

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 MÉLISSA LESAGE

PERCEPTION D'UN PROGRAMME D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE
PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE CHEZ DES PERSONNES
PRÉSENTANT UNE MALADIE CARDIOVASCULAIRE OU DES FACTEURS DE
RISQUE RELIÉS À CETTE MALADIE

AOÛT 2008

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.

RÉSUMÉ

L'efficacité et le rapport coût-bénéfice positif d'un programme d'exercice pour la prévention primaire et secondaire chez les personnes atteintes d'une maladie cardiaque ou celles ayant des facteurs de risque du développement de ces maladies sont bien documentés dans la littérature. Même s'il est connu que l'activité physique pratiquée sur une base régulière apporte beaucoup de bénéfices pour la santé de ces patients, ce genre de programme est peu répandu et lorsqu'il existe, peu de patients y sont référés. De plus, parmi les patients qui ont amorcé un tel programme, peu persistent. Étant donné le potentiel documenté des programmes de prévention des maladies cardiovasculaires par l'exercice, le but de cette étude est de mieux comprendre le phénomène des déterminants de la participation et de l'observance (ou adhésion) à ces programmes. Nous avons étudié les perceptions de dix (10) participants atteints d'une maladie coronarienne ou de facteurs de risque associés au développement de cette dernière. Ces participants, qui prenaient part à un programme de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires par l'exercice en privé ou semi-privé, étaient interrogés à leur entrée et à leur sortie du programme à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Les questions de départ pour l'entretien portaient sur les objectifs fixés en terme de changements d'habitudes de vie telles que l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme ou le stress et sur les expériences que les participants ont vécues lorsqu'ils ont essayé de changer leurs habitudes de vie à l'intérieur du programme. L'analyse qualitative s'est enchaînée par l'identification de thèmes et de sous-thèmes afin de

faciliter la compréhension de certains facteurs reliés au taux de participation et d'observance à ces programmes. Les résultats ont été analysés en fonction de l'occurrence des thèmes et des sous-thèmes qui sont ressortis lors des entrevues. Les thèmes ont été déterminés selon les perceptions des participants par rapport au programme de prévention des maladies du cœur de Formavie. L'occurrence des thèmes et des sous-thèmes entre la première et la deuxième entrevue était comparée 6 mois plus tard. Les facteurs qui ont été identifiés comme pouvant avoir une influence sur la participation et l'observance à ces programmes sont: la connaissance ou la prise de conscience face à sa maladie, la perception d'efficacité personnelle, la motivation, le sentiment d'appartenance et la relation de confiance face au programme. Le suivi effectué par les kinésiothérapeutes est une des caractéristiques qui a été perçue comme positive et qui a augmenté le sentiment de confiance des participants. En analysant les résultats entre les participants observants et les participants non observants, nous avons pu remarquer que chez certains participants non observants, les connaissances quant aux facteurs de risque étaient inférieures, que leur perception d'efficacité personnelle de même que leur motivation étaient moins bonnes et qu'ils n'avaient pas eu un sentiment d'appartenance aussi marqué que chez les observants. L'ambiance sereine qui régnait à la clinique lors de leur entraînement a aussi été soulignée à plusieurs reprises. On a aussi compris, lors des entrevues, que les participants apprécient que leur programme puisse être modifié en tout temps et que les exercices soient diversifiés. L'implantation d'un programme pour contrôler et diminuer le stress aurait été très souhaitable dans un programme de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires. Pour

terminer, il serait préférable que les programmes de prévention des maladies cardiovasculaires soient accessibles pour toutes les classes de la population. En effet, on a vu que l'aspect financier pouvait représenter une barrière pour certains individus. Nous suggérons que ces éléments soient pris en compte lors de l'implantation de programmes de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	ix
CHAPITRE I INTRODUCTION	1
1.1 Des données épidémiologiques alarmantes.....	1
1.2 Les maladies cardiovasculaires et les coûts qui leur sont associés.....	4
1.3 L'importance des habitudes de vie dans le contrôle des facteurs de risque (FR) et les problèmes de participation et d'observance à long terme.....	5
1.4 But de l'étude, retombées de l'étude et contribution scientifique.....	7
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS	9
2.1 L'activité physique en prévention primaire.....	10
2.2 L'activité physique en prévention secondaire.....	13
2.3 L'activité physique et la réadaptation cardiaque.....	15
2.4 Problèmes de participation et d'observance à long terme.....	18
2.5 Question de recherche et hypothèse.....	25
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE	28
3.1 Type de l'étude.....	28
3.2 Description ou caractéristiques du programme Formavie.....	28
3.3 Protocole pour les entrevues.....	33

3.4 Procédures.....	35
3.5 Collecte et analyse des données.....	40
CHAPITRE 4 RÉSULTATS ET DISCUSSIONS.....	44
4.1 Description et caractéristiques des participants.....	44
4.2 Résultats et discussion des entrevues.....	52
4.3 Thème 1 : Identifier les signaux d’alarme.....	54
4.3.1 Apparition de problèmes de santé et survie.....	55
4.3.2 Diminution de la condition physique, l’âge et le vieillissement..	58
4.3.3 Prise de médicaments.....	59
4.3.4 Prise de poids.....	60
4.3.5 Référence d’un proche ou d’un médecin.....	61
4.4 Thème 2 : Prendre la responsabilité de modifier ses habitudes de vie.....	63
4.4.1 Identifier les causes du problème de santé (facteurs de risque..)	64
4.4.2 Se fixer des objectifs.....	70
4.4.3 Prendre conscience des réalités reliées à la modification des différentes habitudes de vie	76
4.5 Thème 3 : Identifier les barrières reliées à la pratique de l’activité physique.....	94
4.5.1 Manque de motivation (E1 et E2).....	95
4.5.2 Manque de supervision (E1).....	96
4.5.3 Découragement (E1)	97

4.5.4	Stress et manque de temps (E1 et E2).....	97
4.5.5	Condition physique ou état de santé (E1 et E2).....	98
4.5.6	Inconforts musculaires et douleurs articulaires (E2).....	101
4.5.7	Moyens financiers et autres raisons (E2).....	102
4.6	Thème 4 : Identifier les bienfaits des programmes d'activité physique (AP) et de prévention primaire et secondaire des MCV.....	104
4.6.1	Maintien de la santé en général (E1 et E2).....	105
4.6.2	Maintien de la santé cardiaque (E1 et E2).....	106
4.6.3	Suivi serré (E1 et E2).....	107
4.6.4	Endroit privé/contact personnalisé/programme adapté (E1 et E2).....	109
4.6.5	Compétence du personnel (E2).....	111
4.6.6	Soutien professionnel (E2).....	112
4.7	Facteur N° 1 : La connaissance ou la prise de conscience face à sa maladie.....	115
4.8	Facteur N° 2 : La perception d'efficacité personnelle.....	120
4.9	Facteur N° 3 : La motivation.....	122
4.10	Facteur N° 4 : Le sentiment d'appartenance au programme et la relation de confiance.....	124
CHAPITRE 5 CONCLUSION.....		127
Limites de l'étude.....		127

Description du problème de départ et question principale de recherche.....	128
Autres aspects importants à considérer dans les programmes de prévention des MCV pour optimiser les résultats.....	129
Barrières pouvant venir interférer avec le processus des habitudes de vie.....	132
Autres questions.....	132
Recommandations pratiques.....	133
Recommandations de recherche.....	135
RÉFÉRENCES	138
ANNEXES	152
ANNEXE A : Citations des entrevues.....	152
ANNEXE B : Questionnaire d'évaluation des objectifs et des intérêts des participants.....	163
ANNEXE C : Questionnaire d'évaluation des connaissances des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.....	167
ANNEXE D : Contrat d'engagement de réussite des objectifs.....	170
ANNEXE E : Formulaire de consentement pour participation à une étude.....	171

LISTE DES TABLEAUX

A1. Échantillon des participants – information sur les participants de l'étude.....	47
A2. Données détaillées du facteur de risque surplus de poids des participants : IMC, CT, % graisse.....	48
B. Raisons de la participation au programme.....	50
C. Raisons de la sédentarité des participants.....	50
D: Principales raisons expliquant le problème d'observance à l'entraînement ponctuel chez les participants.....	51
E. Les objectifs à long terme des participants.....	51
F. Thèmes et sous-thèmes développés à travers les deux entrevues : pré et post.....	53
G: Analyse des résultats : Facteurs pouvant influencer la participation et l'observance à des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV	54
H : Facteurs pouvant influencer la participation et l'observance à des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV chez les participants observants et non observants.....	54

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

1.1 Des données épidémiologiques alarmantes

Bien que le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires (MCV) soit en décroissance notable depuis plus de vingt ans, le Programme National de Santé Publique (PNSP) indique que ces maladies demeurent toutefois la première cause de mortalité et d'hospitalisation au Canada (PNSP, 2003). Selon l'Institut de Recherche en Santé du Canada (IRSC), ces maladies ont été responsables de plus de 33% de tous les décès en 2002 (IRSC, 2005). Pour être plus précis, toujours au Canada, 79 000 personnes meurent chaque année d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral. Aux États-Unis, ces maladies touchent 865 000 personnes annuellement (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). Quant à la prévalence totale au Canada, on estime qu'environ 5,7% de la population totale (et un Canadien sur quatre âgé de plus de 70 ans) est atteinte d'une forme de MCV. L'athérosclérose (dépôts lipidiques sur la paroi interne des artères) est un des principaux processus pathologiques jouant un rôle dans la MCV (Tardif, 2004).

La plupart des maladies cardiovasculaires découlent de l'effet d'une combinaison de facteurs de risque, qui sont pour la plupart modifiables. Yusuf, Hawken, Ounpuu, dans, Avezum, Lanas, McQueen, Budaj, Pais, Varigos et Lisheng (2004) soulignent que

les principaux facteurs de risque des MCV sont l'obésité, l'hypertension artérielle, le tabagisme, la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires, le diabète de type 2 et le stress (ASSSM, 2003). Il y a dix ans, 75% des Canadiens et des Canadiennes d'âge adulte présentaient au moins un des principaux facteurs de risque des MCV (Agence de la santé publique du Canada, 1997). Aujourd'hui selon la Fondation des maladies du cœur du Canada (FMCC, 2003), cette prévalence a augmenté, huit personnes sur dix (80%) sont maintenant touchées par au moins un des facteurs de risque suivants : tabagisme, sédentarité, excès de poids, hypertension artérielle et diabète. Également "ce problème touche les plus jeunes puisqu'un enfant sur quatre présente, à l'âge de neuf ans, un facteur de risque modifiable des MCV" (PNSP, 2003).

Le tabagisme, de mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité représentent les trois premiers facteurs de risque directs de la mortalité, toutes causes confondues, **le tabagisme** étant la cause évitable de mortalité précoce avec le risque relatif le plus important. **Les mauvaises habitudes alimentaires** combinées à la sédentarité peuvent conduire à l'excès de poids, un facteur de risque dans le cas de plusieurs maladies chroniques. En 2001, un peu plus du quart des Québécois âgés de 15 ans ou plus étaient fumeurs (PNSP, 2003). Pour ce qui est de la **sédentarité**, plus de la moitié des personnes âgées de plus de 20 ans étaient physiquement inactives en 2001 (Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001). De plus, les personnes sédentaires courent deux fois plus de risques de subir une MCV ou un accident vasculaire cérébral (AVC) (FMCC, 2006).

La **prévalence de l'obésité** et de l'embonpoint atteint près de 60% des adultes canadiens, causant une inquiétude grandissante, car cet important facteur de risque est associé aux MCV et aux AVC (FMCC, 2006). L'excès de poids contribuerait à 18% des maladies du cœur (PNSP, 2003-2012).

Quant à l'**hypertension artérielle**, elle touchait 14% de la population québécoise (ASSSM, 2003) et était diagnostiquée chez 12,6% de la population canadienne de 12 ans et plus en 2001 (Statistique Canada, hypertension, Indicateurs de la santé, 2003). En 2007, au Canada, l'hypertension artérielle affectait une personne sur cinq. L'hypertension est un important facteur de risque associé aux maladies du cœur (FMCC, 2007). L'**hypercholestérolémie** est également un problème fréquent chez les Canadiens. De 45 à 50% des adultes présentent un taux de cholestérol total de plus de 5,2 mmol/L, 40% des hommes et 32% des femmes ont un taux trop élevé en LDL (>3,4 mmol/L) et 13% des hommes et 4% des femmes ont de faibles taux de cholestérol HDL (<0,9 mmol/L) (Direction de la Santé publique de Montréal, 2004).

Le taux de **prévalence du diabète** des Canadiens de 20 ans et plus est de 4,8% (Agence de la santé publique du Canada, 2003). Le diabète augmente les risques d'hypertension artérielle, d'athérosclérose, de maladies coronariennes et d'AVC (FMCC, 2006).

1.2 Les maladies cardiovasculaires et les coûts qui leur sont associés

Notre système de santé se concentre davantage sur la prévention tertiaire et on a tendance à oublier l'importance de la prévention primaire et secondaire pour empêcher l'apparition et la progression des maladies cardiovasculaires. Pourtant, au Canada, "il est essentiel d'investir dans la santé cardiovasculaire puisque 80% de la population canadienne est à risque" (FMCC et Société Canadienne de cardiologie, 2003). "Les maladies cardiovasculaires sont les plus coûteuses des maladies qui affectent les Canadiens" (IRSC, 2004-2005). Selon un rapport établi par Santé Canada en 2004, "les coûts directs au système de soins de santé reliés aux MCV dépassent 7.3 milliards de dollars et les coûts indirects sont de plus de 12.4 milliards de dollars" (Agence de la santé publique du Canada, 2004). Aux États-Unis, en 2007, les coûts directs et indirects reliés aux maladies du cœur s'élevaient à 277,1 milliards de dollars US (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). Comme on peut le constater, les traitements médicaux associés aux maladies du cœur sont très coûteux et ne peuvent suffire à long terme, surtout si les habitudes de vie ne sont pas modifiées. L'invalidité à long terme chez les personnes ayant une maladie cardiovasculaire est aussi un problème dans la société. Une enquête de la FMCC du Canada et la Société canadienne de cardiologie (2003) a rapporté que plus du quart des personnes souffrant d'une maladie cardiaque ou ayant eu un AVC ont eu recours à plus d'une journée d'invalidité au cours des 14 jours précédents.

1.3 L'importance des habitudes de vie dans le contrôle des facteurs de risque (FR) et les problèmes de participation et d'observance à long terme

Selon la FMCC (2003), l'épidémie des MCV continuera à progresser à moins que des interventions communautaires ne soient établies. Il est donc nécessaire de s'attaquer aux facteurs de risque pour prévenir ces maladies. Même s'il existe des facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires qui ne peuvent être changés (l'âge, le sexe et le facteur héréditaire), la plupart peuvent être modifiés comme le tabagisme, la sédentarité, l'hypercholestérolémie, le stress, les habitudes alimentaires et le surpoids. Ces facteurs dépendent toutefois de la volonté et de la capacité de chacun à changer son mode de vie (Agence de la santé publique du Canada, 2005). La FMCC confirme certaines statistiques par rapport aux facteurs de risque qui sont encourageantes: la sédentarité chez les adultes et le tabagisme ont certes diminué depuis huit ans. Par contre, selon des données auto déclarées ayant documenté les autres FR, les statistiques restent préoccupantes. Le pourcentage de la population ayant un excès de poids n'a pas significativement changé, sauf concernant l'obésité qui a augmenté chez les hommes et la prévalence de l'hypertension artérielle ainsi que du diabète qui a aussi augmenté (FMCC, 2003). Il existe de nombreuses études qui démontrent de façon claire les bénéfices de la prévention cardiovasculaire par exemple associée à une pratique régulière d'activité physique (AP). D'après Thompson, Buchner, Piña, Balady, Williams, Marcus, Berra, Blair, Costa, Franklin, Fletcher, Gordon, Pate, Rofriguez, Yancey et Wenger (2003), la pratique régulière de l'AP (c.-à.-d. : 30 minutes ou plus

d'AP modérée de façon quotidienne), telles que la marche, la course à pied ou la natation aident entre autres à prévenir les maladies athérosclérotiques, à diminuer les facteurs de risque à la maladie cardiovasculaire et à contrôler le poids corporel et la pression artérielle. La majorité des Canadiens (jusqu'à 80% d'entre eux) pourraient potentiellement améliorer leur santé en modifiant au moins un comportement lié à la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2007-2008).

La population présentant des facteurs de risque de la MCV reconnaît l'importance de modifier leurs habitudes de vie afin d'améliorer leur santé cardiaque ou de prévenir les maladies. On remarque que le problème est davantage au niveau de la participation et l'observance à des programmes de réadaptation cardiaque puisque seulement 15 à 20% des patients admissibles participent à ces programmes (Association des anciens patients de l'Institut de cardiologie d'Ottawa, 2003). Dans l'étude d'Oldridge et Streiner (1990), le taux de l'observance était faible (48%) et le taux d'abandon après six mois était de 57%. Le manque de participation peut être associé à diverses raisons: distance, engagements professionnels ou familiaux, horaire, frais de stationnement ou problèmes de transport (Association des anciens patients de l'Institut de cardiologie d'Ottawa, 2003). Un tiers seulement des Canadiens ayant survécu à une crise cardiaque participent à des programmes de réadaptation cardiaque, bien qu'il soit démontré que ces programmes améliorent la capacité fonctionnelle et la qualité de vie, et contribuent à réduire le risque de récives (FMCC, 2001).

1.4 But de l'étude, retombées de l'étude et contribution scientifique

Plusieurs chercheurs ont étudié les déterminants qui influençaient la participation et l'observance aux programmes de réadaptation cardiaque, un problème important dans ce domaine. Comme on reconnaît de plus en plus l'importance de la prévention des MCV en agissant sur la modification des facteurs de risque, il s'avère intéressant d'observer une population à risque de développer ces maladies, participant à un programme de prévention primaire et secondaire des MCV.

Le but de cette étude est de mieux comprendre le phénomène des déterminants de la participation et l'observance (ou adhésion) à des programmes de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires. À cette fin, nous allons étudier un groupe de dix personnes souffrant d'un problème cardiaque ou ayant des facteurs de risque reliés aux maladies cardiaques et participant à un programme de prévention primaire et secondaire des maladies du cœur centré sur l'activité physique.

Le phénomène de l'adhésion et de la participation à ces programmes a été davantage étudié en réadaptation cardiaque. Peu de chercheurs ont étudié le phénomène dans les programmes de prévention primaire et secondaire centrés sur l'activité physique. Il faut s'attendre à une augmentation du nombre de programmes de ce type étant donné l'incapacité du système de santé à intégrer l'exercice comme modalité pour des personnes souffrant de la maladie coronarienne ou ayant un ou des facteurs de risque de cette maladie et ce, malgré les évidences de son efficacité. En analysant les perceptions des participants, cette étude est originale en soi, car elle observe le phénomène de l'observance à l'activité physique dans un contexte davantage centré sur

la prévention et la diminution du risque de récurrence basé sur le vécu des participants. Les perceptions recueillies au début du programme et six mois après l'étude permettent de reconnaître certains déterminants influençant la participation et l'observance dans un tel programme. Comme il y avait une entrevue de démarrage et de sortie, une comparaison entre les perceptions des participants basées sur des expériences antérieures et leurs perceptions basées sur ce programme peut être établie. Cette comparaison aidera à mieux comprendre les facteurs pouvant influencer la participation et l'adhésion à ces programmes : tel est le but de l'étude. Le terme perception comprend les opinions des participants face à des programmes de prévention des maladies cardiaques. Ces opinions sont basées sur des expériences vécues dans un contexte de changement des habitudes de vie, donc tout ce qui porte sur les objectifs fixés versus les objectifs atteints, la motivation et la perception d'efficacité personnelle par exemple.

L'objet principal de cette étude qualitative basée sur une analyse d'entrevues porte sur **les facteurs déterminant la participation et l'observance à des programmes de prévention primaire et secondaire des maladies cardiaques**, centrés sur l'activité physique. Nous visons non seulement à ressortir ces déterminants, mais également, dans un avenir proche, à améliorer d'autres programmes de prévention primaire et secondaire des MCV existants.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Un bulletin de la Direction de la santé publique de Montréal indique que, «malgré des progrès importants, les maladies cardiovasculaires demeurent la première source de morbidité, de mortalité et de coûts de système de santé. Une approche combinée de prévention primaire et secondaire et de collaboration entre les milieux de la santé publique et les cliniciens nous offre la meilleure possibilité de diminuer le fardeau de ces maladies au sein de la population" (Direction de santé publique de Montréal, 2004).

Comme plusieurs études le démontrent, **le problème du taux de participation et d'observance à long terme** est important dans les programmes d'AP visant la prévention des MCV et le changement des habitudes de vie. Des chercheurs ont conclu que la plupart des adultes ne participent pas à des activités physiques régulières. En effet, environ la moitié des individus qui entreprennent un programme d'exercices abandonnent à l'intérieur du premier six mois (Chao, Foy et Farmer, 2000). Pour comprendre ce phénomène, il est pertinent de regarder et de définir les différents programmes de prévention.

L'Organisation Mondiale de la Santé décrit trois types de prévention. La *prévention primaire* consiste en des approches et activités visant à réduire le risque

d'apparition d'une maladie ou d'une affection (comme la lutte contre les facteurs de risque), la *prévention secondaire* interrompt, prévient ou minimise tôt dans sa progression la maladie ou l'affection et la *prévention tertiaire* veut stopper la progression des dommages déjà entraînés par la maladie.

Comme la majorité des participants de cette présente étude possède un ou plusieurs FR reliés à la maladie du cœur, l'objet principal de l'étude traitera davantage sur la prévention primaire et secondaire que sur la réadaptation cardiovasculaire. Cependant, puisqu'une minorité des participants est atteinte d'une MCV, il est essentiel d'inclure la réadaptation cardiaque dans le contexte de cette étude.

2.1 L'activité physique en prévention primaire

Plusieurs études le confirment, l'AP pratiquée sur une base régulière apporte beaucoup de bénéfices pour la santé. Santé Canada a déclaré en 2002 que l'activité physique régulière réduit les risques d'hypertension, d'accidents vasculaires cérébraux et de maladie coronarienne, cette dernière de plus de 50% (Agence de la Santé publique du Canada, 2004).

Warburton, Nicol et Bredin (2006) confirment l'évidence de l'efficacité d'une pratique régulière d'activité physique en prévention primaire et secondaire des maladies chroniques. Pour citer quelques bénéfices, l'AP aide à contrôler le poids et à diminuer le tissu adipeux abdominal, diminuer les niveaux sanguins de triglycérides, augmenter les

niveaux de cholestérol HDL et diminuer les niveaux de cholestérol LDL, réduire la pression artérielle, augmenter les fonctions cardiaques (ex. : diminue la fréquence cardiaque au repos, la pression artérielle, l'inflammation systémique, la coagulation sanguine, améliore le flux sanguin de l'artère coronaire et augmente les fonctions endothéliales), sans oublier les bienfaits psychologiques tels la réduction du stress, de l'anxiété et de la dépression. L'exercice causerait aussi une diminution significative du niveau de la protéine C-réactive qui serait associée avec la plupart des maladies chroniques (Warburton, Nicol et Bredin, 2006).

Warburton et al. (2006) sont également en accord avec les recommandations de Santé Canada sur la pratique de l'activité physique pour maintenir une bonne santé, à raison de 60 minutes d'activités quotidiennes à intensité légère ou 30 à 60 minutes à intensité moyenne (Agence de la santé publique du Canada, 2003; Warburton et al., 2006). Il semble y avoir une corrélation positive entre le volume d'exercice et la condition de santé: plus l'individu est actif, moins il aura un risque élevé de développer une maladie chronique ou de mourir prématurément. Il semble aussi que la population qui profiterait davantage des bénéfices de l'activité physique serait celle qui est la plus sédentaire et qui devient physiquement active (Warburton et al., 2006). L'activité physique n'a pas seulement des bienfaits au niveau de la capacité fonctionnelle, mais également au niveau des coûts associés aux MCV. Selon Santé Canada, "pour les cardiopathies ischémiques seulement – dont le traitement coûte 2,3 milliards de dollars par année au système de soins de santé – une augmentation d'un point de pourcentage

des personnes physiquement actives (ex. de 24,1% à 25,1%) diminue les coûts de traitement annuels de 10,3 millions de dollars" (Agence de la Santé Publique du Canada, 2004).

Tenant compte des nombreux bénéfices associés à la pratique de l'activité physique, on devrait s'attendre à ce que toute la population y prenne part, mais ce n'est pas le cas. La prévalence de l'inactivité est présente à 51% de la population canadienne (Warburton et al. 2006). Il existe plusieurs facteurs déterminant les choix des modes de vie des individus. Lyons et Langille (2000) expliquent dans leur étude que "les gens maintiennent sciemment des modes de vie malsains parce qu'ils satisfont à un certain besoin immédiat" (Lyons et Langille, 2000). Selon Frohlich et Potvin (1999), cinq facteurs déterminent le choix de mode de vie : compétences personnelles, stress, culture, sentiment de contrôle et relations sociales.

Les compétences personnelles : Au Canada, l'amélioration des compétences personnelles est un élément important pour la santé. Ces compétences (ex. : connaissances élémentaires, capacité d'adaptation, résolution de problèmes) permettent aux gens d'exercer un contrôle sur leur vie et de la diriger.

Le stress: Le stress joue un rôle important sur les choix que les gens prennent dans leur vie. Selon la FMCC, "près de la moitié des Canadiens adultes sont dépassés soit par leur travail, leur famille ou leur situation financière et les contraintes de temps semblent le facteur primordial". (FMCC, 2001).

La culture: La culture influence beaucoup les comportements humains. Les habitudes alimentaires et l'usage du tabac par exemple sont deux exemples qui peuvent être influencés par la culture.

Sentiment de contrôle: Dans une étude effectuée sur la morbidité et la mortalité des fonctionnaires britanniques, Stansfeld, Fuhrer, Shipley et Marmot (2002) confirment que l'absence de contrôle au travail contribue à un mauvais état de la santé et aux troubles cardiaques. Aussi, des niveaux de stress élevés témoignent d'un manque de contrôle, ce qui crée de l'angoisse et de l'insécurité (Bruner, 1997).

Appartenance: On reconnaît que le soutien social est un facteur important pour la santé. Un milieu social crée un sentiment d'appartenance et le sentiment d'être apprécié, ce qui réduit le stress et l'isolement social (Lyons et Langille, 2000).

2.2 L'activité physique en prévention secondaire

Aujourd'hui, l'exercice est utilisé dans le traitement de plusieurs maladies chroniques (Pedersen et Saltin, 2006; Roberts et Barnard, 2005). Pedersen et Saltin mentionnent que, dans certains cas, l'exercice peut être aussi efficace que certains traitements médicaux et parfois même plus efficace. Il existe également une "forte évidence" que l'exercice avait des effets positifs sur la "pathogenèse", les "symptômes spécifiques au diagnostic", "la condition physique et la force" et la "qualité de vie" chez les personnes souffrant de maladies coronariennes, d'obésité, d'hypertension, de

dyslipidémie, de diabète de type 2, de résistance à l'insuline et d'insuffisance cardiaque (Pedersen et Saltin, 2006).

L'AP régulière est associée à une diminution des facteurs de risque cardiovasculaires (Shephard et Balady, 1999). La FMCC estime qu'entre 1984 et 1997, le nombre de nouvelles crises cardiaques a diminué de 54 000 à 41 000 parmi les Canadiens âgés entre 25 et 74 ans. Or, malgré toutes ces améliorations, il existe encore de sérieux problèmes pour les patients qui survivent à une crise cardiaque. Toujours selon la FMCC, il faut maintenant mettre l'accent sur la prévention des récives car les programmes en prévention secondaire contribuent à réduire ces dernières (FMCC, 2001).

Les programmes de prévention secondaire s'adressent aux individus qui ont déjà présenté un problème cardiovasculaire. Ces programmes portent sur les facteurs de risque, ont comme objectif d'éviter la récive ultérieure d'accidents cardiovasculaires et de dépister les autres localisations de l'athérosclérose (Herpin et Paillard, 2001). Giannuzzi et al. (2003) confirment que les objectifs des programmes de prévention secondaire sont les mêmes qu'en réadaptation cardiaque: réduction des symptômes, amélioration de la tolérance à l'exercice et de la capacité de travail physique, amélioration du bilan lipidique sanguin, une réduction du tabagisme, une amélioration du bien-être psychosocial et de la gestion du stress, une régression de l'athérosclérose, une diminution du risque de récive d'événements coronariens et la réduction de l'hospitalisation, de la morbidité et de la mortalité. Une particularité des programmes de

prévention secondaire est qu'ils sont intégrés dans un cadre d'application clinique de soins préventifs pour la compréhension de la diminution des risques coronariens destinés aux patients ayant une MCV ou ceux qui possèdent plusieurs facteurs de risque (Giannuzzi et al., 2003).

Les programmes de prévention secondaire des maladies cardiaques doivent inclure ces composantes: une évaluation initiale des facteurs de risque cardiovasculaires du patient, un programme en AP supervisé avec un suivi et un "counselling" régulier, de la supervision au niveau de la nutrition, un programme de changement des habitudes de vie et la diminution des facteurs de risque (lipides, hypertension, poids, diabète et tabagisme) et un encadrement psychosocial. Un suivi approprié est essentiel afin d'assurer la motivation à long terme pour l'adhésion aux changements des habitudes de vie (Giannuzzi et al. 2003). Il a été clairement démontré que la prévention secondaire, comme la réadaptation cardiaque, loin d'accroître les coûts de santé chez les patients, avait au contraire comme l'effet de les diminuer.

2.3 L'activité physique et la réadaptation cardiaque

La réadaptation cardiaque a beaucoup évolué depuis quarante ans. Les premiers programmes de réadaptation cardiaque ont débuté dans les années soixante lorsqu'on a compris l'importance du mouvement chez les patients atteints d'un problème cardiaque et hospitalisés pendant une longue période. Ces programmes étaient conservateurs et

étaient tous dirigés par un médecin. De plus, ils n'étaient pas offerts à tous les patients qui avaient une maladie cardiovasculaire, seulement ceux à faible risque (Giannuzzi et al., 2003).

Plusieurs études confirment que la réadaptation cardiaque apporte beaucoup de bienfaits pour les personnes ayant une MCV. Par exemple, Seki, Watanabe, Sunayama, Iwama, Shimada, Kawabami, Sato, Sato, Mokuno et Daida (2003) et Aude, Hill et Anderson (2006) mentionnent que les programmes de réadaptation cardiaque sont essentiels afin de réduire les facteurs de risque modifiables et d'augmenter la tolérance à l'exercice après un événement cardiaque chez les patients possédant une MCV.

Selon la FMCC, la réadaptation cardiaque comprend de l'activité physique, de l'éducation et des conseils destinés à rétablir le patient après une crise cardiaque ou tout autre problème. Ce programme vise à empêcher l'aggravation du problème et à réduire les risques de maladies coronariennes futures par une approche personnalisée. Les buts premiers de la réadaptation cardiaque sont, entre autres, d'améliorer la capacité fonctionnelle, rehausser l'état émotionnel et améliorer, de façon globale, le sentiment de bien-être (Aude et al. 2006). L'étude d'Aude et al. (2006) avait pour but d'explorer l'efficacité d'un programme de réadaptation cardiaque (phase II) sur la qualité de vie des patients à l'aide du questionnaire SF-36, un questionnaire mesurant la qualité de vie des patients. Le SF-36 était distribué à l'entrée d'un programme de réadaptation cardiaque (pré) et à la sortie (post). Aude et al. (2006) ont observé une amélioration significative entre les résultats pré et post du questionnaire SF-36 dans 7 des 8 sous-

échelles du questionnaire - fonctionnement physique, rôle physique, douleurs physiques, vitalité, fonctionnement social, rôle émotionnel et la santé mentale. Plusieurs autres études, ayant aussi utilisé le questionnaire SF-36 dans le but de mesurer la qualité de vie des participants en réadaptation cardiaque, ont confirmé une amélioration significative des résultats du questionnaire après avoir complété un programme de réadaptation cardiaque (Aude et al. 2006).

L'étude réalisée par Seki et al. (2003) a permis de déterminer les effets d'un programme externe de réadaptation cardiaque sur la qualité de vie de patients atteints d'un problème coronarien âgés de plus de 65 ans. À l'aide d'une seule séance hebdomadaire supervisée d'une durée d'une heure et quinze minutes (20 minutes d'échauffement, 20 à 30 minutes de travail aérobic et de musculation, 20 minutes d'étirements), les patients qui ont suivi le programme ont démontré une légère diminution du niveau d'anxiété et une réduction importante de la perception de la douleur corporelle, de la santé en général, un regain de la vitalité et de la santé mentale. Lors de l'expérimentation, les participants étaient supervisés de près par des professionnels de la santé, tels que des médecins, des diététiciens, des infirmiers et des physiologistes de l'exercice. Ils étaient encouragés à participer à deux autres séances d'activité physique non supervisées à l'extérieur du programme (Seki et al. 2003).

Il a été rapporté que la réadaptation cardiaque supervisée diminue de 20-31% le taux de mortalité dans l'année post-infarctus ou post-pontage (Jolliffe, Rees, Taylor,

Thompson, Oldridge, Ebrahim, 2000). De plus, il a été démontré qu'un programme d'exercice supervisé sur une période de 3 à 6 mois augmente généralement la capacité aérobie de 11% à 36%, diminuant aussi la fréquence cardiaque et la pression artérielle au repos (Leon et al., 2005). Adès (2001) a lui aussi obtenu des résultats intéressants dans son étude. Après trois mois de travail aérobie à une fréquence de trois fois par semaine et à une intensité de 70% à 85% de la fréquence cardiaque maximale, les patients ont été capables d'augmenter leur tolérance à l'exercice sur le tapis roulant de 30% à 50%, d'augmenter leur capacité aérobie de 15% à 20% et d'exécuter des tâches quotidiennes plus facilement. La réadaptation cardiaque présente donc un potentiel sans équivoque pour améliorer la santé et la fonctionnalité des patients post-infarctus ainsi que leur qualité de vie.

2.4 Problèmes de participation et d'observance à long terme

1- Faible taux de référence aux programmes

Même si aujourd'hui, on comprend mieux l'importance d'un programme de réadaptation cardiaque supervisé, on ne le prescrit malheureusement pas à beaucoup de personnes. Selon Bethell, Turner, Evans et Rose (2001), moins de 30% des patients éligibles participent à des programmes de réadaptation cardiaque à la suite d'un infarctus. Selon une étude réalisée au Queensland en Australie, 29% de leurs patients avaient été référés à des programmes de réadaptation cardiaque à leur sortie de l'hôpital et seulement 10% de ces patients ont complété un programme de réadaptation cardiaque;

61% des programmes de réadaptation cardiaque disponibles étaient utilisés à moins de la moitié de leur capacité (Scott, Lindsay et Harden, 2003). Daly, Sindone, Thompson, Hancock, Chang et Davidson (2002), dans leur étude mentionnent que le faible taux de participation dans les programmes de réadaptation cardiaque est causé entre autres par le faible taux de référence par les médecins.

2- Les barrières psychosociales et la participation et l'observance à long terme

Bien que la réadaptation cardiaque soit d'une très grande importance quant au rétablissement et au maintien de la santé du patient, l'adhésion reste toujours un problème (Daly et al., 2002). L'étude de Song et Lee (2001), affirme qu'environ 20% à 25% des patients abandonnent l'entraînement dans les 3 premiers mois et environ 40% à 50% dans les 6 à 12 mois. Au Queensland en Australie, on a évalué le taux de participation, le taux d'assiduité et le nombre d'individus qui ont complété un programme de réadaptation cardiaque. Le taux d'absentéisme a été important dans les centres car environ 50% des patients n'ont pas participé aux activités sur une base régulière. Également, 37% des patients qui ont participé au programme ont abandonné avant la fin. Seulement 16% des individus qui ont pris part à l'étude ont admis ne pas être assidus à leur entraînement parce qu'ils ne croyaient pas que l'exercice pouvait leur apporter des bienfaits, et 29% des patients ont expliqué que l'exercice n'était pas leur priorité (Scott et al. 2003). Daly et al. (2002), mentionnent dans leur étude plusieurs facteurs reliés au faible taux participation dans les programmes tels les facteurs

psychosociaux: perception d'efficacité personnelle, auto-motivation, confiance en soi, personnalité, dépression, anxiété et support social.

La perception d'efficacité personnelle est définie comme étant les perceptions d'un individu sur sa capacité à performer dans une activité spécifique (Daly et al. 2002). Il a été démontré dans l'étude de Vidmar et Robinson (1994) que la perception d'efficacité personnelle est un bon indice de l'adhésion à l'exercice puisque les personnes ayant des perceptions d'efficacité positives étaient davantage portées à adhérer à des programmes de réadaptation cardiaque. Une autre étude suggère que les perceptions et les opinions du patient après un infarctus ont une très grande importance quant à son rétablissement. Petrie, Weinman, Sharpe et Buckley (1996) ont noté que les patients qui ont fortement cru à une guérison ou une amélioration de leur maladie ont davantage participé à des programmes de réadaptation cardiaque. D'un autre côté, ceux qui ont jugé que leur problème de santé allait avoir un impact négatif sur leur vie n'ont pas récupéré aussi rapidement (Petrie et al. 1996). Boersma, Maes, Joekes et Dusseldorp (2006) mentionnent que plusieurs études suggèrent que l'efficacité personnelle influence l'atteinte des objectifs.

L'auto-motivation est un concept qui amène l'individu à être capable de satisfaire un désir, une attente ou un but sans l'aide d'une autre personne. L'auto-motivation, c'est la composante "je veux" dans la prise de décisions, comme par exemple désirer adhérer à un programme de réadaptation cardiaque (Daly et al. 2002). Il

a été discuté dans l'étude de Daly et al. (2002) que les individus détenant une bonne capacité d'auto-motivation et une bonne perception d'efficacité personnelle sont positivement influencés à participer à des programmes de réadaptation cardiaque.

La *confiance en soi* est la mesure à laquelle un individu croit qu'il vaut quelque chose, qu'il a la capacité d'avoir des accomplissements et du succès. Daly et al. (2002), dans leur revue, concluent que les individus ayant souffert d'un infarctus ont une faible confiance en eux et que malheureusement ces patients seront moins portés à participer à des programmes de réadaptation cardiaque. Notamment, Conn, Taylor et Casey (1992) ont observé qu'il existait une corrélation positive entre le degré de confiance en soi et la participation chez des patients qui ont subi un infarctus à des programmes de réadaptation cardiaque.

La *dépression* est un problème fréquemment rencontré chez les patients ayant une MCV. Environ 10% à 30% de ces patients ont un diagnostic de dépression. De plus, il a été démontré que la dépression influence négativement l'adhésion à ces programmes (Daly et al. 2002).

Finalement, Daly et al. (2002) mentionnent que la participation à un programme de réadaptation cardiaque est plus facile pour les individus ayant un *support social*, de leur famille par exemple, les encourageant à y prendre part.

Newman (2004) explique lui aussi qu'il y a des facteurs psychologiques influençant l'observance au traitement d'une maladie cardiovasculaire chez le patient. Ainsi, l'auteur suggère qu'il est important dans les centres de réadaptation cardiaque d'évaluer la perception des patients face à leur maladie et à leur traitement et, d'examiner les actions des patients en lien avec l'amélioration de leur condition (Newman, 2004). Les *réactions émotionnelles* jouent un très grand rôle dans le cours du traitement. Par exemple, la *dépression et l'anxiété* sont deux problèmes psychologiques couramment rencontrés chez les personnes atteintes d'un problème cardiaque. Comme ces réactions peuvent influencer l'adhésion à des programmes de réadaptation cardiaque (Daly et al., 2002), les spécialistes de la santé et les intervenants en général doivent être conscients des sentiments du patient lors des interventions et doivent aussi considérer les facteurs sociaux (famille, amis et support social) qui l'entourent.

3- Autres facteurs pouvant influencer la participation et l'observance à long terme

Les contrats d'engagement dans les programmes d'exercices centrés sur la modification des habitudes de vie et la santé ont bel et bien démontré avoir des effets positifs sur l'adhésion et le cheminement des individus. L'étude de Duncan (2002), confirme que «se fixer des objectifs» est une stratégie partagée par plusieurs autres chercheurs améliorant l'adhésion à l'exercice.

La perception qu'un individu peut avoir face aux bienfaits de l'activité physique pour améliorer sa condition peut également influencer sa participation ou son adhésion

à des programmes de réadaptation cardiaque. Daly et al. (2002) affirment qu'un des facteurs les plus importants dans un programme de changement des habitudes de vie est la perception que les personnes ont quant aux bienfaits de l'activité physique sur leur santé.

Une étude réalisée par Evenson et Fleury (1999) conclut que les raisons les plus fréquentes expliquant l'abandon de tels programmes sont le *travail*, des *raisons financières* et le *manque de motivation*. Plusieurs études supportent l'hypothèse que la motivation est un point déterminant pour obtenir des résultats pertinents dans la réadaptation cardiaque.

Dans l'étude de Scott, Lindsay et Harden (2003), les trois principales barrières rapportées par les patients, les empêchant d'adhérer à ces programmes, étaient le *travail*, les *difficultés de transport* et la pression venant des autres *responsabilités*.

Un problème majeur fréquemment rencontré dans ce type de programme est que les objectifs que les patients se fixent sont très souvent irréalistes et précipités. Condon et McCarthy (2006) ont par ailleurs affirmé que les patients qui ont voulu changer plusieurs habitudes de vie à la fois n'ont pas eu beaucoup de succès. Par exemple, un patient a dit:

«Je croyais que j'avais besoin de faire des changements dans ma vie. Tout d'abord, je dois arrêter de fumer et peut-être travailler moins d'heures, prendre les

choses plus à la légère, dormir plus longtemps, surveiller mon poids, faire plus d'exercice, des tâches qui ne sont pas faciles» (Traduit de Condon et McCarthy, 2006).

Condon et McCarthy (2006) suggèrent que les *objectifs* ne devraient pas être précipités dans le but d'obtenir des changements dramatiques. Ils doivent être réalistes et graduellement intégrés de façon à ce qu'on puisse voir une efficacité à long terme. Ces chercheurs confirment que "se fixer des objectifs" démontre que le patient a un contrôle sur son rétablissement. La détermination d'objectifs est donc essentielle aux programmes de réadaptation cardiaque. D'après l'étude de Boersma et al. (2006), "se fixer des objectifs" et "les atteindre" peut influencer la qualité de vie des patients.

En interviewant 17 patients avant leur participation à un programme de réadaptation cardiaque, Wingham, Dalal, Sweenet et Evans (2006) ont pu identifier des facteurs pouvant influencer les patients quant à leur choix de programmes de réadaptation cardiaque (ex.: un programme d'entraînement à l'interne supervisé dans un établissement hospitalier vs un programme d'entraînement à la maison). Dix des dix-sept patients ont préféré le programme dirigé à l'hôpital tandis que les sept autres patients ont préféré l'entraînement à la maison. Dans les entrevues, les patients ont élaboré sur leurs *sentiments vécus* à la suite de leur infarctus, par exemple, la *peur de mourir* et la *perte de confiance*, le *désir d'être supervisé et guidé* dans leur entraînement et le *désir de modifier certaines habitudes de vie* à l'intérieur du programme. Les principales raisons expliquant leur choix de programme de réadaptation cardiaque dans

un environnement hospitalier ont été la *supervision lors des exercices, le support, l'encouragement des partenaires d'entraînement dans un environnement de groupe ainsi que le devoir de participer aux entraînements organisés*. Par ailleurs, les autres participants ayant préféré l'entraînement maison ont entre autres expliqué ce choix par un meilleur contrôle sur la gestion de leur *horaire et un problème de transport*. Puisque cette étude a été réalisée avec des entrevues, les participants ont pu s'exprimer sur les programmes de réadaptation cardiaque. Les participants ont précisé l'importance d'avoir le contrôle sur le choix du type de programme. Cette étude a permis de réaliser l'importance de l'écoute dans les programmes de réadaptation cardiaque afin d'offrir à la clientèle un programme personnalisé et adapté qu'elle appréciera (Wingham et al. 2006).

2.5 Question de recherche et hypothèse

Description du problème et question principale de recherche: Dans la revue de la littérature, nous avons souligné que malgré les évidences de rentabilité et d'efficacité de la réadaptation cardiaque, il n'y a que peu de programmes semblables au Québec. En réponse à l'absence relative de programmes de réadaptation cardiaque, de plus en plus de programmes d'exercices pour les patients atteints d'une maladie cardiaque sont démarrés, au privé, par des kinésiologues. On peut s'interroger sur les principaux

facteurs déterminant la participation et l'observance à un tel programme de prévention primaire et secondaire des maladies cardiaques centré sur l'exercice.

Objectif principal : Par l'analyse des perceptions des dix participants à un programme d'exercices lors des entrevues d'entrée et de sortie, on s'attend à identifier des facteurs influençant la participation et l'observance à des programmes de prévention primaire et secondaire observés dans les études précédentes sur les programmes de réadaptation cardiaque, tels que la motivation, la perception d'efficacité personnelle pour l'atteinte des objectifs, la perception sur la qualité de vie, les responsabilités et les connaissances.

Autres questions: Lors de la deuxième entrevue, est-ce que les dix participants ayant pris part au programme de prévention primaire et secondaire des maladies cardiaques auront une attitude positive face à ce type de programmes et aux expériences qu'ils auront vécues dans le processus de changement des habitudes de vie ?

- Est-ce que la motivation des participants sera différente à la fin du programme qu'au départ?
- Est-ce que la perception d'efficacité personnelle jouera un rôle important dans l'atteinte des objectifs?
- Est-ce que l'activité physique deviendra une de leurs priorités à la fin du programme?

Objectif secondaire: Pour les clients ayant complété le programme de prévention primaire ou secondaire, on s'attend à voir, à l'entrevue de sortie, des perceptions davantage positives face à ces programmes de prévention. On s'attend à ce que les expériences vécues dans le programme soient différentes que celles vécues antérieurement.

- On s'attend, à l'analyse de la deuxième entrevue, à ce que les participants ayant complété le programme de prévention soient plus motivés à faire de l'activité physique sur une base régulière et à modifier d'autres habitudes de vie.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

3.1 Type de l'étude

L'étude est mixte, majoritairement de type qualitatif, et contenant un peu d'aspect quantitatif. La partie qualitative est basée sur une analyse de dix études de cas, c'est-à-dire dix clients s'étant impliqués dans un programme de prévention primaire et secondaire des MCV, le programme Formavie, avec une analyse d'entrevues pré/post., La partie quantitative comprend un questionnaire évaluant les connaissances des facteurs de risque reliés aux MCV.

3.2 Description ou caractéristiques du programme Formavie

Le programme de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires utilisé dans le cadre de la présente étude est celui de la clinique Formavie, à Laval. Ce programme est centré sur la modification des habitudes de vie par l'activité physique et l'intégration d'un programme éducatif des facteurs de risque des MCV. Cette clinique offre un encadrement avec un suivi régulier à leurs clients afin qu'ils puissent atteindre et maintenir leurs objectifs fixés et améliorer leur qualité de vie.

Buts du programme Formavie

- Vise des personnes ayant plusieurs facteurs de risque des MCV ou atteintes d'une MCV.
- A pour but d'augmenter la qualité de vie et la tolérance à l'exercice des participants en améliorant leur endurance musculaire.
- A aussi comme objectif d'approfondir les connaissances des participants face aux facteurs de risque et à la maladie en leur faisant prendre conscience de leurs habitudes de vie.
- Veut favoriser le bien-être psychologique en assurant un suivi fréquent et personnel avec le client.

Contenu du programme Formavie et matériel utilisé

- **Une évaluation de la condition physique**
 - *Tests utilisés : Questionnaire d'Aptitudes aux Activités Physiques (Q-AAP), pourcentage de masse grasseuse, capacité aérobie (test sur vélo ou tapis roulant), pression artérielle, poids, taille et flexibilité : flexion avant du tronc).*
- **Un programme d'activité physique adapté à chaque participant** (voir questionnaire en Annexe B qui a permis d'obtenir les principaux intérêts des participants).

- *Exercices de musculation (tapis de sol, poids libres, poulies, ballons suisses, ballons d'exercices et bandes élastiques), de proprioception (planches d'équilibre, ballons suisses), cardiovasculaires (vélos stationnaires, tapis roulants, montres cardiofréquence-mètres et marches) et d'étirements (tapis de sol, élastiques et ballon suisse).*
- **Un programme éducatif misant sur le changement des habitudes de vie**
 - *Documents éducatifs sous forme de dépliants sur la santé et les facteurs de risque reliés aux maladies cardiovasculaires. Un questionnaire d'évaluation des connaissances des facteurs de risque aux MCV a été utilisé pour évaluer les connaissances des participants face aux habitudes de vie (Annexe C).*
- **Des kinésologues offrant un encadrement et un suivi serré, du counselling et un soutien moral régulier.**
 - *Des rencontres régulières (mensuelles) entre le client et le kinésologue pour obtenir des rétroactions sur le cheminement du client et voir la progression des objectifs fixés. Le contrat d'engagement de réussite des objectifs signés par le kinésologue et le client sera utilisé pour motiver les clients à atteindre leurs objectifs (Annexe D). Un journal de bord facultatif pouvait être utilisé afin d'indiquer leurs activités, leur état de santé, leurs absences ou tout autres commentaires pertinents.*

Recrutement des participants et les tâches des participants et des kinésologues

Dix participants se sont portés volontaires pour participer à un programme d'exercices supervisé à la clinique de kinésiologie de Formavie. La plupart des participants avaient été référés par un ami ou un proche, pour s'inscrire au programme de prévention primaire et secondaire de Formavie. Ils étaient tous informés qu'ils seraient sollicités pour participer librement à une étude basée sur des études de cas et que toutes les informations recueillies resteraient confidentielles en tout temps. Les participants qui prenaient part à l'étude devaient posséder un ou plusieurs facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (Tableau A1, Chapitre 4). Les critères d'exclusions étaient l'absence de facteurs de risque reliés aux MCV. Ils étaient informés que l'étude durerait six mois. Cependant, ils conservaient le droit d'abandonner le programme en tout temps.

Afin de respecter les critères du programme de Formavie et de l'étude, les participants devaient signer un formulaire de consentement (Annexe E) pour la participation à l'étude qualitative. Bien que le programme soit sécuritaire et supervisé, il était essentiel de s'assurer que chaque participant était conscient que la participation à un programme d'exercices engendrant des efforts physiques pouvait représenter des risques (douleur à la poitrine, augmentation temporaire de la pression artérielle, fréquences cardiaques élevées, étourdissements et douleurs musculaires). Avant de signer le formulaire de consentement, il était important que tous les participants sachent que l'étude avait été acceptée par le comité d'éthique pour une recherche avec des êtres humains de l'UQTR. Les participants devaient également signer un contrat

d'engagement de réussite des objectifs avec le kinésologue, remplir les questionnaires, «évaluation des connaissances des facteurs de risque aux MCV» et «intentions et intérêts des participants» (Annexe C) et participer à une entrevue d'entrée au programme ainsi qu'à la fin de l'étude, donc six mois plus tard. Les entrevues portaient principalement sur leur perception des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV. Il était fortement conseillé aux participants de remplir un journal de bord pour faire le suivi des activités, de lire les capsules santé du programme sur les MCV et l'activité physique, et d'être le plus assidus possible à leurs activités physiques à la clinique. Chaque client devait informer son kinésologue de tout problème de santé ou autre pouvant être relié à leur entraînement. Ils étaient dans l'obligation d'aviser la clinique s'ils ne pouvaient être présents à leur entraînement et de mentionner si possible la raison de leur absence. Ils devaient aussi mettre les efforts nécessaires pour atteindre leur objectif et faire le suivi avec le kinésologue pour être en mesure de se fixer un nouvel objectif, si ce dernier était atteint et maintenu, ou de modifier l'objectif s'il était inapproprié.

Dans le programme de Formavie, chaque kinésologue avait comme tâche d'évaluer la condition de ses clients afin d'établir un plan d'entraînement adapté pour chacun. Il était responsable de faire le suivi des objectifs, de la condition physique, de leur état de santé et de leur programme d'entraînement. Il devait encourager ses clients à lire les capsules santé et à remplir leur journal de bord. Il devait finalement offrir le meilleur service possible, être présent à chaque entraînement de ses clients afin de les superviser lors des exercices et en tout temps, leur offrir un soutien moral.

3.3 Protocole pour les entrevues

La première entrevue était réalisée au tout début de l'étude, donc avant la participation aux activités reliées avec le programme des MCV de Formavie. La pertinence de cet entretien était de connaître les perceptions de notre échantillon sur un programme de modification des habitudes de vie et l'interaction de ces perceptions avec les composantes principales du programme. Cet entretien initial était réalisé dans le but de répondre à la question de recherche de l'étude, donc de ressortir des facteurs déterminant la participation et l'observance aux programmes de prévention primaire et secondaire des MCV. Les clients étaient encouragés à discuter par exemple de leurs craintes, de leur motivation initiale, de ce qui pouvait les motiver ou les démotiver durant le programme, de leurs objectifs, de ce qu'ils souhaitaient accomplir en participant à ce programme, de leurs problèmes de santé, de leur degré de confiance à réussir leurs objectifs ou tout autres facteurs pouvant avoir une influence sur leur cheminement. Comme les participants étaient invités à raconter leurs expériences antérieures face à la modification des habitudes de vie et à l'entraînement, cette étape de l'étude nous permettait non seulement de connaître davantage l'individu, mais laissait aussi une chance aux clients de pouvoir s'exprimer ouvertement tout en donnant leur opinion sur les programmes basés sur la modification des habitudes de vie. La deuxième entrevue était réalisée à la fin de l'étude, c'est-à-dire six mois après la première entrevue. Elle traitait sensiblement des mêmes sujets et s'avérait intéressante afin de relever les

différences de leurs perceptions, de leurs émotions et de leurs expériences face au programme. La pertinence de cet échange était de connaître leurs perceptions sur le programme de modification des habitudes de vie et l'interaction de ces perceptions avec les composantes du programme, après y avoir participé. L'analyse des deux entrevues permettait de les comparer et de regarder si leur participation et leur cheminement avait changé leurs perceptions face à un programme de réadaptation cardiaque et à leur santé. Les clients ayant abandonné le programme en cours de route ont été re-contactés pour la deuxième entrevue afin de connaître les raisons de leur abandon et leur opinion sur le programme.

Les questions de démarrage pour l'entretien étaient par exemple: "Parlez-moi des objectifs que vous vous êtes fixés en termes de changements d'habitudes de vie comme pour l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme ou le stress" ou bien: "Parlez-moi des expériences que vous avez eues à essayer de changer vos habitudes de vie à l'intérieur du programme". Une analyse d'interprétation phénoménologique, telle qu'utilisée dans les études qualitatives de Cooper et al. (2005) et de Fischer et al. (2007), a également été utilisée pour traiter nos résultats. Ce type d'analyse permet de capter la signification d'un certain phénomène suite à une expérience personnelle ou une perception d'un événement. Le chercheur interprète au même moment ces perceptions en tentant de comprendre leurs significations (Fisher, Scharloo, Abbink, Thijs-Van, Rudolphus, Snoei, Weinman and Kaptein, 2007, Cooper, Jackson, Weinman et Horne, 2005). L'analyse qualitative s'est enchaînée par la formation de thèmes et de sous-

thèmes afin de faciliter la compréhension de certains facteurs reliés au problème de participation et d'observance aux programmes de réadaptation prévention primaire et secondaire des MCV. Les résultats ont été analysés en fonction de l'occurrence des thèmes et des sous-thèmes qui sont ressortis lors des entrevues. Les thèmes ont été déterminés selon les perceptions des clients par rapport à ces programmes et par rapport à leur santé. Pour s'assurer que le client respecte le champ ou la direction de l'étude, les entrevues comprenaient différentes questions sur lesquelles le client devait élaborer. Avec l'accord des participants, chaque entrevue était enregistrée afin de s'assurer de la précision et de la pertinence des propos et était écoutée puis ensuite réécoutée pour finalement retranscrire chaque mot par écrit dans des tableaux. Finalement, les opinions de chacun étaient divisées en thèmes et sous-thèmes selon la fréquence de leur apparition dans le groupe de participants. L'occurrence des thèmes et des sous-thèmes entre la première et la deuxième entrevue était comparée. Des magnétophones étaient indispensables pour l'enregistrement des entrevues afin de s'assurer que toutes les informations pertinentes soient recueillies.

3.4 Procédures

Étape 1: Pré entraînements

Rencontre avec les clients. La première étape de l'étude était de rencontrer tous les participants désirant prendre part au programme de réadaptation cardiaque de

Formavie. Lors de ce premier entretien, les dix participants ont pris soin de lire et de signer le formulaire de consentement pour participer à une étude. Par la suite, ils étaient invités à remplir le questionnaire d'évaluation des connaissances. Les participants étaient avisés qu'ils participaient à une étude descriptive basée sur une série d'études de cas et qu'ils auraient un kinésologue formé qui les superviserait lors de leurs entraînements.

Entrevue #1. Lors de la première rencontre, les participants devaient répondre aux questions de l'entrevue de démarrage. Il n'y avait pas de temps minimal ou maximal alloué pour les entrevues. Elles étaient réalisées dans un bureau de la clinique Formavie et il n'y avait que le client et l'interviewer qui posait les questions et enregistrait l'entrevue.

Contrat de réussite des objectifs. Après l'entrevue, chaque client devait se fixer un premier objectif à court terme qu'il souhaitait accomplir. Chaque objectif devait être inscrit sur un contrat d'engagement de réussite que le programme Formavie utilise dans son programme et devait être rempli sous la supervision du kinésologue. Le kinésologue devait s'assurer en premier lieu que l'objectif était réaliste pour son client. Par la suite, une échéance était fixée pour l'accomplissement de ce dernier. Le client ne devait avoir en tête qu'un seul objectif à la fois. Lorsque ce dernier était atteint et maintenu, le kinésologue devait faire le suivi avec le client pour revoir l'objectif en

question et s'en déterminer un deuxième, ainsi de suite (Annexe D). Les kinésiologues s'attendaient de voir un plan d'action accompagnant chaque objectif comme:

«Je veux me sentir moins essoufflé lorsque je monte les escaliers d'ici la fin du mois de juillet. J'essaierai d'accomplir mon objectif en introduisant 30 minutes de cardiovasculaire à mon quotidien au moins 5 fois par semaine.»

Ou bien:

«Je m'engage à être assidu à mon entraînement tout au long du premier mois chez Formavie, c'est-à-dire en venant m'entraîner un minimum de 3 fois par semaine.»

Ou alors:

«Je m'engage à diminuer mon poids pour éventuellement atteindre mon poids santé. D'ici la fin du mois je veux perdre de 1 à 2 livres par semaine. Je l'atteindrai en modifiant mon alimentation, c'est-à-dire en diminuant les restaurants à 1 à 2 fois par semaine au lieu de 5 fois par semaine.»

Évaluation de la condition physique. Avant de débiter le programme d'entraînement à Formavie, chaque client devait passer de tests de condition physique pour estimer sa condition physique aérobie, sa flexibilité, son endurance abdominale, son indice de masse corporelle, son tour de taille et son pourcentage de graisse. Chaque

évaluation était faite par le kinésologue et adaptée en fonction de l'état de santé du participant.

Étape 2: Entraînements et activités

Après l'évaluation de la condition physique, les clients ont pu débiter les entraînements. Les entraînements étaient individualisés. Tout dépendant de l'entente prise avec le kinésologue et de ce que le client désirait accomplir, la fréquence, la durée et la modalité des entraînements différaient à travers le programme. Le programme Formavie offrait plusieurs services : des entraînements privés ou semi privés, à domicile ou à la clinique, des activités aérobies, de force musculaire, de proprioception et de flexibilité. Chaque client était accompagné d'un kinésologue qui était en charge du suivi, des évaluations de la condition physique et des changements de programme. Les clients étaient encouragés fortement à inscrire leurs activités, leur état de santé, leurs absences et leur progression dans un journal de bord. Ils avaient également accès à de l'information sous forme de pamphlets sur l'alimentation, l'activité physique et les facteurs de risque reliés aux maladies de cœur. Ces derniers services étaient facultatifs.

Étape 3: Fin de l'étude

Rencontre avec les clients. La dernière étape nous amenait à rencontrer à nouveau tous les participants ayant pris part au programme de réadaptation cardiaque du Centre Formavie. Cet entretien était indispensable pour faire le retour sur les

entraînements et le cheminement de chaque participant. Les participants devaient repasser l'évaluation pour déterminer leur niveau de connaissances sur les facteurs de risque reliés aux maladies cardiovasculaires à la fin du programme. En regardant si les participants avaient progressé dans leur niveau de connaissances sur les facteurs de risque aux MCV, ce questionnaire nous permettait de vérifier l'importance d'un programme éducatif dans un programme de prévention primaire et secondaire. Également, il nous permettait de faire des liens entre le niveau des connaissances et, la participation et l'observance à ces programmes.

Entrevue #2. Lors de la deuxième entrevue, qui était réalisée six mois après la première, les participants devaient répondre aux questions de suivi. Comme pour la première entrevue, il n'y avait pas de temps minimal ou maximal alloué pour répondre aux questions et le contexte environnemental était le même qu'à la première occasion.

Entretien téléphonique avec les kinésiologues. Finalement, une brève discussion avec les kinésiologues avait lieu afin d'évaluer le cheminement de leurs clients. Cette fois-ci, le cheminement était évalué d'un angle différent, c'est-à-dire à partir de la perception du kinésiologue sur son client. Cette rencontre permettait aussi de déterminer le taux d'assiduité aux entraînements, les performances de chacun, les causes qui auraient pu influencer l'atteinte des objectifs des clients, etc.

3.5 Collecte et analyse des données

3.5.1 Analyse des entrevues pour déterminer les facteurs déterminant la participation et l'observance à des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV

Pour faciliter la collecte des données, les expressions citées par chaque participant lors des entrevues étaient recueillies et distribuées dans des tableaux et ce, pour chaque question et chaque participant. En relisant maintes fois les tableaux de chaque participant, des thèmes et des sous-thèmes ont pu être établis à l'aide des questions des deux entrevues pour faciliter l'analyse des résultats. Les sous-thèmes ont été développés en regroupant l'information qui semblait revenir le plus souvent chez plusieurs participants. Les mots exacts de chacun étaient répartis dans de nouveaux tableaux en dessous du thème et du sous-thème correspondant à l'information.

Les quatre thèmes développés pour l'étude sont:

N° 1 «identifier les signaux d'alarme»,

N° 2 «prendre conscience de la modification des habitudes de vie»,

N° 3 «identifier des barrières reliées à la pratique de l'activité physique» et

N° 4 «identifier les bienfaits des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV et les facteurs facilitant la pratique d'activité physique».

Ces thèmes ont aidé à connaître et analyser les différents facteurs pouvant influencer la participation et l'observance aux programmes de prévention primaire et secondaire des MCV.

Les différents facteurs identifiés dans cette étude, pouvant déterminer la participation et l'observance à ces programmes, sont:

N° 1: «la connaissance ou la prise de conscience face à sa maladie»,

N° 2 : «la perception d'efficacité personnelle et d'efficacité du comportement»,

N° 3: «la motivation» et

N° 4 : «le sentiment d'appartenance au programme et la relation de confiance».

3.5.2 Analyse du questionnaire sur les connaissances des facteurs de risque

Pour le questionnaire sur les connaissances des facteurs de risque, les deux scores étaient comparés à la fin avec un test t, pour voir s'il y avait une amélioration ou une régression de leurs connaissances.

3.5.3 Analyse d'autres composantes du programme qui peuvent influencer la participation et l'observance aux programmes de prévention primaire et secondaire des MCV

En plus des deux entrevues qui ont permis de connaître les perceptions des dix participants de l'étude de même qu'identifier et comprendre différents facteurs pouvant influencer leur participation et l'observance par rapport aux programmes de prévention des MCV, d'autres composantes du programme de Formavie ont fourni de l'information supplémentaire sur ces impressions et ces déterminants. Par exemple, la présence de chaque participant aux activités, l'évaluation de leur condition physique, le taux de réussite de leurs objectifs, leur participation au journal de bord, leurs résultats aux évaluations sur les connaissances des facteurs de risque et l'entretien avec les kinésiologues ont permis de faire des liens entre leurs impressions données avant et après un programme d'entraînement et les facteurs identifiés pour ces participants.

Il s'avérait pertinent de comparer la première et la dernière entrevue quant aux perceptions sur le programme de réadaptation cardiaque chez les participants qui ont été observants au programme, chez ceux qui ne l'ont pas été, de même que chez les individus qui ont abandonné le programme. L'observance aux activités était déterminée en comparant la fréquence de participation suggérée au départ par le participant et la fréquence moyenne à laquelle le participant s'est réellement adonné tout au long du programme. La présence aux activités était notée par les kinésiologues. Le nombre

d'objectifs atteints à l'intérieur du programme de chaque participant était compilé à l'aide des contrats d'atteinte des objectifs. Les kinésiologues devaient noter chaque objectif du client et inscrire à leurs dossiers s'ils avaient été atteints ou non. La condition physique de chacun ainsi que leur cheminement étaient évalués selon les opinions que chaque participant avait de sa santé et selon les commentaires émis par le kinésiologue. À l'aide des facteurs proposés, nous avons été en mesure de regarder les points positifs et négatifs du programme de prévention primaire et secondaire des MCV de Formavie et de proposer un plan pour l'amélioration éventuelle des programmes de réadaptation cardiaque basés sur la modification des habitudes de vie.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Afin de faciliter la lecture de ce mémoire, nous avons regroupé la partie résultats et discussion dans un même chapitre. Donc chacun des résultats trouvés pour cette étude est discuté à l'intérieur de chaque section.

4.1 Description et caractéristiques des participants

L'échantillon de cette présente étude était composé de 10 participants, dont 2 femmes et 8 hommes. La moyenne d'âge était de 51 ± 11 ans avec une étendue entre 35 et 75 ans. La moyenne de l'indice de masse corporelle (IMC) était de $30,20 \pm 5,97$ avec une étendue entre 19,73 et 38,37 et finalement la moyenne du pourcentage de graisse était de $30,42 \pm 7,97$ avec une étendue entre 13,7 et 39,9. À l'aide du questionnaire d'intentions et d'intérêts, les participants ont auto-évalué les facteurs de risque dont ils étaient affligés. Parmi ces facteurs, la sédentarité, le surplus de poids et une alimentation riche en graisses (trans et saturés) et en sucre étaient présents chez les participants (Tableaux A1 et A2).

Les trois principales raisons pour lesquelles les clients ont participé au programme Formavie étaient : #1 pour se sentir mieux, #2 pour avoir une meilleure santé et #3 pour contrôler leur poids (Tableau B). La majorité des participants ont

expliqué leur sédentarité par un manque de temps et un manque d'intérêt. Les autres raisons, mentionnées par une minorité du groupe, ont été la peur de faire une crise cardiaque, le niveau de difficulté trop élevé lors de la pratique des activités physiques, l'incompétence des intervenants dans plusieurs centres d'entraînement, un état de santé impropre pour être actif, la peur de se blesser, le coût trop élevé et l'âge (Tableau C).

La majorité du groupe a noté, que dans le passé, leur horaire chargé ne leur permettait pas de venir à leur entraînement régulier lorsqu'ils étaient inscrits dans des centres d'entraînement. Le problème d'observance à l'entraînement ponctuel chez d'autres participants s'expliquait par une perte d'intérêt à l'activité, par leur état de santé, par l'incompétence des intervenants ainsi que par une mauvaise organisation des activités (Tableau D).

Chaque participant inscrivait le nombre de journées qu'il était prêt à consacrer à son entraînement à Formavie et à son entraînement à la maison. La moitié de notre groupe s'était dite prête à consacrer trois journées par semaine à l'entraînement à la clinique combiné à un programme à la maison, quatre participants désiraient consacrer quatre journées par semaine à leurs activités et seulement une personne sur les dix était prête à en faire cinq fois par semaine.

Les deux objectifs principaux de plus de la moitié des participants étaient de perdre du poids et d'être plus en forme et en santé. L'amélioration du système cardiovasculaire était aussi un objectif important chez plusieurs participants (Tableau E).

Au moment de la dernière entrevue, c'est-à-dire 6 mois après leur premier essai avec le programme et après la première rencontre, quatre participants (S1, S9, S10, S11) sur dix étaient toujours actifs à la clinique et poursuivaient leur programme d'entraînement sur une base régulière. Des six participants restants, deux (S2, S3) d'entre eux avaient temporairement cessé leur entraînement chez Formavie et à la maison pour des raisons de santé (S2 : fatigue et hospitalisation dues à une myocardite virale, S3: hospitalisation due à un cancer), trois participants avaient décidé de ne pas poursuivre le programme de réadaptation cardiaque après la fin de leur abonnement, (S4, S6, S7) pour différentes raisons qui seront éventuellement discutées, et finalement, un participant avait abandonné avant la fin de son contrat pour des raisons de santé (S8) (fatigue due à des dialyses). Les abonnements des clients chez Formavie variaient donc entre 2 et 12 mois. Les résultats étaient quant à eux récoltés sur une période de six mois. Il est important de spécifier que les dix participants, même ceux qui n'étaient plus actifs avec le programme de réadaptation cardiaque de Formavie, ont accepté de répondre aux questions du deuxième entretien ainsi qu'aux questionnaires de sortie.

Tableau A1: Échantillon des participants – information sur les participants de l'étude

Facteurs de risque non-modifiables (FRNM) reliés aux maladies cardiovasculaires (MCV) présents chez les participants	N° du participant											Total
	S1	S2	S3	S4	S6	S7	S8	S9	S10	S11		
Hérédité		x		x	x			x	x	x		6/10
Âge (Hommes ≥ 50 ans, femmes ≥ 60 ans)		x	x			x						3/10
Sexe masculin	x	x	x	x	x	x	x	x				8/10
Facteurs de risque modifiables (FRM) reliés aux MCV présents chez les participants	S1	S2	S3	S4	S6	S7	S8	S9	S10	S11	Total	
Tabagisme					x	x					2/10	
Hypertension artérielle	x		x		x		x	x	x	x	7/10	
Dyslipidémie	x			x			x		x		4/10	
Surplus de poids**	x	x	x	x	x		x	x	x	x	9/10	
Sédentarité	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10	
Alimentation riche en graisses (trans et saturés), en sucre et en sodium	x		x	x	x		x	x	x	x	8/10	
Stress	x		x	x	x			x	x		6/10	
Autres problèmes de santé		x	x		x	x	x	x	x	x	8/10	
Diabète			x								1/10	
Infarctus			x		x						2/10	
Athérosclérose			x		x					x	3/10	
Pontages coronariens			x		x						2/10	
Problèmes rénaux							x				1/10	
Maladie de Crohn						x					1/10	
Myocardite virale		x									1/10	
Arythmie		x								x	2/10	
Problème de goutte								x			1/10	
Arthrite		x							x		2/10	
Asthme									x		1/10	

Suite du tableau A1: Échantillon des participants – information sur les participants de l'étude

Informations supplémentaires sur les participants	S1	S2	S3	S4	S6	S7	S8	S9	S10	S11	Total
Possède un travail	x		x	x			x	x		x	6/10
Arrêt de travail (raisons de santé)					x	x					2/10
Retraité(e)		x							x		2/10
Marié(e)/conjoint(e) de fait	x	x		x	x	x	x	x	x	x	9/10
Séparé(e)/divorcé(e)/Autre			x								1/10
Sous médicaments	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10/10

Tableau A2: Données détaillées du facteur de risque surplus de poids des participants : IMC, Circonférence de taille (CT), % graisse

Participant	Sexe	Risque santé selon : IMC-CT	Risque santé selon % graisse-IMC
S1	♂	IMC = 28,33 CT = 100 cm = A	% de graisse = 25,9 = A
S2	♂	IMC = 26,49 CT = 104 cm = A	% de graisse = 28,7 = A
S3	♂	IMC = 29,75 CT = 106 cm = TÉ	% de graisse = 31,6 = É
S4	♂	IMC = 36,0 CT = 116 cm = A	% de graisse = 30,6 = A
S6	♂	IMC = 26,45 CT = 106,5 cm = É	% de graisse = 29,7 = A
S7	♂	IMC = 19,73 CT = 86 cm = -	% de graisse = 13,7 = M
S8	♂	IMC = 38,37 CT = 121 cm = TÉ	% de graisse = 39,7 = É
S9	♂	IMC = 37,72 CT = 115 cm = TÉ	% de graisse = 25,7 = É
S10	♀	IMC = 32,85 CT = 114 cm = TÉ	% de graisse = 38,7 = É
S11	♀	IMC = 26,3 CT = 93 cm = É	% de graisse = 39,9 = A

**voir tableaux de la page suivante pour la signification des lettres A, É, TÉ et M

**Classification des risques pour la santé selon l'indice de masse corporel (IMC) et la circonférence de taille (CT) (Tiré de l'ACSM, 2006)

	IMC (kg.m. ⁻²)	Hommes, ≤102 cm Femmes, ≤88 cm	Hommes, >102 cm Femmes, >88 cm
Poids sous la normale	<18,5	-	-
Normal	18,5-24,9	-	-
Surplus de poids	25,0-29,9	Risque augmenté (A)	Risque élevé (É)
Obésité classe			
I	30,0-34,9	Risque élevé (É)	Risque très élevé (TÉ)
II	35,0-39,9	Risque très élevé (TÉ)	Risque très élevé (TÉ)
III	≥40	Risque extrêmement élevé (EÉ)	Risque extrêmement élevé (EÉ)

**Prédiction du pourcentage de la masse grasseuse basé sur l'indice de masse corporel (IMC) chez les Africains-Américains et les caucasiens adultes (Tiré de l'ACSM, 2006)

IMC	Risque pour la santé	20-39 ans	40-59 ans	60-79 ans
Hommes				
<18,5	Augmenté (A)	<8 %	<11 %	<13 %
16,6-24,9	Dans la moyenne (M)	8 %-19 %	11 %-21 %	13 %-24 %
25,0-29,9	Augmenté (A)	20 %-24%	22 %-27 %	25 %-29%
>30	Élevé (É)	≥25 %	≥28 %	≥30 %
Femmes				
<18,5	Augmenté (A)	<21 %	<23 %	<24 %
16,6-24,9	Dans la moyenne (M)	21 %-32 %	23 %-33 %	24%-35 %
25,0-29,9	Augmenté (A)	33 %-38%	34 %-39%	36 %-41%
>30	Élevé (É)	≥39 %	≥40 %	≥42 %

Tableau D: Principales raisons expliquant le problème d'observance à l'entraînement ponctuel chez les participants

Raisons	N° du participant										Total	
	S1	S2	S3	S4	S6	S7	S8	S9	S10	S11		
Manque de temps			x	x			x	x	x	x		6/10
Activités mal organisées				x			x				x	3/10
N'aimait pas l'activité/perdu l'intérêt					x		x				x	3/10
Trop difficile												0/10
Santé					x	x	x					3/10
Difficile de d'accès												0/10
Intervenants pas compétents	x		x				x					3/10
Découragement									x			1/10
Motivation			x									1/10
Autres	x			x								2/10

Tableau E: Les objectifs à long terme des participants

Raisons	N° du participant										Total	
	S1	S2	S3	S4	S6	S7	S8	S9	S10	S11		
Avoir un poids santé	x							x				2/10
Perdre du poids			x	x	x		x	x	x	x		7/10
Être plus en forme et en santé		x	x	x			x	x	x	x		7/10
Être moins essoufflé										x		1/10
Diminuer pression artérielle	x											1/10
Diminuer taux de cholestérol												0/10
Participer à une activité souhaitée ou un sport	x		x				x					3/10
Diminuer ou arrêter la médication									x			1/10
Meilleur tonus musculaire					x	x						2/10
Meilleure capacité cardiovasculaire		x		x	x	x						4/10
Meilleure alimentation				x								1/10
Diminuer le stress											x	1/10
Arrêter de fumer												0/10
Diminuer la fatigue											x	1/10
Autres :	x	x						x	x	x		5/10

4.2 Résultats et discussion des entrevues

Dans la prochaine section, le contenu des deux entrevues (pré/post) et de l'évaluation des connaissances des facteurs de risque des MCV (pré/post) est analysé et divisé en respectant l'occurrence des thèmes et sous-thèmes développés pour l'étude. Pour l'analyse des entrevues, des citations sont retranscrites pour mettre en évidence les opinions, les sentiments, les réalités et les expériences vécues tout au long de la participation au programme. L'examen des connaissances des facteurs de risque des MCV, aussi distribué avant et après le programme, permet d'évaluer les connaissances des participants. Comme mentionné dans le chapitre précédent, les quatre thèmes développés émis sont: «identifier les signaux d'alarme», «prendre la responsabilité de modifier les habitudes de vie», «identifier des barrières reliées à la pratique de l'activité physique» et «identifier les bienfaits des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV et les facteurs facilitant la pratique d'AP (Tableau F).

Par l'analyse des résultats obtenus à l'aide des entrevues et des résultats lors de l'évaluation des connaissances des facteurs de risque des dix participants, quatre facteurs ont été détectés pouvant influencer la participation et l'observance aux programmes de prévention primaire et secondaire des participants possédant des facteurs de risque cardiovasculaires. Voici les quatre facteurs discutés: «la connaissance ou la prise de conscience face à sa maladie», «la perception d'efficacité personnelle», «la motivation» et «le sentiment d'appartenance face au programme et la relation de confiance». Ces facteurs sont importants puisqu'ils peuvent influencer l'adhésion à ces

programmes, la motivation, ainsi que l'observance aux entraînements. Les facteurs sont discutés dans cette même section (Tableau G et H).

Tableau F : Thèmes et sous-thèmes développés à travers les deux entrevues : pré et post

THÈMES	SOUS-THÈMES développés lors de la première entrevue (E1)
N° 1 - 4.3 : Identifier les signaux d'alarme	4.3.1 <i>Apparition de problèmes de santé et survie</i> 4.3.2 <i>Diminution de la condition physique avec l'âge et le vieillissement</i> 4.3.3 <i>Prise de médicaments</i> 4.3.4 <i>Prise de poids</i> 4.3.5 <i>Référence d'un proche ou d'un médecin</i>
N° 2 – 4.4 : Prendre la responsabilité de modifier les habitudes de vie	SOUS-THÈMES développés lors de la première (E1) et la deuxième entrevue (E2)
	4.4.1 <i>Identifier les causes du problème de santé (FR)</i> 4.4.2 <i>Se fixer des objectifs</i> 4.4.3 <i>Prendre conscience des réalités reliées à la modification des différentes habitudes de vie</i>
N° 3 – 4.5 : Identification les barrières reliées à la pratique de l'activité physique	4.5.1 <i>Manque de motivation et d'autodiscipline (E1 et E2)</i> 4.5.2 <i>Manque de supervision (E1)</i> 4.5.3 <i>Découragement (E1)</i> 4.5.4 <i>Stress et manque de temps (E1 et E2)</i> 4.5.5 <i>Condition physique ou état de santé (E1 et E2)</i> 4.5.6 <i>Inconforts musculaires et douleurs articulaires (E2)</i> 4.5.7 <i>Moyens financiers et autres raisons (E2)</i>
N° 4 – 4.6 : Identifier les bienfaits des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV et les facteurs facilitant la pratique d'activité physique	4.6.1 <i>Maintien de la santé en général (E1 et E2)</i> 4.6.2 <i>Maintien de la santé cardiaque (E1 et E2)</i> 4.6.3 <i>Suivi serré (E1 et E2)</i> 4.6.4 <i>Endroit privé/contact personnalisé/programme adapté (E1 et E2)</i> 4.6.5 <i>Compétence du personnel</i> 4.6.6 <i>Soutien professionnel</i>

Tableau G: Analyse des résultats : Facteurs pouvant influencer la participation et l'observance à des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV

FACTEURS	SOUS FACTEURS
N° 1 – 4.7 : La connaissance ou la prise de conscience face à sa maladie	Sensibilisation aux FC
	Identification des causes du problème versus compréhension des causes reliées au problème
	Connaissances des participants face aux FR
	Apprendre à se connaître et à identifier les barrières et les réalités reliées à la pratique de l'AP
N° 2 – 4.8 : La perception d'efficacité personnelle	Influence des expériences antérieures sur la perception d'efficacité personnelle
	Influence de la perception d'efficacité personnelle sur la de qualité de vie et la capacité fonctionnelle
	Influence de la perception d'efficacité personnelle sur les objectifs
N° 3 – 4.9 : La motivation	Influence des objectifs sur la motivation
	Influence de la perception d'efficacité personnelle sur la motivation
	Influence des expériences antérieures sur la motivation
N° 4 – 4.10 : Le sentiment d'appartenance au programme et la relation de confiance	Signature d'un contrat d'objectifs
	Encadrement/suivi
	Degré de participation aux différentes activités reliées au programme, ex. : journal de bord, capsules santé et entraînements
	Influence sur la motivation

Tableau H : Facteurs pouvant influencer la participation et l'observance à des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV chez les participants observants et non observants

Facteurs pour les participants OBSERVANTS N=6	Facteurs pour les participants NON OBSERVANTS N=4
En général, meilleure connaissance ou prise de conscience face à sa maladie	Moins bonnes connaissances des facteurs de risque selon l'examen, participants conscients de leur condition mais moins prêts à apporter des changements
Participants davantage confiants et positifs lors du programme. Meilleure perception quant à leur condition physique, donc meilleure perception d'efficacité personnelle	Contraintes plus difficiles à surmonter lors du programme, moins bonne satisfaction quant à leur condition physique, diminuant la perception d'efficacité personnelle
En général, niveau de motivation variable , motivation affectée par les objectifs (atteints et non atteints)	Motivation faible pour un participant avant le programme. Bonne motivation pour 3 des 4 participants au départ. Motivation a diminué lors du programme pour ces raisons (manque de temps, programme dispendieux, condition de santé, etc.)
Meilleur sentiment d'appartenance au programme et relation de confiance	Sentiment d'appartenance au programme plus faible entre autre relié au faible taux d'observance aux entraînements et à l'abandon

4.3 Thème 1 : Identifier les signaux d'alarme

Différents signaux d'alarme ont dirigé les participants vers la participation à un programme de prévention primaire et secondaire des MCV. Dans le groupe, voici les signaux d'alarme qui ont émergé: *l'apparition de problèmes de santé et la survie, la diminution de la condition physique avec l'âge et le vieillissement, la prise de plusieurs médicaments, la prise de poids et l'invitation à un proche à prendre part au programme*. Après chaque citation textuelle, le numéro du participant est inscrit entre parenthèses (e.g. S1), suivi du numéro d'entrevue (E1 pour la première et E2 pour celle du suivi).

4.3.1 *Apparition de problèmes de santé et survie*

L'apparition de nouveaux problèmes de santé a été un signal d'alarme présent chez 8 participants, qui les ont poussés à entreprendre un programme d'entraînement supervisé. En moyenne, chaque participant a présenté entre 1 et 4 nouveaux problèmes de santé avec une moyenne de $2,5 \pm 1,27$. Lorsque, par exemple, leur médecin diagnostiquait un problème de santé, une dyslipidémie, de l'hypertension artérielle ou autre, les individus visés remettaient donc en question certaines de leurs habitudes de vie. Un participant a cité lors de la première et la deuxième entrevue:

«Ça a commencé par mon médecin quand il m'a dit que je faisais de la haute pression...» (S1) (E1)

Un autre a confié:

«Je fais de l'hypertension et du cholestérol (limite). Je dois prendre des prises de sang tous les mois pour vérifier mon taux de cholestérol...» (S10) (E1)

Chez un des participants, le problème de santé n'est pas apparu à cause de mauvaises habitudes de vie. Dans son cas, c'était plus relié à un problème sur lequel il avait peu de contrôle:

«C'est quand j'ai été hospitalisé...les médecins ont diagnostiqué une myocardite virale qui est assez rare. C'est un virus pulmonaire qui a dû s'infiltrer au moment d'une grippe et qui est resté là et qui est allé attaquer le muscle cardiaque.» (S2) (E1)

Pour certains, le problème était trop avancé avant qu'ils puissent faire quoi que ce soit pour prévenir l'infarctus. Par contre, l'incident les a quand même incités à suivre le programme afin de changer certaines habitudes de vie:

«C'est suite à l'infarctus, j'ai décidé de m'inscrire au programme.» (S6) (E1)

«Ça fait 15 ans que j'ai eu une opération à cœur ouvert. Il y a 3 ans, j'ai eu une angioplastie.» (S3) (E1)

D'autres ont décidé de modifier certaines habitudes de vie dans le passé ou au moment présent, comme cesser ou diminuer la cigarette car cette habitude engendrait des problèmes de santé.

«Avec l'infarctus, c'est la première fois dans ma vie que je me suis dit que peut-être qu'il faudrait que j'arrête de fumer.» (S6) (E1)

«Avant, je fumais deux à trois paquets de cigarettes par jour. Maintenant je suis à sept à huit cigarettes par jour. ...je faisais beaucoup de sports mais j'ai dû arrêter à cause de ma maladie. Ça a été les 2 plus gros changements qui m'ont donné envie de prendre soin de ma santé.» (S7) (E1)

«J'ai arrêté de fumer une bonne journée car il m'est apparu des plaques rouges sur les jambes et je n'étais plus capable de marcher. J'ai été hospitalisé deux semaines à l'hôpital car j'avais une petite tache sur les poumons. Après ça, je n'ai jamais eu envie de recommencer à fumer.» (S8) (E1)

Une cliente nous a indiqué que certaines choses avaient changé par rapport à sa santé. Elle remarquait que des symptômes apparaissaient et qu'ils avaient un impact sur sa santé:

«J'étais essoufflée, c'est comme si je faisais un petit peu d'asthme. J'avais des douleurs, quand j'étais stressée, j'avais des pressions à la poitrine, mais pas de symptômes cardiaques, mais je veux dire, je n'aimais pas ça». (S10) (E1)

Finalement, un individu pour qui la santé était plus problématique nous a parlé de survie. Pour lui, c'était sa source de motivation considérant que son état de santé au moment de l'entrevue était sérieux. Tout ce qui lui importait était de rester en vie, pensant que son état de santé allait donc s'améliorer par la suite en étant plus actif.

«Je veux survivre, donc il est important pour moi de modifier certaines habitudes...» (S8) (E1)

4.3.2 Diminution de la condition physique avec l'âge et le vieillissement

Pour la majorité de notre échantillon, le fait de voir diminuer sa condition physique avec l'âge a été une raison valable pour commencer un programme d'entraînement basé sur la modification des habitudes de vie (voir aussi Annexe A, section 4.3.2) :

«Ce qui m'a amené à suivre le programme de Formavie, c'était le désir d'être en forme. Même si mon travail est exigeant physiquement, j'ai réalisé que ce n'était pas assez...il y a beaucoup d'autres parties de ton corps qui ne travaillent pas, qui ne se conditionnent pas. Donc avec ce programme, tu réalises vraiment que tu n'es pas en forme. Et cette forme que tu veux avoir, ces personnes sont capables de te donner les outils nécessaires pour les accomplir, avec leurs connaissances des groupes musculaires...» (S3) (E1)

«L'âge et aussi je sentais qu'en vieillissant, je ne me sentais pas aussi en forme qu'avant. Donc c'était vraiment pour me mettre en forme.» (S7) (E1)

«Moi je suis sensibilisée car je veux vivre plus vieille en SANTÉ. Je sentais qu'avec l'âge, j'étais plus fatiguée...il fallait que je décide de me prendre en main maintenant si je veux être encore fonctionnelle et avoir une qualité de vie dans 10-15 ans. Pas quand je vais avoir 65 ans, il va être trop tard. J'avais des problèmes de dos aussi, des gros problèmes. Comme j'étais plus souvent fatiguée, moins en forme, juste les activités quotidiennes parfois me demandaient beaucoup d'efforts.» (S11) (E1)

Un participant a remarqué que sa santé diminuait et qu'il se sentait de moins en moins en forme:

«Avant je faisais des sports d'équipes. Je travaille avec des enfants, alors je courais avec eux en gymnase, dehors, etc. Mais tranquillement, plus je me rapprochais de l'événement -mon infarctus-, j'en faisais de moins en moins et c'est là que s'est installée la sédentarité.» (S6) (E1)

4.3.3 Prise de médicaments

La prise de médicaments a également été un signal qui a éveillé trois de nos participants quant à l'adoption de meilleures habitudes de vie. Après leur visite annuelle chez le médecin avec deux ou trois médicaments à ajouter à leur liste quotidienne, ça peut s'avérer un élément déclencheur pour décider de changer leur mode de vie. Les paroles de ces deux participants illustrent bien cette situation:

«En ce moment, je suis sur la petite pilule, et je n'aime pas la petite pilule. Je me suis dit que je dois faire quelque chose pour l'éliminer. Les remèdes miracles, je n'y crois pas, alors je dois me prendre en main en faisant de l'activité physique, en changeant tranquillement mes habitudes alimentaires.» (S1) (E1)

«Je prends beaucoup de médicaments en ce moment. Un de mes objectifs est de retrouver la santé et de diminuer les nombreux médicaments que je prends.» (S9) (E1)

4.3.4 Prise de poids

L'inactivité favorise la prise de poids. Les kilos en surplus sont sans aucun doute plus facilement visibles que l'hypertension artérielle ou la dyslipidémie. La prise de poids est souvent le premier résultat remarqué par l'individu ou par l'entourage. Dans notre échantillon, la prise de poids n'a pas été le facteur mis en priorité par nos participants puisque seulement trois de ces derniers l'ont mentionné comme étant un signal d'alarme. Par contre, chez ces trois participants, lorsqu'on leur a demandé quels étaient les signaux d'alarme qui les ont incités à s'inscrire à un programme d'entraînement, d'un ton convaincant, ça a été la première raison qu'ils ont mentionnée.

«Je prends du poids. C'est pourquoi je ne crois pas que mon travail est suffisant pour me tenir en bonne forme physique.» (S3) (E1)

«Perte de poids ! Et mise en forme. C'est moi-même qui voulais ça.» (S4) (E1)

4.3.5 *Référence d'un proche ou d'un médecin*

L'influence de l'entourage peut avoir un impact sur les décisions qu'une personne prend, surtout lorsque la santé est menacée. Lors des entrevues, la plupart de nos participants nous ont mentionné que leur médecin leur avait récemment conseillé de faire de l'exercice étant donné leur condition.

«... il y a mon médecin qui m'a dit qu'il faudrait, à l'âge que je suis rendue, y penser». (Faisant référence ici à l'entraînement) (S1) (E1)

«Le médecin m'a dit de faire de l'exercice, mais je ne l'ai pas vraiment fait car mon travail demande un effort physique, comme passer la balayeuse, laver les planchers, donc ça me tient un peu en forme. Mais ce n'est pas suffisant». (S3) (E1)

«Le médecin m'avait demandé de suivre un programme, mais après ça, c'est moi qui a voulu continuer. J'avais terminé ce qu'il m'avait prescrit, mais après, je voulais continuer.» (S6) (E1)

D'autres participants ont été plus influencés par leur famille ou leurs amis.

«C'est mon cousin qui y avait été, pis le médecin qui m'achalait avec ça. Moi je n'aime pas aller chez des centres du genre Nautilus. Je ne suis pas fou de ça.» (S8) (E1)

«J'avais entendu dire qu'en faisant de l'exercice, ça pouvait réduire l'asthme.» (S10) (E1)

Les participants de cette étude ont facilement identifié les signaux d'alarme qui les ont amenés à participer au programme. Les entrevues de démarrage nous ont démontré que l'entourage (médecin, amis, famille) a aussi un impact sur la sensibilisation ou la prise de conscience que les gens ont sur leur santé ainsi que sur la compréhension de ces signaux d'alarme. Ceci est conforme avec la littérature qui indique que bien qu'une minorité de patients sont référés à un programme de réadaptation cardiaque, une variété de personnes peuvent les influencer à joindre un programme, notamment le médecin traitant (Grace, Abbey, Shnek, Irvine, Franche, Stewart, 2002). On peut constater que ces signaux sont très personnels à chacun, malgré que plusieurs signaux soient partagés par plus d'un participant. Les personnes réalisent qu'avec l'âge, ils se sentent moins en forme et deviennent plus sédentaires, ce qui mène très souvent à une prise de poids, l'apparence de problèmes de santé et parfois la prise de médicaments. On remarque à travers les verbatim que chez les participants n'ayant pas détecté ces signaux d'alarme avant l'apparition de la maladie, leur vision de départ était un peu différente de leurs compatriotes visant plus le traitement de leur maladie (e.g. athérosclérose, infarctus, hypertension). Les autres participants ayant plusieurs facteurs de risque au développement des maladies cardiaques, y venaient dans le but de prévenir le pire. Ils ont, entre autres, identifié plusieurs raisons expliquant leur participation à un programme de prévention primaire et secondaire, réalisant pour la plupart que chaque facteur était la cause du précédent, et qu'ils devaient faire quelque chose pour arrêter l'effet dominos avant qu'il arrive à l'infarctus.

L'identification des signaux d'alarme nous a permis de reconnaître un premier facteur pouvant influencer la participation et l'observance aux programmes de prévention primaire et secondaire des MCV : **«la connaissance et la prise de conscience face à sa maladie»** afin d'identifier et d'intervenir pour éviter, traiter ou retarder le développement de la maladie (voir aussi section 4.7 : Facteur N° 1).

4.4 Thème 2 : Prendre la responsabilité de modifier les habitudes de vie

Dans l'étude de Condon et McCarthy (2006), les participants étaient encouragés à être responsables d'apporter des changements dans leurs habitudes de vie, et ce très tôt après l'infarctus. Dans notre groupe, les participants n'ont pas tous eu un infarctus. Par contre, tous nos participants étaient sujets à développer un problème cardiaque par la présence de plusieurs facteurs de risque associés au développement des problèmes coronariens. Toujours en se basant sur l'étude intitulée «Modification des habitudes de vie suivant un infarctus: perceptions des patients» de Condon et McCarthy (2006), la pertinence d'identifier les composantes entourant la modification des habitudes de vie s'avérait d'une grande importance dans notre programme de prévention primaire et secondaire afin d'être en mesure d'apporter d'éventuels changements. Ces composantes étaient déterminées par les participants lors des entrevues d'entrée et de sortie au programme. Trois sous-thèmes se sont développés pour notre thème n° 2 «prendre la responsabilité de modifier les habitudes de vie»: 1- *identifier les causes du problème de santé (facteurs de risque)*, 2- *se fixer des objectifs* et 3- *prendre conscience des réalités*

reliées à la modification des différentes habitudes de vie. Afin de déterminer si le programme d'entraînement avait une influence sur les prises de décisions face à leur mode de vie, les trois sous-thèmes étaient développés lors de la première entrevue et lors de la deuxième entrevue.

4.4.1 Identifier les causes du problème de santé (facteurs de risque)

Lors de la première entrevue, lorsqu'est venu le temps de demander aux participants d'identifier les causes de leur problème de santé, la plupart d'entre eux en ont énuméré facilement plus d'un. Les causes qui sont ressorties à plusieurs reprises ont été le stress, l'inactivité, l'alimentation et le surplus de poids. Par exemple, le premier participant a répondu sans hésitation que son problème de santé (hypertension) était causé par plusieurs facteurs:

«Le stress, mon poids, l'activité physique, car je n'en fais pas assez, correspondent tous à des facteurs qui contribuent à mon problème de santé. Il y a aussi l'alimentation... » (S1) (E1)

Lors de la deuxième entrevue, le participant a davantage élaboré sur les facteurs de risque qui s'attachaient à son problème de santé:

«Je fais du cholestérol. Au fait, je les ai tous les facteurs de risque! Il y a eu des maladies du cœur dans ma famille, alors hérédité, oui. Mon poids, je ne fais pas beaucoup d'activité physique de ce temps-là. J'en fais 30 minutes par semaine au

*maximum. Ma fréquence a diminué lors du 6 mois. Mais je m'alimente bien.» (S1)
(E2)*

Les participants ci-dessous font eux aussi partie de cette même catégorie de facteurs de risque: les facteurs de risque contrôlables, c'est-à-dire ceux qu'il est possible de modifier si on en est conscient (voir aussi Annexe A, section 4.4.1).

*«Dans ma famille, personne n'a eu de problèmes au cœur. Je crois que mon problème est relié au stress. Il y a un moment dans ma vie où j'étais vraiment stressé, et ce pendant plusieurs années. Avant mon opération au cœur, j'étais très actif. J'ai enseigné la gymnastique pendant 16 ans, je joggais environ 10 km 3 fois par semaine. J'étais donc très surpris d'avoir une crise du cœur à 48 ans.» (S3)
(E1)*

«Mon problème de santé est relié plus à un excès de poids. Mais il y a aussi l'hérédité, beaucoup de stress. Je ne fais pas assez d'activité physique et je mange beaucoup trop de gras. Je ne me fais jamais à manger. Par contre, je ne fume pas.» (S4) (E1)

«Hypertension, cholestérol (limite). Je dois prendre des prises de sang tous les mois pour vérifier mon taux de cholestérol. J'ai beaucoup de stress au bureau à cause de l'atmosphère qui n'est pas bonne. Mon poids est aussi un facteur de risque qui peut être inquiétant. Je ne fais pas assez d'activité physique et je mange beaucoup dans les restaurants et des repas préparés...» (S10) (E1)

«Mon poids, l'inactivité et l'alimentation. Je mange trop salé, trop gras, trop de sucre, pas assez de fibres, pas assez de fruits et légumes, je mange dans les restaurants tous les midis.» (S8) (E1)

Lors du deuxième entretien, certains participants se sont prononcés différemment face aux facteurs de risque qu'ils possédaient. Le participant #3, qui ne croyait pas que sa maladie du cœur pouvait être héréditaire, a réalisé que ce facteur pouvait s'ajouter à la cause de son problème:

«Écoute, c'est une très bonne question. Je crois que c'est une combinaison de plusieurs facteurs. Je crois que tout ce que tu as nommé sont des facteurs contribuant à la santé de ton cœur. Mais pour moi, c'était principalement le stress et un peu d'hérédité.» (S3) (E2)

Le quatrième participant ne parla plus d'excès de poids, mais plutôt d'obésité:

«L'hérédité, un manque d'exercice et après c'est l'obésité. Les restaurants c'est moins pire qu'avant.» (S4) (E2)

Une cliente qui associait son problème à l'alimentation, un facteur de risque qu'elle pouvait contrôler, a en effet réussi à améliorer cette situation tout au long du programme:

«Je fais de l'hypertension depuis trois ans. Ma grand-mère est décédée du cœur... Le stress! À ce moment là, je travaillais. Je faisais moins d'exercice. Je mangeais

très salé, trop gras, je ne mangeais pas assez de fibres, de fruits et de légumes. Maintenant, j'ai amélioré ça. Je fais aussi du cholestérol.» (S10) (E2)

Le participant S8, qui avait considéré son poids comme étant un facteur de risque important chez lui lors de la première entrevue, a pensé autrement lors de la deuxième rencontre présentant l'hypertension comme un facteur plus susceptible pour expliquer ses problèmes de santé.

«Je ne pourrais pas dire mon poids car il y a beaucoup de monde en dialyse qui n'est pas si gras que ça. Moi c'était plutôt l'hypertension, vu que ça n'a pas été soigné à ce moment-là. Je ne savais même pas que j'en faisais. Ça n'a jamais été soigné donc ça m'a amené ces problèmes là...» (S8) (E2)

Pour un participant, l'hérédité ou l'environnement représentaient des hypothèses valables expliquant l'origine de son problème de santé. Il y a des facteurs de risque sur lesquels nous n'avons aucun pouvoir, donc qui ne peuvent malheureusement pas être modifiés. Le facteur héréditaire entre dans cette catégorie.

«Il est possible que mon problème soit relié à l'hérédité, car j'ai un frère qui est mort d'un infarctus... Je ne faisais pas de cholestérol, de diabète, je ne fumais pas...c'est réellement un virus dans mon cas.» (S2) (E1)

Les autres participants identifiaient les causes, lors des deux rencontres, comme étant un mélange des deux catégories, des facteurs de risque contrôlables ainsi que l'hérédité.

«J'ai un facteur héréditaire. J'ai un surplus de poids et mon alimentation n'est pas appropriée. Je mange trop gras, trop salé, trop sucré, pas assez de fibres et trop de restos.» (S9) (E1)

«Dans mon cas, ça pourrait être un facteur héréditaire, et je ne fais pas assez d'activité physique.» (S11) (E1)

Cette dernière participante, qui s'est entraînée régulièrement chez Formavie, a élaboré davantage sur les facteurs de risque lors de la deuxième entrevue et a semblé plus renseignée sur les facteurs de risque causant le développement de la maladie du cœur:

«Je pense qu'il y a beaucoup d'hérédité dans la famille... Il y a beaucoup d'artériosclérose chez nous, du cholestérol. Ce sont les deux facteurs qui m'ont incitée à entreprendre un programme de prévention. Le facteur héréditaire est un des facteurs les plus forts au niveau des statistiques pour l'arrivée de la maladie, donc il faut vraiment être plus consciente, s'armer davantage...Et le stress, c'est sûr qu'on ne peut pas le mettre à part. Mon poids fluctue beaucoup avec l'âge, c'est normal avec l'entrée des hormones, la ménopause qui arrive. Mon alimentation, je ne mangeais pas assez de fibres.» (S11) (E2)

Un des participants, qui fume régulièrement, n'a pas spéculé lors de la première entrevue, que son infarctus pouvait être dû à la cigarette:

«Les facteurs de risque au développement des maladies du cœur, je les ai tous! Hérité, haute pression, stress, mon poids, pas assez d'activité physique, je mange trop gras. Je fume mais pour moi ce n'est pas un facteur car je ne fume assez (1 paquet par jour). C'est surtout à cause de mon alimentation riche en matières grasses qui a causé mon problème.» (S6) (E1)

Même s'il n'a toujours pas présenté la cigarette comme étant un facteur ayant pu déclencher son infarctus à la deuxième rencontre, il a semblé plus soucieux et prêt à apporter certaines modifications à l'habitude de vie, qui pour lui, était la source de sa maladie: l'alimentation.

«Moi je fais de la haute pression. C'est héréditaire, car selon les prises de sang que j'ai eues, je n'ai pas de diabète, pas de cholestérol. Donc c'est quelque part dans la famille. Je mange pas mal moins gras qu'avant, pas mal moins de sucres, je mange plus de fibres, je mange pas mal la même quantité de fruits et légumes qu'avant, alors il faudrait que j'augmente mes doses.» (S6) (E2)

Comme pour l'identification des signaux d'alarme au problème de santé, **«la prise de conscience des facteurs de risque»** pour connaître la ou les sources de leur

problème de santé est aussi un facteur important dans un programme de prévention des MCV (voir aussi section 4.7 : Facteur N° 1).

Dans tous les programmes de réadaptation cardiaque, un volet sur la sensibilisation aux facteurs de risque devrait exister afin de prévenir et traiter la maladie (Johnston, Pollard, Foulkes et Gudmundsdottir, 1999). Parmi les dix participants de l'étude, une seule personne a perçu le programme comme une opportunité pour se sensibiliser davantage aux facteurs causant la maladie cardiovasculaire:

«Je trouve qu'un programme de réadaptation cardiaque, ou prévention dans mon cas, est une belle initiative car on devient plus sensibilisé à notre problème de santé. On ne prend pas toujours conscience de notre santé et de nos petits problèmes. Cette maladie est une maladie silencieuse et je crois que ceux qui participent à des programmes comme ceux-là sont plus sensibilisés aux maladies du cœur.» (S11) (E1)

4.4.2 Se fixer des objectifs

Moore et Kramer (1996) mettent l'accent sur l'importance de se fixer des objectifs dans un programme de réadaptation. Siegert et Taylor (2004) mentionnent que l'implantation d'un bon programme, où le client est bien dirigé dans ses objectifs, est une composante essentielle dans l'approche moderne de la réadaptation. Les chercheurs précisent que cela procure une structure dans laquelle les professionnels et leurs clients peuvent facilement travailler ensemble. Chez Formavie, tous les participants aux

programmes d'exercices doivent aussi se fixer des objectifs à court et à long terme avec leur kinésiologue. Comme mentionné plus haut, l'objectif doit être réaliste et atteignable pour l'individu. Lors des entrevues, nous avons demandé aux participants ce qu'étaient leurs objectifs généraux en s'inscrivant au programme.

Les intentions de nos participants se dirigeaient sensiblement vers la même direction: mettre fin à la sédentarité qui s'est installée depuis un certain temps, modifier les habitudes alimentaires, diminuer le stress et perdre du poids. La plupart des participants semblaient s'être inscrits au programme dans le but de modifier plus d'une habitude de vie et ils étaient convaincus de réussir leurs objectifs. Nous avons demandé à chacun des participants à la première entrevue d'évaluer leur degré de confiance à partir d'une échelle de 0 à 10 à réussir les objectifs qu'ils s'étaient fixés au départ. Les résultats obtenus ont démontré que la confiance de nos participants face à la réussite de leurs objectifs était très positive au départ, la moyenne de notre groupe étant de $8.9/10 \pm 1.26$. Quelques participants ont ajouté des commentaires pour expliquer leur degré de confiance:

«Je suis optimiste de nature, il faut que ça marche et je ferai tout ce qu'il faut pour que ça marche. Je suis conscient que j'ai 75 ans, donc il y a des limites à toutes choses mais étant conscient de ça, je veux utiliser tout ce que j'ai comme potentiel pour profiter de la vie au maximum.» (S2) (E1)

«Je suis très motivé d'obtenir des résultats.» (S3) (E1), (S4) (E1)

Lorsque nous leur avons demandé à la fin du programme quels étaient leurs buts, les participants n'ont pas nécessairement parlé des mêmes objectifs qu'à la première entrevue. Pour les participants suivants, l'objectif qui semblait ressortir était l'amélioration des habitudes alimentaires:

«...je veux essayer de me faire un grand verre de fruits mélangés pour partir le matin. Quand c'est rendu à la collation, c'est de ne pas manger des barres de chocolat, c'est de manger des fruits. Je veux changer tranquillement. Je dois me prendre en main en faisant de l'activité physique et changer tranquillement mes habitudes alimentaires...» (S1) (E1)

Chez le même participant, lors du second entretien, l'objectif priorisé était plutôt l'activité physique:

«Je m'étais fixé 2 à 3 fois semaine d'activité physique, même que j'en faisais 4 à 5 fois par semaine. De la marche, j'en ai fait tous les samedis. Là je suis tombé à 2 à 3 fois. Un autre de mes objectifs était de trouver une façon de diminuer mon stress, pis ça, ça ne marche pas ! L'alimentation, je mange beaucoup mieux.» (S1) (E2)

Un autre participant a dit:

«J'aimerais avoir une meilleure condition physique, contrôler mon poids par l'exercice et l'alimentation. Je ne veux surtout pas suivre une diète car je déteste

le mot diète. Le stress je n'en ai plus vraiment...j'ai appris à contrôler mon stress avec les années.» (S3) (E1)

Ici encore, l'objectif de départ du client qui était axé sur la condition physique et l'alimentation a semblé avoir changé en cours de route:

«Mes buts, lorsque j'ai débuté le programme, étaient d'être capable de rejouer au tennis. Mes articulations de l'épaule droite étaient très mal en point. Je ne pouvais pas les bouger très bien. J'ai atteint ce but. Même avec mon diagnostic de cancer, je peux la bouger assez bien. C'est quelque chose que je dois continuer à entretenir et je prends aussi des produits naturels qui m'aident énormément. J'ai réussi ce but et je m'en suis fixé une autre. Ici, tu commences par te fixer un but, et lorsque tu l'as atteint, tu t'en fixes un autre. Parfois tu ne t'en rends même pas compte que tu l'as atteint et ton but est déjà réalisé» (S3) (E2)

«À partir du 1^{er} janvier dernier, je me suis mis en tête de moins stresser. L'alimentation, je veux couper au niveau des restaurants, style McDonald's, Harvey's et compagnie. Je veux manger beaucoup plus de fruits, légumes et couper le gras. Je veux aussi diminuer ma masse grasse et me mettre en forme.» (S4) (E1)

«L'alimentation, c'était d'essayer de manger le moins de friture. Au niveau physique, c'était d'essayer de faire plus d'exercice, au moins 2 à 3 fois par semaine, ce que je n'ai pas fait. Je n'ai pas eu le temps d'en faire 3 fois, mais j'ai

fait de la marche régulière, mais pas de l'entraînement régulier qui peut m'amener à des résultats souhaités.» (S4) (E2)

Le participant ci-dessus de même que ceux mentionnés en annexe A (section 4.4.2) avaient tous un intérêt commun: améliorer leur santé et leur forme physique pour pratiquer un sport ou faciliter la perte du poids. La deuxième fois qu'ils passaient en entrevue, leurs objectifs étaient sensiblement les mêmes.

«Un de mes objectifs est de perdre 5 livres par mois. Je veux aussi être plus active à l'extérieur du programme. Je veux essayer de moins grignoter en fin de soirée et mieux m'alimenter. Je crois que ce sont tous des objectifs réalistes si je les prends un à la fois.» (S10) (E1)

«J'ai réalisé avec des étapes. J'avais signé une entente que, entre le mois d'août et le mois d'octobre, je perdrais 5 livres, ce qui a été atteint. Puis là, j'ai un autre objectif, c'était de perdre un autre 5 livres, et je pense que je l'ai atteint déjà. Aussi j'avais comme objectif de changer des habitudes de vie. Comme par exemple si je viens m'entraîner chez Formavie, entre l'escalier et l'ascenseur, je vais prendre l'escalier. Aussi je veux moins grignoter. Manger plus des bonnes choses. Aussi continuer à m'entraîner un minimum de 2 fois par semaine chez Formavie, des fois trois.» (S10) (E2)

Lors de la deuxième entrevue, nous souhaitions connaître le degré de confiance des participants à maintenir les objectifs qu'ils avaient atteints lors du programme et à s'en fixer de nouveaux. À la fin de l'étude, il y a eu une différence dans le degré de confiance de réussir d'autres objectifs ou de maintenir ceux qu'ils s'étaient fixés au départ. La moitié du groupe (dont les participants non observants) avait, de façon significative, moins confiance qu'au départ de réussir d'autres objectifs et de maintenir ceux qu'ils avaient réussis. D'autres participants avaient en tête, des objectifs très différents et étaient enthousiastes à l'idée de relever des nouveaux défis. Ils étaient aussi réalistes.

«C'est une drôle de question car je viens d'apprendre que j'ai un cancer. Alors là mon nouveau but est de survivre, rester en vie. Et aussi de m'aider à prendre soin de moi-même physiquement mais aussi mentalement avec la maladie que j'ai, mieux manger, etc. Parfois tu te rends compte à la fin de tes jours ou à un moment de ta vie que tu te dois de faire ces choses-là au début de ta vie et non pas quand le problème survient. Et vous autres vous êtes des exemples car vous pouvez nous donner beaucoup de conseils, comme bien manger, boire beaucoup d'eau, c'est une chose majeure.» (S3) (E2)

«Je veux continuer à essayer de m'améliorer. Je ne veux pas courir le 100 mètres en 11 secondes, je ne veux pas courir le marathon de New York l'année prochaine. Je vais continuer à essayer de garder la meilleure forme possible à l'âge que j'ai. Je suis motivé à continuer.» (S1) (E2)

Il n'a pas été rare de remarquer chez les participants que les objectifs prenaient une direction quelque peu différente en cours de route pour différentes raisons. Parfois, l'objectif de départ pouvait devenir irréaliste pour le client. Comme les objectifs étaient revus et discutés avec le kinésiologue, il est normal que les objectifs aient été différents pour certains lors de la deuxième entrevue. Selon Siegert et Taylor (2004), il est recommandé que le programme des objectifs soit dynamique, donc qu'il puisse être modifié et ajusté selon le progrès de l'individu. Il est intéressant de constater que la plupart des individus qui débutent des programmes d'entraînement, surtout lorsque l'on fait affaire à une clientèle déconditionnée, souhaitent modifier beaucoup de choses. D'où vient l'importance d'un entraîneur pour bien diriger le client. Les participants n'ont pas nécessairement atteint tous leurs objectifs, mais ont tout de même progressé dans leur démarche. Par exemple, certains ont compris les effets positifs qu'un tel programme pouvait apporter sur leur santé. D'autres ont aperçu une amélioration de leur condition physique et de leur santé en général.

4.4.3 Prendre conscience des réalités reliées à la modification des différentes habitudes de vie

Efforts exigés

La modification des habitudes de vie est un processus assez complexe et peut sans doute impliquer diverses expériences et émotions mitigées (Condon et McCarthy, 2006).

Au départ, lors de la première entrevue, la majorité des participants croyaient en leur capacité de changer plusieurs de leurs habitudes de vie et étaient déterminés à fournir les efforts nécessaires afin d'améliorer leur condition. Ils semblaient donc tous conscients des tâches et du temps qu'elles impliquaient puisque qu'ils s'étaient adonnés à quelques tentatives dans le passé pour modifier leur mode de vie pour un meilleur. On peut constater dans les entrevues que cette clientèle a vécu de multiples expériences antérieurement, plutôt négatives, les rendant donc plus vulnérables à l'abandon. Plusieurs ont constaté que les expériences face au changement des habitudes de vie impliquaient de nombreux efforts autant auprès de soi-même que pour son environnement. Malgré cette constatation, leur attitude positive du départ et leur prise de conscience face aux réalités de la modification du mode de vie leur donnaient un bon départ dans le programme (voir aussi Annexe A, section 4.4.3 : Efforts exigés).

«Je n'ai jamais pensé auparavant de façon sérieuse de faire un changement. J'ai l'impression que ça demande beaucoup de temps puis d'effort, surtout quand tu veux changer ta façon de vivre, pour être plus en forme, ce n'est pas juste toi qui doit changer, c'est tout ton environnement...femme, travail, etc. Je suis conscient que je dois changer plusieurs de mes habitudes de vie mais je trouve que c'est trop d'efforts...» (S1) (E1)

Le participant suivant a subi un infarctus en 2005, un an avant son inscription au centre Formavie. Au moment de la première entrevue, il était déjà engagé dans un

processus de changement de certaines habitudes de vie, ce qui ne semblait pas être toujours évident dû à son environnement et aux efforts que ça demandait:

«L'alimentation il y a eu des essais, mais moins concluants...ma femme et moi mangeons différemment. Moi je n'ai jamais embarqué dans ce qu'elle embarquait. Alors je retombais dans l'alimentation que j'avais auparavant...donc trop grasse. Je pense que là, après mon infarctus, il y a déjà beaucoup de changements. J'évite tous les aliments Fast Food dans l'ensemble. Je ne te dis pas que parfois je ne vais pas tricher... Avec le temps, la sédentarité, il y a une perte de tonus musculaire. Et c'est un manque que tu as l'impression que tu ne seras jamais capable d'augmenter... plus ça va, plus tu te laisses aller et plus tes muscles s'atrophient. Pour le stress, au niveau du travail, il n'y a pas grand-chose à faire avec le travail que je fais. J'essaie de gérer mon stress, je prends les choses différemment. Après un infarctus, c'est certain qu'on prend les choses différemment. C'est pas toujours positif dans le sens que parfois on se dit: je m'en sacre...! Dans le passé plus lointain, l'activité physique n'était pas un problème. Je n'ai jamais essayé d'arrêter de fumer ni même de diminuer. Dans mon esprit, je fumerai toute ma vie, point final! Avec l'infarctus, j'avais beaucoup ralenti à cause que j'étais à l'hôpital mais dès ma sortie, la première chose que j'ai fait c'est que je me suis allumé une cigarette.» (S6) (E1)

On constate que l'environnement d'un individu peut avoir des enjeux positifs ou négatifs dans son processus de changement des habitudes de vie. L'Organisation Mondiale de la Santé (2002) affirme que le mode de vie est influencé par l'interaction entre les caractéristiques personnelles, les rapports sociaux et les conditions de vie socio-économiques et environnementales d'une personne.

Expériences négatives

Il y a des individus qui ont eu des expériences plus négatives dans le passé en essayant de modifier certaines habitudes de vie. Cela a beaucoup joué sur leur motivation (voir aussi Annexe A, section 4.4.3 : Expériences négatives):

«J'ai déjà essayé de faire un régime. C'était beaucoup trop compliqué et ça m'a découragé. Ce n'était pas du tout réaliste pour moi. Je me suis aussi entraîné dans un centre de conditionnement physique. Là-bas, il n'y avait aucune supervision. Ça m'a découragée complètement. J'ai abandonné il y a environ 1 an.» (S9) (E1)

«Comme je l'ai dit, je m'entraînais à Énergie Cardio et je n'ai vraiment pas aimé l'expérience. J'ai fait des régimes, j'avais perdu 60 livres et je les ai tous reprises et même davantage. Ça m'a beaucoup découragé. J'aime mieux bien manger, manger plus de fruits et de légumes que de faire des régimes.» (S10) (E1)

Engagement

«L'engagement» a été une autre réalité partagée par quatre participants lors de la première et la deuxième entrevue quant au processus de changement des habitudes de vie. Dans un programme de prévention des MCV, comme à Formavie, le participant doit s'impliquer, signer un contrat d'engagement de réussite des objectifs. Il y a certaines personnes pour qui le fait d'être pleinement engagées dans quelque chose, devient une motivation les poussant à être plus assidues à leurs activités :

«...l'obligation d'être là, on prend l'engagement d'être là, alors même s'il y a des matins où on voudrait faire autre chose, c'est une obligation d'y être, alors je crois que c'est important d'avoir un suivi qui est fait régulièrement.» (S1) (E1)

«Ça devient une obligation pour moi d'aller m'entraîner, alors c'est super! Je dois me présenter car il y a un entraîneur qui m'attend. Je crois que ça prend un programme de ce type pour réussir mes objectifs.» (S9) (E1)

Certains ont avoué que, puisqu'ils s'étaient inscrits à Formavie avec un entraîneur, ça les incitait à venir à leur entraînement, un peu comme s'il y avait une entente ou un engagement pris avec ce dernier:

«Ce programme m'aide à être assidu, car on se force à faire des choses vu que l'entraîneur est toujours à tes côtés.» (S2) (E2)

«Tu sais que la personne t'attend pour faire ton entraînement...» (S10) (E2)

Objectifs fixés versus objectifs atteints chez les participants observants

Il est crucial, dans les programmes de prévention des MCV basés sur la modification du mode de vie, que les objectifs au départ soient réalistes. Dans l'étude de Siegert et Taylor (2004), on mentionne qu'un objectif idéal est un objectif qui est «spécifique», «mesurable», «orienté à travers une activité», «réaliste» et réalisable dans un «temps alloué». Les participants de Formavie étaient très ambitieux à l'idée d'apporter plusieurs changements dans leur quotidien. Par contre, si on regarde les contrats de réussite des objectifs, les questionnaires de départ sur les intentions des clients et les commentaires des kinésiologues, les objectifs fixés étaient plus nombreux que les objectifs atteints. À travers le programme, on a calculé en moyenne que les participants avaient atteint un objectif. Par ailleurs, on s'est aperçu qu'ils s'en étaient fixés au moins trois. Après avoir complété le programme d'entraînement, certains avaient une perception positive et souvent même meilleure qu'au départ des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV. Ils ont constaté que ce programme les avait aidés à avoir une meilleure condition physique (voir aussi Annexe A, section 4.4.3 : Objectifs fixés versus objectifs atteints chez les participants observants)

«Même si je n'ai pas atteint tous mes objectifs, je crois que mes objectifs étaient réalistes. Quand tu pars avec pas grand-chose, c'est difficile de modifier les vieilles habitudes de vie... tu dis: je vais venir m'entraîner 2 fois par semaine, au début ce n'est pas évident, mais avec le temps, c'est plus facile. Et là tu te dis: J'ai

payé pour, il y a quelqu'un qui m'attend, il faut que je me dépêche car sinon, je vais avoir payé pour rien. Le support, le fait qu'il y ait quelqu'un qui t'attend, ça ne te donne pas le choix de venir. Je préfère aller à une place où quelqu'un m'attend et me dis: on va faire ça ensemble, c'est plus encourageant qu'un Nautilus. Je l'ai déjà fait puis au bout de trois mois, j'avais débarqué. Ici, ça fait déjà 6 mois puis je continue toujours à venir. C'est sûr que tu dois en faire une priorité. C'est de trouver une façon d'inclure l'exercice dans mon quotidien, comme par exemple, le samedi matin quand je vois qu'il fait beau, prendre le temps d'aller promener le chien...Aussi, de m'inscrire à des activités que j'aime...» (S1) (E2)

Le même scénario s'est produit chez ce participant. Il a réussi à vivre de belles expériences à travers l'entraînement, comme par exemple la sensation d'être plus en forme, mais n'a pas réussi à atteindre les objectifs qu'il souhaitait.

«Je n'ai rien changé vraiment... juste l'activité physique que je fais mieux. Mon entraînement, j'y suis venu pas mal 3 fois par semaine. L'alimentation j'ai énormément de misère avec ça... c'est vraiment de ma faute, car Formavie m'a tout donné les outils nécessaires pour réussir. C'est très difficile pour moi de changer des habitudes de vie à cause de mes activités familiales. J'ai deux enfants..., on est 6 soirs par semaine dans les arénas, et au travail, c'est quasiment impossible de bien manger. Il faudrait qu'il y aille un médecin à côté de

moi qui me dise que je vais mourir du cœur la semaine prochaine, ce serait la seule motivation que je pourrais avoir à changer mon alimentation...il y a certaines périodes de temps que je suis encore assez stressé...avec l'activité physique, je pense que ça l'a baissé mon stress de beaucoup. J'ai encore un surplus de poids incroyable mais au point de vue physique et efficacité, c'est de 75 à 80 % mieux. J'ai toujours les mêmes doses par rapport aux médicaments, sauf qu'au moins, maintenant elle est contrôlée à 100 %. Par rapport à au début c'est le jour et la nuit. Ça fait déjà 6 mois que je suis là-dedans...sans être découragé, j'ai hâte de voir un changement par rapport à mon poids.» (S9) (E2)

Cette participante a aussi amélioré sa forme physique et se sent plus en forme, mais n'a pas réussi, en six mois, à atteindre tous ses objectifs. Parfois, elle sent que c'est difficile de passer à travers ce processus de changement du mode de vie:

«J'ai eu de la difficulté au début, puis encore! Je ne suis pas une fille d'exercice et j'ai des problèmes chroniques...donc je n'arriverai jamais avec le plafond de performances que j'aimerais avoir. Ça n'a jamais été imprégné dans ma routine de vie alors c'est sûr que ça demande un effort...Il y a des fois où je vois que ça m'améliore pis d'autres fois...que ça me diminue. J'essaie toujours d'informer l'entraîneur le plus possible (ex.: douleurs) pour pouvoir arriver avec un programme qui est vraiment adapté pour moi et que j'ai le goût de continuer. En général, je suis plus en forme, j'ai une tolérance plus élevée à l'entraînement, j'ai

été renforcée au niveau musculaire...J'ai atteint quelques-uns de mes objectifs...Il reste à poursuivre le programme pour atteindre les autres...Une étape à la fois. Je ne veux pas arriver avec des exigences trop rigides car je me connais, je l'ai déjà fait et ça n'a rien donné, donc je veux être plus réaliste dans mes choix que je fais et d'avoir une assiduité au travers mes décisions...c'est difficile de passer à travers ces changements ...mais je suis plus sensibilisée à tout ça (ex.: alimentation).»

(S10) (E2)

On peut constater en lisant les citations que les participants qui au départ, étaient très réalistes en sachant que ça n'allait pas être une tâche facile d'inclure de l'activité régulière à leur horaire ou de modifier leurs vieilles habitudes. Ils l'ont par ailleurs, reconfirmé à la fin du programme. Ils n'ont pas tous atteint les objectifs qu'ils s'étaient fixés, mais ont par contre réussi à trouver des façons d'optimiser leurs heures d'activité physique par différents moyens, comme apprendre à se connaître et trouver des activités adaptées à eux.

Une participante, qui avait eu une mauvaise expérience avec l'entraînement et qui avait tenté plusieurs régimes avant sa participation à Formavie, a su trouver beaucoup de points positifs lors de sa participation au programme, que ce soit pour les conseils que les kinésologues lui donnaient ou l'environnement de la clinique. Les propos de cette dernière ainsi que les divers propos présentés précédemment par des participants en rapport avec l'influence des expériences négatives ou positives sur la

motivation, nous confirment le concept de «**perception d'efficacité personnelle**». Ce dernier, bien démontré par Bandura (1977), peut être un facteur influençant l'observance à ces programmes. La théorie de Bandura affirme que l'aspect cognitif des gens quant à leur capacité d'accomplir quelque chose peut influencer leur motivation et leurs actions. (voir aussi section 4.8, Facteur N° 2).

«J'étais déjà abonnée à un autre endroit...on n'était pas accompagné d'un kinésologue...un peu laissée à moi même. J'avais ma routine... je n'avais pas l'impression que j'avais travaillé fort. J'aime l'environnement de Formavie. Ma kinésologue me donnait des conseils sur la nutrition... J'ai changé beaucoup...je suis plus consciente. Je prends des marches aussi à la maison...j'ai perdu 20 livres depuis que je m'entraîne... Je fais moins d'hypertension, moins de cholestérol, je me sens plus en forme. Ça devient une discipline, une drogue, une habitude...ton corps en a besoin... Alors tout ça, c'est grâce à l'encouragement et les expériences. Mon conjoint- même s'il ne s'entraîne plus- m'encourage... les personnes que je côtoie s'aperçoivent que je maigris et me disent: «c'est l'un tu as l'air plus en forme qu'avant...» Puis, il y a des réflexes que je n'avais pas avant ...quelque chose de gras, je n'ai même plus le goût de manger ça... des changements qui ont été faits pour de bon. Parfois c'est facile de modifier certaines choses et des fois c'est difficile. J'ai atteint un petit plateau...je trouvais ça un petit peu plus dur parce qu'au niveau du cardio, on veut que j'atteigne sur les appareils des fréquences plus élevées...au début je trouvais ça difficile de

monter l'escalier ici, mais à la longue, c'est moins dur qu'avant. Moi c'est ma motivation personnelle. Je suis contente de moi, car je ne pensais pas me rendre là...» (S10) (E2)

«Ma perception est meilleure, parce que je me suis aperçue qu'au niveau cardiovasculaire il y a beaucoup d'amélioration, moins d'essoufflement, j'ai vu beaucoup de changements depuis le mois d'avril avec l'entraînement, des changements au niveau de l'alimentation... Je m'aperçois que ça améliore ma condition de vie. Surtout à l'âge que j'ai, 55 ans...Ça fait baisser mon cholestérol. J'avais un cholestérol élevé puis plus ça va, avec tout ça, ça descend de plus en plus. Je prends moins souvent mes pompes...» (S10) (E2)

Modifier les habitudes de vie s'est avéré plus facile pour certains individus, comme l'a été le cas du participant suivant qui croyait pouvoir réussir:

«J'étais un gros fumeur, je fumais sûrement 40 cigarettes par jour. À l'âge de 44 ans, j'ai décidé d'arrêter complètement d'une manière immédiate. J'ai jeté le paquet de cigarettes qui restait, j'ai mis de côté mon briquet et ça a été terminé. Ça a été aussi facile que ça et je n'ai pas souffert et je ne regrette pas. J'ai toujours bien mangé.» (S2) (E1)

Ici, la participante en question nous a confié que ce qui l'avait motivée à poursuivre le programme et à ne pas abandonner était de ressentir des améliorations dans sa condition de vie :

«Ce qui m'a aidée à continuer, c'est réellement le rendement, le fait que je me sentais mieux après, pis de dire que je ne verrai pas une amélioration à 100 % dans les semaines qui vont suivre, c'est à long terme ou moyen terme que ça arrivera. Je me dis que le petit peu que j'ai acquis, c'est ça en plus. Et au fur et à mesure que je vais continuer, je vais voir de plus grandes améliorations. Et une constance qui va être présente plus que maintenant, car j'ai été prise à zéro. Je ne peux pas m'attendre à voir des miracles...» (S11) E2)

Un participant a mentionné à la deuxième rencontre qu'il était primordial de se fixer des objectifs. Lui, qui avait suivi des régimes sans succès, a réussi par l'entremise des objectifs réalistes à modifier plus facilement ses habitudes de vie. Il y a eu des épreuves durant sa participation au programme. Par exemple, au moment de la deuxième entrevue, il venait d'apprendre qu'il avait le cancer. Ça ne l'a toutefois pas empêché de continuer d'avoir une attitude positive face à son état de santé et de maintenir sa motivation. Il a appris dans ce programme l'importance de se fixer des objectifs réalistes, qui peuvent avoir rehaussé sa **«perception d'efficacité personnelle»**:

«...Tu passes d'un but à un autre sans même t'en rendre compte, car ton corps commence à atteindre une meilleure forme physique et tu te retrouves dans une

situation où le but que tu t'étais fixé au départ qui, semblait si difficile à atteindre et si loin, arrive plus facile que tu l'aurais cru. Ça devient donc encourageant de cette façon-là de modifier certaines de nos mauvaises habitudes de vie. Même que parfois tu te dis: ce n'est pas le but que j'aurais dû me fixer.» (S3)(E2)

Ce même participant, qui avait débuté le programme avec beaucoup d'objectifs en tête, a réalisé qu'il devait les classer par priorité. Par exemple, avant de pouvoir rejouer au tennis, il devait d'abord améliorer sa forme physique et sa santé :

«Au fait, lorsque j'y pense aujourd'hui, c'était un peu ridicule, car avant de pouvoir jouer au tennis, il y a tellement autres choses que je devais accomplir qui étaient plus importants, comme devenir en meilleure forme physique.» (S3) (E2)

Même si nos participants observants se sont dits satisfaits de leur progression, il est important, si l'on veut éviter le découragement et la démotivation et rehausser la perception d'efficacité personnelle, que les objectifs soient revus de près et avec constance avec les entraîneurs. Lors des entrevues de la fin, nous avons eu affaire avec une clientèle encore plus lucide et plus éveillée face aux réalités reliées à la modification des habitudes de vie. Les participants de l'étude, qui pour la plupart étaient toujours dans une étape de changements, ont su nous décrire plusieurs de leurs expériences et leurs émotions vécues à travers le programme.

Objectifs fixés versus objectifs atteints chez les participants qui ont abandonné

Il est facile de repérer un plus grand sentiment de satisfaction quant au cheminement, chez ceux qui ont atteint une majorité de leurs objectifs ou ceux qui se disaient très près de la réussite. Il est normal de constater de l'insatisfaction ou de la déception chez les individus ayant échoué à leurs objectifs. Chez certains participants, cela a même provoqué un sentiment de frustration et de démotivation de ne pas pouvoir être capables de persévérer. Les difficultés rencontrées représentaient un défi trop important pour réussir à les surmonter. Ces participants, qui avaient au départ des objectifs réalistes et précis en tête - comme d'être plus actifs physiquement ou de cesser la cigarette par exemple - n'ont pas réussi à changer leurs mauvaises habitudes et ont même choisi d'abandonner le programme pour différentes raisons. L'environnement, la motivation et l'état de santé ont pu être des raisons expliquant leur abandon (voir aussi Annexe A, section 4.4.3 : Objectifs fixés versus objectifs atteints chez les participants qui ont abandonné).

«... je ne savais même pas que je faisais de l'hypertension. Ça m'est sauté dans la face une journée. Peut-être que si je l'avais su, je serais allé voir un médecin, mais je ne m'étais jamais aperçu de ça...Même quand le médecin m'a dit que ma pression était haute, je ne voyais encore pas la différence. Aujourd'hui je vois la différence. Le programme d'entraînement à Formavie me demandait beaucoup d'efforts...je ne suis vraiment pas en forme, je m'épuise déjà vite d'avance. Tu sais comment c'est, tout le monde fait de l'exercice puis tu veux essayer de suivre, puis

ce n'est pas mieux, je passais le reste de l'après-midi à rien faire à cause que j'étais épuisé. C'est un peu d'orgueil que tu vas me dire, mais c'est ça pareil. Je me suis tanné puis je me suis dit que j'étais pour faire des marches mais je ne l'ai pas fait. En plus, je travaille 60 à 70 heures par semaine... Il manquait un peu de volonté de ma part aussi. C'était très difficile pour moi de changer mes habitudes de vie. Même si mes objectifs étaient réalistes, je ne les ai pas atteints.» (S8) (E2)

À travers la lecture des citations, on s'aperçoit que les personnes ayant une plus grande perception de contrôle sur le comportement et une meilleure «**perception d'efficacité personnelle**» ont été plus satisfaites quant à leur cheminement vers l'atteinte d'objectifs (voir aussi section 4.8, facteur N° 2). Cooper, Lloyd, Weinman et Jackson (1999) ont aussi démontré que les patients croyant que leur condition peut être contrôlée participent davantage à ces programmes.

Besoin de motivation

Des individus ont réalisé avec le programme qu'ils avaient besoin d'une motivation pour les aider à passer à travers le processus de la modification des habitudes de vie. La «**motivation**» est le troisième facteur identifié pour cette étude ayant une influence sur la participation et l'observance à ces programmes (voir aussi section 4.9, Facteur N° 3).

Lorsque nous avons demandé quel était leur degré de motivation sur une échelle de 0 à 10 à participer au programme de prévention primaire et secondaire des MCV de Formavie, la moyenne sur 10 de leur degré de motivation était de $8.45/10 \pm 2.22$. Neuf des dix participants se sont inscrits au programme avec une grande motivation dès le départ. D'une autre part, un participant (S8) a évalué sa motivation sur dix comme étant à 3. À la fin du programme, leur degré de motivation à continuer de participer au programme, à participer à un autre programme de prévention des MCV ou à poursuivre un entraînement non supervisé était partagé chez les participants. Deux participants sur dix n'avaient aucune motivation de continuer de prendre part au programme Formavie:

«J'aimerais pouvoir te dire oui à 8 par exemple si ce n'était pas de l'argent.»

(S6) (E2)

Un des participants en question était par contre prêt à prendre part à un autre programme orienté vers la modification des habitudes de vie et l'autre ne désirait pas être attaché à aucun programme de ce type. Quant aux huit autres participants, leur motivation de continuer un programme supervisé chez Formavie était très élevée:

«J'ai une assez bonne motivation, donc je te dirais entre 7 et 8. Je ne peux pas m'accorder un 100 % car il y a des journées que je dois me donner un coup de pied dans le derrière, puis je me dis que je pourrais en faire plus. Donc il y a une négligence de ce côté-là. Mais je me dis quand même que je suis présente et c'est déjà ça.» (S11) (E2)

Par ailleurs, cinq d'entre eux n'avaient pas vraiment d'intérêt à s'entraîner à un autre endroit car ils se sentaient comblés chez Formavie.

«... je n'ai pas l'intention de changer. Moi ça me convient. La journée où je me remettrai en questions face au programme ou les gens qui m'entraînent, là je commencerai à réviser l'endroit. Mais là je n'y pense même pas !» (S11) (E2)

Les trois autres participants étaient ouverts et motivés à l'idée de prendre part à un autre programme semblable à celui de Formavie. Finalement, trois individus de notre groupe ont démontré un intérêt à poursuivre un entraînement non supervisé à la maison. Les autres ont avoué avoir un faible intérêt ou aucun intérêt pour ce type de programme.

«Je vais être honnête, j'ai vraiment besoin d'une motivation. Comme je t'ai dit, il y a deux groupes de personnes. Moi j'ai besoin de quelqu'un comme toi pour m'encourager.» (S3) (E2)

«Peut-être, comme prendre des marches. Je vais peut-être faire ça un peu plus tard, je ne sais pas quand...» (S8) (E2)

Pour ce participant, il a dû aller chercher une source de motivation quelconque pour l'encourager (voir aussi Annexe A, section 4.3.3 : Besoin de motivation).

«Je me suis pris en main. Un jour je me suis dit : je dois faire quelque chose. J'ai un petit gars de trois ans alors si je veux continuer d'être en forme pour quand il va grandir et pour courir après, je me garde en forme un peu. J'étais motivé à

m'entraîner à cause de mon fils. Alors c'était clair dans mon esprit qu'il fallait que je fasse de quoi. Je crois que j'ai atteint cet objectif. Avant, j'étais moins motivé. Mais là, quand tu fais un entraînement comme ça, tu te dis, regarde, je suis encore en forme, je suis encore capable de le faire. Alors ça t'aide à bouger plus.» (S7) (E2)

Autres difficultés pouvant causer l'abandon

Les participants de cette étude avaient tous vécu diverses expériences afin d'apporter des changements pour améliorer leur santé. Ils savaient un peu à quoi s'attendre en espérant que cette fois-ci, l'expérience soit plus facile et que les changements se manifestent à court et à long terme. À la fin, certaines personnes nous ont reparlé des mêmes expériences et des mêmes émotions: «c'est difficile de changer...», «c'est facile de retomber dans les vieilles habitudes....». Par contre, la majorité des personnes ont partagé des réalités différentes de celles vécues dans les programmes auxquels elles avaient pris part auparavant. Les expériences plus négatives vécues dans le passé, comme la difficulté d'être observant à l'entraînement et toujours avoir «une bonne excuse» pour s'absenter à la séance, ont eu tendance à être répétées par certains participants dans le nouveau programme. Cela peut expliquer le faible taux de réussite des objectifs. C'est entre autres une des raisons pour lesquelles l'entraîneur se doit de travailler avec son client. Les deux ensembles doivent discuter de ces réalités et trouver des solutions concrètes pour améliorer certaines situations. On reconnaît que

la capacité d'adaptation et d'apprentissage à travers les expériences vécues, donc «**la prise de conscience face aux différentes réalités**» qui accompagnent le processus de changement des habitudes de vie peuvent nettement changer la perception des gens par rapport aux programmes de prévention primaire et secondaire des MCV (voir aussi section 4.7, facteur N° 1).

4.5 Thème 3 : Identifier les barrières reliées à la pratique de l'activité physique

L'étape suivante consistait à demander aux participants d'identifier les barrières qui pouvaient les entraîner dans la sédentarité, l'abandon d'un programme ou la démotivation lors de l'entraînement. Ce troisième sous-thème était également abordé au début et à la fin du programme. Comme les participants avaient une expérience supplémentaire avec l'entraînement à la fin du programme, les propos étaient comparés pour déterminer si cette expérience les avait aidés à mieux discerner les barrières reliées à leur sédentarité ou leur niveau d'activité.

Plusieurs barrières ont été identifiées chez notre groupe tant au début de l'étude qu'à la fin. Cependant, les raisons expliquant la démotivation, le manque d'assiduité ou la sédentarité chez certains différaient entre la première et la dernière rencontre. Les barrières identifiées lors de la première entrevue étaient toutes basées sur des expériences vécues antérieurement, dans d'autres centres d'entraînement. On a beaucoup parlé à ce moment-là d'un manque de motivation, d'autodiscipline, de supervision, de temps, de découragement, de stress et de condition ou d'état de santé

comme étant des facteurs qui les empêchaient de pratiquer des activités physiques. Pour la deuxième entrevue, les barrières identifiées ont été les suivantes : manque de motivation et d'autodiscipline, stress et manque de temps, condition ou état de santé, inconfort musculaire et articulaire et moyens financiers.

4.5.1 Manque de motivation et d'autodiscipline (E1 et E2)

Comme le mentionne l'étude d'Evenson et Fleury (1999) le manque de motivation représente une barrière dans les programmes de réadaptation cardiaque et il est un phénomène très courant dans ces programmes. Nous avons pu constater en relisant les citations que la motivation est aussi importante quant à la réussite des objectifs dans un programme de prévention. Un participant a mentionné lors du premier entretien :

«Avant, il m'était impossible d'être assidue et motivée.» (S11) (E1)

Davantage de participants ont mentionné lors du deuxième entretien que la motivation était un problème dans leur niveau d'activité:

«Je devais me motiver à aller à mon entraînement, ce qui n'est pas toujours évident.» (S3) (E2)

«Il y avait un manque de volonté et aussi un manque de temps.» (S8) (E2)

«L'entraînement, ce n'est pas quelque chose de naturel pour moi, alors je dois me motiver plus que les autres. Pour la motivation, pour la rigidité du programme, de continuer dans la même vision que j'avais quand je me suis inscrite.» (S11) (E2)

Lors de la deuxième entrevue, il a été indiqué que l'autodiscipline avait été déficiente, ce qui les empêchait d'atteindre des objectifs souhaités:

«En plus, je suis en congé de maladie présentement, alors ce n'était pas le temps qui me manquait. C'est vraiment de l'autodiscipline, car la motivation, je l'ai. Sachant que l'autodiscipline est déficiente, je ne réussissais plus à m'auto-discipliner quand j'allais à Formavie. Étant donné que l'autodiscipline personnelle n'est pas vraiment là, une obligation sociale aurait pu m'aider. Quand j'étais à Formavie, je l'ai fait avec des amis donc c'était motivant pour moi d'être avec des amis. On se rejoignait là, on faisait ce qu'on avait à faire, on parlait... Pour moi ça c'était plus motivant, c'est ce qui m'aidait moi à être motivé.»

«Je ne perds pas beaucoup de poids, mais je sais c'est quoi le problème et là, c'est juste à moi à le décider.» (S9) (E2)

4.5.2 Manque de supervision (E1)

Comme mentionné dans d'autres études également, le manque de supervision peut représenter une barrière dans les programmes de prévention des MCV et peut influencer l'adhésion à ces programmes (Wignham et al. 2006)

«À Nautilus, je ne savais pas vraiment quoi faire. Alors je ne me sentais pas à l'aise avec les exercices.» (S8) (E1)

«Il y avait un manque de supervision à l'entraînement ce qui m'a découragé.»
(S9) (E1)

4.5.3 Découragement (E1)

«Je ne voyais pas de résultat, alors il y avait un découragement.» (S10) (E1)

4.5.4 Stress et manque de temps (E1 et E2)

Comme dans l'étude de Daly, Sindone, Thompson, Hancock, Chang et Davidson (2002), le stress et le manque de temps étaient également des barrières partagées par plusieurs des participants au début de l'étude:

«Moi avec le travail que je fais, je commence à 6h15 le matin et je finis à 5 heures le soir. Mes journées sont assez longues. Quand tu arrives le soir et que tu commences tôt le matin, je suis fatigué, je vais promener le chien, j'arrive je dois préparer le souper et après je n'ai pas le temps pour l'entraînement.» (S1) (E1)

«Commencer à faire de l'exercice est un stress pour moi, en plus des autres stress personnels.» (S4) (E1)

«Le stress de l'emploi aussi, qui fait que tu arrives chez toi très fatigué, tu n'as pas le goût de rien faire d'autre. Tu t'assois sur le divan avec un sac de chips et regardant la TV.» (S6) (E1)

Le stress et le manque de temps, des facteurs présents chez certains participants au départ, étaient toujours présents à la fin (voir aussi Annexe A, section 4.5.4).

«J'ai essayé de trouver des façons de diminuer mon stress, mais ça n'a pas fonctionné à cause du travail. Je ne suis pas capable de me dispenser des situations qui arrivent au travail, jusqu'à avoir des ulcères d'estomac. C'est stressant, puis inquiétant. Je prends des médicaments pour essayer de calmer ça. Ça affecte beaucoup mon horaire. Tu ne files pas, quand tu manges, tu as mal au ventre, tu ne manges pas de façon équilibrée... Ça affecte mes performances dans les activités physiques, le moral, la motivation, tu ne veux plus venir t'entraîner, tu es fatigué...J'ai parlé même avec mon médecin et il m'a dit que l'exercice aide mon cœur à bien pomper, mais ça ne diminuera pas de façon substantielle ma pression artérielle. Si j'avais réussi à contrôler mon stress, j'aurais été capable d'atteindre davantage mes objectifs. Et une meilleure gestion de temps à travers tout ça.» (S1) (E2)

4.5.5 Condition physique ou état de santé (E1 et E2)

Avant de débiter le programme, il y en a pour qui la condition physique ou l'état de santé représentait un facteur les empêchant parfois d'être physiquement actifs:

«Ma maladie du(sic) Crohn.» (S7) (E1)

«... j'ai eu un très gros accident à l'âge de 21 ans qui m'a handicapé énormément. Depuis cet accident, j'ai toujours été handicapé et j'ai été obligé d'arrêter de faire du sport...» (S2) (E1)

«Pour ce qu'est de l'activité physique..., plus j'approchais de l'événement –mon infarctus-, moins j'en faisais et moins j'étais capable d'en faire. Donc la sédentarité a été pour moi un problème majeur.» (S6) (E1)

«Et en plus avec ma maladie et la dialyse, ça complique les choses.» (S8) (E1)

L'état de santé de certains participants était plus sérieux que d'autres. Leur maladie a représenté une barrière importante qui les a amenés à être inactifs à certains moments de l'étude. Un des participants qui avait déjà fait un infarctus dans la même année, a appris lors du programme qu'il avait un cancer:

«C'est sûr qu'en ce moment, avec mes médicaments et ma condition à présent, ça me demande énormément d'efforts pour mon cœur.» (S3) (E2)

«Évidemment, après ma myocardite virale, ça a changé mes activités, c'est sûr. Sur le coup j'étais essoufflé quand je travaillais... Dans mon cas, ce qui me ralentit dans l'atteinte de mes objectifs, ce sont mes problèmes de santé.» (S2) (E2)

«Les difficultés étaient reliées à ma santé... Une meilleure forme en partant, ça c'est certain que ça aurait aidé. J'ai dû abandonner à cause que j'étais trop fatigué dû à ma dialyse. J'ai abandonné après le 8^{ème} entraînement.» (S8) (E2)

«... souffrir ce n'est jamais le fun. Je suis toujours mort quand je sors de là! Ils me font travailler fort, je te le jure!» (S9) (E2)

«Je ne suis pas contre la réadaptation cardiaque, excepté qu'il faudrait que j'y aille d'un autre rythme. Faudrait que ce soit fait différemment. Mais je ne suis pas sûr que ça me tente aussi... c'était trop difficile avec mon état de santé et ma dialyse. (S8)(E2)

«Mon conjoint et son cousin ont abandonné à cause du temps ou parce qu'ils trouvaient ça trop dur. Ce que je m'aperçois par exemple, c'est que les personnes qui ont des maladies plus spécifiques, comme la dialyse ou autres...il faudrait adapter les exercices car ils ont moins d'énergie par exemple que moi je peux en avoir. Je me souviens d'un samedi matin, j'étais avec mon conjoint, nous sommes sortis fatigués, mais lui était complètement épuisé. Ces maladies, les gens connaissent moins ça, donc on leur en demande peut-être trop. Nous, nous avons le même entraînement, mais lui s'il était fatigué sur le vélo, on le modifiait un peu. Je sais qu'ici, c'est un programme qui débute, mais je crois que s'ils veulent aller chercher plus de monde, comme par exemple ces groupes-là, il faut que ce soit adapté à eux...Et je sais qu'il voulait le faire, donc ce serait bien de s'informer pour savoir ce qu'il faut faire avec ces personnes-là. C'est sûr que ça demande plus de personnel, mais ça attirerait beaucoup plus de monde.» (S10) (E2)

4.5.6 Inconforts musculaires et douleurs articulaires (E2)

Après 6 mois d'entraînement, d'autres barrières ont été identifiées. Par exemple, l'inconfort musculaire ou articulaire due à l'entraînement en a incommodé plus d'un (voir aussi Annexe A, section 4.5.6).

«Évidemment, après ma myocardite virale, ça a changé mes activités, c'est sûr. Sur le coup, j'étais essoufflé quand je travaillais, etc., etc. Également, dans le cas présent, je suis courbaturé le lendemain. Ça fait trois jours que je suis courbaturé puis je ne sens plus mes articulations. Alors j'ai dit à mon entraîneur «on va essayer d'y aller un peu plus doucement.» Ce n'est pas drôle que lorsque tu entreprends un programme d'exercice, tu sois courbaturé et que tu aies des douleurs.» (S2) (E2)

Donc, chez 4 participants sur 10, les comorbidités ont été une barrière limitant l'activité physique. Ceci est aussi retrouvé dans la littérature, entre autres dans l'étude de Fischer, Sharloo, Abbink, Thijs-Van, Rudolphus, Snoei, Weinman et Kaptein (2007) sur la participation et le taux d'abandon dans un programme de réadaptation pulmonaire. La raison principale anticipée par les participants, expliquant une possibilité d'abandon au programme, a été la difficulté des entraînements puisque 5 participants sur 12 ont exprimé une inquiétude à cet égard. Par exemple, si les activités allaient dépasser leurs capacités, ils n'allaient pas poursuivre le programme (Fischer et al. 2007).

4.5.7 *Moyens financiers et autres raisons (E2)*

Lorsqu'il est venu le temps de demander aux participants ce qu'ils avaient moins apprécié de ce programme, les commentaires ont été très variés. Il y a certainement le côté financier qui a pu avoir un impact sur la perception de quelques participants face à ces programmes, dont deux de ceux qui ont abandonné (n=4). Cette barrière nouvellement apportée à la fin de leur contrat, a été même une raison les empêchant de renouveler leur abonnement. Cette barrière avait été aussi mentionnée dans l'étude d'Evenson et Fleury (1999). Voici ce qu'un de ces participants a dit:

«C'est l'aspect financier qui m'a arrêté. Dans le fond, j'aurais aimé continuer ça...j'aurais dû continuer ça, pis bon, financièrement, je trouvais que ça devenait difficile un peu...je ne pouvais pas me le permettre ...Tu t'en vas dans un Énergie Cardio ou quelque chose comme ça, c'est beaucoup moins cher, sauf que tu n'as pas le suivi, tu n'as pas le suivi personnel comme il y avait chez Formavie, donc ça ne m'intéressait pas du tout. Mais c'est pour cette raison que j'ai dû abandonner le programme.» (S6) (E2)

«Le prix. C'est sûr que tout coûte cher. Par contre, si tu vas à un endroit où ça te coûte 30 \$, que tu n'as pas de service et que tu n'y vas pas, ça ne t'aide pas plus. Tandis qu'à Formavie, où le suivi est plus personnalisé, tu as plus le goût d'y aller, donc tu en as pour ton argent.» (S7) (E2)

«Il y a toujours le côté financier qui rentre en ligne de compte, qui fait que tu y penses et que tu te dis, l'argent que je mets là-dessus, je ne le mettrai pas ailleurs.»

Une chance par contre qu'il y a les assurances qui couvrent une partie, mais ça reste un facteur qui fait que si je ne pouvais pas avoir une compensation financière par les assurances, je ne suis pas sûre que je pourrais venir deux fois par semaine dans un programme aussi dispendieux. Mais à un moment donné, il faut que tu fasses des choix, c'est pour ça que je me suis dit que je me donnais un an puis après ça je verrai ce que je ferai.» (S11) (E2)

Quant aux différents services offerts à Formavie, il y a des participants qui n'étaient pas comblés à 100 %, par rapport aux appareils ou à la disponibilité des kinésiologues par exemple (voir aussi Annexe A, section 4.5.7):

«J'aimerais qu'il y ait plus d'appareils d'aérobic. C'est sûr que c'est tout petit. J'aimerais qu'il y ait plus de diversité. Ce n'est pas évident quand tu es rendu, 4-5 ou 6 dans la clinique, tu te piles sur les pieds pour avoir un appareil.» (S1) (E2)

«Le journal de bord où tu écrivais tes objectifs, je trouvais ça une lourdeur. Je me dis que ce n'est pas ça qui va me motiver. Et des fois je me disais: merde je ne l'ai pas fait, faudrait que je le fasse ! Ça devenait comme une obligation, pis ça ne m'apportait pas plus.» (S11) (E2)

La capacité d'identifier les barrières à la pratique de l'activité physique est un bon outil quant à l'adaptation à ces programmes. Il vient rejoindre le facteur N° 1, identifié précédemment : **«la connaissance ou la prise de conscience face à sa maladie»**

pouvant influencer l'observance aux programmes de prévention primaire et secondaire des MCV (voir section 4.7, facteur N° 1).

4.6 Thème 4 : Identifier les bienfaits des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV et les facteurs facilitant la pratique d'activité physique (AP)

Daly et al. (2002) ont confirmé que la perception des gens face aux bienfaits de l'AP pouvait avoir une influence positive sur leur condition ainsi que sur la participation ou l'adhésion à des programmes de réadaptation cardiaque. Wingham et al. (2006) mentionnent eux aussi que dans un programme d'AP et de prévention des MCV, la perception des clients importe beaucoup, par exemple pour comprendre les facteurs qui peuvent influencer leurs choix quant à ces programmes.

Condon et Mc Carthy (2006) ont affirmé que le fait d'avoir une meilleure compréhension des expériences vécues par les participants aidera les professionnels de la santé à individualiser les programmes. Pour cette étude, les entrevues nous ont permis de comprendre la perception des participants par rapport à des programmes de prévention des MCV, car les participants ont été invités à s'exprimer sur ce qu'ils pensaient d'un programme d'entraînement jumelé à un programme de modification des habitudes de vie. Les perceptions ont été partagées entre les participants, mais aussi entre la première et la dernière entrevue. Malgré les expériences plus négatives vécues lors de leur participation à des programmes d'entraînement dans différents centres, les perceptions des clients face à des programmes comme celui de Formavie ont été

unanimes: positives au départ. Lors de la première rencontre avec les participants de l'étude, ces derniers ont brièvement exprimé leurs perceptions en mentionnant l'importance de participer à des programmes de modification des habitudes de vie combinés à l'activité physique. Ils ont justifié leurs propos par «le maintien de la santé en général», «le maintien de la santé cardiaque», «la prévention des maladies du cœur», «le suivi serré», «l'endroit privé et le contact personnalisé», «les programmes personnalisés» et «la sensibilisation aux facteurs de risque».

4.6.1 Maintien de la santé en général (E1 et E2)

Lors de la première entrevue, une des opinions émises par les participants de notre étude est que la réadaptation cardiaque est tout simplement essentielle pour entretenir la santé en général et se sentir bien.

«C'est essentiel pour prendre soin de sa santé en général et cardiovasculaire en particulier par une série d'exercices contrôlés.» (S2)(E1)

«Je trouve que ce programme est excellent. J'ai déjà fait quelques séances et je sens que les exercices me font travailler beaucoup et me mettent en forme.» (S3) (E1)

«Je trouve que c'est intéressant, même nécessaire si on regarde la société dans laquelle on vit, on est toujours à la course, on ne prend jamais de temps pour soi, on essaie de trouver des remèdes rapides. La seule façon vraiment pour vieillir en santé, c'est de se mettre en forme, faire attention à ce que tu manges.» (S6) (E1)

«Ça aide, c'est certain. Je vais me sentir moins essoufflé quand je monte les escaliers.» (S8) (E1)

Les deux participants suivants, qui expliquaient leur appréciation de tels programmes par le côté plus privé de ces cliniques, ont apporté d'autres impressions positives à la deuxième entrevue.

«C'est essentiel, surtout dans mon cas pour perdre du poids. Le programme m'a bien aidé le temps que j'étais là. Ma perception est meilleure, car ça m'a fait vraiment du bien.» (S4) (E2)

«Je trouve que ça m'a aidé beaucoup. Pas nécessairement au point de vue forme physique, mais mentale.» (S7) (E2)

4.6.2 Maintien de la santé cardiaque (E1 et E2)

Lors de la première entrevue, trois participants ont mentionné l'importance de participer à ces programmes pour traiter les problèmes cardiaques.

«Je pense que c'est important et essentiel, considérant la condition. Surtout quand tu as un infarctus, il faut passer par là.» (S1) (E1)

«Programme de réadaptation cardiaque ou prévention cardiaque est absolument nécessaire après un incident cardiaque.» (S2) (E1)

«Je crois qu'un programme comme celui-ci nous incite à avoir une performance et à améliorer sa condition.» (S11) (E1)

À la fin du programme, deux participants sont revenus sur l'importance de tels programmes, par exemple pour la prévention des problèmes cardiaques.

«Je trouve ça bien dans mon cas pour continuer à prévenir d'autres problèmes cardiaques que j'aurais pu avoir si je ne suivais pas un programme d'entraînement comme celui-ci. Ma perception est toujours positive, je crois qu'au point de vue cardiaque, c'est très bien. ...le programme m'a beaucoup aidé. ... je trouve ça essentiel pour entretenir la santé cardiaque, rester en bonne santé cardiaque, dans ma condition.» (S2) (E2)

«Moi j'ai beaucoup de cardiaques dans la famille. De l'entraînement, je n'ai pas le choix d'en faire. Je trouve ça très bien.» (S4) (E2)

4.6.3 Suivi serré (E1 et E2)

Le suivi serré lors des entraînements a été un point partagé par la majorité des participants. Ils l'ont davantage exprimé à la fin du programme qu'au début. Les clients ont constaté que leurs entraîneurs étaient présents et les dirigeaient adéquatement lors des séances. Près de la moitié des participants qui ont pris part à l'étude se sont inscrits à cette clinique de kinésiologie afin d'être suivis de près. Formavie est une petite clinique où l'entraînement se déroule principalement en privé et en semi privé. Le suivi est donc une priorité pour le programme et les participants en étaient conscients dès le départ. Ces participants ont commenté sur l'importance d'un suivi de la part de leur entraîneur

pour les motiver et les diriger dans leur entraînement (voir aussi Annexe A, section 4.6.3):

«Faire ses exercices seuls, je ne suis pas tellement d'accord car on ne peut pas contrôler soi-même...je ne suis pas un spécialiste. C'est pourquoi je pense que c'est important d'avoir quelqu'un pour contrôler ce que l'on fait.» (S2) (E1)

«C'est pour cette raison que je me suis inscrit ici, pour avoir un meilleur suivi.» (S7) (E1)

«Ce que j'aime ici c'est qu'il y a quelqu'un avec moi. Je suis déjà allée dans un centre et ça ne m'intéresse pas d'arriver toute seule et personne ne me dit quoi faire. Tu fais des exercices et tu penses que tu les fais bien. Ici, au moins tu as quelqu'un pour te dire quoi faire et te corriger et moi j'ai besoin de ça.» (S8) (E1)

«Un programme comme Formavie est intéressant car tu peux avoir un suivi plus personnalisé et plus serré.» (S10) (E1)

«Tu as toujours quelqu'un qui t'observe quand tu travailles, tu as du feedback tout de suite comme ça.» (S1) (E2)

Les deux participants suivants ont avoué qu'avoir un entraîneur personnel les a certainement aidés à progresser dans le programme et à atteindre des objectifs.

«... le programme est super et ma perception est meilleure que celle que j'avais au départ. Les gens sont autour de toi, et t'aident à avoir une meilleure condition.

Je ne veux pas tout expliquer ma réussite du fait que j'avais un entraîneur, mais je dois avouer que ça m'a énormément aidé.» (S3) (E2)

«Ma perception n'a pas changé... Ça a été dans le seul programme que je me suis investie. Je trouve que je reviens toujours à un même principe, le fait que l'on soit mieux suivi d'une façon plus serrée. Ça motive davantage l'entraînement. On se sent plus confiante. Je trouve que oui, effectivement, quand tu veux rentrer dans un programme, il faut que tu sois suivi d'une façon serrée si tu veux atteindre tes objectifs.» (S11) (E2)

4.6.4 Endroit privé/contact personnalisé/programme adapté (E1 et E2)

Comme les dix participants de l'étude avaient une certaine expérience avec l'entraînement en salle, leurs perceptions par rapport aux programmes d'activité physique favorisant la modification des habitudes de vie ont été basées et, peut-être même biaisées, par rapport à ce qu'ils avaient vécu dans le passé. Une autre des raisons expliquant l'abandon à leur abonnement dans les autres centres, est le contact entre le client et l'entraîneur qui était peu personnalisé et le centre qui était trop gros et achalandé. Les propos de ces individus le démontrent bien (voir aussi annexe A, section 4.6.4):

«C'est pas mal mieux que dans un gros gymnase ou un gros centre. C'est beaucoup plus privé et plus facile.» (S4) (E1)

«Je trouve qu'une petite clinique comme celle-ci, avec un contact qui est plus personnel, c'est plus efficace que les gros centres, style Nautilus.» (S6) (E1)

«Je trouve ça intéressant parce que contrairement à beaucoup d'endroits, c'est plus personnalisé. Ce n'est pas comme dans un gym où tu fais n'importe quoi et que personne ne te parle.» (S7) (E1)

«Je m'attends à travailler plus aussi. Avant, j'allais dans un Énergie Cardio. J'ai été déçue là-bas. Je trouve que dans des gros centres, tu es traité comme un numéro. Avec Formavie, je crois que ma motivation sera meilleure.» (S10) (E1)

La moitié du groupe, donc 5 participants sur 10, qui ont participé à l'étude ont apprécié le programme pour différentes raisons, entre autres à cause de la qualité des programmes supervisés. Ils ont aimé les exercices car ils étaient diversifiés et bien adaptés à leur condition. Par exemple, quelques-uns ont déclaré (voir aussi Annexe A, section 4.6.4):

«... quand tu es rendu à un plateau au bout de trois semaines ou quand tu n'es pas apte ou que tu as de la misère à faire un exercice, on modifie les exercices.» (S1) (E2)

«Ce que j'aime de Formavie, c'est qu'ils offrent un programme diversifié, qui est progressif.» (S11) (E2)

Considérant l'expérience en plus à la fin de l'étude, les impressions des participants face à des programmes d'entraînement misant sur la prévention des MCV ont quelque peu différé. Par exemple, les participants se sont davantage exprimés sur ces programmes, apportant des points de vue supplémentaires pour exprimer leur opinion. Plusieurs des propos de la première entrevue ont été répétés à la deuxième rencontre, le suivi, entre autres, étant présenté comme un élément très positif dans ces programmes.

Dans la prochaine section, on voit les nouveaux énoncés qui ont émergé à la deuxième rencontre, démontrant d'autres perceptions partagées par notre groupe face aux programmes de prévention primaire et secondaire des MCV.

4.6.5 Compétence du personnel (E2)

Le personnel de la clinique a eu une influence positive sur les impressions des clients face au programme. Plusieurs ont parlé de la compétence de leur entraîneur (voir aussi Annexe A, section 4.6.5).

«Les kinésologues m'ont beaucoup aidé, ils donnent de très bons conseils, ils sont compétents aussi, ça c'est sûr.» (S2) (E2)

«Il y en a une tonne de choses positives dans un programme comme Formavie! Les entraîneurs sont tellement dynamiques. Je crois que c'est super important dans un entraînement comme celui-là, d'avoir confiance que la personne en avant de toi va t'aider à atteindre tes objectifs... J'aime travailler avec des jeunes qui ont hâte de

partager leurs connaissances avec toi, tout ce qu'ils ont appris dans leurs études, pour rendre quelqu'un en meilleure santé...» (S3) (E2)

«Tu as quelqu'un qui s'occupe de toi pour te dire: regarde, tu ne fais pas ça comme il le faut. Je sentais que je travaillais bien et que je travaillais les bonnes choses.» (S4) (E2)

«...l'aspect relation humaine qui entrainait là-dedans, les kinésologues compétents, etc.» (S6) (E2)

4.6.6 Soutien professionnel (E2)

Une autre composante de ce programme de prévention primaire et secondaire des MCV est le soutien. Les entraîneurs devaient en tout temps être présents lors de l'entraînement de leur client en leur offrant un support moral et en les encourageant. Par la constatation de plusieurs participants de l'étude, le soutien a été un aspect très apprécié et donc positif dans le programme. Certains ont mentionné que sans le soutien de leur entraîneur, l'atteinte de leurs objectifs aurait été sans doute plus difficile.

«Le support des entraîneurs m'a aidé à atteindre mes objectifs.» (S1) (S7) (E2)

«Sans le support de Guillaume, ça aurait fait comme à l'habitude, j'aurais lâché, ça c'est sûr. Ça m'a super aidé d'avoir quelqu'un avec moi. Et même quand je suis à l'extérieur, il m'appelle la veille. Regarde, c'est ça qui a fait que je suis là.» (S9) (E2)

D'autres ont apprécié l'écoute lors des séances d'entraînement ou lors des moments plus difficiles.

«Ils sont à l'écoute de ce qu'on ressent, de ce que l'on vit, de la manière dont on force, des conséquences des exercices que l'on fait...» (S2) (E2)

«Il y a des jours que c'est plus difficile, car oui c'est dur physiquement. Et tu n'es pas toujours habitué à cet inconfort. Mais les entraîneurs à Formavie sont très à l'écoute et ils sont là avec toi pendant toute l'heure et s'assurent que tu t'en sors bien. Et tu te sens super bien après...» (S3) (E2)

«Et ce que j'aime aussi, c'est que les gens sont à l'écoute de ce que tu dis. Quand tu dis, moi cet exercice-là j'ai des problèmes, ils respectent tes limites. Ils vont dire : va jusqu'où tu peux aller, mais respecte tes limites. Il y a beaucoup de respect à ce niveau-là et ça, je le respecte beaucoup.» (S11) (E2)

Un autre participant a remarqué que sa condition s'est améliorée à cause de la façon dont il a été supervisé par son entraîneur. La «**relation de confiance**» qu'il avait avec son intervenant a été un facteur important ayant influencé son comportement lors de son entraînement. Son stress a diminué, son niveau d'énergie a augmenté et il a atteint ses objectifs (voir aussi section 4.10, facteur N°4).

«... tu es supervisé par une personne qui a beaucoup de connaissances pour te guider vers tes objectifs.» (S3)(E2)

Il a conclu l'entrevue en mentionnant que l'entraînement fait maintenant partie de sa vie: *«comme un médicament qui t'aide à améliorer ta santé.»* Il a aussi réalisé avec le programme qu'il fait partie du groupe de gens qui ont besoin d'être supervisés, d'avoir quelqu'un à ses côtés pour le motiver. La motivation a été un obstacle pour lui. Le fait d'avoir ses objectifs en tête et de penser au bien que ça lui procurait, l'a aidé à passer au travers de l'expérience et à ne pas abandonner.

Nous savons que la motivation est un élément important de la réadaptation cardiaque (Evenson et Fleury, 1999). Parfois, si la motivation ne vient pas de soi-même, on doit aller la chercher d'une source extérieure. Voilà ce qu'une participante a dit:

«Parfois c'est difficile d'être motivée. Ce qui est stimulant ici, c'est que les entraîneurs nous motivent beaucoup. Ils nous encouragent lorsque l'on fait les exercices sur place.» (S10) (E2)

À l'aide des citations de la section précédente, on a pu faire le lien avec un quatrième facteur **«le sentiment d'appartenance à un programme et la relation de confiance»** (voir aussi section 4.10, facteur N°4), un facteur déterminant de cette étude pouvant influencer la participation et l'observance à ces programmes. Les perceptions des gens face aux programmes de prévention des maladies du cœur se sont également manifestées par l'encadrement et le suivi lors des séances d'entraînement. Les programmes supervisés ont été très appréciés par les participants car ils ont senti que le suivi était fait sur base régulière et que le support était présent et ce, de façon constante.

Les assignations ponctuelles de séances d'entraînement avec les kinésiologues, de même que les nombreux échanges qui ont eu lieu entre eux et leurs clients tout au cours du programme, ont permis à plusieurs de se sentir impliqués dans la réalisation d'un défi. Lorsqu'un client est attendu par son entraîneur pour la séance d'entraînement, il lui devient plus difficile d'appeler et annuler que s'il y allait seule.

Dans la prochaine section, l'interprétation des facteurs pouvant influencer l'adhésion aux programmes de prévention primaire et secondaire, la motivation, ainsi que l'observance aux entraînements est discutée. Ces facteurs ont été détectés par l'analyse des thèmes et des sous-thèmes obtenus à l'aide des entrevues : «la connaissance ou la prise de conscience face à sa maladie», «la perception d'efficacité personnelle», «la motivation» et «le sentiment d'appartenance face au programme et la relation de confiance».

4.7 Facteur N° 1 : la connaissance ou la prise de conscience face à sa maladie

On réalise à travers les entrevues, qu'un des facteurs qui peut sans doute influencer le taux de participation à des programmes d'activité physique misant sur la prévention ou le traitement des maladies cardiovasculaires est la **connaissance ou la prise de conscience** que l'individu a par rapport à sa condition et à sa santé. Lorsque les gens sont plus sensibilisés aux facteurs de risque des MCV et connaissent la source de leur problème de santé, ils sont davantage capables de les identifier et d'intervenir pour

éviter, traiter ou retarder le développement de la maladie. Zaret (1992) l'affirme dans son étude en disant que dans un programme de prévention des MCV, il est souhaitable que les participants connaissent la ou les sources de leur problème de santé pour être en mesure d'apporter les changements nécessaires dans leur quotidien. Il est donc important de reconnaître que l'acquisition du savoir pour l'identification des signaux d'alarme (thème 4.2) est un aspect du processus de changements des habitudes de vie qui amène l'individu à vouloir s'impliquer, mais que la compréhension de ces éléments déclencheurs en est un autre, essentiel à l'application des changements.

Nous remarquons que, chez tous nos participants, observants ou non observants, la décision de participer à ce programme de prévention primaire et secondaire des MCV a suivi la détection d'un ou de plusieurs signaux d'alarme.

Identifier les causes du problème de santé (sous-thème 4.4.1) est aussi une des étapes du processus de changement des habitudes de vie, et les comprendre est plus complexe. Une des tâches importantes des kinésiologues du programme chez Formavie était de développer les connaissances de leur client face à ces facteurs pour que les changements puissent être efficaces à long terme. Le développement des connaissances est un élément important dans la démarche du changement de comportement. Alem-Rtojeir, Stagmo, Udén et Erhardt (2004) ont démontré qu'il y avait une corrélation positive significative entre les connaissances sur les facteurs de risque des MCV des patients et l'adhésion à certains changements des habitudes de vie, comme par exemple le contrôle du poids, l'activité physique, la gestion du stress et les habitudes

alimentaires. On constate avec les entrevues que les participants ont bien identifié les facteurs de risque reliés à leur problème de santé. On peut s'apercevoir qu'à la fin du programme, les participants se sont exprimés plus facilement sur les différents facteurs de risque et ont semblé avoir acquis de nouvelles connaissances, surtout sur les habitudes alimentaires et l'entraînement.

Dans notre étude, nous avons pu évaluer les connaissances des participants face aux facteurs de risque à l'aide de l'évaluation des connaissances des facteurs de risque, de l'alimentation et de l'activité physique. Suite à l'analyse des résultats des 19 questions de l'évaluation, il semble que les participants n'ont pas réussi la première évaluation avec un grand succès puisque la moyenne du résultat au test de connaissances a été de $13.4/19 \pm 2.0$. Même si lors de la première entrevue, les participants possédaient une connaissance plutôt générale sur les facteurs de risque, sachant énumérer ceux qui correspondaient aux origines de leurs problèmes, le faible niveau de connaissance face à l'activité physique et aux facteurs de risque cardiovasculaires étaient plutôt élémentaires. Lors de la deuxième évaluation, on a pu voir une progression dans les résultats des évaluations des connaissances des FR. Cinq participants ont obtenu une note supérieure à la précédente, un participant a régressé, tandis que les autres ont obtenu le même résultat. La moyenne a augmenté à $14.2/19 \pm 2.0$ en comparaison avec $13.4/19 \pm 2.0$ lors de la première entrevue, mais pas significativement.

On remarque dans les résultats des deux évaluations sur les facteurs de risque que les participants non observants ont obtenu des résultats sensiblement inférieurs aux

participants plus observants. Il est difficile de confirmer si les capsules santé distribuées à chacun au cours du programme ont eu un impact sur l'acquisition de leurs connaissances puisque nous n'avons pas su jusqu'à quel point ils ont pris le temps de les consulter et parce qu'il n'y avait pas de groupe de contrôle. Par contre, d'autres études confirment qu'un programme de réadaptation cardiaque basé sur la modification des habitudes de vie nécessite entre autres un volet éducatif pour qu'il y ait l'obtention d'un maximum de bénéfices (Ayala, Orenstein, Greenlund, Croft, Neff, Mensah, 2003). Dans le programme étudié, l'information était distribuée sous forme de dépliants, donc le client disposait du choix de les lire ou pas. Les participants de l'étude auraient sans doute tiré plus de bénéfices si le volet éducatif avait été réalisé par des séances d'informations ponctuelles.

La capacité de s'adapter et d'apprendre à travers les expériences vécues a aussi influencé positivement les participants dans leur **prise de conscience face aux différentes réalités** accompagnant le processus de changements des habitudes de vie. Les dix participants de cette étude ont été en mesure de bien identifier les réalités (sous-thème 4.4.3) qui accompagnent la modification des différentes habitudes de vie. Malgré leur constatation de ne pas avoir atteint tous leurs objectifs, les participants sont conscients qu'ils ont progressé dans leur processus de changement des habitudes de vie et ont été capables de voir le positif à travers les expériences négatives. Les 6 participants de cette étude qui ont complété le programme ou leur engagement, de même que les 4 qui ont abandonné, en sont ressortis avec une perception positive des

programmes de prévention des MCV. Cette attitude peut en effet s'expliquer par leur facilité à trouver du positif dans ce qu'ils avaient vécu. Le simple fait de s'être porté volontaire à participer à ce programme est un premier pas vers la réussite. Le fait d'avoir vécu des expériences, qu'elles soient positives ou négatives, est une autre étape importante et les participants en sont sortis gagnants.

À travers le programme, les participants ont appris à mieux se connaître et à savoir par exemple à quel type d'individu ils pouvaient s'identifier dans un contexte d'entraînement ou lors du processus de changement des habitudes de vie. **L'identification des barrières** (thème 4.5) à la pratique de l'activité physique peut aider le kinésologue (et l'individu lui-même) à prendre en charge la situation, en trouvant des solutions ou des façons de s'adapter. On constate que chez plusieurs types de personnes, motivées ou démotivées, il existe des barrières pouvant venir interférer dans leur cheminement. Lorsque ces individus ont l'habileté de les percevoir, de préférence tôt dans le programme, les kinésologues peuvent travailler avec leurs clients de sorte qu'ils restent motivés et que ces barrières ne les empêchent point de réussir leurs objectifs. Les participants de cette étude ont amorcé le programme en ayant déjà des barrières, que ce soit le manque de temps, le stress ou l'état de santé. Plus tard dans le programme, certains ont remarqué que d'autres venaient s'ajouter et faire dévier leur parcours, comme les moyens financiers, des douleurs, etc. Il y en a pour qui ces contraintes ont été tellement lourdes que **leur motivation et leur participation** aux activités ont chuté, les obligeant même à abandonner le programme ou à réorienter leurs

objectifs ou leur engagement. Cela a été le cas chez nos participants non observants. En analysant de près ces expériences, on réalise fortement la nécessité d'une «**relation de confiance**» entre l'entraîneur et le client pour que ce dernier puisse s'exprimer ouvertement sur tous les problèmes pouvant lui nuire dans son parcours. Ce facteur sera développé plus loin (Facteur N° 4).

4.8 Facteur N° 2 : la perception d'efficacité personnelle

Toujours à l'aide des entrevues, un deuxième facteur pouvant influencer la participation et l'observance aux programmes de prévention primaire et secondaire des MCV a été identifié dans notre étude : la perception d'efficacité personnelle, également mentionné dans l'étude de Yohannes, Yalfani, Doherty et Bundy (2007) et Blanchard, Reid, Morin, Beaton, Pipe, Courneya et Plotnikoff (2006).

Dans l'étude de Yohannes et al. (2007), on affirme d'ailleurs qu'un individu ayant une meilleure perception de contrôle sur sa condition de santé, était plus porté à participer à ces programmes de prévention. Selon Schumann, Estabrooks, Nigg et Hill. (2003), les patients entreprenant un programme de ce type avec de hautes attentes quant à leur condition physique ont plus de chances d'en ressortir avec des résultats souhaités. En analysant les propos des participants de notre étude, on remarque que chez des individus, il a été plus difficile de modifier certains comportements. Il y en a pour qui, adopter des habitudes de vie saines, s'est présenté comme quelque chose de très naturel.

Pour d'autres, cela est demeuré une étape très difficile, parfois même un défi insurmontable. Par exemple, on a rencontré des individus qui étaient plus négatifs face à leur comportement, dû entre autres à des expériences négatives vécues antérieurement (sous-thème 4.4.3) : *«J'ai déjà essayé de faire un régime. C'était beaucoup trop compliqué et ça m'a découragé. Ce n'était pas du tout réaliste pour moi... J'ai abandonné...»*. Des études récentes suggèrent aussi que les performances antérieures prédisent la perception d'efficacité personnelle (Vrugt et Koenis, 2002). D'autres participants avaient adopté un comportement plus positif : *«Parfois c'est facile de modifier certaines choses et des fois c'est difficile, au début je trouvais ça difficile de monter l'escalier ici, mais à la longue, c'est moins dur qu'avant. Moi c'est ma motivation personnelle...»*, *«... Ça a été aussi facile que ça et je n'ai pas souffert et je ne regrette pas...»* (sous-thème 4.4.3) On a pu voir que pour la moitié des participants de cette étude, la confiance de maintenir les objectifs déjà atteints et d'en réussir d'autres a diminué à la fin du programme. Avec les expériences vécues à travers le programme, on constate que les participants, observants et non observants, ont vécu des difficultés pouvant avoir influencé leur perception d'efficacité personnelle. Pour ces personnes, certaines difficultés ont influencé leur degré de motivation et de confiance pour le futur.

Dans les programmes de prévention des MCV, la notion de perception d'efficacité personnelle est très importante quant aux résultats souhaités. Plusieurs études démontrent que le niveau de confiance des personnes face à leur capacité de

modifier certains comportements apporte des changements positifs. Il existe une évidence qu'une meilleure perception d'efficacité personnelle chez un individu participant à un programme de réadaptation cardiaque augmente entre autres sa capacité fonctionnelle et son niveau d'activité physique (Newman, 2004).

On constate également qu'avec des résultats concrets obtenus à travers les diverses expériences des participants lors du programme, par exemple, *«Je fais moins d'hypertension, moins de cholestérol, je me sens plus en forme», «... il y a des réflexes que je n'avais pas avant...quelque chose de gras, je n'ai même plus le goût de manger ça...»*, ils se sentent capable d'exécuter des comportements avec plus de facilité. On peut faire des liens avec la théorie de Bandura qui confirme que les comportements peuvent être prédits par la perception d'efficacité personnelle (sous-thème 4.4.3).

4.9 Facteur N° 3 : la motivation

La motivation est un facteur important dans les programmes de prévention des MCV puisqu'elle a été un facteur contribuant au cheminement de chacun des participants, observants ou non-observants. Pour certains, la motivation a permis de ne pas abandonner le programme. Pour d'autres, les moins observants, elle a représenté une difficulté, ayant même pu contribuer à l'abandon de trois participants.

Comme on a pu le voir à travers ce programme, le niveau de motivation n'a pas été constant chez les participants. Le niveau de motivation initial de la majorité des participants était très élevé. Par la suite, leur motivation a diminué chez certains, puis

augmenté à certains moments. On s'aperçoit que plusieurs facteurs jouent sur la motivation, comme par exemple l'attitude et le comportement des participants devant un objectif précis. On a pu le remarquer chez un participant (S8) en particulier qui n'était pas du tout confiant de réussir ses objectifs dans le programme dès le départ. Il a malheureusement abandonné après quelques séances. On sentait une motivation plus grande chez ceux qui étaient plus positifs et enthousiastes à s'engager dans cette démarche.

L'atteinte des objectifs a également rehaussé la motivation des participants, de même que les rétroactions des kinésiologues et le suivi offert lors des entraînements. D'un autre côté, l'échec à atteindre un objectif a amené des déceptions; d'autres contraintes (ex. : stress, manque de temps, travail, état de santé) et des expériences antérieures ont fait en sorte que la motivation a parfois chuté lors du programme. On remarque que les participants ayant réussi à aller chercher une source de motivation quelconque lors des moments plus ardues ont davantage été satisfaits d'eux-mêmes et de leur cheminement. Ce sont aussi ces participants qui ont été les plus observants au programme. On discerne également que ces participants étaient plus motivés à poursuivre ce programme ou un autre programme semblable à celui de Formavie dans le futur que les participants ayant abandonné le programme.

4.10 Facteur N° 4 : le sentiment d'appartenance au programme et la relation de confiance

L'utilisation du contrat de réussite d'objectifs a véhiculé beaucoup d'aspects positifs pour les participants de l'étude. Certains ont d'ailleurs mentionné que lorsqu'ils ressentaient l'envie de tout abandonner ou lorsqu'ils étaient démotivés; l'entraîneur pouvait facilement leur rappeler l'entente faite entre eux en leur montrant leur signature en dessous de l'objectif sur le contrat de réussite. Le simple fait d'avoir un contrat entre les mains et de le signer a permis à chacun de développer «**un sentiment d'appartenance au programme**» et de sentir alors qu'il faisait «partie de quelque chose» et que ce quelque chose était une démarche sérieuse. Plusieurs participants ont aussi commenté sur le fait qu'ils avaient besoin de se sentir "guidés". "Se fixer des objectifs réalistes" avec le contrat des objectifs et sous la supervision d'un entraîneur en a aidé plusieurs à rester motivés et à ne pas abandonner. Celui-ci a mentionné : «tu es supervisé par une personne qui a beaucoup de connaissances pour te guider vers tes objectifs», *«ils vont dire va jusqu'où tu peux aller, mais respectent tes limites...»*

Aussi, on s'aperçoit en analysant les perceptions des participants que la «**relation de confiance**» établie avec l'entraîneur a été un facteur important quant au comportement du participant et à la réussite de ses objectifs. Par l'entremise de la deuxième entrevue et des réactions des kinésiologues, ce facteur s'est expliqué par le fait que des liens d'amitié se sont tissés entre le client et l'entraîneur et il devenait plus difficile de «tricher» et d'abandonner. De plus, en regardant les nombreux efforts

fournis, le participant qui souhaitait atteindre ses objectifs ne voulait sans doute pas décevoir ou laisser tomber la personne qui l'aidait à accéder à la voie de la réussite. Dans l'étude de MacGregor et al. (2006), où les chercheurs voulaient évaluer l'efficacité d'un programme d'atteinte des objectifs à l'aide d'un plan d'action concret, d'autres aspects positifs sont ressortis des contrats d'engagement. À l'intérieur de cette structure, le patient devait se fixer un objectif pour un comportement qu'il souhaitait modifier. Les professionnels de la santé devaient engager ce dernier vers un plan d'action pour l'aider à réussir son objectif. Le plan d'action impliquait que le patient choisisse un comportement à modifier parmi les différents choix, qu'il écrive son degré de confiance à suivre ce plan d'action, qu'il précise le temps alloué à l'atteinte de l'objectif et comment il allait s'y prendre, et finalement qu'il signe le contrat. L'étude a permis de conclure que cette technique, impliquant un plan d'action précis et une collaboration du professionnel de la santé et du patient, est très prometteuse pour accompagner le patient dans l'amélioration des habitudes de vie.

On peut voir que l'entraînement supervisé avec encadrement est un bon moyen d'augmenter l'observance à l'entraînement. Pour beaucoup de participants, le fait de faire partie d'un programme dans lequel ils s'investissent, moralement, physiquement, de même que financièrement, leur a permis de réaliser que le suivi a été un bon remède pour contrer la démotivation : *«Parfois c'est difficile d'être motivé. Ce qui est stimulant ici c'est que les entraîneurs nous motivent beaucoup»* (S10). On a également pu voir qu'à des endroits comme à Formavie où le centre est plus intime et moins achalandé, le

suivi devient plus facile à contrôler, les interactions sont peut-être plus fréquentes qu'à d'autres endroits, donc l'atmosphère devient idéale pour développer des liens d'amitié.

Finalement, le degré de participation aux diverses activités peut sans doute avoir un impact sur «**le sentiment d'appartenance au programme**» de chacun. Dans cette étude, nous avons remarqué que les participants s'étant impliqués à plusieurs niveaux dans le programme ont bien perçu les programmes de prévention des MCV et ont été très satisfaits quant à leur cheminement. Au programme de Formavie, outre l'entraînement en salle, les participants avaient accès à des capsules santé sous forme de dépliants et étaient encouragés à écrire un journal de bord pour noter le suivi de leurs activités. Les individus ayant participé à la plupart des activités et des séances d'exercices ont semblé plus satisfaits à la fin de l'étude que ceux s'y étant absents. Par ailleurs, celui ayant abandonné avant la fin de son contrat et ceux ayant pris la décision de ne pas poursuivre le programme (n = 4), n'ont pas semblé aussi emballés face au programme ou à leur cheminement que les autres. Ces participants ont d'ailleurs présenté davantage de barrières (financières, condition de santé, manque de temps, etc.) que les autres participants.

CHAPITRE 5

CONCLUSION

Limites de l'étude

À l'aide des entrevues réalisées avec les dix participants de cette étude, les résultats nous ont permis d'identifier certains facteurs pouvant influencer le taux de participation et d'observance aux programmes de prévention des maladies cardiaques pour cette population en question. Par contre, cette étude présente certaines limites. En premier lieu, elle ne représente qu'un mince échantillon (n=10) des individus ayant des facteurs de risque reliés aux développements des MCV ou ayant une MCV. L'étude aurait sans doute été plus représentative si l'échantillon avait été plus élevé. Ainsi, les clients de la Clinique Formavie représentaient un groupe socio-économique capable de payer les frais d'adhésion, ce qui peut représenter un biais à l'étude.

Étant donné que l'étude était qualitative, il est difficile de confirmer si les participants ont tous répondu aux questions avec honnêteté lors des entrevues. Il se pourrait peut-être que les perceptions de certains individus aient été influencées par certains facteurs; comme la gêne de s'exprimer ouvertement sur leur état de santé, sur leurs expériences vécues ou même d'exprimer leur opinion par rapport au programme. De plus, le biais de désirabilité sociale, qui consiste à fournir des réponses désirables

socialement pour l'interlocuteur, à valoriser le soi du répondant, a pu se manifester de façon consciente ou inconsciente lors des entrevues et influencer nos résultats.

Description du problème de départ et question principale de recherche

Les programmes de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires basés sur l'exercice et la modification des habitudes de vie sont de plus en plus en demande. Les gens sont davantage exposés aux différents facteurs de risque causant le développement des maladies cardiovasculaires et de plus en plus de professionnels de la santé sont formés pour conscientiser et aider la population à adopter de meilleures habitudes de vie.

L'interrogation initiale de cette étude concernait les principaux facteurs déterminant la participation et l'observance à un tel programme de prévention primaire et secondaire des maladies cardiaques centré sur l'exercice. Avec le recueil des perceptions des différents participants lors des deux entrevues, nous avons établi des thèmes et des sous-thèmes qui nous ont permis d'identifier des déterminants ayant pu influencer la participation et l'observance de nos participants à ce programme de prévention primaire et secondaire des MCV. Les différents facteurs ayant été identifiés dans cette étude sont :

N° 1: «la connaissance ou la prise de conscience face à sa maladie»,

N° 2 : «la perception d'efficacité personnelle»,

N° 3: «la motivation»

N° 4 : «le sentiment d'appartenance au programme et la relation de confiance»

Donc, avec le recueil des perceptions des différents participants, nous avons pu confirmer certains facteurs observés dans les études précédentes sur les programmes de réadaptation cardiaque pouvant influencer le taux de participation et d'observance aux programmes de prévention primaire et secondaire des MCV tels que la motivation et la perception d'efficacité personnelle. Nous avons pu également identifier d'autres facteurs, comme la connaissance et la prise de conscience face à sa maladie, le sentiment d'appartenance au programme et la relation de confiance. Nous avons pu comprendre que les perceptions des participants importaient beaucoup dans la conception des programmes pour qu'ils puissent être adaptés à chacun.

Autres aspects importants à considérer dans les programmes de prévention des MCV pour optimiser les résultats

De plus, les entrevues nous ont permis de déterminer les points forts de ces programmes. Une des caractéristiques qui a fait l'unanimité de tous les participants a sans doute été le suivi. Les participants ont apprécié la compagnie d'un kinésologue,

que ce soit pour les superviser et les mettre en confiance lors de chaque entraînement ou les motiver à ne pas abandonner le processus de changement des habitudes de vie. Il est donc essentiel dans des programmes comme celui de Formavie, que le suivi soit régulier et que le programme soit implanté dans une structure qui inspire confiance au client. Il est donc fortement recommandé que les programmes de prévention des MCV visant la modification des habitudes de vie intègrent une équipe de kinésologues formés pour aider la population à adopter un mode de vie sain. De plus, l'approche multidisciplinaire est recommandée dans les programmes de réadaptation cardiaque, entre autres pour réduire les facteurs de risque, adopter de meilleures habitudes de vie (ex.: alimentation, tabagisme, activité physique, stress), promouvoir la pratique de l'activité physique, offrir un support social et psychologique et informer et éduquer les gens face à la santé (Balady, Ades, Comoss, Limacher, Pina, Southard, Williams, Bazzarre, (2000). Nos résultats suggèrent aussi que l'implication d'autres professionnels de la santé (ex.: nutritionniste) dans les programmes de prévention primaire et secondaire de MCV pourrait sans aucun doute optimiser le taux de réussite des objectifs des clients. Il est également important que les programmes d'entraînement soient diversifiés, progressifs et adaptés à chacun. On a compris lors des entrevues que les clients apprécient que leur programme puisse être modifié en tout temps et que les exercices soient diversifiés. Cela confirme l'importance d'avoir un personnel formé pour prescrire un programme adapté à chacun.

D'autres facteurs devraient être considérés pour que le changement soit établi à long terme. Tous les clients participant à un programme de prévention des MCV basé sur la modification des habitudes de vie devraient avoir en tête des objectifs précis avant de débiter. Il est souhaitable que les objectifs soient discutés avec le kinésiologue et qu'ils soient consignés dans un contrat. Les habitudes de vie à changer devraient être considérées une à la fois en suivant un plan d'action pour maximiser le taux de réussite des objectifs et que pour cette réussite soit maintenue à long terme.

Finalement, les entrevues ont permis de constater que les participants du programme ont apprécié l'ambiance sereine qui régnait à la clinique lors des entraînements. Il ne faut pas oublier que cette clientèle a besoin d'encouragements et d'un support constant. Il peut s'avérer relativement facile pour les kinésiologues d'offrir ces services à l'intérieur d'un emplacement plus personnalisé. De plus, dans une clinique ou un centre de kinésiologie offrant un programme de changements des habitudes de vie, la clientèle est plus homogène. Les clients se retrouvent en contact avec des gens qui partagent très souvent les mêmes problèmes. Étant donné que le centre est plus personnalisé, il demeure plus facile de discuter entre eux de leurs expériences ou de leurs craintes, tout en s'encourageant l'un l'autre à ne pas abandonner.

Barrières pouvant venir interférer avec le processus des habitudes de vie

La majorité des participants ont compris l'importance de l'activité physique et de l'adoption de bonnes habitudes de vie pour prévenir les MCV. Par contre, on a pu voir, en tenant compte des résultats de cette étude, que plusieurs des facteurs observés (connaissances et prises de conscience, perception d'efficacité personnelle, motivation, et sentiment d'appartenance face au programme et relation de confiance) et d'autres barrières (manque de supervision, découragement, stress, manque de temps, condition physique ou état de santé, et inconfort musculaire et douleurs articulaires) peuvent venir interférer avec le processus de changement des habitudes de vie et influencer le taux de participation et d'observance d'un individu à ces programmes. Il est donc souhaitable que le professionnel de la santé soit en mesure de développer une stratégie avec son client pour que ces barrières ne viennent interrompre le processus pour atteindre ses objectifs. Dans l'étude de Sniehotta, Schwarzer, Scholz, Schüz (2005), si l'individu est capable de trouver des stratégies pour faire face aux différentes barrières lors de leur cheminement dans le programme, les changements sont plus durables à long terme.

Autres questions

Après la deuxième entrevue, il était intéressant de vérifier si les participants présentaient une attitude plus positive face à ce type de programmes et aux expériences qu'ils avaient vécues dans le processus de changement des habitudes de vie. Les

résultats étaient partagés chez nos participants. Tout au long du programme, la motivation des gens avait tendance à varier. Pour la majorité des participants, les expériences vécues lors de ce programme étaient davantage positives que celles vécues antérieurement dans d'autres centres. De plus, les participants ayant perçu le plus de bénéfices au niveau de leur santé semblaient avoir une meilleure perception et une meilleure motivation face à ces programmes que ceux ayant abandonné le programme. Par contre, même les gens ayant complété les 6 mois du programme ont présenté certaines difficultés quant à leur degré de motivation à un moment ou un autre de leur participation. Les participants de cette étude ont semblé reconnaître davantage l'importance d'intégrer de l'activité physique dans leur quotidien de même que de modifier plusieurs habitudes de vie. Ils ont aussi tous été en mesure de bien déterminer ces facteurs de risque jouant un rôle sur leur santé. Par ailleurs, plusieurs présentent toujours de la difficulté à apporter des changements face à leurs habitudes de vie et à maintenir leurs objectifs pour que les bénéfices puissent être efficaces à long terme.

Recommandations pratiques

Notre étude suggère que ce type de programme répond aux besoins des personnes possédant des facteurs de risque liés au développement des MCV et correspondant aux caractéristiques socio-économiques de nos participants.

Ce programme de prévention primaire et secondaire des MCV, qui était un programme en implantation au début de l'étude, a été perçu très positivement de la part

des participants. D'un autre côté, tout nouveau projet peut faire place à de l'amélioration à certains niveaux et Formavie n'y fait pas exception. Plusieurs études, comme celle de Johnston, Foulkes, Pollard et Gudmundsdottir (1999), confirment la nécessité d'un bon programme éducatif à l'intérieur d'un programme de prévention des MCV ou de réadaptation cardiaque. Le programme éducatif implanté chez Formavie était présenté sous forme de dépliants. Comme il était difficile de contrôler le niveau d'implication de chacun face aux capsules santé, il demeure difficile de confirmer si le programme éducatif a réellement été réalisé dans cette étude. Il serait donc important d'apporter certaines améliorations au niveau du programme éducatif de Formavie. Il serait sans doute plus enrichissant pour les clients s'il y avait des capsules santé ponctuelles à la clinique, (ex.: 1 fois par mois) où chacun serait invité à participer.

L'implantation d'un programme pour contrôler et diminuer le stress serait également très profitable dans un programme de prévention primaire et secondaire des MCV. Lors des deux entrevues, on a remarqué que la majorité de nos sujets vivaient avec un stress quotidien et que ce stress pouvait en quelque sorte jouer sur leur motivation et leur participation à différentes activités (ex. : exercice et travail). Par contre, personne n'a mentionné lors de la dernière entrevue que le programme l'avait aidé à diminuer son stress. Il y a sans doute un travail qui pourrait être effectué à ce niveau par un intervenant spécialisé dans la gestion du stress.

Pour terminer, il serait souhaitable que les programmes de prévention des MCV soient accessibles pour toutes les classes de la population. Malheureusement, on a vu

que l'aspect financier pouvait présenter une barrière pour certains individus. Il est justifié que le coût de participation à ces programmes est élevé puisqu'ils offrent un personnel qualifié, un service personnalisé avec des programmes d'entraînement en privé ou semi-privé, des programmes individualisés en salle ou à domicile, un suivi réalisé sur une base régulière et un endroit qui est plus personnalisé. Par contre, il serait important de trouver des alternatives afin que la majorité de la population puisse y avoir accès. Par exemple, il faudrait davantage solliciter les compagnies afin qu'elles investissent dans la santé de leurs employés en défrayant par exemple, une partie de leur abonnement à des centres comme celui de Formavie. S'ils prouvent leur participation active à un tel type de programme, une option serait que les compagnies d'assurances privées et l'assurance maladie remboursent une partie des frais d'abonnement à des centres de kinésiologie ou de réadaptation cardiaque pour les gens plus à risque de développer une maladie du cœur, dont ceux présentant plusieurs facteurs de risque.

Recommandations de recherche

Bien que cette étude nous a permis de connaître les perceptions d'un groupe de personnes possédant plusieurs facteurs de risque des MCV, sur les programmes de prévention des maladies cardiaques, il existe toujours une nécessité à poursuivre les recherches dans ce domaine. De plus, considérant le petit échantillon utilisé pour notre étude, il est impossible d'émettre une conclusion reflétant la totalité de la population qui

possède des facteurs de risque face à ces programmes. Il reste donc à effectuer des recherches auprès d'autres individus participant à des programmes similaires.

Puisque les participants ont préféré ne pas utiliser le journal de bord qui était recommandé dans le programme de Formavie, il serait intéressant d'étudier la pertinence de cet outil et peut-être trouver d'autres formules pour encourager les clients à définir leurs objectifs et leur cheminement. Les participants de cette étude ont trouvé que le journal de bord demandait trop de temps à remplir quotidiennement. Pour d'autres, ils ne voyaient pas l'utilité de cet outil. Il serait peut-être important d'évaluer l'efficacité des outils pouvant aider les clients à rehausser leur motivation et leur assiduité aux entraînements, utilisés dans les autres programmes.

Il y a un besoin de continuer les recherches afin de mieux comprendre le faible taux de participation et le haut taux d'abandon à ces programmes et d'étudier des stratégies pour y remédier. Plusieurs études ont été menées à ce sujet et, en lisant la documentation, nous pouvons identifier ces facteurs, tels que mentionnés dans notre étude. Nous sommes maintenant rendus à l'étape de trouver des alternatives aux programmes traditionnels afin de considérer les facteurs identifiés. Pour notre étude, les sujets s'étaient portés volontaires à participer au programme et ils avaient la capacité de payer leurs frais d'inscription. Il était donc plus attendu d'entendre des perceptions positives de leur part face aux programmes de prévention des MCV. Interroger une partie de la population possédant des facteurs de risque et ne prenant pas part à ces programmes aurait pu être pertinent pour notre étude afin de pouvoir comparer les

perceptions de ces deux groupes et identifier les raisons de leur non participation. Une fois ces raisons identifiées et cette population ciblée, il deviendrait plus facile d'améliorer ces programmes, de les adapter à ces individus et d'intervenir auprès d'eux afin de les persuader d'y prendre part.

RÉFÉRENCES

Ades, PA (2001). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*. 345, 892-902.

Agence de la santé publique du Canada. (2004). L'inactivité augmente les coûts des soins de santé du Canada. Disponible sur internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/autravail/why3_f.html

Agence de la santé publique du Canada. (2007-2008). Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques. Disponible sur Internet : http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/0708/phac-aspc/phac-aspc02_f.asp

Agence de la Santé publique du Canada. (2003). Le diabète au Canada, prévalence et incidence, chapitre II. Disponible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/facteurs_de_risqueancais/16chap2_f.html

Agence de la Santé publique du Canada. (2003). Est-ce que je fais suffisamment d'activité physique? Disponible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/index.html>

Agence de la Santé publique du Canada. (2005) Vieillissement et aînés. Disponible sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/info_sheets/heart_disease/pdf/heart_f.pdf

Agence de la Santé publique du Canada. (1997). Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada. Disponible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hdsc97/s01_f.html1997.htm

Agence de la Santé et des Services Sociaux de la Montérégie. (2003). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003, Résultats pour la Montérégie.

Disponible sur Internet :

http://www.rrsss16.gouv.qc.ca/santepublique/surveillance/donnees_socio/indicateurs_juin2006/Maladies%20cardiovasculaires%20ESCC%202003.pdf

Agence de la Santé publique du Canada. (2002). Mode de vie sain : Rehausser l'efficacité des approches axées sur le mode de vie pour améliorer la santé.

Disponible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/lifestyle_f.pdf

Alem-Roijer C, Stagmo M, Udén G et Erhardt L (2004). Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 3(4), 321-330.

Association des anciens patients de l'Institut de cardiologie d'Ottawa. (2003).

Volume 12, No 2. Disponible sur Internet :

<http://www.ottawaheartalumni.ca/bulletin/2003fall-f.html#Bulletin>

Aude BSN, Hill PD, Anderson M-A (2006). Quality of life after participation in a rural phase II cardiac rehabilitation Program. *Journal of Nursing Care Quality*. 21(1), 56-62.

Ayala C, Orenstein D, Greenlund KJ, Croft JB, Neff LJ, Mensah GA (2003).

Receipt of cardiac rehabilitation services among heart attack survivors---19 States and the District of Columbia, 2001. Disponible sur MMWR Weekly: November 7. 2003/52(44), 1072-1075.

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mnwhtml/mm5244a4.htm>

Balady GJ, Ades PA, Comoss P, Limacher M, Pina IL, Southard D, Williams MA, Bazzarre T (2000). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs. *Circulation*. (9)102, 1069-1073.

Bandura, A (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*. 84(2), 191-215.

Bethell HJN, Turner SC, Evans JA, Rose L (2001). Cardiac rehabilitation in the United Kingdom: how complete is the provision? *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 21, 111-115.

Blanchard CM, Reid RD, Morin LI, Beaton LJ, Pipe A, Courneya KS et Plotnikoff RC (2006). Correlates of physical Activity change in patients not attending cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 26(6), 377-383.

Boersma S, Maes S, Joeke K et Dusseldorp E (2006). Goal Processes in Relation to Goal Attainment. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 927-941.

Bruner EJ (1997). Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal*. 314, 1472-1476.

Chao D, Foy CG, Farmer D (2000). Exercise adherence among older adults challenges and strategies. *Controlled Clinical Trials*, Volume 21, Issue 5, Supplement 1, S212-S217.

Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Receipt of Outpatient Cardiac Rehabilitation among Heart Attack Survivors --- United States, 2005. Disponible sur

MMWR Weekly: February 1, 2008 / 57(04), 89-94.

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mnwrhtml/mm5704a2.htm>

Condon C et McCarthy G (2006). Lifestyles changes following acute myocardial infarction. Patients' perspective. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 5 (1), 37-44.

Conn VS, Taylor SG et Casey B (1992). Cardiac rehabilitation program participation and outcome after myocardial infarction. *Rehabilitation Nursing*. 17, 55-62.

Conn V, Taylor S, Wiman P (1991). Anxiety, depression, quality of life, and self-care among survivors of myocardial infarction. *Issues in Mental Health Nursing*. 12, (4) 321-331.

Cooper AC, Jackson G, Weinman J, Horne R (2005). A qualitative study in investigating patient's beliefs about cardiac rehabilitation. *Clinical Rehabilitation Journal*, 19 (1), 87-96.

Cooper A, Lloyd G, Weinman J, Jackson G (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart*. 82 (2), 234-236.

Daly J, Sindone AP, Thompson DR, Hancock K, Chang E et Davidson P (2002). Barriers to Participation in and Adherence to Cardiac Rehabilitation Programs: A Critical Literature Review. *Progress in Cardiovascular Nursing*. 17 (1), 8–17.

Direction de la Santé publique de Montréal (2004). Les maladies cardiovasculaires. Disponible sur le bulletin de la Direction de santé publique de Montréal publié avec la collaboration de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal dans le cadre du programme Prévention en pratique médicale, 1-4.

Duncan K (2002). Staying on Course: the effects of an adherence facilitation intervention on home exercise participation. *Progress in Cardiovascular Nursing*. 17 (2), 59–65, 71.

Evenson KR et Fleury J (1999). Barriers to outpatient cardiac rehabilitation participation and adherence. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 13 (3), 83-92.

Fischer MJ, Sharloo M, Abbink JJ, Thijs-Van A, Rudolphus A, Snoei L, Weinman JA et Kapteinf AA (2007). Participation and drop-out in pulmonary rehabilitation: a qualitative analysis of the patient's perspective. *Journal of Clinical Rehabilitation*, (3) 21, 212-221.

Fondation des Maladies du cœur et la Société canadienne de cardiologie (2001). On y accomplit des merveilles quand on y met du cœur. Disponible sur Internet : <http://ww2.fmcoeur.ca/Page.asp?PageID=907&ArticleID=1069&Src=news&Facteurs de risqueom=SubCategory>

Fondation des Maladies du cœur et la Société canadienne de cardiologie (2003). 80 % de la population est à risque. Disponible sur internet : <http://www.fmcoeur.qc.ca>

Fondation des Maladies du cœur et la Société canadienne de cardiologie (2006). On y accomplit des merveilles quand on y met du cœur. Disponible sur Internet : <http://ww2.fmcoeur.ca/Page.asp?PageID=1978&ArticleID=5216&Src=heart&Facteurs de risqueom=SubCategory>

Fondation des Maladies du cœur et la Société canadienne de cardiologie (2007). On y accomplit des merveilles quand on y met du cœur. Disponible sur Internet : <http://ww2.fmcoeur.ca/Page.asp?PageID=1978&ArticleID=5216&Src=heart&Facteurs de risqueom=SubCategory>

Frohlich KL, Potvin L (1999). Collective lifestyles as the target for health promotion. *Canadian Journal of Public Health*. 90 (1) 11-14.

Giannuzzi P, Saner H, Björnstad H, Fioretti P, Mendes A, Cohen-Solaf A, Dugmore, Hambrecht I, McGee H, Perk J, Vanhees L et Veress G (2003). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: Position Paper of the working group on cardiac rehabilitation and exercise physiology of the European society of cardiology. *European Heart Journal*. 24(13), 1273-1278.

Grace SL, Abbey SE, Shnek ZM, Irvine J, Franche RL et Stewart (2002). Cardiac rehabilitation I: review of psychological factors. *General Hospital Psychiatry*. 24 (3), 121-126.

Herpin D, Paillard F (2001). Facteur de risque cardiovasculaire et prévention. Disponible sur Internet : http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/cardio/fdr/fact_risq.htm

Institut de recherche en santé du Canada (2005). Recherche en santé- Investir dans l'avenir du Canada 2004-2005. Disponible sur internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/28901.html>

Johnston M, Foulkes J, Johnston DW, Pollard B et Gudmundsdottir H (1999). Impact on patients and partners of inpatient and extended cardiac counselling and rehabilitation: a controlled trial. *American Psychosomatic Society*. 61, 225-233.

Joliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S (2000). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4: CD001800. Review.

Leon AS, Franklin BA, Costa F, Balady GJ, Berra KA, Stewart KJ, Thompson PD, Williams MA et Lauer MS (2005). Cardiac rehabilitation and secondary prevention coronary heart disease. *Circulation*. 111 (3), 369-376.

Lyons R, Langille L (2000). Mode de vie sain : Rehausser l'efficacité des approches axées sur le mode de vie pour améliorer la santé. Disponible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/lifestyle_f.pdf

MacGregor K, Handley M, Wong S, Sharifi C, Gjeltema K, Schillinger D, Bodenheimer T (2006). Behavior change action plans in primary care: a feasibility study of clinicians. *Journal of American Board of Family Medicine*. 19 (3), 215–23.

Moore SM, Kramer FM (1996). Women's and men's preferences for cardiac rehabilitation program features. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 16 (3), 163-168.

Newman S (2004). Engaging patients in managing their cardiovascular health. *Heart*. 90 (9), 9-13.

Oldridge NB et Streiner DL (1990). The health belief model : predicting compliance and dropout in cardiac rehabilitation. *Journal of Medicine and Sciences in Sports*. 22(5), 678-83.

L'Organisation Mondiale de la Santé (2002). Rubrique méthodologique en éducation pour la santé : quelques définitions. Disponible sur Internet :
http://www.cyes.info/cyes/site_internet/anciens_fichiers/definitions_methodo_sept02.php

Pedersen BK, Saltin B (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease, *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. 16 (3), 145-146.

Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N et Buckley J (1996). Role of patient's view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*. 312 (7040), 1191-1194.

Programme national de santé publique (PNSP, 2003). Disponible sur Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>

Roberts CK, Barnard J (2005). Effects of exercise and diet on chronic disease. *Journal of Applied Physiology*. 98, 3-30.

Scott IA, Lindsay KA et Harden HE (2003). Utilisation of outpatient cardiac rehabilitation in Queensland. *Medical Journal of Australia*. 179 (7), 341-345.

Schumann A, Estabrooks PA, Nigg CR, Hill J (2003). Validation of the stages of change with mild, moderate, and strenuous physical activity behaviour, intentions, and self-efficacy. *International Journal of Sports Medicine*, 24 (5), 363-365.

Seki E, Watanabe Y, Sunayama S, Iwama Y, Shimada K, Kawakami K, Sato M, Sato H, Mokuno H et Daida H (2003). Effects of phase III cardiac-rehabilitation programs on health-related quality of life in elderly patients with coronary artery disease. *Circulation*, 67 (1), 73-77.

Shephard RJ, Balady GJ (1999). Exercise as cardiovascular therapy, *Circulation*. 99 (7), 963-972.

Siebert RJ et Taylor WJ (2004). Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation Journal*. 26 (1), 1-8.

Sniehotta FF, Schwarzer R, Scholz U et Schüz B (2005). Action Planning and Coping Planning for Long-Term Lifestyle Change: Theory and Assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35 (4), 565-576.

Song R et Lee H (2001). Effects of a 12-week cardiac rehabilitation exercise program on motivation and health promoting lifestyle. *Heart and Lung*. 30(3), 200-209.

Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ et Marmot MG (2002). Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. *International Journal of Epidemiology*. 31 (1), 248-255.

Statistique Canada. (2000-2001). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Disponible sur Internet : [http://www.statcan.ca/Daily/Facteurs de risqueancais/020508/q020508a.htm](http://www.statcan.ca/Daily/Facteurs_de_risqueancais/020508/q020508a.htm)

Statistique Canada. (2003). Hypertension, Indicateur de la santé. Disponible sur Internet : http://www.statcan.ca/facteurs_de_risqueancais/facteurs_de_risqueepub/82-221-XIF/01103/high/region/hblood_f.htm

Tardif JC (2004). Le rôle du traitement intensif de l'athérosclérose de la maladie cardiovasculaire : leçons à tirer des études cliniques marquantes. Revue de la littérature disponible sur STA HealthCare communications : l'Athérosclérose en soins primaires, 7-15.

Vidmar P, Robinson L (1994). The relationship between self-efficacy and exercise compliance in a cardiac population. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 14 (4), 246–254.

Vrugt A et Koenis S (2002). Perceived self-efficacy, personal goals, social comparison, and scientific productivity. *Applied Psychology: An International Review*. 51(4), 593–607.

Warburton Darren ER, Nicol CW, Bredin Shannon SD (2006). Health benefits of physical activity: the evidence, *Canadian Medical Association*, 174 (6), 801-809.

Wingham J, Dalal HM, Sweeney KG, Evans PH (2006). Listening to patients: Choice in cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 5 (4), 289-294.

Yohannes AM, Yalfani A, Doherty P et Bundy C (2007). Predictors of drop-out from an outpatient cardiac rehabilitation programme. *Clinical Rehabilitation*. 21 (3), 222-229.

Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J et Lisheng L (2004). Effects of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries: case-control study. *Lancet*. 364 (9438), 937-52.

Zaret BL (1992). Cardiac rehabilitation. *Yale University School of Medicine Heart Book*. 28, 349-358.

ANNEXE A

CITATIONS DES ENTREVUES

Thème N° 1 – 4.3 : Identifier les signaux d’alarme***4.3.2 Diminution de la condition physique avec l’âge et le vieillissement***

«J’y allais pour retrouver ma santé» (S8) (E1)

«Ma condition physique se détériorait» (S9) (E1)

Thème N° 2 – 4.4 : Prendre la responsabilité de modifier les habitudes de vie***4.4.1 Identifier les causes du problème de santé (facteurs de risque)***

«Mon poids, l’inactivité et l’alimentation. Je mange trop salé, trop gras, trop de sucre, pas assez de fibres, pas assez de fruits et légumes, je mange dans les restaurants tous les midis.» (S8) (E1)

4.4.2 Se fixer des objectifs

Améliorer leur santé et leur forme physique pour pratiquer un sport ou faciliter la perte de poids

«Je veux être capable d’avoir des activités physiques un peu plus importantes ...de l’escalade en montagnes, des grandes promenades...sans essoufflements.» (S2) (E1)

« Mon objectif précis était de maintenir ma santé cardiaque le mieux possible et garder la meilleure forme possible à l'âge qu'on a... » (S2) (E2)

« Pour l'activité physique, je veux augmenter le cardio et le plus important pour moi c'est d'augmenter le tonus musculaire. Un jour, j'arrêterai la cigarette... Le stress c'est aussi à travailler. » (S6) (E1)

« Je voulais augmenter mon cardio. Je voulais aussi travailler au niveau de l'atrophie musculaire au niveau des membres supérieurs et des membres inférieurs. C'était surtout ça et je crois que mes objectifs étaient réalistes. » (S6) (E2)

« Je veux faire de l'exercice et essayer de recommencer à faire du sport, comme de jouer au basket une fois par semaine et au hockey cossom. La cigarette je ne veux pas diminuer à plus bas que 6. J'ai essayé et ça n'a pas fonctionné. » (S7) (E1)

« Mon objectif était d'au moins m'entraîner une ou deux fois par semaine. Je pense qu'aujourd'hui je suis rendu à un petit peu plus que ça. » (S7) (E2)

« Mise en forme et mieux être. Je veux perdre du poids et être moins fatigué. Je veux me fixer des objectifs qui sont réaliste pour moi à cause de ma maladie. » (S8) (E1)

« Je voulais maigrir, car pour être sur la liste de greffe il faut avoir un indice de masse corporel de 40 ou moins. Je me suis inscrit à Formavie pour être hors de danger de ne pas être sur la liste justement. » (S8) (E2)

«Je veux perdre 60 livres en changeant mon alimentation. J'aimerais réessayer à jouer au hockey.» (S9) (E1)

«Je voulais perdre du poids, manger moins gras et moins salé. Je voulais faire 3 fois par semaine de l'activité physique.» (S9) (E2)

«Je veux être bien dans ma peau et avoir une qualité de vie agréable en vieillissant. Mon objectif premier est d'être en santé. Je ne veux pas guérir mais prévenir. Je veux aussi avoir des objectifs réalistes. Je sais que je ne peux pas changer les gènes. Je dois apprendre à vivre avec et modifier les choses que je peux modifier. » (S11) (E1)

«...me discipliner à la mise en forme. Je veux vraiment réduire mon poids, je veux être plus rigide face aux décisions que j'aurai prises. Pour l'instant, je me dis que c'est déjà quelque chose que je vienne ici 2 fois par semaine, c'était mon objectif initial et c'est ce que j'ai fait à date. Donc je me dis que si je peux le faire pendant 6 mois, je suis capable de le faire pendant un autre 6 mois, en intégrant peut-être alors une meilleure alimentation...» (S11) (E2)

4.4.3 Prendre conscience des réalités reliées à la modification des différentes habitudes de vie

Efforts exigés

«Pour la cigarette, je me suis fixé un objectif précis à 10 cigarettes par jour et là, je suis rendu à 7. Ça n'a pas été difficile de diminuer le nombre de

cigarettes. Ce qui est plus difficile c'est d'arrêter les 7 complètement. Pour le stress, j'ai décidé de démissionner mon emploi car j'étais sur appel, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, 365 jours par année. Je suis beaucoup moins stressé depuis que je n'ai plus d'emploi.» (S7) (E1)

«À cause de mon facteur héréditaire des maladies du cœur, je dois donc faire de plus en plus attention à ce que je mange... Je suis consciente que je dois être plus stricte. Je fumais il y a des années. Aujourd'hui, je crois que la population est plus sensibilisée aux habitudes de vie. Je suis prête à faire beaucoup plus d'efforts aujourd'hui. ...je veux changer des petites choses à la fois, pas tout changer à la fois. Je sais que je vieillis et je me suis inscrite à ce programme car je veux être autonome et fonctionnelle le plus longtemps possible. Là je sais que je dois avoir mon objectif en tête pour m'aider à être motivée.» (S11) (E1)

Expériences négatives

«J'ai fait plusieurs diètes...Je me suis entraîné plusieurs fois dans des centres Cardio mais je manquais de motivation, avec les gens qui étaient sur place là-bas.» (S4) (E1)

«J'ai déjà essayé le Nautilus. Je n'aimais pas les gens qui étaient là. Il n'y avait pas de suivi.» (S8) (E1)

«Dans le passé, j'ai fait plusieurs régimes...mais ça ne fonctionne plus pour moi. Avec ce programme, je veux vraiment faire attention à ce que je mange. J'ai arrêté de fumer il y a 20 ans. Je n'ai jamais essayé de faire quoi que ce soit pour contrôler mon stress. Je n'ai jamais entrepris des activités physiques organisées à la suite de mon problème au cœur...» (S3) (E1)

Besoin de motivation

«Les habitudes reviennent vite au galop. Alors il faut toujours se motiver : ben regarde, ça te tente pas, mais après t'es contente, tu l'as fait et tu te sens mieux. C'est une motivation intérieure : moi versus moi-même. Ce ne sont pas les autres qui me poussent. Sauf que je me dis que je me suis donnée la chance de le faire, je m'investie financièrement, sur le plan émotif puis physiquement. Pour pouvoir arriver à un constat, je me suis donnée non pas à court terme que je veux voir les changements, mais à moyen et long terme. Donc je me dis : faut pas que je décourage. Pour moi le travail ne m'a pas empêché de venir à mon entraînement, la famille n'a eu aucune influence ou impact dans mon cheminement ou ma motivation.» (S11) (E2)

«...je me suis inscrite à Formavie pour accompagner mon conjoint (qui a un problème aux reins) pour l'encourager. C'était pour motiver quelqu'un que je suis venue ici, puis je me suis motivée encore plus moi-même.» (S10) (E2)

«C'est facile pour moi d'adopter des bonnes habitudes de vie car je veux me garder en bonne santé. C'est une motivation totalement personnelle...J'ai été très assidu à mes entraînements. Je n'ai pas vraiment eu à changer des habitudes de vie. J'essaie toujours d'atteindre mes objectifs, mais ils ne sont pas tous encore atteints.» (S2) (E2)

Objectifs fixés versus objectifs atteints chez les participants qui ont abandonnés

«La cigarette, je n'avais pas fixé d'objectifs, je ne voulais pas me mettre de pression à ce niveau là, puis je fume encore. Pour ce qui est de l'exercice, je m'étais mis en tête, lorsque j'ai abandonné Formavie, je me suis dit que je continuerai tout seul, mais c'est allé en diminuant, c'est-à-dire que j'ai eu plus de difficulté à tenir ça. Je ne sais pas pourquoi c'est difficile. C'est plus au niveau des habitudes de vie qui sont difficiles à changer. Je n'ai pas vraiment atteint mes objectifs.» (S6) (E2)

«Mes objectifs étaient très réalistes, mais disons qu'il y a eu trop de choses qui sont arrivées en même temps, beaucoup de choses ont changé au niveau personnel. Notamment un changement de job, car j'avais beaucoup trop de stress...Ça l'a quasiment provoqué un stress énorme que je croyais que c'était des crises de cœur...Après Formavie, j'ai continué tout, mais ensuite il y a eu d'autres choses qui étaient plus au niveau stress. Stress trop élevé, ça a ralenti

toutes mes activités. C'est pour ça que je m'arrange à faire baisser mon stress car aussi non, la motivation n'est pas là.» (S4) (E2)

Objectifs fixés versus objectifs atteints chez les participants observants

«Ma perception est la même, positive. C'est sûr qu'après 6 mois, j'ai gagné du tonus musculaire, j'ai une meilleure résistance...Pendant un bout, j'en faisais 4 à 5 fois par semaine pis je pouvais courir sans problème 45 minutes sans trop de difficulté. Je me souviens les premières fois, je marchais je pense 6 km à l'heure, pis là je fais des intervalles jusqu'à 12 kilomètres. Donc ça va bien!» (S1) (E2)

«Pour moi, ça m'a vraiment aidé afin d'avoir une meilleure force musculaire, alors c'est très bien. Super positif même de te laisser guider par des jeunes qui veulent t'aider à atteindre une meilleure condition physique. Alors je crois que ce que j'ai fait pendant un bon bout de temps- les exercices et le programme- m'ont vraiment aidé à continuer même avec mes problèmes que j'ai en ce moment.» (S3) (E2)

«Ma perception est même meilleure qu'au début. Ça m'a amélioré énormément car j'ai réussi à contrôler ma pression. C'est positif! Ça été eux qui ont fait que j'ai atteint un objectif que je m'étais fixé. C'est grâce à mon entraîneur que ma condition physique a augmenté de 75 %» (S9) (E2)

Thème N° 3 – 4.5 : Identifier les barrières reliées à la pratique de l'AP

4.5.4 Stress et manque de temps

«Mon changement de travail avait fait un stress tellement énorme que ce n'était pas comique. J'avais des douleurs à la poitrine, étourdissements. Mon docteur était sûr et certain que je faisais une crise de cœur, pis c'était tout simplement un stress trop élevé. Je fais aussi très souvent du stress musculaire. J'ai des poings au niveau de la poitrine, je suis risqué, j'ai mal dans le dos, à la tête, je dors mal. Je n'ai pas atteint tous mes objectifs et je crois que c'est tout simplement un manque de concentration, un manque de temps et au niveau du stress. J'avais beaucoup de choses en tête, et puis quand j'ai trop de choses en tête, bien je me concentre sur les choses principales et l'exercice pour moi ce n'était pas principal. Ça passait en deuxième puis en troisième, puis en quatrième.» (S4) (E2)

«Une fois par mois, je ne pouvais pas venir 3 fois par semaine car mon travail m'en empêchait. Dans le dernier mois, il y a eu un gros relâchement car j'ai dû faire un sprint au travail. Mais ce n'est pas parce que je ne voulais pas y aller. J'étais au travail. Je suis à ma 102^{ème} heure de travail depuis vendredi. C'est très dur de changer avec mon horaire... C'est la période de temps qui veut ça... » (S9) (E2)

«Je dirais aussi que le temps est une barrière, parce qu'il y a un manque de temps quand on travaille 5 jours par semaine. Il y a des obligations du

quotidien qui fait que tu dis «ah! J'ai tellement de choses à faire que je pense que je vais laisser faire.» Je pense que j'avais plus de temps de liberté pour moi j'en ferais peut-être plus.» (S11) (E2)

4.5.6 Inconforts musculaires et douleurs articulaires

«Ce qui était difficile parfois, c'était la douleur ou l'inconfort au niveau des muscles après les entraînements.» (S3) (E2)

«Au départ, j'étais plus fatiguée quand je partais. Je savais que pendant mon entraînement, je travaillais fort. Parfois, je me sens courbaturée lorsque j'essaie des nouveaux exercices. J'ai une faiblesse dans le bas du dos, on travaille là-dessus pour le renforcer, mais ça c'est comme un mini problème qui est récurrent.» (S10) (E2)

«Souvent, je vais avoir des douleurs associées à l'entraînement qui ne sont pas rigides, mais qui font que mon corps s'exprime. Puis j'ai tendance à me blesser facilement, donc c'est pour ça que je dois faire vraiment attention à travers les exercices pis informer au fur et à mesure l'entraîneur, de ce que je ressens. Je ne te cache pas que c'est difficile parfois.» (S11) (E2)

4.5.7 Moyens financiers et autres raisons

«Le journal de bord, ça ne m'a pas aidé, je trouvais ça un peu répétitif et infantin. Pour moi, je ne voyais pas la pertinence de noter pourquoi j'ai manqué les cours...etc.» (S2) (E2)

«Ce que j'ai moins aimé du programme, c'était les changements d'horaires. Il y avait des heures qui ont été coupées et qu'on a été obligé de reprendre plus tard. Moi le moins que ça coupe de même, ça ne marche pas.» (S4) (E2)

«Peut-être la disponibilité de mon kiné.» (S9) (E2)

Thème N° 4 – 4.6 : Identifier les bienfaits des programmes de prévention primaire et secondaire des MCV et les facteurs facilitant la pratique d'activité physique

4.6.3 Suivi serré

«C'est pour cette raison que je me suis inscrit ici, pour avoir un meilleur suivi.» (S7) (E1)

«Tu as un entraîneur qui te dirige où tu es supposé d'aller selon ta condition à toi.» (S4) (E2)

«Je trouve ça très bien. Je pense que Formavie c'est super bien le suivi personnel, c'est super intelligent.» (S8) (E2)

«Le suivi est excellent. C'est une chose que j'aime le plus chez Formavie, le suivi que j'ai. Les entraîneurs sont toujours bien de bonne humeur et tu n'as jamais l'impression de les déranger.» (S9) (E2)

«Le suivi est très bon. Je suis entièrement satisfaite et je ne peux pas demander mieux que ça.» (S10) (E2)

4.6.4 Endroit privé/contact personnalisé

«C'est pas mal mieux que dans un gros gymnase ou un gros centre. C'est beaucoup plus privé et plus facile.» (S4) (E1)

«...ils sont à l'écoute lorsqu'on est obligé de changer des choses de façon à ce qu'on ait moins de conséquences lors des exercices qui nous font faire. Les exercices sont bons.» (S2) (E2)

«Disons que le programme en temps que lui-même était très bon, par exemple au niveau des exercices et au niveau des appareils... Ce n'est pas général, c'est vraiment plus pour la personne, pour ton programme à toi.» (S4) (E2)

«...Aussi, on a toujours un cardiofréquence-mètre. Je n'avais jamais essayé ça avant et ça nous aide à augmenter nos fréquences pour atteindre d'autres buts.» (S10) (E2)

4.6.5 Compétence du personnel

«...l'aspect relation humaine qui entrait là-dedans, les kinésologues compétents, etc. » (S6) (E2)

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES OBJECTIFS ET DES
INTÉRÊTS DES PARTICIPANTS

Ce questionnaire vous demande de déterminer vos intérêts, intentions et objectifs à suivre un programme d'entraînement. Veuillez s'il vous plaît répondre le plus honnêtement possible.

- 1) Parmi les énoncés ci-dessous, lequel ou lesquels représentent la ou les plus grandes motivations à participer à des activités sportives. (Inscrire les chiffres de 1 à 11 (ou plus si vous rajoutez des énoncés) par ordre d'importance, 1 étant le plus important)

- ▶ Je me sentirais mieux _____
- ▶ Je paraîtrais bien _____
- ▶ J'aurai plus d'énergie _____
- ▶ Je dormirais mieux _____
- ▶ Ça m'aiderait à contrôler mon poids _____
- ▶ Je serais en meilleure santé _____
- ▶ J'aurais du plaisir _____
- ▶ Ça m'aiderait à mieux gérer mon stress _____
- ▶ J'aurais davantage confiance en moi _____
- ▶ Ça me permettrait de me désennuyer/rencontrer des nouvelles personnes _____
- ▶ Je me sentirais plus fort _____

- 2) Si vous **ne prenez pas part** ou **n'avez jamais pris part** à des activités physiques ou sportives, veuillez cocher les différentes raisons qui expliquent votre sédentarité :

- ▶ Manque de temps _____
- ▶ Manque d'intérêt (Vous n'aimez pas ! Vous trouvez ça ennuyant !) _____
- ▶ Vous ne savez pas comment pratiquer les sports ou être actif _____
- ▶ Vous trouvez que vous être trop âgé pour faire de l'activité physique _____
- ▶ Vous trouvez ça trop difficile _____
- ▶ Vous avez peur de vous blesser _____
- ▶ Vous avez peur d'avoir un malaise cardiaque _____
- ▶ Ça coûte trop cher _____
- ▶ Quelqu'un vous a déconseillé de pratiquer une activité sportive _____
- ▶ Votre santé ne vous le permet pas _____
- ▶ Les centres de sports sont difficiles d'accès _____
- ▶ Problèmes de transport _____
- ▶ Les intervenants ne sont pas qualifiés ou manquent de professionnalisme _____

3) Si vous avez déjà pris part ou vous allez prendre part à des activités physiques et sportives ou à des programmes de réadaptation cardiaque, qui vous y a référé ?

- ▶ Vous mêmes _____
- ▶ Un proche (famille, amis, conjoint) _____
- ▶ Un patient ou un client qui prenait déjà part à ces activités _____
- ▶ Un médecin ou infirmière _____
- ▶ Enfants _____
- ▶ Une connaissance _____

4) Si vous avez déjà pris part à des activités physiques et sportives avez-vous eu de la difficulté à y maintenir une pratique régulière ? Si oui, pourquoi ?

Oui Non

Si oui, veuillez cocher une ou plusieurs de ces réponses...

- ▶ Manque de temps _____
- ▶ Activités mal organisées ou non organisées _____
- ▶ Vous n'aimiez pas l'activité ou vous y aviez perdu l'intérêt _____
- ▶ L'activité pratiquée était trop intense/difficile ou pas assez intense pour vous apporter des bénéfices _____
- ▶ Votre état de santé ne vous a pas permis de pratiquer l'activité de façon régulière _____
- ▶ L'accès à l'activité était difficile _____
- ▶ Les animateurs et entraîneurs n'étaient pas compétents _____
- ▶ Autres _____
(Précisez) : _____

5) Si vous vous inscrivez au programme de réadaptation cardiaque au centre Formavie, quels seraient vos trois objectifs principaux à atteindre d'ici la fin du programme?

#1 _____
#2 _____
#3 _____

6) Selon vous, quels seraient les meilleurs moyens pour vous motiver à venir vous entraîner ?

- ▶ Avoir un entraîneur personnel qui vous suivra lors de votre entraînement ____
- ▶ Recevoir un support moral et psychologique de la part des employés ____
- ▶ Recevoir un support moral de la part de votre conjoint(e), famille, et amis ____
- ▶ Recevoir un suivi (téléphonique ou électronique) à toutes les semaines et une évaluation de votre condition physique tous les 3 mois ____
- ▶ Avoir accès à des professionnels de la santé qualifiés ____
- ▶ Participer à des activités de groupe ____
- ▶ Vous fixer des objectifs ____
- ▶ Tenir un journal de vos activités ____
- ▶ Avoir une soirée de récompenses biannuelle, cocktail, 5 à 7, etc. ____
- ▶ Autres : ____
(Précisez) _____

7) Parmi ces activités, veuillez cocher celles auxquelles vous aimeriez participer si vous étiez membre au Centre Formavie, et veuillez mettre un X sur celles que vous ne voudriez pas prendre part.

- ▶ Séances éducatives ____
(Sur l'alimentation, l'activité physique, les facteurs de risque, etc.)
- ▶ Activités de groupe ponctuelles :
 - ✓ Ateliers de course à pied ____
 - ✓ Ateliers de marche rapide ____
 - ✓ Randonnée de vélo ____
 - ✓ Randonnée dans le bois ____
 - ✓ Randonnée de raquettes ____
 - ✓ Ski de fond ____
 - ✓ Autres ____
- (Précisez) : _____
- ▶ Sports d'équipe adaptés pour notre clientèle ____
(Mini-soccer, mini-basket-ball, volley-ball)
- Exercices de flexibilité et de force musculaire ____
- ▶ Musculation en salle d'entraînement ____
- ▶ Exercices cardio-vasculaires en salle d'entraînement ____
(Vélo, tapis roulant, elliptique, marches, etc.)
- ▶ Entraînement à la maison supervisé **avec** entraîneur ____
- ▶ Entraînement à la maison avec suivi **sans** entraîneur ____

9) Combien de fois par semaine seriez-vous prêt à consacrer à votre entraînement (muscultation, groupe, maison) ? Veuillez encercler le chiffre correspondant pour chacune des activités. Essayez d'organiser la semaine pour que vous ayez environ 3 à 5 jours d'activité par semaine. (Ex. : 2 jours de muscultation, 1 journée de groupe, 1 journée à la maison)

Entraînement en salle de muscultation				Entraînement en groupe				Entraînement à la maison					
0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3		
↓				↓				↓					
_____				+	_____				+	_____			
Total = _____													

10) Combien de temps par séance en moyenne seriez-vous prêt à consacrer à chaque activité ?

- ▶ 30 à 45 minutes _____
- ▶ 45 minutes à 60 minutes _____
- ▶ 60 minutes à 90 minutes _____
- ▶ 90 minutes et + _____

Merci de votre collaboration

Mélissa Lesage

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES DES
FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES■ ALIMENTATION

1- La teneur en énergie (et en gras) est plus grande dans 100 grammes de :

- A. Poulet B. Fromage mozzarella C. Poisson

2- Est-ce que les œufs contiennent du cholestérol ?

- A. Oui, dans le jaune B. Oui, dans le blanc C. Non

3- La source de graisse la plus saine parmi celles-ci est :

- A. L'huile d'olive B. L'huile de palme C. L'huile de tournesol

4- Quelle est la source de fer la plus élevée parmi ces 3 aliments :

- A. La viande B. Les épinards C. Le pain

5- Selon le Guide Alimentaire Canadien, pour manger sainement, vous devriez manger de 1 à 5 portions de fruits et légumes par jour.

- A. Vrai B. Faux

6- L'excès du mauvais cholestérol est relié à une alimentation :

- A. Trop riche en sucre B. Trop riche en fibre C. Trop riche en graisse d'origine animale.

7- Parmi les aliments suivant, où trouve-t-on le bon cholestérol?

- A. Dans la viande rouge B. Dans le saumon C. Dans les légumes

8- L'excès de triglycérides dans le sang est relié à une :

- A. Alimentation trop riche en sucre B. trop riche en gras animal C. Trop riche en sel

■ **FACTEURS DE RISQUE**

9- Le tabac a beaucoup d'influence sur les maladies cardiovasculaires car il favorise la formation de plaques d'athérosclérose qui contribuent, à la longue, à boucher les artères.

A. Vrai B. Faux

10- Veuillez associer les énoncés (A B C ou D) à 3 bonnes réponses:

Artériosclérose _____ Hypertension artérielle _____ Cholestérol _____

A. Tension systolique constamment supérieure ou égale à 140 mmHg (millimètres de mercure) ou que la tension diastolique constamment supérieure ou égale à 90 mmHg.

B. Tension systolique constamment supérieure ou égale à 128 mmHg (millimètres de mercure) ou que la tension diastolique constamment supérieure ou égale à 88 mmHg

C. Accumulation de plaques jaunâtres constituées de dépôts de gras (cholestérol) à l'intérieur des grosses et moyennes artères. Cette accumulation peut croître et durcir avec le temps, réduisant ainsi le débit sanguin et il peut entraîner une thrombose (formation d'un caillot sanguin), qui cause éventuellement un infarctus du myocarde.

D. Substance molle et cireuse que fabriquent les humains et les animaux. Faisant partie des lipides (gras) que l'on retrouve dans le sang, il est un « bloc de construction » chimique dont se sert le corps pour fabriquer les membranes cellulaires et les hormones. Sans cette substance, le corps ne pourrait pas fonctionner.

11- Les personnes atteintes d'embonpoint ou d'obésité courent le risque de faire de l'hypertension artérielle, de l'hyperlipidémie ou du diabète, tous des facteurs qui augmentent les risques de maladies cardiovasculaires.

A. Vrai B. Faux

12- On considère généralement obèse une personne dont l'indice de masse corporelle (IMC) est égal ou supérieur à :

A. 21-23 B. 23-25 C. 25-27

13- L'endroit le plus dangereux pour le stockage des gras pouvant entraîner des maladies cardiovasculaires est :

- A. Les hanches B. Les fesses C. L'abdomen D. Les jambes
E. Les bras

■ **ACTIVITÉ PHYSIQUE**

14- Pour perdre du poids, il est nécessaire que notre entraînement soit très intense, comme de la course ou des sprints.

- A. Vrai B. Faux

15- Le Guide d'activité physique canadien recommande de faire de 30 à 60 minutes d'exercice

- A. 1 à 2 fois par semaine D. 4 à 5 fois par semaine
B. 2 à 3 fois par semaine E. 5 à 6 fois par semaine
C. 3 à 4 fois par semaine F. Tous les jours

16- Pour s'assurer une progressions dans notre entraînement, il est important de regarder ces modalités suivantes :

- A. Durée de l'activité et l'intensité de l'activité
B. Le type d'activité, la fréquence de l'activité
C. Le type d'activité, la durée de l'activité et l'intensité de l'activité
D. Toutes ces réponses

17- Une marche rapide de 30 minutes, quatre à sept fois par semaine, réduit le risque de maladies cardiaques, de diabète, d'obésité, d'ostéoporose et de certaines formes de cancers.

- A. Vrai B. Faux

18- L'activité physique n'a pas d'influence sur notre métabolisme de base

- A. Vrai B. Faux

19- Plus notre métabolisme de base n'est bas, plus on brûle des calories au repos, à ne rien faire.

- A. Vrai B. Faux

ANNEXE D

CONTRAT D'ENGAGEMENT DE RÉUSSITE DES OBJECTIFS

Nom du client : _____ Nom du Kinésiologue : _____	N° de téléphone : _____ Courriel : _____ Date du début : _____ Date de fin du contrat : _____ Date du dernier entraînement : _____
--	---

MON OBJECTIF #__ EST:

Je m'engage à

<ul style="list-style-type: none"> • Date d'aujourd'hui: _____ • Période de temps allouée (en semaines) pour réussir (donc maintenir) l'objectif #__ : _____ • Notes de rappel du kinésiologue : pour atteindre votre objectif, vous devez : _____ _____ _____

Signature du client : _____ Signature du kinésiologue : _____
 Date : _____ Date : _____

Objectif #__ atteint? Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>
--

ANNEXE E

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPATION À UNE
ÉTUDE

Objet : Participation à une étude universitaire (maîtrise) portant sur les programmes de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires

Madame, monsieur,

Je m'appelle Mélissa Lesage et je suis étudiante à la maîtrise en sciences de l'activité physique à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Je suis associée avec François Trudeau, Ph.D. Mon sujet de recherche a pour titre : « **Perception de dix participants souffrant d'un problème cardiaque ou possédant un ou plusieurs facteurs de risque reliés à la maladie, sur un programme de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires** ».

Pour effectuer cette étude, j'ai besoin 10 personnes atteintes ou qui ont déjà été atteints d'un problème cardiovasculaire ou d'un facteur de risque associé au développement d'une maladie du cœur. L'expérimentation durera six mois (mars à septembre 2006) et consistera en premier lieu de remplir des questionnaires sur vos intérêts et vos objectifs face à l'activité physique et des questionnaires sur vos connaissances sur la santé et les habitudes de vie. Par la suite, vous signerez un contrat d'engagement de réussite des objectifs et passerez une évaluation sur votre condition physique. Vous suivrez ensuite un programme d'entraînement individualisé (3 à 5 fois par semaine) et un programme éducatif (6 séances + journal de bord) Il est à noter que toutes les informations que je recueillerai sur vous demeureront **totalemt confidentielles**. Aucune information personnelle (nom, race, etc.) ne sera mentionnée dans le rapport final. Bien que le programme soit sécuritaire et supervisé, il peut y représenter des risques lors d'un effort à l'entraînement (douleur à la poitrine, hypertension, fréquences cardiaques élevées, étourdissements et douleurs musculaires). Enfin, l'étude a été acceptée par le comité de demandes d'un certificat éthique pour une recherche avec des êtres humains, de l'U.Q.T.R. Si vous n'avez pas de réticences à ce que vous fassiez partie de l'étude, je vous invite à signer ci-bas afin de confirmer votre consentement.

Je vous remercie de votre collaboration. Votre collaboration me sera d'une grande utilité dans la poursuite de cette recherche.

Signature