bases de données Cochrane (revues systématiques et registre des essais contrôlés).

3.2. Sélection en fonction des critères de qualité

Les études primaires recensées doivent répondre à des plans d'étude précisés^{1, 4, 7} et les textes, rédigés en anglais, néerlandais⁶ ou allemand⁶. Les interventions doivent cibler l'activité physique (force, fréquence, intensité, condition et fonction physique)² chez les aînés de 60 ans, en bonne santé ou atteintes de

maladies chroniques³. Les études doivent rapporter des mesures prises après intervention sur les comportements en activité physique avec suffisamment de détails pour permettre les calculs sur les effets des interventions. Certains auteurs ont exclu les études de cohortes² et les études primaires dans lesquelles la population n'était pas bien définie³. Dans certains documents, les études primaires retenues ont été lues par trois agents, avec la résolution des désaccords selon une démarche clairement décrite à l'avance³. Pour l'évaluer la qualité interne et externe des études primaires, un questionnaire standardisé est utilisé (17 questions; *Cochrane Back Review Group for Spinal Disorders* [van Tulder; 1997])³.

Dans toutes les études, les auteurs ont distingué les résultats principaux des résultats secondaires. Dans les méta-analyses, les mesures globales ont été pondérées pour contrôler l'influence des petits échantillons sur la variance des variables d'intérêt¹.

Le pourcentage de documents retenus qui ont satisfait les critères de sélection sur le nombre total de documents initialement recensés ($n/N * 100$) ne peut être calculé pour plusieurs études, par manque d'informations.

3 : Extraction des données

Structurellement identique à celle effectuée dans la revue systématique, l'extraction des données est plus laborieuse dans les méta-analyses. Dans certaines revues, l'hétérogénéité des études est analysée et les résultats présentés pour expliquer les difficultés, voir l'impossibilité de réaliser une méta-analyse. Celle-ci est due à la variation des activités de l'intervention, de la population cible ou de la morbidité des participants à laquelle s'intéressaient les auteurs.

3.1. Extraction des données dans les méta-analyses

Le codage est fait en s'inspirant d'études pilotes¹, d'un formulaire spécialisé d'examen de la qualité (QRF)² ou de la littérature⁷. Le formulaire contient des questions pertinentes sur l'étude en soi, la méthodologie, les patients, l'intervention et les résultats. Deux examinateurs indépendants (médecins²) ont codé les données

extraites et l'auteur principal¹ ou un autre membre de l'équipe de recherche (médecin chef²) a été sollicité pour lever les désaccords éventuels. Les variables sont conçues pour prendre en compte les résultats des études, les sources, les interventions, les caractéristiques des participants, la méthode d'assignation des participants, le décrochage, les mesures d'activité physique et les délais qui les séparent. Le codage des interventions prend en compte les caractéristiques démographiques et la structure de la population cible (individu, sous-groupe et communauté), les théories de changement de comportement utilisées, le comportement visé pour le changement (activité physique ou autres activités), les recommandations de routine (fréquence, intensité et durée) et celles spécifiques de l'activité physique. Plus élaboré dans certaines études¹, le codage inclut des sessions de motivation, d'éducation ou d'exercices supervisés et des modules spécifiques d'intervention. Il faut noter que les données codées sont nombreuses et diversifiées, à cause du manque de définitions standardisées qui entourent les différentes interventions.

La qualité des études est évaluée selon le score résumé de Jadad (1993) dans l'étude de Shekelle P et coll. (2003)². Enfin, dans le cas des mesures multiples, les auteurs ont pris en compte celles réalisées le plus tard par rapport au début des interventions.

3.2. Extraction des données dans les revues systématiques

Les exemples suivants sont rapportés pour illustrer l'ordre de difficultés rencontrées par les auteurs des revues systématiques.

Ashworth et coll. (2005)³ ont essayé différentes techniques : ils ont calculé un paramètre de dispersion (la déviation standard) et lorsque les données post-tests manquent pour le faire et que certaines conditions sont réunies, les données manquantes sont remplacées par les données de base; ils ont utilisé un outil issu de l'étude pilote de Cochrane pour différencier les programmes dispensés à domicile de ceux dispensés en centres communautaires ou de soins de santé. Cependant, ces

techniques ont présenté plusieurs limites de sorte que les auteurs ont opté pour un appariement afin de comparer les deux types de programmes.

Conn et coll. (2003)⁴ ont procédé à une extraction bien élaborée des données, sans pouvoir conduire une méta-analyse. Ils ont utilisé de bonnes techniques pour cerner l'hétérogénéité des études, mais celle-ci était importante au point qu'une méta-analyse n'a pu être effectuée.

van Stralen et coll. (2009)⁷ qui visent l'analyse des déterminants de l'initiation et du maintien en activité physique, ont extrait les données en séparant les facteurs associés à l'initiation de ceux associés au maintien, les caractéristiques modifiables de celles peu ou non modifiables comme les caractéristiques démographiques.

À l'opposé des exemples précédents, certains auteurs ont peu⁶, sinon pas du tout rapporté d'informations méthodologiques⁵.

4. Analyse des données

Les techniques et la conduite des analyses des données agglomérées ont beaucoup évolué par rapport aux anciennes pratiques, en même temps que les objectifs, le nombre et la qualité des études primaires incluses.

4.1. Dans les méta-analyses

Certains auteurs ont calculé les différences moyennes standardisées¹ séparément dans les groupes d'intervention et les groupes témoins, mais en adoptant des échelles identiques pour préserver la comparabilité des groupes. Les valeurs positives des résultats sont à l'avantage du groupe d'intervention ou des mesures post-test et elles représentent soit :

- l'effet traitement obtenu en comparant les résultats post-test du groupe d'intervention au groupe témoin;

- la différence au profit du groupe d'intervention par rapport au groupe témoin, obtenue en comparant les résultats différentiels pré et post-tests des deux groupes;
- les résultats pré et post-tests dans le groupe intervention;
- les résultats pré et post-tests dans le groupe témoin ou
- les différences pré et post-test dans les études de cohortes.

Des analyses appropriées sont effectuées pour cerner l'hétérogénéité des études^{1, 8} et contrôler les biais, notamment par ajustements pour les variables confondantes, par pondération selon les tailles d'échantillon des études primaires, par la prise en compte de l'effet de grappes (*random effect*), par l'estimation des biais de publication, par l'estimation des biais d'hétérogénéité [méthode Cochrane] ou par tests de sensibilité des résultats. Des analyses plus spécifiques sont réalisées, notamment pour estimer l'effet de la dépendance de plusieurs groupes d'intervention ou l'effet de la participation aux activités dans le groupe témoin. La recherche des biais de publication est réalisée par les méthodes graphiques et statistiques². La deuxième est moins subjective, mais les deux techniques peuvent être biaisées par la différence de qualité ou l'hétérogénéité des études primaires.

Les facteurs associés aux résultats des interventions sont analysés lorsque les données sur les études primaires sont suffisantes et fiables.

Shekelle et coll. (2003) ² ont réalisé à la fois une revue systématique et une méta-analyse en spécifiant dans chaque cas, quelles étaient les mesures principales. Cet exemple est cité pour illustrer les mesures spécifiques prises pour contrôler l'hétérogénéité : exclusion des articles qui ne rapportaient pas ou pour lesquels il était impossible de calculer une moyenne sur les résultats post-test, ou imputation des écarts types manquants et qui ne pouvaient être calculés. D'autres mesures ont été prises pour renforcer la validité de la variance : combinaison de plusieurs groupes ou choix du groupe le plus pertinent cliniquement (dans les cas de groupes d'intervention multiples), stratifications sur le suivi par exemple et enfin, la prise en

compte de la variation interétudes en introduisant un facteur d'hétérogénéité. D'autres mesures encore sont prises pour faciliter l'interprétation des résultats, en convertissant des scores moyens sans unité en unités métriques compréhensibles (en kcal, mètre, secondes, etc...).

4.2. Dans les revues systématiques

Comme mentionné plus haut, certains auteurs de revues systématiques n'ont pas bien décrit les méthodes d'analyse⁴⁻⁵. Ils ont expliqué sommairement les analyses qualitatives réalisées, sans faire allusion à une quelconque tentative méta-analytique⁶⁻⁷. Pour réaliser les analyses qualitatives, d'autres auteurs ont défini un minimum de variables communes pour permettre la narration des études primaires. Lorsque la participation aux activités est définie différemment pour les études primaires, ils ont calculé une participation moyenne non pondérée en excluant certaines études⁶. D'autres auteurs encore ont calculé les différences moyennes pondérées et présenté les résultats selon plusieurs échelles³.

L'efficacité des interventions est définie de diverses façons. Certains auteurs ont défini l'association entre un facteur prédictif et le comportement en activité physique en parlant de proportion des études qui ont rapporté l'association spécifiée comme convaincante (plus des 2/3 des études), probable (entre la moitié et les 2/3 des études), faible (moins de la moitié des études) ou absente (0 étude)⁷.

5. Conclusions

5.1. Sur les objectifs

Certains aspects de la promotion de l'activité physique chez les aînés sont insuffisamment explorés puisque les minorités ethniques ou groupes défavorisés sur le plan socioéconomique sont souvent peu représentés dans les échantillons. Les questions économiques sont rarement abordées sinon que sommairement. Les études sur les différentes composantes d'une intervention sont encore rares. Cependant, un important travail de recherche est réalisé sur les théories et techniques de promotion de l'activité physique, ainsi que les lieux et le mode de

dispensation des activités, selon plusieurs contextes démographiques, économiques et culturels.

5.2. Sur la recherche documentaire

Si la recherche documentaire est moins exhaustive dans certaines revues systématiques ou méta-analyses, l'ensemble des documents présentés a couvert plusieurs dizaines d'années (1960 à 2000) et utilisé toutes les bases de données disponibles à l'époque. Cependant, il faut noter que les références sont relativement anciennes, compte tenu de la rareté des publications récentes et qui répondent aux critères de sélection retenus dans le présent contexte.

5.3. Sur la sélection

Certains auteurs (plus souvent ceux des méta-analyses) ont fourni une description claire et exhaustive des procédures de sélection et ils ont utilisé des outils standardisés pour évaluer la qualité interne et externe des études primaires.

5.4. Sur l'extraction

Le codage des variables a été plus ou moins complexe selon les objectifs et les contextes des études. Les détails sont nombreux à cause du manque de définitions standardisées des types d'interventions et leurs caractéristiques principales. Dans les études primaires, les analyses sont faites souvent sur les individus, rarement sur des groupes d'individus. Au cas échéant, l'effet est plus souvent contrôlé par ajustement lors des analyses. Par contre, l'effet des variables de grappes sur les mesures principales est rarement analysé. Certaines études sont des exemples d'extraction de données bien élaborée, de description d'interventions plus complète, de prise en compte des variables spécifiques des interventions (politique, faisabilité, durabilité et coût-efficacité) et de bonnes analyses d'hétérogénéité.

5.5. Sur l'analyse

Les techniques d'analyse des données agglomérées ont évolué en même temps que les objectifs. Le nombre d'études primaires de bonne qualité incluses dans les revues systématiques et les méta-analyses a augmenté.

5.6. Sur le Suivi

Le suivi est plus souvent court, de sorte que l'efficacité et la faisabilité à plus long terme des interventions restent insuffisamment explorées. Les effets des interventions efficaces diminuent avec le temps. Certains facteurs favorables au maintien en activité physique sont analysés. Toutefois, ces résultats sont insuffisants pour dire quelle serait l'incitation minimale suffisante pour maintenir les aînés en activité dans la vie de tous les jours. À cet effet, la notion de style de vie proposé par certains auteurs doit être explorée davantage.

Annexe II : Définition de certains termes techniques

1. Accéléromètre : En général, un accéléromètre est un capteur qui, fixé à un mobile, permet de mesurer l'accélération linéaire de ce dernier. En activité physique, l'accéléromètre, en plus de compter le nombre de pas de l'individu (qui marche ou qui court) comme le fait le podomètre, mesure la vitesse de déplacement. Les deux instruments comportent l'avantage d'une utilisation facile et non invasive [15].

2. Aînés (personne âgée)

L'aîné est toute personne plus âgée que la moyenne des autres personnes de la population dans laquelle elle vit [1]. En citant les auteurs, nous avons utilisé l'expression « personnes âgées », terme largement utilisé au Québec.

3. Approche écologique de la santé

« L'approche écologique de la santé considère que la condition globale d'une personne est le résultat dynamique des interactions entre les individus et leurs environnements. » (GREEN et al., *Settings for health promotion*, 1999).

4. Contrôle comportemental perçu

Le contrôle comportemental perçu se réfère à la perception des gens de leur capacité à accomplir un comportement donné. Il est déterminé par l'ensemble des

croyances de contrôle accessibles, c'est-à-dire, les croyances au sujet de la présence de facteurs qui peuvent faciliter ou entraver l'exécution du comportement. Dans la mesure où il est le reflet exact du contrôle comportemental réel, le contrôle comportemental perçu peut, avec l'intention, être utilisé pour prédire le comportement.

5. Isolement social

La réclusion d'individus ou de groupes d'individus résulte de l'absence ou de la minimisation de contacts sociaux ou de communications interpersonnelles. Cette réclusion peut être engendrée par une séparation physique, par des barrières sociales et par des mécanismes psychologiques. Dans ce dernier cas, il peut y avoir interaction, mais aucune vraie communication. [2].

6. Lien causal

Lien relatif aux effets produits par une cause. Les causes sont qualifiées nécessaires lorsqu'elles précèdent un effet et suffisantes lorsqu'elles initient ou elles produisent un effet. Plusieurs facteurs peuvent être associés avec des maladies de causalité potentielles ou réelles, incluant les facteurs prédisposants, les facteurs favorisant, les facteurs déclenchants, les facteurs de renforcement et les facteurs de risques. [3]

7. Mandat de responsabilité populationnel

Responsabilité: Principe qui assure que les individus et les organisations, responsables de la prise de décision à tous les niveaux, effectuent réellement ce qu'ils sont obligés de faire et sont susceptibles de répondre de leurs actions vis-à-vis des autorités reconnues, des partenaires appropriés et de la communauté. Également, obligation d'une profession à indiquer clairement ses fonctions et ses méthodes et à fournir l'assurance aux clients que les standards spécifiques de compétence sont appliqués. Prise de décision ouverte (transparence) et objectifs explicites sont des stratégies de base pour obtenir une plus grande responsabilité sociale. [4]

Responsabilité pour la santé : fait pour les gouvernements de rendre compte à leur population des conséquences sur la santé de leurs politiques ou de leur absence de politiques. Pour un gouvernement, le fait de s'engager dans des politiques publiques saines signifie qu'il s'engage à mesurer et à évaluer les investissements consentis dans le champ de la santé ainsi que les résultats sanitaires intermédiaires et finaux à l'aide de termes compréhensibles par l'ensemble de la société. [5]

8. Modèle alimentaire individuel adapté

Le modèle alimentaire individuel adapté de Bennet (p 381, col 2 dans l'article original). Cette technique consistait à modifier les diètes des participants en ajoutant et en retirant des aliments de leur diète habituelle⁶⁷. Selon Bennet, le processus du changement comportemental passe par l'expansion (ouverture à d'autres habitudes), l'inclusion et la variation (acceptation), suivi de la substitution (introduction), du remplacement et de la stabilisation (installation de l'habitude).

9. Modèle des croyances reliées à la santé (modèle de croyance de la santé)

Le modèle de croyance de la santé a été développé la première fois par un groupe de psychologues pour aider à expliquer pourquoi les gens utilisaient ou n'utilisaient pas les services de santé et de dépistage en particulier. Son utilisation au-delà de ce contexte doit être prudente. Elle considère le comportement de santé comme résultant d'un raisonnement mettant en balance les coûts et les avantages potentiels de ce comportement. Le modèle de croyance de la santé prévoit que le comportement est le résultat d'un ensemble de croyances centrales qui ont été redéfinies au cours des années, telles que la croyance et la motivation que la santé est importante, la croyance personnelle d'être menacé par la maladie et la croyance qu'un comportement préventif spécifique est efficace dans le cadre d'une analyse de coûts-bénéfice. Le fait d'être menacé, en tant que facteur isolé, n'est plus considéré comme suffisant [6].

10. Modèle du marketing social

L'utilisation des principes marketing, également utilisés pour vendre des produits aux consommateurs, peut aussi promouvoir des idées, des attitudes et des comportements. Le marketing social est un modèle conceptuel visant à accroître l'adoption d'une idée ou d'une pratique sociale par des groupes cibles au profit du groupe et de la société plutôt qu'au bénéfice de la commercialisation. [7]

11. Modèle « PRECEDE-PROCEED »

Le modèle « PRECEDE-PROCEED » (Green & Kreuter, 2005) pour la planification des programmes de santé a été employé pour le projet. Ce modèle considère les circonstances situationnelles et sociales du groupe cible, les données épidémiologiques, les habitudes de vies et les facteurs influençant les habitudes de vies et l'environnement dans lequel les activités avaient lieu. On distingue les facteurs prédisposants (la motivation à pratiquer l'activité physique), les facteurs favorables (caractéristiques de l'environnement) et les facteurs de renforcement (récompense de la pratique d'activité physique).

12. Modèle transthéorique des étapes de changement de comportement

Modèle qui distingue différentes séquences dans le processus cyclique de modification du comportement. Selon ce modèle, une personne va passer par 5 différentes étapes quand elle essaie de modifier un comportement :

- 1) Connaître le comportement
- 2) Etre intéressé par le comportement
- 3) Décider
- 4) Agir : essayer le comportement
- 5) Adopter le comportement

Ces étapes ne se déroulent pas toujours selon un schéma linéaire, mais le modèle décrit les changements de comportement comme un processus dynamique et non pas comme une simple alternative de type « tout ou rien ». La durée de chaque étape diffère d'une personne à l'autre. La différenciation en étapes favorise la planification

de programmes de promotion de la santé et leur orientation vers des groupes cibles. Habituellement une personne échoue à plusieurs reprises et apprend de ces expériences pour le prochain cycle en 5 étapes. Pour les comportements addictifs comme le tabagisme, il y a aussi une 6^e et dernière étape, correspondant au fait que la personne ne soit plus tentée de recommencer de fumer [8].

13. Qualité de vie

Correspond à l'expérience individuelle de la vie et à la satisfaction engendrée par différents éléments de celle-ci (famille, maison, revenus, conditions de travail, etc.). Ce concept a été adopté comme indicateur dans la mesure des effets des traitements médicaux, utilisant un point de vue subjectif du changement, avant et après traitement. La qualité de vie est un concept très large qui incorpore de façon complexe, au niveau de la personne, différentes dimensions : bien-être physique, état psychologique, niveau d'indépendance, relations sociales, croyances personnelles et relations aux principaux éléments de l'environnement. [9] L'évaluation de la qualité de vie implique de mesurer la santé, l'éducation, l'habitat, la qualité de l'environnement, la sécurité personnelle et économique, ainsi que les loisirs [10].

14. Recherche-action participative

Ce type de recherche implique une intervention de la part du chercheur. Ce dernier intervient dans une situation sociale donnée, afin de la faire évoluer vers un autre stade déterminé d'avance. Avant de commencer toute forme d'exploration, le chercheur doit posséder un portrait fidèle de la situation qu'il s'apprête à étudier, et plus précisément de l'ensemble des facteurs qui la font varier. Le chercheur doit être en mesure d'isoler le facteur de changement apporté par son action. Les facteurs introduits accidentellement seront contrôlés de cette façon et l'impact réel de la recherche-action pourra être mesuré (Miller et Wilson, 1983). [11].

15. Théorie de l'action raisonnée

Modèle sociopsychologique des comportements ou de leurs modifications. Cette théorie insiste sur le rôle de l'intention vis-à-vis du comportement. Deux déterminants ont une grande influence sur l'intention : d'une part, l'attitude qui détermine le comportement, d'autre part, les normes subjectives qui affectent le comportement. L'attitude à l'égard du comportement dépend des croyances sur les conséquences du comportement. Les normes subjectives dépendent de normes de l'environnement social et de l'importance de l'acceptation personnelle vis-à-vis de ces normes sociales [12].

16. Théorie de l'apprentissage social

La théorie de l'apprentissage social (Social Learning Theory) stipule que les individus apprennent les uns les autres, mais aussi que l'humain peut apprendre de nouvelles connaissances et comportements en observant son semblable, d'où les nombreuses applications de la théorie sur la base de l'observation et de l'imitation. La revue de la littérature suggère que l'apprentissage social est efficace pour modifier les comportements humains à travers plusieurs paramètres environnementaux (Chavis Amc; 2011).

17. Théorie de l'auto-efficacité

La théorie de l'auto-efficacité (TAE) est liée à la théorie sociale cognitive (TSC). La perception de l'auto-efficacité occupe un rôle central dans la structure causale de la TSC parce que la croyance à l'efficacité affecte l'adaptation et elle a de l'effet non seulement sur elle-même, mais aussi sur d'autres déterminants du comportement (Bandura 2003 ; Bandura 1997).

18. Théorie du comportement planifié

Modèle sociopsychologique des comportements ou de leurs modifications. Cette théorie est une extension de la théorie de l'action raisonnée qui repose elle-même sur deux déterminants : 1) attitude ; 2) norme subjective. Dans la théorie du comportement planifié, un troisième déterminant est ajouté qui est la perception du contrôle. Cet ajout est souvent lié avec la construction de l'auto-efficacité. La

théorie du comportement planifié met en avant les intentions pour le comportement résultant de la combinaison de plusieurs croyances. Elle propose d'appréhender les intentions sous la forme d'un plan d'action destiné à atteindre des objectifs comportementaux. [13]

19. Théorie de la dissonance cognitive

Selon la théorie de la dissonance cognitive, lorsque les circonstances amènent une personne à agir en désaccord avec ses croyances, cette personne éprouvera un état de tension inconfortable appelé dissonance. Cette divergence peut être résolue entre autres par changement d'attitude, changement de la perception du comportement, ajout d'autres dimensions cognitives qui consistent à minimiser l'importance du conflit ou à réduire la perception du choix réalisé. Dans le présent contexte, la technique de la dissonance cognitive en santé permet de régler la divergence entre ce que l'on fait concrètement et ce que l'on devrait faire, pour adopter de saines habitudes alimentaires.

20. Théorie sociale cognitive

La théorie sociale cognitive (Social Cognitiv Theory) souscrit à un modèle d'agence émergent ; agence réfère ici à l'individu comme acteur et émergent, à la pensée humaine produite par un processus « input – output » transformateur des hautes fonctions cérébrales, sous l'effet interactif de facteurs individuels et ceux des environnements social et physique. Elle stipule que l'individu agit par intention, motivation, prévoyance, autorégulation et autocritique, dans l'espoir de tirer le maximum de bénéfices et d'éviter le maximum de nuisances. Les auteurs intéressés trouveront de plus amples informations ailleurs (Bandura 2003; Bandura 2001).

21. Vieillesse en santé

Le vieillissement en santé représente un processus qui consiste à optimiser le potentiel d'un individu à maintenir une bonne santé physique, sociale ou mentale afin de préserver une autonomie et une qualité de vie permettant de jouer un rôle actif dans la société [14].

Références (Définition des termes et concepts) :

- [1] Barès R, Henrich A-M, Rivaud D. Le nouveau dictionnaire de la santé publique & de l'action sociale. 2010. Vanves, Hauts-de-Seine. p337.
- [2] Tiré de TermSciences Portail terminologique multidisciplinaire (<http://www.termosciences.fr/-/Index/Rechercher/Rapide/Naviguer/Arbre/?aGrilleRapide=selectionner&lib=Isollement%20social&idt=TE.43652&lng=fr>)
- [3] Tiré de TermSciences Portail terminologique multidisciplinaire (<http://www.termosciences.fr/-/Index/Rechercher/Classique/Naviguer/Resultats/?aGrilleClassique=actualiser&qry=causalit%C3%A9&slng=fr&ssrc=>)
- [4] Tiré du glossaire multilingue de la BDSP (<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=311>)
- [5] Tiré du glossaire multilingue de la BDSP (<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=312>)
- [6] Tiré du glossaire multilingue de la BDSP (<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=241>)
- [7] Tiré de TermSciences Portail terminologique multidisciplinaire (<http://www.termosciences.fr/-/Index/Rechercher/Classique/Naviguer/Resultats/?aGrilleClassique=actualiser&qry=marketing+social&slng=fr&ssrc=>)
- [8] Tiré du glossaire multilingue de la BDSP (<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=145>)
- [9] Tiré du glossaire multilingue de la BDSP (<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=295>)
- [10] Barès R, Henrich A-M, Rivaud D. Le nouveau dictionnaire de la santé publique & de l'action sociale. 2010. Vanves, Hauts-de-Seine. p93.
- [11] Tiré de : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/brss/definiti/index.php>
- [12] Tiré du glossaire multilingue de la BDSP (<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=381>)
- [13] Tiré du glossaire multilingue de la BDSP (<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=383>)
- [14] Tiré du site de l'agence de santé publique du Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/cphorsphc-respcacsp-05-fra.php#c2-1>)
- [15] Koizumi D, Rogers NL, Rogers ME, Islam MM, Kusunoki M, Takeshima N. Efficacy of an Accelerometer-Guided Physical Activity Intervention in Community-Dwelling Older Women. *Journal of Physical Activity & Health* 2009;6(4):467-74.

