

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

COMME EXIGENCE DU COURS PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
VALÉRIE MEUNIER

PROGRAMME PROGRESSIF D'EXERCICES D'ACTIVATION POUR LES
PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE ET QUI REÇOIVENT DES SERVICES DE
RÉPIT

DÉCEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

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 cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier la générosité de l'équipe de direction de la Coopérative de solidarité en soutien à domicile impliquée dans mon projet. C'est grâce à leur appui et leur désir d'innover dans le domaine des services de répit que cette recherche a pu naître.

Par la suite, j'aimerais également remercier les six participants âgés de l'étude qui ont exécuté le programme avec assiduité et qui m'ont alloué une partie de leur temps lors des rencontres initiale et finale du projet. Je souhaite aussi remercier les six préposés de répits qui ont supervisé l'exécution du programme et qui ont rempli adéquatement le calendrier d'observance chaque semaine.

De plus, je souhaite remercier Mme Martine Brousseau qui s'est grandement impliquée dans ce projet de recherche et qui m'a guidé à travers tous le processus de rédaction. Je la remercie sincèrement pour son dévouement ainsi que le partage de sa passion pour la recherche et l'ergothérapie.

Finalement, je désire remercier ma famille, mon conjoint ainsi que mes amis(es) qui m'ont tous et toutes soutenue à travers ce processus de longue haleine.

Je vous remercie de tout cœur.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	viii
RÉSUME	ix
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1 Enjeux	3
2.2 Objectif de recherche.....	12
3. CADRE CONCEPTUEL	13
3. 1 Principes ergothérapiques d'activation	13
3.2 La pyramide des activités physiques	14
3.3 Les impacts des activités physiques sur les capacités physiques résiduelles des personnes âgées	17
3.3.1 Les impacts physiques.....	17
3.3.2 Les impacts motivationnels	20
4. MÉTHODE	21
4.1 Devis.....	21
4.2 Échantillonnage	21
4.3 Procédure	22
4.3.1 La procédure pour le programme.....	22
4.3.2 Procédure pour la recherche.....	23
4.4 Méthode de collecte de données	24
4.4.1 Collecte de données auprès des personnes âgées avant le programme	25
4.4.2 Collecte de données auprès personnes âgées après le programme.....	27
4.4.3 Collecte de données des préposés de répit après le programme.....	27
4.5 Analyse des données	28
4.6 Considération éthique.....	28
5. RÉSULTATS	29
5.1 Taux de participation à l'étude.....	29
5. 2 Descriptions des participants.....	29

5.3 Observance des participants au programme	31
5. 4 Condition des participants avant le programme progressif d'exercices d'activation	32
5.5. Condition des participants après le programme progressif d'exercices d'activation	33
5.5.1 Mesure du fonctionnement physique	33
5.5.2 Mesure de la peur de chuter	33
5.5.3 Perceptions des personnes âgées ayant participé au programme progressif d'exercices d'activation	34
5.5.4 Principaux thèmes émergents des personnes âgées ayant participé au programme progressif d'exercices d'activation	37
5.5.5 Perceptions des préposés de répit ayant appliqué le programme progressif d'exercices d'activation	38
6. DISCUSSION	40
6.1 Impacts positifs du programme progressif d'exercices d'activation sur les personnes âgées	40
6.2 Propositions d'améliorations du programme progressif d'exercices d'activation selon les personnes âgées	43
6.3 Impacts positifs du programme progressif d'exercices d'activation sur les préposés de répits	44
6.4 Les retombées de la présente étude	44
6.5 La pertinence de l'étude	46
6.6 Les forces et limites de l'étude	46
7. CONCLUSION	49
RÉFÉRENCES	51
ANNEXE A	58
Programme progressif d'exercices d'activation pour les personnes âgées vivant à domicile et recevant des services de répit	58
ANNEXE B	90
Calendrier d'observance au programme	90
ANNEXE D	99
Questionnaire post intervention du participant	99
ANNEXE E	101
Questionnaire post intervention du préposé.....	101

ANNEXE F 103

Description des services de répit de la Coopérative de solidarité en soutien à domicile
de la MRC L'Assomption..... 103

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Données sociodémographiques et de santé des participants.....	30
Tableau 2. Problématiques de santé des participants.....	30

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Pyramide de l'activité physique inspirée de Bonder et Dal Bello-Haas (2009, pp. 69).....	16
Figure 2. Figure illustrant la procédure de recherche	24
Figure 3. Nombre d'exécutions du programme d'exercices d'activation par semaine pour chacun des participants	32
Figure 4. Scores initiaux et finaux des participants obtenus à l'aide du <i>Physical Performance Test</i>	34
Figure 5. Scores initiaux et finaux des participants obtenus à l'aide du <i>Falls-Efficacy-Scale International</i>	35
Figure 6. Perception des participants quant à leur santé	36
Figure 7. Perception des participants quant à leur fonctionnement quotidien.....	37
Figure 8. Niveau de confiance des participants à continuer de faire le programme d'exercices en entier.....	38
Figure 9. Niveau de satisfaction des participants quant à leur participation au programme d'exercices	39

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVC	Accident vasculaire cérébrale
CISSS	Centre intégrée de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
FES-I	<i>Fall-Efficacy-International Scale</i>
PPT	<i>Physical Performance Test</i>
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Introduction : Actuellement au Québec, plusieurs services communautaires sont offerts afin de favoriser le vieillissement actif des aînés. Par exemple, le programme *Vie active* s'adresse aux personnes de plus de 50 ans et vise à les faire bouger régulièrement et à augmenter leur fréquence hebdomadaire d'activités physiques (Gouvernement du Québec, 2016). D'ailleurs, ces services ont été développés dans l'optique où la pratique régulière d'activité physique repousse l'apparition de facteurs de morbidité, accroît la longévité, améliore les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des aînés (Lord et Dionne, 2008). Or, ces programmes sont offerts dans des centres de jour et ne sont pas adaptés pour être donnés à domicile. L'organisation actuelle des services de santé offre des services de soins à domicile aux aînés qui, en raison d'une altération de leurs capacités, ne peuvent s'intégrer à leur communauté. Les services de répit destinés aux personnes âgées à domicile comprennent principalement des activités de stimulation intellectuelle dans le but de maintenir leurs capacités intellectuelles. Très peu de ces services intègrent la stimulation des capacités physiques. Pour ce, un programme d'activation des capacités physiques basé sur les principes d'analyse d'activités (Johnson et al, 2003) et sur les constats d'une revue systématique (Burton, Lewin et Boldy, 2015) a été mis sur pied. Ainsi, il semble pertinent de bonifier leurs interventions par l'intégration à leur bouquet de services d'un programme progressif d'exercices d'activation. **Objectif :** L'objectif de ce projet de recherche est d'évaluer les retombées d'un programme progressif d'exercices d'activation sur le fonctionnement des personnes âgées vivant à domicile et recevant des services de répit. **Méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive avec devis mixte mesurant le fonctionnement des personnes âgées et recueillant la perspective des préposés de répit quant aux impacts observés sur le fonctionnement de leurs clients participant à l'étude. Afin de répondre à l'objectif de recherche, un programme progressif d'activités physiques fonctionnelles simples a été créé selon les principes d'activation mis de l'avant en ergothérapie. Puis, il a été présenté aux préposés en services de répit à domicile afin que ces derniers l'intègrent à leurs interventions auprès des aînés. La présente étude s'appuie sur un devis mixte comportant des mesures initiales et finales. Ces mesures sont obtenues par le *Physical Performance Test* (PPT), le *Fall-Efficacy- International Scale* (FES- I) , un questionnaire avant et après pour les personnes âgées ainsi qu'un questionnaire après intervention pour les préposés de répit. **Résultats :** Les résultats obtenus montrent que 50 % des personnes âgées ont maintenu leur score au PPT et que 50 % l'ont amélioré suite au programme d'exercices. Quant au FES-I, 33, % ont maintenu leur préoccupation à chute alors que 66,7 % l'ont diminué. De même, 83,3 % des personnes âgées considère avoir amélioré leur état de santé et 66,7 % leur niveau de fonctionnement. **Discussion :** Le programme proposé favorise le maintien des capacités physiques résiduelles des personnes âgées vivant à domicile et s'intègre de manière réaliste à la pratique des préposés de répit. De même, il constitue une innovation dans les pratiques communautaires puisqu'il s'inscrit dans une approche préventive. **Conclusion :** Les ergothérapeutes possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour agir dans le domaine de la prévention des déclins fonctionnels et ainsi favoriser la continuité des services offerts aux personnes âgées vivant à domicile.

Mots-clés français : personnes âgées, domicile, services de répit, exercices d'activation et fonctionnement.

Mots-clés anglais : elderly, community dwelling, home care services, activation exercices and functionning.

1. INTRODUCTION

Le vieillissement est un processus irréversible qui débute ou croît à un rythme plus élevé lorsque l'organisme atteint sa maturité (Fülop, 2008). En effet, celui-ci est inévitable à tous les êtres vivants et chacun de ceux-ci ont une durée de vie déterminée. Il est estimé que d'ici 2031, un Canadien sur quatre sera âgé de plus de 65 ans (Institut de recherche en santé au Canada, 2007). Un homme et une femme tous deux âgés de 65 ans au Canada peuvent s'attendre à vivre en moyenne encore 17,4 et 20,8 ans respectivement.

Le vieillissement présente une grande variabilité entre les individus (Fülop, 2008). Toutefois, il est commun qu'il soit accompagné de problèmes de santé ayant des répercussions sur la mobilité et sur l'agilité, occasionnant de la douleur et rendant les personnes âgées vulnérables aux chutes et aux blessures (Institut de recherche en santé au Canada, 2007). Ainsi, plusieurs de ses conséquences limitent les personnes âgées dans l'accomplissement de leurs activités de la vie courante pouvant mettre en péril leur vie à domicile.

Actuellement au Québec, plusieurs interventions en ergothérapie sont offertes et ont une influence positive sur le fonctionnement des personnes âgées qui vivent à domicile. Or, la pratique de l'activité physique quotidienne peut-elle avoir un impact sur le fonctionnement quotidien de cette clientèle? Cette recherche s'attarde à ce questionnement.

Précisément, la présente étude est composée de cinq sections distinctes. D'abord, les principaux enjeux ainsi que l'objectif qui nourrit cette recherche sont décrits dans la problématique. Ensuite, le cadre conceptuel expose les fondements théoriques et scientifiques inhérents à l'ergothérapie et à l'activité physique. Par la suite, la méthode utilisée pour la présente étude est décrite explicitement. Subséquemment suivent les résultats détaillés de la recherche. Une discussion présentant en somme une

interprétation des résultats, les retombées et la pertinence de l'étude ainsi que ses forces et ses limites y fait suite. Finalement, une conclusion proposant d'autres avenues intéressantes pour faire croître cette étude clôt ce travail.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1 Enjeux

Le nombre grandissant de personnes entrant dans la tranche d'âge des 65 à 74 ans soulève plusieurs enjeux. L'explosion démographique de ce groupe d'âge en est un principal (Institut de la statistique du Québec, 2014). Cette explosion est spécialement attribuable à l'arrivée massive des *baby-boomers*, nés entre 1944 et 1968, dans cette tranche d'âge (Institut national de santé publique du Québec, 2010). Celle-ci a débuté en 2006 et devrait s'échelonner jusqu'en 2026. En ce sens, s'attarder à l'étude des différents moyens mis en place afin de permettre à des personnes âgées de continuer à vivre à domicile représente une pertinence sociale compte tenu du vieillissement de la population et du plus grand nombre de personnes âgées dans les années à venir. En 2001 au Québec, la grande majorité (90 %) des personnes âgées vivait à domicile (Institut national de santé publique du Québec, 2003). Vivre à domicile représente un défi pour cette population notamment en raison que la vieillesse peut être caractérisée par l'apparition de maladies et par l'augmentation de comorbidités qui fragilise la personne âgée et la rend dépendante dans certaines sphères de son fonctionnement (Muller, Denis, Valentin et Teillet, 2004). Une personne est considérée comme étant dépendante lorsqu'elle est incapable d'effectuer une ou plusieurs activités de la vie courante en raison d'une altération de ses capacités physiques et/ou mentales. Par exemple, une personne dépendante peut avoir de la difficulté à faire son hygiène au bain et à s'habiller seule, nécessitant en fait l'aide d'un tiers pour réaliser ses activités (Muller, Denis, Valentin et Teillet, 2004; Zingmark et Bernspang, 2011). En 2006 au Québec, en moyenne 12 % des personnes âgées de 65 et plus qui vivent en ménage privé, c'est-à-dire à domicile ou en appartement, présentaient des difficultés dans l'accomplissement de leurs activités de la vie quotidienne (Institut national de santé publique du Québec, 2010).

De même, la réalité qu'accompagne la croissance de la population âgée au Québec laisse présager que la demande en soins de longue durée et les dépenses qui y sont

associées vont augmenter considérablement au cours des années à venir (Institut national de santé publique du Québec, 2010). Précisément, les soins de longue durée englobent les services à domicile, les soins offerts aux bénéficiaires dans la communauté ainsi que les soins continus fournis en centre hospitalier. L'étude menée par l'Institut national de santé publique du Québec (2010) fait valoir qu'en considérant uniquement le vieillissement de la population québécoise, le nombre de personnes nécessitant des soins de longue durée devrait doubler entre 2006 et 2031. Pour ce, la politique *Vieillir et vivre ensemble* a été mise sur pied en 2012 (Gouvernement du Québec, 2012). Celle-ci s'inspire de la vision du vieillissement mise de l'avant par l'Organisation mondiale de la santé qui propose un vieillissement actif. La politique *Vieillir et vivre ensemble* encourage le maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel le plus longtemps possible en créant des environnements favorables à la santé et en mettant en place des services de promotion et de prévention qui visent le maintien et l'adoption de saines habitudes de vie tant chez les personnes âgées autonomes que celles en perte d'autonomie (Gouvernement du Québec, 2012). Ces saines habitudes de vie comprennent entre autres, la participation à des activités physiques. Cette politique invite à adapter les pratiques, les services et les stratégies d'interventions afin de mieux soutenir les personnes âgées et leurs proches pour continuer à vivre à domicile.

L'étude des différents moyens pour permettre aux personnes âgées de continuer à vivre à domicile et à maintenir leurs capacités a aussi une pertinence professionnelle en ergothérapie. Plusieurs études se sont penchées sur les impacts de différents types de services en ergothérapie à domicile quant au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que sur la réduction de leur dépendance aux services de soins (Gitlin et coll., 2006 ; Stark, 2004 ; Zingmark et Bernspang, 2011).

L'étude de Gitlin et coll., (2006) décrit l'efficacité d'intervention de réadaptation sur l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle, sur la réduction des peurs et des risques de chutes, sur l'accroissement du sentiment d'auto-efficacité ainsi que sur l'amélioration de

la capacité d'adaptation des personnes âgées souffrant de maladie chronique. Cette étude contrôlée randomisée a été menée auprès de 319 personnes âgées de plus de 70 ans qui vivent à domicile. Les participants ne présentent pas de trouble cognitif, ne reçoivent pas de services à domicile et rapportent avoir besoin d'aide pour accomplir au moins deux activités de la vie domestique (ex : épousseter) et au moins une activité de la vie quotidienne (ex : se laver). Les chercheurs ont évalué les effets d'interventions multidimensionnelles à domicile qui ont été conçues spécifiquement pour réduire les difficultés dans l'exécution des tâches quotidiennes chez les personnes âgées. Spécifiquement, les interventions avaient comme finalité de compenser l'altération des capacités par l'entraînement à l'utilisation de stratégies de renforcement du contrôle incluant des modifications cognitives (résolution de problème), comportementales (ajuster son rythme d'exécution, faire les tâches assises plutôt que debout) et environnementales (barres d'appui). Les résultats font valoir que ces interventions, comprenant les stratégies ci-haut énumérées, augmentent l'autonomie des personnes âgées à performer dans les activités de la vie domestique et celles de la vie quotidienne, principalement au niveau de l'hygiène au bain et de la routine de toilette. De même, elles contribuent à réduire la peur de chuter de celles-ci, à augmenter leur niveau de confiance à s'engager dans leurs activités de la vie de tous les jours ainsi qu'à une utilisation accrue des stratégies de contrôle (Gitlin et coll., 2006). Ces interventions proposées s'avèrent favorables au bon fonctionnement des personnes âgées, celles-ci s'inscrivent dans une approche de compensation.

Toujours dans une approche de compensation, l'étude de Stark (2004) avait comme but d'examiner les effets des interventions d'aménagement domiciliaire incluant des adaptations architecturales et l'installation d'équipements spécifiques sur la performance dans les occupations (autodéclarée) de 30 personnes âgées qui vivent à domicile et qui présentent des incapacités qui limitent leur fonctionnement. Un plan d'aménagement individualisé basé sur les besoins et les limitations a été fait pour chacun des participants.

Zingmark et Bernspang (2011) ont étudié les retombés des interventions en ergothérapie sur l'accomplissement des soins d'hygiène de deux groupes différents, qui tous deux reçoivent des soins à domicile pour se laver. Cette étude quasi expérimentale à groupe contrôle non équivalent a été menée auprès de 70 participants âgés de plus de 65 ans vivant à domicile et qui ont entamé le processus de demande pour recevoir des services de soins à domicile par un organisme de santé de leur municipalité. Les chercheurs ont comparé deux groupes de personnes recevant des services de soins à domicile par leur municipalité leur permettant de prendre leur bain. Les interventions auprès des participants du premier groupe contrôle visaient différents enjeux de la performance dans les occupations (enseignement de technique adaptée, gradation de l'activité, encouragements, adaptation de l'environnement) pour que les participants puissent accomplir leurs tâches en étant le plus autonome et le plus sécuritaire possible. Les interventions auprès des participants du deuxième groupe contrôle étaient des services de soins normaux à domicile offerts par un organisme municipal. Les résultats montrent que sur les 19 activités évaluées, sept de celles-ci présentent une amélioration significative dans les deux groupes. Ensuite, six de celles-ci présentent une amélioration uniquement dans le premier groupe contrôle (marcher à l'intérieur, marcher dans le quartier, sortir des vêtements du garde-robe, se laver les cheveux, se peigner les cheveux et se couper les ongles). Deux de celles-ci présente une amélioration uniquement dans le deuxième groupe contrôle (Marche d'un étage à un autre, habiller le haut de son corps). Finalement, quatre de celles-ci ne présentent aucune amélioration. Parallèlement, sur les cinq domaines, deux domaines soulèvent une amélioration significative dans les deux groupes (soins personnels et activités quotidiennes). Deux domaines soulèvent une amélioration significative uniquement dans le premier groupe contrôle (mobilité et soulagement de la douleur) et un domaine ne soulève aucune amélioration dans les deux groupes (anxiété et dépression). Concernant la moyenne de temps d'allocation de services, il existe une grande différence entre le premier groupe (31 minutes) et le deuxième groupe (66 minutes). Dans cette étude, les interventions visant à soutenir les habiletés de fonctionnement des personnes âgées s'inscrivent aussi dans une approche compensatoire.

Comme le font valoir les études recensées, les interventions compensatoires sont très utiles pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées vivant à domicile et correspondent à la majeure des interventions faites en ergothérapie en soutien à domicile. Toutefois, ces études mettent en lumière que l'accent des interventions a été mis sur le curatif et non sur le préventif. Ces interventions s'adressent à des personnes âgées présentant des problèmes de santé aigus et des problématiques de réadaptation suite à l'exacerbation de maladies dégénératives. Peu d'études en ergothérapie ont ciblé la clientèle en faible perte d'autonomie ne présentant pas de problèmes de santé majeurs ou la clientèle ayant déjà reçu un épisode de soins à domicile et qui est qualifié de « stable ». C'est justement cette clientèle qui, une fois les services de soins à domicile terminés, reçoit des services de répits. Le vieillissement guette aussi ces personnes et elles sont aussi à risque de vivre des déclins de leurs capacités. Par conséquent, la pratique communautaire interpelle particulièrement les ergothérapeutes dans leur rôle d'éducateur à la santé, les incitant à déployer leurs compétences afin de concevoir, proposer et mettre en place des stratégies d'intervention à caractère préventif auprès de leurs clientèles présentant des risques de déclins fonctionnels (Filliatrault et Richard, 2005 ; Rexe, McGibbon et vonZweck, 2013 ; Townsend, Cockburn, Letts, Thibeault et Trentham, 2013). Pour ce, Scriven et Atwal (2004) invitent les ergothérapeutes à concevoir des actions concrètes dans le continuum de promotion de la santé → prévention primaire → prévention secondaire → prévention tertiaire. L'ajout d'un programme progressif d'exercices d'activation au répertoire des services de répit destiné aux personnes âgées vivant à domicile s'inscrit dans la mouvance de la prévention secondaire et tertiaire de ce continuum. La prévention secondaire vise à prévenir la progression des problèmes de santé et l'apparition des conditions secondaires (Scriven et Atwal, 2004). Quant à elle, la prévention tertiaire vise à limiter l'incapacité ou les complications associées aux conditions irréversibles et favoriser l'intégration sociale (Meyers, 2010).

Jusqu'à ce jour, les services d'ergothérapie pour les personnes âgées s'inscrivent davantage dans le cadre des programmes de maintien à domicile des CLSC

(aujourd’hui appelé CISSS) (Hébert, Maheux et Potvin, 2000). Ceux-ci sont principalement des services axés sur la compensation visant à améliorer l’autonomie des personnes âgées avec des besoins aigus et chroniques (Ministère de la Santé et de Services sociaux, 2003). Toutefois, la majorité de ces services ne permet pas de développer les capacités résiduelles des personnes âgées. Ainsi, considérant le nombre grandissant de personnes âgées, les ergothérapeutes ont avantage à élargir leur rôle du côté de la prévention en intervenant non seulement auprès de la population à risque d’une communauté, mais également auprès des individus en santé (Filiatrault et Richard, 2005). Il y a lieu de se poser la question; que contiendraient des services de répit visant à maintenir ou à accroître les capacités physiques résiduelles des personnes âgées?

Les services de répit offerts aux personnes âgées qui vivent à domicile sont dispensés par des organismes communautaires autonomes. Ils ont pour mission de stimuler les capacités existantes des personnes atteintes tout en respectant leurs valeurs et leur routine quotidienne et de soutenir les proches aidants en leur donnant un moment de repos pour vaquer à leurs activités personnelles (Société de l’Alzheimer, 2016). Les services de répits intègrent des activités intellectuelles privilégiées par les personnes dans l’optique de stimuler les capacités cognitives de celles-ci. En contrepartie, très peu de projets au Québec intègrent des activités physiques dans les services à domicile de répit. En ce sens, s’attarder à proposer un programme d’activités physiques graduées dans le cadre de services de répit représente une opportunité pour les ergothérapeutes et permet d’innover dans le domaine, cela contribue au rôle d’agent de changement. Ce rôle serait mis à profit par les compétences de l’ergothérapeute à analyser l’activité et à appliquer les principes ergothérapiques d’activation (gradation et adaptation de l’activité) en fonction des capacités physiques résiduelles des personnes âgées.

Actuellement au Québec, plusieurs services communautaires sont offerts afin de favoriser la mise en action des personnes âgées et ainsi favoriser le vieillissement actif

de cette population. Par exemple, le programme *Vie active* s'adresse aux personnes de plus de 50 ans et vise à les faire bouger régulièrement et à augmenter leur fréquence hebdomadaire d'activités physiques (Gouvernement du Québec, 2016). Or, ceux-ci ne sont pas adaptés pour être faits à domicile. Se pencher sur la mise en place d'un programme d'activités physiques simples pour des personnes âgées confinées à domicile et recevant des services de répit comporte une pertinence scientifique. Jusqu'à ce jour, plusieurs programmes d'activités physiques graduées ont été proposés dans la communauté. Pour ce, les personnes doivent se rendre à des centres de jour ou à des salles communautaires pour y prendre part. Peu de programmes d'activités physiques ont été proposés pour être faits à domicile. Des études ont utilisé les programmes d'activités physiques à domicile comme stratégie pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé et du fonctionnement des personnes âgées (Burton, Lewin et Boldy, 2015; Toto et coll., 2012).

Burton, Lewin et Boldy (2015) ont publié une revue systématique, qui examinait le niveau d'évidence des programmes d'activités physiques auprès des personnes âgées recevant des services de soins à domicile. Selon ces auteurs, il est essentiel de faire l'identification des interventions comportant des programmes d'activités physiques qui agissent de manière efficace sur le fonctionnement des personnes âgées pour les organismes de soins et de santé, les gouvernements et les personnes âgées qui nécessitent de l'assistance et qui souhaitent arrêter ou du moins retarder le déclin de leurs capacités. Leurs recherches incluaient toutes les études publiées en anglais jusqu'en 1982. Huit études ont été incluses, soit deux essais contrôlés randomisés, un essai contrôlé non randomisé, deux études quasi expérimentales avant et après à groupe unique, une étude quasi expérimentale à groupes non équivalents, une étude de cohorte prospective et une étude longitudinale prospective randomisée, et sur ces huit études, quatre études incluaient des programmes d'activités physiques réalisables à domicile. Dans cette revue systématique, plusieurs études (Johnson et coll., 2003; Miller et coll., 2010; Sato et coll., 2009; Sato et Coll., 2011; Vestergaard et coll., 2008; Yan et

coll., 2009) jettent les bases pour concevoir un programme d'activités physiques simples pour les personnes âgées vivant à domicile et recevant des services de répit.

L'étude longitudinale prospective randomisée de Sato et coll., (2009) l'étude de cohorte prospective de Sato et coll., (2011) montrent que des évidences modérées soutiennent l'idée que des programmes d'activités physiques dans la communauté s'avèrent bénéfiques pour améliorer le fonctionnement des personnes âgées qui vivent à domicile. Dans les écrits concernant les programmes d'activités physiques à domicile, plusieurs types d'exercices ont été évalués indiquant des améliorations significatives dans au moins un des résultats mesurés (observance au programme d'exercices, fonctionnement, bien-être, niveau de confiance quant à l'équilibre, flexibilité, force musculaire et mobilité). Dans l'étude quasi expérimentale à groupes non équivalents, Johnson et coll., (2003) ont créé un programme de dix exercices qui devaient être accomplis quotidiennement par les 77 participants qui recevaient des services de soins à domicile. Ceux-ci ont reçu les démonstrations nécessaires faites par un préposé ainsi qu'un livret imagé. Les exercices étaient supervisés deux à trois fois par semaine par leur préposé lors des visites à domicile, et ce, tout au long des quatre mois de l'étude (Johnson et coll., 2003). Dans l'étude quasi expérimentale avant et après à groupe unique menée par Miller et coll., (2010), les quatorze participants étaient invités à compléter des exercices de postures et d'équilibre à domicile d'une durée d'une heure par session, deux fois par jour, cinq fois par semaine, et ce, pendant un mois. Les exercices étaient supervisés par un préposé formé par un physiothérapeute (Miller et coll., 2010). Vestergaard et coll., (2008) ont mené une étude incluant la participation à un programme d'activités physiques divulgué par le biais d'une technologie vidéo qui démontre des exercices à faire avec ou sans bande élastique résistante. Les 53 participants étaient amenés à compléter les exercices trois fois par semaine pendant cinq mois (Vestergaard et coll., 2008). Dans l'étude quasi expérimentale avant et après à groupe unique de Yan et coll., (2009), les interventions étaient deux exercices à faible intensité. Les 338 participants étaient amenés à faire les exercices deux fois par jour, trois à cinq fois par semaine dans leur propre domicile (Yan et coll., 2009). Toutes les

études élaborées ci-dessus mènent au même constat, soit que le fait de faire régulièrement des activités physiques contribue à l'amélioration ou du moins le maintien du fonctionnement des personnes âgées qui vivent à domicile et à risque de vivre un déclin fonctionnel.

La revue systématique ci-haut citée (Burton, Lewin et Boldy, 2015) fournit des évidences quant à l'importance de proposer des activités physiques simples et graduées, voir des exercices d'activation à des personnes âgées vivant à domicile. L'étude de Toto et coll., (2012) illustre comment des ergothérapeutes en faisant l'analyse de l'activité ont adapté et gradué des activités physiques pour en faire des exercices d'activation pour les personnes âgées. L'objectif de cette étude est d'évaluer les effets d'un programme d'exercices physiques multidimensionnels d'une durée de dix semaines sur la performance physique et sur la performance dans les activités de la vie quotidienne ainsi que sur la dépression des personnes âgées qui vivent à domicile et qui ont un faible revenu. Cette étude de type pilote à groupe unique avant-après a été mené auprès 19 participants âgés de plus de 60 ans qui vivent en appartement, se déplacent de manière autonome avec ou sans aide à la marche et ne présentent pas de trouble cognitif (Toto et coll., 2012). Les interventions faites auprès des participants consistaient à des séances d'exercices physiques en groupe dans l'immeuble à logement supervisé par un ergothérapeute et un programme d'exercices à faire seule dans leur appartement (*FSAH program*). Les résultats font valoir que les interventions ont amélioré de manière significative le fonctionnement dans les activités de la vie de tous les jours et l'utilisation des capacités cognitives des participants (Toto et coll., 2012). Cela suggère donc que la composante de l'activité physique a un effet positif sur le fonctionnement global à domicile des personnes âgées.

Par conséquent, la recension des écrits fait valoir les constats suivants:

- les bienfaits qu'ont l'activité physique sur les capacités physiques (augmentation de la force musculaire, de la consommation maximale d'oxygène, de la flexibilité et de l'équilibre) et le niveau de bien-être (augmentation du sentiment d'auto-

efficacité, valorisation) (Kino-Québec, 2002) contribuent au maintien d'un fonctionnement optimal dans la vie de tous les jours des personnes âgées qui viennent à domicile et qui sont à risque de déclin fonctionnel (Burton, Lewin et Boldy, 2015; Toto et coll., 2012);

- l'engagement régulier des personnes âgées dans un programme d'activités physiques s'accorde avec l'objectif de la politique *Vieillir et vivre ensemble* qui prône un vieillissement actif et de l'adoption d'habitudes de vie saines (activités physiques, alimentation équilibrée et ne pas fumer) en vue d'atteindre la finalité ultime qui est de garder cette population à domicile le plus longtemps possible (Gouvernement du Québec, 2012);
- jusqu'à ce jour, les études recensées montrent que les services destinés aux personnes âgées en début de perte d'autonomie qui vivent à domicile se font davantage dans une visée curative et compensatoire et trop peu sont offerts dans une visée préventive. Dès lors, il s'avère pertinent d'ajouter des interventions à visée préventive puisqu'elles permettent entre autres d'assurer une continuité entre les services offerts et de favoriser le vieillissement en santé de la population âgée québécoise. Pour ce, Johnson et coll., (2003) propose une avenue prometteuse en vue de maintenir et d'améliorer les capacités physiques résiduelles des personnes âgées qui vivent à domicile.

Ces constats font valoir la pertinence de considérer offrir à l'intérieur des services de répit pour personnes âgées, un programme d'exercices d'activation composé d'activités physiques simples et d'en mesurer les effets.

2.2 Objectif de recherche

Découlant de ces constats, l'objectif de la présente étude est d'évaluer les retombées d'un programme progressif d'exercices d'activation sur le fonctionnement des personnes âgées vivant à domicile et recevant des services de répit.

3. CADRE CONCEPTUEL

Le présent chapitre inclut les fondements théoriques inhérents aux principes ergothérapiques d'activation ainsi qu'à la pyramide des activités physiques. De même, il comprend aussi les fondements scientifiques immanents aux impacts physiques et motivationnels de l'activité physique.

3. 1 Principes ergothérapiques d'activation

Les principes ergothérapiques d'activation sont essentiels à considérer dans la conception d'interventions visant à intégrer l'activité physique dans le quotidien des personnes âgées. Ces interventions doivent avoir des objectifs de performance occupationnelle et il est nécessaire qu'elles soient adaptées aux capacités résiduelles et à l'environnement de la personne (Dean et De Andrade, 2009). De même, elles doivent s'accorder avec les intérêts et les besoins des personnes âgées afin qu'elles soient significatives et utiles pour celles-ci. Pour ce, les principes d'activation mis de l'avant en ergothérapie sont favorables à utiliser dans un contexte où la finalité est d'améliorer, de prévenir ou de résoudre des altérations de la performance occupationnelle (Youngstrom et Brown, 2005).

D'abord, le premier principe mis de l'avant est la gradation de l'activité. Ce dernier est utilisé lorsque la personne présente un potentiel d'amélioration de ses capacités. Il consiste à intégrer dans les interventions, des activités dont le niveau d'exigence des compétences requises augmente graduellement en vue de soutenir la personne dans la réalisation de ses objectifs (Grieve et Gnanasekaran, 2008 ; Youngstrom et Brown, 2005). Par exemple, lors de la sélection d'une activité visant à améliorer les capacités d'une personne en perte d'autonomie à s'asseoir et à se relever d'une chaise, l'ergothérapeute ciblera d'abord une activité qui permettra à la personne d'utiliser ses membres supérieurs pour s'aider à exécuter le mouvement. Par la suite, il amènera des changements progressifs, comme se relever sans les mains ou avec un objet dans les mains, afin d'augmenter la demande de l'activité dans l'optique de maximiser

l'acquisition des compétences. Cette gradation progressive permettra alors à la personne d'atteindre à son rythme une performance occupationnelle optimale. Par ailleurs, l'ergothérapeute peut aussi utiliser une série d'activités différentes dont les exigences d'exécution sont croissantes (Youngstrom et Brown, 2005).

Ensuite, le deuxième principe mis de l'avant est l'adaptation de l'activité. Ce dernier est utilisé lorsque la personne présente une altération de ses capacités ou une absence de certaines. Il consiste à changer certains aspects de l'activité en fonction des capacités résiduelles de la personne. Les changements peuvent être faits au niveau du matériel utilisé pour accomplir l'activité (ex : utiliser une chaise avec des appuis-bras pour se relever), du procédé utilisé pour réalisé l'action (ex : se relever d'une chaise le matin puisque le niveau d'énergie est à son maximum) ainsi que l'environnement dans lequel se déroule l'activité (ex : se relever d'une chaise sous la supervision d'un travailleur de répit) (Youngstrom et Brown, 2005). Il est important de retenir qu'il n'existe pas de formule ou de prescriptions prédéfinies pour l'application de ces deux principes. Dès lors, il revient à l'ergothérapeute d'utiliser judicieusement son raisonnement clinique afin de les individualiser à chaque situation clinique et à conjuguer compatibilité entre les capacités physiques résiduelles des personnes, l'exigence des exercices et la demande de leur environnement.

3.2 La pyramide des activités physiques

La participation à des activités physiques régulières est essentielle pour conserver les capacités physiques nécessaires pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (Dal Bello-Haas, 2009; Daniels et coll., 2008; Lord et Dionne, 2008). L'activité physique chez les personnes âgées est régie par deux principes centraux, notamment : 1) il n'y a pas de contre indications à pratiquer des activités physiques régulières dans la mesure où elles sont adaptées; 2) toutes les occasions de s'engager dans des activités actives sont à saisir (Tully et coll., 2007).

La pyramide des activités physiques présentée ci-dessous aide à comprendre la graduation des activités physiques adaptée à des personnes âgées recevant des services de répit à domicile. Elle s'inspire à la fois d'une pyramide proposée par Bonder et Dal Bello-Haas (2009, pp. 69), elle même inspirée de celle du United States Departement of Agriculture (2006), tout en y intégrant les principes d'activation ergothérapique cités précédemment (Grieve et Gnanasekaran, 2008 ; Youngstrom et Brown, 2005).

Les activités sédentaires (par exemple; écouter la télévision, lire, jouer à l'ordinateur) constitue la base de la pyramide. Celles-ci impliquent le déploiement d'une faible quantité d'énergie à la réalisation (figure 1). Le deuxième niveau de la pyramide est composé des exercices d'activation (se lever d'une chaise, lever les jambes, lever les bras) qui consistent en des mouvements basiques et répétitifs au quotidien réalisés par les individus. Particulièrement, ces exercices sont des préalables à la personne âgée afin qu'elle soit apte à s'engager dans des activités qui correspondent aux autres niveaux de la pyramide. Ensuite, les activités de la vie quotidienne (faire la vaisselle, promener le chien, se laver, tâches ménagères) impliquent une demande considérable d'énergie pour les personnes âgées en perte d'autonomie et constituent le troisième niveau (United States Departement of Argiculture, 2006). Au quatrième niveau, on retrouve les activités sportives et récréatives qui impliquent la sollicitation de l'endurance, la force et l'équilibre (danse, tennis, vélo). Finalement, le sommet de la pyramide comprend des activités de musculation et de flexibilité spécifiques (par exemple; yoga, soulever des charges) qui implique le déploiement de capacités de performance.

La recommandation faite par le Centre d'observation et d'analyse du vieillissement (2011) suggère de pratiquer une activité physique d'intensité modérée 30 minutes par jour, c'est-à-dire des activités telles que de la marche rapide, monter des escaliers, de la danse, de la nage, des tâches ménagères plus intenses (nettoyer les vitres), du jardinage et autres. Toutefois, compte tenu l'état de santé précaire des

personnes âgées vivant à domicile et recevant des services de répit, il est plus réaliste de recommander la réalisation des exercices d'activation à une fréquence d'environ trois fois 30 minutes par semaine et une intégration maximum des activités de la vie de tous les jours dans leur routine (Centre d'observation et d'analyse du vieillissement, 2011; Tully et coll., 2007).

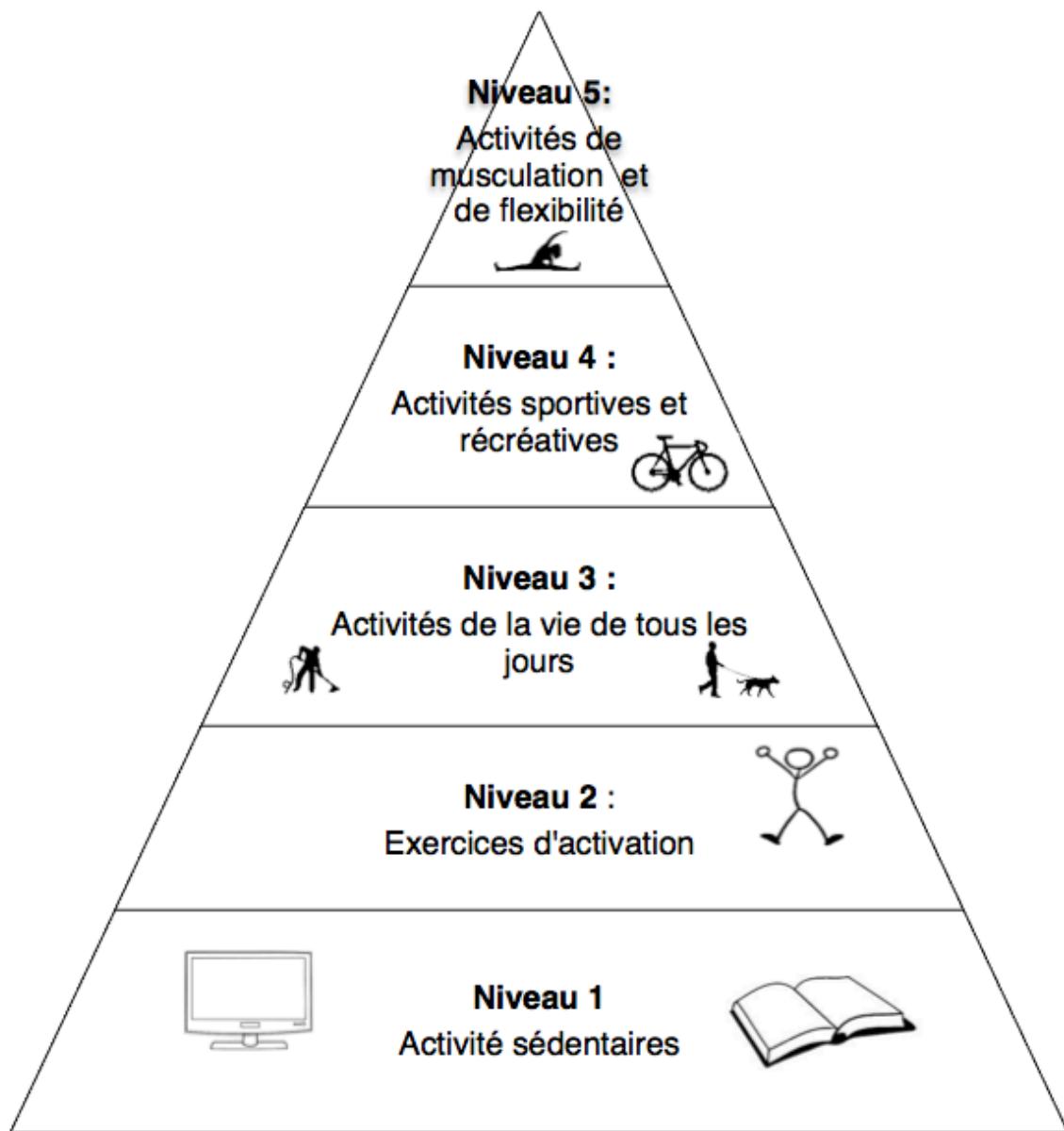


Figure 1. Pyramide de l'activité physique inspirée de Bonder et Dal Bello-Haas (2009, pp. 69)

La participation régulière à des activités physiques a un potentiel d'influence sur l'intégrité des capacités physiques et du système neuro-musculo-squelettique des personnes vieillissantes. En effet, s'activer peut aider les personnes âgées à contrôler les maladies chroniques et à diminuer les impacts des altérations normales liées au vieillissement (Dal Bello-Haas, 2009). Par exemple, les diminutions de la masse musculaire et de la force peuvent être améliorées par la participation à un programme d'activités physiques. Les études font valoir que rester actif et productif au quotidien sont des composantes essentielles au vieillissement réussi (Berkman et coll., 1993; Fisher, 1995; Seeman et coll., 1995).

3.3 Les impacts des activités physiques sur les capacités physiques résiduelles des personnes âgées

À mesure qu'elle avance en âge, la personne subit plusieurs modifications de sa composition corporelle et de ses capacités physiques (Fülop, 2008). En effet, en vieillissant, la masse musculaire et la masse osseuse des membres supérieurs et inférieurs de la personne diminuent considérablement (Lord et Dionne, 2008). Passé la cinquantaine, un déclin d'environ 15 % de la masse musculaire par décennie se produit. Ces changements arrivent tant chez les femmes que les hommes et affectent autant les membres inférieurs, les membres supérieurs et le tronc. De même, une augmentation et une redistribution de la masse graisseuse sont aussi observées.

3.3.1 Les impacts physiques

La diminution de la masse musculaire causée par le vieillissement est aussi appelée « sarcopénie ». Ce phénomène normal semble croître à la hâte autour de 65 à 70 ans et les avancés en science indiquent une augmentation marquée de la prévalence de sarcopénie chez les octogénaires (Baumgartner et coll., 1998). Chez cette population, 25 % des hommes et 15 % des femmes sont respectivement affectés.

La sarcopénie est un phénomène complexe qui s'explique par des changements biochimiques (Kamel, 2003). Mis à part l'eau, les muscles striés sont composés

majoritairement de protéines, représentant 20 % de leur poids (Lord et Dionne, 2008). De ce fait, des altérations au niveau de la masse musculaire soulignent un déséquilibre entre l'élimination des vieilles protéines et la synthèse de nouvelles. Ainsi, la réduction de la masse musculaire et du contenu en protéines des muscles résulte de ce déséquilibre. La diminution de la masse fonctionnelle du muscle strié et le ralentissement de la contraction musculaire observé lors du vieillissement peuvent être expliqués par ces atteintes. Corollairement, ces altérations ont un impact considérable sur la force musculaire des personnes âgées.

La sédentarité et l'inadéquation des apports alimentaires sont des facteurs qui peuvent contribuer à la sarcopénie (Lord et Dionne, 2008). D'autres facteurs influencent également son apparition notamment: l'âge, le sexe, les facteurs génétiques, l'augmentation du stress oxydatif, le dérèglement des cytokines cataboliques, les altérations du système immunitaire, la diminution de la production d'oestrogènes et d'androgènes, l'apport en protéines insuffisant ainsi que la réduction de l'activité physique (Baumgartner, Waters, Gallagher, Morley et Garry, 1999 ; Kamel, 2003 ; Poehlman, Toth et Gardner, 1995).

Ces diminutions ont une influence directe sur le fonctionnement des personnes âgées, notamment sur : leur démarche, leur équilibre, l'augmentation du nombre de chutes ainsi que la réalisation de leurs activités quotidiennes telle que monter les escaliers et soulever des objets (Kamel 2003; Lord et Dionne, 2008). La sarcopénie a un impact sur la prévalence des maladies chroniques telles que le diabète et l'ostéoporose. Or, en étant actives, les personnes âgées diminuent et retardent les effets de la sarcopénie qui accompagne le vieillissement. Les études font valoir que la pratique d'activités physiques régulières préserve la performance et la longueur des muscles (Fiatarone et coll., 1994; Frontera, Meredith, O'Reilly et Evans, 1990; Lord et Dionne, 2008). Précisément, les activités de mises en charge, c'est-à-dire les exercices musculaires, produisent des augmentations significatives de la force, de la puissance, de la masse musculaire et de la qualité des muscles squelettiques, et ce à n'importe

quel âge, facilitant l'accomplissement des activités de la vie quotidienne tel que le transport des sacs d'épicerie de la voiture au domicile (Lord et Dionne, 2008). En contrepartie, il est favorable que les activités de mise en charge soient exécutées sous supervision afin de s'assurer que les personnes disposent des instructions relatives à la bonne technique d'entraînement et que les exercices soient réalisés de manière sécuritaire. De plus, les activités de flexibilité facilitent une vaste gamme de mouvements autour des articulations. Celles-ci aident alors les personnes âgées à conserver une bonne mobilité et une bonne coordination, ce qui favorise leur fonctionnement quotidien (Lord et Dionne, 2008). Par exemple, s'accroupir pour attacher ses souliers ou mettre ses chaussettes est une des activités quotidiennes favorisées par l'exécution des activités de flexibilité.

Le vieillissement normal s'accompagne aussi d'une diminution de la masse osseuse étroitement liée à la masse musculaire et à la force (Lord et Dionne, 2008). De ce fait, la sarcopénie augmente la prévalence d'ostéopénie et sa progression vers l'ostéoporose. L'ostéoporose est un trouble osseux caractérisé par une diminution de la masse osseuse et une altération microarchitecturale du tissu osseux (Duque, 2008). Cette maladie du squelette engendre une grande fragilité osseuse et une vulnérabilité aux fractures. Il est donc primordial d'agir en aval afin d'éviter les chutes chez cette population. Pour ce, l'activité physique permet d'engendrer un stress suffisant sur la structure osseuse menant à la stimulation du métabolisme osseux et augmentant corollairement la densité osseuse de la personne âgée (Lord et Dionne, 2008). Dès lors, la marche est un bon exemple d'activité physique favorable au maintien de la masse osseuse puisqu'elle implique des impacts au sol qui engendre un stress sur les os des membres inférieurs. Les exercices de mises en charges, par exemple soulever le panier à lessive, sont aussi à privilégier en vue de contrecarrer le développement de l'ostéoporose (Lord et Dionne, 2008).

3.3.2 Les impacts motivationnels

Plusieurs facteurs ont un potentiel d'influence positif ou négatif sur l'adhérence des personnes âgées à un programme d'activités physiques faisant en sorte qu'elles vont y prendre part ou non (Dal Bello-Haas, 2009). Le sentiment d'auto-efficacité, concept signifiant que la personne est en mesure d'avoir un contrôle sur ses comportements, est reconnu comme étant la plus grande source de motivation pour les personnes âgées à s'impliquer dans l'activité physique (Burton, Shapiro et German, 1999; Conn, 1998; Resnick, 2001; Resnick et Spellbring, 2000). De même, l'espoir que la participation à un programme engendre des conséquences positives est un grand motivateur. À l'inverse, la peur de chuter ou de se blesser, le manque de temps, le support social insuffisant, le manque d'espace et les déplacements requis pour se rendre au site où a lieu le programme d'activités physiques sont des obstacles limitant l'implication des personnes âgées (King et coll., 2002; Melillo et coll., 1996). À la lumière des facteurs énumérés ci-dessous, avoir la volonté d'engager les personnes âgées dans un programme d'exercices d'activation peut dans certaines situations, représenter un défi de taille dont il faut être conscient. Or, le fait d'offrir un programme d'exercices à domicile qui s'intègre au bouquet des services de répit à domicile déjà mis en place adoucit plusieurs des facteurs limitants l'observance.

4. MÉTHODE

L'objectif de cette présente étude est d'évaluer quelles sont les retombées d'un programme progressif d'exercices d'activation sur le fonctionnement des personnes âgées vivant à domicile recevant des services de répit. Par conséquent, la section qui suit présente le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, les critères d'inclusion et d'exclusion des participants, les interventions, les outils de mesures utilisés, la procédure du programme, la procédure de recherche, la méthode de collecte de données, le plan d'analyse des données ainsi que l'aspect éthique de la recherche.

4.1 Devis

La présente étude est une étude descriptive avec devis mixte. Ce type de devis permet dans une même étude de jumeler des éléments qui relèvent des approches qualitatives et quantitatives afin d'enrichir la méthodologie ainsi que d'approfondir la compréhension et la corroboration des résultats (Fortin, 2010). Dès lors, ce type de devis est en congruence avec l'objectif de cette étude qui consiste à évaluer les retombées d'un programme progressif d'exercices d'activation sur le fonctionnement des personnes âgées et par le fait même recueillir la perspective des préposés de répit questionnés quant aux impacts observés sur le fonctionnement quotidien de leurs clients participant à l'étude.

4.2 Échantillonnage

L'échantillonnage utilisé est un échantillon de convenance, non probabiliste par choix raisonné (Fortin, 2010). Précisément, un échantillon de convenance de huit participants a été réalisé et jugé acceptable en raison de la nature de l'étude.

Les participants de l'étude sont des personnes âgées vivant à domicile et recevant des services de répit ainsi que leur préposé de répit. Les critères d'inclusion à l'étude pour les personnes âgées sont : être âgé de plus de 65 ans, parler français, vivre à domicile, recevoir des services de répit par un préposé de la coopérative et être

capable de se déplacer avec ou sans aide à la marche dans leur domicile. Quant à eux, les critères d'exclusion sont : présenter des conditions médicales instables (diabète incontrôlé, récente fracture ou AVC) et présenter un trouble cognitif sévère. Les critères d'inclusion à l'étude pour les préposés de répit sont : être employé de la coopérative communautaire offrant des services de répit et donner des services de répit à une ou des personnes âgées participants à l'étude.

4.3 Procédure

Cette section comprend dans un premier temps la procédure du programme progressif d'exercices d'activation et dans un deuxième temps, la procédure pour la recherche.

4.3.1 La procédure pour le programme

Le programme progressif d'exercices d'activation est constitué d'activités physiques simples pour les personnes âgées vivant à domicile et recevant des services de répit a été élaboré à partir de l'étude de Johnson et collaborateurs (2003), des principes d'activation ergothérapique et s'appuie sur la pyramide des activités physiques.

Le programme progressif d'exercice d'activation implique d'abord une séance de formation d'une heure trente minutes aux préposés de répit dans un local de la coopérative lors d'une rencontre de groupe. Au cours de cette rencontre, les exercices sont enseignés et mis en pratique afin que chacun des préposés se sente à l'aise d'appliquer le programme avec leurs clients participant à l'étude. À la fin de la rencontre, le matériel nécessaire comprenant; le feuillet du programme, un calendrier d'observance et un ballon est remis à chacun des préposés.

Le programme d'exercices d'activation a été remis aux préposés sous forme de feuillet comportant les instructions nécessaires à sa réalisation et chacun des exercices d'activation est supporté visuellement par une image qui illustre le mouvement

souhaité (voir annexe A). Précisément, il comporte une page de mise en garde sur les exercices, trois stades distinctifs ainsi qu'une section vouée aux étirements.

Les exercices d'activation du programme sont conçus en trois stades. Le premier stade comprend les activités qui doivent être réalisées pendant la semaine un et deux. Le deuxième stade comprend celles de la semaine trois, quatre et cinq. Finalement, le troisième stade comprend les activités de la semaine six, sept et huit. Les stades du programme permettent d'assurer une progression adéquate du nombre de répétitions des exercices et du niveau d'effort demandé à travers le temps (Lord et Dionne, 2008).

La réalisation du programme d'exercices se fait sous la supervision du préposé de répit et s'intègre dans le cadre des services déjà offerts. Précisément, les participants reçoivent la visite de leur préposé de répit respectif s'adonnant aux tâches habituelles qui leurs sont assignées dans le cadre de la coopérative communautaire (stimulation cognitive, regarder la télévision, lire le journal, discuter de l'actualité) tout en y intégrant le programme d'exercices d'activation. Le programme est fait sur une période de huit semaines en raison de la fragilité de cette population (possibilité d'hospitalisation, décès) ainsi qu'en raison de la limite de temps pour effectuer la collecte de données. Ce programme a été fait de mars 2016 à mai 2016.

4.3.2 Procédure pour la recherche

Après acceptation du projet par la responsable d'une coopérative communautaire offrant des services de répit, une liste des participants potentiels a été dressée par une agente de services aux membres de cet organisme. Ensuite, un premier contact téléphonique informel a été effectué par cette même agente. À l'obtention du consentement verbal de ces derniers, un appel téléphonique officiel les invitant à participer à l'étude a été fait par la chercheuse principale. Lors de ce même appel, la première rencontre a été planifiée avec chacune des personnes âgées acceptant de participer à l'étude. Lors de la première rencontre, l'étude est expliquée brièvement par la chercheuse principale et celle-ci invite les participants à exprimer librement

l'ensemble de leurs questionnements et de leurs appréhensions s'il y a lieu. De plus, au cours de celle-ci, l'intégralité du programme progressif d'exercices d'activation est démontrée, expliquée et adaptée aux capacités résiduelles de la personne âgée, et ce, en présence du préposé de répit.

Au cours des huit semaines de l'étude, un calendrier d'observance (voir annexe B) est utilisé pour noter l'assiduité aux exercices d'activation de chacun des participants. Celui-ci permet de consigner les exercices, leur fréquence et leur durée.

Conditions des participants avant le programme	Programme d'exercices d'activation (8 semaines)	Retombées pour les participants	Retombées perçues par les préposés de répit
<ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnement physique • Peur de chuter • Perception de la santé • Perception du fonctionnement • Niveau de confiance de l'usager à faire le programme d'exercices d'activation 	<ul style="list-style-type: none"> • Calendrier d'observance 	<ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnement physique • Peur de chuter • Perception de la santé • Perception du fonctionnement • Niveau de confiance de l'usager à poursuivre le programme d'exercices d'activation 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de compétences du préposé de répit • Perception du préposé de la pertinence et des bénéfices du programme

Figure 2. Figure illustrant la procédure de recherche

4.4 Méthode de collecte de données

La méthode de collecte de données auprès des participants de la recherche fait l'objet de la présente section en présentant d'abord celle auprès des personnes âgées recevant des services de répit et dans un deuxième temps, celle auprès des préposés de répit. La collecte de données auprès des personnes âgées a été faite par la chercheuse principale avant le début du programme et après la fin du programme, et ce, directement au domicile des personnes âgées à l'aide de questionnaire et d'outils de mesures. Parallèlement, la collecte de données réalisées

auprès des préposés de répit a été faite à l'aide d'un questionnaire. L'ensemble des questionnaires et des outils de mesures utilisé fait l'objet de la prochaine section.

4.4.1 Collecte de données auprès des personnes âgées avant le programme

Un questionnaire spécialement conçu aux fins de la présente étude comprend dix-neuf questions (voir annexe C). Huit de ces questions sont d'ordre sociodémographique, notamment; l'âge, le sexe, la ville, la nationalité, le niveau d'éducation, les problématiques de santé, l'environnement physique et l'environnement social. Ensuite, huit questions sont d'ordre fonctionnel, par exemple : la fréquence des services de répit, les services professionnels reçus, l'historique de chutes, les hospitalisations antérieures les activités quotidiennes intérieures et extérieures ainsi que l'utilisation d'aide à la marche et d'aides techniques. Finalement, trois questions portent spécifiquement sur la perception des participants de leur santé, sur la perception de ceux-ci de leur fonctionnement dans l'accomplissement des activités quotidiennes et sur la perception des participants de leur niveau de confiance pour réaliser en entier le programme d'exercices d'activation sur une période de huit semaines. Explicitement, ces trois questions utilisent un dispositif de type Likert, dont une échelle ordinaire à dix niveaux.

De plus, deux instruments de mesure sont utilisés pour mesurer le fonctionnement physique ainsi que la peur de tomber des participants. Ils sont le *Physical Performance Test* (PPT) (Reuben et Siu, 1990) et le *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I) (Sherry et Greenberg, 2011).

Le PPT à sept items est retenu puisqu'il permet de détecter les limitations fonctionnelles des personnes âgées en mesurant par observation directe le fonctionnement physique des personnes âgées dans l'accomplissement de tâches simples qui sont comprises dans la réalisation des activités de la vie quotidienne telle que : écrire une phrase, s'alimenter, soulever un livre et le mettre sur une étagère, mettre et enlever un sarrau, ramasser un sou au plancher, pivoter sur 360 degrés ainsi que marcher sur une distance de 50 pieds. Les scores vont de 0 à 4 pour chacun des

sept items et le score maximal est de 28. Plus le score total est élevé, plus fonctionnement physique est optimal. Pour cette version du test, les scores sont interprétés en terme de dépendance et d'indépendance (Lewis et Shaw, 2005). Précisément, une personne ayant un score qui se situe entre 21 et 28 est considérée comme indépendante dans son fonctionnement quotidien alors qu'une personne dont le score se situe entre 3 et 15 est considérée comme dépendante. Ce test de sept items démontre une bonne fiabilité (alpha de Cronbach's= 0,79) ainsi qu'une bonne validité concurrente avec les perceptions autodéclarées des personnes quant à leurs fonctions physiques (Ruben et Siu, 1990).

Le FES-I est retenu puisqu'il permet de documenter la peur de chuter des personnes âgées dans la réalisation de leurs activités sociales et physiques à l'intérieur et à l'extérieur de leur domicile ou si elles ont cessé de faire les activités. Principalement, le questionnaire recueille la perception de peur de chuter dans seize activités dont : nettoyer le domicile, s'habiller ou se déshabiller, préparer des repas simples, prendre une douche ou un bain, aller faire des courses, s'asseoir sur une chaise ou se relever de celle-ci, monter ou descendre des escaliers, se promener dans son quartier résidentiel, atteindre quelque chose au-dessus de sa tête ou au sol, répondre au téléphone avant qu'il cesse de sonner, marcher sur une surface glissante, visiter un ami ou un membre de la famille, marcher dans un endroit achalandé, marcher sur une surface inégale, monter ou descendre une pente ainsi que sortir à l'extérieur pour un événement social. Le niveau de préoccupation est mesuré sur une échelle de Likert à quatre niveaux (1= pas du tout concerné à 4 = très concernée) pour chacune des activités (Yardley et coll., 2005). Les scores de chacune des seize activités sont additionnés pour obtenir un score global se situant entre 16 et 64. Plus le score est élevé, plus la peur de tomber est grande. Ce test propose une excellente validité interne (alpha de Cronbach's= 0,96). Également, cet outil est accessible en plusieurs langues donc en français (Piot-Ziegler, 2011).

4.4.2 Collecte de données auprès personnes âgées après le programme

Un questionnaire post intervention spécialement conçue aux fins de la présente étude comprend six questions (voir annexe D). Deux de ces questions sont des questions ouvertes visant à identifier s'il y a eu intégration de nouvelles activités dans le quotidien suite au programme et si certains exercices n'ont pas été appréciés. Ensuite, quatre questions portent spécifiquement sur la perception des participants de leur santé, de leur niveau de fonctionnement et de leur confiance à poursuivre le programme exercices ainsi que sur leur niveau de satisfaction d'avoir exécuté le programme pendant huit semaines. Ces quatre questions utilisent un dispositif de type Likert, dont une échelle ordinaire à dix niveaux.

Les deux instruments de mesure utilisés (PPT et FES-I) ont aussi été utilisés pour mesurer le fonctionnement physique (PPT) ainsi que la peur de tomber (FES-I) des participants suite à leur participation aux exercices.

4.4.3 Collecte de données des préposés de répit après le programme

Un questionnaire post intervention destiné aux préposés de répit et spécialement conçue aux fins de la présente étude comprend sept questions (voir annexe E). Quatre de ces questions sont des questions ouvertes visant à savoir s'ils ont observé des changements au niveau du fonctionnement des personnes âgées concernées, quels sont les exercices qui ont été les plus difficiles et les plus faciles à faire et quelles sont leurs suggestions d'amélioration pour l'ensemble du programme. Ensuite, trois questions portent spécifiquement sur la perception des préposés concernant leur sentiment de compétence à appliquer le programme, la pertinence d'intégrer le programme dans leur pratique quotidienne ainsi que les bénéfices que peut apporter le programme aux personnes âgées recevant des services de répit. Ces trois questions utilisent un dispositif de type Likert, dont une échelle ordinaire à dix niveaux.

4.5 Analyse des données

Les données descriptives provenant des informations sociodémographiques et de santé obtenue par le questionnaire pré intervention destiné aux participants sont présentées dans un tableau. Quant à elles, les données quantitatives obtenues par les questions à échelle de mesure ordinaire et les résultats des tests spécifiques sont présentés sous forme d'histogramme dans la section résultats. Finalement, la fréquence d'exécution du programme de chacun des participants est aussi présentée.

Les données qualitatives font l'objet d'analyse de contenu afin d'en faire ressortir les thèmes principaux dégagés. Pour ce, chacune des réponses aux questions ouvertes des questionnaires ont été retranscrites dans un tableau afin d'en faire ressortir les thèmes saillants et les tendances (Fortin 2010).

4.6 Considération éthique

Le présent projet a fait l'objet d'une certification éthique de la part du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Un certificat éthique portant le numéro (CER-16-220-07.09) a été émis. Les données recueillies sont confidentielles et tous les participants (personnes âgées et préposés) inclus dans cette présente étude ont donné leur consentement libre et éclairé à y participer par une signature sur le formulaire destiné à cette fin.

5. RÉSULTATS

Cette section comprend les résultats de l'étude sur les retombées d'un programme progressif d'exercices d'activation sur les personnes âgées vivant à domicile et recevant des services de répits. Celle-ci est divisée en cinq volets : le taux de participation à l'étude, les caractéristiques des personnes âgées ayant participé au programme, l'observance des participants au programme progressif d'exercices d'activation, la condition des participants avant l'application du programme ainsi que la condition des participants après le programme. Les résultats de nature quantitative sont présentés sous forme d'histogrammes afin d'effectuer des comparaisons entre les résultats obtenus initialement et ceux obtenus au terme des huit semaines.

5.1 Taux de participation à l'étude

En premier temps, 12 personnes âgées ont été sollicitées pour participer à l'étude. De ces 12 personnes, huit ont accepté de participer à l'étude, formant ainsi l'échantillon initial. L'échantillon final est de six participants personnes âgées, ce qui représente un taux de participation de 50 %. Deux participants ont abandonné l'étude en cours de route. De ces deux, un participant a été diagnostiqué d'une bursite à l'épaule deux jours après la rencontre initiale et a décidé de cesser les exercices. L'autre participant a cessé le programme après deux semaines en raison d'un désintérêt à faire de l'activité physique. En ce qui à trait à l'échantillon des participants préposés de répit, le final est composé de six participants, ce qui représente un taux de participation de 100 %.

5. 2 Descriptions des participants

Le Tableau 1 présente les données sociodémographiques et les données de santé des six participants de l'étude. La majorité des participants sont des femmes (83,3 %; n=5). La moyenne d'âge de ceux-ci est de 83,3 ans s'étalant de 66 ans à 92 ans. La plupart des participants demeurent dans une maison (83,3 %; n=5) avec leur enfant (66,7 %; n=4) ou leur époux/épouse (33,3 %; n=2). Seulement, 16,7 % (n=1) de

ceux-ci demeurent en condominium. Les problèmes de santé les plus communs sont l'hypertension (33,3 %; n=2) et des douleurs chroniques aux articulations (50 %; n=3).

Tableau 1
Données sociodémographiques et de santé des participants

Données		% (n=6)
Sexe	Femme	83,3 (n=5)
	Homme	16,6 (n=1)
Âge	Moyenne	83,3
	Minimum	66
	Maximum	92
Environnement	Maison	83,3 (n=5)
	Condo	16,6 (n=1)
Cohabitation	Époux/Épouse	33,3 (n=2)
	Enfants	66,7 (n=4)

Tableau 2
Problématiques de santé des participants

Problématiques de santé	% (n=6)
Aucun	16,7 (n=1)
Alzheimer	16,7 (n=1)
Diabète	16,7 (n=1)
Cholestérol	16,7 (n=1)
Hypertension	33,3 (n=2)
Problèmes cardiaques	16,7 (n=1)
Problèmes respiratoires	16,7 (n=1)
Douleurs articulaires chroniques	50,0 (n=3)

Les six participants à l'étude reçoivent des services de répit d'une coopérative communautaire offrant des services de répit. Précisément, ceux-ci reçoivent en moyenne 3 services de répit par semaine (voir annexe F). Dans 83,3 % (n= 5) des cas, les services sont donnés par le même préposé alors que dans 16,7 % (n=1) des cas le préposé varie. De même, 50 % (n=3) des participants reçoivent des services de professionnels de la santé à domicile sur une base régulière : Infirmière (16,7 %; n=1), ergothérapeute (16,7 %; n=1) et travailleur social (16,7 %; n=1). La majorité des participants, soit 83,3 % (n=5), nécessite une aide à la marche pour se déplacer dans leur domicile : canne (16,7 %; n=1), marchette (33,3 %; n=2) et déambulateur (33,3 %; n=2). Également, la plupart nécessitent des aides techniques (66,7; n=4) et de l'aide humaine (83,3 %; n=5) pour effectuer leurs soins d'hygiène.

La minorité des participants, 16,7 % (n=1) n'ont jamais chuté. À l'inverse, 66,7 %(n=5) ont subi une chute et 33,3 % (n=2) ont subi une chute ayant nécessité une hospitalisation. Également, 50,0 % (n=3) des participants rapportent ne prendre part à aucune activité qui se déroule à l'extérieur de leur milieu de vie. Finalement, la totalité des participants (100 %; n=6) s'engage quotidiennement dans des activités qui sont sédentaires (par exemple, faire des mots croisés) correspondant au niveau de base de la pyramide de l'activité physique. Seulement la moitié (50,0 %; n=3) relève accomplir des activités qui appartiennent au troisième niveau de la pyramide, soit les activités la vie de tous les jours (par exemple, se laver et s'habiller). De surcroît, une minorité s'engage (33,3 %; n=2) dans un niveau supérieur de la pyramide, c'est-à-dire dans des activités sportives et récréatives (par exemple, prendre une marche, aller au centre commercial).

La moitié des participants désire maintenir leurs capacités physiques (50,0 %; n=3) par le biais du programme, 33,3 % (n=2) souhaite les améliorer, 16,7 % (n=1) désire améliorer une activité spécifique de la vie de tous les jours et 16,7 % (n=1) souhaite améliorer leur condition de santé (12,5 %; n=1). Lors de la rencontre initiale, les participants ont mentionné en moyenne avoir un niveau de confiance de 8,8/10 à faire le programme d'exercices d'activation pendant huit semaines. Précisément, 83,3 % (n=5) des participants ont un niveau de confiance qui se situe au-dessus de 8 sur l'échelle, ce qui correspond à un niveau de confiance élevé. Seulement 16,7 % (n=1) ont un niveau de confiance modéré à 7/10.

Quant aux six préposés de répit ayant pris part à l'étude, ils sont tous des employés de la coopérative communautaire offrant des services de répit.

5.3 Observance des participants au programme

Les participants ont exécuté en moyenne 1,8 fois par semaine le programme d'exercices au cours de huit semaines de l'étude. Précisément, le programme a été exécuté trois fois par semaine par 33,3 (n=2) des participants, deux fois par semaine

par 16,7 % (n=1) de ceux-ci et une fois par semaine par 50,0 % (n=3) du groupe (voir figure 3).

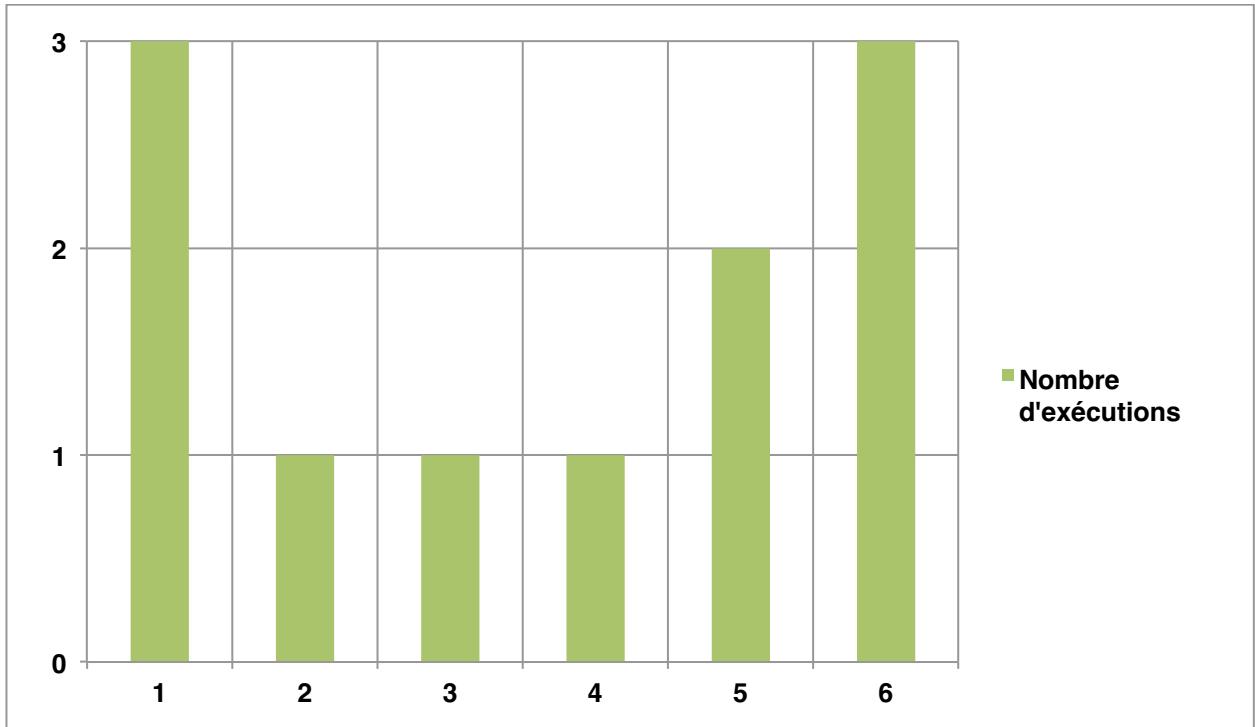


Figure 3. Nombre d'exécutions du programme d'exercices d'activation par semaine pour chacun des participants

5. 4 Condition des participants avant le programme progressif d'exercices d'activation

En amont des huit semaines de participations au programme, les participants ont obtenu des scores au *Physical Performance Test* se situant entre 3 et 19 signifiants ainsi que dans tous les cas, les participants sont considérés comme étant dépendants dans leur fonctionnement quotidien. Concernant la peur de chuter de ceux-ci, les scores obtenus au *Falls Efficacy Scale-International* se situant entre 18 et 57 démontrent une hétérogénéité entre le niveau de préoccupation des participants à chuter. Explicitement, 66,7 % (n=4) des participants ont un score au-dessus de 32, se situant dans la moitié supérieure de préoccupation du test. Finalement, les participants ont une perception de leur niveau de santé et de fonctionnement qui se situe respectivement entre 6 et 9 sur 10 ainsi que 7 et 10 sur 10.

5.5. Condition des participants après le programme progressif d'exercices d'activation

5.5.1 Mesure du fonctionnement physique

Les scores initiaux et finaux obtenus à l'aide du *Physical Performance Test* font valoir que 50,0 % (n=3) des participants ont maintenu leur niveau de fonctionnement au cours de la période de l'étude et que 50,0 % (n=3) des participants ont démontré des améliorations (voir figure 4). Sur une possibilité de 28, les scores initiaux s'échelonnent de 3 à 19 alors que les scores finaux vont de 5 à 19.

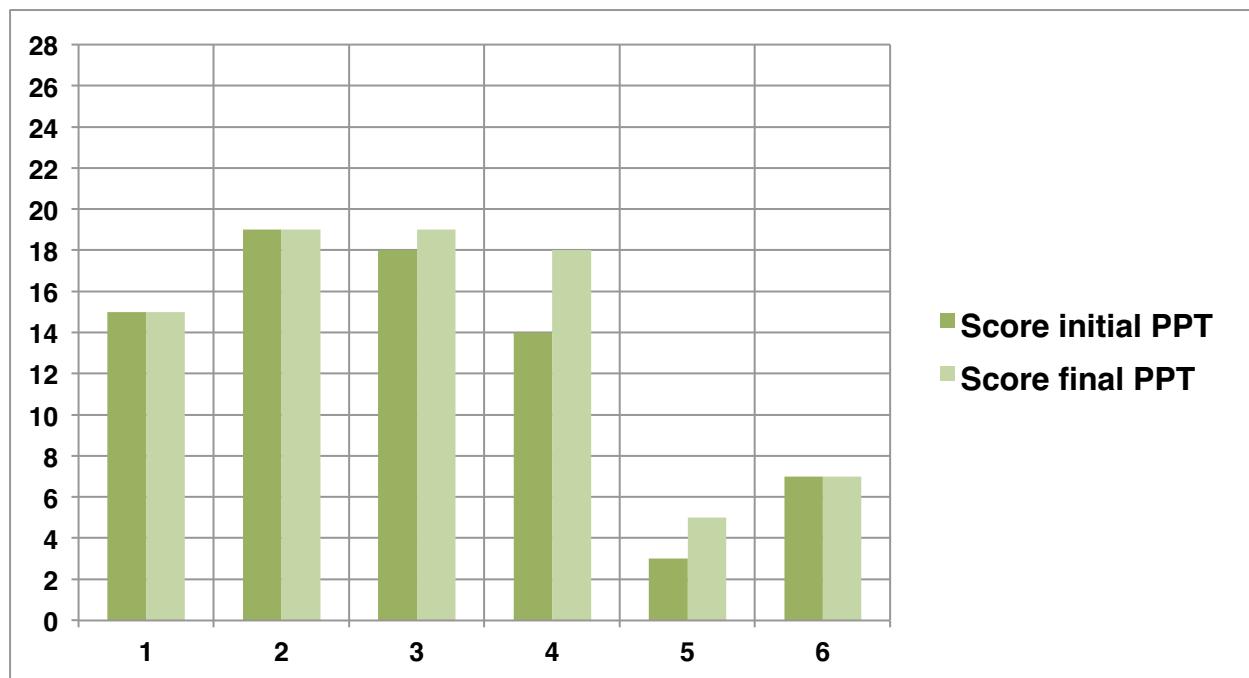


Figure 4. Scores initiaux et finaux des participants obtenus à l'aide du *Physical Performance Test*

5.5.2 Mesure de la peur de chuter

Les scores initiaux et finaux obtenus à l'aide du *Falls Efficacy Scale-International* relèvent que 33,3 % (n=2) des participants ont maintenu leur niveau de préoccupation quant à leur peur de chuter pendant la réalisation de leurs activités quotidiennes et que 66,7 % (n=4) l'ont diminué suite à la réalisation des exercices d'activation (voir figure 5). Sur une possibilité de 64, les scores initiaux s'échelonnent de 57 à 18 alors que les scores finaux vont de 55 à 18.

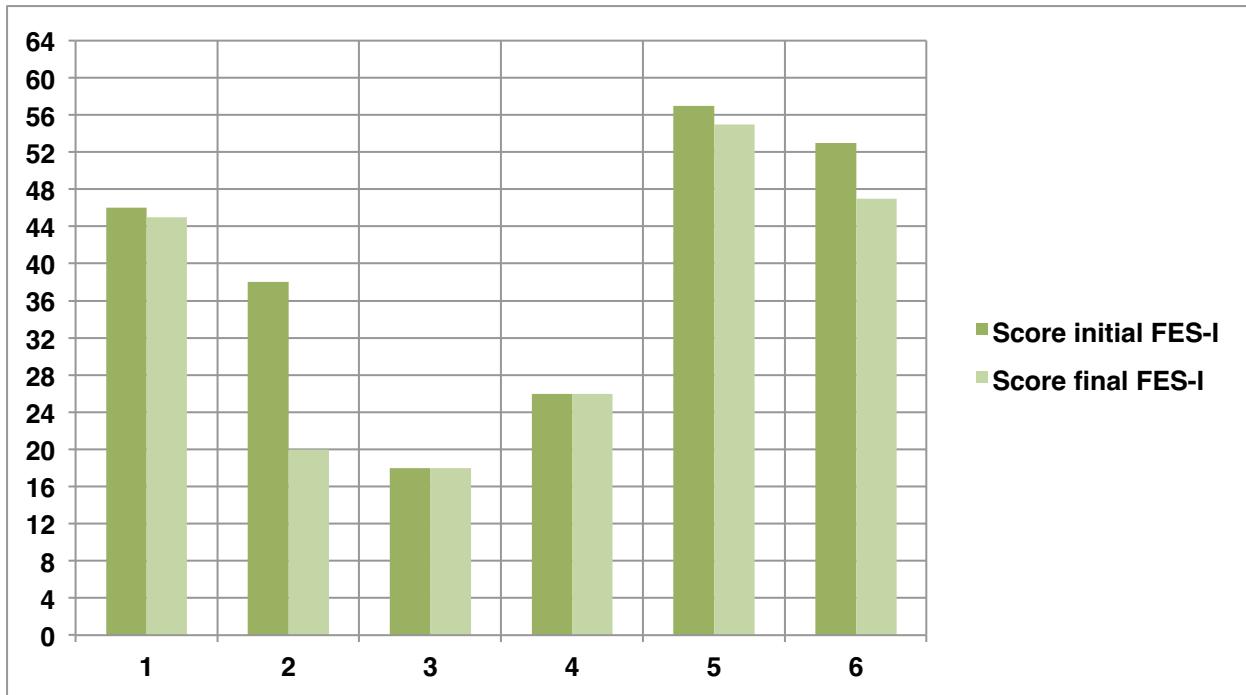


Figure 5. Scores initiaux et finaux des participants obtenus à l'aide du Falls-Efficacy International scale

5.5.3 Perceptions des personnes âgées ayant participé au programme progressif d'exercices d'activation

D'abord les participants ont quantifié sur une échelle ordinaire de 1 à 10 leur perception quant à leur état de santé lors de la rencontre et initiale et de la rencontre finale. Les résultats obtenus démontrent que 83,3 % ($n=5$) considère avoir amélioré leur état de santé suite à leur participation au programme d'exercice et 16,7 % ($n=1$) des participants ont une perception stable de leur état de santé (voir figure 6).

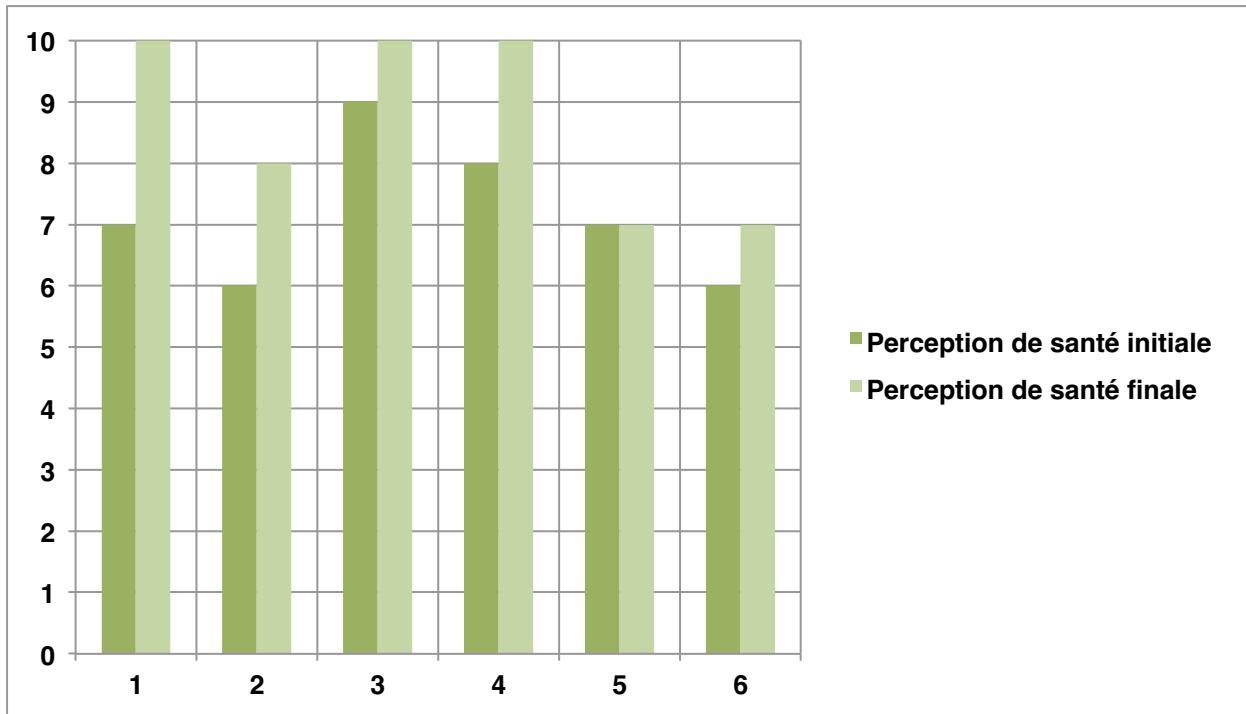


Figure 6. Perception des participants quant à leur état de santé

De plus, la même méthode a été appliquée pour recueillir la perception des participants quant à leur fonctionnement dans leurs activités de la vie de tous les jours. Les résultats obtenus font valoir que 33,3 % ($n=2$) des participants ont une perception stable de leur fonctionnement dans leurs activités suite à leur participation au programme d'exercices et que 66,7 % ($n=4$) de ceux-ci considère avoir amélioré leur fonctionnement depuis (voir figure 7).

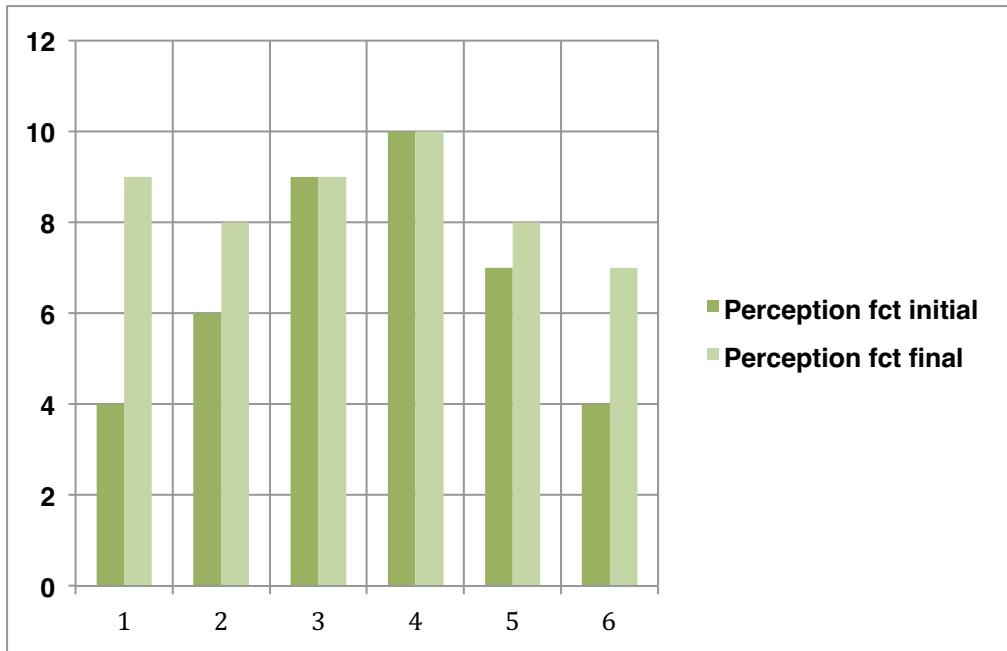


Figure 7. Perception des participants quant à leur fonctionnement quotidien

Également, 83,3 % ($n=5$) des participants sont convaincus à 10/10 de poursuivre le programme et 16,7 % ($n=1$) estime être confiant à 4/10 (voir figure 8).

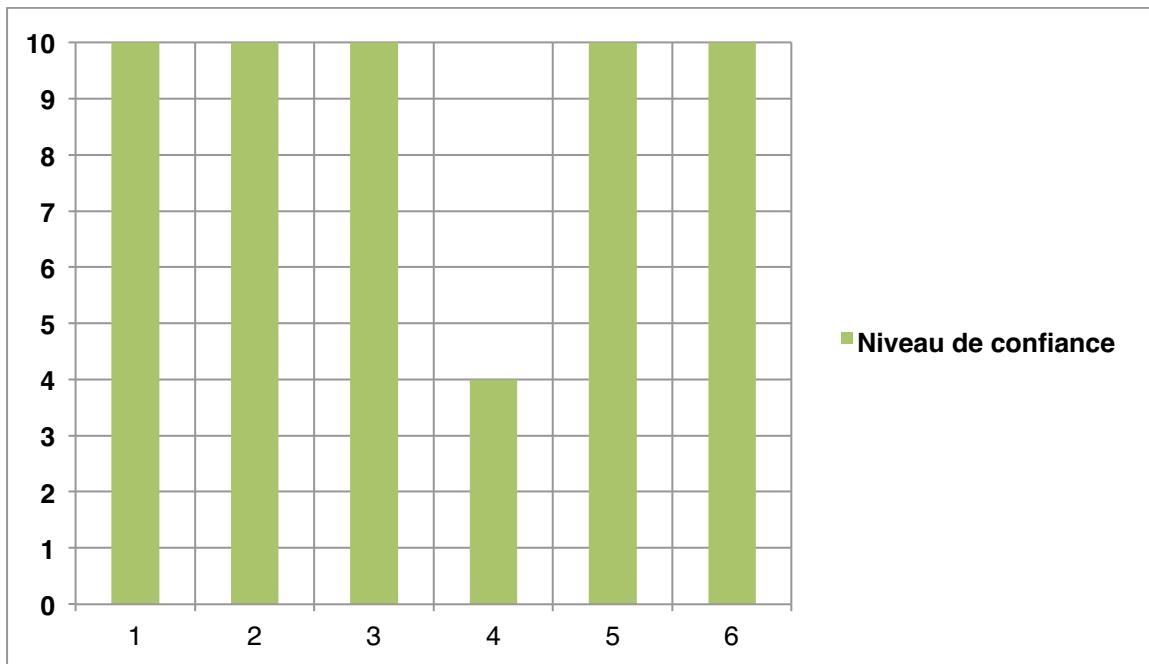


Figure 8. Niveau de confiance des participants à continuer de faire le programme d'exercices en entier

Finalement, 83,3 % (n=5) des participants exprime un niveau de satisfaction à 10/10 et 16,7 % (n=1) dit être satisfait à 8/10 (voir figure 9).

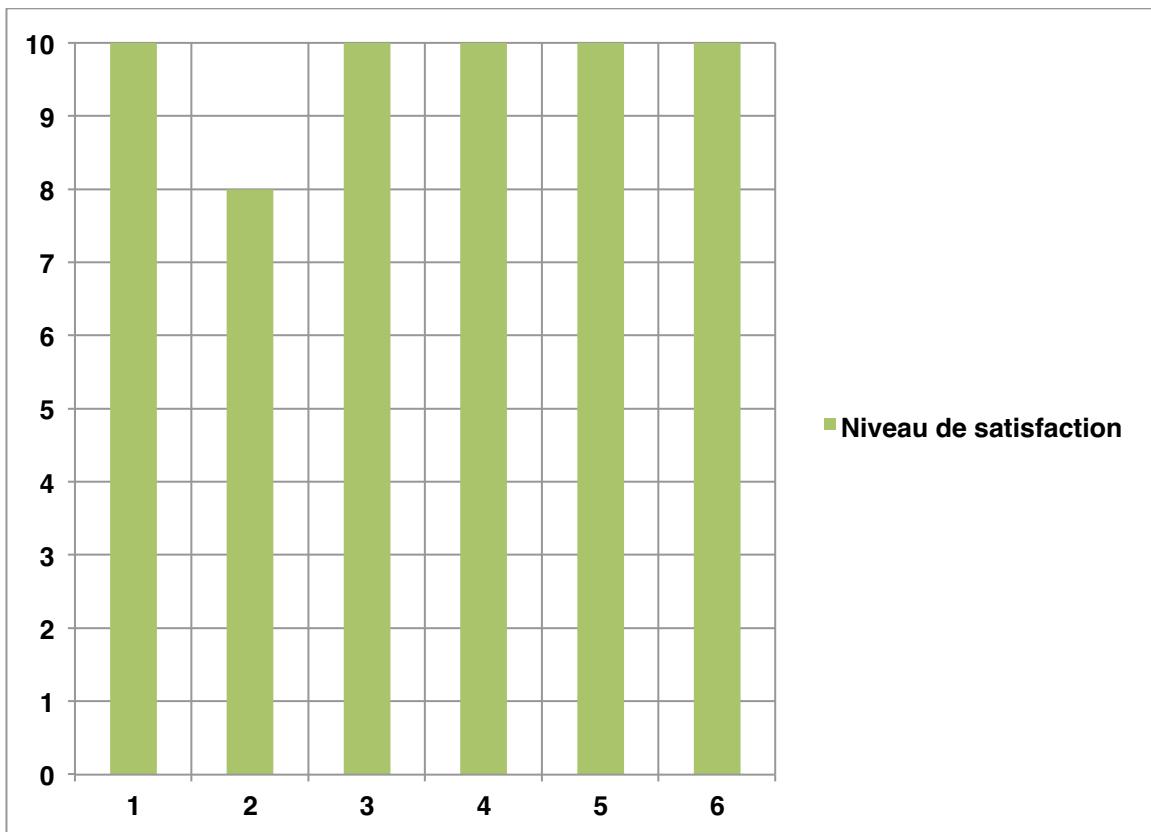


Figure 9. Niveau de satisfaction des participants quant à leur participation au programme d'exercices

5.5.4 Principaux thèmes émergents des personnes âgées ayant participé au programme progressif d'exercices d'activation

L'analyse de contenu des réponses obtenues a permis de mettre en lumière les thèmes suivants : ajout d'une activité au quotidien des personnes âgées et appréciation globale du programme d'exercices d'activation.

Dans un premier temps, suite à l'application du programme d'exercices d'activation pendant huit semaines, 33,3 % (n=2) des participants mentionne avoir ajouté une activité à leur quotidien : « *je prends maintenant plus de marche dans mon quartier résidentiel avec ma femme* »; « *maintenant je me déplace dans ma maison*

alors qu'avant je restais à l'étage du haut puisque je n'étais pas capable de descendre le palier d'escalier ».

Dans un second temps, les exercices inclus dans le programme ont été appréciés dans leur ensemble par 50,0 % (n=3) des participants. Inversement, 50,0 % (n=3) des participants ont ciblé un exercice qu'ils n'ont pas aimé : « *je n'a pas aimé l'exercice de me relever d'une chaise, c'était difficile* »; « *je n'ai pas aimé les exercices d'équilibre avec les yeux fermés, ça tournait dans ma tête* »; « *je n'ai pas aimé lever les bras au-dessus de ma tête avec des cannes de conserves, j'avais de la douleur dans les épaules* ».

5.5.5 Perceptions des préposés de répit ayant appliqué le programme progressif d'exercices d'activation

Les préposés de répit ont quantifié sur une échelle ordinaire de 1 à 10 leur perception de leur sentiment de compétence à appliquer le programme auprès de leur client, leur perception quant à la pertinence d'implanter le programme dans leur pratique quotidienne ainsi que leur perception quant aux bénéfices pour les clients de prendre part au programme d'exercices d'activation.

D'abord, 83,3 % (n=5) des préposés se sentait compétent à 10/10 à superviser et guider leur client dans l'exécution du programme et 16,7 % (n=1) à 9/10.

Ensuite, de manière unanime (100 %; n=6) les préposés ont évalué à 10/10 la pertinence d'ajouter à leur pratique actuelle le programme d'exercices d'activation et les bénéfices du programme d'exercices d'activation sur le fonctionnement et la santé de leur client de répit.

L'analyse de contenu des réponses obtenues portant sur les perceptions des préposés de répit a permis de mettre en lumière les thèmes suivants : 1) amélioration de l'état psychologique des participants accomplissant le programme d'exercices; 2)

contenu du programme d'exercices adéquat pour les participants; 3) aucune amélioration à suggérer au programme.

Dans un premier temps, suite aux huit semaines d'application du programme auprès des personnes âgées concernées, les préposés ont observé à 66,7 % (n=4) une amélioration de l'état psychologique de celles-ci : « *ma cliente est de plus belle humeur après avoir fait les exercices et on a beaucoup de plaisir pendant* »; « *les exercices ont augmenté la confiance en soi de ma cliente* »; « *ma cliente a beaucoup plus confiance en elle* »; « *faire les exercices rendait ma cliente joyeuse et elle adorait les faire* ». De même dans 16,7 % (n=1) des cas, les préposés ont relevé une amélioration des capacités physiques : « *mon client a maintenant plus d'équilibre suite au programme* ». Selon 16,7 % (n=1) des préposés, la condition de leur client est restée stable.

Dans un second temps, 83,3 % (n=5) des préposés ont mentionné que l'ensemble du programme était adéquat pour la situation de santé de leur client : « *ma cliente a eu de la facilité à faire les exercices en y mettant de l'effort* »; « *tout a bien été dans le programme* »; « *tous les exercices ont été juste assez faciles pour ma cliente* »; « *tout était facile pour ma cliente, elle n'a pas eu de difficultés trop grandes à faire les exercices* » « *le programme était adéquat pour ma cliente, rien de trop dur, rien de trop facile* ». Toutefois, 33,3 % (n=2) des préposés ont soulevé que les exercices d'équilibre étaient plus difficiles pour leur client.

Dans un troisième temps, la totalité des préposés (100 %; n=6) n'a fait émerger aucune recommandation à apporter au programme progressif d'exercices d'activation. Ceux-ci ont dans l'ensemble relevé que le feuillet imagé était clair et simple à utiliser.

6. DISCUSSION

La présente étude s'est intéressée à la problématique des services à domicile destinés à des personnes âgées vivant dans la communauté et présentant une perte d'autonomie. Précisément, elle s'est attardée aux services de répit que reçoit cette population en proposant des activités de stimulation de nature physique (activité souvent très peu proposée) et en mesure l'effet du programme d'exercices.

Pour ce, cette étude fait valoir des résultats inédits en ce qui à trait aux retombés du programme progressif d'exercices d'activation sur le fonctionnement des personnes âgées vivant à domicile et recevant des services de répit. Ce programme d'exercices a été défini précédemment dans ce projet comme étant un programme incluant des exercices correspondant au premier niveau de la pyramide d'activités physiques qui sont des préalables à la réalisation des activités de la vie quotidienne qui constituent le deuxième niveau. Ce programme est novateur et met à profit les connaissances en ergothérapie sur les principes d'analyse de l'activité et de gradation de l'activité.

Cette présente section vise à mettre en lumière la concordance entre les résultats de cette étude et ceux provenant de la recension des écrits scientifiques existants dans le domaine en terme de similitude et de disparité, des retombées de cette étude, de la pertinence du projet ainsi que des forces et des limites de cette étude.

6.1 Impacts positifs du programme progressif d'exercices d'activation sur les personnes âgées

Les résultats obtenus dans cette présente étude montrent un impact positif du programme d'exercices pour les personnes âgées. Suite à la participation au programme d'exercices d'activation, tous les participants ont au minimum maintenu leur niveau de fonctionnement dans leurs activités quotidiennes. De même, la moitié de ceux-ci ont démontré des améliorations dans certaines sphères évaluées par le PPT notamment; soulever et mettre un livre sur une étagère, simulation de l'alimentation,

mettre et enlever un sarrau, ramasser un sou au plancher. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Vestergaard, Kronborg et Puggaard (2008), qui ont aussi utilisé le PPT pour mesurer le fonctionnement pré et post de leur participant suite à l'application d'un programme d'activités physiques et ont observé une augmentation des scores d'environ 10 % au terme de l'étude. Ces résultats concordent aussi avec ceux que proposaient Berkman et collaborateurs (1993), Dal Bello-Haas (2009), Fisher (1995) ainsi que Seeman et collaborateurs (1995), concernant les bienfaits connus de l'activité physique sur le système musculosquelettique.

Suite à l'intégration des exercices d'activation dans leur quotidien, le deux tiers des participants de cette présente étude ont démontré un changement de leurs préoccupations à chuter. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Johnson et collaborateurs (2003) qui rapporte dans leur écrit plusieurs impacts positifs de l'activité physique chez les personnes âgées notamment, une influence favorable sur la peur de chuter.

La majorité des participants ont une meilleure perception de leur état de santé suite aux huit semaines d'activité physique auxquelles ils ont pris part. Ce résultat va dans le même sens que ceux de Vestergaard, Kronborg et Puggaard (2008) qui ont observé une augmentation significative de la perception qu'ont les participants quant à leur niveau de santé suite à des séances d'activités physiques exécutées à raison de trois fois par semaine sur une période de 5 mois. Dans cette étude, le programme était enseigné aux participants par le biais d'une vidéo expliquant et démontrant l'ensemble des exercices. L'exécution du programme était seulement supervisée la première fois par un préposé et les participants étaient par la suite laissés à eux même pour accomplir les autres séances (Vestergaard, Kronborg et Puggaard 2008). Toutefois, dans la présente étude, le préposé de répit accompagne la personne dans chaque exécution du programme. Il sera relevé ultérieurement que le programme a aussi des retombées positives sur les préposés de répit.

L'activité physique a des effets sur la perception de leur fonctionnement qu'ont les participants de cette étude. En effet, le deux tiers de ceux-ci considère avoir amélioré leur fonctionnement dans leurs activités de la vie de tous les jours suite à l'intégration de l'activité physique dans leur routine hebdomadaire. Aucune des études recensées n'a abordé explicitement la perception des participants quant à leur niveau de fonctionnement. Or, celles-ci font valoir que l'activité physique augmente le sentiment d'auto-efficacité et incite les gens à s'engager davantage dans leurs activités quotidiennes (Burton, Shapiro et German, 1999; Conn, 1998; Resnick, 2001; Resnick et Spellbring, 2000). De surcroît, le tiers des participants de la présente étude ont relevé avoir ajouté des activités à leur routine quotidienne antérieure au fil des huit semaines. Ces activités concernent principalement la sphère des déplacements (augmentation du nombre de marches à l'extérieur du domicile, augmentation des déplacements à l'intérieur du domicile). Ces résultats sont inédits et font valoir l'importance d'intégrer des activités physiques dans le quotidien des personnes âgées pour maintenir de manière optimale leur niveau de fonctionnement.

La majorité des participants (83,33 %) sont satisfaits à 100 % d'avoir participé au programme d'exercices d'activation de l'étude. De surcroît, ceux-ci sont dans l'ensemble confiants à 100 % d'être en mesure de continuer à exécuter le programme d'exercices d'activation dans leur routine hebdomadaire. Or, aucune des études recensées n'a abordé avec les participants leur désir de continuer à s'engager dans des activités physiques.

Finalement, les participants prenaient part au programme en moyenne 1,8 fois par semaine. Cependant, les études recensées recommandent pour cette population trois périodes de 30 minutes d'activités physiques par semaine en plus d'un engagement optimal dans les activités de la vie de tous les jours (Centre d'observation et d'analyse du vieillissement, 2011; Tully et coll., 2007). Malgré que la recommandation ci-dessus n'ait pas été atteinte, des changements positifs ont tout de même été observés dans la présente étude.

6.2 Propositions d'améliorations du programme progressif d'exercices d'activation selon les personnes âgées

Le programme progressif d'exercices d'activation comprenait initialement 15 exercices par stade visant à solliciter les membres supérieurs, les membres inférieurs ainsi que les capacités d'équilibre. De même, chacun des stades comprenait une section échauffement. Aussi, une section étirements pouvant être réalisée à chacun des trois stades se trouvait à la fin du programme.

Suite à l'analyse de contenu, il est ressorti que plus du tiers des participants ont apprécié le programme d'exercices d'activation dans tout son ensemble. Or, trois exercices ont été ciblés comme étant plus difficiles pour certains participants, notamment; l'exercice de se relever d'une chaise, l'exercice d'équilibre ainsi que l'exercice des bras au stade 3 qui impliquait de soulever une charge (des cannes de conserves). Dans le même sens, l'exercice de se relever d'une chaise a aussi été ciblé comme étant difficile dans l'étude de Johnson et collaborateurs (2003).

Malgré que le programme se veuille, être un outil adapté pour les personnes âgées qui vivent à domicile et qui reçoivent des services de répit, la nature des exercices ainsi que le nombre de répétitions de ceux-ci peut varier en fonction des capacités résiduelles des individus. En général, plus la perte d'autonomie des individus est avancée, plus le nombre d'adaptations nécessaires au programme d'exercices sera grand. Par conséquent, il est essentiel qu'un professionnel de la réadaptation dont l'ergothérapeute soit impliqué dans l'évaluation et l'application d'un programme d'exercices auprès des personnes âgées qui bénéficient de services de répit. Également, la réussite du programme dépend de la motivation et de l'intérêt de la personne âgée à s'engager dans ce dernier.

6.3 Impacts positifs du programme progressif d'exercices d'activation sur les préposés de répit

L'ensemble des préposés qui ont réalisé le programme d'exercices d'activation avec leur client rapportait se sentir suffisamment compétent pour l'appliquer dans leur pratique. De même, la majorité de ceux-ci jugent que le programme est un ajout très pertinent à leurs tâches de travail puisque le programme s'adapte à la condition de santé précaire de chacun de leurs clients et qu'il comporte plusieurs bénéfices pour ceux-ci. Précisément, la moitié des préposés de répit de cette présente étude ont relevé une amélioration de l'état psychologique de leur client (belle humeur, plaisir, confiance en soi). L'étude de Johnson et collaborateurs (2003) impliquait aussi des préposés en soutien à domicile, mais n'avait pas inclus la perception des préposés dans leurs résultats. En ce sens, la présente étude innove en cette matière.

Les préposés de répit ont relevé dans l'ensemble que le matériel remis c'est-à-dire le feuillet de programme imagé a facilité l'application du programme en raison de sa simplicité et de sa clarté. Ce résultat concorde avec ceux de Johnson et collaborateurs (2003) qui ont fait valoir que 80 % des participants au programme d'exercices de leur étude ont trouvé facilitant la brochure imagée contenant les exercices. De même, les préposés ont tous relevé se sentir compétent à un niveau de 10/10 pour appliquer le programme avec leur client visé.

Un élément intéressant et pertinent de la présente étude est l'implication des préposés de répit. Le fait qu'ils perçoivent positivement des changements chez les personnes âgées met en évidence que leur travail peut être ainsi valorisant.

6.4 Les retombées de la présente étude

Ce présent projet s'est attardé la clientèle de personnes âgées qui vivent à domicile et qui reçoivent des services de répit. Il a ainsi été possible de mettre sur pied un programme progressif d'exercices d'activation pour favoriser le maintien et le développement de leurs capacités physiques résiduelles. Développé à partir de la

prémisses sur laquelle sont basés les principes ergothérapeutiques d'activation, *un programme progressif d'exercices d'activation* se distingue des programmes proposés à cette clientèle jusqu'à maintenant. De même, celui-ci converge avec les écrits scientifiques portant sur l'activité physique et les personnes âgées.

Par ailleurs, celui-ci s'inscrit dans une approche préventive puisqu'il vise à maintenir les capacités physiques résiduelles des personnes âgées pour prévenir les difficultés fonctionnelles qui peuvent découler de leur condition de santé précaire. Ce faisant, il contribue à éviter l'aggravation de leur condition de santé actuelle et favorise ainsi le maintien à domicile. De plus, le programme progressif d'exercices d'activation s'intègre bien à la structure des services de répit déjà offert par les organismes communautaires. Notamment, celui-ci n'engendre aucun coût supplémentaire puisqu'il s'ajoute aux services de répit déjà en place, il requiert très peu de matériel (ballon et feuillet du programme) et il permet aux personnes âgées de faire de l'activité physique en toute sécurité. Également, il permet d'assurer une continuité entre les services offerts aux personnes âgées à domicile. Par conséquent, le fait que le programme vise à maintenir et/ou améliorer capacités physiques résiduelles des personnes âgées qui vivent à domicile et qui reçoivent des services de répit pointe de manière forte intéressante vers une innovation dans les pratiques communautaires.

Les adaptations possibles du programme afin de concorder avec les capacités résiduelles des individus reflètent bien la richesse du rôle de l'ergothérapeute centré sur le client. De même, l'objectif d'aller en amont des déficits pour cette clientèle qui présente déjà des facteurs de risques à un visé en prévention de types secondaire et tertiaire (Filiatrault et Richard, 2005). Ce programme offre donc à l'ergothérapeute la possibilité de mettre en action ses caractéristiques d'agent de changement et d'élargir son rôle afin d'être un bon éducateur à la santé et offrir aux personnes âgées qui vivent à domicile et qui reçoivent des services de répit l'opportunité de mettre en place des changements qui sont favorables à leur santé. La présente étude fait valoir l'importance que les ergothérapeutes soient impliqués dans les interventions préventives.

Le plaisir ainsi que les changements physiques et psychologiques qui ont été observés par les participants au cours de l'étude sont dans la majorité suffisants pour les motiver à continuer d'exécuter le programme d'exercices d'activation dans leur routine hebdomadaire. Il est donc juste de croire que l'ergothérapie peut contribuer à répondre à la mission de la politique *vieillir et vivre ensemble* qui vise à maintenir les personnes âgées dans leur milieu de vie naturel, à améliorer leur qualité de vie, à leur offrir des services qui les encouragent à adopter de saines habitudes de vie et à bâtir une société inclusive pour tous les âges (Gouvernement du Québec, 2012).

6.5 La pertinence de l'étude

Le programme a été proposé afin d'enrichir les services de répit existants. Dès lors, élaboré à partir des écrits scientifiques et d'expérience sur le terrain, *un programme progressif d'exercices d'activation* se veut un outil de travail pour les préposés en service de répit afin de stimuler les capacités physiques résiduelles des personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à domicile. Par conséquent, le fait d'avoir ciblé les préposés de répit d'une coopérative communautaire offrant des services de répit pour tester le programme dans leur pratique pendant huit semaines assure que celui-ci est applicable dans la réalité terrain et convient à la clientèle.

Corollairement, la méthode utilisée dans le cadre de cette présente étude a permis de recueillir la perception des participants et des préposés de répit. Les commentaires recueillis font valoir que les préposés de répit impliqués dans ce projet voient une grande pertinence au programme d'exercices. Par exemple, plusieurs préposés ont mentionné vouloir continuer de l'appliquer dans leur pratique et l'utiliser avec d'autres clients qui n'ont pas pris part à ce projet.

6.6 Les forces et limites de l'étude

La présente étude présente des forces et des limites. Sur le plan des forces, elle fait valoir le travail de l'ergothérapeute en prévention de la santé auprès des personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à domicile et pour lesquelles il faut prévenir la

détérioration. Un autre élément positif de l'étude est que les préposés en services de répit ont fait preuve d'ouverture à appliquer le programme dans leur pratique, ce qui montre que le programme est applicable dans le milieu et qu'il offre des outils aux travailleurs de répit des organismes communautaires. Le programme offre une solution possible et réaliste pour prévenir l'altération des capacités physiques résiduelles des personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à domicile et ainsi favoriser leur maintien à domicile de manière optimale. De plus, la triangulation des informations faite à l'aide des données quantitatives et des données qualitatives permet de tirer des conclusions témoignant d'une plus grande crédibilité. De même, cette recherche s'insère parmi les études peu nombreuses portant sur des programmes d'activités physiques pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à domicile. Finalement, dans leur revue systématique, Freiberger et collaborateurs (2012), relèvent que le *Physical Performance Test* a été reconnu comme l'un des trois meilleurs tests permettant de dépister et d'évaluer les personnes âgées à risque de déclin fonctionnel et/ou d'évaluer les effets d'une intervention ciblée sur le fonctionnement des personnes âgées vivant dans la communauté (Freiberger et coll., 2012). Ce test était donc un outil de choix à utiliser dans le cadre de cette étude pour évaluer les retombés du programme d'exercices d'activation sur le fonctionnement des personnes âgées.

Cette étude présente également quelques limites. D'abord, le nombre de participants plutôt restreint limite le caractère généralisable des résultats obtenus. D'autant plus que deux participants ont abandonné en cours de route. Ceci illustre les difficultés à entreprendre des recherches auprès des personnes âgées vulnérables. Une autre limite se rattache au nombre de fois que les exercices ont pu être effectués. Ceux-ci dépendaient du nombre de services de répit reçus par semaine. Pour terminer, une limite supplémentaire se rattache à la méthode de collecte de données auprès des préposés. Bien que le questionnaire est la méthode de collecte de données la plus utilisée par les chercheurs, celui-ci comporte certains inconvénients, notamment : un taux élevé de données manquantes et l'impossibilité pour les participants d'obtenir des informations supplémentaires sur les questions posées (Fortin, 2013). Dans un monde

idéal, il aurait été favorable de faire des entrevues structurées avec chacun des participants et des préposés afin de s'assurer qu'ils répondent à chacune des questions et qu'ils comprennent bien les énoncés du questionnaire.

En définitive, les améliorations au niveau physique et psychologique observées chez les participants à la suite de leurs huit semaines de participation au programme d'exercices sont très encourageantes. Précisément, l'ensemble des participants de cette étude a maintenu ou amélioré leurs capacités physiques résiduelles au terme de la période d'étude. Par conséquent, pour les personnes âgées qui vivent à domicile et qui reçoivent des services de répit, maintenir leurs capacités physiques résiduelles est un objectif réaliste et envisageable.

7. CONCLUSION

Cette présente étude offre une vue d'ensemble sur ce qu'il est possible de faire en ergothérapie dans le domaine de la prévention des déclins fonctionnels en fonction des écrits scientifiques qui sont présentement disponibles, des personnes âgées qui vivent à domicile et qui reçoivent des services de répit ainsi que des préposés de répits. En effet, la triangulation de toutes les données recueillies a permis de concevoir un programme d'exercices d'activation adapté à la réalité de cette population et qui s'intègre avec brio aux structures de services communautaires déjà en place. Ce programme est une innovation dans le monde des services de répit puisqu'il propose une continuité dans les soins offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent en communauté en prenant en considération de manière holistique leurs capacités physiques, leur état de santé et leur environnement afin de maintenir leurs acquis et favoriser leur fonctionnement à domicile par le biais de l'activité physique.

La présente étude visait à mettre en avant-plan les retombés de l'activité physiques sur le fonctionnement dans les activités de la vie de tous les jours des personnes âgées vivant à domicile et présentant une perte d'autonomie; projet auquel le rôle d'agent de changement en prévention de la santé de l'ergothérapeute est mis en évidence. En effet, ce projet invite les ergothérapeutes à s'impliquer davantage dans le domaine de la prévention auprès des personnes vivant dans la communauté. De par sa formation, l'ergothérapeute possède l'ensemble des connaissances et l'esprit d'analyse nécessaire pour proposer et adapter des interventions préventives tel un programme d'exercices d'activation aux capacités physiques résiduelles des personnes âgées.

Le programme d'exercices d'activation constitue un outil novateur pour les préposés de répit. Or, dans l'optique de répondre de manière optimale aux besoins de la clientèle visée, il serait bénéfique de le modifier en faveur des commentaires reçus. Par conséquent, les exercices d'équilibre, les exercices de se relever d'une chaise ainsi que l'exercice de lever les bras au-dessus de la tête avec des cannes de conserve au stade

trois seraient à revoir dans un projet futur. De plus, il serait aussi pertinent de poursuivre l'étude afin d'obtenir la perception des ergothérapeutes et des physiothérapeutes qui travaillent en CLSC, à commencer par l'obtention de leurs opinions quant au contenu du programme et ensuite procéder l'implantation du programme auprès de leur clientèle afin de déterminer l'efficacité du programme avec des personnes âgées possédant les capacités physiques et cognitives résiduelles nécessaires à l'auto-administration. Une validation du programme auprès d'un autre type de clientèle âgée serait donc une avenue intéressante afin de justifier la nécessité d'intégrer l'activité physique dans le quotidien des personnes âgées et de justifier l'apport de la pratique de l'ergothérapie en prévention de la santé.

RÉFÉRENCES

- Baumgartner, R. N., Koehler, K. M., Gallagher, D., Romero, L., Heymsfield, S. B., Ross, R. R., . . . Lindeman, R. D. (1998). Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *American Journal of Epidemiology*, 147(8), 755-763.
- Baumgartner, R. N., Waters, D. L., Gallagher, D., Morley, J. E., & Garry, P. J. (1999). Predictors of skeletal muscle mass in elderly men and women. *Mechanisms of Ageing and Development*, 107(2), 123-136.
- Berkman, L. F., Seeman, T. E., Albert, M., Blazer, D., Kahn, R., Mohs, R., . . . McClearn, G. (1993). High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: findings from the MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(10), 1129-1140.
- Bonder, B., & Dal Bello-Haas, V. (2009). *Functional performance in older adults* (3e. ed. pp.34-49). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Burton, E., Lewin, G., & Boldy, D. (2015). A Systematic Review of Physical Activity Programs for Older People Receiving Home Care Services. *Journal of Aging & Physical Activity*, 23(3). 460-470.
- Burton, L. C., Shapiro, S., & German, P. S. (1999). Determinants of physical activity initiation and maintenance among community-dwelling older persons. *Preventive medicine*, 29(5), 422-430.
- Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillissement. (2011). *Promotion de l'activité physique*. Projet « Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées ». Repéré à : http://promotionsante.ch/assets/public/documents/2_fr/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via_-_Etude_bonnes_pratiques_Promotion_activite_physique_-_Resume_et_recommandations.pdf.
- Conn, V. S. (1998). Older adults and exercise: path analysis of self-efficacy related constructs. *Nursing research*, 47(3), 180-189.
- Dal Bello-Hass, V. (2009). Neuromusculoskeletal and Movement Function. Dans B., Bonder & V., Dal Bello-Haas. (Eds). *Functional performance in older adults* (3^e ed. pp. 130-167). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Daniels, R., van Rossum, E., de Witte, L., Kempen, G. I., & van den Heuvel, W. (2008). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC health services research*, 8(1), 1.

- Dean, E. et De Andrade, A. D. (2009). Cardiovascular and pulmonary function. Dans B., Bonder & V., Dal Bello-Haas. (Eds). *Functional performance in older adults* (3^e ed. pp. 65-94). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Duque, G. (2008). Ostéoporose. Dans M., Arcand & R., Hébert. (Éds). *Précis pratique de gériatrie* (3^e ed. pp.759-770). Acton Vale, Québec : Paris: Edisem , Maloine.
- Fiatarone, M. A., O'Neill, E. F., Ryan, N. D., Clements, K. M., Solares, G. R., Nelson, M. E., Evans, W. J. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New England Journal of Medicine*, 330(25), 1769-1775.
- Filiatrault, J., & Richard, L. (2005). L'apport des théories des changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 45.
- Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *The International Journal of Aging & Human Development*.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). L'analyse statistique inférentielle. Dans F. Fortin, J. Gagnon. (2e éd. ed.), *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (pp.508-531). Montréal: Chenelière Éducation.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). L'analyse quantitative des données. Dans F. Fortin, J. Gagnon. (2e éd. ed.), *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (pp.457-478). Montréal: Chenelière Éducation.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). La population et l'échantillon. Dans F. Fortin, J. Gagnon. (2e éd. ed.), *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (pp.224-247). Montréal: Chenelière Éducation.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). Les principes qui sous-tendent la mesure. Dans F. Fortin, J. Gagnon. (2e éd. ed.), *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (pp.390-402). Montréal: Chenelière Éducation.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). Une Introduction aux devis de recherche. Dans F. Fortin, J. Gagnon. (2e éd. ed.), *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (pp.249-266). Montréal: Chenelière Éducation.

- Freiberger, E., De Vreede, P., Schoene, D., Rydwik, E., Mueller, V., Frändin, K., & Hopman-Rock, M. (2012). Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. *Age and ageing*, 41(6), 712-721.
- Frontera, W. R., Meredith, C. N., O'Reilly, K. P., & Evans, W. J. (1990). Strength training and determinants of VO₂max in older men. *Journal of Applied Physiology*, 68(1), 329-333.
- Fülöp, T. (2008). Biologique du vieillissement. Dans M., Arcand et R., Hébert. (Eds). *Précis pratique de gériatrie* (3^e.ed, pp. 17-35). Acton Vale : Paris: Edisem , Maloine.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Corcoran, M., Schinfeld, S., & Hauck, W. W. (2006). A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 809-816. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00703.x
- Gouvernement du Québec. (2016). *Santé publique : Programme vie active 50 ans et plus*. Repéré à : <http://www.agencesss04.qc.ca/sante-publique/activite-physique/programme-viactive-50ans.html>
- Gouvernement du Québec. (2012). *Vivre et vieillir ensemble*. Repéré à: <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/synthese-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Grieve, J. I., & Gnanasekaran, L. (2008). Intervention for Cognitive Impairments. Dans Grieve, J. I., & Gnanasekaran, L. (3rd ed. ed.). *Neuropsychology for occupational therapists : cognition in occupational performance*. Oxford. Malden, Mass.: Blackwell.
- Hébert, M., Maheux, B., et Potvin, L. (2000). L'ergothérapie dans les CLSC du Québec après le virage ambulatoire (1^{ère} partie). *Revue Québécoise d'ergothérapie*, 9 (1), 23-28.
- Institut de la statistique du Québec. (2014). *Perspectives démographiques, Québec et régions, 2001-2051*. Repéré à : http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/tendance2001-2051_an.html.
- Institut de recherche en santé du Canada. (2007). *Cap sur le vieillissement*. Repéré à : http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/ia_strategic_plan_07-12_f.pdf.

Institut national de santé publique du Québec. (2003). *Un portrait de la santé des québécois de 65 ans et plus.* Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communique/communique-presse-2013/decembre/dec1311.html>

Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Vieillissement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futur en soins de longue durée au Québec.* Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1082>.

Johnson, C. S. J., Myers, A. M., Scholey, L. M., Cyarto, E. V., & Ecclestone, N. A. (2003). Outcome evaluation of the Canadian centre for activity and aging's home support exercise program for frail older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11(3), 408-424.

Kamel, H. K. (2003). Sarcopenia and aging. *Nutrition reviews*, 61(5), 157-167.

King, M. B., Whipple, R. H., Gruman, C. A., Judge, J. O., Schmidt, J. A., & Wolfson, L. I. (2002). The Performance Enhancement Project: improving physical performance in older persons. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(8), 1060-1069.

Kino-Québec. (2002). *L'activité physique : déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus.* Repéré à <http://www.kino-quebec.qc.ca/personnes.asp?saison=p>

Lewis, C. et Shaw, K. 2005. Focus on Function: Physical Performance Test. Repéré à : <http://physical-therapy.advanceweb.com/Article/Focus-on-Function-Physical-Performance-Test.aspx>.

Lord, C. et Dionne J., I. (2008). Exercice physique et vieillissement. Dans M., Arcand & R., Hébert. (Eds). *Précis pratique de gériatrie* (3^e. ed, pp.1059-1074). Acton Vale : Paris: Edisem , Maloine.

Melillo, K. D., Futrell, M., Williamson, E., Chamberlain, C., Bourque, A. M., MacDonnell, M., & Phaneuf, J. P. (1996). Perceptions of physical fitness and exercise activity among older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 542-547.

Meyers, S. K. (2010). Community Practice in Occupational Therapy : What Is It. Dans S.K., Meyers. *Community practice in occupational therapy : a guide to serving the community* (pp. 1-22) Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers.

Miller, K. L., Magel, J. R., & Hayes, J. G. (2010). The Effects of a Home-Based Exercise Program on Balance Confidence, Balance Performance, and Gait in Debilitated, Ambulatory Community-Dwelling Older Adults: A Pilot Study. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 33(2), 85-91.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). Chez soi : *le premier choix, la politique de soutien à domicile*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>.

Muller, F., Denis, B., Valentin, C., & Teillet, L. (2004). Vieillissement humain: évolution démographique et implications médicales. *Nutrition clinique et métabolisme*, 18(4), 171-174.

Piot-Ziegler, C. (2011). FES-I Swiss French translated. Repéré à : http://www.profane.eu.org/documents/FES-I/FES-I_French.pdf.

Poehlman, E. T., Toth, M. J., & Gardner, A. W. (1995). Article RETRACTED: Changes in Energy Balance and Body Composition at Menopause: A Controlled Longitudinal Study. *Annals of Internal Medicine*, 123(9), 673-675.

Régie de l'assurance maladie. (2016). Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique. Repéré à : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/depliants/depl-aide-domestique-fr.pdf>.

Resnick, B. (2001). Testing a model of exercise behavior in older adults. *Research in Nursing & Health*, 24(2), 83-92.

Resnick, B., & Spellbring, A. M. (2000). Understanding what motivates older adults to exercise. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(3), 34-42.

Rexe, K., McGibbon Lami, B. & vonZweck, C, (2013). Occupational therapy : Cost-effective solutions for changing health system needs. *Healthcare Quarterly*, 16 (1), 69-75.

Sato, D., Kaneda, K., Wakabayashi, H., & Nomura, T. (2009). Comparison of 2-year effects of once and twice weekly water exercise on activities of daily living ability of community dwelling frail elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 123-128.

Sato, D., Kaneda, K., Wakabayashi, H., Shimoyama, Y., Baba, Y., & Nomura, T. (2011). Comparison of once and twice weekly water exercise on various bodily functions in community-dwelling frail elderly requiring nursing care. *Archives of gerontology and geriatrics*, 52(3), 331-335.

- Seeman, T. E., Berkman, L. F., Charpentier, P. A., Blazer, D. G., Albert, M. S., & Tinetti, M. E. (1995). Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur studies of successful aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 50(4), M177-M183.
- Scriven, A., & Atwal, A. (2004). Occupational therapists as primary health promoters: Opportunities and barriers. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(10), 424-429.
- Société d'Alzheimer Canada (2012). *Soins de répit*. Repéré à : <http://www.alzheimer.ca/fr/Living-with-dementia/Caring-for-someone/Finding-help/Relief-respite-care>.
- Stark, S. (2004). Removing environmental barriers in the homes of older adults with disabilities improves occupational performance. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation and Health*, 24(1), 32-40.
- Toto, P. E., Raina, K. D., Holm, M. B., Schlenk, E. A., Rubinstein, E. N., & Rogers, J. C. (2012). Outcomes of a multicomponent physical activity program for sedentary, community-dwelling older adults. *Journal of Aging Physical Activity*, 20(3), 36.
- Townsend, E. A., Cockburn, L., Letts, L., Thibeault, R., Trentham, B. (2013). Habiliter au changement social. Dans E. A., Townsend, H. J., Polatajko. (2e éd, version française N. Cantin), *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (pp.181-208). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Tully, M. A., Cupples, M. E., Hart, N. D., McEneeny, J., McGlade, K. J., Chan, W. S., & Young, I. S. (2007). Randomised controlled trial of home-based walking programmes at and below current recommended levels of exercise in sedentary adults. *Journal of Epidemiology and Community health*, 61(9), 778-783.
- United States Department of Agriculture. (2006). *Physical and exercise pyramid*. Repéré à : www.islandcounty.net/health/CHAB/phyactpyr.pdf.
- Vestergaard, S., Kronborg, C., & Puggaard, L. (2008). Home-based video exercise intervention for community-dwelling frail older women: a randomized controlled trial. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20(5), 479-486.
- Wilcock, A. A. (1993). A theory of human need for occupation. *Journal of Occupational Science : Australia*, 1(1), 17-24.

- Yan, T., Wilber, K. H., Wieckowski, J., & Simmons, W. J. (2009). Results from the healthy moves for aging well program: changes of the health outcomes. *Home Health Care Services Quarterly, 28*(2-3), 100-111.
- Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age and ageing, 34*(6), 614-619.
- Youngstrom, M.J. et Brown, C. (2015). Categories and principles of interventions. Dans C., Christiansen, C. M., Baum & J. D., Bass. (Eds). *Occupational therapy : performance, participation, and well-being* (3^e. ed, pp. 397-419). Thorofare, N.J.: Slack.
- Zingmark, M., & Bernspång, B. (2011). Meeting the needs of elderly with bathing disability. *Australian Occupational Therapy Journal, 58*(3), 164-171.
doi:10.1111/j.1440-1630.2010.00904.x

ANNEXE A
PROGRAMME PROGRESSIF D'EXERCICES D'ACTIVATION POUR LES
PERSONNES AGEES VIVANT A DOMICILE ET RECEVANT DES SERVICES DE
REPIT

**Projet : programme progressif d'exercices d'activation pour les personnes âgées
vivant à domicile et recevant des services de répit**

Par : Valérie Meunier, étudiante à la maîtrise en ergothérapie

**Supervisée par : Martine Brousseau, erg. Ph. D, professeure au département
d'ergothérapie**

Toute reproduction, par quelque moyen que ce soit, est strictement interdite sans permission.

Hiver 2016

Mise en garde

Obligatoire

- De porter des bonnes chaussures.
- De porter des vêtements souples.
- D'éliminer les obstacles de l'environnement.
-

Cesser les exercices si :

- Présence de douleur, d'oppression ou de malaise à la poitrine, aux bras ou au dos
- Respiration rapide ou essoufflement exagéré
- Déshydratation
- Étourdissement
- Maux de cœur
- Douleur ou malaise inhabituel aux muscles ou aux articulations pendant ou après les exercices

Normal :

- Que la fréquence cardiaque augmente
- Que le rythme respiratoire augmente
- De transpirer légèrement
- De ressentir une douleur ou une sensibilité musculaire qui peut durer quelques jours au début du programme d'activités physiques

Toujours faire les étirements à la fin de chacune des séances d'exercices (p.29-30).

STADE 1

Semaine 1 et 2

Échauffement

Faire 20 pas sur place en position assise.

Exercices musculaires

Exercice 1

Lever les bras au-dessus de la tête sans poids

Nombre de répétitions : 10



Exercice 2

Faire des cercles verticalement devant soi

Nombre de répétitions : 5 cercles par bras

**Exercice 3**

Faire des cercles horizontalement devant soi

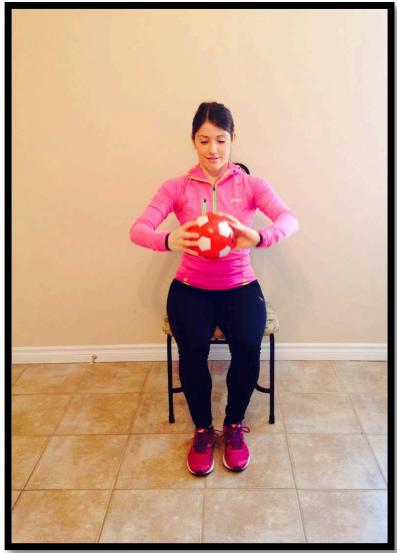
Nombre de répétitions : 5 cercles par bras



Exercice 4

Rouler le ballon entre ses deux mains

Nombre de répétitions : 10

**Exercice 5**

Rouler le ballon sur ses jambes

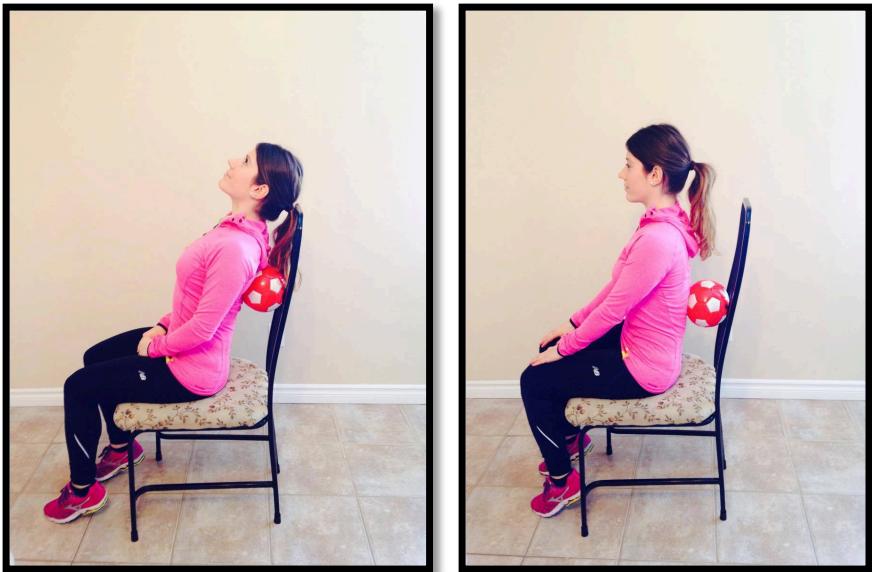
Nombre de répétitions : 5 fois par jambe



Exercice 6

Placer le ballon dans son dos, pencher et relever le tronc

Nombre de répétitions : 10

**Exercice 7**

Lancer et attraper le ballon

Nombre de répétitions : 10



Exercice 8

Botter le ballon

Nombre de répétitions : 5 fois par jambe

**Exercice 9**

Se relever d'une chaise avec ses mains

Nombre de répétitions : 10



Exercice 10

Pointer des pieds

Nombre de répétitions : 10

**Exercice 11**

Soulever la pointe des pieds

Nombre de répétitions : 10



Exercice 12

Lever les genoux vers le ciel

Nombre de répétitions : 5 fois par jambe

**Exercice 13**

Lever les jambes en extension devant soi

Nombre de répétitions : 5 fois par jambe



Exercice 14

Ski de fond avec les bras

Nombre de répétitions : 10

**Exercice 15**

Se tenir debout les yeux fermés

Temps : 30 secondes



STADE 2

Semaine 3, 4 et 5

Échauffement

Faire 40 pas sur place en position assise.

Exercices musculaires

Exercice 1

Lever les bras au-dessus de la tête sans poids

Nombre de répétitions : 15



Exercice 2

Faire des cercles verticalement devant soi

Nombre de répétitions : 8 cercles par bras

**Exercice 3**

Faire des cercles horizontalement devant soi

Nombre de répétitions : 8 cercles par bras



Exercice 4

Rouler le ballon entre ses deux mains

Nombre de répétitions : 15

**Exercice 5**

Rouler le ballon sur ses jambes

Nombre de répétitions : 8 fois par jambe



Exercice 6

Placer le ballon dans son dos, pencher et relever le tronc

Nombre de répétitions : 15

**Exercice 7**

Lancer et attraper le ballon

Nombre de répétitions : 15



Exercice 8

Botter le ballon

Nombre de répétitions : 8 fois par jambe

**Exercice 9**

Se relever d'une chaise avec ses mains

Nombre de répétitions : 15



Exercice 10

Pointez les pieds

Nombre de répétitions : 15

**Exercice 11**

Soulevez la pointe des pieds

Nombre de répétitions : 15



Exercice 12

Lever les genoux vers le ciel

Nombre de répétitions : 8 fois par jambe

**Exercice 13**

Lever les jambes en extension devant soi

Nombre de répétitions : 8 fois par jambe



Exercice 14

Ski de fond avec les bras

Nombre de répétitions : 15

**Exercice 15**

Se tenir debout un pied devant l'autre les yeux ouverts

Temps : 30 secondes



STADE 3

Semaine 6, 7 et 8

Échauffement

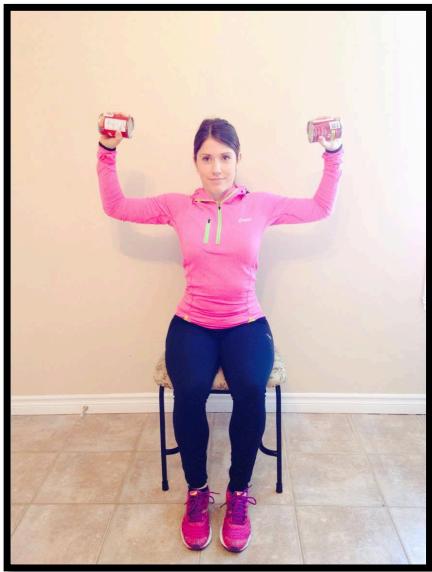
Faire 40 pas sur place debout en se tenant derrière une chaise

Exercices musculaires

Exercice 1

Lever les bras au-dessus de la tête avec une canne de conserve dans chacune des mains

Nombre de répétitions : 15



Exercice 2

Faire des cercles verticalement devant soi

Nombre de répétitions : 12 cercles par bras

**Exercice 3**

Faire des cercles horizontalement devant soi

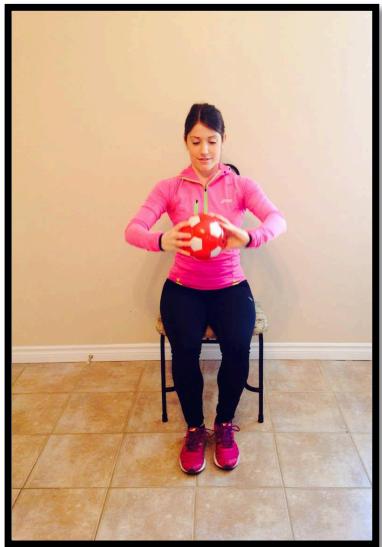
Nombre de répétitions : 12 cercles par bras



Exercice 4

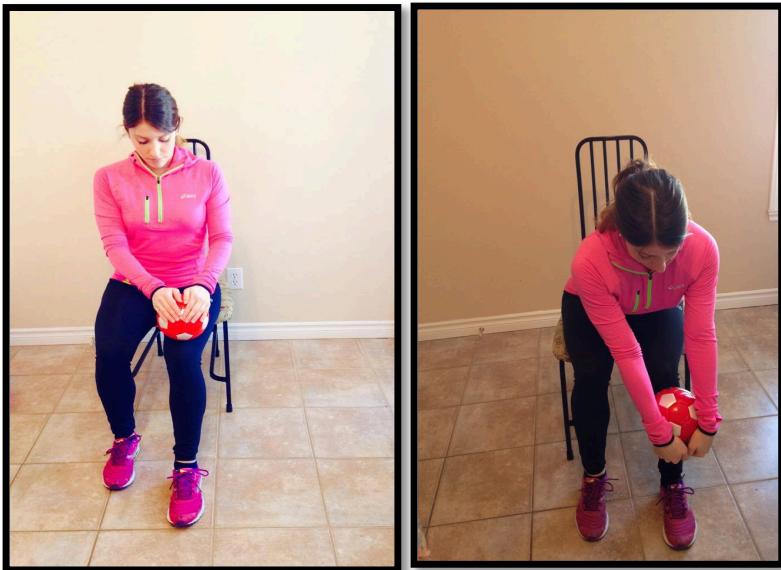
Rouler le ballon entre ses deux mains

Nombre de répétitions : 20

**Exercice 5**

Rouler le ballon sur ses jambes

Nombre de répétitions : 12 fois par jambe



Exercice 6

Placer le ballon dans son dos, pencher et relever le tronc

Nombre de répétitions : 20

**Exercice 7**

Lancer et attraper le ballon

Nombre de répétitions : 20



Exercice 8

Botter le ballon

Nombre de répétitions : 12 fois par jambe

**Exercice 9**

Se relever d'une chaise sans les mains

Nombre de répétitions : 15



Exercice 10

Lever les genoux vers le ciel

Nombre de répétitions : 12 fois par jambe

**Exercice 11**

Lever les jambes en extension devant soi

Nombre de répétitions : 12 fois par jambe



Exercice 12

Ski de fond avec les bras

Nombre de répétitions : 20

**Exercice 13**

Lever les bras au ciel devant soi

Nombre de répétitions : 10



Exercice 14

Se lever sur la pointe des pieds

Nombre de répétitions : 15

**Exercice 15**

Se tenir debout un pied devant l'autre les yeux fermés

Temps : 30 secondes



Étirements

Tourner le cou de chaque côté

Nombre de répétitions : 5 fois chaque côté



Pectoraux

Temps : Maintenir 30 secondes



Dos

Temps : Maintenir 30 secondes chaque posture



Jambes

Temps : Maintenir 30 secondes



ANNEXE B
CALENDRIER D'OBSERVANCE AU PROGRAMME



**Projet : Calendrier d'observance au programme d'activités physiques
fonctionnelles simples**

Par : Valérie Meunier, étudiante à la maîtrise en ergothérapie

**Supervisée par : Martine Brousseau, erg. Ph. D, professeure au département
d'ergothérapie**

Hiver 2016

Semaine 1

EXERCICES	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
	Nombre de répétitions						
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Étirements		Appréciation
	Non	

ANNEXE C
Questionnaire pré intervention du participant



Questionnaire au participant

But : Recueillir des informations descriptives générales. Les informations recueillies sont confidentielles et ne seront dans aucun cas diffusées. Ce questionnaire comprend un total de 19 questions simples.

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Date d'administration :

1. Dans quelle ville demeurez-vous?

Repentigny _____

Charlemagne _____

L'Assomption _____

St-Sulpice _____

L'Épiphanie _____

2. Quel est votre pays d'origine? Si vous êtes né en dehors du Canada, depuis combien de temps y résidez-vous?

Canada _____

Autres _____

3. Quel est votre niveau d'éducation?

Secondaire _____

Collégial _____

Universitaire _____

Autres _____

4. Depuis combien de temps recevez-vous des services de répit de la coopérative de soutien à domicile de la MRC L'Assomption?

Temps _____

5. Quelle est la fréquence des services de répit que vous recevez?

Fréquence : _____

6. Est-ce toujours les mêmes préposés qui font vos répits?

Oui _____

Non _____ Nombre _____

7. Est-ce que vous recevez des services provenant de professionnels de la santé à votre domicile, si oui lesquels et à quelle fréquence?

Non _____

Oui _____

Physiothérapeute _____

Infirmiers (ères) _____

Ergothérapeute _____

Travailleur social _____

Autres _____

8. Dans quel type d'environnement demeurez-vous?

Appartement _____

Condo _____

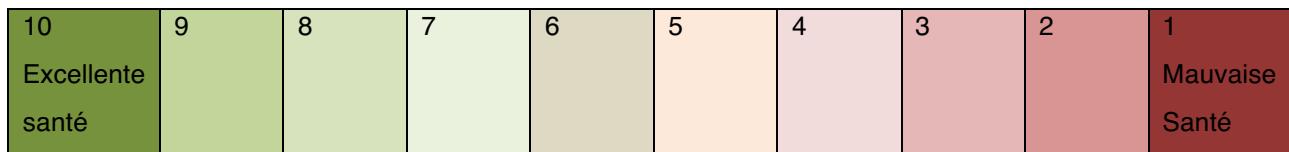
Maison _____

Autres _____

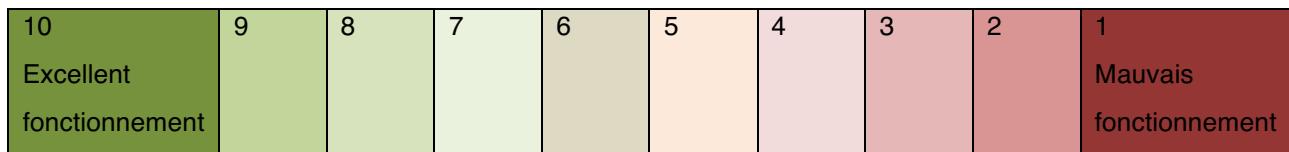
9. Avec qui vivez-vous?

Personne _____

10. Sur une échelle de 1 à 10, comment percevez-vous votre santé?



11. Sur une échelle de 1 à 10, comment percevez-vous votre fonctionnement dans vos activités de tous les jours.



12. Donnez moi des exemples d'activité que vous faites à tous les jours.

13. Avez-vous des problématiques de santé, si oui, lesquels?

Non _____	Oui _____
	Diabète _____
	Cholestérol _____
	Hypertension _____
	Cancer _____
	Problèmes cardiaques _____
	Problèmes respiratoires _____
	Problèmes visuel _____
	Problèmes auditif _____
	Douleur/ limitation
	• Aux épaules _____
	• Aux hanches _____
	• Aux genoux _____
	• Aux chevilles _____
	Autres _____

14. Avez-vous déjà chuté, si oui, avez-vous été hospitalisé?

Non_____	Oui _____
	Hospitalisation _____

15. Utilisez-vous des aides à la marche, si oui, lesquels?

Non _____

Oui _____

Canne _____

Marchette _____

Déambulateur _____

Fauteuil roulant _____

16. Utilisez-vous des aides techniques (banc de transfert, chaise de bain) pour votre hygiène corporelle, si oui, lesquels?

Non _____

Oui _____

Lesquels

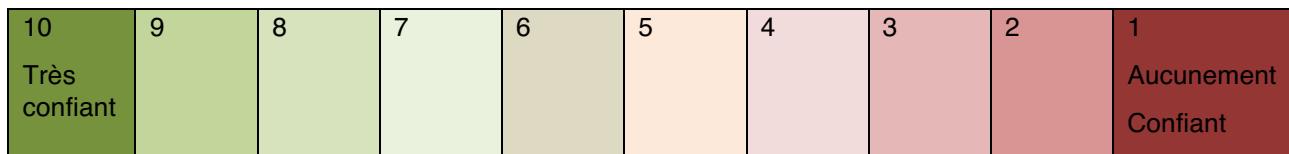
17. Faites-vous des activités qui se déroulent à l'extérieur de votre domicile, si oui, lesquelles?

Non _____

Oui _____

Lesquels

18. Quel est votre niveau de confiance sur une échelle de 1 à 10 quant à la réalisation du programme d'activités physiques fonctionnelles de cette étude?



19. Qu'est-ce que vous aimeriez améliorer par le biais de ce programme?

Merci de votre participation !

ANNEXE D
QUESTIONNAIRE POST INTERVENTION DU PARTICIPANT



Questionnaire post-intervention au participant

Numéro de participant : _____

1. Suite à l'application du programme d'exercices, sur une échelle de 1 à 10, comment percevez-vous votre santé?

10 Excellent santé	9	8	7	6	5	4	3	2	1 Mauvaise Santé
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

Commentaires

2. Suite à l'application du programme d'exercices, sur une échelle de 1 à 10, comment percevez-vous votre fonctionnement dans vos activités de tous les jours.

10 Excellent fonctionnement	9	8	7	6	5	4	3	2	1 Mauvais fonctionnement
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------

3. Avez-vous intégré de nouvelles activités à votre quotidien au fil des dernières 8 semaines?

Oui _____
Lesquelles

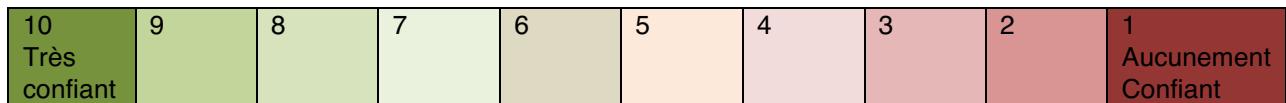
Non _____

4. Est-ce qu'il y a des exercices que vous n'avez pas aimé faire?

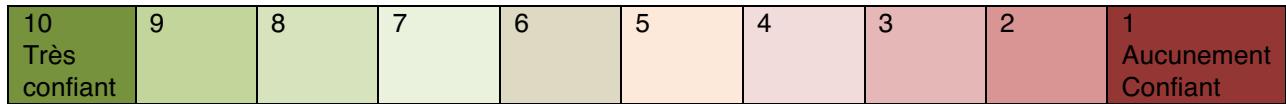
Oui _____
Lesquelles

Non _____

5. Quel est votre niveau de satisfaction sur une échelle de 1 à 10 d'avoir participer au programme d'activités physiques fonctionnelles de cette étude?



6. Quel est votre niveau de confiance sur une échelle de 1 à 10 de poursuivre le programme d'activités physiques fonctionnelles de cette étude?



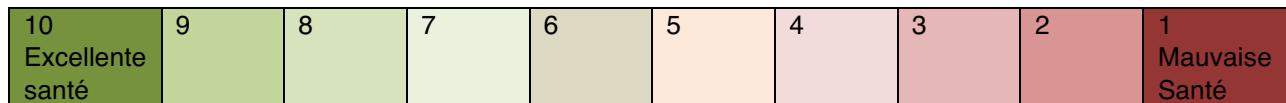
ANNEXE E
QUESTIONNAIRE POST INTERVENTION DU PREPOSE



Questionnaire post-intervention au préposé

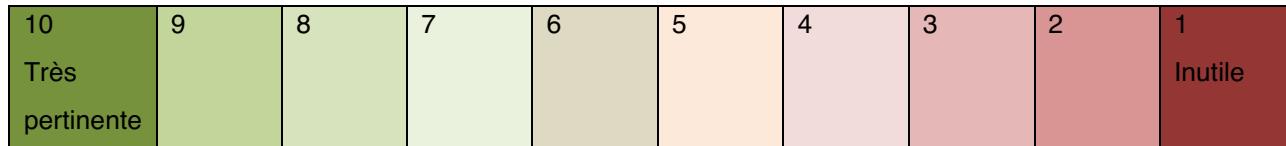
Ce questionnaire est anonyme.

1. Sur une échelle de 1 à 10, quel était votre sentiment de compétence à appliquer le programme avec vos clients?



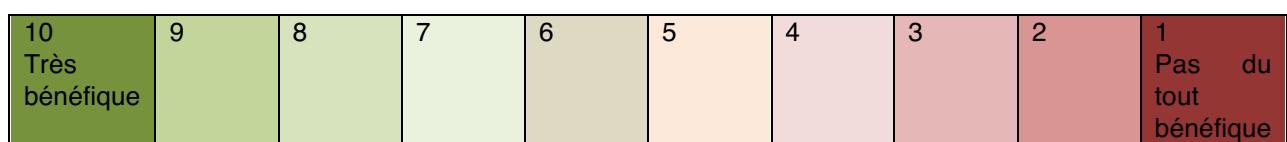
Commentaires

2. Sur une échelle de 1 à 10, comment avez-vous trouvé l'expérience d'ajouter un tel programme dans votre pratique habituelle?



Commentaires

3. Sur une échelle de 1 à 10, croyez-vous qu'il est bénéfique pour les personnes âgées de participer à un tel programme?

**Commentaires**

ANNEXE F**Description des services de répit de la Coopérative de solidarité en soutien à domicile de la MRC en question**

La Coopérative de solidarité en soutien à domicile de la MRC en question est une entreprise d'économie sociale en aide domestique à but non lucratif créée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Celle-ci offre des services multiples de soins afin de favoriser le maintien à domicile de la population de la MRC en question (par exemple; répit, aide à la réalisation des activités quotidiennes, entretien ménager et préparation de repas). Leur clientèle est composée de personnes âgées de plus de 65 ans, de personnes actives ainsi que de personnes en perte d'autonomie.

La coopérative entretient un partenariat actif avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et est autorisée à appliquer le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) sur leur territoire (Régie de l'assurance maladie, 2016). De plus, elle entretient aussi un partenariat avec L'APPUI, leur permettant d'offrir une banque de répit spontané de 24 heures morcelables aux clients éligibles au programme.

Les services de répit offerts comportent :

- Une surveillance continue ou avec ou sans stimulation;
- Une surveillance non continue permettant la réalisation de tâches domestiques.

Les services de répit sont offerts par un personnel formé, empreint de professionnalisme et aux couleurs humaines.