

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

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

PAR
ANDRÉANNE LECOMTE

L'ENGAGEMENT ET LES RETOMBÉES D'UN PROGRAMME D'ACTIVATION
DES CAPACITÉS PHYSIQUES POUR DES AÎNÉS VIVANT À DOMICILE ET
RECEVANT LE SOUTIEN D'UN PROCHE AIDANT

DÉCEMBRE 2017

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 prendre le temps de remercier les participants qui ont accepté de prendre part à l'étude en y consacrant du temps pour les rencontres d'évaluation et aussi pour appliquer le programme dans leur quotidien. Leur implication a permis de compléter l'étude en ergothérapie.

Aussi, je trouve important de remercier ma directrice d'essai, madame Martine Brousseau, pour son implication au sein du projet de recherche. Elle a su me soutenir tout au long de mon cheminement en me guidant dans les différentes étapes et en me transmettant sa passion pour la recherche en ergothérapie.

Finalement, j'ai une pensée particulière pour ma famille, mon conjoint, mes collègues et mes amies qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de mon parcours universitaire. Leur présence et leur implication m'ont permis d'accomplir avec succès ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vii
RÉSUMÉ	viii
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
3. CADRE CONCEPTUEL	13
3.1. Engagement dans le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO).....	13
3.2. Engagement dans le modèle de l'engagement thérapeutique.....	14
4. MÉTHODE.....	17
4.1. Devis de recherche.....	17
4.2. Population cible	17
4.3. Échantillonnage	17
4.4. Description du programme	17
4.5. Procédure de recherche	18
4.6. Méthode de collecte de données	19
4.6.1. Méthode de collecte de données auprès des participants âgés.....	20
4.6.2. Méthode de collecte de données auprès des participants proches aidants	21
4.7. Analyse des données.....	22
4.8. Considérations éthiques.....	22
5. RÉSULTATS.....	23
5.1. Participants.....	23
5.1.1. Aînés	23
5.1.2. Proches aidants	23
5.2. Engagement : Perception de l'importance et de l'implication dans des activités physiques.....	24
5.2.1. Perception des aînés.....	24
5.2.2. Perception des proches aidants	24
5.3. Engagement à des activités dans la vie de tous les jours.....	25
5.3.1. Fréquence des activités pour les aînés	25

5.3.2. Fréquence dans les activités pour les proches aidants	26
5.3.3. Satisfaction de la répartition des activités pour les aînés	28
5.3.4. Satisfaction de la répartition des activités pour les proches aidants	29
5.3.5. Sentiment de fierté et d'accomplissement dans les activités pour les aînés	30
5.3.6. Sentiment de fierté et d'accomplissement dans les activités pour les proches aidants	30
5.4. Engagement : Activités spécifiques et changements dans les responsabilités chez les proches aidants	30
5.5. Impact du programme chez les aînés	31
5.5.1. Capacités physiques	31
5.5.2. La peur de chuter	32
5.5.3. Perception du programme d'activation des capacités physiques par les aînés.....	33
5.5.4. Perception de l'importance, de leur implication dans des activités physiques et des changements observés après le programme d'activation des capacités physiques chez les aînés.....	35
6. DISCUSSION	38
6.1. Impacts du programme d'activation des capacités physiques	38
6.2. Engagement des aînés dans le programme	39
6.3. Perceptions des proches aidants	40
6.4. Proposition d'amélioration du programme d'activation des capacités physiques.....	42
6.5. Forces et limites de l'étude	43
7. CONCLUSION	45
RÉFÉRENCES.....	47
ANNEXEA.....	51
ANNEXE B.....	57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Méthodes de collecte de données	19
Tableau 2. Fréquence des activités de la vie quotidienne chez les aînés participants	25
Tableau 3. Priorisation des activités de la vie quotidienne chez les aînés participants	26
Tableau 4. Fréquence des activités de la vie quotidienne chez les aînés participants	27
Tableau 5. Priorisation des activités de la vie quotidienne chez les proches aidants	27
Tableau 6. Fréquence de participation au programme d'activation des capacités physiques.....	33

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> Représentation des phases de l'engagement inspiré du modèle proposé par Lequerica et Kortte (2010)	15
<i>Figure 2.</i> Satisfaction de la répartition des activités quotidiennes chez les aînés	28
<i>Figure 3.</i> Satisfaction de la répartition des activités quotidiennes chez les proches aidants.....	29
<i>Figure 4.</i> Les résultats des participants aînés au <i>Physical Performance Test</i> avant et après le programme.....	32
<i>Figure 5.</i> Les résultats des participants aînés au <i>Falls Efficacy Scale-International</i> avant et après le programme.....	33
<i>Figure 6.</i> Les perceptions des participants aînés quant aux changements (négatifs et positifs) observés depuis le début du programme.....	36
<i>Figure 7.</i> L'importance accordée à l'activité physique par les participants aînés avant et après le programme.....	36
<i>Figure 8.</i> La perception des participants aînés du besoin de s'adonner davantage à des activités physiques avant et après le programme.....	37

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CLSC	Centre local de services communautaires
EMI-2	Exercice Motivation Inventory 2
FADOQ	Fédération de l'Âge d'Or du Québec
FES-I	Falls Efficacy Scale – International
ICC	Coefficient de corrélation intraclasse
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels
P.I.E.D.	Programme intégré d'équilibre dynamique
PPT	Physical Performance Test

RÉSUMÉ

Introduction : Le maintien des capacités physiques pour les aînés, confinés à domicile pour diverses raisons, représente tout un défi. Qu'en serait-il si un aîné décidait de s'engager dans un programme d'activation des capacités physiques tout en étant soutenu par un proche aidant ? **Objectif :** L'objectif de l'étude est de décrire les impacts d'un programme d'activation des capacités physiques sur le fonctionnement dans la vie de tous les jours pour des aînés vivant à domicile et recevant le soutien d'un proche aidant. **Méthode :** Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale avant-après avec un seul groupe basé sur un devis mixte. L'échantillonnage non probabiliste intentionnel comprend des aînés de plus de 65 ans, vivant à domicile et recevant le soutien d'un proche aidant. Le programme d'activation des capacités physiques de 8 semaines comprend 15 exercices musculaires de faible intensité. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire abordant les aspects sociodémographiques, la perception de l'engagement et des activités de la vie de tous les jours; ainsi qu'avec le *Physical Performance Test* (PPT) (Reuben, et Siu, 1990) et le *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I) (Yardley et coll., 2005). **Résultats :** L'étude menée auprès de 7 participants aînés âgés entre 65 et 81 ans fait valoir que 57,1% des participants (n=4) ont amélioré leurs capacités physiques et que 42,9% (n=3) les ont maintenues, celles-ci étant mesurées par le PPT. De plus, les résultats du FES-I montrent que 85,7% ont maintenu leur peur de chuter et que 14,3% l'ont augmentée. La perception des participants recueillis par le questionnaire personnalisé révèle que le niveau d'importance accordé à l'activité physique s'est maintenu. Aussi, les résultats font valoir que pour 28,6% des participants leur perception de continuer à s'adonner à des activités physiques a diminué. **Discussion :** Malgré que plusieurs aînés ont amélioré leurs capacités physiques sans que cela affecte la vie de tous les jours, il s'avère difficile d'implanter un programme soutenu par les proches aidants. Il est possible que ce soit une trop grande surcharge à la réalité des proches aidants. **Conclusion :** Il y a lieu de s'interroger si d'autres moyens peuvent être mis en place, tels la présence d'un bénévole ou le recours à un travailleur de répit, pour soutenir les aînés et leurs proches aidants dans le maintien des capacités physiques.

Mots-clés (français) : aînés, domicile, activation des capacités physiques, proches aidants, engagement

ABSTRACT

Introduction: Maintaining physical abilities for homebound seniors is a challenge for a variety of reasons. What if an elder decides to engage in a physical activation program while being supported by a caregiver? **Purpose:** The purpose of this study is to describe the impacts of a physical activation program on the everyday functioning of seniors living at home and receiving support from a caregiver. **Method:** This is a quasi-experimental study with a single group based on a mixed study. Intentional non-probability sampling includes seniors over the age of 65 living at home and receiving support from a caregiver. The 8-week Physical Ability Activation Program includes 15 low-intensity muscle exercises. The data was collected using a questionnaire addressing sociodemographic aspects, the perception of engagement and daily activities; as well as the Physical Performance Test (PPT) (Reuben, and Siu, 1990) and the Falls Efficacy Scale-International (FES-I) (Yardley et al., 2005). **Results:** The study of 7 participants aged 65 to 81 demonstrates that 57.1% of participants (n = 4) improved their physical abilities and 42.9% (n = 3) maintained their physical abilities as measured by the PPT. In addition, the results of the FES-I show that 85.7% maintained their fear of falling and that 14.3% increased it. The perception of the participants, as collected by the personalized questionnaire, reveals that the level of importance given to physical activity was maintained. Furthermore, results indicate that 28.6% of participants assigned less importance to commit to regular physical activity. **Discussion:** Although many seniors have improved their physical abilities without affecting daily life, it is difficult to implement a program supported by family caregivers. This may be explained by the fact that caregivers are already overburdened. **Conclusion:** There is reason to question whether other means can be put in place, such as the presence of a volunteer or the use of a respite worker, to support seniors and their caregivers in maintaining their physical abilities.

Mots-clés (anglais) : elderly, community dwelling, physical activation, caregiver, engagement

1. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un phénomène qui prend de l'ampleur au sein de la société, ce qui signifie que la proportion d'aînés augmentera considérablement au cours des prochaines années. En effet, le pourcentage d'aînés âgés de plus de 65 ans a augmenté de 5% en dix ans et les statistiques laissent présager une croissance jusqu'en 2061 (Statistique Canada, 2015).

Le vieillissement peut aussi s'accompagner de problèmes de santé qui peuvent mettre à risque les aînés de vivre un déclin de leur fonctionnement dans la vie de tous les jours. Ainsi, il apparaît nécessaire de mettre en place des ressources qui permettront de contrecarrer les conséquences négatives du vieillissement en agissant en prévention et promotion de la santé auprès des aînés vivant à domicile.

L'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui détient les compétences nécessaires lui permettant d'habiliter une personne à être fonctionnelle dans son quotidien. Toutefois, la majorité des ergothérapeutes qui pratiquent auprès des aînés vivant à domicile agissent en compensant les difficultés observées, alors qu'il serait bénéfique de prévenir le déclin des capacités physiques.

Le rôle de l'ergothérapeute dans une approche de prévention et de promotion de la santé est en émergence, et ce, bien que le Référentiel des compétences en ergothérapie précise que les ergothérapeutes sont aussi appelés à «promouvoir la santé et la prévention auprès du public en général ou de groupes cibles» (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2010). Considérant l'importance du vieillissement de la population actuelle, il est nécessaire de s'interroger sur les apports que peut avoir l'ergothérapie dans une approche de prévention et de promotion de la santé auprès des aînés vivant à domicile.

Ainsi, il semble intéressant de poursuivre la recherche de Meunier et Brousseau (2016) dans le but de vérifier si le programme d'activation des capacités physiques proposé représente une ressource adaptée pour les aînés vivant à domicile et recevant le soutien d'un proche aidant afin qu'ils puissent maintenir leurs capacités physiques.

L'étude présente en premier lieu la problématique et l'objectif de la recherche qui concernent le maintien des capacités physiques chez les aînés vivant à domicile et recevant le soutien d'un proche aidant. Ensuite, le cadre conceptuel fournit les fondements scientifiques permettant de définir les concepts qui soutiennent la recherche. Cette section sera suivie de la méthodologie de l'étude qui décrit le devis, la population cible, l'échantillonnage, la description du programme, la procédure de recherche, la méthode de collecte de données, l'analyse des données et les considérations éthiques. Par la suite, l'étude présente les résultats portant sur la description des participants, la perception de l'importance et l'implication des participants dans des activités physiques, leur engagement à des activités dans la vie de tous les jours et l'impact du programme chez les aînés. Une discussion aborde ensuite les impacts du programme, l'engagement des aînés, les résultats des proches aidants, les améliorations du programme et les forces et les limites de l'étude. Une conclusion fournit des informations sur la pertinence de la recherche pour la pratique en ergothérapie et les recherches pouvant s'apparenter.

2. PROBLÉMATIQUE

Il est prévu que d'ici 2036, environ le quart de la population sera constituée de personnes âgées de plus de 65 ans (Statistique Canada, 2015). Cette croissance démographique est associée à l'augmentation de l'espérance de vie et à la baisse du taux de natalité (Centre d'information et de documentation de l'Institut de la statistique du Québec, 2016). L'augmentation importante du nombre d'aînés entraîne plusieurs conséquences pour la société, mais surtout pour les personnes concernées. Celles-ci sont susceptibles de voir se modifier leurs capacités physiques.

Le maintien des capacités physiques a une pertinence sociale pour les personnes concernées puisque le vieillissement met celles-ci à risque de subir un déclin de leurs capacités si des maladies, des accidents ou des périodes d'inactivité surviennent. Ce déclin risque d'affecter leur fonctionnement au quotidien, voire la pleine participation à des activités réalisées dans le cadre de la vie courante à l'intérieur et à l'extérieur de leur domicile, réduisant leur implication à domicile et dans la communauté (Rosso, Taylor, Tabb, & Michael, 2013).

Une recension des écrits met en lumière différentes ressources pour les aînés afin qu'ils puissent maintenir leurs capacités physiques. Au-delà des centres de conditionnement physique; définis comme étant des endroits permettant de maintenir les capacités physiques générales, il existe certains programmes qui sont adaptés spécifiquement aux besoins de ces personnes. Les aînés ont accès dans la communauté à des programmes tels que ViActive, la FADOQ en mouvement, le Programme P.I.E.D et Muscul'action. Tout d'abord, le programme VieActive offre des exercices adaptés et sécuritaires dans la communauté, par exemple dans des centres communautaires, impliquant ainsi que les aînés doivent se déplacer pour y participer (Gouvernement du Québec, 2012a). Ensuite, le Programme P.I.E.D., s'adressant à des aînés ayant déjà chuté, offre l'occasion aux aînés d'accroître la force musculaire de tout le corps et par conséquent l'équilibre. Ce programme exige que ces derniers se déplacent pour y prendre part (Gouvernement du Québec, 2012a). La FADOQ en mouvement est un autre programme, mis sur pied par la Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ), qui propose des exercices s'adressant aux personnes âgées de plus de 50 ans. Ce programme est consigné en trois volumes avec différentes thématiques, notamment les exercices à la maison, les exercices avec des outils d'exercices et des exercices qu'il est possible de faire lors d'une marche à l'extérieur (FADOQ,

2016). Chaque volume renferme environ 90 exercices qu'il est possible de compléter individuellement visant plusieurs groupes musculaires. Ainsi, les aînés peuvent acheter cette ressource leur permettant de se bâtir un programme d'exercices personnalisés à leurs besoins (FADOQ, 2016). Ce programme requiert de bonnes habiletés physiques pour être fait, ce qui signifie que les exercices sont d'une trop grande intensité les aînés confinés à domicile. Finalement, le programme Muscul'action est une autre ressource qui offre une façon pour les aînés d'améliorer leur capacité musculaire en groupe ou à la maison (Kino-Québec, 2016). En effet, ce programme est basé sur quatre exercices de musculation avec des poids que la personne accomplit quotidiennement. Il offre aussi une banque d'exercices de musculation lui permettant de modifier le programme selon ses objectifs (Kino-Québec, 2016). Ce programme apparaît peu adapté pour les aînés ayant des capacités physiques plus limitées.

En somme, l'ensemble des programmes proposés ci-dessus sont peu adaptés aux aînés frêles, ayant des capacités physiques restreintes et qui sont confinés au domicile pour différentes raisons. Par conséquent, qu'en est-il des programmes offerts aux aînés ayant des capacités physiques plus limitées qui ne peuvent sortir fréquemment à l'extérieur de leur domicile?

Il y a lieu de s'interroger à savoir quels seraient les ressources et les programmes de maintien et d'activation des capacités physiques pour des aînés confinés à leur domicile, dans un contexte où «vieillir chez soi» demeure la priorité (Gouvernement du Québec, 2003). En effet, la politique sur le maintien à domicile a été adoptée en 2003 et elle vise à harmoniser les pratiques dans les CLSC afin de permettre aux aînés de demeurer le plus longtemps possible chez eux (Gouvernement du Québec, 2003). Cette politique de soins a permis de mettre des balises afin que les services offerts s'organisent autour du principe qui est de trouver des solutions pour prioriser le maintien de l'aîné à domicile (Gouvernement du Québec, 2003). Aussi, la politique du vieillissement se rallie bien à la politique portant sur le vieillissement qui a été élaborée en 2012. Cette dernière a été élaborée par le ministère de la Famille et des Aînés et celui de la Santé et des Services sociaux dans le but de favoriser le maintien à domicile des aînés tout en leur permettant d'avoir une bonne qualité de vie (Gouvernement du Québec, 2012). Ces principes visent notamment à favoriser l'inclusion dans la communauté des aînés, leur participation sociale et la promotion de leur santé afin de limiter leur perte d'autonomie (Gouvernement du Québec, 2012b).

Précisément, cette politique vise une amélioration de l'organisation des services afin qu'ils soient davantage accessibles aux aînés, et ce, dans le but de leur permettre un vieillissement actif (Gouvernement du Québec, 2012b). Mais encore faut-il que les aînés aient des opportunités pour maintenir et activer leurs capacités physiques. Bien que les programmes de maintien à domicile soient justement des ressources qui permettent aux aînés de «vieillir chez soi», l'organisation des services présente encore quelques défis à relever.

Notamment, le rapport d'enquête du protecteur du citoyen rapporte que les principes proposés par la politique du maintien à domicile ne sont pas totalement appliqués (Lecours, 2012). Cela signifie que les services rendus par les soins à domicile visent principalement la compensation des difficultés au lieu de valoriser le maintien des acquis, voire le maintien des capacités physiques (Lecours, 2012). Or, la revue systématique de Beswick et ses collaborateurs (2002), renfermant 89 articles de 1972 à 2002, fait valoir que les interventions multifactorielles en santé auprès des aînés vivant à domicile permettent de maintenir leur indépendance (voire leur niveau de fonctionnement au quotidien). De plus l'essai randomisé de Gitlin et ses collaborateurs (2006) vient aussi soutenir le fait qu'une intervention multifactorielle permet aux aînés d'être plus fonctionnels dans le quotidien et avoir une meilleure qualité de vie (Gitlin et al., 2006). Ces ressources viennent soutenir la pertinence d'adopter une approche préventive permettant le maintien des capacités afin de permettre aux aînés de demeurer à domicile le plus longtemps possible. Ce maintien de la vie active requiert l'engagement de la population dans des activités significatives. Cela signifie que l'ergothérapeute est un professionnel qui a un rôle à jouer dans l'approche préventive, soit en offrant des services, des informations et des outils nécessaires à la communauté permettant de maintenir leur vie active dans un environnement adapté (Hildenbrand, & Lamb, 2013). Il est donc pertinent de se questionner sur l'impact de l'approche de compensation dans les soins prodigués, dans une visée où la société souhaite un vieillissement actif des aînés.

L'étude du programme de maintien des capacités physiques pour les aînés à risque d'un déclin fonctionnel et confinés à domicile a aussi une pertinence scientifique. Une recension des écrits fait valoir qu'il est possible d'améliorer les capacités physiques même chez les aînés frères confinés à domicile. L'étude quasi expérimentale avant-après à groupe unique de Venable, Hanson, Shechtman et Dasler (2000) avait pour objectif d'évaluer s'il existe une relation entre le

niveau d'exercices des aînés, leurs motivations à accomplir cette activité et leur fonctionnement occupationnel (voire le fonctionnement dans les activités quotidiennes). Les aînés effectuaient les exercices physiques en groupe. Cette étude, réalisée auprès de 48 participants, a fait valoir que la pratique régulière d'activités physiques permet aux aînés d'être plus fonctionnel dans des occupations qui touchent la mobilité, les tâches ménagères, les soins personnels, les activités manuelles et les activités sociales (Venable, Hanson, Shechtman et Dasler, 2000). Pour ce qui est de l'essai clinique randomisé de Nelson et ses collaborateurs (2004), celle-ci met en lumière qu'il est possible d'augmenter la performance fonctionnelle (voire la participation à des activités de la vie courante) d'un aîné même si le programme ne permet pas un gain de la force ou de l'endurance cardio-vasculaire. En effet, le programme d'exercices physiques, basé sur la coordination et l'équilibre, a permis aux 34 participants du groupe expérimental d'améliorer leur performance fonctionnelle en comparaison aux 38 participants du groupe contrôle. Le programme a été réalisé durant six mois lors desquelles un intervenant a fait 6 visites lors du premier mois et une visite par mois pour les cinq mois suivants (Nelson et coll., 2004). L'essai clinique randomisé de Gill et ses collaborateurs (2002) offre aussi des résultats qui viennent soutenir l'importance pour les aînés vivant à domicile de participer à un programme d'exercices à la maison pour prévenir le déclin fonctionnel (voire la diminution des capacités physiques permettant d'assurer une participation aux activités de la vie courante). Le programme a été réalisé durant six mois lors desquelles un physiothérapeute effectuait 16 visites. Le programme d'exercices physiques proposé permet de réduire la perception des aînés de leurs difficultés au quotidien (Gill et coll., 2002). L'étude à devis mixte réalisée par Schreier et ses collaborateurs (2016) étudie l'efficacité de l'entraînement musculaire progressif ALFIT auprès d'aînés frêles et vérifie les impacts sur le fonctionnement au quotidien. Le programme a été réalisé dans un contexte hospitalier pendant 8 semaines lors desquelles la personne recevait le soutien de l'équipe de soins. Les 38 participants étaient divisés en deux groupes, soit un groupe expérimental et un groupe contrôle. Les mesures prises auprès des participants ont permis de montrer que le programme améliore la force et l'endurance des participants et qu'il y a des impacts positifs sur la force musculaire (voire les capacités physiques) et le fonctionnement des aînés au quotidien, soit au niveau de la mobilité et les soins personnels des aînés (Schreier et coll., 2016). La revue systématique de Kendrick et ses collaborateurs (2014) fait valoir que la pratique d'activités physiques chez des aînés vivant en communauté peut contribuer à la réduction de la peur de chuter immédiatement après les interventions. En effet, la

revue recense les résultats de 30 articles qui ont mesuré l'impact de l'activité physique sur la peur de chuter chez des aînés âgés entre 68 et 85 ans. La durée des programmes d'activités physiques varie entre 12 et 26 semaines. La revue rapporte toutefois qu'il faut plus d'études pour évaluer les retombées à long terme de l'activité physique sur la peur de chuter (Kendrick, et coll., 2014). À la lumière des résultats des différentes études, il est possible de dégager que les aînés plus fragiles peuvent s'engager dans des activités physiques adaptées à leur condition. De ce fait, ces études fournissent quelques évidences qui soutiennent que la pratique d'activité physique régulière est bénéfique pour les aînés afin de maintenir leurs capacités physiques.

Or, il est possible de constater dans ces études que les aînés étaient accompagnés, ce qui représente un élément important à considérer. Un argument important se rattache donc au fait que pour toutes les tranches d'âge, la pratique régulière d'une activité physique est souvent difficile et est sujette à des engagements fluctuants. En effet, l'étude de Quindry, Yount, O'bryant et Rudisill (2011) visait à investiguer si s'adonner à des activités physiques diffère en fonction de la tranche d'âge. L'étude comprend 255 participants, âgés entre 13 et 84 ans, vivant dans la communauté qui ont été questionnés à l'aide de l'*Exercise Motivation Inventory 2 (EMI-2)*. Cette étude a notamment permis de mettre en lumière que la pratique de l'activité physique est sujette à des motivations de diverses natures. Par exemple, les aînés tendent à s'engager davantage dans l'activité physique principalement pour satisfaire le désir d'être en bonne forme physique et être en santé (Quindry, Yount, O'bryant, & Rudisill, 2011). Par ailleurs, l'étude de Koponen, Simonsen et Suominen (2017) soulève que l'engagement dans un programme d'activités physiques est influencé par la motivation intrinsèque (voire la motivation qui provient de l'intérêt de la personne elle-même) et par les contextes de la vie courante. Cette étude a été réalisée auprès de 2866 participants ayant le diabète de type 2, dont l'âge moyen est de 63 ans (Koponen, Simonsen, & Suominen, 2017). Aussi, l'étude de Turner-Stokes, Rose, Ashford et Singer (2015) fait valoir que lorsque la personne et sa famille sont incluses dans l'élaboration des objectifs, cela permet d'augmenter l'engagement de la personne dans sa réhabilitation et favorise par le fait même l'atteinte des objectifs et l'amélioration des résultats fonctionnels (Turner-Stokes, Rose, Ashford, & Singer, 2015). L'étude transversale de Shiraly, Shayan, Keshtkar et Hamed (2017) met en évidence que l'engagement des aînés dans l'activité physique varie en fonction des facteurs psychosociaux, tels que le manque d'intérêt, la réticence, les contraintes de temps et les problèmes de la vie courante (Shiraly, Shayan, Keshtkar,

& Hamed, 2017). Aussi, l'étude qualitative de Lees et ses collaborateurs (2005) fait valoir, à partir des perceptions des 66 participants du groupe de discussion focalisée, que les personnes s'adonnant à des activités physiques se désengagent entre autres dû à un manque de motivation, des contraintes de temps, des problématiques de santé, la peur de chuter ou des barrières sociales. De ce fait, les études mettent en lumière que le fait d'être accompagné par une ressource apparaît comme un facteur important pour l'engagement des aînés dans des programmes d'activités physiques et par conséquent dans le maintien et l'amélioration des capacités physiques.

À cet égard, Meunier et Brousseau (2016) a conçu un programme d'activation des capacités physiques et a eu recours à l'accompagnement d'un travailleur de répit pour réaliser ce programme à domicile. L'étude à devis mixte de Meunier et Brousseau (2016) évalue l'impact qu'un programme progressif d'activation peut avoir sur les capacités physiques d'aînés qui vivent à domicile et qui bénéficient de services de répit. Elle a été menée auprès de huit participants qui ont pris part au programme d'une durée de huit semaines selon une fréquence moyenne de 1,8 fois par semaine. L'échantillon des participants âgés entre 66 et 92 (moyenne d'âge de 83,3 ans) a toutefois diminué au cours de l'étude puisque deux participants ont abandonné le programme. Cela représente donc un taux d'abandon de 25%. Ce programme propose des exercices physiques simples avec trois stades qui permettent une progression durant le processus. Ces exercices visent l'activation des membres supérieurs et inférieurs au travers de 15 exercices qui s'effectuent dans différentes positions, soient debout ou assis. Les données de l'étude ont été récoltées avant et après le programme à l'aide du *Physical Performance Test* (PPT), le *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I), un questionnaire avant et après pour les personnes âgées et un questionnaire après pour les travailleurs de répit. Les résultats de l'étude rapportent que 50% des aînés ne participaient pas à des activités de la vie quotidienne et à des activités à l'extérieur de leur domicile. Ceux-ci ont complété le *Physical Performance Test* qui révèle qu'avant le programme, 66,7% avaient une atteinte sévère des capacités physiques et 33,3% une atteinte modérée, et qu'après le programme 50% des participants avaient une atteinte sévère et 50% une atteinte modérée. De plus, l'étude a questionné la peur de chuter via le *Falls Efficacy Scale-International* qui a rapporté qu'avant le programme, 33,3% avaient une peur modérée de chuter et 66,7% une grande peur, comparativement à après le programme où 50% avaient une peur moyenne et 50% une grande peur. Globalement, les résultats de cette étude viennent documenter le fait que le programme

d'activation permet le maintien ou l'amélioration des capacités physiques des aînés et la majorité ont maintenus leur niveau de préoccupation à chuter dans divers contextes. De plus, l'étude rapporte que le programme a permis aux aînés de maintenir leur niveau de fonctionnement dans les activités de la vie de tous les jours.

À la lumière de ces résultats, il y a lieu de se questionner si la présence d'un proche aidant peut être une ressource d'accompagnement pour l'aîné tout comme le travailleur de répit l'est? La recension des écrits abordant l'implication des proches aidants auprès des aînés montre que cette situation est en croissance (Institut de la statistique du Québec, 2015). Le phénomène du vieillissement de la population laisse présager une tendance accrue de la contribution des proches agissant à titre de proche aidant (Gouvernement du Québec, 2012).

En plus de leur routine quotidienne, les proches aidants doivent assumer des responsabilités supplémentaires qui permettent d'aider leur proche aidé à être fonctionnel au quotidien. Cet ajout de responsabilité détiend des répercussions, comme le rapporte l'étude de McDougall et ses collaborateurs (2014) qui vise à explorer les impacts de prendre soin d'une personne, ayant une déficience intellectuelle dans ce cas-ci, sur l'engagement occupationnel du proche aidant. Les résultats mettent en lumière des éléments qui affectent l'engagement des proches aidants, soit le style de vie et les rôles assumés, le niveau de santé, le support reçu, le contexte sociétal et la vision pour le futur (McDougall, Buchanan, & Peterson, 2014). Cela signifie que les proches aidants doivent fréquemment subir des changements importants lors de la venue de leurs nouvelles responsabilités. En effet, l'étude phénoménologique de Edwards (2015) rapporte que prendre soin d'une personne, atteinte d'Alzheimer dans le cas de cette étude, occasionnent des changements tels que l'augmentation de sentiments négatifs (peur, stress, culpabilité et solitude), une perte d'identité, un changement des rôles à assumer, une nouvelle routine quotidienne, une modification du réseau social et la diminution du temps consacré à maintenir la santé physique. Certes, ces nombreux changements ne sont pas sans conséquence. En effet, l'étude qualitative phénoménologique de Hirano et ses collaborateurs (2011) visait principalement à déterminer les facteurs qui sont liés à la réduction de l'activité physique chez les proches aidants d'aînés touchés par la maladie d'Alzheimer. L'étude définit l'activité physique comme un ensemble comprenant les activités de la vie domestique, les sports et les loisirs. Cette étude a permis de mettre en lumière

que le temps investi pour la personne aidée et le stress vécu par les aidants viennent affecter négativement le bien-être et l'humeur du proche aidant, résultant ainsi en une baisse de l'activité physique. L'étude soulève aussi que cette diminution peut avoir des impacts importants sur la santé du proche-aidant. Les résultats ont été obtenus à l'aide de trois questionnaires portant sur la charge de soins assumée, le profil de l'activité physique du proche aidé et l'humeur de celui-ci. (Hirano et coll., 2011). L'étude de Hwang et ses collaborateurs (2009) fait aussi valoir que plus les proches aidants perçoivent leur rôle comme demandant, plus ils se désengagent d'activités qui leurs sont significatives. L'étude rapporte même que ce désengagement peut affecter négativement la santé physique et psychologique des proches aidants, ce qui accentue le sentiment d'épuisement qui est ressenti par quelques proches aidants (Hwang, Rivas, Fremming, Rivas, & Crane, 2009).

Tous ces éléments font valoir que les proches aidants sont grandement impliqués dans la vie de l'aîné. Toutefois, peu d'études abordent les moyens auxquels peuvent recourir les proches aidants pour soutenir l'engagement des aînés dans le maintien de leurs capacités physiques, et ce, malgré le fait que quelques études démontrent les bénéfices que cela peut avoir dans une approche de prévention de l'épuisement des proches. La recherche qualitative de Canonici et ses collaborateurs (2012) fait valoir que l'activité physique auprès des aînés permet de maintenir des habiletés motrices favorisant un maintien du niveau fonctionnel. En effet, les aînés de cette étude, étant des personnes qui ne s'adonnent pas à des activités physiques de façon régulière, ont suivi un programme d'activités physiques avec leur proche aidant. La durée de ce programme est de 6 mois et comprend des exercices de flexibilité, d'agilité, de force musculaire et d'équilibre. L'objectif de cette étude est de vérifier l'impact d'un programme auprès d'aînés touchés par l'Alzheimer sur le niveau fonctionnel de l'aîné et la charge de soins requise de la part d'un proche aidant. Cette étude vient donc supporter l'hypothèse que le maintien ou l'amélioration des capacités physiques d'un aîné vient diminuer l'implication des proches aidants auprès de l'aîné et le niveau de stress qui est lié à cette responsabilité (Canonici et al., 2012). Une seconde étude, menée par Shapira et ses collaborateurs, a pour objectif d'évaluer l'impact du programme *Bounding through motion*. Cette étude fait valoir les bénéfices de ce programme sur le maintien des habiletés physiques de l'aîné. Il permet notamment d'avoir un meilleur équilibre et une meilleure stabilité, favorisant ainsi une plus grande fonctionnalité dans les activités de la vie quotidienne. Cette étude, menée auprès de 60 participants (30 aidants et 30 aidés), permet de

favoriser des liens positifs entre les deux personnes, valoriser l'aidant dans les soins qu'il offre et entretenir un sentiment d'appartenance à un groupe. Ce programme vise donc essentiellement à fournir un support émotionnel au proche-aidant, maintenir les capacités physiques et le niveau fonctionnel de l'aidé et finalement améliorer la communication entre l'aidant et l'aidé. Bien que ces conclusions soient intéressantes, il n'en demeure pas moins que peu d'études empiriques ont abordé l'implication des proches aidants dans le maintien des capacités physiques par le biais d'un programme d'activation.

De ce fait, la problématique fait valoir la pertinence du projet en raison des constats suivants :

- La pratique de l'activité physique représente une façon efficace de limiter le déclin des capacités physiques qui pourrait avoir des répercussions néfastes sur le fonctionnement dans la vie de tous les jours des aînés demeurant à domicile.
- Les ergothérapeutes ont un rôle à jouer afin de favoriser le maintien à domicile des aînés le plus longtemps possible. Pour ce faire, ils doivent davantage agir en amont et promouvoir le maintien des capacités afin que les aînés demeurent actifs et fonctionnels au quotidien.
- L'engagement des aînés dans un programme d'activités physiques est tributaire du soutien offert par des ressources, ce qui pallie à la motivation qui est fluctuante.
- L'engagement des proches aidants peut être une ressource pour soutenir les aînés dans le maintien de leurs capacités physiques.
- Les proches aidants ont actuellement peu d'outils pour soutenir un aîné dans le maintien des capacités physiques alors qu'ils sont bien souvent des acteurs clés dans le maintien à domicile.
- Peu de ressources sont actuellement disponibles et adaptées aux besoins des aînés afin de leur permettre de maintenir leurs capacités physiques à domicile.

Ces constats font valoir l'importance de recourir à un programme d'activités physiques simples que les aînés pourront accomplir à domicile en étant soutenu par un aidant, et ce, dans le but de favoriser un maintien des capacités physiques de façon sécuritaire et adaptée.

Objectif de recherche :

L'objectif de l'étude est de décrire les impacts d'un programme d'activation des capacités physiques sur le fonctionnement dans la vie de tous les jours d'aînés vivant à domicile et recevant le soutien d'un proche aidant.

3. CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre présente les fondements théoriques de l'engagement dans des activités du quotidien. Celui-ci se retrouve dans le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) et le Modèle de l'engagement thérapeutique (Polatajko et coll., 2013; Lequerica et Kortte, 2010), ce qui justifie la pertinence de définir les concepts inhérents à ces modèles.

3.1. Engagement dans le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO)

Dans le MCREO, un des concepts importants est celui de l'engagement occupationnel qui est défini comme l'action permettant à une personne de s'investir dans des occupations qui lui sont significatives (Polatajko, et coll., 2013). L'aîné s'engage dans des activités variées dans son quotidien et parfois même dans des activités permettant le maintien des capacités physiques. Le maintien de leurs capacités physiques est essentiel à la participation à diverses activités, dont les activités de la vie courante, permettant ainsi d'être fonctionnels au quotidien. La pratique d'activités physiques permet d'offrir une occasion à l'aîné de maintenir ses capacités physiques pour demeurer fonctionnel au quotidien et ainsi être satisfait de la répartition de ses activités quotidiennes. Cela représente une réalité complexe qui découle d'engagements fluctuants. Le maintien de l'engagement dans tous les types d'activités représente un défi particulièrement pour les aînés vivant à domicile et recevant le soutien d'un proche aidant.

Les occupations correspondent aux activités dans lesquelles une personne s'engage dans la vie de tous les jours. Un aîné est amené à accomplir plusieurs activités au cours d'une journée qui sont de diverses natures. Certaines activités lui permettront de prendre soin d'elle-même, d'assumer ses responsabilités ou de se divertir (Polatajko, et coll., 2013). Les occupations sont donc essentielles à la vie puisqu'elles permettent de lui donner un sens, tout en maintenant un état de bien-être physique et mental (Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend, 2002).

L'engagement d'une personne dans ses occupations requiert des capacités physiques, ce qui réfère aux habiletés propres à chaque personne. Les capacités physiques permettent ainsi à la personne d'accomplir l'ensemble des activités qui occupent son quotidien (Polatajko, et coll., 2013).

L'engagement dans les occupations repose également sur une composante affective référant aux émotions vécues (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997).

Bien que les facteurs relatifs à la personne viennent grandement moduler l'engagement d'une personne dans ses occupations, il n'en demeure pas moins que certains facteurs environnementaux peuvent l'influencer. La participation à des activités physiques peut être influencée par des barrières physiques, par exemple l'accessibilité aux centres qui offrent des ressources pour maintenir ses capacités physiques par le biais de groupes (Polatajko, et coll., 2013). Aussi, l'aménagement domiciliaire peut présenter des obstacles pour un aîné dans son quotidien, alors que des adaptations peuvent faciliter la participation à ses activités quotidiennes. Il va de même pour l'environnement social qui peut faciliter ou restreindre la participation et l'engagement d'une personne dans ses activités (Polatajko, et coll., 2013).

3.2. Engagement dans le modèle de l'engagement thérapeutique

L'engagement dans un programme d'activités physiques est un concept important puisque la pratique régulière d'exercices physiques est fluctuante et influencée aussi par des facteurs personnels et environnementaux. Le modèle de l'engagement thérapeutique de Lequerica et Kortte (2010) définit le concept d'engagement comme l'action de s'engager et de maintenir ses efforts de façon soutenue dans une activité. Cet engagement est modulé par une composante cognitive, une implication émotionnelle et l'adoption d'un comportement actif. Ainsi, la personne met en œuvre tous les efforts nécessaires pour atteindre un but précis. Par exemple, l'implication d'une personne dans des activités physiques reflète l'engagement thérapeutique. La personne met des efforts dans le but de maintenir ses capacités physiques et favoriser sa participation à des activités variées au cours de la semaine. Elle doit le faire de façon assidue pour obtenir les résultats souhaités.

Le concept de motivation est un élément important dans le modèle puisqu'il est défini comme étant le précurseur de l'engagement. Ainsi, la motivation est le fait de diriger son énergie vers un objet précis, tandis que l'engagement est le fait de mettre cette énergie dans l'action. Le modèle de Lequerica et Kortte (2010) rapporte que l'engagement est guidé par la motivation, ce qui signifie que cette dernière est essentielle pour permettre à une personne de s'impliquer et maintenir son engagement dans une activité.

Dans le modèle, une grande importance est aussi accordée aux facteurs personnels et environnementaux qui influencent l'engagement d'une personne (Lequerica et Kortte, 2010). L'environnement social de l'aîné permet d'offrir le soutien nécessaire pour favoriser une participation active et un engagement dans des activités.

Le modèle repose sur trois phases qui représentent les éléments essentiels pour permettre l'engagement d'une personne dans un processus. L'évolution de l'engagement d'une personne passe donc par la phase préintentionnelle, qui dépend de la motivation de la personne, par la phase préparatoire pour ensuite atteindre la phase active (voir figure 1). Chacune des phases est décrite dans les paragraphes suivants.

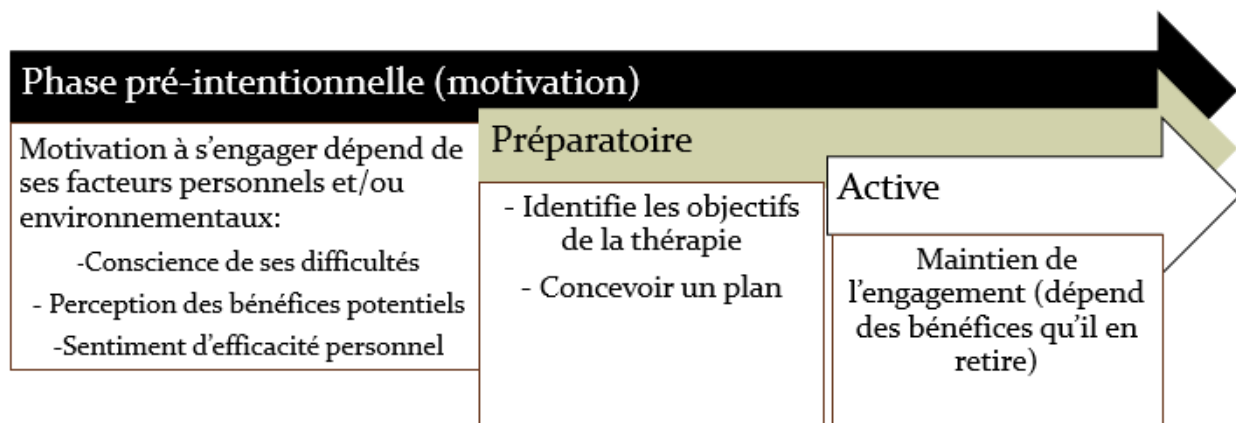


Figure 1. Représentation des phases de l'engagement inspiré du modèle élaboré par Lequerica et Kortte (2010)

La première phase du modèle est la phase préintentionnelle qui dépend grandement de l'attitude et des croyances de la personne. Celle-ci vient diriger l'intention de s'engager ou non dans une action. Cela signifie donc que la motivation à s'engager est influencée par trois éléments. Le premier est la conscience de ses difficultés, ce qui signifie que la personne est en mesure de reconnaître la nécessité de s'engager et de changer ses habitudes de vie afin d'obtenir des résultats positifs. Le deuxième élément qui influence la motivation est la perception des bénéfices du programme. En effet, la personne doit reconnaître les bénéfices que peut procurer un programme et croire que l'implication dans le programme va permettre d'éviter les déficits fonctionnels. Le troisième élément est le sentiment d'efficacité personnel. Ainsi, une personne sera portée à

s'engager si elle juge avoir les habiletés nécessaires pour se mettre en action dans l'activité proposée.

Une fois que la personne détient la motivation nécessaire pour s'engager dans un programme, elle entre dans la deuxième phase du modèle, soit la phase préparatoire. Cette étape consiste à établir les objectifs réalistes que la personne souhaite atteindre lors de ce processus et de développer un plan pour les atteindre.

De cette façon la personne sera prête à s'engager dans son processus tout en mettant les efforts nécessaires pour parvenir à ses objectifs. La personne se retrouve donc dans la phase active où elle doit maintenir son niveau d'engagement. Il s'agit donc d'une boucle de retour vers la motivation puisqu'à cette étape la personne évalue les coûts et bénéfices, ce qui peut la mener au maintien de ses efforts ou au désengagement.

4. MÉTHODE

L'objectif de la présente étude est de décrire les impacts d'un programme d'activation des capacités physiques sur le fonctionnement dans la vie de tous les jours d'aînés vivant à domicile et recevant du soutien d'un proche aidant. Cette section présente le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, la population cible, la description du programme, la procédure de recherche, la méthode de collecte et d'analyse des données et les considérations éthiques.

4.1. Devis de recherche

La présente étude est une étude quasi-expérimentale avant-après avec un seul groupe en intégrant un devis mixte. Ce devis combine des stratégies quantitatives et qualitatives. Le devis mixte est une bonne méthode pour intégrer plusieurs perspectives dans l'étude et ainsi mieux approfondir la compréhension des résultats (Fortin et Gagnon, 2010).

4.2. Population cible

La population cible de l'étude comprend des aînés vivant à domicile et étant soutenus par un proche aidant. Les critères d'inclusion sont : être âgé de plus de 65 ans, vivre à domicile et recevoir le soutien d'un proche aidant. L'étude exclue les aînés ayant des contre-indications médicales à faire de l'activité physique, ceux suivant un programme d'activités physiques régulier à l'extérieur du domicile et ceux présentant des troubles cognitifs sévères.

4.3. Échantillonnage

La méthode d'échantillonnage utilisée est un échantillonnage non probabiliste intentionnel qui consiste à recruter des participants à partir de critères établis préalablement. De plus, l'échantillonnage intentionnel signifie que les participants sont sélectionnés dans un endroit déterminé par le chercheur (Fortin et Gagnon, 2010). Dans la présente étude, les participants ont été recrutés lors du Salon des aînés et des aidants naturels de Trois-Rivières. Une sollicitation a aussi été faite dans des résidences autonomes et semi-autonomes de Victoriaville et auprès de l'Association des proches aidants d'Arthabaska-Érable.

4.4. Description du programme

Le programme d'activation des capacités physiques est celui élaboré par Meunier et Brousseau (2016) (Voir Annexe A). Il s'inspire des principes d'activation ergothérapeutiques (Grieve et

Gnanasekaran, 2008; Youngstrom et Brown, 2005), de l'étude de Johnson et ses collaborateurs (2003), du programme ViActive (Gouvernement du Québec, 2012a) et des principes mis de l'avant dans la pyramide des activités physiques (Bonder, et Dal Bello-Haas, 2009; United States Department of Agriculture, 2006).

Ce programme comprend quinze exercices activant les capacités musculaires et l'endurance des membres supérieurs et des membres inférieurs. Le matériel requis pour le programme est une chaise, un ballon et une chaussure fermée et antidérapante, ce qui rend le programme facilement accessible. Ce programme se déroule sur huit semaines et les participants sont invités à le faire à une fréquence minimum de trois jours par semaine. Le programme s'est déroulé sur une période s'étendant de novembre 2016 à février 2017.

Les exercices du programme d'activation des capacités physiques sont proposés par une adaptation du format utilisé dans l'étude de Meunier et Brousseau (2016) afin de le simplifier pour la présente étude. Le participant reçoit trois pages plastifiées qui présentent les images des exercices de chacun des stades du programme. Les stades correspondent aux nombres de répétitions à effectuer qui sont progressifs d'un stade à l'autre. Sur la feuille du programme, il est possible de retrouver le réchauffement dans le haut sous forme de texte. Par la suite, les quinze exercices sont illustrés avec une image qui est accompagné d'un chiffre encadré dans le coin inférieur droit de l'image qui correspond au nombre de répétitions à faire. La dernière section de la feuille est celle des cinq étirements qui sont également représentés par une image. Les participants reçoivent les mises en garde sur les exercices et une brève description de l'exercice afin de faciliter la compréhension des images. Les explications détaillées des exercices ainsi qu'une démonstration du programme d'activation des capacités physiques a été réalisée avec chaque participant.

4.5. Procédure de recherche

À partir d'une liste d'aînés potentiellement intéressés suite au recrutement, un premier contact téléphonique a été fait pour expliquer le projet, obtenir le consentement verbal du participant et planifier une date pour la première rencontre. La première rencontre de l'aîné en présence de son proche aidant sert à expliquer en détail l'étude afin d'obtenir leur consentement. Les aînés complètent les mesures préexpérimentales, soient un questionnaire et des évaluations quantitatives (décrites dans la prochaine section). Les proches aidants répondent également à un questionnaire préexpérimental.

Des explications sur le programme d'activation des capacités physiques et sur le calendrier d'observance sont remises aux aînés. La première rencontre permet aussi au chercheur de démontrer les exercices du programme et répondre aux interrogations et appréhensions des participants. Une seconde rencontre a lieu à la fin du programme durant laquelle le participant répond à un questionnaire post-expérimental et prend les mesures post-expérimentaux.

4.6. Méthode de collecte de données

La présente section présente la méthode de collecte de données auprès des participants aînés et des proches aidants.

Tableau 1. *Méthodes de collecte de données*

Aînés		Proches aidants	
Avant le programme	Après le programme	Avant le programme	Après le programme
<ul style="list-style-type: none"> • Engagement : <ul style="list-style-type: none"> ○ Engagement dans des activités physiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Importance accordée à l'activité physique ▪ Perception de la santé ▪ État de participation à un programme d'entraînement physique ▪ Besoin de faire plus d'activités physiques ○ Engagement dans des activités de la vie quotidienne <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fréquence et priorisation ▪ Satisfaction ▪ Sentiment de fierté et d'accomplissement (Questionnaire pré-expérimental) • Capacités physiques (<i>Physical Performance Test</i> (Reuben, et Siu, 1990)) • Peur de chuter (<i>Falls Efficacy Scale-International</i> (Yardley et coll., 2005)) 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation au programme : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fréquence ○ Raisons de l'abandon du programme ○ Moyens pour maintenir l'engagement ○ Perception des bénéfices du programme ○ Faisabilité du programme ○ Utilité des images ○ Niveau d'intensité du programme • Perception de la participation aux activités physiques <ul style="list-style-type: none"> ○ Changements perçus ○ Importance accordée à l'activité physique ○ Besoin de faire plus d'activités ○ Suggestions d'amélioration (Questionnaire post-expérimental) • Capacités physiques (<i>Physical Performance Test</i> (Reuben, et Siu, 1990)) • Peur de chuter (<i>Falls Efficacy Scale-International</i> (Yardley et coll., 2005)) 	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement : <ul style="list-style-type: none"> ○ Engagement dans des activités physiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Importance accordée à l'activité physique ▪ Perception de la santé ▪ État de participation à un programme d'entraînement physique ▪ Besoin de faire plus d'activités physiques ○ Engagement dans des activités de la vie quotidienne <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fréquence et priorisation ▪ Satisfaction ▪ Sentiment de fierté et d'accomplissement ▪ Aspects ayant subi un changement depuis ce nouveau rôle ▪ Âge du proche-aidé ▪ Type d'activités accomplies ▪ Temps consacré à l'aidé (Questionnaire pré-expérimental) 	---

4.6.1. Méthode de collecte de données auprès des participants âgés

Le questionnaire préexpérimental s'adressant aux âgés comprend 11 questions réparties en trois sections. Une section abordant les informations démographiques, une autre traitant du niveau d'activités physiques et une autre de l'engagement à des activités usuelles. La section démographique a trois questions : 1. âge, 2. environnement social, 3. environnement physique. La section portant sur le niveau d'activités physiques documente l'importance accordée à l'exercice physique, la perception de sa santé, l'état de la participation à un programme d'entraînement physique et le besoin de s'adonner davantage à des activités physiques (Lequerica et Kottle, 2010; Law et coll., 2014; Hirano et coll., 2011; Hwang et coll., 2009) à l'aide d'un dispositif de type Likert à sept niveaux (Fortin et Gagnon, 2010). La troisième section inclut trois questions documentant la répartition des activités dans lesquelles le participant est engagé au cours d'une semaine, son niveau de satisfaction face à cette répartition et à la fréquence à laquelle la personne ressent un sentiment de fierté et d'accomplissement dans ses activités (Gouvernement du Québec, 2012b; Raymond et coll., 2008).

Les mesures abordant les capacités physiques et la peur de chuter de l'âgé sont respectivement prises avec le *Physical Performance Test* (PPT) (Reuben, et Siu, 1990) et le *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I) (Yardley et coll., 2005). Le *Physical Performance Test* (PPT) est une mesure des capacités physiques dans sept tâches simples qu'une personne est amenée à faire régulièrement dans son quotidien. Le temps pour compléter chacune des tâches est noté et ensuite converti en nombre de points s'étendant de 0 à 4. Le test procure un résultat total à partir de la sommation des points de chaque tâche, allant de 0 à 28. Un résultat global entre 21 et 28 signifie que les capacités physiques de la personne sont légèrement atteinte, 21 et 15 modérément atteinte et entre 3 et 15 signifie sévèrement atteinte. Le test présente de bonnes propriétés métrologiques, soit une bonne fiabilité interne (alpha de cronbach = 0,79) et interévaluateur (0,93) et une bonne validité de construit (Reuben, et Siu, 1990). Le *Falls Efficacy Scale-International* (FES-I) (Yardley et coll., 2005) est un questionnaire permettant de documenter la peur de chuter des personnes participant au projet de recherche, et ce, dans différents contextes de la vie quotidienne. La préoccupation des participants est quantifiée à l'aide d'un dispositif de type Likert à quatre niveaux s'étendant de "pas du tout préoccupé" à "très concerné". Chaque énoncé est associé à un chiffre qui permet de les additionner pour obtenir un résultat final qui se situe entre 16 et 64. Ainsi, l'étude de Jonasson, Nilsson, et Lexell (2017) propose une classification de la peur de chuter, soit un résultat compris entre

16 et 19 points représentant une faible peur de chuter, 20 à 27 points une peur modérée de chuter et 28 à 64 points une peur élevée de chuter. Le FES-I est un test qui a de bonnes propriétés métrologiques pour mesurer la peur de tomber dans plusieurs activités physiques et sociales, soit une bonne cohérence interne (alpha de cronbach = 0,96) et test-retest (ICC = 0,96) et une bonne validité de construit (Yardley et coll., 2005).

Le questionnaire post-expérimental pour les aînés comprend 11 questions se divisant en deux sections. La première comprend sept questions sur la participation au programme et la seconde quatre questions sur la perception de la participation aux activités physiques. Les questions sur la participation au programme aborde la fréquence, les raisons ayant mené à l'abandon du programme, les moyens nécessaires pour compléter le programme, la perception des bénéfices et de la faisabilité du programme, l'utilité des images et le niveau d'intensité du programme (Lequerica et Kettle, 2010; Law et coll., 2014, Meunier et Brousseau, 2016). Les questions sur la perception de la participation aux activités physiques concernent les changements perçus depuis le début de l'étude, l'importance accordée à l'activité physique, le besoin de s'adonner davantage à des activités physiques et des suggestions d'amélioration du programme (Edwards, 2015; Lequerica et Kettle, 2010; Law et coll., 2014).

4.6.2. Méthode de collecte de données auprès des participants proches aidants

Les proches aidants remplissent également un questionnaire spécifiquement conçu pour l'étude. Les proches aidants complètent ce questionnaire seulement lors de la rencontre préexpérimentale. Ce questionnaire s'apparente à celui qui est rempli par les participants, mais quelques questions découlant de la recension des écrits ont été ajoutées.

La méthode de collecte de données est un questionnaire spécialement conçu pour la présente étude. Il comprend trois sections, l'une sur les informations démographiques, la seconde sur le niveau d'activités physiques et la dernière sur l'engagement à des activités usuelles. La section démographique a quatre questions : 1. âge, 2. environnement social, 3. environnement physique 4. emploi. La section portant sur le niveau d'activités physiques documente l'importance accordée à l'exercice physique, la perception de sa santé, l'état de la participation à un programme d'entraînement physique et le besoin de s'adonner davantage à des activités physiques (Lequerica et Kettle, 2010; Law et coll., 2014; Hirano et coll., 2011; Hwang et coll., 2009) à l'aide d'un dispositif

de type Likert à sept niveaux (Fortin et Gagnon, 2010). La troisième section inclut sept questions documentant la répartition des activités dans lesquelles le participant est engagé au cours d'une semaine, son niveau de satisfaction face à cette répartition et à la fréquence à laquelle la personne ressent un sentiment de fierté et d'accomplissement dans ses activités, les aspects ayant subi un changement depuis l'avènement du rôle de proche aidant, l'âge du proche aidé, les activités pour lesquelles le proche aidant apporte de l'aide et le temps passé avec l'aidé (Gouvernement du Québec, 2012b; Raymond et coll., 2008; McDougall, Buchanan, et Peterson, 2014; Edwards, 2015; Law et coll., 2014).

4.7. Analyse des données

Les données quantitatives de l'étude font l'objet d'analyses descriptives à l'aide de pourcentages, de fréquences, de tableaux ou d'histogrammes (Fortin et Gagnon, 2010).

Les données qualitatives font l'objet d'une analyse de contenu pour en faire ressortir les thèmes importants. Pour ce faire, une retranscription des réponses des participants permet au chercheur d'en dégager des catégories (Fortin et Gagnon, 2010).

4.8. Considérations éthiques

Cette étude a fait l'objet d'une certification éthique de la part du Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières, dont le numéro de certificat est CER-16-230-08-02.01. De plus, tous les participants de l'étude ont signé un formulaire de consentement suite à la lecture d'une lettre d'information sur la recherche. De plus, ils ont été informés qu'ils avaient le droit de retirer leur consentement à tout moment lors de l'étude. Les données recueillies sont confidentielles et ils feront l'objet d'une anonymisation pour l'analyse des résultats. Les données seront conservées un maximum de cinq ans dans un classeur verrouillé sous clé après quoi elles seront détruites.

5. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats de l'étude qui vise à décrire l'impact d'un programme d'activation des capacités physiques sur le fonctionnement dans la vie de tous les jours d'aînés vivant à domicile et recevant le soutien d'un proche aidant. Celle-ci présente les caractéristiques des participants (aînés et proches aidants), leur perception de l'importance et de leur implication dans des activités physiques (aînés et proches aidants), leur engagement à des activités dans l'horaire quotidien (aînés et proches aidants), les activités spécifiques et changements dans les responsabilités chez les proches aidants, les impacts du programme chez les aînés, la perception du programme d'activation des capacités physiques par les aînés et leur perception de l'importance, de leur implication dans des activités physiques et des changements observés après le programme d'activation des capacités physiques chez les aînés.

5.1. Participants

5.1.1. Aînés

Lors de la phase de recrutement, seize personnes ont manifesté leur intérêt de prendre part à l'étude. Toutefois, sept participants ont complété le processus, ce qui représente un taux de participation de 43,7%.

Les participants aînés sont quatre hommes (57,1%, n=4) et trois femmes (42,9%, n=3). Ils sont âgés entre 65 et 81 ans et la moyenne d'âge moyenne est de 72,1 ans. La majorité (85,7%, n=6) vivent dans une maison, alors que les autres (14,3%, n=1) résident dans un logement. Les participants de l'étude vivent avec leur conjoint (71,4%, n=5), avec leur conjoint et des membres de leur famille (14,3%, n=1) ou seul (14,3%, n=1).

5.1.2. Proches aidants

L'échantillon des proches aidants est constitué de cinq individus. Ils agissent auprès de leur conjoint. Trois d'entre eux ont manifesté leur intérêt à participer aussi comme aîné dans la présente étude.

L'échantillon des proches aidants est constitué majoritairement d'hommes (80%, n=4). Les proches aidants sont âgés entre 55 et 81 ans et la moyenne d'âge est de 70,2 ans. Les proches aidants

vivent dans une maison (80%, n=4) ou un logement (20%, n=1) avec leur conjoint (60%, n=3), avec leur conjoint et des membres de leur famille (20%, n=1) ou seul (20%, n=1). L'ensemble des proches aidants (100%, n=5) rapportent ne pas occuper d'emploi.

5.2. Engagement : Perception de l'importance et de l'implication dans des activités physiques

Cette section traite des résultats illustrant la perception que les participants ont de l'importance qu'ils accordent aux activités physiques et à l'implication de ces activités dans la vie de tous les jours. Les résultats des participants âgés et des proches aidants sont présentés ci-dessous.

5.2.1. Perception des âgés

Les participants âgés ont rapporté avant le programme qu'ils considèrent que la pratique régulière d'activités physiques est extrêmement importante (28,6%, n=2), très importante (57,4%, n=4) ou modérément importante (14,3%, n=1). Plusieurs d'entre eux considèrent avoir un bon niveau de santé avant le début du programme, soient fortement en accord (14,3%, n=1), et en accord (28,6%, n=2). Toutefois, les autres participants ont une moins bonne perception de leur niveau de santé, soit légèrement en accord (14,3%, n=1), légèrement en désaccord (28,6%, n=2) et fortement en désaccord (14,3%, n=1). Tous les participants de l'étude rapportent qu'ils ne suivent pas de programme d'activités physiques (100%, n=7). Ils sont aussi tous en accord avec le fait qu'ils ressentent le besoin de s'adonner à plus d'activités physiques, soit 28,6% (n=2) sont fortement en accord et 71,4% (n=5) sont en accord.

5.2.2. Perception des proches aidants

Les proches aidants ont rapporté qu'ils considèrent la pratique régulière d'activités physiques extrêmement importante (20%, n=1), très importante (60%, n=3) ou modérément importante (20%, n=1). Les proches aidants se considèrent en bonne santé; 20% des participants proches aidants sont fortement en accord (n=1), 40% sont en accord (n=2) et 20% sont légèrement en accord (n=1). Toutefois, 20% (n=1) des participants aidants ne considèrent pas qu'ils sont en bonne santé, mentionnant être légèrement en désaccord avec l'énoncé. Tous les proches aidants ont rapporté ne pas participer à un programme d'entraînement physique à l'extérieur du domicile (100%, n=5). Les proches aidants mentionnent ressentir le besoin de s'adonner plus souvent à des activités physiques, soit 20% (n=1) fortement en accord et 80% (n=4) en accord.

5.3. Engagement à des activités dans la vie de tous les jours

Cette section aborde les activités que les participants font dans la vie de tous les jours. Pour ce faire, une section présente la priorisation des activités accomplies dans la vie quotidienne des participants. Une autre aborde le niveau de satisfaction des participants quant à la répartition des activités dans la vie de tous les jours. Enfin, des résultats sont fournis quant au sentiment de fierté et d'accomplissement dans leurs activités de la vie quotidienne sont fournis. Les résultats des participants âgés et des proches aidants sont en section séparées.

5.3.1. Fréquence des activités pour les aînés

Les participants âgés accomplissent plusieurs activités qui modulent leur vie de tous les jours. Le tableau 2 présente une fréquence et le tableau 3 une priorisation des activités de la vie quotidienne à partir d'une échelle croissante, où 1 correspond à l'activité que l'aîné accomplit le plus fréquemment. Un total du nombre d'aînés effectuant chaque activité est fourni du côté droit du tableau.

Tableau 2. Fréquence des activités de la vie quotidienne chez les aînés participants

	Se reposer	Se maintenir en santé	Faire des commissions	Se divertir	Faire les repas	Faire le ménage	Prendre soin d'une personne	Travailler ou faire du bénévolat	Faire les travaux extérieurs	Faire les gros travaux intérieurs
Participant 1	2	5	3	4	1					
Participant 2	2	4	5	3	6	1			7	
Participant 3	5	2	3	4	1			6		
Participant 4	1	2	4	3						
Participant 5	1	5	2	3			4			
Participant 6	4	10	6	5	9	3	1	2	7	8
Pourcentage de participation	100 (n=6)	100 (n=6)	100 (n=6)	100 (n=6)	66,7 (n=4)	33,3 (n=2)	33,3 (n=2)	33,3 (n=2)	33,3 (n=2)	16,7 (n=1)

Tableau 3. *Priorisation des activités de la vie quotidienne chez les aînés participants*

Activités	Nombre de participants selon les priorités sur une échelle de 1 à 10										Total des participants % (n=6)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Se reposer	n=2	n=2		n=1	n=1						100 % (n=6)
Se maintenir en santé		n=2		n=1	n=2					n=1	100 % (n=6)
Faire des commissions		n=1	n=2	n=1	n=1	n=1					100 % (n=6)
Se divertir			n=3	n=2	n=1						100 % (n=6)
Faire les repas	n=2					n=1			n=1		66,7 % (n=3)
Faire le ménage	n=1		n=1								33,3 % (n=2)
Prendre soin d'une personne	n=1			n=1							33,3 % (n=2)
Travailler ou faire du bénévolat		n=1				n=1					33,3 % (n=2)
Faire les travaux extérieurs							n=2				33,3 % (n=2)
Faire les gros travaux intérieurs								n=1			16,7 % (n=1)

Tous les participants aînés ayant répondu (100%, n=6) à cette question rapportent prendre part à des périodes de repos, faire des activités pour se maintenir en santé, faire des commissions et prendre du temps pour se divertir durant leurs journées. Pour ce qui est de la préparation des repas, 66,7% (n=4) des participants affirment prendre part à cette activité. D'autre part, 33,3% (n=2) des participants disent faire le ménage, prendre du temps pour s'occuper d'une personne, travailler ou faire du bénévolat et faire les travaux extérieurs. Enfin, 16,7% (n=1) des participants rapportent faire les gros travaux d'intérieurs.

5.3.2. Fréquence dans les activités pour les proches aidants

Les participants proches aidants rapportent effectuer plusieurs activités au cours d'une journée. Ainsi, le tableau 4 présente une fréquence et le tableau 5 une priorisation des activités de la vie quotidienne à partir d'une échelle croissante, où 1 correspond à l'activité que le proche aidant accompli le plus fréquemment. Un total du nombre de proches aidants effectuant chaque activité est fourni du côté droit du tableau.

Tableau 4. Fréquence des activités de la vie quotidienne chez les aînés participants

	Se reposer	Se maintenir en santé	Faire des commissions	Se divertir	Faire les repas	Faire le ménage	Prendre soin d'une personne	Travailler ou faire du bénévolat	Faire les travaux extérieurs	Faire les gros travaux intérieurs
Participant 1	2	5	3	4	1					
Participant 2	2	4	5	3	6	1			7	
Participant 3	5	2	3	4	1			6		
Participant 4	1	2	4	3						
Participant 5	1	5	2	3			4			
Participant 6	4	10	6	5	9	3	1	2	7	8
Pourcentage de participation	100 (n=6)	100 (n=6)	100 (n=6)	100 (n=6)	66,7 (n=4)	33,3 (n=2)	33,3 (n=2)	33,3 (n=2)	33,3 (n=2)	16,7 (n=1)

Tableau 5. Priorisation des activités de la vie quotidienne chez les proches aidants

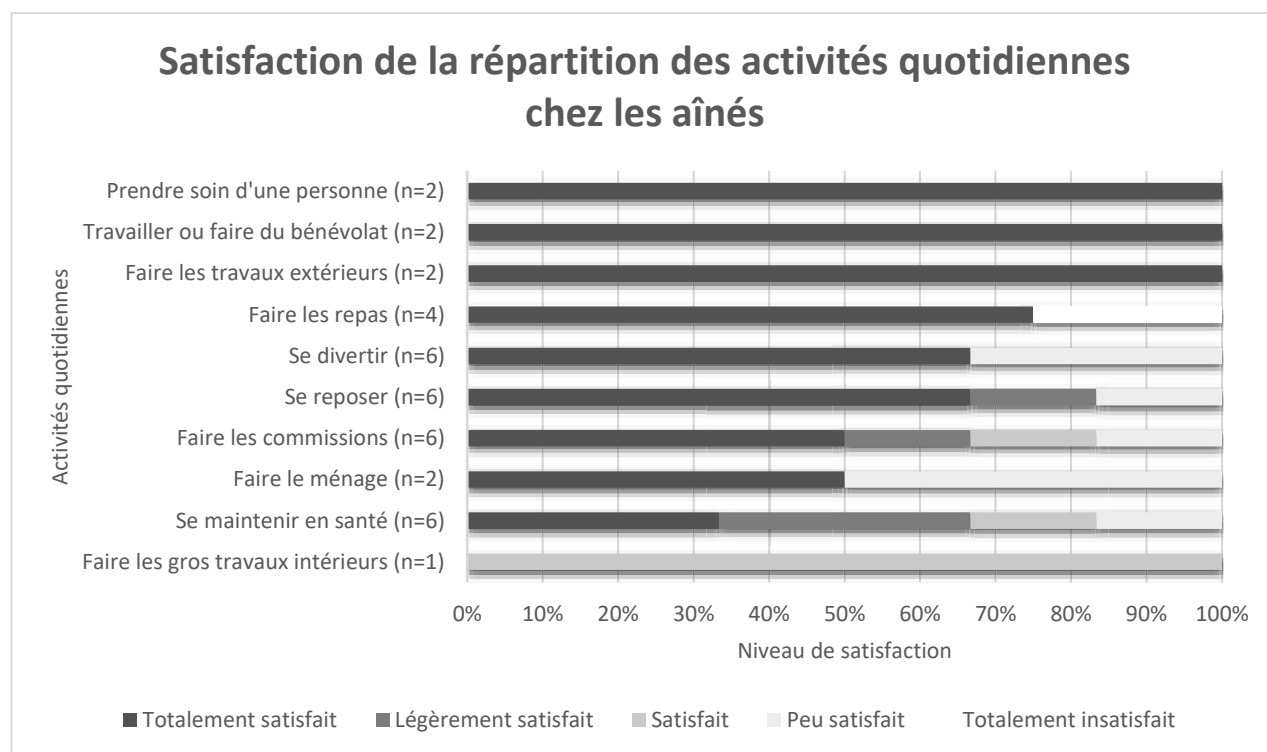
Activités	Nombre de participants selon les priorités sur une échelle de 1 à 10										Total des participants % (n=4)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Prendre soin d'une personne	n=1	n=1		n=1				n=1			100 % (n=4)
Se reposer	n=1			n=1			n=1			n=1	100 % (n=6)
Faire les commissions		n=2			n=1	n=1					100 % (n=4)
Se divertir			n=1		n=1	n=1			n=1		100 % (n=4)
Se maintenir en santé					n=2		n=1			n=1	100 % (n=4)
Travailler ou faire du bénévolat	n=1	n=1							n=1		75 % (n=3)
Faire le ménage	n=1		n=2								75 % (n=3)
Faire les repas			n=1					n=1	n=1		75 % (n=3)
Faire les gros travaux intérieurs				n=1		n=1		n=1			75 % (n=3)
Faire les travaux extérieurs				n=1			n=1				50 % (n=2)

Tous les proches aidants ayant répondu à cette question (100%, n=4) rapportent inclure une période pour prendre soin d'une personne, pour se reposer, pour faire les commissions, pour se divertir et pour se maintenir en santé dans leur journée. Toutefois, le tableau 4 et 5 illustre que les activités pour se divertir et se maintenir en santé ont été jugées comme moins prioritaire que les autres activités (cote de priorisation de 3 et moins pour se divertir et de 5 et moins pour se maintenir en santé). D'autre part, 75% (n=3) des proches aidants affirment s'adonner à des activités telles que le travail ou le bénévolat, le ménage, la préparation des repas et les gros travaux intérieurs. Enfin, la moitié des participants (50%, n=2) disent s'accorder du temps dans la vie de tous les jours pour faire les travaux extérieurs.

5.3.3. Satisfaction de la répartition des activités pour les aînés

Les aînés ont fourni leur satisfaction quant à la répartition du temps qu'ils accordent pour chaque activité de leur vie quotidienne. La figure 2 représente cette répartition du temps dans les activités en fonction de leur niveau de satisfaction (en pourcentage).

Figure 2. Satisfaction de la répartition des activités quotidiennes chez les aînés



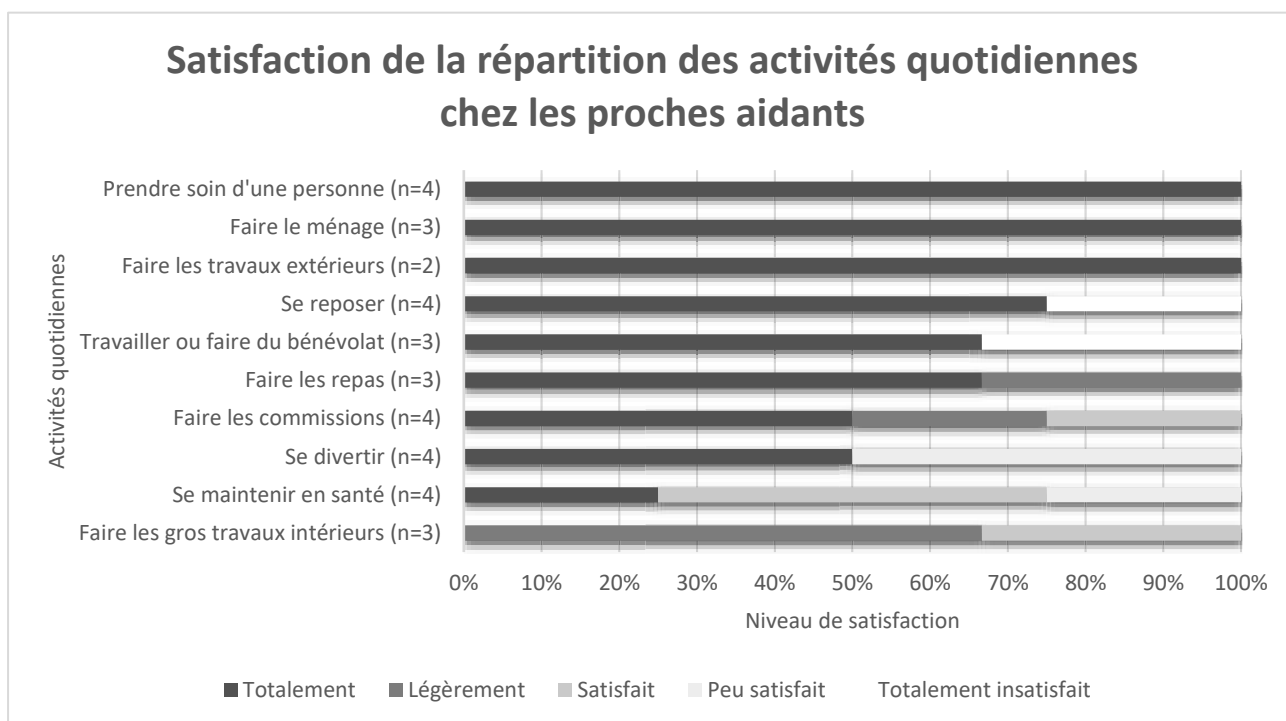
Légende : n= ..., représente le nombre de participants aînés qui affirment faire cette activité

Tous les participants âgés (100%, n=2) qui ont rapporté prendre soin d'une personne et travailler ou faire du bénévolat se disent totalement satisfaits du temps qu'ils y consacrent. Le quart des âgés qui font les repas (75%, n=3) rapportent être totalement satisfaits de la répartition du temps, alors que les autres (25%, n=1) sont totalement insatisfaits. Aussi, 66,6% (n=4) se disent totalement satisfaits du temps consacré pour se divertir et se reposer. Pour ce qui est de faire les commissions, 50% (n=3) rapportent être totalement satisfaits du temps passé, tout comme ceux qui font le ménage (50%, n=1). Seulement 33,3% (n=2) sont totalement satisfaits du temps consacré pour se maintenir en santé, alors que 33,3% (n=2) sont légèrement satisfaits, 16,7% (n=1) sont satisfaits et 16,7% (n=1) sont peu satisfaits. Tous les âgés qui font des gros travaux intérieurs (100%, n=1) sont totalement insatisfaits du temps qu'ils y consacrent.

5.3.4. Satisfaction de la répartition des activités pour les proches aidants

Les proches aidants rapportent leur niveau de satisfaction quant à la façon dont leurs activités de la vie de tous les jours sont réparties. La figure 3 représente cette répartition du temps dans les activités en fonction de leur niveau de satisfaction (en pourcentage).

Figure 3. Satisfaction de la répartition des activités quotidiennes chez les proches aidants



Légende : n= ..., représente le nombre de participants âgés qui affirment faire cette activité

Tous les proches aidants qui prennent soin d'une personne (100%, n=4), font le ménage (100%, n=3) et font les travaux extérieurs (100%, n=2) se disent totalement satisfaits du temps qu'ils consacrent à ces activités. Aussi, 75% (n=3) des proches aidants rapportent être totalement satisfaits du temps qu'ils passent à se reposer, alors que les autres (25%, n=1) sont totalement insatisfaits. Le pourcentage de proches aidants qui sont totalement satisfaits du temps passé à travailler ou faire du bénévolat (n=2) et à faire les repas (n=2) s'élève à 66,6%. La moitié des proches aidants se disent totalement satisfaits du temps passé à faire les commissions (50%, n=2) et à se divertir (50%, n=2). Seulement 25% (n=1) rapportent être totalement satisfaits du temps qu'ils passent à se maintenir en santé, alors que les autres sont satisfaits (50%, n=2) ou peu satisfaits (25%, n=1). Pour ce qui est de faire les gros travaux intérieurs, 66,7% (n=2) sont légèrement satisfaits du temps qu'ils y consacrent.

5.3.5. Sentiment de fierté et d'accomplissement dans les activités pour les aînés

Les participants de l'étude rapportent qu'ils ressentent soit toujours (42,9%, n=3) ou souvent (57,1%, n=4) un sentiment de fierté et d'accomplissement dans leurs activités de la vie courante.

5.3.6. Sentiment de fierté et d'accomplissement dans les activités pour les proches aidants

Les proches aidants rapportent qu'ils ressentent soit toujours (20%, n=1), souvent (60%, n=3) ou parfois (20%, n=1) un sentiment de fierté et d'accomplissement dans leurs activités de la vie courante.

5.4. Engagement : Activités spécifiques et changements dans les responsabilités chez les proches aidants

À la question : «Identifier les activités pour lesquelles vous apportez de l'aide à votre proche», les proches aidants ont rapporté aider leur proche dans des activités telles que le transport (100%, n=4), la préparation des repas (75%, n=3), les courses (75%, n=3), les tâches ménagères (75%, n=3), les transferts (25%, n=1) et les travaux extérieurs (25%, n=1). Aucun proche aidant n'aide sa conjointe dans les soins d'hygiène.

Les proches aidants ont été questionnés sur les changements qu'ils ont observés dans leur quotidien suite à l'arrivée des responsabilités en lien avec l'aide fournie à l'aîné. Parmi les quatre proches aidants ayant répondu à cette question, les changements notés sont au niveau de leur niveau de stress (75%, n=3), la possibilité de s'adonner à des occupations importantes pour eux (50%, n=2),

leurs relations sociales (50%, n=2), leur condition de santé (25%, n=1) et leur qualité de vie (25%, n=1). Aucun proche aidant n'a rapporté avoir observé de changements en ce qui concerne leur identité personnelle et leur confiance en soi.

5.5. Impact du programme chez les aînés

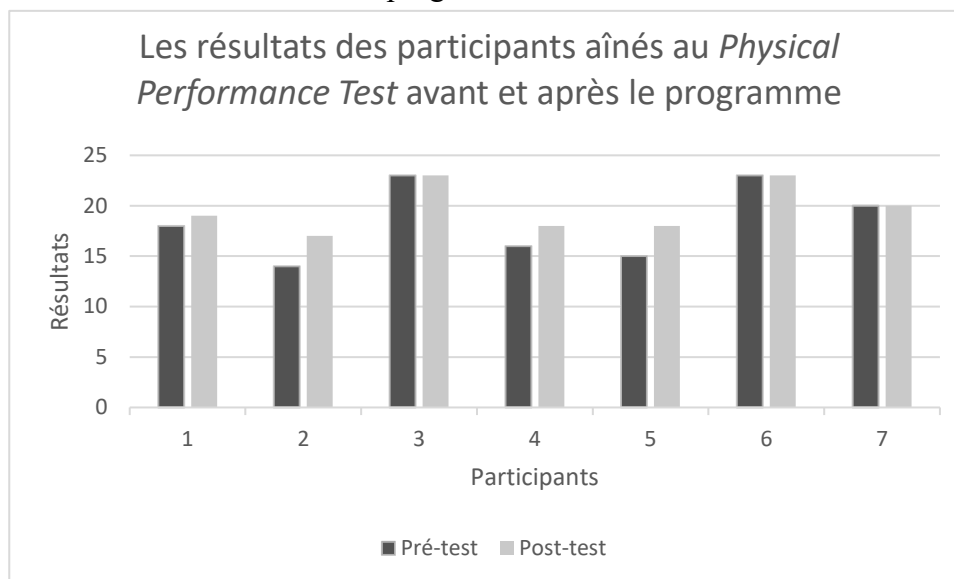
L'impact du programme d'activation des capacités physiques pour les aînés a été documenté à l'aide d'une mesure des capacités physique, de la peur de chuter, de la perception du programme, de la perception de l'importance de l'activité physique, de l'implication dans des activités physiques et des changements observés après le programme d'activation des capacités physiques chez les aînés. En effet, cette section présente les résultats des capacités physiques et de la peur de chuter avant le programme, après le programme et une comparaison des résultats.

5.5.1. Capacités physiques

Les capacités physiques des participants aînés varient de 14 à 23 (avant le programme), obtenus au *Physical Performance Test*. Ainsi, 28,6% (n=1) ont une atteinte légère de leurs capacités physiques, 42,9% (n=3) une atteinte modérée et 28,6% (n=2) une atteinte sévère (normes : 21 et 28 atteinte légère, 21 et 15 atteinte modérée, 3 et 15 atteinte sévère).

Les résultats obtenus au *Physical Performance Test* varient de 17 à 23 (après le programme). Ainsi, 28,6% (n=2) montre une atteinte légère des capacités physiques et 71,4% (n=5) une atteinte modérée.

Figure 4. Les résultats des participants âgés au *Physical Performance Test* avant et après le programme



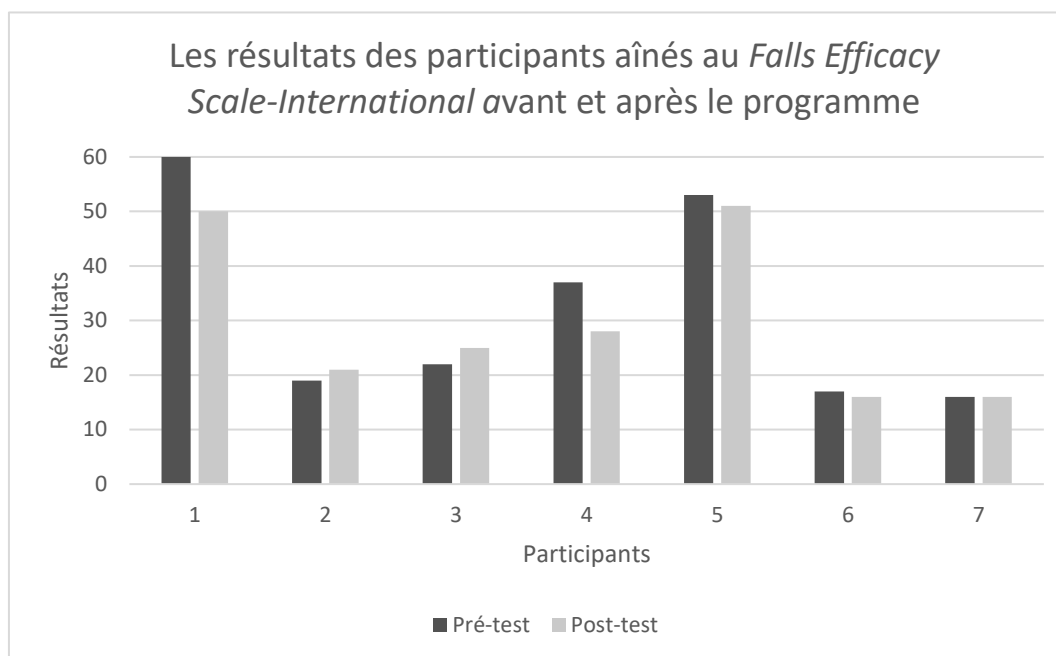
Les résultats obtenus lors des mesures préexpérimentales et postexpérimentales à l'aide du *Physical Performance Test* révèlent que 71,4% (n=5) des participants ont maintenus leurs capacités physiques et que 28,6% (n=2) ont améliorées celles-ci (voir figure 4). Aucun participant n'a connu de diminution de ses capacités physiques dans des tâches simples.

5.5.2. La peur de chuter

Les résultats obtenus au *Falls Efficacy Scale-International* en lien avec la peur de chuter lors des déplacements dans divers contextes s'étendent de 16 à 60 (avant le programme). En effet, trois participants (42,9%) ont une faible peur de chuter, un participant (14,3%) a une peur modérée et trois participants (42,9%) ont une peur élevée. (normes : 16 et 19 faible peur de chuter, 20 à 27 peur modérée de chuter et 28 à 64 peur élevée de chuter).

Les résultats obtenus au *Falls Efficacy Scale-International* suite au programme d'activation quant à la peur de chuter dans leur vie quotidienne se situent entre 16 et 51 (après le programme). Deux participants (28,6%) ont une peur légère peur de chuter, deux participants (28,6%) une peur modérée et trois participants (42,9%) une peur élevée.

Figure 5. Les résultats des participants âgés au *Falls Efficacy Scale-International* avant et après le programme



Les résultats obtenus lors des mesures préexpérimentales et postexpérimentales à l'aide du *Falls Efficacy Scale-International* font valoir que 14,3% des participants (n=1) ont diminué leur résultat, ce qui signifie que leur peur de chuter a augmentée. Quant aux autres participants, ils ont maintenu leur résultat (85,7%, n=6), ce qui signifie que leur peur de chuter dans divers contextes est demeurée sensiblement la même (voir figure 5).

5.5.3. Perception du programme d'activation des capacités physiques par les aînés

Tableau 6. Fréquence de participation au programme d'activation des capacités physiques

Participants	Semaines							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	2	0	0	0	0	0	0
2	6	5	4	5	7	5	6	7
3	7	4	0	0	0	0	0	0
4	7	0	0	0	0	0	0	0
5	7	7	7	3	0	0	0	0
6	2	2	0	0	0	0	0	0
7	7	1	0	0	0	0	0	0

La fréquence de participation au programme a diminué au cours des semaines. En effet, l'ensemble des aînés (100%, n=7) ont complété la première semaine du programme d'activités physiques avec une fréquence variant entre 2 et 7 fois par semaine. Lors de la deuxième semaine du programme, 85,7% (n=6) des aînés ont complété le programme pour une fréquence d'exécution s'étendant de 1 à 7 fois. Lors de la troisième et quatrième semaine, 28,6% (n=2) des participants ont complété le programme au moins 3 fois (entre 3 et 5). Lors des autres semaines, soit la cinquième, la sixième, la septième et la huitième, un seul participant a complété le programme (14,9%, n=1) à une fréquence variant entre 5 et 7. Un seul participant a accompli l'ensemble du programme et le taux d'abandon est de 85,7%.

Les participants aînés ont soulevé plusieurs raisons ayant mené à l'abandon du programme, totalisant 20 énoncés. Ils affirment avoir cessé le programme en raison des problématiques médicales (25%, n=5 énoncés), notamment une hospitalisation, des interventions chirurgicales, des blessures faites en dehors du programme ou des douleurs en lien avec une condition médicale préexistante. Certains rapportent avoir abandonné le programme en raison d'un manque de motivation (20%, n=4 énoncés) ou du niveau d'intensité du programme (20%, n=4 énoncés). Quelques participants aînés ont rapporté que le niveau d'intensité n'était pas assez élevé compte tenu des autres activités qu'ils arrivent à accomplir dans la vie courante (pelleter, marcher, travaux extérieurs). Les raisons d'abandon sont aussi le manque de soutien dans l'accomplissement du programme (15%, n=3 énoncés), un horaire trop chargé dû aux rendez-vous médicaux (10%, n=2 énoncés) et certaines préoccupations (10%, n=2 énoncés).

Les participants aînés ont identifié des moyens qui auraient pu leur permettre de maintenir leur engagement tout au long des huit semaines du programme, totalisant 14 énoncés. Ils ont identifié qu'il serait aidant de bénéficier d'un soutien (28,6%, n=4 énoncés), d'établir un horaire fixe dans leur vie quotidienne (28,6%, n=4 énoncés) ou encore de se trouver un moyen pour rendre l'activité physique plaisante (ex. : faire les exercices devant la télévision) (7,14%, n=1 énoncé). Les verbatims suivants illustrent les autres propos : « Faire le programme à un autre moment de l'année », « Tenir parole dans son engagement envers l'étude », « Condition médicale qui me limite sinon je m'entraînerais », « Faire à un autre moment de l'année parce que j'étais occupé avec la période de Noël et mes rendez-vous médicaux » et « Pas vraiment de moyens ».

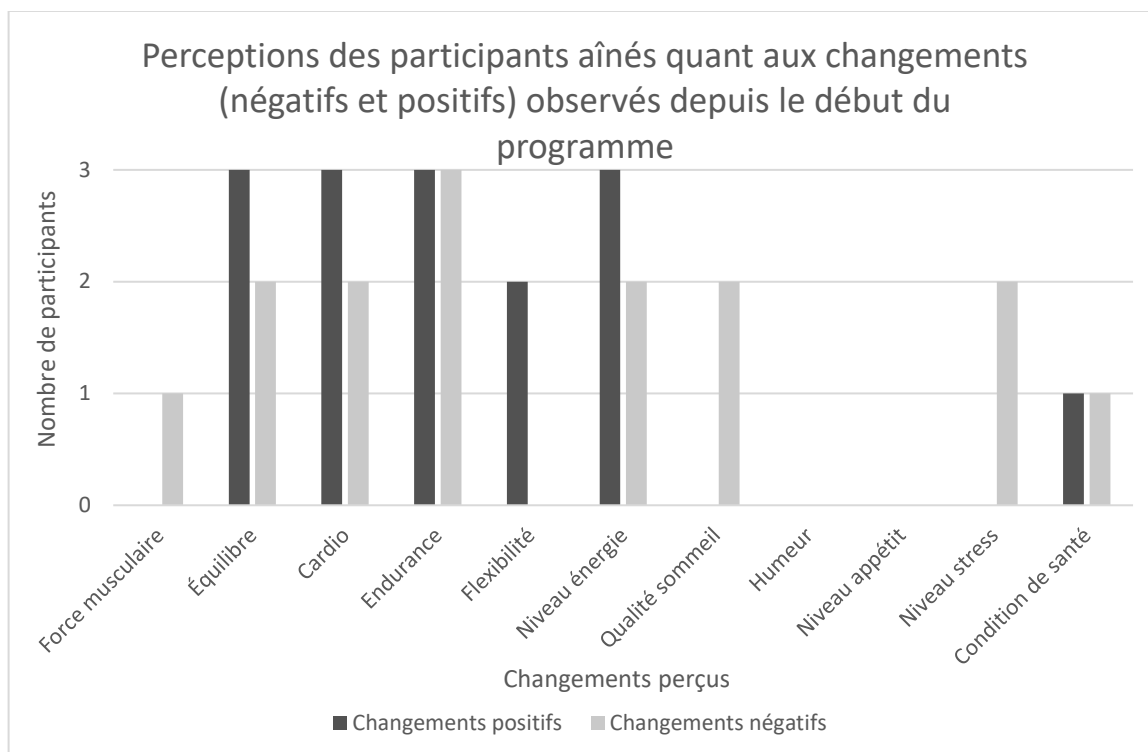
Les participants âgés ont tous répondu aux questions permettant d'évaluer le programme, et ce, même si ils ne l'ont pas tous fait. Ils sont fortement en accord (14,3%, n=1) ou en accord (85,7%, n=6) pour dire qu'ils considèrent que le programme d'activités physiques peut être bénéfique pour un âgé. Aussi, ils rapportent qu'ils sont en accord avec la faisabilité du programme, soit fortement en accord (14,3%, n=1) ou en accord (85,7%, n=6). Les images fournies dans le programme facilitent la compréhension, 42,9% (n=3) des participants sont fortement en accord, 42,9% (n=3) sont en accord et 14,3% (n=1) sont légèrement en accord. L'accord avec le niveau d'intensité du programme d'activités physiques varie selon les participants. En effet, 42,3% (n=3) sont en accord et 14,3% (n=1) sont légèrement en accord avec le fait que le niveau d'intensité du programme est convenable pour un âgé, alors que 14,3% (n=1) sont légèrement en désaccord et 28,6% (n=2) sont en désaccord.

Les participants ont rapporté quelques suggestions d'amélioration du programme, totalisant 16 énoncés. Les recommandations sont l'adaptation du niveau d'intensité du programme (37,5%, n=6), la possibilité de bénéficier d'un soutien (25%, n=4), l'amélioration du support visuel (18,8%, n=3), la longueur du programme (6,3%, n=1), la répartition des exercices (6,3%, n=1) et autres (6,3%, n=1).

5.5.4. Perception de l'importance, de leur implication dans des activités physiques et des changements observés après le programme d'activation des capacités physiques chez les âgés

Les participants rapportent percevoir des changements à la suite des huit semaines du programme (voir figure 6). Six participants (85,7%) ont dénoté des changements au niveau de leur endurance générale (42,9% percevoir des changements positifs et 42,9% percevoir des légères détériorations). Aussi, cinq participants (71,4%) ont remarqué des changements au niveau de leur capacité cardio-vasculaire (42,9% positifs et 28,6% légères détériorations) et de leur équilibre (42,9% positifs et 28,6% légères détériorations). Quatre participants (57,1%) disent avoir observé des changements en ce qui a trait à leur niveau d'énergie (28,6% positifs et 28,6% légères détériorations). Deux participants (28,6%) rapportent avoir dénoté des changements au niveau de leur flexibilité (28,6% positifs), de leur qualité de sommeil (28,6% légères détériorations), de leur niveau de stress (28,6% légères détériorations) et de leur condition de santé générale (14,3% positifs et 14,3% légères détériorations). Un seul participant (14,3%) dit avoir observé un changement positif dans sa force musculaire. Aucun participant rapporte avoir remarqué un changement en ce qui concerne son humeur et son niveau d'appétit.

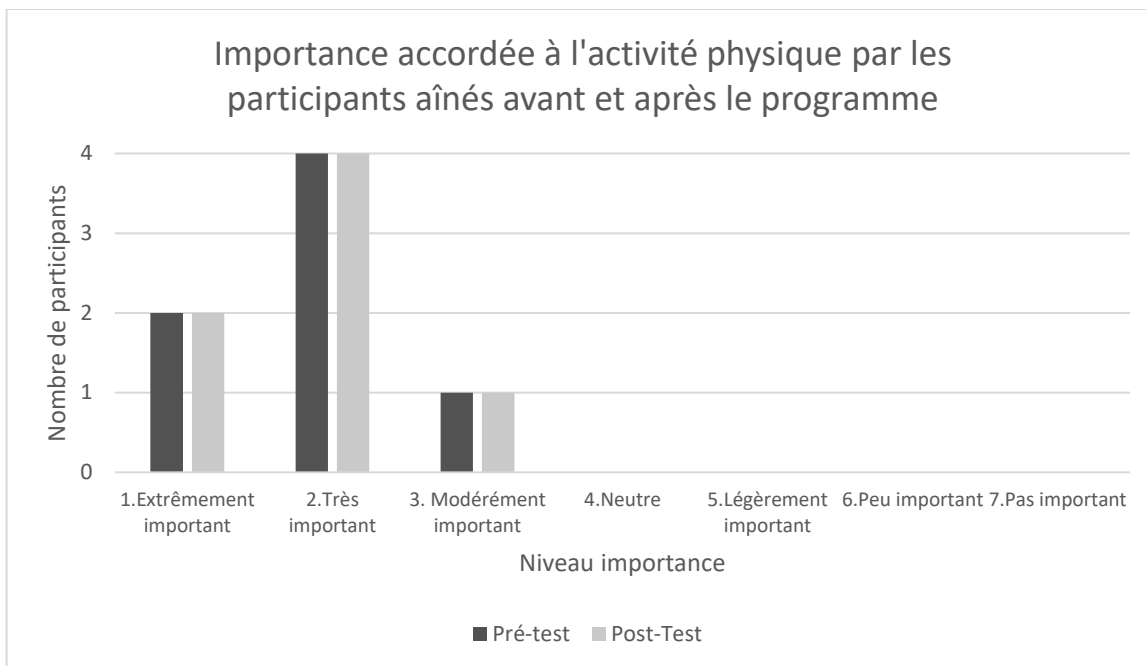
Figure 6. Les perceptions des participants âgés quant aux changements (négatifs et positifs) observés depuis le début du programme



Les participants âgés rapportent qu'ils accordent une importance à l'activité physique, soit extrêmement importante (28,6%, n=2), très importante (57,1%, n=4) ou modérément importante (14,3%, n=1). De plus, la plupart des participants âgés disent ressentir le besoin de s'adonner davantage à des activités physiques, soit fortement en accord avec cet énoncé (28,6%, n=2), en accord (42,9%, n=3) et légèrement en accord (14,3%, n=1). Toutefois, 14,3% (n=1) des participants disent être ni en accord ni en désaccord avec le fait de ressentir le besoin de continuer à s'adonner à des activités physiques.

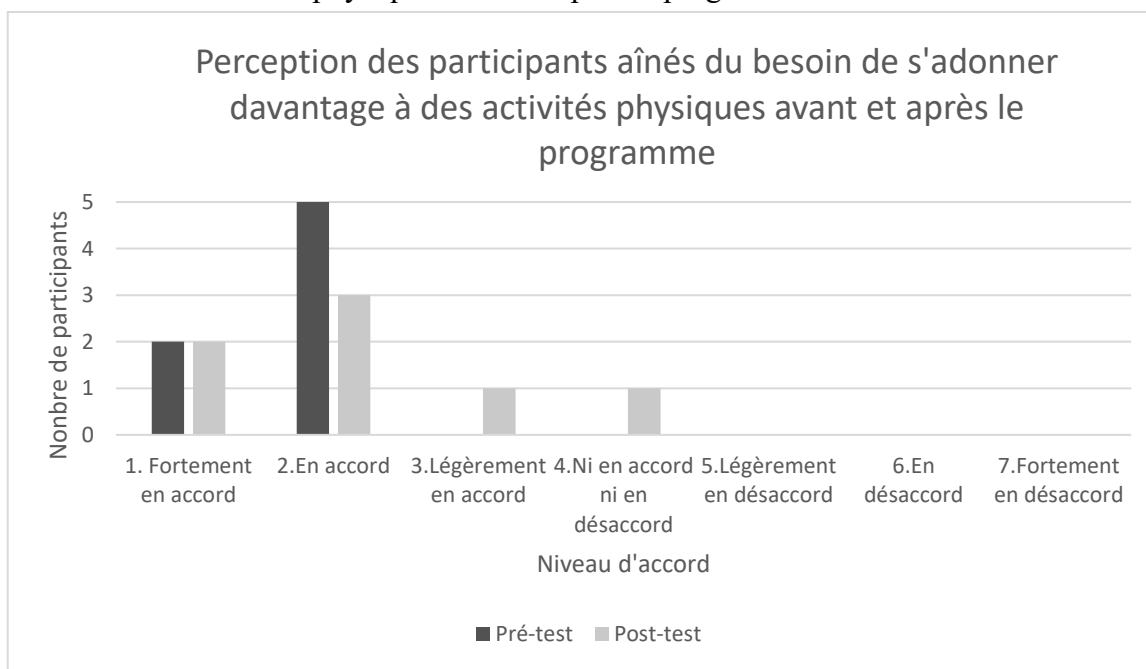
Les résultats initiaux et finaux obtenus par le biais du questionnaire aux âgés font valoir que le niveau d'importance accordée à l'activité physique s'est maintenu, ce qui signifie qu'il y a 28,6% qui considèrent cela extrêmement important (n=2), 57,1% très important (n=4) et 14,3% modérément important (n=1) (voir figure 7).

Figure 7. L'importance accordée à l'activité physique par les participants âgés avant et après le programme



La comparaison entre les résultats avant et après le programme, à l'aide du questionnaire aux aînés, révèle que la perception de 28,6% des participants quant à leur besoin de continuer à s'adonner à des activités physiques a diminuée (voir figure 8).

Figure 8. La perception des participants âgés du besoin de s'adonner davantage à des activités physiques avant et après le programme



6. DISCUSSION

La présente étude a pour objectif de décrire les impacts d'un programme d'activation des capacités physiques sur le fonctionnement dans la vie de tous les jours d'aînés vivant à domicile et recevant le soutien d'un proche aidant. Cette section vise à discuter les résultats obtenus et les comparer à ceux recensés dans les écrits et énoncer les forces et les limites de celles-ci.

Cette étude permet de fournir des indications quant au fait de mettre sur pied un programme d'activation des capacités physiques s'adressant à des aînés ayant des aptitudes physiques plus limitées. Elle explore les retombées du programme sur le fonctionnement des aînés dans la vie de tous les jours et l'engagement des aînés dans celui-ci.

6.1. Impacts du programme d'activation des capacités physiques

Les résultats obtenus par cette étude mettent en lumière les bénéfices d'un programme d'activation des capacités physiques chez les aînés au plan des capacités physiques et de la peur de chuter.

Le tiers des participants ayant complété au moins la moitié du programme ont eu une amélioration de leurs capacités physiques, ce qui a aussi été observé par le biais du PPT. Ces résultats convergent avec ceux de Meunier et Brousseau (2016) qui rapportent que les aînés ayant effectué le programme en compagnie d'un travailleur de répit durant les 8 semaines ont amélioré ou maintenu leurs capacités physiques. Toutefois, la majorité des participants de l'étude de Meunier et Brousseau (2016) avaient un niveau d'atteinte des capacités physiques plus élevé que ceux de la présente étude. De plus, la fréquence d'exécution du programme des aînés de la présente étude qui ont complété au moins la moitié du programme est plus élevée. Cela peut expliquer pourquoi, dans son programme, ces participants ont eu une amélioration des capacités physiques et non seulement un maintien. Aussi, tous les participants sont en accord pour affirmer que le programme d'activités physiques est bénéfique pour un aîné. Ces résultats corroborent avec ceux de l'étude de Venable et ses collaborateurs (2000), Nelson et ses collaborateurs (2004), Gill et ses collaborateurs (2002) et Schreier et ses collaborateurs (2016) qui font valoir qu'il est possible d'améliorer les capacités physiques chez les aînés qui font régulièrement de l'activité physique.

Bien que la comparaison des résultats obtenus au PPT avant et après le programme révèle que les autres participants ont maintenu leurs capacités physiques, certains aînés parmi ceux qui ont participé au programme moins de deux semaines ont observé par contre des changements négatifs au niveau de l'endurance générale, la capacité cardio-vasculaire, l'équilibre, le niveau d'énergie, la qualité du sommeil, le niveau de stress et la condition de santé générale. Ces résultats vont dans le même sens que les études qui rapportent que l'inactivité met à risque les aînés de vivre un déclin de leurs capacités physiques (Rosso, Taylor, Tabb, et Michael, 2013).

Les résultats de l'étude font valoir que la peur de chuter n'a pas changé au cours des huit semaines du programme pour la majorité des participants aînés. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Meunier et Brousseau (2016) dans laquelle la plupart des participants ont maintenu leur préoccupation de chuter. Par contre, la comparaison des études montre que les participants de la présente étude ont globalement une peur moins importante de chuter. Ces résultats ne concordent pas avec ceux rapportés par la revue systématique de Kendrick et ses collaborateurs (2014) qui soutiennent que la pratique d'activités physiques chez des aînés vivant en communauté peut contribuer à la réduction de la peur de chuter. Les études relevées dans cette revue ont toutefois mesuré la peur de chuter suite à des programmes d'activités physiques d'une durée variant entre 12 et 26 semaines. Ainsi, comme la majorité des participants ont complété moins de 4 semaines du programme, il est possible que les résultats ne puissent pas corroborer avec ceux-ci, la période n'étant pas suffisamment longue.

6.2. Engagement des aînés dans le programme

Dans la présente étude, les aînés sont invités à s'engager dans un programme d'activation des capacités physiques utile à la vie de tous les jours.

Les résultats aux questionnaires montrent que l'importance accordée à l'activité physique par les aînés participants s'est maintenue au cours du programme, signifiant que la plupart y accorde une importance. Ces résultats font valoir que la plupart des participants perçoivent les bénéfices que procurent la pratique régulière d'activités physiques sur leur santé. Cela représente un facteur de la phase pré-intentionnelle qui favorise l'engagement (Lequerica et Korttle, 2010). De plus, l'engagement des aînés est influencé par la perception qu'ils ont de leur santé. Les perceptions des participants de cette étude diffèrent, alors que la moitié se considèrent en bonne santé et que les autres croient qu'ils

ne le sont pas. Il s'agit d'un autre facteur pouvant expliquer le désengagement de plusieurs participants puisque cela fait valoir qu'ils n'ont peut-être pas conscience de leurs difficultés ou qu'ils ne voient pas la nécessité de s'adonner à ce programme s'ils se considèrent en santé. Enfin, le besoin de s'adonner à plus d'activités physiques a diminué pour quelques participants. Ces résultats mettent également en lumière qu'il est possible que les participants n'aient pas atteint la phase active d'engagement. Globalement, ces résultats montrent que l'engagement est un élément important de l'étude, ce qui justifie l'importance de la motivation des aînés pour qu'ils puissent s'engager dans la pratique régulière d'activités physiques.

Les résultats de cette étude font valoir que le maintien de l'engagement d'un aîné dans l'activité physique représente un défi. En effet, la majorité des participants (85,7%, n=6) n'ont pas complété le programme durant les huit semaines, laissant croire que l'activation des capacités physiques à domicile est exigeante et que le fait d'être soutenu par leur aidant est une réalité difficile. L'étude de Meunier et Brousseau (2016) rapporte un taux d'abandon beaucoup moins élevé, ce qui laisse présager que le soutien de la part d'un travailleur de répit facilite l'engagement des aînés dans un programme de maintien de leurs capacités physiques comparativement aux proches aidants qui ne peuvent assurer ce soutien aussi efficacement.

Les raisons ayant mené à l'abandon du programme soulevées par les participants sont le manque de motivation, les rendez-vous médicaux, des problématiques de santé, le manque de soutien, la douleur ou des limitations physiques. Ces résultats vont dans le même sens que ceux soulevés par Lees, Clark, Nigg et Newman (2005) qui ont observé que les participants s'adonnant à des activités physiques se désengagent en raison d'un manque de motivation, des contraintes de temps, des problématiques de santé ou des barrières sociales. Les résultats de l'étude convergent aussi avec les barrières à l'activité physique soulevées par Schreier et ses collaborateurs (2016) qui étaient la douleur et les limitations physiques.

6.3. Perceptions des proches aidants

Les perceptions des proches aidants influencent le soutien fourni aux aînés, ce qui justifie la pertinence de les explorer. La plupart des proches aidants accorde de l'importance à la pratique régulière d'activités physiques, qu'ils se considèrent relativement en bonne santé et qu'ils souhaitent s'adonner davantage à ce type d'activités. Toutefois, ils rapportent accorder peu de temps dans la vie

de tous les jours pour se maintenir en santé et que la plupart sont satisfaits ou peu satisfaits du temps qu'ils accordent à cette activité. Ainsi, les résultats rapportent que même si plusieurs éléments sont en place pour soutenir l'engagement des aînés, les proches aidants n'ont pas mis en place de moyens afin d'apporter un soutien. En effet, les résultats font valoir que la majorité des aînés avait la motivation nécessaire pour s'engager dans le programme la première semaine, ce qui justifie que les proches aidants ont pu soutenir les aînés lorsque la motivation était présente. Par contre, le haut taux d'abandon montre que plusieurs aînés n'ont pas été en mesure d'atteindre la phase active du modèle de l'engagement thérapeutique. Cela laisse croire que les aînés n'avaient pas identifié d'objectifs précis et mesurables et qu'aucun plan n'a été mis en œuvre (phase préparatoire) afin de maintenir la motivation pour s'engager de façon active (Lequerica et Kottle, 2010). Ainsi, les résultats mettent en lumière que le soutien d'un aîné dans le maintien de ses capacités physiques représente un défi et qu'il est difficile pour les proches aidants d'assurer ce soutien.

Les résultats de l'étude font valoir que les proches aidants consacrent beaucoup de temps pour accomplir des activités qui leur permettent de prendre soin d'une personne et de remplir les responsabilités nécessaires pour demeurer à domicile, telles que les commissions, le ménage, les repas. Ainsi, les proches aidants placent une moins grande priorité pour consacrer du temps à des activités de divertissement ou pour se maintenir en santé. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par l'étude de Hwang et ses collaborateurs (2009) qui rapporte que les proches aidants limitent leur engagement dans des occupations significatives afin de prendre soins de leur proche (Hwang, Rivas, Fremming, Rivas, & Crane, 2009).

Les résultats de l'étude permettent de mettre en lumière des changements observés par les proches aidants depuis qu'ils assurent des responsabilités supplémentaires. Les changements notés sont au niveau, entre autres, du stress (75%, n=3), de la possibilité de s'adonner à des occupations importantes (50%, n=2), des relations sociales (50%, n=2), de la condition de santé (25%, n=1) et de la qualité de vie (25%, n=1). Les résultats illustrent également que la majorité des proches aidants ressentent un sentiment de fierté et d'accomplissement dans leurs activités quotidiennes. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude phénoménologique d'Edwards (2015) qui rapportent que les principaux changements sont au niveau personnel, dont les relations sociales et les changements de routines. L'étude d'Edwards (2015) fait aussi mention que les responsabilités occasionnent des

changements au niveau des occupations, de la qualité de vie et du niveau de stress. La présente étude n'a rapporté aucun changement au niveau de l'identité personnelle et de la confiance en soi, contrairement aux résultats de l'étude d'Edwards (2015). Aussi, la présente étude met en lumière des impacts positifs au niveau du sentiment de fierté et d'accomplissement, ce qui corrobore avec les résultats de l'étude de McDougall, Buchanan, et Peterson (2014).

6.4. Proposition d'amélioration du programme d'activation des capacités physiques

Dans l'optique d'améliorations du programme d'activation des capacités physiques, quelques propositions ont été soulevées par les participants. Il a été proposé de mieux adapter le niveau d'intensité à chaque participant en ajoutant des poids pour ceux qui ont de meilleures capacités physiques et en réduisant le nombre de répétitions pour certains participants. Cela permet de répondre aux besoins des participants qui rapportaient ne pas être en accord avec le niveau d'intensité du programme.

Aussi, les participants âgés ont proposé des moyens pour favoriser le maintien de l'engagement des âgés dans le programme, notamment planifier des périodes d'exercices dans l'horaire, faire un appel pour soutenir l'âgé, impliquer un bénévole pour faire le programme avec la personne ou bien trouver un moyen de rendre le programme ludique à partir des intérêts de la personne. Aussi, la phase préparatoire du modèle de l'engagement thérapeutique laisse croire que la mise en place d'objectifs précis et mesurables et la conception d'un plan représente des moyens efficaces permettant de favoriser l'engagement d'une personne (Lequerica et Kottle, 2010). Aussi, l'étude de Turner-Stokes et ses collaborateurs (2015) propose d'inclure la personne et ses proches pour établir des objectifs significatifs et réalistes que la personne souhaite atteindre par le biais du programme. Les résultats de l'étude illustrent que cette implication active permet d'accroître la motivation de la personne à s'engager dans un processus pour favoriser l'atteinte des objectifs (Turner-Stokes, Rose, Ashford, & Singer, 2015). Il est aussi intéressant d'outiller les proches aidants afin qu'ils puissent mieux soutenir les âgés dans le maintien de leurs capacités physiques. En effet, il est pertinent pour l'étude d'expliquer l'importance pour les âgés de maintenir leurs capacités physiques par le biais d'un programme d'activation et aussi de soutenir le proche aidant pour maîtriser le programme afin de l'adapter aux besoins de l'âgé.

Il aurait été préférable de mieux répartir la séquence des exercices puisque les exercices pour le même groupe musculaire sont un à la suite de l'autre. Une alternance entre les exercices requérant différents groupes musculaires aurait facilité l'accomplissement du programme.

Bien que la plupart des participants aînés aient rapporté que les images fournies étaient aidantes et être en accord avec la faisabilité du programme, les participants ont soulevé quelques améliorations intéressantes. En effet, il y aurait lieu de considérer d'agrandir les images sur la page et de mettre une brève description de l'exercice sous l'image pour faciliter la compréhension. La diffusion du programme par le biais d'une vidéo représente une alternative intéressante qui rend l'exécution du programme plus facile pour les aînés.

6.5. Forces et limites de l'étude

La présente recherche a des forces et des limites. En ce qui a trait aux forces, l'étude a abordé la contribution des proches aidants en lien avec l'engagement des aînés vivant à domicile et soutenus par un proche aidant dans un programme d'activation des capacités physiques. De plus, elle fournit des résultats sur les retombées du programme sur le maintien des capacités physiques et le fonctionnement dans la vie de tous les jours des aînés. Cette étude fournit des résultats, quoique modestes, sur l'implication des proches aidants pour soutenir un aîné vivant à domicile dans le maintien de ses acquis. Aussi, un autre élément positif se rattache aux données quantitatives et qualitatives recueillies qui fournissent des informations complémentaires pour accroître la crédibilité de l'étude.

L'étude présente certaines limites. En effet, la taille de l'échantillon limitée rend difficile la possibilité de tirer des conclusions généralisables à l'ensemble de la clientèle visée. Le haut taux d'abandon au programme d'activation des capacités physiques des participants de l'étude limite l'analyse des impacts du programme sur le fonctionnement dans la vie de tous les jours des aînés. De plus, l'utilisation d'un questionnaire pour recueillir les données restreint le type d'informations recueillies. Ainsi, il serait intéressant de recourir à une entrevue semi-structurée comme méthode de collecte de données qualitatives pour élargir la collecte des informations. Il est possible que le fait que les aînés et leurs proches aidants aient toujours été rencontrés ensemble puisse avoir influencé les résultats. Aussi, il aurait été intéressant également de questionner de façon objective la perception des proches aidants de la santé et des changements de l'aîné avant et après le programme. Afin de mieux évaluer le niveau d'engagement de l'aîné, il aurait été utile de questionner les participants, aînés et

proches aidants, sur le sentiment de compétence à accomplir le programme avant et après. Ainsi, l'ajout d'un questionnaire post-expérimental serait pertinent pour recueillir la perception des proches aidants quant à l'application du programme d'exercices physiques dans la vie quotidienne.

7. CONCLUSION

Les résultats de la présente étude font valoir que l'engagement d'aînés vivant à domicile dans un programme d'activités physiques est particulièrement difficile. De plus, le soutien offert par les proches aidants vivant avec les aînés n'apparaît pas comme suffisant pour assurer le maintien de l'engagement. En effet, ceux-ci doivent assumer plusieurs responsabilités supplémentaires qui limitent leur implication pour des activités de maintien des capacités. Le programme d'activation des capacités physiques représente donc une ressource intéressante pour permettre aux aînés de maintenir leurs capacités physiques, mais des moyens doivent être mis en place afin de favoriser la participation assidue à celui-ci.

L'étude laisse entrevoir des possibilités au niveau d'un rôle émergent en ergothérapie qui valorise une approche préventive dans le maintien des acquis auprès de cette clientèle. En effet, l'ergothérapie vise à habiliter les aînés à participer à leurs occupations, mais pour ce, ils doivent pouvoir maintenir des capacités physiques minimales pour demeurer à domicile. Il est donc nécessaire de développer des outils novateurs pouvant être offerts aux aînés ayant des capacités limitées restreignant leur engagement dans des occupations significatives afin de promouvoir un maintien des capacités physiques. Les retombées de cette étude soutiennent l'importance de repenser les services rendus dans les soins à domicile afin de favoriser l'adoption d'une approche préventive dans les soins rendus pour favoriser un maintien à domicile plus durable.

De plus, cette étude offre également des résultats qui sont utiles pour la pratique de l'ergothérapie en ce qui concerne l'engagement des aînés. En effet, l'étude fait valoir que les ergothérapeutes doivent accorder une attention particulière à l'engagement des aînés en offrant des moyens qui permettent à la personne de maintenir son engagement dans le maintien de ses capacités physiques. Aussi, ils doivent être attentifs à la réalité des proches aidants afin d'adapter leurs recommandations pour que ceux-ci soient réalistes et efficaces.

Il serait donc pertinent de poursuivre les études portant sur ce sujet en recueillant la perception des ergothérapeutes quant à la possibilité d'inclure une approche préventive dans les soins à domicile. Cette alternative permettrait de mieux connaître le contexte de pratique des ergothérapeutes afin de

proposer des moyens efficaces pour accroître l'efficacité des services rendus afin de promouvoir la santé et prévenir un déclin fonctionnel chez une clientèle à risque.

RÉFÉRENCES

- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Promouvoir l'occupation: Une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 371(9614), 725-735.
- Bonder, B., et Dal Bello-Haas, V. (2009). *Functional performance in older adults* (3^e ed. pp.34-49). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Bonnefoy, M. (2011). Activité physique et prévention de la fragilité. *Les cahiers de l'année gérontologique*, 3(1), 28-31.
- Brouwer, B., Musselman, K., et Culham, E. (2004). Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*, 50(3), 135-141.
- Canonici, A. P., de Andrade, L. P., Gobbi, S., Santos-Galduroz, R. F., Gobbi, L. T. B., & Stella, F. (2012). Functional dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease: A controlled trial on the benefits of motor intervention. *Psychogeriatrics*, 12(3), 186-192. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-8301.2012.00407.x>
- Centre d'information et de documentation de l'Institut de la statistique du Québec. (2016). *Vieillesse : réalité sociale, économique et de la santé*. Repéré à : <http://www.bdso.gouv.qc.ca/docsken/vitrine/vieillesse/index.html?theme=education&tab=1>
- Edwards, M. (2015). Family Caregivers for People with Dementia and the Role of Occupational Therapy. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(3), 220-232.
- FADOQ. (2016). *Nos programmes*. Repéré à : <http://www.fadoq-quebec.qc.ca/Nos-programmes>.
- Fortin, M.F., et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives (2e éd.)*. Montréal: Chenelière éducation.
- Gauthier, P. (2002). *L'activité physique, déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus: avis*. Québec: Kino-Québec.
- Gill, T. M., Baker, D. I., Gottschalk, M., Peduzzi, P. N., Allore, H., & Byers, A. (2002). A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *New England Journal of Medicine*, 347(14), 1068-1074.
- 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.

- Gouvernement du Québec. (2003). *Chez soi: Le premier choix : la politique de soutien à domicile*. Québec: Santé et services sociaux
- Gouvernement du Québec. (2012a). *Profitez de la vie ... Soyez actif!*. Repéré à : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/actions-gouvernement/Pages/Soyez-actif.aspx>
- Gouvernement du Québec. (2012b). *Vieillir et vivre ensemble: Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Québec: Ministère de la famille et des aînés.
- Grieve, J. I., et Gnanasekaran, L. (2008). Intervention for Cognitive Impairments. Dans Grieve, J. I., et Gnanasekaran, L. (Eds.). *Neuropsychology for occupational therapists : cognition in occupational performance* (3rd ed.). Oxford. Malden, Mass.: Blackwell.
- Hildenbrand, W. C., et Lamb, A. J. (2013). Occupational therapy in prevention and wellness: Retaining relevance in a new health care world. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 266-271.
- Hirano, A., Suzuki, Y., Kuzuya, M., Onishi, J., Hasegawa, J., Ban, N., et Umegaki, H. (2011). Association between the caregiver's burden and physical activity in community-dwelling caregivers of dementia patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(3), 295-298. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.04.011>
- Hwang, J. E., Rivas, J. G., Fremming, R., Rivas, M. M., & Crane, K. R. (2009). Relationship between perceived burden of caring for a family member with Alzheimer's disease and decreased participation in meaningful activities. *Occupational Therapy in Health Care*, 23(4), 249-266. <http://dx.doi.org/10.3109/07380570903214788>
- Institut de la statistique du Québec. (2015). *Portrait des proches aidants et les conséquences de leurs responsabilités d'aidant*. Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdœil-no43.pdf>
- Johnson, C. S. J., Myers, A. M., Scholey, L. M., Cyarto, E. V., et 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.
- Jonasson, S. B., Nilsson, M. H., et Lexell, J. (2017). Psychometric properties of the original and short versions of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I) in people with Parkinson's disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 116.
- Kendrick, D., Kumar, A., Carpenter, H., Zijlstra, G. A., Skelton, D. A., Cook, J. R., Stevens, Z., ... et Delbaere, K. (2014). Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(11), 1-132.
- Kino-Québec. (2016). *Retraités et aînés*. Repéré à : <http://www.kino-quebec.qc.ca/retraite.asp>
- Koponen, A. M., Simonsen, N., et Suominen, S. (2017). Determinants of physical activity among patients with type 2 diabetes: the role of perceived autonomy support, autonomous motivation and self-care competence. *Psychology, Health & Medicine*, 22(3), 332-344.

- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., et Pollock, N. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel* (5th ed.). Ottawa: CAOT publications ACE.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S. et Townsend, E. (2002). Concepts de base de l'ergothérapie. Dans *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. (pp. 33-64) Ottawa : CAOT publications ACE.
- Lecours, R. (2012). Chez-soi, toujours le premier choix?: L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante. *Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen*, 30.
- Lees, F. D., Clark, P. G., Nigg, C. R., et Newman, P. (2005). Barriers to exercise behavior among older adults: a focus-group study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 13(1), 23-33.
- Lequerica, A. H., et Kortte, K. (2010). Therapeutic engagement: a proposed model of engagement in medical rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89(5), 415-422.
- Marks, G. R., et Lutgendorf, S. K. (1999). Perceived health competence and personality factors differentially predict health behaviors in older adults. *Journal of Aging and Health*, 11(2), 221-239.
- McDougall, C., Buchanan, A., et Peterson, S. (2014). Understanding primary carers' occupational adaptation and engagement. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(2), 83-91.
- Meunier, V. et Brousseau, M. (2016). *Programme progressif d'exercices d'activation pour les personnes âgées vivant à domicile et qui reçoivent des services de répit*. Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/7890/1/031384530.pdf>
- Nelson, M. E., Layne, J. E., Bernstein, M. J., Nuernberger, A., Castaneda, C., Kaliton, D., et Singh, M. A. F. (2004). The effects of multidimensional home-based exercise on functional performance in elderly people. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(2), M154-M160.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2010). *Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec*. Montréal: Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., et Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt: l'occupation comme centralité. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.). *Habiliter à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (2^e ed., version française N. Cantin, pp 15-44) Ottawa: CAOT publications ACE.
- Quindry, J. C., Yount, D., O'bryant, H., et Rudisill, M. E. (2011). Exercise engagement is differentially motivated by age-dependent factors. *American Journal of Health Behavior*, 35(3), 334-345.

- Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., et Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé: réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- Reuben, D. B., et Siu, A. L. (1990). An objective measure of physical function of elderly outpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(10), 1105-1112.
- Rosso, A. L., Taylor, J. A., Tabb, L. P., et Michael, Y. L. (2013). Mobility, disability, and social engagement in older adults. *Journal of Aging and Health*, 25(4), 617-637.
- Schreier, M. M., Bauer, U., Osterbrink, J., Niebauer, J., Iglseider, B., et Reiss, J. (2016). Fitness training for the old and frail. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(2), 107-114
- Shapira, A., Kelner, B., Raz, O., Akiva, A. B., et Rotem, D. (2015). Bonding through motion: A physical activity-based approach for strengthening relationships between elderly people and their caregivers. *Journal of Intergenerational Relationships*, 13(1), 93-98. <http://dx.doi.org/10.1080/15350770.2015.992954>
- Shiraly, R., Shayan, Z., Keshtkar, V., et Hamed, M. (2017). Self-reported factors associated with engagement in moderate to vigorous physical activity among elderly people: A population-based study. *International Journal of Preventive Medicine*, 8(4), 1-7.
- Statistique Canada. (2015). *Population selon l'âge et le sexe*. Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2012000/part-partie2-fra.htm>
- Stodden, D. F., Goodway, J. D., Langendorfer, S. J., Roberton, M. A., Rudisill, M. E., Garcia, C., et Garcia, L. E. (2008). A developmental perspective on the role of motor skill competence in physical activity: An emergent relationship. *Quest*, 60(2), 290-306.
- Turner-Stokes, L., Rose, H., Ashford, S., & Singer, B. (2015). Patient engagement and satisfaction with goal planning: Impact on outcome from rehabilitation. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 22(5), 210-216.
- United States Department of Agriculture. (2006). *Physical and exercise pyramid*. Repéré à : www.islandcounty.net/health/CHAB/phyactpyr.pdf.
- Venable, E., Hanson, C., Shechtman, O., et Dasler, P. (2000). The effects of exercise on occupational functioning in the well elderly. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 17(4), 29-42.
- Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., et 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. (2005). Categories and principles of interventions. Dans C., Christiansen, C. M., Baum & J. D., Bass. (Eds). *Occupational therapy: performance, participation, and well-being* (3e. ed, pp. 397-419). Thorofare, N.J.:Slack.

ANNEXEA
PROGRAMME D'ACTIVATION DES CAPACITÉS PHYSIQUES POUR LES AÎNÉS
VIVANT À DOMICILE ET RECEVANT LE SOUTIEN D'UN PROCHE AIDANT

**Mises en garde du programme d'activation des capacités
physiques pour les aînés vivant à domicile et recevant le
soutien d'un proche aidant**

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**

Programme d'activation des capacités physiques fonctionnelles pour les aînés vivant à domicile

STADE 1 (Semaine 1 et 2)

Echauffement : Faire 20 pas sur place en position assise

 10	 5 ch. côté	 5 ch. côté	 10	 5 ch. côté	 10	 10	 5 ch. côté
 10	 10	 5	 10	 5 ch. côté	 10	 10	 30 sec.

Etirements :

 5 ch. côté	 30 sec.	 30 sec.	 30 sec.	 30 sec.
---	--	--	---	--



Programme conçu par Valérie Meunier, étudiante à la maîtrise en ergothérapie (avec son autorisation) d'après le programme Vie Active

Programme d'activation des capacités physiques fonctionnelles pour les aînés vivant à domicile

STADE 2 (Semaine 3, 4 et 5)

Echauffement : Faire 40 pas sur place en position assise

 15	 8 ch. côté	 15	 8 ch. côté	 15	 8 ch. côté	 15	 8 ch. côté
 15	 15	 8 ch. côté	 8 ch. côté	 15	 8 ch. côté	 15	 30 sec.
Étirements :							
 5 ch. côté	 30 sec.	 30 sec.	 30 sec.	 30 sec.	 30 sec.	 30 sec.	

Programme conçu par Valérie Meunier, étudiante à la maîtrise en ergothérapie (avec son autorisation) d'après le programme Vie Active

Programme d'activation des capacités physiques fonctionnelles pour les aînés vivant à domicile

STADE 3 (Semaine 6, 7 et 8)

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

							
							
Étirements :							
							

Programme conçu par Valérie Meunier, étudiante à la maîtrise en ergothérapie (avec son autorisation) d'après le programme Vie Active

Description des exercices du programme d'activation des capacités physiques pour les aînés vivant à domicile et recevant le soutien d'un proche aidant

Stade 1 (Semaine 1 et 2) :

1. Lever les bras au-dessus de la tête sans poids (10)
2. Faire des cercles verticalement devant soi (5 fois par bras)
3. Faire des cercles horizontalement devant soi (5 fois par bras)
4. Rouler le ballon entre ses deux mains (10)
5. Rouler le ballon sur ses jambes (5 fois par jambe)
6. Placer le ballon dans son dos, pencher et relever le tronc (10)
7. Lancer et attraper le ballon (10)
8. Botter le ballon (5 fois par jambe)
9. Se relever d'une chaise avec ses mains (10)
10. Pointer des pieds (10)
11. Soulever la pointe des pieds (10)
12. Lever les genoux vers le ciel (5 fois par jambe)
13. Lever les jambes en extension devant soi (5 fois par jambe)
14. Ski de fond avec les bras (10)
15. Se tenir debout les yeux fermés (30 secondes)

Stade 2 (semaine 3, 4 et 5) :

1. Lever les bras au-dessus de la tête sans poids (15)
2. Faire des cercles verticalement devant soi (8 fois par bras)
3. Faire des cercles horizontalement devant soi (8 fois par bras)
4. Rouler le ballon entre ses deux mains (15)
5. Rouler le ballon sur ses jambes (8 fois par jambe)
6. Placer le ballon dans son dos, pencher et relever le tronc (15)
7. Lancer et attraper le ballon (15)
8. Botter le ballon (8 fois par jambe)
9. Se relever d'une chaise avec ses mains (15)
10. Pointer des pieds (15)
11. Soulever la pointe des pieds (15)
12. Lever les genoux vers le ciel (8 fois par jambe)
13. Lever les jambes en extension devant soi (8 fois par jambe)
14. Ski de fond avec les bras (15)
15. Se tenir debout un pied devant l'autre les yeux ouverts (30 sec.)

Stade 3 (semaine 6, 7 et 8) :

1. Lever les bras au-dessus de la tête avec une canne de conserve dans chacune des mains (15)
2. Faire des cercles verticalement devant soi (12 fois par bras)
3. Faire des cercles horizontalement devant soi (12 fois par bras)
4. Rouler le ballon entre ses deux mains (20)
5. Rouler le ballon sur ses jambes (12 par jambe)
6. Placer le ballon dans son dos, pencher et relever le tronc (20)
7. Lancer et attraper le ballon (20)
8. Botter le ballon (8 par jambe)
9. Se relever d'une chaise sans les mains (15)
10. Lever les genoux vers le ciel (12 fois par jambe)
11. Lever les jambes en extension devant soi (12 fois par jambe)
12. Ski de fond avec les bras (20)
13. Lever les bras au ciel devant soi (10)
14. Se lever sur la pointe des pieds (15)
15. Se tenir debout un pied devant l'autre les yeux fermés (30 secondes)

Etirements :

1. Tourner le cou de chaque côté (5 fois chaque côté)
2. Maintenir les bras allongés de chaque côté (30 sec.)
3. Maintenir la position (30 sec.)
4. Maintenir la position (30 sec.)
5. Maintenir la position (30 sec.)

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE PRÉ ET POST-EXPÉRIMENTAL

Participant # _____



Un programme d'activation des capacités physiques fonctionnelles pour aînés vivant à domicile

par Andréanne Lecomte, étudiante à la maîtrise en ergothérapie
Supervisée par Martine Brousseau, professeure en ergothérapie

Questionnaire pour les aidants (partie 1)

Questions démographiques

1. Vous venez au salon des aînés et des aidants naturels à titre de ... :
 Aînés Aidants naturels
2. De quel sexe êtes-vous ?
 F M
3. Quel âge avez-vous ?
 _____ ans
4. Actuellement, habitez-vous à domicile ... (maison, logement, condo) :
 Seul
 Avec votre conjoint
 Avec un membre de votre famille
 (spécifier le lien par rapport à vous)

 Avec le proche aidé
6. Actuellement, occupez-vous un emploi ? Si oui, combien d'heures par semaine lui consacrez-vous ?
 Oui Non
 Nombre d'heures :

Questions sur le niveau d'activité physique

6. Quelle importance accordez-vous à l'exercice physique dans votre vie actuelle ?
 1. Extrêmement important
 2. Très important
 3. Modérément important
 4. Neutre
 5. Légèrement important
 6. Peu important
 7. Pas important
7. Identifier votre niveau d'accord avec cette affirmation : Je me considère en bonne santé.
 1. Fortement en accord
 2. En accord
 3. Légèrement en accord
 4. Ni en accord ni en désaccord

- 5. Légèrement en désaccord
- 6. En désaccord
- 7. Fortement en désaccord

8. Participez-vous à un programme d'entraînement physique ?

- Oui Non

Quel genre de programme : _____

À quelle fréquence :

- 1. De 3 à 4 fois par semaine
- 2. Environ 1 fois par semaine
- 3. Dans des activités variées durant la semaine (lesquelles : _____)
- 4. Une fois de temps en temps
- 5. Je n'ai pas le temps

9. Identifier votre niveau d'accord avec cette affirmation : Je ressens le besoin de m'adonner davantage à des activités physiques.

- 1. Fortement en accord
- 2. En accord
- 3. Légèrement en accord
- 4. Ni en accord ni en désaccord
- 5. Légèrement en désaccord
- 6. En désaccord
- 7. Fortement en désaccord

Questions sur le contexte de la vie quotidienne

10. À quoi passez-vous le plus de temps durant une semaine?

(Prioriser les activités en attribuant le 1 à l'activité que vous effectuez le plus souvent et le 10 à celles que vous faites le moins souvent. Approximer le temps passé pour chaque activité.)



Activités	Priorisation	Nombre d'heures
Travail ou bénévolat		
Prendre soin d'une personne		
Faire le petit entretien de mon logement/maison		
Prendre du temps pour me reposer		
Prendre du temps pour me divertir		
Prendre du temps pour me maintenir en santé		
Prendre du temps pour les commissions (faire l'épicerie, aller à la banque, etc.)		
Prendre du temps pour préparer des repas		
Prendre du temps pour faire les travaux extérieurs		
Prendre du temps pour faire les gros travaux intérieurs (grand ménage, classement, etc.)		
Autres :		



11. Situer votre niveau de satisfaction par rapport à la répartition de vos activités dans votre horaire quotidienne? (Cocher la bonne case pour chaque activité)

Activités	Totalement satisfait	Légèrement satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Totalement insatisfait
Travail ou bénévolat					
Prendre soin d'une personne					
Faire le petit-entretien de mon logement/maison					
Prendre du temps pour me reposer					
Prendre du temps pour me divertir					
Prendre du temps pour me maintenir en santé					
Prendre du temps pour les commissions (faire l'épicerie, aller à la banque, etc.)					
Prendre du temps pour préparer des repas					
Prendre du temps pour faire les travaux extérieurs					
Prendre du temps pour faire les gros travaux intérieurs (grand ménage, classement, etc.)					
Autres :					

12. À quelle fréquence vous arrive-t-il de ressentir un sentiment de fierté et d'accomplissement dans vos activités?

- 1. Toujours
- 2. Souvent
- 3. Parfois
- 4. Rarement
- 5. Jamais

13. Est-ce que certains aspects de votre vie ont subi un changement important depuis que vous êtes proche aidant ?

- Occupations importantes pour moi
- Condition de santé
- Qualité de vie
- Sommeil
- Niveau de stress
- Relations sociales
- Identité personnelle
- Confiance en soi

14. Quel est l'âge du proche dont vous prenez soin ?

_____ ans

15. Identifier les activités pour lesquelles vous apportez de l'aide à votre proche :

- Préparation des repas
- Soins d'hygiène
- Transferts
- Course
- Transport
- Tâches ménagères
- Travaux extérieurs
- Autres (spécifier)

16. Estimez le temps que vous passez avec la personne aidée par semaine ?

Questionnaire (partie 2)

Questions sur le programme

17. Combien de fois avez-vous réalisé le programme durant les 8 semaines ?

Semaine 1 : Nombre de fois : _____

Semaine 2 : Nombre de fois : _____

Semaine 3 : Nombre de fois : _____

Semaine 4 : Nombre de fois : _____

Semaine 5 : Nombre de fois : _____

Semaine 6 : Nombre de fois : _____

Semaine 7 : Nombre de fois : _____

Semaine 8 : Nombre de fois : _____

18. Pour quel raison avez-vous choisi de cesser l'accomplissement du programme d'activation physique?
(ex. : médicale, motivation, etc.)

19. Quels sont les moyens que vous auriez pu mettre en place pour faire le programme ou pour soutenir votre proche ? (ex. : faire le programme 1 fois avec la personne et téléphoner au proche aidé pour lui suggérer de le faire, etc.)

20. Identifiez votre niveau d'accord avec cette affirmation : Je considère que ce programme pourrait être bénéfique pour un aîné.

1. Fortement en accord
2. En accord
3. Légèrement en accord
4. Ni en accord ni en désaccord
5. Légèrement en désaccord
6. En désaccord
7. Fortement en désaccord

Commentaires :

21. Identifiez votre niveau d'accord avec la faisabilité du programme en général pour vous ou pour votre proche.

1. Fortement en accord
2. En accord
3. Légèrement en accord
4. Ni en accord ni en désaccord
5. Légèrement en désaccord
6. En désaccord
7. Fortement en désaccord

Commentaires :

22. Identifiez votre niveau d'accord avec cette affirmation : Les images du programme permettaient de comprendre les exercices.

- 1. Fortement en accord
- 2. En accord
- 3. Légèrement en accord
- 4. Ni en accord ni en désaccord
- 5. Légèrement en désaccord
- 6. En désaccord
- 7. Fortement en désaccord

Commentaires :

23. Identifiez votre niveau d'accord avec cette affirmation : Le niveau d'intensité du programme est convenable pour moi ou pour mon proche aidé.

- 1. Fortement en accord
- 2. En accord
- 3. Légèrement en accord
- 4. Ni en accord ni en désaccord
- 5. Légèrement en désaccord
- 6. En désaccord
- 7. Fortement en désaccord

Commentaires :

Questions sur l'activité physique

24. Depuis le début de l'étude, avez-vous noté des changements dans les sphères suivantes? :

- 1. Aptitudes physique
 - Force musculaire
 - Équilibre
 - Capacité cardio-vasculaire
 - Endurance
 - Flexibilité
- 2. Niveau d'énergie
- 3. Qualité du sommeil
- 4. Humeur
- 5. Niveau appétit
- 6. Niveau de stress
- 7. Condition de santé
- 8. Autres

Commentaires :

26. Quelle importance accordez-vous à l'exercice physique dans votre vie actuelle?

- 1. Extrêmement important
- 2. Très important
- 3. Modérément important
- 4. Neutre
- 5. Légèrement important
- 6. Peu important
- 7. Pas important

28. Identifier votre niveau d'accord avec cette affirmation : Je ressens le besoin de continuer à m'adonner à des activités physiques.

- 1. Fortement en accord
- 2. En accord
- 3. Légèrement en accord
- 4. Ni en accord ni en désaccord
- 5. Légèrement en désaccord
- 6. En désaccord
- 7. Fortement en désaccord

27. Avez-vous des suggestions d'améliorations du programme ?
