

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

PAR  
FRANÇOIS ARSENAULT

INTÉRÊTS ET ATTITUDES FACE À LA RÉADAPTATION PHYSIQUE  
CHEZ DES CARDIAQUES DE LA MAURICIE

OCTOBRE 2001

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

PAR  
FRANÇOIS ARSENAULT

INTÉRÊTS ET ATTITUDES FACE À LA RÉADAPTATION PHYSIQUE  
CHEZ DES CARDIAQUES DE LA MAURICIE

OCTOBRE 2001

## RÉSUMÉ

Les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont un problème très préoccupant. Elles sont responsables de 37% des décès au Canada et, seulement au Québec, une personne est victime d'un problème cardiaque non-fatal toutes les 5 minutes. Notre étude porte sur la réadaptation physique après un ou des troubles cardiaques. L'activité physique est un moyen de diminuer les risques de récurrence d'un accident cardiaque. Une première question que nous tenterons de répondre dans ce mémoire est la suivante : Quels sont les facteurs favorisant la participation à l'activité physique chez les cardiaques de la Mauricie ? La deuxième question, qui est dans le prolongement de la première : Quels sont les besoins et les préférences d'activité physique des cardiaques de la Mauricie ?

Quatre-vingt-huit sujets, membres de l'Association des Cardiaques de la Mauricie inc. (l'ACMI), ont participé à l'étude. Les sujets avaient à répondre à un questionnaire. Dans ce questionnaire, différents aspects tels que les renseignements généraux et médicaux, les barrières, les goûts et l'attitude face à l'activité physique ainsi que les habitudes de vie y sont traités.

Les résultats indiquent que les cardiaques de l'ACMI sont conscients des bienfaits de l'activité physique sur leur santé physique (92%) et psychologique (90%). Cependant plusieurs barrières viennent s'interposer à la pratique de l'activité physique.

Les principales sont : le manque de temps (31% à 49%), le manque d'intervenants, de ressources spécialisées et de programmes (17%), le manque de discipline personnelle, de volonté ou d'énergie (12,5% à 45%) ainsi que la crainte d'avoir à nouveau un problème cardiaque (50%). De plus, la préférence des sujets est distribuée de façon similaire entre les programmes de groupes (16%), les programmes supervisés (27%), les programmes maison (23%) et une combinaison de programmes (34%).

Ce qu'il faut retenir de l'étude, c'est que les personnes cardiaques savent à 90% que l'activité physique peut être bonne pour eux. Cependant, ils ont des craintes et des appréhensions face à l'activité physique, impliquant seulement 56,8% de ces personnes vers des activités physiques régulières et structurées. Selon notre étude, les principales barrières qui empêchent ou découragent les personnes cardiaques à faire de l'activité physique sont : le manque de temps (35%), le manque d'énergie, de volonté ou de discipline (58%), la crainte de se blesser (37%) ou d'avoir un nouveau problème cardiaque (46%), des coûts trop élevés (58%) et le manque de ressources spécialisées (49%). À partir de notre étude, trois recommandations peuvent être faites : 1) développer un système de « counselling » en conditionnement physique adapté à la clientèle cardiaque, 2) créer une forme de partenariat ou de lien de confiance avec les médecins de la région, et 3) l'association ou l'organisme responsable de développer ce programme devrait se soucier de la qualité des installations ou des lieux choisis (sécurité, propreté et facilité d'accès) et surtout de la qualité des intervenants qui agiront auprès de cette clientèle.

## REMERCIEMENTS

J'aimerais ici, témoigner ma reconnaissance aux personnes qui m'ont appuyé tout au long de ma maîtrise. Un remerciement particulier à mon directeur de recherche, M. François Trudeau, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, ses judicieux conseils, sa grande disponibilité et ses encouragements tout au long de mon cheminement m'ont été des plus utiles. Merci à M. Louis Laurencelle, également professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour qui les statistiques n'ont pas de secrets. J'aimerais exprimer toute ma gratitude aux membres de l'Association des Cardiaques de la Mauricie qui ont participé à l'étude et qui m'ont permis de réaliser ce projet.

Finalement, j'aimerais remercier ma conjointe, mes parents et mes ami(e)s qui m'ont supporté et encouragé dans l'achèvement de cette étape de carrière. Un merci tout spécial à mes parents, qui m'ont apporté soutien, encouragements et surtout, des valeurs comme l'honnêteté, la persévérance, la curiosité et la détermination d'aller jusqu'au bout même dans les moments difficiles.

## TABLE DES MATIÈRES

	Page
RÉSUMÉ.....	i
REMERCIEMENTS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DE FIGURES.....	vii
 CHAPITRES	
I. INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	7
Barrières de la participation à la réadaptation cardiaque.....	8
Étapes d’implication dans la réadaptation cardiaque.....	9
Problématique.....	13
II. MÉTHODOLOGIE.....	16
Échantillonnage.....	16
Procédures.....	16
Étapes.....	16
Consignes.....	17
Questionnaire.....	17
Statistiques.....	18

III.	RÉSULTATS.....	19
	Renseignements généraux.....	19
	Renseignements médicaux.....	19
	Activité physique en général.....	20
	Attitudes face à l'activité physique.....	23
	Croyances sur l'activité physique.....	24
	Barrières à la pratique de l'activité physique.....	25
	Évaluation des habitudes de vie.....	26
	Stades d'intérêts.....	26
	Programme d'entraînement.....	27
	Autres comparaisons.....	28
IV.	DISCUSSION.....	33
	Attitudes et habitudes d'activité physique .....	33
	Barrières à l'activité physique.....	36
	Besoins d'individualisation de l'activité physique.....	38
	Contexte régional.....	41
V.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	44
	RÉFÉRENCES.....	47
	ANNEXE	
	A. Questionnaire.....	54



## LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Page
1. Renseignements généraux sur les hommes et les femmes.....	21
2. Répartition et pourcentage des différents facteurs de risques ainsi que des troubles cardio-vasculaires chez les hommes et les femmes.....	22
3. Différentes activités physiques pratiquées par les hommes et les femmes.....	23
4. Facteurs de risques et encouragement médical à un programme de conditionnement physique .....	29
5. Troubles cardio-vasculaires et encouragement médical à la participation à un programme de conditionnement physique .....	31
6. Éléments influencés par l'Indice de Masse Corporel (IMC).	32

## LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1. Triangle de la réadaptation cardiaque .....	2
2. Taux de participation à un programme de réadaptation physique adapté en fonction du temps.....	15

## **CHAPITRE I**

### **INTRODUCTION**

Au cours des 40 dernières années, les progrès en médecine et en prévention secondaire ont été considérables et cela, particulièrement pour les maladies cardiovasculaires (MCV). Le taux de mortalité par MCV a diminué de façon importante. Toutefois il représente toujours 37% des décès au Canada (Dubuc, 1999). Trente-sept pourcent, c'est près de 79 000 décès en 1994 sur environ 480 000 cas de MCV au Canada (Laboratoire de lutte contre la maladie, 1996). Au Québec, les proportions sont les mêmes avec une morbidité approchant les 103 000 cas et un taux de mortalité avoisinant les 19 000 décès en 1994. C'est une personne à toutes les 5 minutes qui a un accident cardiaque non fatal au Québec.

Les facteurs de risques de la maladie coronarienne sont bien identifiés. Il y a trois facteurs considérés non contrôlables soit : l'âge, l'hérédité et le sexe. Cependant, l'écart entre les sexes semble de moins en moins marqué après la ménopause. En effet, chez les femmes âgées de 45 à 55 ans, on observe une diminution de la sécrétion de certaines hormones comme les œstrogènes qui protègent contre les MCV. Après cette période, les MCV sont responsables de plus de 50% des décès chez la femme (Villablanca, 1996). Quant aux facteurs de risques contrôlables, les huit principaux sont le

tabagisme, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le diabète, la sédentarité, l'obésité, une mauvaise alimentation et le stress. Ces facteurs de risques sont dits contrôlables parce qu'ils peuvent être modifiés par un mode de vie différent. Une saine alimentation, un programme d'exercice physique adéquat et un traitement pharmacologique approprié sont la pierre angulaire des changements visés par la réadaptation cardiaque (RC). C'est ce que l'on peut appeler le triangle de la réadaptation cardiaque (Figure 1).

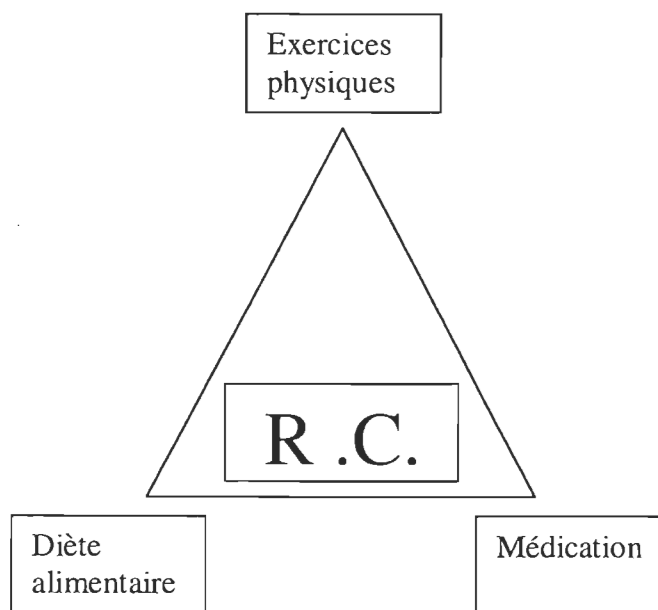


Figure 1. Triangle de la réadaptation cardiaque (R.C.).

Prenons le tabagisme, l'un des facteurs de risque majeurs de la maladie coronarienne. Un fumeur qui survit à un infarctus du myocarde et qui cesse de fumer a 19% de chances de mourir au cours des six années suivant la maladie, tandis qu'un malade (infarcisé) qui ne cesserait pas de fumer aurait un taux de mortalité de 30% (American College of Sports Medicine, 1994). Certaines études ont voulu voir s'il y avait un effet de l'activité physique sur le tabagisme. Il ne semblerait pas y voir d'effet direct, mais le fait d'adhérer à un programme de réadaptation physique faciliterait la cessation tabagique et son maintien (American College of Sports Medicine, 1994). Cette observation n'est pas statistiquement significative, néanmoins, la tendance est bel et bien présente.

L'hypercholestérolémie est également un facteur de risque important de la maladie coronarienne favorisant entre autres l'athérosclérose. Une méta-analyse de huit études cliniques sur la réduction du cholestérol total chez des patients ayant survécu à un infarctus du myocarde entre 1965 et 1988 démontre une réduction de 16% des décès et de 25 % d'un nouvel événement cardiaque non fatal (Rossouw, Lewis et Rifkind, 1990). Dans ces études, les principaux agents pour diminuer le cholestérol total étaient une diète seule ou une diète accompagnée d'une médication. Quant à l'influence de l'activité physique sur le cholestérol, une méta-analyse de Tran et Brammell (1989) de 15 recherches démontre qu'avec un programme d'exercices, la baisse du cholestérol sanguin total est significative.

L'hypertension artérielle quant à elle peut doubler et même tripler les risques d'un accident cardio-vasculaire si elle n'est pas contrôlée (American College of Sports Medicine, 1994). En chiffres, cela veut dire qu'en contrôlant la pression artérielle à la baisse, on peut réduire de 20% le taux de mortalité cardio-vasculaire chez les post-infarctisés (Langford, Stamler, Smollers et Prineas, 1986). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu de façon explicite la pratique d'activités aérobies, même de faible intensité, comme traitement non pharmacologique de l'hypertension légère à modérée (American College of Sports Medicine, 1994). L'effet de l'entraînement sur la diminution de l'hypertension est associé indirectement à la perte de poids. L'activité physique peut donc contribuer à un certain contrôle de la pression artérielle (American College of Sports Medicine, 1994). Cependant la plupart des médecins préfèrent modifier l'hypertension par un traitement pharmacologique.

Le diabète sucré et l'intolérance au glucose sont aussi des facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires. Le diabète mal contrôlé n'est pas un facteur de risque indépendant, mais il favorise la formation d'athérosclérose. Face au diabète de type II, l'activité physique peut jouer un rôle préventif dans un premier temps en contrôlant le poids et dans un deuxième temps en augmentant la sensibilité à l'insuline et la tolérance au glucose (American College of Sports Medicine, 1994).

L'obésité n'est pas un risque indépendant de la maladie coronarienne, parce qu'elle est associée à l'hypertension, l'hypercholestérolémie et l'hyperglycémie (Keys,

Menotti, Aravanis, Blackburn, Djordevic, Buzina, Dontas, Fidanza, Karvonen et Kimura, 1984). La perte de poids est donc conseillée. En ce sens, une diète restreignant les calories peut aider à perdre du poids, mais l'ajout d'un programme d'exercices augmentera les chances de succès. C'est l'équilibre ou, plutôt, le déséquilibre contrôlé entre la qualité et la quantité de calories ingérées et de calories dépensées qui procurera les résultats escomptés. En outre, avec ces deux éléments combinés, on contribue significativement à réduire la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire (American College of Sports Medicine, 1994).

Pour ce qui est du stress, les bénéfices psychologiques d'un programme d'exercices et de consultation sont démontrés par l'amélioration des indices de la qualité de vie comparativement à des groupes de contrôle (American College of Sports Medicine, 1994). De plus, l'activité physique réduirait de façon significative le taux de dépression post-infarctus (American College of Sports Medicine, 1994). De plus, l'American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation (AACPR) (1999) souligne l'importance de la capacité à relaxer. La relaxation faciliterait la conciliation avec les peurs, l'anxiété et la douleur.

En résumé, selon les études répertoriées par l'American College of Sports Medicine (1994), comparativement à des groupes contrôles, les patients assignés à un programme d'exercices réduiraient de 20% à 25% leur risque de mourir d'un nouvel accident cardiaque dans l'année qui suit. On peut conclure, avec les affirmations

précédentes, une diète saine et équilibrée, un programme d'activité physique adéquat et une médication appropriée modifient considérablement et positivement les facteurs de risques catégorisés comme étant contrôlables chez les patients ayant souffert d'une MCV (Figure 1).



## REVUE DE LA LITTÉRATURE

Plus de la moitié des survivants à un infarctus du myocarde (IM) vivent des problèmes physiologiques, psychologiques et sociaux (Hiatt, Hoenshell-Nelson et Zimmerman, 1990). Les mêmes observations peuvent être faites pour les autres types de problèmes cardiaques (pontage coronarien, dilatation, arythmie, angine de poitrine, etc.) (Kamwendo, Hansson et Hjerpe, 1998). La RC doit inclure des tests à l'effort, un programme d'entraînement physique, une alimentation appropriée, l'arrêt tabagique, la médication et le contrôle du stress ou des agents stressants (Hiatt et al., 1990). La RC a en ce sens un but beaucoup plus élevé que de simplement maintenir le patient en vie, mais plutôt de diminuer les symptômes reliés à la maladie et de permettre d'avoir une meilleure qualité de vie globale (Bar-On, Gilutz, Maymon, Zilberman et Cristal, 1994). Dans le même ordre d'idée, Derenowski-Fleury (1991) suggèrent que le but premier de la RC est que le patient retrouve un niveau optimal tant au point de vue psychologique, que physiologique et fonctionnel tout en prévenant la maladie. Allen et Redman (1996) et Mitchell, Muggli et Sato (1999) expriment également que le noyau d'un programme de RC est de retourner le patient le plus près possible de son ancien état (avant les premiers symptômes) au sens physique, émotionnel, social, psychologique et financier. Les objectifs sont donc d'améliorer les capacités fonctionnelles, de repousser les premiers symptômes lors d'une activité, de réduire le caractère invalidant de la maladie,

d'identifier et de modifier au mieux les différents facteurs de risque et de réduire par surcroît le taux de morbidité et de mortalité causée par la précarité de la santé cardiovasculaire.

### **Barrières de participation à la réadaptation cardiaque**

Certaines recherches nous donnent des indices favorisant ou défavorisant la participation à un programme de réadaptation cardiaque (PRC). Lieberman, Meana et Stewart (1998) démontrent par leur étude que les personnes cardiaques sont, à cet égard, influencées par plusieurs facteurs. Les facteurs favorisant ou influençant la participation à un PRC sont principalement les encouragements prodigués par le médecin, le partenaire, les enfants (adultes) et les amis (es), ainsi que l'attention portée à la promotion de la santé, la durée du programme et l'aspect financier. Allen et Redman (1996) démontrent que la qualité de l'intervenant, ainsi que la qualité du programme offert a aussi un grand rôle à jouer dans le maintien de la participation à un PRC. D'un autre côté, les éléments ne favorisant pas la participation à un PRC sont les problèmes de transport, la concomitance d'une autre maladie, les inconvénients de temps, la durée du programme, les raisons financières, l'influence de l'entourage et le sentiment de culpabilité d'avoir moins de temps pour ses proches (Lieberman et al., 1998).

Mais quels seraient les éléments encourageant la persistance de cette participation? Johnson et Heller (1998) nous en donnent une idée. Selon leur étude, en

sortant de l'hôpital, les gens sont conscients des bienfaits de la pratique régulière d'exercices à la maison. Cependant, plus le temps passe et plus on peut voir si une personne abandonnera ou continuera son PRC. Ces indices sont perçus principalement par les perceptions que la personne exprime face au plaisir ressenti ainsi qu'à ses barrières face au temps disponible. Avec la perception et les barrières que la personne ressent face au programme, on peut prédire dans les 6 mois suivant le congé de l'hôpital si elle continuera ou abandonnera l'exercice. Toujours selon Johnson et Heller (1998), le plaisir, le bien-être et le sentiment que sa condition physique s'améliore semblent être les facteurs majeurs de la persistance à la participation d'un PRC. L'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (1995) démontre que l'adhérence à un programme est améliorée par des communications claires, un support psychologique, une compréhension des valeurs et des points de vue du patient et de sa famille, des préférences et de l'intégration des interventions dans le mode de vie du patient.

### **Étapes d'implication dans la réadaptation cardiaque**

De plus, lorsqu'on parle d'intervenir dans la vie privée d'un patient, il faut y aller au bon moment afin de suivre les étapes d'ajustement émotionnel. Selon Egan (1999), il y a quatre étapes dans le processus d'ajustement émotionnel suite à un événement cardiaque. La première étape est la défense de soi-même. Le patient tente ici de garder son contrôle en ignorant et rejetant toutes stratégies. Cette étape dure habituellement de 1 à 7 jours. La deuxième étape est la prise de conscience. Le patient commence à

comprendre sa condition et les implications futures de la maladie. Il est face à ses limitations et tente de regarder vers le futur. La durée de cette étape est de 3 à 8 jours. La troisième étape est d'apprendre à vivre. Le patient entre dans un stade où il offre un regard sur lui-même et sur ses habitudes de vie et commence à se faire confiance quant à ses propres habiletés. C'est un stade où il établit un genre de guide de vie. Le quatrième et dernier stade est celui de revivre. C'est un stade où l'on retrouve l'acceptation des limites fonctionnelles, où l'on réoriente ses efforts vers d'autres horizons et où l'on accède vers un esprit plus sage. Pourquoi considérer ces stades ? Parce que le défaut de bien des programmes, est le manque de structure (Egan, 1999). Un programme individualisé et structuré est donc crucial dans l'intention de procéder à un changement des habitudes de vie (Egan, 1999). Le comportement des individus et les infrastructures environnementales sont en interaction directe pour augmenter la motivation vers une amélioration des habitudes de vie et une meilleure santé cardiovasculaire. De plus un facteur très influent dans la participation à un programme de RC est la perception du patient face à son état de santé (Hiatt et al., 1990). Par exemple, si une personne perçoit que sa maladie est grave et contraignante, elle risque de limiter ses activités. À l'opposé, une personne se sentant moins éprouvée par la maladie, risque de participer davantage. Intervenir au mauvais moment pourrait donc nuire au processus de changement de certaines habitudes de vie. A cet égard, beaucoup d'articles et de recherches parlent de RC et de « counselling » fait par les infirmières. En effet, ces dernières ont un grand rôle à jouer et il ne faut pas réduire l'importance de leur travail. Cependant, elles ne sont pas psychologues, éducateurs physiques ou diététiciennes.

C'est pour cela que travailler avec une équipe multidisciplinaire est essentiel (Egan, 1999). Le grand avantage d'une équipe multidisciplinaire est de s'assurer que les étapes soient respectées et que les programmes soient conformes tant au niveau physique que psychologique pour le patient (Kamwando et al., 1998).

Les différences entre les sexes sont aussi des éléments importants à prendre en considération. Plusieurs recherches l'ont démontré jusqu'à ce jour, les femmes rapportent davantage de désordres psychosomatiques et fonctionnels (Lavie et Milanie, 1995), plus de troubles du sommeil (Wiklund, Herlitz, Johansson, Bergston, Karlson et Persson, 1993), plus d'anxiété (Brezinka, Dusseldorp et Maes, 1998), plus de dépression (Wiklund et al., 1993) et une incidence inférieure sur la qualité de vie suite à un événement cardiaque (Lavie et Milanie, 1995). Une autre étude, de Brezinka et Kittel (1996), démontre qu'après un accident coronaire, les femmes sont plus à risque d'avoir des troubles psychosociaux que les hommes. En outre, les femmes référées à un PRC ont un taux significativement moins élevé de participation et un niveau plus élevé d'abandon que les hommes (McHugh, Schuster et Waldon, 1991; Oldridge, Ragowski et Gottlieb, 1992 ; O'Callaghan, Teo, O'Riordan, Webb, Dolphin et Horgan, 1984).

Le niveau d'intensité d'exercice vers lequel le patient sera orienté semble aussi être un facteur important dans l'adhésion à un PRC à long terme. Selon Lee, Jensen, Oberman, Fletcher, Fletcher et Racznsky (1996), l'intensité et la perception de l'effort sont inversement associés à la participation à un PRC. Toujours selon la même étude, le

taux d'abandon après 6 mois d'un programme de faible intensité (50% du  $\text{VO}_2\text{max}$ ) ou d'intensité élevée (85% du  $\text{VO}_2\text{max}$ ) est respectivement 36% et 46%. Cependant, au bout d'un an, l'écart entre intensité faible et élevée s'agrandit avec un taux d'abandon respectif de 46% et 63%. En outre, il est important de noter que l'adhésion à un PRC à long terme est reliée aux barrières perçues par le patient par rapport aux exercices ainsi qu'à la facilité et à l'habileté avec laquelle le patient exécutera les exercices (Dishman, 1994; Robertson et Keller, 1992). Aucune donnée n'est disponible sur le sujet pour les patients de la Mauricie.

## **Problématique**

La majorité des gens atteints de maladie cardio-vasculaire (MCV) sont susceptibles d'avoir recours à un ou plusieurs spécialistes de la réadaptation cardio-vasculaire (médecins, infirmières, physiothérapeutes, éducateurs physiques, diététiciennes et psychologues). En Mauricie, l'Association des Cardiaques de la Mauricie inc. (ACMI) regroupe ces spécialistes pour offrir un service de prévention primaire et secondaire à la population. Il est prouvé qu'une supervision régulière ainsi qu'un entraînement aérobic prolongé améliorent la santé cardio-vasculaire, l'état psychologique et la qualité de vie (Dugmore, Tipson, Phillips, Flint, Stentiford, Bone, et Littler, 1999). Quant à la "productivité sociale", les personnes cardiaques s'entraînant diminuent leur taux de morbidité post-infarctus et réduisent significativement le délai de leur retour au travail (Dugmore et al., 1999). Suite à une MCV, on devrait donc s'attendre à avoir beaucoup de gens dirigés vers l'ACMI afin d'entreprendre un programme de réadaptation cardiaque (PRC). Pourtant, parmi les patients qui ont survécu à un événement cardiaque, à peine 40% sont référés par les médecins vers un programme de réadaptation physique (Oldridge, 1991). Hershberger, Kimberly, Robertson et Market (1999) parlent d'un taux de 21,8% des personnes cardiaques dirigées en réadaptation cardiaque (RC) et de seulement 35,4% de ces patients participant à un programme de RC. Houston-Miller, Warren et Myers (1996) parlent

d'une plage de 11% à 38% de tous les patients ayant des maladies du cœur s'engageant dans un PRC.

De plus, dans ce maigre 11% à 40% de personnes cardiaques susceptibles d'amorcer une participation à un programme d'exercices, un problème important persiste. Ce problème est le maintien des habitudes d'exercices ou l'assiduité aux programmes de réadaptation cardio-vasculaire (PRC). À cet effet, au bout de 12 semaines, il y a environ 25 à 30% d'abandon, 40% après 6 mois et enfin, après un an 50% des patients abandonnent leur programme (Oldridge, 1991). En bref, d'après les chiffres précédents, il n'y aurait qu'environ 5% à 20% de la population cardiaque qui participerait encore à un PRC au bout d'un an. Johnston, Foulkes, Johnston, Pollard et Gudmundsdottir (1999) rapportent que l'assiduité à un programme d'activités physiques repose sur certains facteurs ou variables, comme la conviction avec laquelle un sujet perçoit l'importance de maintenir l'activité, son habileté à résister à la controverse (par ses connaissances) et son aptitude à surmonter les inconvénients rencontrés lors de cette pratique. Une première question que nous tenterons de répondre dans ce mémoire est la suivante : Quels sont les facteurs favorisant la participation à l'activité physique chez les cardiaques de la Mauricie ? La deuxième question, qui est dans le prolongement de la première : Quelles sont les besoins et les préférences d'activité physique des cardiaques de la Mauricie ?



La revue de la littérature démontre un faible taux de participation et un fort taux d'abandon des programmes de réadaptation physique chez les gens qui ont eu un accident cardiaque (Figure 2). La Mauricie est caractérisée par une absence de programme de réadaptation cardiaques structuré. En connaissant davantage la population des cardiaques de la Mauricie quant à leurs intérêts et leurs attitudes face à la réadaptation physique, il sera plus facile pour l'ACMI de construire un programme de réadaptation physique attrayant et efficace pour les personnes cardiaques.

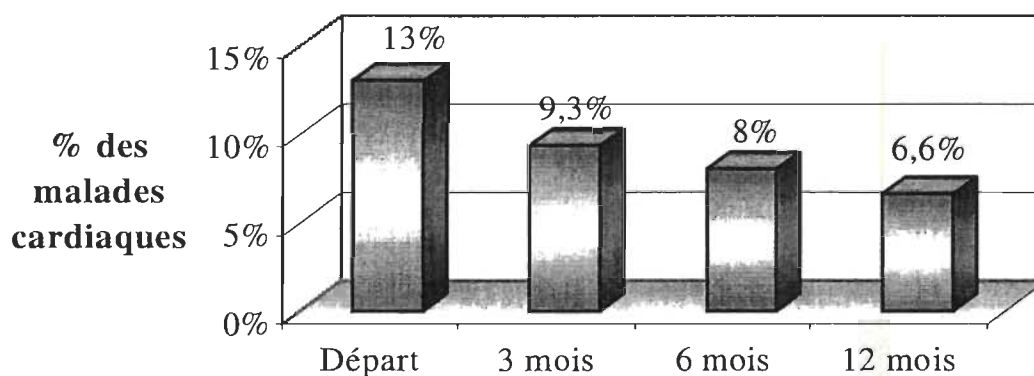


Figure 2. Taux de participation à un programme de réadaptation physique adapté en fonction du temps (Adapté de Oldridge, 1991; Hershberger et al., 1999; Laboratoire de lutte contre la maladie, 1996).

## **CHAPITRE II**

### **MÉTHODOLOGIE**

#### **Échantillonnage**

Les personnes ciblées par cette recherche étaient des hommes et des femmes qui ont eu un accident cardiaque ou qui souffrent d'une maladie cardiaque comme l'infarctus du myocarde, l'angine stable, l'insuffisance cardiaque, une transplantation cardiaque ou une intervention chirurgicale au cœur (valvules, pontage, angioplastie). Par l'entremise de l'Association des Cardiaques de la Mauricie inc. qui possède déjà une liste de près de 300 membres, une présélection des personnes correspondant aux exigences de la recherche a été effectuée. Les sujets devaient être âgés entre 45 et 80 ans. Dans un premier temps, l'échantillonnage a été subdivisé en deux groupes selon le sexe des individus, soit, les hommes ou les femmes.

#### **Procédures**

**Étapes.** La cueillette de données consistait à faire parvenir les questionnaires avec une enveloppe de retour pré-affranchie à 150 membres de l'ACMI. Un rappel a été effectué 3 semaines après le premier envoi.

**Consignes.** Les consignes données aux sujets étaient brèves. Ils avaient deux semaines pour retourner le questionnaire. Le questionnaire était anonyme et aucun nom ne devait y être inscrit. Ils avaient simplement à répondre aux questions le plus honnêtement possible.

**Questionnaire.** Le questionnaire (annexe A) traite d'aspects tels que les renseignements généraux (sexe, âge, taille poids, revenu, etc.), les renseignements médicaux (facteurs de risques, troubles cardio-vasculaires, médicaments, etc.), le niveau d'activité physique hebdomadaire, l'avis sur l'activité physique, les attitudes face à l'activité physique, les facteurs empêchant la pratique de l'activité physique, l'évaluation des habitudes de vie ainsi que les stades de changements face à l'activité physique (Godin et Shephard, 1990 ; Health, Pate et Pratt, 1993 ; Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore, Harlow, Redding, Rosenbloom et Rossi, 1989 ; Société canadienne de physiologie de l'exercice, 1999). Ce questionnaire a été validé par l'entremise d'un pré-test. Pour cela, le questionnaire a été administré à une vingtaine de personnes. Ces personnes étaient des intervenants et des spécialistes connaissant le domaine de la réadaptation cardiaque (infirmière (1), médecin (1), éducateurs physiques (3) et professeurs universitaires (2)), ainsi qu'à 10 personnes du même groupe d'âge que les sujets.

**Statistiques.** Une comparaison des moyennes pour certains résultats des hommes et des femmes a été faite par un test t. Par la suite, une analyse de variance (ANOVA) a été effectuée sur les trois groupes. Pour analyser les distributions de fréquence, un test chi carré a été utilisé. Les analyses statistiques ont été réalisées sur le système SAS (SAS Institute, Cary, N.C.). Le niveau de significativité minimal retenu était de  $P < 0,05$ .

## CHAPITRE III

### RÉSULTATS

#### Renseignements généraux

Des 150 questionnaires envoyés aux membres de l'ACMI, 88 furent retournés, pour un taux de réponse de 58,7%. Les répondants se répartissent de la façon suivante : 64 hommes (72,7%) et 24 femmes (27,3%). L'âge moyen des hommes est de  $63,9 \pm 9,7$  ans et celui des femmes est de  $65,5 \pm 8,8$  ans. L'indice de masse corporelle (IMC) est similaire avec  $26,7 \pm 3,8$  et  $25,8 \pm 4,9$  chez les hommes et les femmes respectivement (Tableau 1). Les hommes de l'échantillon vivent davantage en couple que les femmes ( $P < 0,01$ ) et leur revenu annuel est supérieur ( $P < 0,001$ ).

#### Renseignements médicaux

En ce qui a trait aux différents facteurs de risques comme l'hypertension, le diabète, le surplus de poids, la sédentarité, le tabagisme, l'hypercholestérolémie et l'alimentation, il n'y a pas de différences significatives entre les sexes (Tableau 2). Toutefois, les femmes seraient plus sujettes à l'hypertension, tandis que le tabagisme toucherait plus d'hommes. Le scénario est différent quant aux divers troubles cardiovasculaires retrouvés chez les deux sexes. Les hommes de l'échantillon ont davantage

souffert d'infarctus ( $P < 0,01$ ) et de pontage ( $P < 0,001$ ) et on peut observer chez les femmes une tendance plus prononcée pour l'arythmie ( $P < 0,054$ ) (Tableau 2).

### **Activité physique en général**

L'échantillonnage se répartit comme suit : 56,8% participent à des activités physiques régulières et structurées, 16,9% qui ont arrêté et 26,3% ne participent pas. Dans l'échantillonnage présent, il n'y a pas de différences significatives entre les hommes et les femmes, mais 36% et 42% des hommes et des femmes ne savent pas ou n'ont pas eu de prescription médicale pour l'activité physique. Pourtant, près de 80%, autant chez les hommes que chez les femmes, font de l'activité physique, qu'elle soit dirigée ou non, deux fois et plus par semaine. Soixante-quinze pour-cent des répondants (hommes et femmes) font des exercices légers, 79% considèrent leur condition physique de moyenne à très bonne et 46% d'entre eux font de l'exercice pour une durée supérieure à 30 minutes. Les activités physiques les plus fréquentes sont, en ordre décroissant : la marche, l'entretien ménager, le jardinage, le vélo, le conditionnement physique, le golf, la danse, la natation et les autres (technique Nadeau, étirements, tennis, taïchi, quilles, etc.).

**Tableau 1**

Renseignements généraux sur les hommes (H) et femmes (F)

	F	É.T.	%	H	É.T.	%	<i>P</i> <
Nombre (N)	24		27,3	64		72,7	NA
Age (moyenne)	65,46	8,8	NA	63,91	9,7	NA	NA
Poids (moyenne kg)	65,3	12,3	NA	79,7	13,3	NA	0,0001
Taille (moyenne)	1,59	0,05	NA	1,73	0,07	NA	0,0001
IMC (moyenne)	25,8	4,9	NA	26,7	3,8	NA	*
Statut marital							0,003
Couple	12		50	53		82,8	
Seul	11		45,8	10		15,6	
Revenu annuel							0,0005
Moins de \$ 10 000	11		45,8	7		10,9	
\$ 10 000 à \$ 24 999	5		20,8	13		20,3	
\$ 25 000 et plus	6		25	40		62,5	
Scolarité							*
Aucune / élémentaire / Secondaire	17		70,8	37		57,8	
Collégial / université	6		25	26		40,6	

\*non significatif.

**Tableau 2**

Répartition et pourcentage des différents facteurs de risques ainsi que  
des troubles cardio-vasculaires chez les hommes et les femmes

	F	%	H	%	<i>P</i> <
Facteurs de risques					
Hypertension	13	54,2	24	37,5	*
Diabète	2	8,3	9	14	*
Poids	7	29,2	15	23,4	*
Sédentarité	4	16,7	10	15,6	*
Tabagisme	0	0	7	10,9	*
Cholestérol	13	54,2	31	48,4	*
Alimentation	5	20,8	8	12,5	*
Troubles cardio-vasculaires					
Infarctus myocarde	4	16,7	31	48,4	0,01
Angine	13	54,2	24	37,5	*
Dilatation	7	29,2	13	20,3	*
Pontage	1	4,2	27	42,2	0,001
Arythmie	8	33,3	10	15,6	0,054

\*non significatif



**Tableau 3**

Différentes activités physiques pratiquées par les hommes et les femmes

	F	%	H	%	<i>P</i> <
Marche	18	75	53	82,8	*
Entretien ménager	16	66,7	27	42,2	0,05
Jardinage	10	41,7	24	37,5	*
Vélo	6	25	26	40,6	*
Conditionnement physique	6	25	21	32,8	*
Golf	2	8,3	10	15,6	*
Danse	6	25	4	6,3	0,01
Natation	3	12,5	5	7,8	*
Autres	5	20,8	7	10,9	*

\*non significatif

**Attitudes face à l'activité physique**

Ici encore, il n'y a pas de différences significatives dans les attitudes des hommes et des femmes envers l'activité physique. Le fait de faire trois fois par semaine de l'activité physique dans les temps libres au cours des trois prochaines années est perçu positivement. Les sujets croient à 86% que l'activité physique est assez bonne à très bonne pour eux. Dans 85% des cas, les sujets croient que l'activité physique peut être assez agréable à très agréable et 84% assez utile à très utile. En outre, 78% de

l'échantillon trouveraient assez amusant à très amusant et 65% assez facile à très facile de faire de l'activité physique.

### **Croyances sur l'activité physique**

Les hommes et les femmes croient qu'en faisant de l'activité physique trois fois par semaine au cours des trois prochaines années ils auront de façon assez probable à très probable amélioré les aspects suivants : 92% leur santé physique, 92% leur rendement dans les activités quotidiennes, 90% leur santé psychologique, 87,5% leur qualité de vie, 87,5% leur condition physique et 75% leur apparence physique. De plus, ces personnes croient dans une proportion de 77% qu'ils auront acquis une dépendance ou le goût de l'activité physique, en plus de développer l'aspect social, car selon eux, cela favoriserait la connaissance de nouvelles personnes (84%) et les rencontres avec les amis(es) (74%) en plus de retirer un sentiment de satisfaction personnelle (89%). Toutefois, les avis sont plus partagés sur les effets secondaire de l'activité physique. Ces effets secondaires sont : le fait d'avoir à supporter de légers maux de dos, d'accumuler de la fatigue, l'impression de faire une corvée, de sacrifier du temps consacré généralement ailleurs, avoir de la difficulté à intégrer l'activité physique dans l'horaire journalier et à faire des dépenses financières supplémentaires.

### **Barrières à la pratique de l'activité physique**

Les hommes sont moins dérangés par les frais occasionnés pour une activité physique ( $p < 0,05$ ). Pour le reste, les avis sont partagés. Le manque de temps pour des raisons de travail ou d'obligation familiale ne semblent pas déranger les gens dans respectivement 62,5% et 69%. Dans le même sens, la crainte de se blesser (62,5%) ne dérange aucunement cette population à la pratique de l'activité physique. Cependant, les membres de l'ACMI seraient influencés moyennement à 49% à ne pas faire d'activité physique pour un manque de temps par rapport à d'autres intérêts que le travail et la famille, à 45% par un manque d'énergie ou trop de fatigue et à 45% par un manque de discipline personnelle ou de volonté. Par contre, les avis sont partagés quant à la crainte d'avoir à nouveau un problème cardiaque (aucunement craintif 50% et moyennement craintif 40%), également au manque de discipline personnelle ou de volonté (aucunement 45% et moyennement 45%), ainsi qu'au manque d'aptitudes sportives (aucunement 48% et moyennement 40%). Les influences qui empêcheraient le plus souvent les personnes cardiaques à faire de l'activité physique sont les coûts trop élevés (19%), le manque d'intervenants, d'installations et de ressources spécialisées (17%) et le manque de discipline personnelle ou de volonté (12,5%).

## **Évaluation des habitudes de vie**

La plupart des sujets ont dans leur entourage des personnes à qui parler ou encore avec qui ils peuvent donner ou recevoir de l'affection. L'alimentation semble équilibrée chez la plupart. Le tabagisme est rayé du rythme de vie des répondants sauf pour 10% de l'échantillon, qui se trouvent tous à être de sexe masculin. La consommation de caféine et d'alcool est également restreinte. Les cardiaques ont plus de difficultés avec le stress, la qualité du sommeil, l'agressivité, la nervosité, ainsi qu'à la tristesse ou la déprime. Près de 52% des cardiaques de l'étude indiquent avoir parfois à presque jamais le contrôle de leur stress. Trente-six pour-cent dorment bien et se sentent reposés de parfois à presque jamais. L'agressivité associée au sentiment d'être fâché parfois à presque toujours touche 53,2% de cette clientèle. De plus, les sentiments de détresse et de déprime atteignent une fréquence de 53,7% (parfois à presque toujours). Enfin, dans 79,1% des cas, la nervosité est présente parfois à presque toujours.

## **Stades d'intérêts**

Le stade d'intérêt (Prochaska et al. 1989) face à des exercices d'intensité élevée est plutôt faible. L'indifférence (pré-contemplation), la réflexion (contemplation) et la préparation réunissent 74% des répondants. Dans les exercices d'intensité modérée le scénario est différent. En effet, les stades de préparation, d'action et de maintien

regroupent 75% de cette clientèle. Avec les exercices d'étirement et d'assouplissement la répartition est partagée équitablement entre les 5 stades. C'est au sujet des exercices avec résistance que la participation est la moindre. Dix pour cent des hommes et des femmes y participent et le reste de cette population n'est qu'au premier ou deuxième stade de changement pour ce type d'activité physique.

### **Programme d'entraînement**

A la question, quels types d'activités physiques les gens préféraient-ils, 23% préfèrent les programmes maisons, 27% les programmes semi-supervisés (salle d'entraînement), 16% les cours de conditionnement physique de groupe et 34% préféraient participer à 2 et plus de ces mêmes activités. Une différence très forte existe entre les hommes et les femmes quant aux types de programmes choisis. Les femmes semblent opter beaucoup plus pour une variété d'activités au cours d'une même semaine (78,5%), tandis que chez les hommes les avis sont beaucoup plus partagés entre une variété et une stabilité d'activité physique (50%). Un programme d'entraînement à heures fixes semble plus populaire que celui à heures variables pour l'ensemble des groupes dans une proportion respective de 60% et 40%. De plus, les cardiaques sont intéressés à consacrer du temps trois fois et plus par semaine à un programme qui les intéresse dans une proportion de 86%. D'un point de vue monétaire, 34% sont prêts à investir 21 dollars et plus par mois, 33% moins de 21 dollars et 20% voudraient la gratuité.

### **Autres comparaisons**

La prescription médicale pour l'activité physique ne semble pas avoir beaucoup d'effet sur les personnes souffrant de trouble cardiaque. Dans l'échantillon présent, les sujets se répartissent de la façon suivante : 59% ont été orientés vers un programme de conditionnement physique, 14,7% ne l'ont pas été, 22,7% des gens ne savent pas si leur médecin leur a fait la suggestion et 3,4% n'ont pas répondu à la question. Il y a un lien positif et significatif ( $P < 0,01$ ) entre l'encouragement médical à l'activité physique et la perception qu'ont les cardiaques de leur condition physique. En ce sens, les sujets qui ont une perception positive de leur niveau de condition physique seront davantage orientés vers la pratique d'activité physique. De plus, une différence s'installe entre les hommes et les femmes, 62,5% et 50% sont respectivement encouragés à entreprendre un programme de reconditionnement. Dans le même sens, les personnes de moins de 50 ans sont plus orientées vers la pratique d'activités physiques (75%), comparativement aux plus de 50 ans (60%), toutefois cette comparaison n'est pas significative. Comparons différents facteurs de risques. L'hypertension par exemple touche 43,5% de l'échantillon et 73% d'entre eux furent conseillés d'entreprendre un programme d'activité physique (Tableau 4). Les autres facteurs de risques où les cardiaques sont plus sujets à être conseillés par un médecin à faire de l'exercice sont : l'hypercholestérolémie (50,6% de l'échantillon) avec 67% de prescription d'exercices et le surplus de poids (25,8% de l'échantillon) avec 60% de prescription d'exercice. En ce qui a trait aux différents troubles cardio-vasculaires, l'infarctus du myocarde, les

pontages coronariens et la dilatation d'artères sont les problèmes les plus orientés vers la réadaptation physique avec, respectivement, 74%, 68% et 65% (Tableau 5).

**Tableau 4**

Facteurs de risques et encouragement médical à un programme  
de conditionnement physique .

Facteurs de risques	% échantillon	% encouragé	P<
Cholestérol	50,6%	67%	*
Hypertension	43,5%	73%	*
Surplus de poids	25,8%	60%	*
Sédentarité	16,5%	64%	*
Alimentation	15,3%	61%	*
Diabète	11,7%	60%	*
Tabagisme	2%	57%	*

\*non significatif

L'indice de masse corporel (IMC) influence l'état des cardiaques (Tableau 6). L'hypertension est le facteur de risque le plus influencé en fonction de la valeur de l'IMC avec un taux significatif de  $P < 0,01$ . Des divers troubles de la maladie cardiaque, il n'y a pas d'autres facteurs de risques significativement influencés par l'IMC, toutefois certaines tendances s'en dégagent. Une tendance d'association ( $P < 0,16$ ) entre un IMC élevé et les troubles d'infarctus du myocarde a été observée. Au

niveau alimentaire, l'association entre un IMC élevé et l'impression de manger trop de sucre ou de sel ou de graisse animale ou d'aliment peu nutritif s'approche de la significativité statistique ( $P < 0,06$ ). Une tendance ( $P < 0,12$ ) se dégage à l'effet que les gens ayant un surplus de poids (IMC élevé) soient plus tristes ou déprimés que les autres. Les gens avec un IMC supérieur à 27 sont plus intéressés par des programmes supervisés et individuels ( $P < 0,05$ ), comparativement aux cours de groupe. Ils participent également davantage aux travaux ménagers lourds que les autres ( $P < 0,05$ ).

L'influence des différents stades de changements sur la participation à des activités physiques modérés sont importants. A cet effet, les cardiaques de l'ACMI qui trouvent les activités physiques amusantes, se retrouvent davantage dans le stade du maintien ( $P < 0,05$ ). De plus, s'ils trouvent les activités amusantes, ils vont trouver les activités très bonnes pour eux ( $P < 0,05$ ) et très faciles ( $P < 0,01$ ). Pour ce qui est des barrières à l'activité physique, un facteur comme le manque de temps pour des raisons de travail est beaucoup moins évoqué par les gens ayant atteint les stades d'action ou de maintien ( $P < 0,05$ ). Selon les mêmes conditions, un coût trop élevé ( $P < 0,05$ ) et la crainte de se blesser ( $P < 0,05$ ) influenceront davantage les gens aux stades de pré-contemplation et de contemplation. De plus, l'alimentation serait davantage équilibrée chez les gens aux stades d'action et de maintien ( $P < 0,001$ ).



**Tableau 5**

Troubles cardio-vasculaires et encouragement médical à la participation à un programme de conditionnement physique.

Troubles Cardio-vasculaires	% échantillon	% prescrit	P<
Angine poitrine	54,1%	56%	*
Infarctus du myocarde	41,2%	74%	*
Pontage coronarien	32,9%	68%	*
Dilatation d'artères	23,5%	65%	*
Arythmie	20%	41%	*
Valvulopathie	18,8%	56%	*
Insuffisance cardiaque	18,8%	56%	*
Autres**	10,6%	78%	*

\*\*Autres : Accident Cérébraux Vasculaire (A.C.V.), anévrisme aorte abdominal, cardiomyopathie, péricardite, anévrisme ventriculaire.

\*non significatif.

**Tableau 6**

Éléments influencés par l'Indice de Masse Corporel (IMC)

Éléments	IMC			P<
	Moins de 20	20 à 27	27 et plus	
Hypertension artérielle				0,01
Oui	3,5%	15,1%	24,4%	
Non	1,2%	38,4%	17,4%	
Infarctus du myocarde				0,16*
Oui	1,2%	26,7%	12,8%	
Non	3,5%	26,7%	12,8%	
Aliments peu nutritifs (sucre, sel, graisse animal, autres)				0,06*
- 3 à 4 d'entre eux	-	3,7%	4,8%	
- 2 d'entre eux	-	7,3%	15,9%	
- 1 à aucun d'entre eux	4,8%	41,5%	22%	
Triste ou déprimé				0,12*
- Presque toujours à assez souvent	-	3,5%	9,2%	
- Parfois	1%	26,4%	12,7%	
- Rarement à presque jamais	3,5%	24,1%	19,6%	
Programmes supervisés				0,05
Oui	1,2%	16,9%	26,6%	
Non	3,6%	36%	15,7%	
Participation aux travaux Ménagers lourds				0,05
Oui	-	22,1%	25,6%	
Non	4,7%	31,3%	16,3%	

\*non significatif

## **CHAPITRE IV**

### **DISCUSSION**

Le but de la présente étude était de vérifier, à l'aide d'un questionnaire, les intérêts et les attitudes des personnes cardiaques de la Mauricie envers la réadaptation physique. Plusieurs aspects y étaient traités. L'étude était subdivisée en quelques sections, soit : les renseignements personnels et médicaux, l'activité physique et ses diverses facettes (générales, attitudes, croyances, barrières, entraînements), les habitudes de vie, les stades de changement, ainsi que différents liens entre ces éléments. Des hommes et des femmes ayant participé à l'étude, tous font partie de l'Association des Cardiaques de la Mauricie incorporée (ACMI). Ils ont tous un ou plusieurs facteurs de risques associés à différents troubles cardio-vasculaires. Il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats que notre étude est faite à partir d'un questionnaire. À cet effet, il est possible que certaines variables peuvent être influencées par l'estimation, la perception ou la connaissance que les répondants ont de leur maladie et d'eux-mêmes.

#### **Attitudes et habitudes d'activité physique**

Les principales observations sont les suivantes. Les répondants participent dans une forte proportion à des activités physiques (56,8%) et ils considèrent leur condition physique majoritairement (79%) de moyenne à très bonne. Les hommes et les femmes

partagent sensiblement les mêmes opinions face à l'activité physique. De ce fait, 86% d'entre eux croient que l'activité physique est assez bonne à très bonne pour eux, 85% assez agréable à très agréable, 84% assez utile à très utile, 78% assez amusante à très amusante et 65% assez facile à très facile pour eux. Près de 9 personnes sur 10 sont conscientes que l'activité physique est bonne pour la santé physique et psychologique, la qualité de vie, le rendement dans les activités quotidiennes, que cela favoriserait les rencontres nouvelles ainsi qu'avec les amis et qu'ils en retireraient une satisfaction personnelle. Ce n'est pas surprenant, car les sujets ont décidé par eux-mêmes de faire partie de cette association de cardiaques. Ils s'attendent sûrement à y retrouver cet aspect social. Cependant certaines barrières viennent quand même influencer certaines décisions favorisant l'activité physique. Les principales barrières sont : le manque de temps (raisons familiales, travail ou autres), la crainte de se blesser ou d'avoir à nouveau un problème cardiaque, le manque de discipline personnelle ou de volonté, le manque de ressources spécialisées (spécialistes et infrastructures adaptées ainsi que des coûts trop élevés). Ils ont également certaines difficultés à combattre ou contrôler le stress, l'agressivité, la nervosité, la tristesse, la déprime et l'insomnie.

La qualité et le type d'intervention apportée à cette clientèle doit différer d'un individu à l'autre. Il est important de prendre en considération à quel stade de changement ou d'intérêt le patient se situe. La répartition des répondants entre le stade de pré-contemplation et de contemplation (20,5%), le stade de préparation (31,3%), et les stades d'action et de maintien (48,2%) pour des exercices d'intensité modérée est

d'avantage orienté vers la pratique d'activités physiques. Dans une étude de Johnson et Heller (1998), les stades de pré-contemplation et de contemplation regroupaient 10% des sujets, le stade de préparation 27,5% et les stades d'action et de maintien 62,5%. L'écart peut sembler être important entre les deux études pour le regroupement des deux derniers stades de changements (action et maintien), surtout si l'on se dit que notre population cible fait partie d'un regroupement qui prône la RC. De plus, avec d'autres données, les répondants de notre étude qui se retrouvent dans le stade de préparation et les stades d'action et de maintien, 55% participent à des activités physiques sur une base régulière depuis plus d'un an, ce qui éloigne davantage nos résultats de ceux de Johnson et Heller (1998) pour qui 62,5% des participants sont classés comme étant régulièrement actifs. Ceci s'explique principalement par le fait que les membres ne bénéficient pas d'un programme structuré d'activité physique. On est donc en mesure d'affirmer que notre échantillon, bien que composé de membres de l'ACMI, a des caractéristiques se rapprochant davantage de la population générale des malades cardiaques de la Mauricie. Et que même en étant membre d'une association, ils auraient avantage à bénéficier d'un programme structuré d'exercice.

Selon notre étude, les types de programme préférés pour l'activité physique se répartissent comme suit : les programmes supervisés (27%), les cours de groupe (16%) et les programmes maison (23%). Toutefois, les femmes semblent plus attirées par un mélange (78,5%) de cours de groupe, de programmes maisons et de programmes supervisés. Les hommes ont des idées plus partagées entre une combinaison de

différents types de programmes (50%) et une routine du même type de programme d'exercices (50%). D'un point de vue médical, les encouragements à faire de l'exercice sont influencés par plusieurs facteurs. Quelques-uns de ces facteurs sont l'âge, le sexe, les facteurs de risque, les troubles cardio-vasculaires. Suite à ces résultats, nous allons comparer dans les quelques lignes qui vont suivre, les résultats de la présente étude avec ceux provenant d'autres études contemporaines.

### **Barrières à l'activité physique**

La RC peut paraître une étape évidente aux yeux de plusieurs, mais certaines barrières viennent contrecarrer cette simplicité. Les principales raisons susceptibles d'empêcher de moyennement à beaucoup les cardiaques de la Mauricie de participer à un programme de RC sont : le manque de temps (35%), la crainte de se blesser (37%), le manque d'énergie (59%), le manque de volonté ou de discipline (57%), la crainte d'avoir un nouveau problème cardiaque (46%), un coût trop élevé (58%), le manque de ressources spécialisées (49%), ainsi qu'un manque d'aptitudes sportives (46%). Ces raisons sont évoquées dans plusieurs autres recherches. C'est le cas de Hiatt et al. (1990) où les principales barrières observées à partir de plusieurs études étaient la distance à parcourir, les ressources financières, le manque de temps par rapport au travail et le manque d'intérêt. De plus, selon King, Humen et Teo (1999), les barrières qui affectent l'accessibilité et la disponibilité sont déterminantes dans l'utilisation des ressources, ainsi que dans la perception en regard des bénéfices versus l'engagement

vers des comportements plus sains. Toujours selon les mêmes auteurs, la distance et les difficultés de transport sont les barrières substantielles à la participation dans les communautés rurales. Nous pouvons parler d'une communauté urbaine de banlieue dans notre étude. En Mauricie, par le niveau de développement des services de transport et des distances à parcourir causées par l'étendue de son territoire, nous pouvons observer certaines difficultés retrouvées dans les régions rurales. Selon une autre étude, (Mitchell et al., 1999) les coûts, les effets secondaires de certains médicaments, une faible estime de soi, le manque de support dans l'entourage, le manque de temps, la peur de l'échec, l'anxiété, les priorités personnelles, le niveau d'endurance physique, l'attitude et les comportements négatifs face aux possibilités d'amélioration physique et psychologique ainsi que le manque de support financier et humain (professionnels) seraient tous des barrières réelles et contraignantes. Les observations de cette étude concordent avec celles de l'équipe de Allen et Redman (1996) concernant un point très important de la RC : les spécialistes. En effet, au-delà des barrières évoquées précédemment, certains des principaux facteurs d'abandon à un programme de RC concernent les professionnels. Dans notre échantillon, le manque de ressources spécialisées contraint 17% des gens à ne pas participer à des activités physiques. Le manque d'attention aux besoins individuels, un leadership inadéquat et le manque de feed-back seraient à la base des problèmes d'abandon (Allen et Redman, 1996). Selon Mullinax (1995), le problème majeur de la RC serait l'abandon. Mullen, Maims et Velez (1992) concluent leur étude en disant que l'efficacité d'un programme est déterminée en grande partie par la planification et la qualité des interventions et non par

l'usage de techniques ou de modèles spécifiques. Le principe de la qualité des interventions, le renforcement des interventions, l'individualisation et la connaissance des besoins du patient doivent être à la base de la RC.

En connaissant mieux un échantillon, l'individualisation devient plus concrète pour prescrire des exercices adéquats (dosés) et attrayants (motivants). Ce manque d'individualisation est observé par Egan (1999) dans l'approche des programmes de RC. Ce qui a pour conséquence de diminuer le taux de participation et d'augmenter le taux d'abandon.

### **Besoins d'individualisation de l'activité physique**

Très peu de documentation existe sur le « counselling » et la façon dont il faut entreprendre ou initier un programme d'exercice chez les cardiaques. Le rôle premier du spécialiste de l'exercice est d'orienter, de motiver et d'éduquer les participants (Mullinax, 1995). L'exercice est utilisé dans le traitement des maladies cardiovasculaires selon les mêmes approches que n'importe quel traitement quant à la prescription, les contre-indications, le mode de fonctionnement, le type, la fréquence, la durée du traitement, les bénéfices escomptés et les effets secondaires positifs et négatifs (Bethell, 1999). Selon certains auteurs, l'activité physique est la clef dans le processus de RC (Mullinax, 1995). Notre étude le démontre, car si 59% des cardiaques de l'étude ont été orientés vers l'activité physique par les médecins, on peut déduire que cette



modalité est une partie importante de la RC. Une récente étude réalisée en Angleterre suggère que les programmes d'exercices soient le noyau de la RC (Thompson, 1998). Il faut être prudent par contre pour bien équilibrer le programme d'exercice entre les besoins physiques et psychologiques d'un patient, car l'augmentation du niveau d'activité physique ne signifie pas nécessairement une augmentation du sentiment de bien-être et la réduction de l'anxiété (Kamwendo et al., 1998). Dans notre étude, l'anxiété ou la nervosité touchent 79,1% des cardiaques. D'où l'importance d'une communication constante entre les membres d'une équipe multidisciplinaire. Mullinax (1995) suggère que les bénéfices de la RC ne seront jamais atteints si le patient ne considère pas la valeur ou l'importance des changements de comportements qu'il doit entreprendre. La valeur et l'importance de l'activité physique en RC semblent bien comprises, car près de 90% des cardiaques de la Mauricie sont conscients des bienfaits de l'activité physique. Si le patient n'adopte pas ces changements, s'il ne les respecte pas ou s'il n'y adhère pas assez longtemps afin de percevoir les gains et les bénéfices, l'abandon sera imminent. Chez ce type de patient un haut niveau d'anxiété et un profond bouleversement sont présents. Toutefois, il semblerait que l'abandon et le manque de participation seraient dus en partie au manque d'informations (Mullinax, 1995). En recevant des informations adéquates concernant les traitements et sa condition, le patient s'investirait davantage, serait plus satisfait et sa réadaptation n'en serait que meilleure. En Mauricie, d'après notre recherche, c'est un besoin présent, car 17% des gens avouent ressentir qu'il y a un manque d'intervenants, d'installation et de ressources spécialisés. Dans l'étude de Johnson et Heller (1998), c'est près de 13% des

sujets qui sont contraints par ce type de barrière. Il faut néanmoins responsabiliser le patient quant aux changements de comportements qu'il doit adopter. Les valeurs et les croyances de chaque individu sont au cœur même dans les changements d'habitudes de vie. Les personnes cardiaques sont conscientes des bienfaits de l'activité physique sur leur santé. Les répondants de cette étude pensent à 90% que l'activité physique améliorerait leur santé, leur rendement dans les activités quotidiennes, leur santé psychologique et leur qualité de vie. Ce qui est important, c'est qu'ils aient des ressources vers qui se tourner afin de les informer. Combien de fois avons-nous entendu dire par les patients que la seule recommandation faite par les médecins en terme d'activité physique était de marcher ou encore de reprendre les activités normales ? Le rôle du spécialiste de l'exercice est de préciser le quoi, le comment et le pourquoi. Minimiser le risque de blessure par une prescription adéquate est aussi un élément important, car c'est une crainte dans 37,5% de la présente étude. Il faut encourager la participation en groupe, étant donné que 84% des répondants croient qu'ils vont renforcer des liens sociaux et 74% la camaraderie. Il serait préférable de joindre le ou la conjointe afin d'aider à la compréhension et au support moral. Le support de la famille et des amis est une des quelques variables susceptibles d'enrichir le succès et la participation à long terme de comportements sains en santé cardiaque autant au point de vue d'une diète alimentaire, d'un programme d'arrêt tabagique, que de l'augmentation du niveau d'activité physique (Derenowski-Fleury, 1991). Un rôle de motivation serait très important, afin de créer l'enthousiasme et le support professionnel escompté.

## **Contexte régional**

Dans une perspective plus large et en considérant le contexte actuel, le processus de RC doit passer par une référence médicale. La perception du médecin face aux bénéfices de la RC est primordiale. La littérature nous dit que 11% à 40% des personnes cardiaques sont encouragées à entreprendre un programme d'exercice adapté. Cependant dans la présente recherche, 59% des personnes cardiaques ont eu une référence médicale pour entreprendre des exercices de réadaptation. Pourtant, 80% des cardiaques font au moins deux activités physiques (seuls ou dirigés) par semaine et de ce total, 46% en font plus de 30 minutes à chaque fois. De ces gens, 22,7% ne savent pas et 14,7% n'ont pas eu d'encouragement médical pour entreprendre des exercices, pour un total de 37,4%. Ce résultat est surprenant si l'on estime le pourcentage de gens qui ne savent pas ou n'ont pas eu l'accord médical et qui participent quand même. Il faut cependant comprendre le contexte régional de la Mauricie, où peu de programmes sont offerts, voir même aucun vraiment spécialisé suite à la première phase d'hospitalisation. Les médecins de cette région peuvent être réticents à prescrire l'exercice si aucun programme d'exercice adapté n'est présent.

Deux hypothèses pourraient expliquer ces différences aussi marquées en terme de participation. La première pourrait être due à la précision et la compréhension des questions traitant de la participation à des activités physiques. La deuxième pourrait être explicable par l'échantillon choisi. L'échantillon se trouve à être composé de gens qui

font partie d'un organisme, donc qui sont intéressés par l'aspect réadaptation. Ils ne sont pas forcés à être membre de l'ACMI et en plus les gens qui ont répondu au questionnaire l'ont fait de façon volontaire. Ils sont certainement et en majeure partie conscients des bienfaits de l'activité physique ou intéressés par le sujet s'ils ont répondu. Cependant, comme on l'a vu plus tôt, la proportion de sujets dans les stades d'action et de maintien (48,2%) à l'activité physique n'est pas aussi élevée que dans d'autres programmes de RC.

En terminant, l'âge, le sexe et le type de problème cardiaque peuvent influencer la prescription médicale. Nos résultats indiquent que les personnes de moins de 50 ans sont davantage encouragées à une pratique d'activité physique (75%), comparativement à 60% pour les plus de 50 ans. D'autres études partagent les mêmes observations. C'est le cas de Hiatt et al. (1991) où les gens de plus de 65 ans refuseraient de participer par manque de motivation (52%), par des informations incorrectes (38%) et par une trop grande distance ainsi que des coûts inadéquats (10%). Toujours selon la même étude, ceux qui auraient le plus faible taux d'adhésion à un programme de RC seraient les personnes âgées de plus de 62 ans et les femmes. Selon une autre étude, (O'Farrell, Murray, Huston, LeGrand et Adamo, 2000) seulement 5% des femmes avec une ou des maladies cardiaques participeraient à un programme de RC, malgré une diminution de 25% du taux de mortalité féminine observable si un tel programme est entrepris. Les femmes forment la minorité des patients inscrits à des programmes de RC, bien qu'elles semblent en bénéficier tout autant (O'Farrell et al., 2000). Dans notre étude, les femmes

forment 27,3% de l'échantillon dont 54,2% participent à des exercices physiques. Un facteur justifiant qu'il y a plus d'hommes que de femmes en RC pourrait-il s'expliquer par le type de troubles différenciant les deux sexes? Par cette affirmation, les hommes semblent plus sujets et de façon précoce aux infarctus du myocarde ainsi qu'aux pontages coronariens, tandis que les femmes sont plus sujettes aux problèmes d'arythmie et d'angine (Tableau 2). A cet égard, ceux qui ont eu un infarctus du myocarde et un pontage coronarien reçoivent davantage d'encouragement médical (prescription) pour des exercices adaptés avec respectivement 74% et 68% (Tableau 5). Comparativement aux problèmes d'angine de poitrine et d'arythmie qui eux cumulent respectivement 56% et 41% de prescription médicale pour entreprendre des exercices (Tableau 5).

## **CHAPITRE V**

### **CONCLUSION et RECOMMANDATIONS**

Il est prouvé que l'activité physique prolongée et adéquate, sous une supervision régulière, améliore la santé cardio-vasculaire, l'état psychologique et la qualité de vie des malades cardiaques (Dugmore, 1999). D'ailleurs, l'activité physique est suggérée par les médecins comme moyen curatif pour certaines maladies cardio-vasculaires, en prévention secondaire, dans près de 40% des cas (Hershberger et al., 1999 ; Houston-Miller et al., 1996 ; Morin, 1999). Les personnes cardiaques de l'ACMI sont généralement conscientes des bienfaits de l'activité physique (86%) pour eux. Toutefois, si le patient cardiaque doit entreprendre un programme de réadaptation physique, l'intervention devra être différente en fonction des stades d'intérêts atteints dans leur cheminement personnel (Société canadienne de physiologie de l'exercice, 1999). Le stade d'intérêt a un effet important et significatif sur le taux de pratique d'activité physique, car 55% des gens se regroupant dans les stades de préparation, d'action et de maintien se qualifient comme étant régulièrement actif. Nous entendons par taux, s'ils participent à des activités physiques (action et maintien), s'ils ont déjà entrepris des activités physiques et qu'ils ont arrêté (préparation) ou s'ils ne participent pas à des activités physiques (pré-contemplation et contemplation). Dans notre étude les

stades d'action et de maintien regroupent 48,2%, le stade de préparation 31,3% et les stades de pré-contemplation et de contemplation 20,5%.

La littérature démontre qu'il y a un faible taux de participation et un fort taux d'abandon des programmes de réadaptation physique (Hershberger et al., 1999 et Oldridge, 1991). Selon notre étude, les principales barrières qui empêchent ou découragent les personnes cardiaques à faire de l'activité physique sont : le manque de temps (35%), le manque d'énergie, de volonté ou de discipline (58%), la crainte de se blesser (37%) ou d'avoir un nouveau problème cardiaque (46%), des coûts trop élevés (58%) et le manque de ressources spécialisées (49%). Les mêmes barrières sont observées avec les études de Allen et al. (1996), Hiatt (1990), King et al. (1999), ainsi que Mitchell et al. (1999).

Suite à notre étude, nous nous permettons d'apporter trois recommandations à l'Association des Cardiaques de la Mauricie inc. et aux organismes régionaux concernés. Le premier point serait de développer un système de « counselling » en conditionnement physique adapté à la clientèle cardiaque, afin de mieux individualiser, orienter et diriger ces personnes vers des activités adaptées à leurs goûts et leurs intérêts, afin d'évaluer les contraintes et évaluer les solutions aux empêchements identifiés. Le deuxième point serait de créer une forme de partenariat ou de lien de confiance avec les médecins de la région. Parce que c'est par les médecins que la personne cardiaque pourra avoir l'information sur les programmes de RC en cours, le rencontrant de façon

périodique. Notre étude indique que 59% des personnes cardiaques ont reçu de l'encouragement à faire des activités physique par leur médecin. Cet encouragement se trouve à être la marche dans 79% des cas, ce qui peut être attribuable à l'absence de programme de RC structuré. Il y a aussi l'élément de confiance et d'expertise que le médecin projette sur un programme de RC. Comme troisième point, l'association ou l'organisme responsable de développer ce programme devrait se soucier de la qualité des installations ou des lieux choisis (sécurité, propreté et facilité d'accès) et surtout de la qualité des intervenants qui agiront auprès de cette clientèle.

Finalement, notre étude démontre l'importance accordée par les cardiaques à l'activité physique en prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires. Les besoins et la demande sont bel et bien présents. Il reste à développer un programme adapté, individualisé et sécuritaire qui viendra suffire aux besoins des personnes cardiaques.



## RÉFÉRENCES

- Agency for Health Care Policy and Research. (1995). Clinical Practice Guideline : Cardiac Rehabilitation. *US Department of Health and Human Services, No. 17.* (<http://fs5.cmontmorency.qc.ca/sdp/trp/>).
- Allen, J.K. et Redman, B.K. (1996). Cardiac rehabilitation in the elderly : Improving effectiveness. *Rehabilitation Nursing*. 21 (4) ; 182-195.
- American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation. (1999). *Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs* (3<sup>ième</sup> Édition). Human Kinetics : Champaign, IL, 281 p.
- American College of Sports Medicine. (1994). Position Stand : Exercise for patient with coronary artery disease. *Medicine & Sciences in Sports and Exercise*, 26 (3), pp. i-v.
- Bar-On, D., Gilutz, H., Maymon, T., Zilberman, E. et Cristal, N. (1994). Long-term prognosis of low-risk, post-MI patients : the importance of subjective perception of disease. *European Heart Journal*. 15 ; 1611-1615.
- Bethell, H.J.N. (1999). Exercise in cardiac rehabilitation. *British Journal of Sports Medicine*. 33 ; 79-86.
- Bittner, V., Sanderson, B., Breland, J. et Green, D. (1999). Referral patterns to a university-based cardiac rehabilitation program. *The American Journal of Cardiology*. 83 (15 janvier) ; 252-255.

- Brezinka, V., Dusseldorp, E. et Maes, S. (1998). Gender differences in psychosocial profile at entry into cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 18 ; 445-449.
- Brezinka, V. et Kittel, F. (1996). Psychosocial factors of coronary heart disease in women : a review. *Social Science Medicine*, 42 ; 1351-1365.
- Derenowski-Fleury, J. (1991). Wellness motivation in cardiac rehabilitation. *Heart & Lung*. 20 ; 3-8.
- Dishman, R.K. (1994). The measurement conundrum in exercise adherence research. *Medicine & Sciences in Sports and Exercise*. 26 ; 1382-1390.
- Dubuc, M. (1999). La recherche en santé cardiovasculaire un réseau québécois. *Recherche en Santé*, 19 ; 1-12. (<http://www-rscv.usherb.ca/>)
- Dugmore, L.D., Tipson, R.J., Phillips, M.H., Flint, E.J., Stentiford, N.H., Bone, M.F. et Littler, W.A. (1999). Changes in cardiorespiratory fitness, psychological wellbeing, quality of life, and vocational status following a 12 month cardiac exercise rehabilitation programme. *Heart*, 81 ; 359-366.
- Egan, F. (1999). Cardiac rehabilitation into the new millennium. *Intensive and Critical Care Nursing*. 15 ; 163-168.
- Godin, G. et Shephard, R.J. (1990). Use of attitude-behavior models in exercise promotion. *Sports Medicine*. 10 ; 103-121.
- Health, G.W., Pate, R.R. et Pratt, M. (1993). Measuring physical activity among adolescents. *Public Health Reports*. 108 supp. 1 ; 42-46.

- Hershberger, P.J., Kimberly, B., Robertson, M.S.A. et Markert, R.J. (1999).  
Personnality and appointment-keeping adherence in cardiac rehabilitation.  
*Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 19 ; 106-111.
- Hiatt, A.M., Hoenshell-Nelson, N. et Zimmerman, L. (1990). Factors influencing  
patient entrance into a cardiac rehabilitation program. *Cardiovascular Nursing*.  
26 (5) ; 25-29.
- Houston-Miller, N., Warren, D. et Myers D. (1996). Home-based cardiac rehabilitation  
and lifestyle modification : The MULTIFIT Model. *Journal of Cardiovascular  
Nursing*. 11(1) ; 76-87.
- Johnson, N. et Heller, R. (1998). Prediction of patient nonadherence with home-based  
exercise for cardiac rehabilitation : The role of perceived barriers and perceived  
benefits. *Preventive Medicine*, 27 ; 56-64.
- Johnston, M., Foulkes, J., Johnston, D.W., Pollard, B. et Gudmundsdottir, H. (1999).  
Impact on patients and partners of inpatient and extended cardiac counseling and  
rehabilitation : A controlled Trial. *Psychosomatic Medicine*. 61 ; 225-233.
- Kamwendo, K., Hansson, M. et Hjerpe, I. (1998). Relationships between adherence,  
sense of coherence, and knowledge in cardiac rehabilitation. *Rehabilitation  
Nursing*. 23 (5) ; 240-245.
- Keys, A., Menotti, A., Aravanis, C., Blackburn, H., Djordevic, B.S., Buzina, R., Dontas,  
A.S., Fidanza, F., Karvonen, M.J. et Kimura, N. (1984). The seven countries  
study : 2289 deaths in 15 years. *Preventive Medicine*. 13 ; 141-154.

- King, K., Humen, D.P. et Teo, K.K. (1999). Cardiac rehabilitation : The forgotten intervention. *Canadian Journal of Cardiology*. 15 (9) ; 979-985.
- Laboratoire de lutte contre la maladie. (1996). Division des maladies cardiovasculaires : Information sur la surveillance de la mortalité et la morbidité. *Statistique Canada*. (<http://hc-sc.gc.ca/>).
- Langford, H.G., Stamler, J., Smollers, W. et Prineas, R.J. (1986). All-cause mortality in hypertensive : Detection and Follow-up. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 29 ; 29-54.
- Lavie, C.J. et Milani, R.V. (1995). Effects of cardiac rehabilitation and exercise training on exercise capacity, coronary risk factors, behavioral characteristics, and quality of life in women. *American Journal of Cardiology*, 14 ; 340-343.
- Lee, J.Y., Jensen, B.E., Oberman, A., Fletcher, G.F., Fletcher, B.J. et Raczyński, J.M. (1996). Adherence in the training levels comparison trial. *Medicine & Sciences in Sports and Exercise*, 28 (1) ; 47-52.
- Lieberman, L., Meana, M. et Stewart, S. (1998). Cardiac rehabilitation : Gender differences in factors influencing participation. *Journal of Women Health*, 7 (6); 717-723.
- McGee, H.M., Hevey, D. et Horgan, J.H. (1999). Psychosocial outcome assessments for use in cardiac rehabilitation service evaluation : A 10-year systematic review. *Social Science & Medicine*. 48 ; (1373-1393)
- McHugh Schuster, P. et Waldon, J. (1991). Gender differences in cardiac rehabilitation patients. *Rehabilitation Nursing*, 16 ; 248-253.

- Mitchell, R., Muggli, M. et Sato, A. (1999). Cardiac rehabilitation : Participating in an exercise program in a quest to survive. *Rehabilitation Nursing*. 24 (6) ; 236-239.
- Mullen, P.D., Mains, D.A. et Velez, R.V. (1992). A meta analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Education and Counselling*. 19 : 143-162.
- Mullinax, C.H. (1995). Cardiac rehabilitation programs and the problem of patient dropout. *Rehabilitation Nursing*. 20 (2) ; 90-101.
- Murray, J., O'Farrell, P. et Huston, P. (2000). The experiences of women with heart disease : What are their needs ? *Revue Canadienne de Santé Publique*. 91 (2) ; 98-102.
- O'Callaghan, W.G., Teo, K.K., O'Riordan, J., Webb, H., Dolphin, T. et Horgan, J.H. (1984). Comparative response of male and female patients with coronary artery disease to exercise rehabilitation. *European Heart Journal*, 5 ; 649-651.
- O'Farrell, P., Murray, J., Huston, P., LeGrand, C. et Adamo, K. (2000). Sex differences in cardiac rehabilitation. *Canadian Journal of Cardiology*. 16 (3) ; 319-325.
- Oldridge, N.B. (1991). Compliance with cardiac rehabilitation services. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 11 ; 115-119.

- Oldridge, N.B., Ragowski, B. et Gottlieb, M. (1992). Use of outpatient cardiac rehabilitation services : Factors associated with attendance. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 12 ; 25-31.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D. et Rossi, S.R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*. 13 ; 39-46.
- Robertson, D. et Keller, C. (1992). Relationships among health beliefs, self-efficacy, and exercise adherence in patients with coronary artery disease. *Heart & Lung*, 21 ; 56-63.
- Rossouw, J.E., Lewis, B. et Rifkind, B.M. (1990). The value of lowering cholesterol after myocardial infarction. *New England Journal Medicine*, 323 ; 1112-1119.
- Société canadienne de physiologie de l'exercice. (1999). *Guide canadien pour l'évaluation de la condition physique et des habitudes de vie* (2<sup>ième</sup> Édition).  
Canada: Ontario.
- Thompson, D.R. (1998). The development of a program of research in cardiac rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies*. 35 ; 72-78.
- Tran, Z.V. et Brammell, H.L. (1989). Effects of exercise training on serum lipid and lipoprotein levels in post-MI patients : A meta-analysis. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 9 ; 250-255.
- Villablanca, A.C. (1996). Coronary heart disease in women : Gender differences and effects of menopause. *Post-Graduate Medicine*, 100 ; 191-196.

Wiklund, I., Herlitz, J., Johansson, S., Bergtson, A., Karlson, B.W. et Persson, N.G.  
(1993). Subjective symptoms and well-being differ in women and men after  
myocardial infarction. *European Heart Journal*, 75 ; 1315-1319.

**ANNEXE A**  
**QUESTIONNAIRE**



## A- Renseignements personnels

1- Vous êtes de sexe ...?

Masculin.	.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Féminin.	.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>

2- Quel âge avez vous ?

J'ai \_\_\_\_\_ ans.  
 Je suis né le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
   Année      Mois      Jour

3- Je **pèse** \_\_\_\_\_ Kilogrammes ou \_\_\_\_\_ livres.

4- Je **mesure** \_\_\_\_\_ pieds \_\_\_\_\_ pouces ou \_\_\_\_\_ mètres \_\_\_\_\_ centimètres.

5- Présentement, vivez-vous ...?

Seul(e).	.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
En couple.	.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) _____						

6- Quel(s) type(s) d'emploi(s) avez-vous ou aviez-vous?

Emploi(s) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7- Présentement, êtes-vous ...?

Travailleur (euse).	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Retraité(e).	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
En invalidité temporaire	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
En invalidité permanente.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Chômeur (euse).	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Autre : _____					

8- Quel était approximativement votre revenu personnel total l'an dernier avant déduction d'impôts ?

Aucun revenu personnel.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
0 \$ - 9 999 \$.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
10 000 \$ - 24 999 \$.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
25 000 \$ - 44 999 \$.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
45 000 \$ et plus .	.	.	.	<input type="checkbox"/>

9- Quel est votre plus haut niveau de scolarité atteint ?

Aucune scolarité.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Élémentaire (1 <sup>ière</sup> à 7 <sup>ième</sup> année).	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Secondaire (8 <sup>ième</sup> à 12 <sup>ième</sup> année).	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Collégial.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Universitaire.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Autre(s) : _____				

## B- Historique Médical

10- A quand remonte votre ou vos problèmes cardio-vasculaires? Précisez.

<u>Problème(s)</u>	<u>Date (jour/mois/année)</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

11- Quels facteurs de risque vous concerne? (vous pouvez cocher plusieurs réponses)

Hypertension.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Diabète.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Surplus de poids.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Sédentarité.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Tabagisme.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie (Cholestérol).	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Alimentation.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>

12- Quel type de troubles cardio-vasculaires avez-vous eu ? (vous pouvez cocher plusieurs réponses)

Infarctus du myocarde.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Angine.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Dilatation d'une artère (ex. : ballonnet).	.			<input type="checkbox"/>
Pontage(s) coronarien(s).	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Maladie de valve cardiaque.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Arythmie (rythme cardiaque irrégulier).	.			<input type="checkbox"/>
Autre(s) _____				

13- Votre médecin vous a-t-il suggéré d'entreprendre un programme de conditionnement physique ?

Oui.	.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Non.	.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Si <b>non</b> , pourquoi : _____						
Ne sais pas. . . . . <input type="checkbox"/>						

14- Quel(s) médicament(s) prenez-vous ?

---



---



---



---



---

### Questionnaire de participation à des activités physiques santé (inspiré du guide canadien pour l'évaluation de la condition physique et des habitudes de vie)

#### Définition

**Activité physique** : Activités prolongées (5 minutes et plus) caractérisées par un pouls plus rapide ou un rythme respiratoire plus rapide ou une sudation (sueur).

15- Sur une période représentative d'une semaine (7 jours), combien de fois pratiquez-vous une activité physique ?

Au moins 5 fois.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Normalement 2 à 4 fois.	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>
Rarement ou jamais(1 fois ou moins).	.	.	.	.	<input type="checkbox"/>

16- Quand vous pratiquez une activité physique, avez-vous l'impression que vous faites :

- Un effort **intense** (ex. : essoufflé et incapable d'avoir une conversation). ☐  
 Un effort **modéré** (ex. : légèrement essoufflé et pouvant converser). ☐  
 Une effort **légé** (ex. : Aucun essoufflement). ☐

17- De façon générale, diriez-vous que votre condition physique actuelle est :

- Très bonne. . . . . ☐  
 Bonne.. . . . ☐  
 Moyenne. . . . . ☐  
 Faible. . . . . ☐  
 Très faible. . . . . ☐

18- Combien de temps dure environ chacun de vos périodes d'activités physiques par jour ?

- Moins de 5 minutes. . . . . ☐  
 Entre 5 minutes et 14 minutes. . . . . ☐  
 Entre 15 minutes et 29 minutes. . . . . ☐  
 Entre 30 minutes et 44 minutes. . . . . ☐  
 Plus de 45 minutes, précisez : \_\_\_\_\_ heure(s) \_\_\_\_\_ minute(s)

19- Quels sont les activités que vous pratiquez et combien de fois par semaine ?

- ☐ Marche. . . . . - Nombre par semaine : \_\_\_\_  
☐ Vélo. . . . . - Nombre par semaine : \_\_\_\_  
☐ Danse. . . . . - Nombre par semaine : \_\_\_\_  
☐ conditionnement physique. . . . . - Nombre par semaine : \_\_\_\_  
☐ Natation. . . . . - Nombre par semaine : \_\_\_\_  
☐ Golf. . . . . - Nombre par semaine : \_\_\_\_  
☐ Jardinage. . . . . - Nombre par semaine : \_\_\_\_  
☐ Entretien ménager. . . . . - Nombre par semaine : \_\_\_\_  
 Autre(s), précisez : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 20- Votre avis sur l'activité physique.

Si vous faisiez de l'activité physique trois fois par semaine durant vos temps libres au cours des trois prochaines années. Croyez-vous personnellement qu'il est probable qu'au terme de cette période vous aurez :

20a) amélioré votre apparence physique (cochez la case avec laquelle vous êtes en accord)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 très improbable | assez improbable | ni l'un ni l'autre | assez probable | très probable

20b) acquis une dépendance ou le goût de faire de l'activité physique

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20c) améliorer votre condition physique

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20d) connu de nouvelles personnes

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20e) favorisé les rencontres avec vos amis(es)

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20f) supporté de légers maux physiques (courbatures, pieds endoloris, etc.)

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20g) amélioré votre qualité de vie

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20h) sacrifié du temps consacré généralement à d'autres activités

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20i) effectué des dépenses supplémentaires

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20j) l'impression d'avoir fait une corvée

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20k) amélioré votre santé physique

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20l) amélioré votre santé psychologique (bien-être)

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20m) retiré un sentiment de satisfaction personnel

_____	_____	_____	_____	_____
très improbable	assez improbable	ni l'un ni l'autre	assez probable	très probable

20n) accumulé de la fatigue

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
très improbable | assez improbable | ni l'un ni l'autre | assez probable | très probable

20o) amélioré votre rendement dans vos activités quotidiennes

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
très improbable | assez improbable | ni l'un ni l'autre | assez probable | très probable

20p) eu de la difficulté à intégrer l'activité physique dans votre horaire journalier

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
très improbable | assez improbable | ni l'un ni l'autre | assez probable | très probable

## 21- Attitudes

Faire de l'activité physique trois fois par semaine dans vos temps libre au cours des trois prochaines années serait pour vous :

21a) \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
très désagréable | assez désagréable | ni l'un ni l'autre | assez agréable | très agréable

21b) \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
très ennuyant | assez ennuyant | ni l'un ni l'autre | assez amusant | très amusant

21c) \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
très mauvais | assez mauvais | ni l'un ni l'autre | assez bon | très bon

21d) \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
très inutile | assez inutile | ni l'un ni l'autre | assez utile | très utile

21e) \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
très difficile | assez difficile | ni l'un ni l'autre | assez facile | très facile

## 22- Dans quelle mesure ce qui suit peut-il vous empêcher de faire plus d'activités physiques ?

22a) manque de temps en raison du travail ou des études

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
beaucoup | \_\_\_\_\_ | moyennement | \_\_\_\_\_ | aucunement

22b) manque de temps en raison des obligations familiales

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
beaucoup | \_\_\_\_\_ | moyennement | \_\_\_\_\_ | aucunement

22c) manque de temps en raison d'autres intérêts

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
beaucoup | \_\_\_\_\_ | moyennement | \_\_\_\_\_ | aucunement

22d) manque d'énergie, trop de fatigue

_____		_____		_____		_____
beaucoup				moyennement		aucunement

22e) Manque d'aptitudes sportives

_____		_____		_____		_____
beaucoup				moyennement		aucunement

22f) manque de programmes, d'intervenants, d'installations facilement accessibles ou de ressources spécialisées

_____		_____		_____		_____
beaucoup				moyennement		aucunement

22g) coût trop élevé

_____		_____		_____		_____
beaucoup				moyennement		aucunement

22h) manque de discipline personnelle ou de volonté

_____		_____		_____		_____
beaucoup				moyennement		aucunement

22i) sentiment d'être intimidé(e), mal à l'aise

_____		_____		_____		_____
beaucoup				moyennement		aucunement

22j) blessure ou invalidité permanente ou maladie prolongée

_____		_____		_____		_____
beaucoup				moyennement		aucunement

22k) crainte de se blesser

_____		_____		_____		_____
beaucoup				moyennement		aucunement

22l) crainte d'avoir à nouveau un problème cardiaque

_____		_____		_____		_____
beaucoup				moyennement		aucunement

## Questionnaire d'évaluation des habitudes de vie (Guide canadien pour l'évaluation de la condition physique et des habitudes de vie).

### Famille et amis

23- J'ai quelqu'un à qui parler de choses importantes pour moi

_____		_____		_____		_____		_____
presque jamais		rarement		à l'occasion		assez souvent		presque toujours

24- Je peux donner et recevoir de l'affection

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 presque jamais | rarement | à l'occasion | assez souvent | presque toujours

### Alimentation

25- J'ai une alimentation équilibrée (voir les explications à la page suivante)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 presque jamais | rarement | à l'occasion | assez souvent | presque toujours

26- Je mange souvent trop 1) de sucre ou 2) de sel, ou 3) de graisse animale ou 4) d'aliments peu nutritifs

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 4 d'entre eux | 3 d'entre eux | 2 d'entre eux | 1 d'entre eux | aucun d'entre eux

### Tabac

27- Je fume du tabac (cigarette, cigare ou pipe)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 plus de 10 fois | 1 à 10 fois par | aucune fois dans | aucune fois | aucune fois | je n'ai jamais  
 par semaine | semaine | les 6 derniers mois | depuis 1 an | depuis 5 ans | fumé

28- Je consomme des boissons contenant de la caféine (café, thé, cola, etc.)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 plus de 10 par | 7 – 10 par jour | 3 – 6 par jour | 1 – 2 par jour | jamais  
 jour

### Alcool

29- Je prends en moyenne \_\_\_\_ consommations d'alcool par semaine (voir explication page suivante)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 plus de 20 | 13 – 20 | 11 – 12 | 8 – 10 | 0 - 7

30- Je prends plus de 4 consommation en une seule occasion

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 presque toujours | assez souvent | à l'occasion | presque jamais | jamais

### Sommeil

31- Je dors bien et je me sens reposé(e)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 presque jamais | rarement | parfois | assez souvent | presque toujours

### Stress

32- Je suis capable de contrôler le stress dans ma vie

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 presque jamais | rarement | parfois | assez souvent | presque toujours



## ▼ RÉGIME ÉQUILIBRÉ

Selon Le Guide Alimentaire Canadien pour manger sainement (à l'intention des 4 ans et plus):

### Des quantités différentes pour des personnes différentes

La quantité, que vous devez choisir chaque jour dans les quatre groupes alimentaires et parmi les autres aliments, varie selon l'âge, la taille, le sexe, le niveau d'activité; elle augmente durant la grossesse et l'allaitement. Le guide alimentaire propose un nombre plus ou moins grand de portions pour chaque groupe alimentaire. Ainsi, les enfants peuvent choisir les quantités les plus petites et les adolescents, les plus grandes. La plupart des adultes peuvent choisir entre les deux extrêmes.

Produits céréaliers	Légumes et fruits	Produits laitiers	Viandes et substituts	Autres aliments
Choisissez de préférence des produits à grains entiers ou enrichis.	Choisissez plus souvent des légumes vert foncés ou orange et des fruits orange.	Choisissez de préférence des produits laitiers faibles en gras.	Choisissez de préférence viandes, volailles, poissons plus maigres et légumineuses.	D'autres aliments et boissons qui ne font pas partie des quatre groupes peuvent aussi apporter saveur et plaisir. Certains de ces aliments ont une teneur plus élevée en gras ou en énergie. Consommez-les avec modération.
Nombre de portions par jour recommandées				
5 – 12	5 – 10	Enfants (4 à 9 ans): 2 à 3 Jeunes (10 à 16 ans): 3 à 4 Adultes: 2 à 4 Femmes enceintes ou allaitant: 3 à 4	2 – 3	

## ▼ CONSOMMATION D'ALCOOL

1 verre équivaut à:		Impérial	Métrique	Américain
1 bouteille de bière	5% alcool	12 onces	341 ml	10 onces
1 verre de vin	12% alcool	5 onces	142 ml	4.5 onces
1 verre de spiritueux	40% alcool	1.5 once	42.3 ml	1.25 once

### 33- Je me détends et je profite de mes temps libres

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
presque jamais | rarement | parfois | assez souvent | presque toujours

### Comportement

#### 34- Je me sens pressé(e)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
presque toujours | assez souvent | parfois | rarement | presque jamais

#### 35- Je me sens fâché(e) ou agressif(ve)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
presque toujours | assez souvent | parfois | rarement | presque jamais

### Émotions

#### 36- Je suis positif(ve) et optimiste

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
presque jamais | rarement | parfois | assez souvent | toujours

#### 37- Je me sens tendu(e) ou nerveux(se)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
presque toujours | assez souvent | parfois | rarement | presque jamais

#### 38- Je me sens triste ou déprimé(e)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
presque toujours | assez souvent | parfois | rarement | presque jamais

**Stades d'intérêt face à l'activité physique** (Cochez la phrase qui vous conviens le mieux pour chacun des différents items)

**39- Face à une intensité d'exercice élevée, actuellement ...** (Rythme respiratoire très élevé et incapable d'entretenir une conversation)

- \_\_\_\_\_ je ne fais pas d'exercice intense et je n'ai pas l'intention de commencer.
- \_\_\_\_\_ je ne fais pas d'exercice intense, mais je pense commencer à en faire.
- \_\_\_\_\_ je fais un peu d'exercice intense, mais ce n'est pas régulier.
- \_\_\_\_\_ je fais de l'exercice intense régulièrement, mais j'ai commencé dans les 6 derniers mois.
- \_\_\_\_\_ je fais de l'exercice intense régulièrement et cela depuis plus de 6 mois.

**40- Face à une intensité d'exercice modérée, actuellement ...** (Rythme respiratoire légèrement accéléré et possibilité d'entretenir une conversation)

- \_\_\_\_\_ je suis physiquement inactif(ve) et je ne prévois pas de changement pour les 6 mois à venir.
- \_\_\_\_\_ je suis physiquement inactif(ve), mais je pense commencer de façon modéré à faire de l'activité physique dans les 6 prochain mois.
- \_\_\_\_\_ je fais de l'activité physique de façon modéré, mais pas régulièrement.
- \_\_\_\_\_ je fais régulièrement de l'activité physique de façon modéré, mais depuis moins de 6 mois.
- \_\_\_\_\_ je fais de l'activité physique régulièrement et cela depuis plus de 6 mois.

**41- Face à des exercices d'étirement ou d'assouplissement, actuellement ...**

- \_\_\_\_\_ je ne fais aucun exercice d'étirement et je n'ai pas l'intention de commencer.
- \_\_\_\_\_ je ne fais pas d'exercice d'étirement, mais je pense débiter dans les 6 prochains mois.
- \_\_\_\_\_ je fais quelques fois des exercices d'étirement, mais ce n'est pas régulier et/ou j'en fais seulement pour quelques principaux muscles.
- \_\_\_\_\_ je fais des exercices d'étirement régulièrement depuis mois de 6 mois.
- \_\_\_\_\_ je fais des exercices d'étirement régulièrement depuis plus de 6 mois.

**42- Face à des exercices avec résistance, actuellement ... (ex. : poids et haltères ou appareils avec poids sélectionnés)**

- \_\_\_\_\_ je ne fais pas d'exercices avec résistance et je n'ai pas l'intention de commencer.
- \_\_\_\_\_ je ne fais pas d'exercices avec résistance, mais je pense commencer dans les 6 prochains mois.
- \_\_\_\_\_ je fais des exercices avec résistance, mais ce n'est pas régulier.
- \_\_\_\_\_ je fais des exercices avec résistance régulièrement depuis mois de 6 mois.
- \_\_\_\_\_ je fais des exercices avec résistance régulièrement et cela depuis plus de 6 mois.

43- Quels seraient vos buts et objectifs projetés à travers un programme d'activités physiques adapté ?

---



---



---

44- Quels types d'activités physiques préférez ou préféreriez-vous faire?

- Activités de groupe (ex. : cours de groupe). ☐
- Activités semi-supervisées (ex. : salle d'entraînement avec intervenants qualifiés). ☐
- Activités à la maison (ex. : programme maison, marche, etc.). ☐
- Autres, précisez.

---



---



---



---

45- Quels types de programme vous intéresserait le plus (cochez le 1<sup>er</sup> ou le 2<sup>ième</sup>)?

- ☐ - 2 à 4 fois par semaine avec le même type d'activités (ex. : seulement des cours de groupe ou seulement un programme maison ou seulement des entraînement en salle avec des machines).
- ☐ - 2 à 4 fois par semaine avec des activités différentes (ex. : 1 fois par semaine avec un cours de groupe, **plus** une fois avec un programme maison, **plus** une activité en salle d'entraînement, **plus** une activité sociale tel que le curling, la danse, la pétanque, etc.).

46- Préférez ou préféreriez-vous faire un programme à des **heures fixes** ☐  
ou à des **heures variables** ☐

47- Participez-vous à l'entretien ménager réalisé à la maison?

Travaux léger (vaisselles, balayeuse, etc.)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Travaux lourds (râtelier, tondre la pelouse, etc.)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Si non, pourquoi. \_\_\_\_\_

48- Combien de fois par semaine seriez-vous prêts à consacrer à des activités physiques qui vous intéressent (1 fois = 1 heure)?

- 5 fois et plus par semaine. . . . . ☐
- 3 à 4 fois par semaine. . . . . ☐
- 1 à 2 fois par semaine. . . . . ☐
- Ça ne m'intéresse pas. . . . . ☐

49- Combien d'argent investissez-vous ou seriez-vous prêts à investir pour un programme d'activités physiques qui vous convient à chaque mois?

- \$ 41,00 et plus par mois. . . . . ☐
- \$ 31,00 à \$ 40,00 par mois. . . . . ☐
- \$ 21,00 à \$ 30,00 par mois. . . . . ☐
- \$ 11,00 à \$ 20,00 par mois. . . . . ☐
- \$ 1,00\$ à \$ 10,00 par mois. . . . . ☐
- Je participerais si c'était gratuit. . . . . ☐
- Je ne participerais pas à n'importe quel prix (monétaire). . . . . ☐

50- Sur une base régulière de participation à des activités physiques (au moins 2 fois par semaine, 8 mois par année), dans quel groupe vous situez-vous?

☐ Je participe à des activités physiques de façon régulière depuis plus d'un an.

☐ J'ai commencé à faire de l'activité physique, mais j'ai arrêté.

Précisez la ou les raisons.

---



---



---

☐ Je ne participe pas à ce genre d'activité parce que ça ne me convient pas ou ça ne m'intéresse pas.