



## **RAPPORT FINAL**

# **Les facteurs déterminants de la participation à un mode de vie actif chez des personnes âgées vivant à domicile**

Monique Harvey  
Jean-Claude Coallier (Ph.D.)  
Rémi Demers  
Valois Boudreault  
François Prince (Ph.D.)

Ce projet a été réalisé grâce à une subvention conjointe de MSSSQ et de la RRSSS de l'Estrie dans le cadre du *Programme de subventions en santé publique*

Avril 2002

**RECHERCHE ET RÉDACTION :** Monique Harvey, doctorante en éducation  
Université de Sherbrooke

**ONT COLLABORÉ AU PROJET :** Jean-Claude Coallier (Ph.D.), professeur Faculté  
d'éducation, Université de Sherbrooke  
Rémi Demers, Dir. gén. de Sercovie, Sherbrooke  
Valois Boudreault, chargé de projets, Direction de  
la santé publique-Estrie  
François Prince (Ph.D.), professeur Dép.  
Kinésiologie, Université de Montréal

*Vous pouvez vous procurer ce document à l'adresse suivante :*

SERCOVIE, Inc.  
300, rue Conseil  
Sherbrooke, Québec  
J1G 1J4

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
1<sup>er</sup> trimestre 2002

## RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

**Problématique** : La prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées représente une priorité régionale dans le domaine de la santé et du bien-être (ConsultAction 2000). Dans la présente étude, nous privilégions d'abord ce sujet sous l'angle de la pratique de l'activité physique, et ce de façon plus large, par la prise en compte des activités physiques intégrées dans la vie quotidienne.

**Objectifs de la présente étude**: 1- Décrire les facteurs déterminants des différents niveaux d'activités (courantes, physiques, sportives et fonctionnelles) composant le mode de vie actif; 2- Comparer l'importance de ces déterminants selon le niveau d'autonomie des personnes âgées.

**Méthodologie** : 1- Un *focus group*; 2- Un questionnaire administré par entrevue semi-dirigée auprès d'un échantillon de 223 sujets âgés de 65 ans et plus de la région sherbrookoise.

**Résultats** : Les personnes moins autonomes rapportent des niveaux d'activités significativement inférieurs à ceux des personnes autonomes. Les facteurs déterminants diffèrent dépendamment du niveau d'activités et du groupe évalués. Nous avons obtenu une meilleure prédiction des niveaux d'activités pour le groupe de personnes en perte d'autonomie. Le niveau d'activités fonctionnelles a été le mieux expliqué par l'ensemble des facteurs pour les personnes en perte d'autonomie ( $r^2=0,459$ ).

**Conclusion** : Les pistes d'intervention qui découlent des facteurs les plus déterminants peuvent se diviser en 3 catégories: 1- les actions jugées les plus importantes pour la santé (activités physiques, sociales, domestiques et prévention/habitudes de vie) ; 2- les croyances relatives à l'exercice/santé (sentiment d'efficacité personnelle, risques musculo-squelettiques et systémiques perçus) : et 3- les facteurs sanitaires ou de restrictions (nombre inférieur de médicaments, le non-recours à l'aide à domicile, l'absence d'incapacité pour réaliser les travaux ménagers, le faible niveau d'autonomie, un faible risque nutritionnel et de mauvaises habitudes de vie). Le travail d'éducation auprès des aînés pour améliorer le mode de vie actif pourrait s'inspirer de ces pistes issues d'un modèle multithéorique.



## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE .....	3
LISTE DES TABLEAUX.....	7
REMERCIEMENTS.....	9
INTRODUCTION .....	11
A. Problématique.....	13
B. Objectifs .....	14
C. Recension des écrits .....	14
a. Les effets de la pratique régulière de l'activité physique sur la santé et sur l'autonomie.....	14
b. Le mode de vie actif .....	16
c. Les déterminants de la participation à un mode de vie actif : les facteurs et modèles théoriques existants.....	17
MÉTHODOLOGIE.....	19
A. Population à l'étude.....	19
B. Déroulement de l'étude .....	19
C. Variables et instruments de mesure utilisés .....	21
a. Les déterminants socio-sanitaires .....	21
b. Les habitudes de vie.....	23
c. Les croyances relatives à la santé.....	24
d. Le mode de vie actif.....	25
D. Traitement et analyse des données .....	27
RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	29
A. Analyses descriptives et comparatives .....	29
a. Données socio-démographiques.....	29
b. Données relatives à la santé .....	32
c. Données relatives aux croyances et actions à l'égard de la santé et de l'exercice .....	32
d. Données relatives aux niveaux d'activités.....	33
B. Analyses prédictives.....	35
a. Niveau d'activités courantes.....	35
b. Niveau d'activités physiques .....	37
c. Niveau d'activités sportives.....	38
d. Niveau d'activités fonctionnelles .....	39

## TABLE DES MATIÈRES (suite)

CONCLUSION ET RETOMBÉES DU PROJET .....	41
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	45
ANNEXES .....	49
i. Invitation .....	50
ii. Formulaire de consentement .....	51
iii. Bilan personnalisé .....	52
iv. Liste des publications et des communications découlant du projet .....	57

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Description des différents niveaux d'activités et de leurs composantes...26	
Tableau 2. Données descriptives des variables socio-démographiques..... 30	
Tableau 3. Données descriptives des croyances et actions relatives à la santé et à l'exercice ..... 31	
Tableau 4. Description des niveaux d'activités en fonction des groupes ..... 34	
Tableau 5. Modèle final de prédiction du niveau d'activités courantes ..... 36	
Tableau 6. Modèle final de prédiction du niveau d'activités physiques ..... 37	
Tableau 7. Modèle final de prédiction du niveau d'activités sportive ..... 39	
Tableau 8. Modèle final de prédiction du niveau d'activités fonctionnelles ..... 39	



## REMERCIEMENTS

*La réalisation de ce projet de recherche a été rendue possible grâce à la participation de plusieurs personnes, notamment, les 235 aînés de la région sherbrookoise qui ont accepté volontiers d'y consacrer un peu de leur temps. Sans leur précieuse collaboration, les plus belles idées de recherche n'auraient aucune chance de se concrétiser.*

*Cette recherche, menée sous la supervision de Sercovie, n'aurait pu s'accomplir sans la contribution du Programme de subventions pour projets d'étude et d'évaluation en santé publique (Programme conjoint MSSS-Régie Estrie).*

*Nous tenons à remercier les concepteurs des instruments de mesures qui en ont permis l'utilisation dans le cadre de la présente recherche, spécialement : Dr Réjean Hébert (M.D.) et Dre Hélène Payette du Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke ainsi que Bert Hayslip de l'University of North Texas.*



## **INTRODUCTION**

Vieillir en santé et demeurer le plus longtemps possible dans son milieu naturel exigent plusieurs conditions et stratégies qui méritent une attention particulière. Entre autres, les activités d'information, de prévention et de dépistage auprès de la population âgée de 65 ans et plus méritent d'être mieux ciblées en fonction des divers problèmes de santé. Ainsi, il deviendrait plus aisé d'intervenir précocement et, éventuellement, d'empêcher l'apparition d'une maladie pouvant entraîner une incapacité (Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, 2001). Même si certains moyens existent déjà pour atteindre ces objectifs, plusieurs éléments de connaissances nous manquent encore pour mieux cerner l'ensemble des composantes qui déterminent la santé et les comportements préventifs qui les soutiennent.

La présente étude s'inscrit dans un cadre de recherche de type multidisciplinaire qui fait le pont entre l'éducation ou la formation continue, la psychologie de la santé et la gérontologie.

Plusieurs modèles théoriques et variables personnelles et externes ont été répertoriés afin de tenter d'expliquer la participation d'adultes et de personnes âgées à des programmes d'activités physiques. Toutefois, cette analyse s'est souvent située dans un contexte d'activités physiques et sportives organisées et structurées. D'une part, ce cadre restreint ne considère pas le nouveau courant appelé « mode de vie actif ou vie active » qui s'intègre dans la vie quotidienne et qui comporte un plus grand éventail d'activités domestiques et physiques qui peuvent avoir aussi des bénéfices sur la santé. D'autre part, cette nouvelle conception de l'activité physique n'a jamais été vérifiée et conceptualisée auprès de la clientèle concernée.

Dans la présente étude, nous proposons un modèle multithéorique pour mieux comprendre la notion de mode de vie actif, c'est-à-dire que les variables retenues émanent de différents modèles théoriques ou encore d'éléments jugés importants provenant de la littérature relative aux personnes âgées et de l'éducation pour la santé.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche subventionnée par le programme d'évaluation en santé publique<sup>1</sup>. Ses objectifs sont : premièrement, de décrire les principales dimensions relatives à la santé et à un comportement préventif - en l'occurrence, la pratique de l'exercice - ; et deuxièmement, de comparer l'importance des déterminants d'une vie active chez des personnes autonomes par rapport à des personnes jugées en perte d'autonomie.

---

<sup>1</sup> Les facteurs déterminants de la participation à d'un mode de vie actif chez des personnes âgées vivant à domicile - Programme de subventions pour projets d'étude et d'évaluation en santé publique (Programme conjoint MSSS-Régie Estrie)

## A. Problématique

La population québécoise est vieillissante, comme en témoignent certaines données récentes. En 1999, on dénombrait 927 500 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 12,6 % de la population québécoise. Vers 2011, cette proportion passera à 24 % avec la venue des *baby boomers* qui atteindront cette tranche d'âge. Cette proportion croissante de « jeunes » âgés ajoutée à celle des personnes âgées de plus de 75 ans - qui se verra encore plus nombreuse à cause de l'augmentation de l'espérance de vie -, viendra accroître le nombre et aussi diversifier la demande de services (MSSS, 2001). Afin de répondre adéquatement aux besoins changeants et variés de ce groupe de la population sur le plan de la santé, de nouvelles stratégies et ressources d'intervention et de prévention mieux adaptées devront être mises en place. Par le fait même, l'évolution des caractéristiques propres à ce groupe de la population doit être identifiée de façon précise, de manière à cerner les cibles d'intervention les plus adéquates.

Faire de l'exercice régulièrement s'avère l'un des comportements préventifs de protection jugé important dans un mode de vie sain. À ce sujet, selon l'American College of Sports Medicine ACSM (1998), la participation à un programme d'exercices réguliers représente une méthode d'intervention efficace pour réduire, voire prévenir, un certain nombre de pertes associées au vieillissement.

Toutefois, un rapport américain (Report of the Surgeon General, 1996) établit qu'au plan des faits, le vieillissement s'accompagne d'une diminution dans l'implication au plan de l'activité physique. Ainsi, après l'âge de 75 ans, on constate qu'un homme sur trois et qu'une femme sur deux ne sont aucunement engagés dans une activité physique significative lui permettant de maintenir un niveau de santé acceptable.

Autre élément venant complexifier cette problématique de l'inactivité, il existe très peu d'information sur les facteurs déterminants qui peuvent expliquer cette

diminution de l'activité physique auprès d'une clientèle jugée en perte d'autonomie. À l'ère du maintien à domicile et de la priorisation de l'optimisation du potentiel de la personne âgée, une meilleure compréhension de ces déterminants devient tout à fait actuelle et pertinente.

## **B. Objectifs**

Les objectifs de la présente investigation sont, premièrement, de décrire les principales dimensions relatives à la santé et à un comportement préventif - en l'occurrence, la pratique de l'exercice - et deuxièmement, de comparer l'importance des déterminants d'une vie active chez des personnes autonomes et d'autres personnes jugées en perte d'autonomie.

## **C. Recension des écrits**

- a. Les effets de la pratique régulière de l'activité physique sur la santé et sur l'autonomie

L'insistance accordée au problème de participation ou d'assiduité chez les adultes et les âgés se justifie par l'influence de l'inactivité ou de l'hypokinétisme sur la santé des personnes âgées. L'examen de la littérature qui en traite permet de constater que l'activité physique entraîne des effets intéressants sur certaines variables relatives à la santé des personnes vieillissantes, et ce particulièrement en ce qui concerne l'augmentation de la force et de l'endurance musculaire, la diminution de la tension artérielle, un meilleur contrôle du poids corporel, une amélioration de l'équilibre, une amélioration de la souplesse articulaire, un temps de réaction plus rapide, etc. (O'Brien, Cousins & al., 1995). Globalement, on observe que la participation des personnes âgées à des programmes d'exercices ou à une pratique d'activité physique semble avoir des effets bénéfiques sur les qualités physiques intermédiaires à la perte d'autonomie, sur la santé en général (O'Brien, Cousins, Bell, Harber, Horne, Wankel, Vergeer, Branigan, Clamp, Cushing, & Horne, 1995) ainsi que sur la prévention des

chutes. À ce sujet, un groupe de recherche américain (FISCIT; Province, Hadley, Hornbrook, Lipsitz, Miller, Mulrow, Ory, Sattin, Tinetti & Wolf, 1995; Wolf, Barnhart, Kutner, McNeely, Coogler, & Xu, 1996) a évalué un ensemble de programmes préventifs chez une population âgée et a obtenu des résultats concluants quant à l'amélioration de la force des membres inférieurs et la diminution des chutes, et ce, particulièrement pour ceux utilisant une activité de Tai-Chi.

En opposition, la tendance à l'inactivité ou l'hypokinétisme que l'on observe en vieillissant représente en soit un problème qui peut engendrer plusieurs conséquences limitant l'autonomie de la personne : atrophie musculaire, ostéoporose, diminution de la force musculaire, perte d'amplitude articulaire, diminution de la capacité cardio-respiratoire, etc. On convient de plus en plus que certains problèmes que l'on croyait occasionnés par l'avancement en âge sont en fait davantage inhérents à la sous-utilisation des organes et des systèmes. De plus, Stuck, Walthert, Nikolaus, Bula, Hohmann et Beck (1999) ont effectué une revue systémique de littérature qui a permis de déterminer les facteurs les plus significatifs de la perte d'autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées. Parmi les 78 facteurs étudiés, issus de 14 domaines distincts, ils ont retenu 12 facteurs les plus fortement associés à la perte d'autonomie. Y figurait le faible niveau d'activités physiques pratiquées.

Tout compte fait, l'exercice représente une méthode préventive sur laquelle la personne possède un certain contrôle et de laquelle on peut retirer des effets bénéfiques, lorsque sa pratique est bien dosée et effectuée de manière sécuritaire. Le problème posé dans ce contexte-ci ne réside donc pas tant dans la démonstration de la pertinence d'une pratique régulière d'activités physiques, mais plutôt au niveau de l'amélioration de notre compréhension de la participation des aînés à de telles activités. À ce titre, certains modèles théoriques ont été proposés par des chercheurs afin de mieux comprendre les déterminants de ce type de comportements préventifs, dans une perspective d'éducation pour la santé. Ceux qui orientent notre démarche sont principalement le Modèle des croyances face à la santé ou « Health Belief

Model » de Rosenstock (1974), l'adaptation de Hayslip et ses collègues (1994) et le sentiment d'efficacité personnelle de Bandura (1995).

b. Le mode de vie actif

Depuis 1996, les recherches sur l'activité physique ont évolué, et ce particulièrement au plan de la philosophie qui leur est sous-jacente et des thèmes qui y sont abordés. Alors qu'on privilégiait la qualité de l'effort physique en terme d'intensité, c'est-à-dire l'activité modérée à intense, l'accent est maintenant mis sur la quantité d'activité physique, comptabilisée par la somme des activités quotidiennes, et moins sur le niveau d'effort. Ces dernières activités se rapprochent davantage de la réalité quotidienne des participants (ex. marcher, tondre le gazon, râteler les feuilles, pelleter de la neige, etc.), d'où l'accessibilité accrue et le réalisme de pouvoir réaliser ces exigences de façon intégrée et adaptée au mode de vie de la personne. Ce nouveau courant d'une pratique régulière de l'activité physique intégrée au quotidien augmenterait la probabilité d'inciter des personnes antérieurement dites « inactives » à adopter un mode de vie actif.

Un mode de vie actif dépasse le cadre des programmes dirigés ou organisés dans des organismes, centres d'activités ou autres. Lorsqu'on mesure l'assiduité des aînés à un mode de vie actif, on se doit de considérer le niveau d'activités « extérieures » ou quotidiennes de la personne aînée. Ceci nous amène à la définition d'un mode de vie actif. À ce sujet, Gordon W. Stewart (1995) a décrit le mode de vie actif comme étant : « way of life in which physical activity is valued and integrated into daily life » ou, en d'autres mots, une façon de vivre dans laquelle on intègre et valorise l'activité physique dans la vie quotidienne.

Dans les prochaines lignes seront présentés les principaux modèles théoriques des déterminants et de l'intervention en matière d'activité physique et d'exercice, modèles qui ont retenu notre attention au cours des lectures effectuées.

c. Les déterminants de la participation à un mode de vie actif : les facteurs et modèles théoriques existants

Globalement, nous avons recensé une vingtaine de modèles qui ont été appliqués à différents comportements de santé. En ce qui concerne particulièrement le comportement de pratique d'activité physique, environ 9 modèles ont été utilisés jusqu'à ce jour. Parmi ces derniers figurent : le modèle transthéorique de Prochaska qui comprend les différents stades de changement ; le modèle écologique; les Théories du comportement planifié (Ajzen, 1991) et de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1985); les théories sociales cognitives de Bandura, notamment de l'apprentissage social et du sentiment d'efficacité personnelle. D'autres modèles complètent cette liste, en l'occurrence le « Health Belief Model » ou le modèle de croyances relatives à la santé de Becker (1974). De façon globale, ces modèles convergent dans leur potentiel de prédiction de la pratique de l'activité physique. Aussi, sur le plan empirique, une grande diversité des éléments a pu être observée en ce qui concerne les contextes d'application, les groupes de participants évalués, la définition du comportement visé, etc., ce qui contribue à augmenter la complexité du problème à l'étude.

En résumé, les variables potentiellement prédictives issues des modèles théoriques de Ajzen, Fishbein, Bandura, Becker et Rosenstock ont guidé les choix méthodologiques de la présente étude, sachant que ces variables ont toutefois été considérées relativement à des comportements différents de la nôtre ou ont été utilisées auprès de clientèles possédant des caractéristiques distinctes de notre recherche.



## MÉTHODOLOGIE

### A. Population à l'étude

La population qui est à l'étude est celle des personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile. Le recrutement des personnes âgées s'est déroulé dans un premier temps en consultant une liste des 410 bénéficiaires ayant recours aux services d'aide au maintien à domicile, notamment celui de la Popote-Roulante offert par un organisme communautaire de la région de Sherbrooke. Dans un deuxième temps, il s'est poursuivi à partir d'une liste de 269 participants au Programme de Prévention de la Perte d'autonomie chez les personnes âgées. Ce premier groupe a constitué l'échantillon de personnes en *perte d'autonomie* (n=110). Troisièmement, le recrutement s'est poursuivi auprès des classes d'exercices de gymnastique-santé et de gymnastique aquatique provenant d'abord d'un centre d'activités pour personnes âgées de 50 ans et plus, et aussi, de l'Université du Troisième Âge de l'Université de Sherbrooke (UTA). Finalement, d'autres personnes âgées provenant de la population et ne participant à aucun des programmes mentionnés ci-haut ont été recrutées par le biais des participants au programme de l'UTA qui connaissaient dans leur entourage des personnes répondant aux critères de l'âge et du lieu de résidence. Ce deuxième groupe de participants a composé l'échantillon de personnes *autonomes* (n=113). Au total, 223 sujets de la population sherbrookoise, âgés de 65 à 94 ans, ont pris part à cette étude.

### B. Déroulement de l'étude

#### Phase 1 : *focus group*

La méthode « *focus group* » a été réalisée afin de cerner et de clarifier certaines conceptions des aînés relativement : 1) à leur perception des notions de santé et d'autonomie; 2) aux actions préventives qu'ils privilégient; 3) à leurs croyances en regard de l'adoption d'un mode de vie actif; 4) aux barrières perçues dans l'adoption d'un tel mode de vie; 5) au support qu'ils reçoivent de la part de l'entourage et finalement; 6) aux ressources qui s'offrent à eux. Ces informations ont permis à la

fois de mieux préciser les composantes du comportement à l'étude, soit le mode de vie actif, et d'identifier certains déterminants pertinents à intégrer au questionnaire final. La méthode du *focus group* est détaillée, entre autres, dans les ouvrages de Simard, G. (1989) et de Morgan, D.L. (1997;1998).

Chaque participant a reçu 50 dollars pour sa participation à cette étape de l'étude. Les entretiens focalisés ont été filmés et enregistrés sur bande sonore et sur vidéocassette. Aussi, un observateur, partenaire de la recherche, était présent tout au long de la rencontre afin de s'assurer du bon déroulement, de la rigueur de la démarche et de l'uniformité des séances de groupes animées par une intervieweuse.

La tenue de ces *focus groups* visait, dans un premier temps, à documenter les croyances relatives à la santé, à la prévention des chutes et à l'exercice chez les personnes âgées à partir de leurs perceptions et du vocabulaire qui leur est propre. Ces données ont permis, dans un second temps, de concevoir nos instruments de mesure par questionnaires qui ont été utilisés à la deuxième phase de la collecte de données, et ce auprès d'un plus grand échantillon.

Le recrutement de 12 personnes âgées avec les caractéristiques recherchées était nécessaire afin de répondre aux « critères homogènes » de la présente étude en fonction de la représentativité de la population étudiée : en fonction du sexe, du niveau d'autonomie, du milieu de vie à domicile, etc. Cette représentativité se base sur les statistiques des organismes de maintien à domicile visés, afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population-mère.

#### Phase 2 : Collecte par questionnaires

À partir des éléments retenus lors de l'analyse du *focus group* et à partir des facteurs déterminants tirés de la littérature, la deuxième étape de la collecte de données s'est effectuée à l'aide de questionnaires auto-administrés avec supervision technique. La supervision était requise étant donné le type de population à qui on s'adresse et qui se

retrouve fréquemment avec certaines limites fonctionnelles ou autres. De plus, l'importance de s'assurer de la bonne compréhension des questions justifie cette méthode de recueil des informations.

Selon le cas, le répondant reçoit de l'aide sur les lieux où le questionnaire est complété : à son domicile, lors de la séance de groupe ou par téléphone.

### **C. Variables et instruments de mesure utilisés**

#### a. Les déterminants socio-sanitaires

Le *risque nutritionnel* est mesuré par l'instrument de dépistage nutritionnel de Payette et al. (1996). Cet outil a été conçu spécialement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. On y retrouve une première partie sur le poids et la taille à l'âge adulte. Ces indicateurs permettent de calculer l'Indice de Masse Corporelle - IMC (poids en kg/taille<sup>2</sup> en cm). La deuxième partie comprend 6 énoncés qui évaluent la maigreur de la personne, la perte de poids lors de la dernière année, la présence importante d'arthrite, la vue avec ou sans lunettes, l'appétit et l'expérience d'un événement important qui a affecté la personne. La majorité des items est dichotomique à l'exception de l'appétit qui est sur 3 niveaux. La dernière partie porte sur le contenu du petit déjeuner habituel en terme des 4 groupes alimentaires (fruits et légumes, viandes et substituts, pains et produits céréaliers et produits laitiers). Un score total est attribué pour l'ensemble des items pouvant s'échelonner sur 0 à 14 points. Un score élevé indique un risque nutritionnel élevé (6-14 points), modéré (3-5 points) et faible (0-2 points). Les qualités métrologiques de cet instrument ont été investiguées et les auteurs rapportent une sensibilité élevée du questionnaire (78%) ainsi qu'une spécificité jugée très satisfaisante (77%). L'Indice de Masse Corporelle - IMC satisfaisant doit se situer entre 24 et 29. Une valeur inférieure à 24 représente un risque élevé et un état de maigreur tandis qu'une valeur supérieure à 29 représente un surpoids. Ces deux extrêmes sont associés à un risque plus élevé de morbidité et de mortalité (Payette et Cyr, 1992).

L'*état de santé* est d'abord évalué d'après le nombre de maladies totales déclarées à partir d'une énumération de 20 maladies et problèmes de santé qui surviennent avec le vieillissement tels que : arthrite, arthrose, ostéoporose, hypertension artérielle, hypotension orthostatique, problèmes cardiaques, accident vasculo-cérébral, maladie de Parkinson, diabète, chutes, problèmes de mémoire, allergies ou autres problèmes.

Le nombre de médicaments différents consommés par jour est aussi évalué avec 6 choix de réponses partant de 0 si aucun médicament jusqu'à 5 qui indique une consommation de plus de 11 médicaments. Cette question provient de l'enquête Santé-Québec.

Le *niveau de santé auto-perçue* a aussi été utilisé dans la présente étude et consiste à demander à la personne de qualifier son état de santé en se comparant aux personnes du même groupe d'âge, sur une échelle de cinq niveaux qui varie d'excellente à médiocre. Cette variable est fréquemment employée et semblerait un bon indicateur de la santé en général.

Les *restrictions d'activités* ont été mesurées à l'aide de deux questions dont l'une porte sur les incapacités à réaliser la plupart des travaux ménagers à cause de l'état de santé tandis que l'autre porte sur les restrictions dans la quantité ou le genre d'activités dues à une maladie chronique ou problème de santé quelconque. Ces deux items de type dichotomique (oui-non) sont issus du questionnaire utilisé pour l'Enquête sociale et de santé de 1998.

Le *niveau de perte d'autonomie* est mesuré par le questionnaire de 8 items (QP-8) de Hébert et al. (1996) qui permet d'identifier les personnes les moins autonomes parmi un échantillon donné. Plus le total de facteurs de risque est élevé, plus le répondant présente des problèmes d'autonomie. Chacun des 8 items est de type dichotomique (ex. oui-non ou homme-femme). Notons parmi ces facteurs de risques, ceux qui sont

reliés au genre masculin et au fait d'être âgé de plus de 85 ans. Le score seuil peut varier en fonction de l'échantillon qui nous intéresse. Dans ce cas-ci, nous avons opté pour un score seuil de 2 (plus grand ou égal à deux), puisque ce score permettait un niveau de sensibilité de 87 % et de spécificité à 52 %. De plus, la valeur prédictive positive se situant à 75 % permet d'avancer que 3 personnes sur 4, classées non-autonomes, le sont effectivement dans la réalité selon le SMAF<sup>2</sup>. Ce qui paraît tout à fait justifié compte tenu qu'une partie de notre échantillon avait recours aux services de maintien à domicile.

#### b. Les habitudes de vie

Certaines *habitudes de vie* ont aussi été évaluées. Particulièrement celles qui touchent la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments et de caféine. Les questions retenues comportent principalement l'indicateur de fréquence et sont issues du Guide canadien pour l'évaluation de la condition physique et des habitudes de vie (Santé Canada, 1997). Cinq questions, dont l'une touche le tabagisme, comportent 6 niveaux se situant de 0 à 5. Les 4 autres questions s'échelonnent sur une échelle de fréquence à 5 niveaux. La deuxième porte sur le fait de trop consommer de médicaments, et ce en indiquant toujours le niveau de fréquence. La troisième s'intéresse à la consommation hebdomadaire de boissons contenant de la caféine et ce, par semaine. Les deux dernières questions sont reliées à la consommation d'alcool dont l'une porte sur le nombre moyen de consommations par semaine et l'autre sur la fréquence à laquelle la personne prend plus de 4 consommations en une seule occasion. Un indice *habitudes de vie*, qui constitue la somme des 5 questions, a été créé pour nos besoins d'analyses. Un score total de 4 à 25 points est alors possible. Un score faible indique alors de bonnes habitudes de vie.

---

<sup>2</sup> Le SMAF représente un autre instrument de mesure de l'autonomie fonctionnelle destiné aux personnes âgées et largement utilisé dans le réseau de la santé au Québec.

### c. Les croyances relatives à la santé

Les croyances relatives à la santé et à un mode de vie actif qui ont été évaluées dans la présente étude sont une adaptation de l'instrument de Hayslip et al. (1996). Leur version a été validée avec des personnes âgées de la communauté dans un contexte de pratique de l'activité physique. Ces auteurs ont évalué les qualités métrologiques de l'instrument et y ont ajouté quelques échelles spécifiques aux personnes âgées et à l'adulte. Les indicateurs de fidélité et de validité se sont avérés satisfaisants, particulièrement en terme de cohérence interne, d'homogénéité des items et d'indépendance des sous-échelles. Les coefficients alpha rapportés ont varié de 0,80 à 0,90. Finalement, la version de leur mesure comporte cinq sous-échelles de type Likert à 5 niveaux. Suite à notre pré-test, nous avons passablement modifié leurs échelles en y ajoutant des items issus des groupes de discussion et en simplifiant le type d'échelle en faveur de 2 niveaux seulement. Les conditions de passation de ce nouveau type d'échelle consistent tout simplement à « cocher » chaque item qui représente pour la personne un élément valable de barrières, de bienfaits et de risques relatifs à la santé ou à l'exercice. La personne doit ensuite sélectionner, dans la liste d'énoncés qui composent chaque sous-échelle, les trois éléments les plus importants pour elle (1<sup>er</sup>, 2<sup>ième</sup> et 3<sup>ième</sup> choix). Quant aux échelles se rapportant aux motivations et au soutien des autres, seule l'action de cocher est requise car la liste de choix de réponses possibles est plus restreinte.

Donc, l'ensemble des échelles modifiées et adaptées pour les besoins de l'étude en cours sont de type dichotomique. Cette décision est justifiée, premièrement pour simplifier le niveau de réponse, deuxièmement, pour diminuer la confusion des répondants et troisièmement, pour réduire la durée d'expérimentation entraînant entre autres, l'effet de fatigue. À ce sujet, nous avons observé lors du pré-test effectué auprès de 8 personnes âgées de 65 ans et plus, que quelques personnes avaient tendance à opter pour la même réponse, ou encore, à se situer au milieu de l'échelle de 5 niveaux. Aussi, le temps total d'expérimentation avait tendance à dépasser une

heure trente, et dans certains cas pouvait atteindre deux heures. À la fin du questionnaire, la concentration semblait moins bonne pour quelques participants en perte d'autonomie.

Par ailleurs, d'autres questions, découlant des *focus groups*, ont été ajoutées aux mesures. Ces ajouts ont complété les sections portant sur les *conceptions de la santé*, *actions privilégiées pour sa santé* et les *actions* que les répondants privilégient pour *prévenir les chutes*.

#### d. Le mode de vie actif

##### *Niveau d'activités fonctionnelles (NAF)*

Cette dimension est évaluée à l'aide du Frenchay Activities Index (FAI). Pour chaque activité, la fréquence de la performance au cours des trois ou des six derniers mois (selon le cas) est enregistrée. Le score global représente une variable continue variant de 15 à 60 (Schuling et al., 1993). Dans la présente étude, nous avons utilisé l'adaptation française de l'instrument (Harvey, 1995).

##### *Niveau d'activités physiques, sportives et courantes*

La mesure du niveau d'activités des participants utilisée dans la présente étude comprend trois composantes majeures : les activités physiques; les activités sportives et les activités courantes. Chacune d'elles est considérée au regard de l'implication du sujet dans ces activités au cours des trois derniers mois. Aussi, chacune des activités réalisées a été pondérée par sa fréquence, sa durée et son intensité en METS. La multiplication de ces trois derniers éléments permet d'obtenir un score pour chaque activité réalisée. La somme de ces scores est calculée pour chaque type d'activités (physiques, sportives et courantes). Les différentes sous-échelles relatives au mode de vie ainsi que les activités qui les composent sont présentées au tableau 1 qui suit :

Tableau 1. Description des différents niveaux d'activités et de leurs composantes

<b>MODE DE VIE ACTIF</b>					
<b>NIVEAU D'ACTIVITÉS FONCTIONNELLES</b> (Section 7)		<b>NIVEAU D'ACTIVITÉS PHYSIQUES et de LOISIRS</b> (Section 2)	<b>NIVEAU D'ACTIVITÉS SPORTIVES</b> (Section 2)	<b>NIVEAU D'ACTIVITÉS COURANTES</b> (Section 2)	
<b>Activités domestiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparer les repas</li> <li>• Faire la vaisselle</li> <li>• Faire la lessive</li> <li>• Travaux ménagers légers</li> <li>• Travaux ménagers lourds</li> </ul>	<b>Activités extérieures</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Magasiner</li> <li>• Sorties sociales</li> <li>• Marcher à l'extérieur</li> <li>• Passe-temps</li> <li>• Conduire l'auto ou prendre l'autobus</li> <li>• Sorties en auto</li> <li>• Jardinage extérieur</li> <li>• Entretien de la maison/auto</li> <li>• Bénévolat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aquaforme</li> <li>• Cours conditionnement physique</li> <li>• Danse sociale ou de ligne</li> <li>• Exercices à la maison</li> <li>• Marche</li> <li>• Quilles</li> <li>• Tai-Chi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Golf</li> <li>• Natation</li> <li>• Patinage</li> <li>• Raquette</li> <li>• Ski de fond</li> <li>• Tennis/badminton/raquetball</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jardinage</li> <li>• Pelletage de la neige</li> <li>• Travaux ménagers</li> </ul>	
		<p>➤ Chaque niveau d'activités est calculé de la façon suivante : <math>\Sigma</math> de fréquence hebdomadaire X durée en minutes X intensité METS</p>			

## D. Traitement et analyse des données

Pour effectuer les analyses quantitatives, le logiciel SPSS version 10.0 est utilisé. L'ouvrage de référence de Bryman et Cramer (1997) sert à guider les analyses statistiques préconisées. La codification, le nettoyage et la transformation des données sont effectués afin de poursuivre plus efficacement les analyses qui suivront. Des analyses de fréquence sont faites afin de déceler les erreurs d'entrée des données. Par la suite, les stratégies d'analyse suivantes sont effectuées :

- 1- Analyses descriptives : ces analyses servent à décrire les caractéristiques de l'échantillon au plan des variables retenues. Les mesures de tendance centrale et de dispersion (moyenne, minimum, maximum, pourcentage et écart-type) sont réalisées.
- 2- Analyses comparatives : ces analyses visent à vérifier s'il existe des différences significatives entre les deux groupes de comparaison, c'est-à-dire le groupe de personnes *autonomes* et le groupe en *perte d'autonomie*. Le test du Chi carré sert à ces fins.
- 3- Analyses prédictives : des analyses de régression sont proposées pour vérifier les variables les plus déterminantes des 4 composantes du mode de vie actif. Dans une première étape, toutes les variables indépendantes sont intégrées dans le modèle sur un même niveau d'importance entre elles, c'est-à-dire sans hiérarchie entre elles, et ce sous forme de plusieurs blocs, en référence aux diverses catégories de variables. Dans une deuxième étape, seules les variables significatives à un seuil inférieur à 5 %, issues de l'étape précédente, sont retenues pour l'analyse finale.



## RÉSULTATS ET DISCUSSION

### A. Analyses descriptives et comparatives

Les résultats des données descriptives sont présentés aux tableaux 2 et 3. Une comparaison des deux groupes impliqués (en perte d'autonomie vs autonomes) sur ces variables nous révèle certaines observations intéressantes.

#### a. Données socio-démographiques

Si nous nous référons aux valeurs obtenues par les tests de Chi carré présentées au tableau 2, les groupes sélectionnés sont significativement différents en ce qui concerne les variables suivantes : l'âge, le niveau de scolarité, le revenu et le statut. L'ensemble des variables reliées aux *restrictions* indique que notre groupe de personnes en perte d'autonomie se démarque de façon significative quant aux limites qui les touchent au plan du recours à l'aide à domicile, de la présence de restrictions dans les activités, de l'incapacité à réaliser la plupart des travaux ménagers et du risque de perte d'autonomie, tel qu'évalué par le questionnaire de Hébert. De plus, il y a plus de personnes veuves/célibataires et vivant seules qui se retrouvent dans le groupe *Perte d'autonomie*. Le fait de vivre seul représente un facteur de risque de la perte d'autonomie car le support du conjoint/te est totalement absent. Il y a aussi le fait que le groupe de personnes *autonomes* est significativement plus jeune que l'autre groupe. L'âge représente aussi un facteur de risque du déclin fonctionnel. Il aurait pu être intéressant de constituer deux groupes équivalents en terme d'âges afin de pouvoir compter sur des groupes plus comparables, du moins pour cette variable spécifique. De plus, le groupe plus autonome s'est avéré aussi plus scolarisé.

Tableau 2. Données descriptives des variables socio-démographiques

Variables	Tous les sujets n=223					Perte d'autonomie n=110					Autonomes n=113					$\chi^2$
	n	%	min	max	$\bar{x}$ (é-t)	n	%	min	max	$\bar{x}$ (é-t)	n	%	min	max	$\bar{x}$ (é-t)	
Genre																0,076
Hommes	63	28,3				32	29,1				31	27,4				
Femmes	160	71,7				78	70,9				82	72,6				
Âge			65	94	75,94 (6,94)			65	94	79,36 (6,19)			65	90	72,6 (5,95)	74,65***
Scolarité (ans)			0	22	9,73 (4,2)			0	17	8,08 (3,32)			0	22	11,32 (4,36)	43,39***
Revenu																32,5***
Aucun	1	0,4				1	0,9				0					
Moins de 4 999\$	5	2,2				2	1,8				3	2,7				
5 000\$ à 9 999\$	37	16,6				24	21,8				13	11,5				
10 000\$ à 14 999\$	24	10,8				12	10,9				12	10,6				
15 000\$ à 19 999\$	38	17				19	17,3				19	16,8				
20 000\$ à 29 999\$	18	8,1				5	4,5				13	11,5				
30 000\$ à 39 999\$	17	7,6				0	0				17	15				
40 000\$ à 59 999\$	8	3,6				0	0				8	7,1				
60 000\$ à 79 999\$	1	0,4				1	0,9				0	0				
80 000 et plus	1	0,4				0	0				1	0,9				
Ne sais pas ou refus	73	32,7				46	41,8				27	23,9				
Statut																13,06*
Marié(e)	110	49,3				43	39,1				67	59,3				
Div/séparé(e)	16	7,1				7	6,3				9	8				
Veuf/Célibataire	97	43,5				60	54,6				37	32,8				
Vit seul																6,78**
Oui	102	45,7				60	54,5				42	37,2				
Non	121	54,3				50	45,5				71	62,8				
Aide à domicile																122,8***
Oui	101	45,3				91	82,7				10	8,8				
Non	122	54,7				19	17,3				103	91,2				
Restrictions activités																58,7***
Oui	75	33,6				64	58,2				11	9,7				
Non	148	66,4				46	41,8				102	90,3				
Incapacités travaux ménagers																73,6***
Oui	60	26,9				58	52,7				2	1,8				
Non	163	73,1				52	47,3				111	98,2				
QP-8 de Hébert			0	6	1,94 (1,71)			0	6	2,94 (1,56)			0	6	0,96 (1,2)	81,99***

p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\*p<0,001

Tableau 3. Données descriptives des croyances et actions relatives à la santé et à l'exercice

Variables	Tous les sujets n=223			Perte d'autonomie n=110			Autonomes n=113			$\chi^2$
	min	max	$\bar{x}$ (é-t)	min	max	$\bar{x}$ (é-t)	min	max	$\bar{x}$ (é-t)	
Croyances/santé										
Bienfaits										
Psychosociaux	0	10	5,07 (3,27)	0	10	6,45 (3,01)	0	10	3,73 (2,94)	41,03***
Physiques	0	14	7,64 (4,09)	0	14	9,17 (3,78)	0	14	6,15 (3,84)	60,24***
Barrières										
Personnelles	0	7	2,48 (1,65)	0	7	2,82 (1,68)	0	7	2,15 (1,55)	11,40
Structurales	0	5	0,88 (1,01)	0	4	0,5 (0,88)	0	5	0,88 (0,94)	7,21
Motivations										
Internes	0	6	2,19 (1,55)	0	6	2,24 (1,8)	0	6	2,14 (1,28)	28,79***
Externes	0	9	2,17 (1,99)	0	9	2,5 (2,36)	0	9	1,86 (1,5)	30,03***
Risques										
Neuropsychologiques	0	7	1,33 (1,34)	0	6	1,65 (1,38)	0	7	1,03 (1,24)	20,6**
Musculo-squelettiques	0	5	1,83 (1,29)	0	5	1,89 (1,36)	0	5	1,78 (1,22)	5,8
Systémiques	0	6	1,42 (1,27)	0	6	1,6 (1,36)	0	6	1,25 (1,16)	8,31
Soutien des autres										
Familial	0	5	1,16 (1,07)	0	5	1,15 (1,17)	0	4	1,16 (0,97)	11,94*
Professionnel	0	3	0,91 (0,85)	0	3	1,03 (0,98)	0	3	0,79 (0,69)	12,26**
Amis/proches	0	2	0,35 (0,51)	0	2	0,35 (0,53)	0	2	0,35 (0,5)	1,32
Efficacité personnelle										
Personnelle	0	100	61,46 (24,69)	0	100	62,62 (24,73)	0	100	60,39 (24,7)	126,5*
Structurale	0	100	59,35 (25,72)	0	100	61,56 (27,24)	0	100	57,16 (24,03)	96,67***
Actions préventives										
Santé										
Activités physiques	0	4	1,93 (1,18)	0	4	2,12 (1,17)	0	4	1,76 (1,16)	7,74
Activités domestiques	0	2	0,65 (0,72)	0	2	0,44 (0,6)	0	2	0,85 (0,77)	18,9***
Activités sociales	0	3	1,04 (0,94)	0	3	0,99 (0,9)	0	3	1,1 (0,98)	3,7
Prévention/habitudes de vie	0	7	4,27 (1,95)	0	7	4,93 (1,43)	0	7	3,64 (2,18)	45,37***
Qualité de vie	0	5	1,90 (1,58)	0	5	1,67 (1,41)	0	5	2,12 (1,71)	10
Chutes										
Personnelles	1	8	5,32 (2,18)	1	8	6,17 (1,8)	1	8	4,49 (2,2)	43,95***
Externes	0	10	5,23 (3,38)	1	10	7,08 (2,4)	0	10	3,42 (3)	77,94***

\* p&lt;0,05 \*\* p&lt;0,01 \*\*\*p&lt;0,001

b. Données relatives à la santé

L'autoperception de sa santé est évaluée de manière plus positive chez le groupe de personnes « *autonomes* » dont 62,9 % des sujets ont qualifié leur santé de très bonne à excellente contrairement à seulement 13,7 % chez l'autre groupe. Le nombre total de maladies et de médicaments s'avère supérieur chez le groupe moins autonome. À noter que le facteur de risque qui concerne le nombre de médicaments établi à 4 et plus est 3 fois plus grand chez les personnes en perte d'autonomie (61,8 % comparativement à 19,5 %). Les personnes moins autonomes ont un indice de masse corporelle (IMC) statistiquement plus bas que les personnes autonomes. Cependant, du point de vue clinique, est-ce vraiment important ou significatif à ce degré ? Le risque nutritionnel défavorise aussi les personnes en perte d'autonomie. Par curiosité... nous avons mesuré la relation entre ces deux dernières variables ( $r=0,171$ ;  $p<0,05$ ). Rappelons que le poids et la taille considérés dans la mesure de l'IMC sont des valeurs auto rapportées par les participants et nous devons accepter ces valeurs avec un peu de réserve même si elles sont tout à fait en accord avec ce type d'étude qui retient les perceptions et les valeurs provenant des individus eux-mêmes.

c. Données relatives aux croyances et actions à l'égard de la santé et de l'exercice

Ce qui est remarquable, au plan de la majorité des croyances relatives à la santé, c'est le nombre de croyances qui se révèlent significativement plus importantes chez les personnes en perte d'autonomie. Notamment, dans ces présents résultats, en ce qui concerne les bienfaits psychosociaux et physiques perçus, les motivations internes et externes, les risques neuropsychologiques perçus, le soutien familial et professionnel perçus et le sentiment d'efficacité personnelle. Malgré ce plus grand nombre de croyances, leurs 4 niveaux d'activités se retrouvent quand même inférieurs au groupe de personnes autonomes. Cela porte à croire que les croyances, quoique positives dans bien des cas, n'entraînent malheureusement pas un niveau d'activités plus élevé.

Cela s'arrête alors au niveau cognitif au lieu de se répercuter dans l'action. Il y aurait un travail d'intervention à faire pour que ce lien se traduise en action. Autre observation, le soutien des autres s'avère très important pour ce groupe en perte d'autonomie. On doit s'interroger sur l'ouverture d'ajouter d'autres fonctions dites plus préventives aux tâches déjà accomplies par le réseau familial et professionnel qui souvent sont d'ordre curatif. L'influence de la famille et des professionnels ressort une fois de plus.

Pour ce qui est du groupe de personnes autonomes, les actions préventives en regard des habitudes de vie et de la prévention des chutes semblent plus élevées chez ce groupe. Cependant, les personnes autonomes ont significativement privilégié un plus grand nombre de croyances relatives au soutien familial et à l'importance des activités domestiques comme actions jugées importantes pour leur santé. Ce qui pourrait signifier l'importance d'orienter nos interventions vers le support familial pour ainsi favoriser un mode de vie actif.

#### d. Données relatives aux niveaux d'activités

Lorsque nous comparons les personnes autonomes et celles en perte d'autonomie, selon les 4 niveaux d'activités, nous observons des niveaux d'activités significativement plus élevés chez les personnes autonomes. Ces résultats attendus nous prouvent une fois de plus que le niveau d'activités physiques, courantes, sportives et fonctionnelles diminuent selon le niveau d'autonomie de la personne. Le niveau d'activités sportives a été le plus faiblement pratiqué, et ce, pour tout l'ensemble de l'échantillon. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette faible pratique, premièrement, un biais possible de sélection des participants recrutés en partie dans des programmes d'activités physiques au détriment d'activités sportives. Deuxièmement, la saison hivernale au cours de laquelle la collecte de données a été effectuée n'encourageait pas la pratique de certaines activités sportives telles que le

golf et le tennis. Finalement, avec l'âge, les intérêts pour les activités physiques l'emportent peut-être sur les activités sportives, souvent plus compétitives.

Tableau 4. Description des niveaux d'activités en fonction des groupes

Niveaux d'activités	Autonomes n=113			Perte d'autonomie n=110			$\chi^2$ <sup>a</sup>
	min	max	$\bar{x}$ (é-t)	min	max	$\bar{x}$ (é-t)	
Courantes	0	180	40,87 (28,01)	0	86	26,69(21,47)	57,712**
Physiques	0	175	63,19 (38,09)	0	177	42,95(39,48)	95,139**
Sportives	0	100	8,02 (17,25)	0	24	0,29(2,41)‡	30,66*
Fonctionnelles	33	61	50,25 (5,17)	19	55	37,39(8,16)	139,463***

<sup>a</sup> Coefficients Chi carré de Pearson

‡ 108 personnes sur 110 n'ont pas effectué d'activités sportives dans ce groupe

\* p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\*p<0,001

Dans un autre ordre d'idées, notons que la mesure du niveau d'activités de type autorapporté aurait tendance à surestimer la quantité d'exercices réelle. Selon Sallis & Owen, le complément d'une mesure dite « objective » améliore la fidélité et la validité de cette mesure. Par exemple, faire le *monitoring* cardiaque sur une période de 2 à 20 jours pourrait contribuer à valider les informations recueillies.

De plus, nous aurions pu utiliser un questionnaire validé sur le niveau d'activités comme le Seven-Day Recall (Sallis et al, 1985), le Harvard Alumni Activity Survey (HAAS) de Paffenbarger, Wing & Hyde (1978) ou encore celui de Godin & Shephard (1985). Nous avons choisi les activités les plus populaires chez les personnes vieillissantes à partir des données recueillies lors de nos groupes de discussion et des index d'activités habituelles. De plus, nous aurions pu effectuer un « test-retest » sur une partie de notre échantillon pour vérifier la stabilité de la mesure dans le temps.

La période pendant laquelle la collecte de données s'est déroulée a été la même pour tout l'échantillon, c'est-à-dire lors de la saison hivernale. Le biais de saison est

heureusement absent. Sachant que la température peut déranger quelque peu le niveau d'activités, cette barrière était la même pour tous.

Le niveau d'activités semble être influencé par certaines variables socio-démographiques. D'après le U.S. Surgeon General's report (1996), les femmes auraient tendance à être plus inactives que les hommes et l'inactivité physique augmenterait avec l'âge et diminuerait avec l'augmentation du niveau de scolarité. Ces mêmes observations ont aussi été faites en Australie (Sallis & Owen, p.100). Dans une étude canadienne sur l'autonomie et le vieillissement, 75 % des personnes âgées trouvaient que leur niveau d'activités physiques était adéquat. Seulement 20 % estimaient ne pas en faire suffisamment tandis que 5 % disaient en faire trop... Une part de l'explication de l'inactivité trouve peut-être des réponses parmi ces éléments considérés précédemment.

## **B. Analyses prédictives**

### **a. Niveau d'activités courantes**

Si nous nous référons au tableau qui suit, les facteurs les plus déterminants pour prédire le niveau d'activités courantes sont l'importance des activités sociales et domestiques sur sa santé, le niveau de risque de perte d'autonomie et le sentiment d'efficacité personnelle structurale. Ces facteurs expliquent un taux de 30 % du niveau d'activités courantes chez les personnes en perte d'autonomie comparativement à presque 10 % chez les personnes autonomes.

Tableau 5. Modèle final de prédiction du niveau d'activités courantes

Niveau d'activités courantes				
Variables retenues	Perte d'autonomie n=110		Autonomes n=113	
	R <sup>2</sup> spé	β	R <sup>2</sup> spé	β
Activités sociales	0,119***	8,704***		
QP-8 Hébert	0,090*	-3,035*		
Efficacité structurale	0,056**	-0,192**		
Activités domestiques	0,039***	7,651***	0,063**	8,557*
Habitudes de vie			0,036**	-2,300*
R <sup>2</sup> cumul	0,304		0,099	

\* p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\*p<0,001

Chez les personnes autonomes, seulement deux variables expliquent significativement ce niveau d'activités soient : avoir de meilleures habitudes de vie et croire à l'importance des activités domestiques comme actions bénéfiques pour sa santé.

Ce qui se dégage de ces informations en terme de recommandations afin de promouvoir un niveau d'activités courantes chez les personnes âgées, indépendamment du niveau d'autonomie, réside dans la perception des activités domestiques comme actions jugées importantes pour sa santé. Profiter de la réalisation de ces tâches pour accroître le niveau d'activités global de la personne peut constituer un indice sur lequel nous pouvons intervenir avec les aînés. Les activités sociales ont été aussi déterminantes, comme actions jugées importantes pour sa santé. Cette variable paraît à première vue quelque peu contradictoire et son lien avec les activités courantes ne semble pas évident car la réalisation des tâches ménagères ne représente pas vraiment une activité sociale mais plutôt solitaire ou effectuée de manière isolée. De plus, le sentiment d'efficacité personnelle se rapportant aux éléments structureaux ou externes semble indirectement relié au niveau d'activités courantes chez les personnes moins autonomes.

## b. Niveau d'activités physiques

En se référant au tableau 6, la croyance aux activités physiques, en regard des actions jugées importantes pour sa santé, représente le seul dénominateur commun pour expliquer le niveau d'activités physiques chez les personnes âgées évaluées dans la présente étude.

Tableau 6. Modèle final de prédiction du niveau d'activités physiques

Niveau d'activités physiques				
Variables retenues	Perte d'autonomie n=110		Autonomes n=113	
	R <sup>2</sup> spé	β	R <sup>2</sup> spé	β
Actions santé/Activités physiques	0,263***	16,258***	0,062***	17,165***
Risques musculo-squelettiques	0,062**	-7,735**		
Aide à domicile	0,043*	-20,437*		
Sentiment d'efficacité personnelle			0,082*	0,316*
Actions santé/Activités sociales			0,036*	-9,984*
Actions santé/ Prévention et habitudes de vie			0,101*	-4,750*
R <sup>2</sup> cumul		<b>0,368</b>		<b>0,281</b>

p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\*p<0,001

Chez les personnes en perte d'autonomie, les risques musculo-squelettiques perçus et le recours à l'aide à domicile expliquent dans une proportion de 36,8 % le niveau d'activités physiques. À première vue, ces deux facteurs semblent difficilement modifiables en terme d'intervention préventive ou éducative. Cependant, nous possédons quelques indices quant à savoir quels sont les risques musculo-squelettiques les plus fréquemment mentionnés. Ce sont les douleurs ou les raideurs musculaires ainsi que l'arthrite/arthrose qui figurent parmi les problèmes les plus cités. Fait intéressant, les risques musculo-squelettiques perçus chez les personnes en perte d'autonomie n'ont pas été statistiquement plus élevés chez ce groupe comparativement au groupe plus autonome. Par contre, ils sont plus déterminants

pour prédire le niveau d'activités physiques. Une part d'éducation doit alors se faire pour tenter de promouvoir un mode de vie actif malgré la présence de ces problèmes musculo-squelettiques et pour réussir à adapter la prescription d'exercices selon ces troubles physiques. D'autant plus que l'efficacité d'une pratique régulière de l'activité physique s'est avérée bénéfique pour ces problématiques de santé.

Chez les personnes autonomes, les variables considérées significatives pour expliquer le niveau d'activités physiques est de 28,1 %. Ces variables déterminantes du niveau d'activités physiques sont particulièrement intéressantes, particulièrement celles qui touchent les croyances aux actions préventives se rapportant aux habitudes de vie. Ces croyances seraient indirectement proportionnelles au niveau d'activités physiques. De plus, un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé et un nombre d'actions sociales plus faible se sont avérés déterminants pour prédire le niveau d'activités physiques. Ce qui laisse croire que la confiance personnelle l'emporterait sur des facteurs extrinsèques chez les personnes autonomes.

### c. Niveau d'activités sportives

Le tableau 7 présente les résultats issus de l'analyse de régression qui a été effectuée, exceptionnellement dans ce cas-ci, avec l'ensemble de l'échantillon car un nombre trop petit d'adeptes aux activités sportives a été recensé. Trois facteurs déterminants arrivent à prédire ce niveau d'activités pour une variance expliquée de 14,4 %. Le nombre plus petit de médicaments consommés, le non-recours à l'aide à domicile et un faible risque nutritionnel prédiraient un niveau d'activités sportives plus grand. Ces 3 facteurs défavorisent les personnes en perte d'autonomie car elles regroupent statistiquement plus fréquemment ces 3 caractéristiques.

Tableau 7. Modèle final de prédiction du niveau d'activités sportives

Niveau d'activités sportives		
Variables retenues	Tous† n=223	
	R <sup>2</sup> spé	β
Nombre de médicaments	0,093**	-1,973**
Aide à domicile	0,035*	-3,956*
Risque nutritionnel	0,016*	-1,022*
R <sup>2</sup> cumul	0,144	

\* p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\*p<0,001

† Aucune analyse de régression n'a été faite pour les groupes habituels étant donné le trop petit nombre de personnes ayant réalisé ce type d'activités : *Perte d'autonomie* (n=3) et *autonomes* (n=41)

#### d. Niveau d'activités fonctionnelles

Le niveau d'activités fonctionnelles constitue le niveau d'activités auquel le taux de variance expliquée est le plus élevé pour le groupe en perte d'autonomie (46 %), et ce parmi tous les niveaux d'activités évalués (tableau 8).

Tableau 8. Modèle final de prédiction du niveau d'activités fonctionnelles

Niveau d'activités fonctionnelles				
Variables retenues	Perte d'autonomie n=110		Autonomes n=113	
	R <sup>2</sup> spé	β	R <sup>2</sup> spé	β
Incapacité travaux ménagers	0,228***	-5,009***		
Actions santé/ qualité de vie	0,353***	1,675***		
Soutien professionnel	0,064**	-1,865**		
Actions santé/ Activités domestiques	0,042**	3,125**		
Genre			0,153***	-4,558
Risques systémiques			0,079***	-1,251**
R <sup>2</sup> cumul	0,459		0,232	

\* p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\*p<0,001

Les 4 variables déterminantes qui sont ressorties sont : l'incapacité à réaliser la majorité des travaux ménagers, les actions reliées à la qualité de vie et aux activités domestiques jugées importantes pour sa santé et un soutien professionnel moindre. La diversité de ces déterminants est plutôt frappante et les pistes d'intervention possibles auprès de cette clientèle peuvent s'en inspirer. Notamment, les actions reliées à la qualité de vie, telles que planifier des projets et voyager, pourraient servir d'éléments de motivations afin d'améliorer le niveau d'activités fonctionnelles. De plus, faire le lien entre la réalisation des activités domestiques et la conversion en des actions bénéfiques pour sa santé est aussi possible. Cependant, les incapacités à réaliser la majorité des travaux ménagers constituent un facteur sur lequel on ne peut intervenir, il est souvent trop tard. Chez le groupe de personnes autonomes, deux facteurs déterminants, différents de l'autre groupe, réussissent à prédire le niveau d'activités fonctionnelles. Le genre et les risques systémiques perçus représentent 23,2 % de la variance expliquée. Les femmes auraient un niveau d'activités fonctionnelles plus grand que les hommes et le nombre de risques systémiques perçus seraient indirectement proportionnels au niveaux d'activités fonctionnelles chez le groupe de personnes autonomes. Les risques systémiques jugés les plus importants par l'ensemble de l'échantillon sont les problèmes de chutes et l'hypertension artérielle.

Une attention particulière pourrait être apportée à ces risques potentiels. Sachant que le problème de chutes constitue un fléau qui atteint 1 personne sur 3 après 75 ans, nous ne pouvons ignorer cette problématique lorsque l'on veut améliorer le niveau d'activités fonctionnelles des personnes âgées. Encore à ce plan, l'éducation des participants à la problématique du risque de chutes et à ses moyens de prévention se doit d'être privilégiée.

## CONCLUSION ET RETOMBÉES DU PROJET

Le constat d'une carence d'études portant sur l'application des modèles existants d'éducation pour la santé pour une clientèle âgée avec certaines pertes fonctionnelles constitue l'élément de départ de cette recherche. La plupart des études recensées sur le mode de vie actif, sur ses déterminants, sur les programmes d'exercices structurés, sur l'assiduité et sur la participation, sont réalisées auprès d'une population adulte ou âgée en santé ou sans distinction de l'état de santé des aînés. Plusieurs questions demeurent alors sans réponse. Notamment, est-ce que les déterminants du mode de vie actif sont différents chez une clientèle en perte d'autonomie ? Quelles sont leurs croyances face à la pratique d'activités physique et face à la santé en général ? Quels sont les indicateurs ou les déterminants les plus importants qui permettront de prédire le mode de vie actif chez une population âgée ? Dans la présente étude, nous avons tenté de combler ce vide ou cette absence de réponses précises.

Nous considérons avoir réussi à répondre, en partie et de façon assez originale, à ces questions car, à l'exception du niveau d'activités sportives, les niveaux d'activités courantes, fonctionnelles et physiques ont été expliqués respectivement à plus de 30 % (30,4 %; 45,9 % et 36,8 %). D'autres variables potentielles pourraient expliquer les deux tiers restants. Lorsque l'on parle de comportements préventifs et de modèles explicatifs de la réalisation de ces derniers, on remarque un nombre assez important de variables à considérer et un certain nombre de modèles qui ont été conçus. Les présents auteurs se sont attardés aux éléments qui ont fait l'objet d'études auprès de la population âgée de plus de 50 ans, et non au rapport complet et exhaustif de tous les modèles existants. Ce que l'on doit retenir, c'est que plusieurs facteurs sont responsables à de tels comportements. Les variables retenues dans ce travail s'avèrent intéressantes dans la mesure où elles ont permis d'expliquer jusqu'à 46 % certains niveaux d'activités. Ne perdons pas de vue que cette recherche était d'abord et avant tout de type exploratoire et visait, dans un premier temps, à définir de façon « opérationnelle » le mode de vie actif et d'y inclure les activités les plus courantes

effectuées par les aînés. Dans un deuxième temps, intégrer les variables déterminantes pouvant influencer ce fameux mode de vie actif. Cependant, la sélection des facteurs les plus déterminants, à partir de la littérature, demeure une solution parmi d'autres. Dans ce cas-ci, nous avons choisi de mieux nous documenter sur les perceptions et les croyances des personnes concernées, en les interrogeant directement. Cette exercice a permis d'ajouter des éléments qui n'existaient pas nécessairement dans les instruments de mesure validés. Quelques réponses nous sont apparues pour guider les interventions futures auprès de ce type de clientèle.

Aussi, nous avons tenté de ressortir des dénominateurs communs à l'ensemble du groupe, sachant qu'au départ le groupe de personnes âgées comporte de nombreuses différences inter-individuelles, voire une grande hétérogénéité en terme d'état de santé, de conditions socio-économiques, d'habitudes de vie, d'expériences, de support social, etc. Dans ce cas-ci, l'intérêt principal consistait à vérifier chez un groupe de personnes en perte d'autonomie quels étaient les principaux déterminants pour arriver à prédire les 4 niveaux d'activités à l'étude : courantes, physiques, sportives et fonctionnelles. Les résultats que nous avons obtenus indiquent des déterminants différents dépendamment du niveau d'activités et des groupes évalués, soit autonome, soit en perte d'autonomie. C'est à ce niveau que le concept de mode de vie actif chez les personnes âgées de différentes conditions se précise de plus en plus. Ce que l'on a pu observer, ce sont les différences de réalisation des 4 niveaux d'activités qui nous intéressaient. Les niveaux d'activités courantes et fonctionnelles représentaient ceux où les différences avec le groupe de personnes autonomes et celui en perte d'autonomie étaient les moins marquées. Le niveau d'activités fonctionnelles a été le mieux expliqué par l'ensemble des facteurs retenus selon les déterminants retenus dans notre modèle multithéorique pour les personnes en perte d'autonomie ( $r^2=0,459$ ). La réalisation des 3 autres niveaux d'activités serait à améliorer chez le groupe en perte d'autonomie et gagnerait à être mieux documentée concernant les raisons qui expliquent ce plus faible niveau d'activités.

Les pistes futures pouvant être exploitées seraient, dans un premier temps, l'évolution des perceptions ou des croyances des gens. Est-ce que les croyances relatives à la santé sont stables où évoluent à travers les âges, ou encore, avec les années ? Dans un deuxième temps : ces attitudes diffèrent-elles selon le type de participant ? Par exemple, comparer les personnes qui ne participent pas à celles qui participent. Ou encore, les croyances des personnes qui abandonnent en cours de route sont-elles particulières en regard des bienfaits perçus, du support des autres, des barrières ou encore des motivations qui incitent à agir ? Les déterminants sont-ils différents selon ces 3 catégories de participants ou de non-participants ? Un travail plus approfondi de validation des autres niveaux d'activités pourrait améliorer la prédiction d'un mode de vie actif.

Pour terminer, rappelons qu'au plan de l'intervention auprès de ce groupe de la population, nous avons fourni quelques pistes novatrices afin de promouvoir un mode de vie actif, et ce malgré les limites fonctionnelles de certains participants. Un travail d'éducation et de consultation avec la personne constitue une étape nécessaire dans cette promotion de la participation à une vie active au quotidien ! Selon le niveau d'activités visé, les variables sur lesquelles on doit agir varient selon le niveau d'autonomie. Certaines variables sont modifiables par une intervention adaptée tandis que d'autres ne le sont malheureusement pas. Nous croyons fermement qu'il n'est jamais trop tard pour s'activer et adopter de saines habitudes. Il suffit de connaître les pistes sur lesquelles nous avons le plus de chances de rejoindre la personne et de lui fournir les ressources nécessaires pour y accéder.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, **50**, 179-211.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

American College of Sports Medicine (1998). Exercise and physical activity for older adults; Position Stand. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, **30**, 6, 992-1008.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. **50**, 248-285.

Bandura, A. (1995). Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press.

Becker, M.H. & Mainman, L.A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, **6**, 113-135.

Bryman, A., & Cramer, D. (1997). Quantitative data analysis with SPSS for Windows : A guide for social scientists. New York: Routledge.

Glanz, K., Marcus Lewis, F., & Rimer, B.K. (1997). Health behavior and health education : Theory, research and practice (Second edition). San Francisco: Jossey-Bass.

Griffin, J.C. (1998). *Client-Centered Exercise Prescription*. Champaign, IL : Human Kinetics.

Harvey, M. (1995). *La relation entre le niveau d'activités fonctionnelles et les paramètres physiques de la capacité fonctionnelle chez des personnes autonomes âgées de 50 ans et plus*. Mémoire de maîtrise. Université de Sherbrooke, Québec.

Havens, B. & Finlayson, M. (1999). Les personnes très âgées au Canada : Analyses tirées de l'Enquête sur le vieillissement et l'autonomie. Ottawa

Hayslip, B., Weigand, D., Weinberg, R., Richardson, P. & Jackson, A. (1996). The development of new scales for assessing Health Belief Model constructs in adulthood. *Journal of Aging and Physical Activity*, **4**, 307-323.

Hébert, R., Bravo, G., Korner-Bitensky, N. & Voyer, L. (1996). Refusal and information bias associated with postal questionnaires and face-to-face interviews in very elderly subjects. *J. Clin. Epidemiol.*, **49**,3, 373-381.

Holbrook, M. & Skilbeck, C.E. (1983). An activities index for use with stroke patients. *Age & Aging*, **12**, 166-170.

Institut de la statistique du Québec (2001). Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998. Collection la santé et le bien-être. Les Publications du Québec. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des services sociaux (1992). La politique de la santé et du bien-être. Gouvernement du Québec, 192 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (2000). Santé au Québec : quelques indicateurs. Québec. 77 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (2001). Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Gouvernement du Québec, 47 p.

Ministère de la santé et des services sociaux (1999). Bien vivre avec son âge : Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées. Gouvernement du Québec. 115 p.

Morgan, D.L. (1998). The focus group guidebook : Focus group kit v.1. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Morgan, D.L. (1998). Planning focus groups : Focus group kit v.2., Thousand Oaks, CA: SAGE Publications

Morgan, K. et Clarke, D. (1997). Customary physical activity and survival in later life : a study in Nottingham, UK. *Journal of epidemiology Community and health*, **51**, 490-493.

O'Brien Cousins, S., Bell, G., Harber, V., Horne, T., Wankel, L.M., Vergeer, I., Branigan, K., Clamp, T., Cushing, J., & Horne, L. (1995). *Active living among older Canadians : A review and critical analysis of health benefits and outcomes*. Departement of physical education & sport studies, University of Alberta.

Payette, H., Cyr, R. & Gray-Donald, K. (1994). Évaluation de l'efficacité d'un questionnaire pour dépister le risque de malnutrition chez les personnes âgées bénéficiaires des services d'aide à domicile. Centre de Recherche en gérontologie et gériatrie, Hôpital d'Youville de Sherbrooke.

Payette, H., Gray-Donald, K., Cyr, R., Coulombe, C. & Boutier, V. (1996). Efficacy of a nutritional screening tool in free-living frail elderly. *Age & Nutrition*, 168.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking : toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **51**, 390-395.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change : Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, **47**, 9, 1102-1114.

Province, M.A., Hadley, E.C., Hornbrook, M.C., Lipsitz, L.A., Miller, J.P., Mulrow, C.D., Ory, M.G., Sattin, R.W., Tinetti M.E., & Wolf, S.L. (1995). The effects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT Trials. Frailty and Injuries. Cooperative Studies of Intervention Techniques. *Journal of the American Medical Association*. **17**, 273 : 1341-1347.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie/Direction de la santé publique et de l'évaluation (2000). *Rapport régional de l'Enquête sociale et de santé 1998-Les résultats en Estrie*. Les Publications du Québec. Gouvernement du Québec.

Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, **2**, 328-335.

Sallis, J.F. & Owen, N. (1999). Physical activity & behavior medicine. Behavior Medicine & health psychology 3. Sage publications. CA, USA.

Santé Canada (1997). Guide canadien pour l'évaluation de la condition physique et des habitudes de vie.

Schuling, J., De Haan, R., Limburg, M. & Groenier, K.H. (1993). The Frenchay Activities Index : Assessment of functional status in stroke patients. *Stroke*, **24**, 1173-1177.

Simard, G. (1989). La méthode du « focus group »: animer, planifier et évaluer l'action. Laval: Mondia.

Statistiques Canada, Division de la statistique de la santé (2001). *Rapports sur la santé : La santé de la population canadienne*. **12,3**.

Stewart, G.W. (1995). Active living : the miracle medicine for a long and healthy life. Human Kinetics, Champaign, Il. 138 p.

Strecher, V.J. & Rosentock, I.M.(1997). The Health Belief Model : Chapter three In K.Glanz, F. Marcus Lewis & B.K. Rimer. *Health behavior and health education : Theory, research and practice* (p.41-59) Second edition. San Francisco: Jossey-Bass.

Stuck, A.E., Walthert, J.M., Nikolaus, T., Bula, C.J., Hohmann, C. & Beck, J.C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic review. *Social Science & Medicine*, **48**, 4, 471-472.

U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, Centers for disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Nutrition and Physical Activity. (1999). Promoting physical activity: a guide for community action.. Champaign, IL: Human Kinetics

U.S. Department of Health and Human Services.(1996). *Physical Activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Wade, D.T., Langton-Hewer, R., Skilbeck, C.E. & David, R.M. (1985). Stroke: a critical approach to diagnosis, treatment and management. Chapman & Hall, London, England. 171-173 et 337-339.

Wade, D.T., Legh-Smith, J. & Langton-Hewer, R.(1985). Social activities after stroke: measurement and natural history using the Frenchay Activities Index. *Int. Rehabil. Med.*, 7, 176-181.

Weinberg, R.S. & Gould, D. (1999). Foundations of sport and exercise psychology. Human Kinetics, Il. Chap. 18, pp.371-395.

Wolf, S.L, Barnhart, H.X., Kutner, N.G., McNeely, E., Coogler, C., Xu, T., & the Atlanta FICSIT Group (1996). Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of Tai Chi and computerized balance training. *JAGS*, 44 : 489-497.

## **ANNEXES**

- i.** Invitation
- ii.** Formulaire de consentement
- iii.** Bilan personnalisé
- iv.** Liste des publications et des communications découlant du projet

## **Annexe i. Invitation**

Article pour les journaux de Sercovie

### **La santé et l'exercice au quotidien**

**Sercovie** participe actuellement à une étude sur les déterminants de la santé et d'un mode de vie actif chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Cette étude se fait en collaboration avec d'autres organismes de la région sherbrookoise qui oeuvrent dans le cadre du maintien à domicile des aînés et avec la participation de l'Université de Sherbrooke (Faculté d'Éducation). Madame **Monique Harvey**, éducatrice physique et doctorante en éducation viendra vous rencontrer ou vous contactera par téléphone pour vous inviter à participer à remplir un questionnaire portant sur les croyances face à l'activité physique. Le fait que vous faites ou non de l'exercice importe peu, ce qui nous intéresse c'est d'obtenir **votre** opinion afin de dresser un portrait des plus complet et représentatif de ce que vous croyez face à ce moyen préventif. Sachez que vous serez entièrement libre de participer et que les éléments qui seront considérés serviront à mieux documenter les valeurs des aînés face à un mode de vie actif et à adapter plus adéquatement les **services** et les **programmes** qui vous concernent. De plus, la confidentialité est assurée.

## **Annexe ii. Formulaire de consentement**

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT À UN GROUPE FOCUS**

**TITRE DU PROJET :** Étude des déterminants de la participation à un mode de vie actif chez des personnes âgées de 65 ans et plus

**RESPONSABLES :**

Monique Harvey Sercovie, tél. : (819) 565-1070

**DIRECTEUR DE LA RECHERCHE :**

Jean-Claude Coallier Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke, tél. : (819) 821-8000 ext 1206

**INFORMATION SUR L'ÉTUDE :** Menée sous l'égide de SERCOVIE et en collaboration avec les universités de Sherbrooke, de Montréal et la DSP – Estrie, la présente étude vise à identifier les facteurs qui déterminent la participation à un mode de vie actif chez des personnes âgées ayant recours à des services de maintien à domicile. De façon plus spécifique, nous voudrions cerner d'une part quelles conceptions de la santé véhiculent les personnes âgées et, d'autre part, quels sont les facteurs pouvant expliquer le fait qu'une personne adopte ou non un mode de vie actif dans sa vie quotidienne.

**NATURE DE LA PARTICIPATION :** Nous sollicitons donc votre participation à un groupe d'échange portant sur le thème de la santé et sur les activités physiques menées au quotidien. Cette rencontre, d'une durée maximale de 1h30, se déroulera dans les locaux à l'Université de Sherbrooke et sera enregistrée sur bande sonore afin de pouvoir faire la synthèse des discussions.

**AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION :** Votre contribution à cette étude devrait permettre d'améliorer les activités préventives relatives à la santé chez les personnes âgées en perte d'autonomie. Aussi, nous vous offrons une compensation de 50\$ afin de défrayer vos coûts de déplacement et votre temps consacré à cette rencontre.

**INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION :** Compte tenu des objectifs de l'étude, il n'y a aucun inconvénient direct pouvant découler de votre participation, si ce n'est que vous pourriez ressentir un certain état de fatigue lors de la rencontre.

**CONFIDENTIALITÉ :** Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche ne vous fait courir, sur le plan médical, aucun risque que ce soit. Il est également entendu que votre participation n'aura aucun effet sur tout traitement auquel vous seriez éventuellement soumis et que les services auxquels vous bénéficiez ne seront aucunement affectés par votre participation. Les informations personnelles recueillies resteront strictement confidentielles et il ne sera possible d'aucune façon de vous identifier.

**RETRAIT DU PROJET :** Votre participation à ce projet est tout à fait volontaire. Il est entendu que vous pourrez à tout moment mettre un terme à votre participation sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

**CONSENTEMENT :** Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, reconnais avoir pris connaissance et avoir compris les informations sur le projet de recherche en titre, et consens à participer dans les conditions décrites dans ce document.

Signature du sujet : \_\_\_\_\_

Signature du chercheur ou de son représentant : \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 2000.

### **Annexe iii. Bilan personnalisé**

#### *INVITATION À UNE CONFÉRENCE*

À tous les participants de l'étude portant sur les déterminants de la participation à un mode de vie actif, vous êtes invités à assister à une rencontre d'informations sur l'ensemble de l'étude.

**Date :** Lundi, le 22 octobre 2001

**Endroit :** Sercovie, Inc

**Heure :** 13H30 à 15h00

**Important** : Veuillez confirmer votre présence en téléphonant à Sercovie

**Téléphone :** 565-1066

Nous vous remercions une fois de plus pour votre participation, qui sans vous, cette étude aurait été impossible !

Au plaisir de vous revoir !

Toute l'équipe de la recherche

Monique Harvey (étudiante au doctorat en éducation Université de Sherbrooke)

Rémi Demers (directeur général de Sercovie Inc.)

Jean-Claude Coallier (professeur Université de Sherbrooke)

François Prince (professeur Université de Montréal)

Valois Boudreault (agent de projet RRSSS-Estrie)

Patricia Dionne et Daniel Lamy (assistants de recherche)

## BILAN PERSONNALISÉ

Bonjour cher(e) participant(e)

Au cours de l'hiver dernier, vous avez répondu au questionnaire relatif à une recherche portant sur les *déterminants d'un mode de vie actif chez les personnes âgées de 65 ans et plus*, recherche subventionnée par le programme conjoint MSSS-Régie pour les projets d'étude et d'évaluation en santé publique et menée sous l'égide de Sercovie et de l'Université de Sherbrooke. Comme promis, nous vous faisons parvenir votre bilan personnalisé qui inclue vos résultats personnels en fonction du niveau de risque pour la santé. Ces résultats concernent trois principaux aspects mesurés :

- (1) le niveau d'activités physiques total qui représente l'ensemble des activités physiques et sportives pratiquée au cours des 3 derniers mois précédant la collecte de données (hiver 2001). Nous avons établi un score qui tient compte de l'intensité et du nombre de fois que ces activités ont été faites, toujours selon vos réponses au questionnaire.
- (2) la santé nutritionnelle qui considère votre consommation des 4 groupes alimentaires au cours de votre petit déjeuner habituel ainsi que certains facteurs pouvant affecter votre alimentation : arthrite, vision, perte de poids récente, maigreur, événement stressant, etc.
- (3) les habitudes de vie qui incluent la consommation de tabac, la consommation d'alcool au cours d'une semaine et le fait de consommer trop de médicaments.

Note importante : Il est à noter que ces résultats découlent uniquement de ce que vous avez répondu lors de la complétion du questionnaire. Il est possible que vous ayez modifié depuis ce temps certaines habitudes et/ou actions préventives relatives à la santé. Malheureusement dans ce cas, la présente évaluation ne considère aucunement ces changements.



**MISE EN GARDE : CE BILAN NE CONSTITUE PAS UNE ÉVALUATION MÉDICALE et COMPLÈTE EN SOI. Il représente plutôt une évaluation GLOBALE faite à partir de vos réponses au questionnaire qui ont permis de dégager certaines tendances. Nous souhaitons que ces pistes sauront vous aider dans la poursuite de meilleures actions préventives en matière de santé et à l'atteinte d'un mode de vie actif intégré dans la vie quotidienne.**

Pour obtenir un diagnostic ou une évaluation encore plus détaillée, veuillez consulter une diététiste à votre C.L.S.C, pour l'aspect nutritionnel, un(e) éducateur (trice) physique ou votre médecin personnel pour les autres aspects.

#### QUELQUES RESSOURCES ET RÉFÉRENCES PROFESSIONNELLES

**Centre Local de Services Communautaires de la Région-Sherbrookoise (C.L.S.C.)**

- 1- Siège social, 50 Camirand, Sherbrooke : 565-1330
- 2- Rock Forest, 5112 Bd Bourque: 565-1330
- 3- Sherbrooke, 1200, King Est : 563-2572
- 4- Lennoxville, 8 Speid : 563-2572

**Programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées (P.A.P.A) : Responsable : Francine Fauteux, tél. 565-1330**

#### **Sercovie**

Service de Popote-Roulante et Centre d'activités pour les 50 ans et plus  
300 rue Conseil, Sherbrooke : 565-1070

#### **Éducateurs physiques**

Anne Beaulé  
Ginette Blais

#### **Consultants en activité physique**

Monique Harvey tél. 864-7140  
Raymond Benoît tél. 864-7626

#### **Diététiste**

Annie Côté tél. 563-0913 poste 323

## BILAN PERSONNALISÉ

Numéro de sujet : \_\_\_\_\_ Initiales : \_\_\_\_\_

NIVEAU D'ACTIVITÉS	HABITUDES DE VIE	SANTÉ NUTRITIONNELLE
<b>Votre score :</b>	<b>Votre score :</b>	<b>Votre score :</b>
<p><b>Évaluation :</b></p> <p><b>1- Très bien (100 et plus)</b> Votre participation à l'activité physique s'inscrit dans une catégorie qui est habituellement associée à un <b>maximum de bénéfices pour la santé</b>. Continuez!</p> <p><b>2- Risque modéré (60-99)</b> Votre niveau d'activités est satisfaisant, cependant, le fait d'augmenter <b>légèrement</b> votre niveau d'activités pourrait être encore plus bénéfique pour votre santé. Par exemple, vous devrez cumuler un total de 30 minutes d'activités physiques <b>plus vigoureuses</b>, pratiquées quotidiennement ou presque.</p> <p><b>3- Risque élevé (moins de 60)</b> Ce niveau d'activités est associé à certains bienfaits sur la santé et aussi à certains risques sur la santé. Vous devrez cumuler un total de 30 minutes ou plus d'activités physiques <b>modérées</b>, quotidiennement ou presque. Pour une pratique sécuritaire et adaptée à vos besoins, demander conseil à <b> votre médecin</b> et/ou à des spécialistes : <b>éducateurs physiques/kinésologues</b> avant d'augmenter votre niveau d'activités.</p>	<p><b>Évaluation :</b></p> <p><b>1- Très bien (70-100)</b> Votre pointage pour les habitudes de vie (consommation tabac, alcools et médicaments) s'inscrit dans une catégorie qui est habituellement associée à des <b>bénéfices considérables</b> pour la santé.</p> <p><b>2- Risque modéré (35-69)</b> Votre pointage pour les habitudes de vie s'inscrit dans une catégorie qui est habituellement associée à <b>quelques bénéfices</b> pour la santé mais aussi à <b>certains risques</b> pour la santé.</p> <p><b>3- Risque élevé (moins de 35)</b> Votre pointage pour les habitudes de vie s'inscrit dans une catégorie qui est habituellement associée à des <b>risques considérables</b> pour la santé. Tentez d'identifier les habitudes de vie que vous pourriez modifier d'une façon positive : tabac, alcool ou médicaments.</p> <p><b>Interprétation des résultats :</b> Un résultat faible ne signifie pas que vous avez échoué. Vous avez toujours l'opportunité de modifier vos habitudes de vie- en commençant dès maintenant.</p>	<p><b>Évaluation :</b></p> <p><b>1- Très bien (85-100)</b> Votre résultat indique que vous n'avez apparemment aucun problème nutritionnel. Demeurez vigilant(e), variez vos menus et gardez bon appétit.</p> <p><b>2- Risque modéré (44-84 )</b> Votre résultat obtenu confirme que votre alimentation comporte <b>certaines carences</b>. Le Guide Alimentaire Canadien suggère différentes portions parmi les 4 groupes alimentaires : produits céréaliers, fruits et légumes, produits laitiers et viandes/substituts. Certaines actions sont possibles pour améliorer votre alimentation : manger un peu plus et de façon variée, s'informer sur les ressources communautaires, ex. cafétéria Rayon de Soleil, Popote-Roulante ou encore</p> <p><b>3- Risque élevé (43 et moins)</b> Votre résultat confirme que vous êtes à risque élevé de malnutrition. et ce, toujours à la lumière de la composition de votre petit déjeuner et de certains problèmes pouvant affecter votre apport nutritionnel : arthrite, problème de vision, événement de la dernière année, etc. Nous vous conseillons fortement de consulter une diététiste pour obtenir un suivi plus personnalisé.</p>

## BILAN PERSONNALISÉ

### Niveau de risque associé à la santé

<p><b>À risque élevé</b></p>			
<p><b>À risque modéré</b></p>			
<p><b>Très Bien</b></p> <p><b>Continuez !</b></p>			
	<b>Niveau d'activités</b>	<b>Habitudes de vie</b>	<b>Santé nutritionnelle</b>

## Annexe iv.

### Liste des publications et des communications découlant du projet<sup>3</sup>

1. Harvey, M. & Coallier, J.C. (2001). *Les déterminants d'un mode de vie actif chez des personnes ayant recours à des services de maintien à domicile : résultats comparatifs selon l'âge, le genre et le niveau de risque de perte d'autonomie*. Colloque de l'ACFAS. Mai 2001. Sherbrooke, Québec.
2. Harvey, M., Coallier, J.C. & Prince, F.(2001). *Prévenir les chutes : quelles sont les conceptions et actions privilégiées par les aînés eux-mêmes ?* Premier Symposium sur les chutes. Septembre 2001. Montréal, Québec.
3. Harvey, M. (2001). *Les déterminants d'un mode de vie actif chez des personnes ayant recours à des services de maintien à domicile : présentation aux participants de l'étude*. Octobre 2001. Sercovie, Sherbrooke, Québec.
4. Harvey, M. (2001). *Connâître les croyances relatives à l'exercice et les conceptions de la santé des aînés pour mieux intervenir*. Le Gérontophile, **23**, 4. pp 35-38.
5. Boudreault, V. & Harvey, M. (2001). Facteurs de motivation de participation aux programmes d'exercices chez les personnes aînées. Séance de travail « Coopération internationale France-Belgique-Québec ». Décembre 2001.
6. Harvey, M. (2002). Quelles sont les croyances des personnes aînées concernant l'exercice et la santé? Février 2002. FEPS, Université de Sherbrooke présentation aux étudiants de Lucie Laflamme dans le cadre du cours de « Prescription d'activité physique et conditionnement physique adapté KIN 300 ».

---

<sup>3</sup> L'ensemble de ces publications a porté sur des résultats partiels de l'étude.