

**Pour des interventions de changement de comportement factuelles**  
**For evidence-based health behavior change interventions**

Bernard P\*<sup>1,2</sup>, Romain AJ<sup>3</sup>, Chevance G<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Département des Sciences de l'activité Physique, Université du Québec à Montréal, Montréal,  
Québec, Canada

<sup>2</sup> Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, Montréal,  
Québec, Canada

<sup>3</sup> Centre de Recherche du CHU de Montréal, Montréal, Québec, Canada

<sup>4</sup> Laboratoire Epsilon, Dynamique des capacités humaines et des conduites de santé, EA 4556,  
Université de Montpellier, Montpellier, France

<sup>5</sup> Les Cliniques du Souffle, Groupe 5 Santé, France

**Mots-clés**

activité physique, motivation, promotion, médecine comportementale

**Key words**

physical activity, motivation, promotion, behavioral medicine

L'article présentant le programme *Bougeons notre santé* [1] pose question. L'objectif des auteurs était de rendre compte d'une intervention de promotion de l'activité physique (AP) chez des adultes ayant un facteur de risque cardio-vasculaire en quatre séances de conseils. Si nous partageons leurs préoccupations à propos des effets délétères d'une trop faible AP en population générale, nous souhaitons attirer l'attention des lecteurs sur la nécessité de développer des interventions scientifiquement fondées, répliquables et méthodologiquement rigoureuses avant d'envisager leur diffusion.

Dans la construction de l'intervention, les auteurs évoquent l'utilisation du modèle transthéorique mais ne mentionnent qu'une composante du modèle, les stades motivationnels. Précisément ce modèle décrit trois autres construits : la balance décisionnelle, le sentiment d'efficacité personnelle et les processus de changement. Leur utilisation conjointe dans une intervention de promotion de l'AP est gage d'une efficacité majorée par rapport à une intervention n'utilisant qu'une seule partie du modèle [2]. De plus, si les auteurs ont utilisé des techniques de changement de comportement reconnues comme la fixation d'objectifs, la description de l'intervention reste très partielle et donc ne permet pas une reproduction fidèle de l'intervention.

Dans le rationnel de l'étude, les auteurs soulignent que leur travail s'inscrit dans le champ de la médecine des comportements, aussi appelée médecine comportementale. Il apparaît essentiel de rappeler que cette 'discipline' se développe selon des standards méthodologiques de la médecine factuelle. Ainsi, le développement et la faisabilité d'interventions de changement de comportement devrait être réalisé en s'inspirant des lignes directrices internationales [3]. L'évaluation de leur efficacité devrait être réalisée sur la base d'essais cliniques avec répartition aléatoire des participants dans un groupe interventionnel ou contrôle [4].

Concernant l'évaluation du dispositif, une limite majeure de cette étude réside dans les outils de mesure utilisés à l'inclusion et dans l'évaluation des effets de l'intervention. Il est légitime de se demander sur quelle base claire un potentiel participant était considéré comme insuffisamment actif à l'inclusion. De plus, l'évaluation des potentiels effets psychologiques,

sociaux et comportementaux de l'intervention reposent sur des items isolés à réponse binaire. Or ces variables sont évaluables avec des questionnaires validés en français, courts et peu chronophages .

Concernant la partie résultat, le report des analyses majoritairement en pourcentage limite la compréhension des effets réels et le taux de présence par séance ou le niveau d'éducation des participant(e)s ne sont pas disponibles. De plus, l'emploi d'analyses statistiques exclusivement univariées exclut la prise en compte de facteurs confondants. Des résultats posent aussi question, comme un taux déclaré d'arrêt du tabac très élevé de 33 %.

En conclusion, affirmer que l'intervention « *est réalisable et efficace* » nous semble très prématuré. Nous soulignons à nouveau que la diffusion de programmes de changement de comportement n'ayant pas été rigoureusement évalués, pourrait avoir un effet limité sur la santé publique. Plus largement, nous soutenons que la promotion de l'AP et d'autres comportements de santé, devrait être réalisée par des équipes pluridisciplinaires prenant en compte les connaissances accumulées dans d'autres pays [5] et en France [6].

## Références

1. Bouté C, Caillez E, D'Hour A, Goxe D, Gusto G, Copin N, et al. Bougeons notre santé ! L'expérience de 40 ateliers de motivation à l'activité physique. *Santé Publique*. 2016;28:451-60.
2. Romain AJ, Bortolon C, Gourlan M, Carayol M, Lareyre O, Ninot G, et al. Matched or non-matched interventions based on the transtheoretical model to promote physical activity. a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Sport Health Sci*. 2016
3. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008 Sep 29;a1655.
4. Davidson KW, Goldstein M, Kaplan RM, Kaufmann PG, Knatterud GL, Orleans CT, et al. Evidence-based behavioral medicine: what is it and how do we achieve it? *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. 2003 Dec;26(3):161-71.
5. Bernard P. Les systèmes d'orientation à l'activité physique au Royaume-Uni : efficacité et enseignements. *Santé Publique*. 2014;26(5):647-54.
6. Escalon H, Serry A, Nguyen-Thanh V, Vuillemin A, Oppert J, Sarrazin P, et al. Construction d'un dispositif de communication scientifiquement fondé visant à promouvoir la marche des femmes peu actives et l'activité physique des adultes. *Santé Publique*. 2016;S1:51-63.