



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master
« Conduite de Projets &
Développement des Territoires »

Spécialité « Conduite de Projets en Sport, Santé et Insertion »

Parcours « Pratiques corporelles, santé, société »

Mémoire de fin d'études présenté pour l'obtention du grade de master

**Élaboration et mise à l'essai du
programme d'activités physiques de
*Ma Santé, je m'en charge***

présenté par

Caroline GALL

Maître de stage : Kareen Nour, chercheure en évaluation de programme, CSSS
Cavendish-CAU, Cavendish, Canada

Guidant universitaire : Anne Vuillemin, Maître de conférence, UFR STAPS Nancy-
Université, Nancy

Juin 2011

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Kareen Nour, Sophie Laforest et Manon Parisien pour leur suivi, leur écoute, leur soutien et leur énergie positive tout au long de l'élaboration de ce programme. Leur passion communicative et leur humanisme m'ont permis de découvrir la promotion de la santé et le milieu de la gérontologie. Je les remercie également pour les nombreuses opportunités qu'elles m'ont données tout au long de mon stage.

Merci à Anne Vuillemin pour son suivi, son soutien et ses conseils malgré la distance.

Merci aux personnes de l'équipe Prévention Promotion Santé vieillissement, Danielle, Norma avec qui j'ai eu grand plaisir d'échanger. Merci aux personnes du Centre de Recherche en Gérontologie sociale pour le partage, leur sympathie et leur passion communicative pour la gérontologie. Leur regard sur les aînés et leurs projets m'ont ouvert les yeux sur le vieillissement et sur les combats à mener dans ce domaine.

Merci à Josiane Desroches et Peter Popov du comité d'experts pour leur aide et leurs conseils tout au long du développement du programme.

Merci à Daniel Curnier pour le cours suivi à l'Université de Montréal.

Merci à Francine Cytrynbaum qui nous a permis de réaliser la mise à l'essai au Centre de jour St-Margaret. Merci au Centre de jour St-Margaret qui a accueilli la mise à l'essai du programme d'exercices. Je tiens tout particulièrement à remercier Yanie Martin du Centre de jour pour son accueil, sa disponibilité et sa gentillesse.

Merci aux participants au programme pour leur enthousiasme, leur compréhension face à mes difficultés avec la langue anglaise et pour le partage que nous avons pu avoir lors de ces sept semaines. Merci à Doreen, bénévole pendant la mise à l'essai pour son soutien dans les traductions et pour sa bonne humeur.

Je dédie ce mémoire à tous ceux qui m'ont encouragé tout au long de ce projet, mes proches, famille et amis. A Mamie, Papi, Pipiche, Mme Masson et David...

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	P.2
1. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE AUPRÈS D'AÎNÉS EN PERTE D'AUTONOMIE VIVANT AVEC DIVERSES MALADIES CHRONIQUES : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	P.4
2. MÉTHODOLOGIE CHOISIE.....	P.18
3. RÉSULTATS.....	P.25
4. DISCUSSION.....	P.38
5. CONCLUSION.....	P.49
ANNEXES.....	P.51

Introduction

Afin de mieux intervenir auprès des clientèles vivant avec des problématiques liées à leur maladie chronique (ex. raideur, fatigue, perte d'appétit), il y a eu émergence, depuis quelques années, de programmes d'autogestion touchant différentes maladies chroniques (Laforest et al, 2008; Lorig et al, 2006).

L'autogestion se définit comme un processus qui consiste à "s'engager dans des activités visant à maintenir la santé, suivre l'évolution des symptômes de son problème de santé, adhérer aux traitements afin de mieux gérer les impacts de la maladie tant sur la plan fonctionnel, émotif, qu'interpersonnel" (adapté de Von Korff). Or, il semble que les programmes d'autogestion sont de bons compléments aux approches pharmaceutiques; des études montrent les bénéfices de tels programmes sur divers aspects de la vie d'individus atteints de maladies chroniques variées (Bourdeau et al, 2009; Whright et al, 2003). Il s'agit ici de (re)donner à l'ainé la possibilité de conserver un sentiment d'autonomie et de maîtrise par les outils proposés et les stratégies qu'il va pouvoir mettre en place.

Le programme Mon Arthrite, je m'en charge, développé en 2000, s'inscrit dans la lignée de ce type de programme. Il est destiné à accompagner individuellement des aînés en perte d'autonomie vivant avec de l'arthrite, une des maladies chroniques les plus prévalant au Canada. Son modèle théorique est inspiré de la théorie sociale cognitive de Bandura (Bandura, 1997) qui postulait que les croyances d'un individu à l'égard de ses capacités à accomplir avec succès une tâche ou un ensemble de tâches sont à compter parmi les principaux mécanismes régulateurs des comportements. En effet, "un des paris de la vieillesse est de maintenir un sentiment de contrôle dans un équilibre mouvant de gains et de pertes" (Coudin et al, 2002). L'évaluation du programme a indiqué des améliorations significatives au niveau des comportements, de la santé physique et des aspects psychologiques (Laforest et al, 2008).

Le programme Ma Santé, je m'en charge, en cours de développement, est une réponse à une demande du milieu clinique, principalement des centres de jour, d'offrir un programme de groupe adapté à une clientèle d'âinés atteints de diverses maladies chroniques.

Dans le cadre de l'élaboration de ce programme, on peut se demander quelles sont les étapes nécessaires à l'élaboration et à la mise à l'essai d'un programme d'activités physiques de groupe?

Le présent mémoire retrace les différentes étapes de l'élaboration et de la mise à l'essai du programme d'activités physiques de *Ma Santé, je m'en charge*. La première partie pose le contexte dans lequel s'inscrit le programme, la seconde partie présente la méthodologie utilisée dans le cadre du développement d'un programme, la troisième partie présente les résultats des différentes étapes, enfin le dernier chapitre discute des différents résultats et propose des recommandations pour l'application future du programme.

1. L'activité physique auprès d'aînés en perte d'autonomie vivant avec diverses maladies chroniques : État des lieux des connaissances

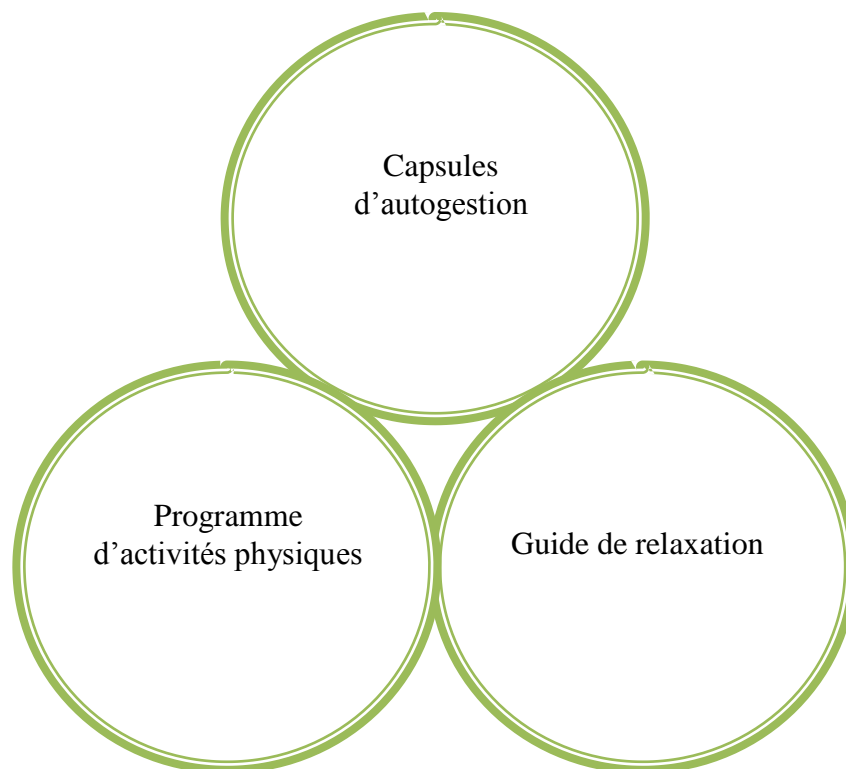
Dans le cadre de l'état des lieux des connaissances, nous distinguerons deux contextes :

- ❖ Le contexte général de travail
- ❖ Le contexte scientifique

1.1 Contexte général de travail

Les graphiques 1 et 2 permettent de présenter le contexte dans lequel s'inscrit le programme d'activités physiques de groupe. En effet, ce dernier représente une section du programme d'autogestion *Ma Santé, je m'en charge*.

Graphique 1 : Contenu du programme *Ma Santé, je m'en charge*



Graphique 2 : Contenu du programme d'activités physiques



1.2 Contexte scientifique :

Il existe de nombreuses définitions du vieillissement selon le champ d'étude qui s'y intéresse. C'est comme s'il n'existait pas un, mais plusieurs vieillissement.

1.2.1 Le vieillissement

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le vieillissement est un phénomène planétaire et se définit comme « *un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps* ». Même s'il s'agit d'une période naturelle de la vie humaine, ce phénomène est propre à chacun.

D'un point de vue physiologique, l'âge est associé à une perte de masse musculaire qui s'accompagne d'une diminution des fonctions physiques et d'une fatigabilité plus importante. Elle est également associée à la diminution de l'appétit fréquemment éprouvée par l'ainé. La baisse de la masse musculaire associée au vieillissement entraîne une diminution des capacités fonctionnelles, du métabolisme de base et une augmentation de l'adiposité (Craft et al, 1999). Au niveau fonctionnel, cela peut se traduire par une augmentation des risques de chutes et de fractures, à des bouleversements des conditions de vie de l'individu (recours à une assistance extérieure par exemple) et à la prévalence de complications importantes liées à l'inactivité (Butler-Browne et al, 2005 ; Sigal et al, 2004).

La question de la mobilité de l'ainé apparaît de façon importante dans la littérature. Elle est considérée comme fondamentale pour le vieillissement actif et elle est intimement liée à la qualité de vie des individus (Webber et al, 2010; OMS, 2007; Groessl et al, 2007; Metz, 2000; Yeom et al, 2008). La mobilité favoriserait l'autonomie de la personne dans ses activités de la vie quotidienne et participerait à sa dénomination. En effet, le concept de « fragilité » de l'ainé serait construit à partir d'un certains nombres de facteurs dont : l'évaluation des problèmes de mobilité, l'avancée en âge, les difficultés avec les soins personnels, l'altération des compétences de la vie quotidienne, les chutes, l'hospitalisation, l'instabilité médicale, la situation financière, le niveau cognitif, familial ou sociale et la situation financière (Grenier, 2007; Lord et al, 2011).

Cependant, malgré les changements physiologiques associés à l'âge, le vieillissement peut s'accompagner de gains pour l'individu (au niveau cognitif, physique, etc.) si des interventions adaptées sont proposées à l'ainé (programme d'autogestion, d'activités physiques par exemple).

1.2.2 Regard de la Société sur le vieillissement : le stéréotype des pertes

Le regard de la Société à l'égard du vieillissement se traduit souvent par un certain nombre de stéréotypes et le gérontologue Robert Butler a été le premier chercheur à évoquer le concept d'« âgisme ». C'est un processus selon lequel une personne est stéréotypée et discriminée en raison de son âge (1969). Les stéréotypes associés au vieillissement sont le plus souvent négatifs. Il n'est pas rare d'entendre parler du « fléau de la vieillesse » (Lagacé, 2010) et de représentations liées à des « dégradations physiques » : fragilité physique, mauvaise santé, diminution des capacités intellectuelles et de la libido, incapacité d'apprendre (Marchand, 2008; Macia et al, 2007; Pelchat et al, 2010).

De plus, dans l'imaginaire collectif, un lien est établi entre la vieillesse et la maladie ce qui influence considérablement la façon dont l'ainé va vivre le déclin de sa santé (Coudin et Paicheler, 2002). En effet, le danger du stéréotype vient du fait de s'attribuer à soi-même l'image que les autres nous renvoient, à se conforter et à se conformer dans cette situation. Cette intégration des stéréotypes par l'ainé peut prendre différentes formes telles que l'autodénigrement, des conduites compulsives en quête d'éternelle jeunesse, des angoisses hypocondriaques, du dégoût de soi, etc. (Pellissier, 2010). Dans ce sens, Taft (1985) suggère un modèle théorique selon lequel les problèmes associés au vieillissement, tendent à créer une diminution de l'estime de soi de l'individu âgé. C'est pourquoi, on observe de plus en plus le phénomène de « masque social » (Macia et al, 2008) par lequel l'individu va cacher les aspects extérieurs de sa personnalité susceptibles d'*attaques*, tels que les signes de vieillissement. Dans ce sens, on peut dire que le regard de la société et les stéréotypes associés au vieillissement ont des conséquences sur l'image que l'ainé va se faire de lui-même et sur ses comportements.

1.2.3 Le statut du corps de l'aîné

Le temps et le mouvement biologique transforment à chaque instant l'état et l'activité du corps (Andrieu, 2007). Or, dans une Société occidentale où les limites et la précarité du corps tentent d'être corrigées et repoussées, l'aîné vit son vieillissement. Au corps vieillissant s'attache un certain nombre de représentations négatives (rides, fragilité, laideur) auxquelles la majorité veut échapper car le corps est devenu « symbole de l'identité » (De Singly, 2005). De plus, le discours biomédical fait du vieillissement une maladie (Charpentier et Billette, 2010) et se concentre sur les déficits du corps à l'aide d'indicateurs quantitatifs de performances (Grenier, 2007). De même, la médicalisation de la vieillesse ne cesse de croître mettant toujours plus en évidence l'impact du vieillissement sur l'individu et le déclin inexorable du corps. Öberg et Tornstam (1999) rapportent du lien entre le corps et l'identité. Sur un échantillon représentatif de la population âgée de 20 à 85 ans (n=2002), près de 90 % des femmes âgées de 75 à 85 ans estiment que leur corps «représente réellement qui elles sont », même si ce corps âgé déroge aux valeurs centrales des sociétés occidentales que sont la jeunesse et la performance. La conceptualisation biomédicale dominante prend le dessus sur les expériences affectives liées aux changements du corps (Grenier, 2007). Pourtant, le vécu du vieillissement et les troubles fonctionnels qui peuvent lui être associés, varient selon les individus et leurs particularités sociales (par exemple, l'âge, le sexe, l'ethnicité, ...) (Grenier, 2005).

1.2.4 Les maladies chroniques chez les aînés

1.2.4.1 Données épidémiologiques

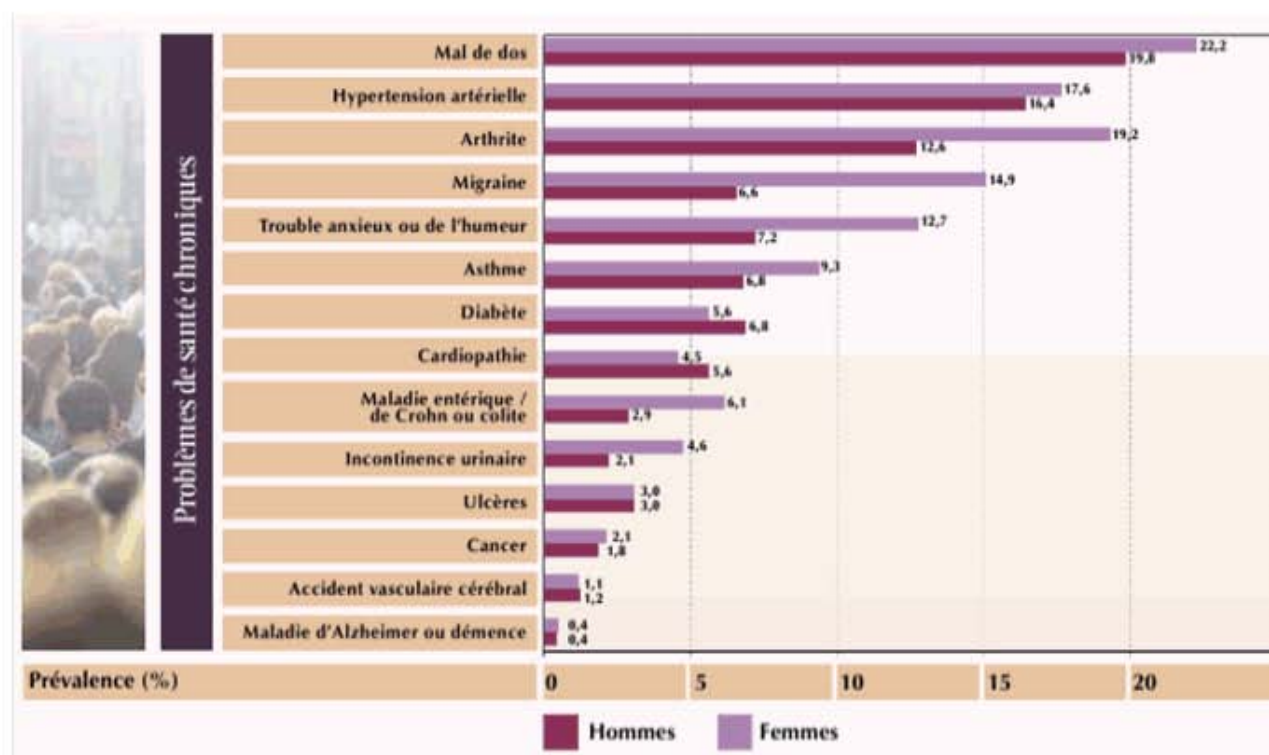
- **Le Canada**

La population mondiale vieillit et la population canadienne ne déroge pas à cette tendance. En effet, selon le recensement de 2006, 4,3 millions (14 %) des 31,6 millions de personnes vivant au Canada sont âgées de 65 ans et plus.

Au total, 73 % des aînés au Canada sont âgés de 65 à 79 ans et plus d'un quart (27 %) sont âgés de 80 ans et plus. Au cours des 30 dernières années, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus est passée de 9 à 14 % et ces chiffres vont augmenter dans les décennies futures. En effet, on estime qu'en 2050 ils représenteront plus d'un quart (27 %) des Canadiens (Administrateur en chef de la santé publique, 2010). L'augmentation de l'espérance de vie est souvent associée à une augmentation de la durée de vie avec des maladies chroniques. En effet, en 2009, 89 % des aînés au Canada présentaient au moins un problème de santé chronique.

Les maladies chroniques sont les principales causes de mortalité dans le monde représentant 60% des décès. Leur prévalence augmente avec l'âge et s'élève à 50% chez les personnes âgées de 65 ans et plus (http://www.who.int/topics/chronic_disease/en). Le tableau 1 présente la prévalence de certaines maladies chroniques chez des personnes de 15 ans et plus au Canada en 2007-2008.

Tableau 1 : Prévalence auto déclarée de certaines maladies chroniques, selon le sexe chez la population à domicile de plus de 15 ans, Canada, 2007-2008

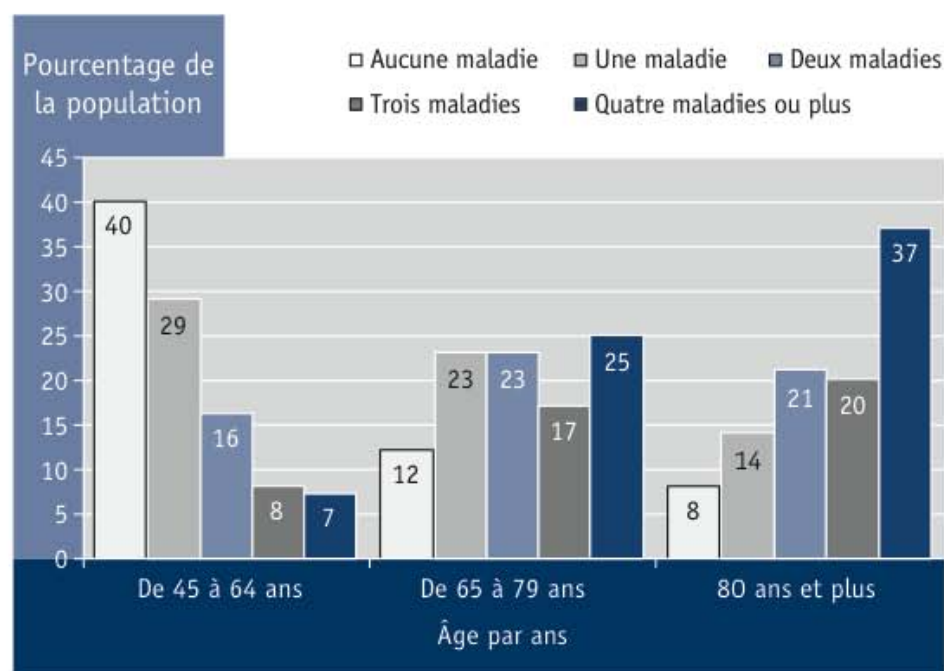


Source : Agence de la santé publique du Canada, à partir des données sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008, Statistique Canada.

Des maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle et l'arthrite prédominent et la prévalence des maladies chroniques chez les participants âgés en font un véritable phénomène de santé publique quant à l'organisation du système de soins, la gestion des urgences.

De plus, de nombreuses personnes vivent avec plus d'une maladie chronique, le tableau 2 présente la proportion de la population qui vit avec au moins une maladie chronique. On remarque que l'avancée en âge augmente le risque de vivre avec plusieurs maladies chroniques.

Tableau 2: Proportion de la population atteinte d'au moins une maladie chronique* selon certains groupes d'âge, Canada, 2009



*Les maladies incluses sont les suivantes : angine de poitrine, asthme, bronchite, arthrite ou rhumatisme, ostéoporose, hypertension artérielle, emphyseme, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, cardiopathie, cancer, effets de l'accident vasculaire cérébral, maladie de Crohn, colite, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, cataracte, glaucome, maladie thyroïdienne, trouble de l'humeur et trouble anxieux.

Source : Statistique Canada, 2010.

Enfin, d'un point de vue économique, la prévalence des maladies chroniques représentent une dépense d'environ 109 milliards de dollars par année au Canada (Rapport de l'Administrateur en chef de la Santé Publique; Conseil canadien de la santé, 2007).

- **La France**

En France, comme au Canada, on observe une augmentation croissante du nombre de personnes âgées. En 2010, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 16,8% de la population Française (INSEE, Bilan démographique 2009) et l'Institut National de Statistique (INSEE) estime que la part de la population française âgée de 65 ans et plus atteindra 29,2% en 2050 (Sermet, 2004).

S'agissant des maladies chroniques, les affections cardiovasculaires, dont l'hypertension artérielle représentent 71%, les affections ostéo-articulaires représentent 60% et les troubles endocriniens et du métabolisme 59% (Sermet, 2004). Selon l'enquête Handicap Santé ménage, la perte d'autonomie fonctionnelle chez la personne âgée concernait en France 2,7% des personnes (Dos Santos et al, 2010).

1.2.4.2 Vivre avec une maladie chronique : conséquences pour l'aîné

Chez les personnes âgées, les maladies chroniques sont associées à un risque accru pour divers problèmes de santé secondaires et elles affectent la qualité de vie des aînés. En effet, l'étude de Sawatsky et collaborateurs (2007) montre que la présence d'une maladie chronique chez une personne âgée a des conséquences sur sa participation sociale et quotidienne et notamment sur sa participation à des activités physiques.

De plus, la maladie chronique peut avoir des conséquences psychologiques pour l'aîné. En effet, l'étude de Goldstein (1998) montre que de nombreuses maladies chroniques sont associées à des troubles dépressifs et à une sensibilité accrue (augmentation de la tristesse,

anxiété, colère, etc.). De plus, les maladies chroniques peuvent être associées à des troubles du sommeil pour l'aîné et tous ces facteurs associés peuvent avoir un impact sur le caractère de l'aîné (irritabilité plus importante, diminution du seuil de tolérance, etc.) (Morewitz, 2008).

Malgré cela, l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009 établit que 44% des aînés se disent en excellente ou en très bonne santé, et ce, malgré la présence d'une maladie chronique.

1.2.5 Activité physique et maladies chroniques

1.2.5.1 Généralités

Dans le passé, l'exercice a été généralement considéré comme inapproprié pour des individus très âgés ou pour des individus âgés vivant avec une maladie chronique. Tel que rapporté dans cette section de la recension des écrits, l'activité physique est maintenant reconnue pour avoir des effets bénéfiques sur les personnes vivant avec une maladie chronique.

En effet, il a été démontré que l'activité physique régulière contribue au vieillissement en santé physique et psychologique et à la prévention des incapacités et de la morbidité chez la personne adulte (Booth et al, 2000). De plus, l'activité physique diminue la probabilité de mourir avec une incapacité de presque deux fois lorsqu'on compare les personnes actives aux personnes sédentaires (Leveille et al, 1999). De plus, l'activité physique peut modifier la sévérité ou la progression des maladies chroniques réduisant ainsi la morbidité et la mortalité associées à la maladie (Booth et al, 2000). Les bienfaits de l'activité physique sur les maladies chroniques ont été montrés pour plusieurs maladies chroniques telles que l'arthrite (Abell et al, 2005), le diabète (Sigal et al, 2004), l'hypertension (Tsai et al, 2004), etc.

L'activité physique peut améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des maladies chroniques (Abell et al, 2005; Brown et al, 2003). En effet, des études ont montré que l'activité physique peut : atténuer la dépression (Di Lorenzo et al, 1999), améliorer le sentiment de bien-être des personnes vivant avec des maladies chroniques par la sécrétion d'endorphines bêta et l'augmentation du sentiment d'efficacité (Craft et al, 2004), atténuer la perception de la douleur (Sawatzky et al, 2007).

1.2.5.2 Inactivité physique et maladie chronique (conséquences)

Pourtant, malgré ces bénéfices, la participation à une activité physique diminue progressivement avec l'âge et en particulier chez les personnes âgées vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques (Sawatzki, 2006). Le faible taux de participation à l'activité physique est lié aux obstacles rencontrés par les personnes âgées par rapport aux adultes plus jeunes.

Le manque de temps, d'énergie et de motivation sont des obstacles pour tous (Craig et al, 1998). Les obstacles environnementaux et les idées fausses au sujet des avantages de l'activité physique sont également courants chez les adultes plus âgés. Il devient donc un défi de promouvoir l'activité physique chez les aînés (Brawley et al, 2003).

Des études ont montré que l'inactivité physique peut causer des complications aux maladies chroniques existantes (Shnittker et al, 2005; Leong et al, 2007). Parmi elles, l'obésité (Perusse et al, 1999), la résistance à l'insuline (Howard et al, 1999) et la sarcopénie (Sullivan et al, 2007; Kehlet et al, 2002; Covinsky et al, 2003). L'inactivité semble être une condition beaucoup plus dangereuse que l'activité physique chez les aînés. Elle représente un risque accru de morbidité, d'invalidité et entraîne une baisse des fonctions musculaires chez les personnes âgées fragiles (Sullivan et al, 2007).

1.2.6 Éléments liés à l'efficacité de l'intervention

1.2.6.1 Approche choisie

Traditionnellement, les programmes d'exercices offerts aux aînés sollicitent les composantes que l'on retrouve dans les activités de la vie quotidienne : l'équilibre, l'endurance, la force musculaire, la flexibilité et la coordination (Chin A Paw et al, 2001; Mazzeo et al, 1998). Certains programmes s'orientent davantage vers une de ces composantes. En effet, certains privilégient davantage l'entraînement en force (Suetta et al, 2007; Timonen et al, 2002; Binder et al, 2005), l'équilibre (Robitaille et al, 2005).

Certains programmes sont offerts en individuel ce qui permet au professionnel de proposer un programme spécifiquement adapté aux caractéristiques de la personne.

D'autres programmes privilégient l'approche de groupe qui peut avoir des avantages en termes de motivation des participants.

Afin de stimuler la progression individuelle, le programme de groupe doit permettre de créer les conditions favorables afin de permettre à chacun d'augmenter son sentiment d'efficacité personnel et de prendre du plaisir à la pratique. Ceci dans le but de favoriser l'adoption d'habitudes de vie plus actives (Chin A Paw et al, 2002).

1.2.6.2 Les exercices à privilégier

Même si la littérature est assez mitigée quant à l'intensité des programmes à privilégier en termes d'exercices proposés et de fréquence de rencontres, les lignes directrices donnent un cadre de travail en activité physique auprès des aînés en perte d'autonomie.

La littérature scientifique souligne que l'entraînement en force chez le sujet âgé peut permettre de contrecarrer les effets du vieillissement et de la sarcopénie (Mazzeo et al, 1998; Fletcher et al, 2001; Butler-Browne, 2006; Nelson et al, 2007). En effet, l'entraînement en force progressif chez les aînés en perte d'autonomie permet une augmentation de la force musculaire, de l'équilibre, de la capacité fonctionnelle (Timonen et al, 2002; Yarasheski et al, 1999), également chez les personnes âgées ayant des antécédents de chutes avec blessures (Hauer et al, 2001).

En lien avec les maladies chroniques, il a été montré que l'entraînement en force progressif a des bénéfices chez les personnes souffrant d'arthrite (Farr et al, 2010); de diabète (Castaneda et al, 2002), d'insuffisance cardiaque congestive (Meyer, 2006), d'ostéoporose (Kelley et al, 2001).

Concernant l'entraînement de la personne âgée en perte d'autonomie, Mazzeo et collaborateurs (1998) précisent que contrairement aux croyances concernant l'entraînement de la personne âgée en perte d'autonomie, l'entraînement en force à intensité élevée est tout aussi sécuritaire que l'entraînement à intensité plus basse. Concernant l'équilibre, Mazzeo et collaborateurs (1998) précisent qu'il devrait être incorporé, soit comme une modalité de l'entraînement en force, soit comme une modalité séparée. Concernant l'entraînement aérobic, Mazzeo et collaborateurs (1998) précisent qu'avant qu'une personne puisse marcher, il est nécessaire d'être capable de se lever d'une chaise, de maintenir une posture droite tout en se déplaçant dans l'espace.

Les améliorations de la démarche, de la vitesse, de l'équilibre, de la capacité de se lever d'une chaise, de la puissance à monter des marches, de la capacité aérobic sont associées avec les gains de force après entraînement en force chez l'aîné en perte d'autonomie. C'est pourquoi, la littérature conseille d'inclure un entraînement de musculation progressif des principaux membres supérieurs et inférieurs et du tronc dans les programmes pour des aînés. Les groupes musculaires cliniquement pertinents de travailler avec des aînés sont les extenseurs des hanches, les extenseurs du genou, les fléchisseurs et les dorsi fléchisseurs plantaires de la cheville, les biceps et les triceps, les épaules, les extenseurs du dos et les muscles abdominaux (Mazzeo et al, 1998; Binder et al, 2005).

Alliés aux exercices de mobilité, les exercices de flexibilité permettent d'augmenter progressivement l'amplitude du mouvement des articulations (Mazzeo et al, 1998).

Il est conseillé d'adopter une fréquence de deux mais préférablement trois jours d'entraînement par semaine (Mazzeo et al, 1998, Suetta et al, 2007).

Binder et collaborateurs (2005) ont montré que les exercices intenses sont réalisables par des personnes âgées en perte d'autonomie vivant avec une maladie chronique. Cela permet d'avoir des résultats significatifs en termes de qualité de vie comparée à un régime de basse intensité. Cependant, une batterie de tests médicaux était proposée avant l'étude ce qui a exclus les personnes pour qui l'exercice vigoureux n'était pas adapté. De plus, le suivi médical pendant l'étude était important ce qui demande une organisation ainsi que des moyens humains et financiers de taille. La généralisation de cette étude dans les programmes en milieu clinique semble complexe en termes de suivi, d'organisation et de moyens (Singh, 2002).

1.2.6.3 Maximiser le maintien dans le programme

Le maintien de la participation peut être considéré comme un défi pour le professionnel qui doit mettre en place des stratégies visant à maintenir ou développer l'intérêt des participants pour la pratique. Il est nécessaire de créer la curiosité du participant et d'élever son désir d'explorer l'activité. La variété des activités proposées, les interactions sociales, la progression des exercices font partie des stratégies qui peuvent être utilisées (Chin A Paw et al, 2002).

1.2.6.4 Prévenir les effets indésirables

Malgré les bénéfices reconnus de l'activité physique pour les aînés en perte d'autonomie vivant avec des maladies chroniques, il existe un certain nombre de risques à prendre en compte : chutes, hypoglycémie, hypertension. L'approche de groupe et la diversité de maladies chroniques placent l'intervenant dans une situation où il doit proposer une intensité adaptée et sécuritaire. Afin de prévenir des éventuelles complications, la connaissance des contre-indications de pratiques en fonction de chaque condition de santé permettent à l'intervenant d'ajuster la progression de l'intensité en fonction des caractéristiques de son groupe (Guidelines). La sécurité contribue à créer un environnement favorable de pratique comme énoncé précédemment (Chin A Paw et al, 2002).

1.3 Conclusion sur l'état des connaissances

La recension des écrits nous a permis de nous questionner sur le statut de l'aîné en perte d'autonomie vivant avec une maladie chronique dans le cadre du programme d'activités physiques.

Bien qu'un lien soit établi entre le vieillissement et la maladie (Coudin et Paicheler, 2004), ni l'âge ni l'état de santé ne devraient être considérés comme uniques marqueurs de l'identité de l'aîné. Dans le cadre du programme, le vieillissement est considéré comme un processus entraînant des changements (au niveau physique, cognitif, social, environnemental), et la force d'adaptation et de résistance de l'aîné est reconnue (Marchand, 2008).

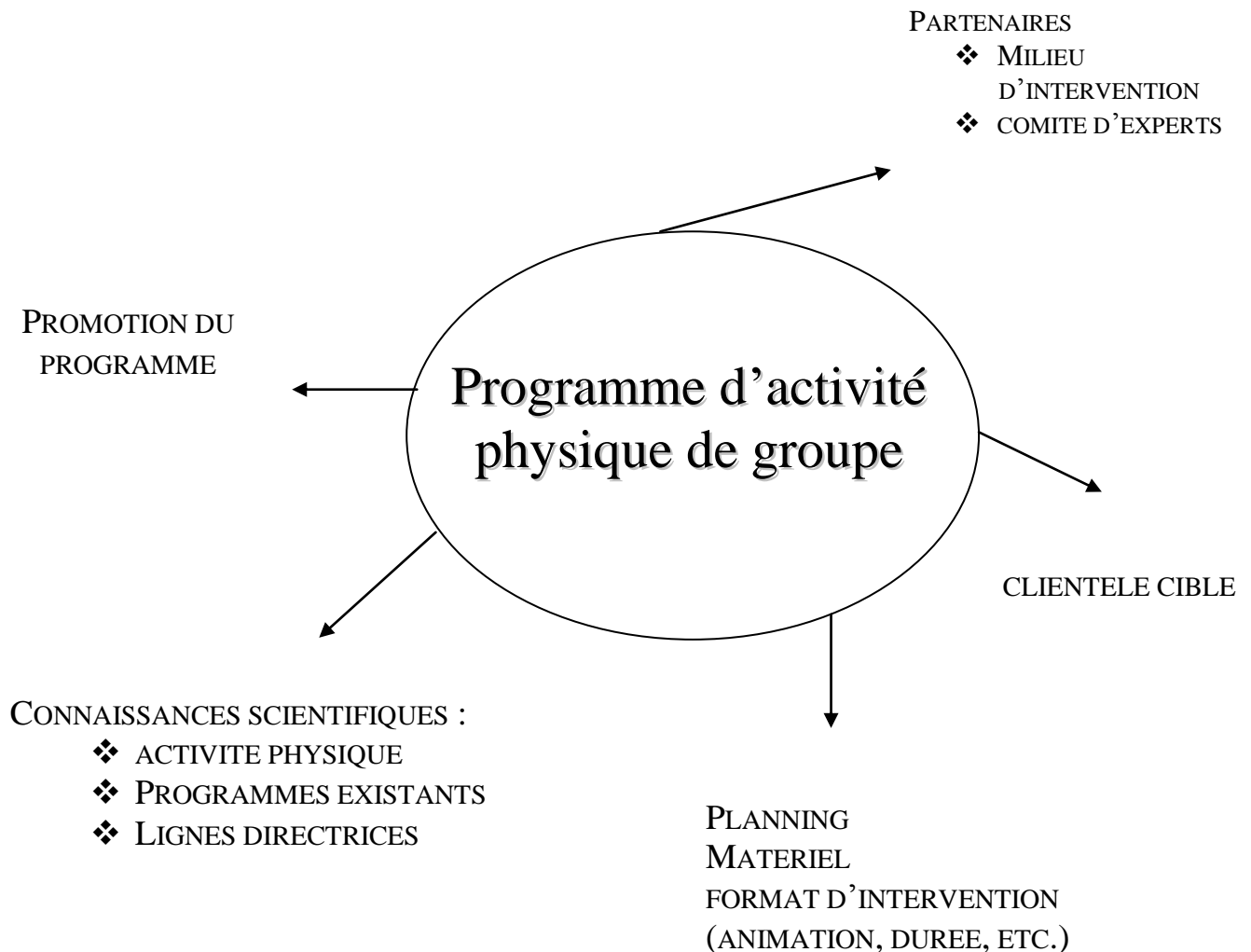
Les études nous donnent des exemples de programmes d'exercices permettant aux aînés d'améliorer leur force musculaire, leur équilibre, leur capacité aérobie, leur sentiment d'efficacité et leur bien-être. Même s'il n'est pas possible de reproduire ces cadres d'intervention nous pouvons en tirer des règles de base concernant l'intervention auprès de la clientèle cible.

Dans le cadre du programme, il ne s'agit pas de métamorphoser la vieillesse en inversant les stigmates (Lagrange, 2009), mais de tenir compte des difficultés que peuvent rencontrer les aînés tout en explorant le champ des possibles et les capacités de ces derniers. En effet, l'environnement de pratique doit permettre aux personnes de compenser les incapacités liées au vieillissement, à la maladie chronique. Il s'agit de mettre en place un cadre efficace sécuritaire, adapté où le plaisir de bouger va avoir une place centrale. Le postulat est le suivant : afin d'engager les personnes atteintes de maladies chroniques dans la pratique d'une activité physique, la prise de plaisir par le mouvement et la mise en situation de réussite peuvent permettre aux personnes de reprendre confiance en leur corps.

2. Méthodologie choisie :

Un certain nombre de facteurs sont à prendre en compte lors de l'élaboration d'un programme d'activité physique de groupe. Le graphique 3 présente les facteurs à considérer lors de l'élaboration d'un programme d'activités physiques.

Graphique 3 : Facteurs à considérer lors de l'élaboration d'un programme d'activités physiques



Les facteurs liés à la clientèle et à l'activité physique sont repris dans la suite de notre développement.

Cette partie retrace les différentes étapes du projet de l'élaboration du programme jusqu'à la mise à l'essai.

2.1 Élaborer le programme d'activités physiques

2.1.1 Étapes du projet

Une des missions du stage est l'élaboration d'un programme d'activités physiques de groupe qui vise à maintenir les capacités des aînés en perte d'autonomie vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques. La planification est la première étape du projet. Le tableau 3 présente les étapes fondamentales du projet.

Tableau 3 : Calendrier prévisionnel des différentes étapes
d'élaboration du programme d'activité physiques

Étapes	Calendrier	Ressources humaines
Recension des écrits	mi-janvier à mi mars	Caroline Gall
Rédaction d'une première version	mi-mars à avril	Caroline Gall
Consultation d'experts Contacts téléphoniques et questionnaires	avril	Josiane Desroches Sophie Laforest Manon Parisien Peter Popov
Modifications dues au retour	avril	Caroline Gall
Mise à l'essai	Fin avril à fin mai	Caroline Gall
Analyse des résultats, modifications et rédaction finale	Mai - juin	Caroline Gall

2.1.2 Les connaissances scientifiques

La phase de recension des écrits a différents objectifs :

- ❖ Définir le projet
- ❖ Identifier les pratiques reconnues (programmes existants, études randomisées, etc.) en lien avec les objectifs du programme d'activités physiques
- ❖ Familiarisation avec la thématique du programme (caractéristiques de la clientèle cible, ses besoins, etc.)

Cette phase constitue la base théorique du programme d'activités physiques.

D'une manière plus pratique, elle se réalise à l'aide d'outils divers tels que les bases de données (EndNote, PUBMED, etc.), la consultation de programme existants, des livres, etc.

2.1.3 La population cible

La clientèle cible du programme d'activités physiques est les aînés en perte d'autonomie qui subissent une altération de leurs capacités physiques à la suite d'une maladie chronique (le Parkinson, le diabète, l'hypertension, etc.).

De ce fait, un certain nombre de facteurs liés à la population cible sont à considérer lors de l'élaboration du programme :

- ❖ L'hétérogénéité de la clientèle : la nécessité de proposer des variantes aux exercices pour tenir compte des contre indications de pratique par maladie chronique ainsi que de la forte prévalence d'hypertension chez cette clientèle
- ❖ La condition fonctionnelle : la perte d'autonomie peut entraîner des limitations fonctionnelles; des risques accrus de chutes peuvent également y être associés

- ❖ La perception de l'effort : la fatigabilité de la clientèle est importante parfois troublée par la médication
- ❖ Le besoin d'un cadre sécuritaire (Chin a Paw et al, 2002)
- ❖ Les caractéristiques personnelles : chaque personne a une expérience personnelle et une gestion de sa situation qui lui est propre; deux personnes qui vivent avec la même maladie auront mis en place des stratégies personnelles de gestion
- ❖ L'importance de la valorisation : proposer des situations motrices qui permettent aux personnes d'être en situation de réussite
- ❖ La santé globale : la clientèle peut vivre avec des troubles cognitifs et sensoriels

En lien avec ces facteurs liés à la population cible, il est essentiel de proposer un programme constitué d'outils originaux afin de susciter la motivation des personnes âgées. Le plaisir de pratique doit faire partie intégrante du programme.

2.1.4 Le milieu d'intervention

Le programme d'activités physiques est destiné aux intervenants des centres de jour, qui travaillent conjointement avec les services de soutien à domicile des Centres de Santé et des Services Sociaux (CSSS). Les centres de jour sont des ressources pour les aînés et leur famille qui offrent des activités préventives et thérapeutiques aux aînés vivant à domicile et ayant une perte d'autonomie physique, cognitive ou psychosociale.

Leur mission consiste à promouvoir et à améliorer l'autonomie et la qualité de vie des aînés et de leur famille par une approche holistique et interdisciplinaire qui favorise le mieux-être. Afin de proposer des services proches des besoins des personnes, une évaluation des personnes est réalisée au préliminaire par les travailleurs sociaux.

L'organisation du système de santé québécois prévoit que les clients des centres de jour doivent résider sur le territoire et être référés par le personnel d'un CSSS. Les clients peuvent également être envoyés par des centres hospitaliers ou des centres de réadaptation, cependant tous les clients doivent être référés et suivis par un responsable des cas du CSSS de leur territoire.

Dans le cadre de l'élaboration du programme, un certains nombre de facteurs liés à l'organisation sont à prendre en compte :

- ❖ Le matériel d'animation doit être facilement accessible et peu coûteux;
- ❖ Les activités physiques doivent-être réalisables dans un espace restreint;
- ❖ Le programme doit être adaptable à des tailles variées de groupe allant de huit à douze personnes;
- ❖ L'animation doit-être réalisée par un professionnel mais pas nécessairement un professionnel de l'activité physique;
- ❖ La possibilité d'absence de certains participants peut-être courante: les personnes absentes doivent pouvoir réintégrer le groupe facilement à leur retour;
- ❖ Une autorisation médicale peut être nécessaire afin de participer au programme d'activités physiques.

2.2 La validation : La consultation d'experts

Dans le cadre de l'élaboration du programme, l'une des phases consiste à la consultation d'experts. La soumission du programme au comité permet de recevoir un premier avis sur les points suivants :

- ❖ La faisabilité du programme par rapport à la clientèle cible
- ❖ L'originalité du programme
- ❖ La cohérence du programme

Une grille de rétroaction des réviseurs (cf : Annexe 1) permet de recueillir les diverses remarques des professionnels.

2.3 La mise à l'essai : Tester le programme

La mise à l'essai est une phase décisive dans le cadre de l'élaboration du programme car elle permet de tester le programme et de le confronter aux réalités de terrain en lien avec les besoins de la clientèle cible et l'organisation institutionnelle (locaux, horaires, matériel).

2.3.1 Les objectifs de la mise à l'essai

L'objectif de la mise à l'essai est de bonifier le programme d'exercices afin de le rendre le plus accessible possible en vue de son application dans les centres de jour. Elle doit permettre :

- ❖ d'observer la réponse des participants au programme d'activités physiques
- ❖ de décrire les participants qui répondent favorablement au programme
- ❖ de tester la faisabilité des exercices dans le milieu d'intervention avec la clientèle cible afin confronter le programme aux réalités de terrain
- ❖ de tester des outils (expression des sensations) auprès de la clientèle

2.3.2 La recherche de partenaires

La recherche de partenaires est une étape importante dans le cadre de la mise à l'essai. L'objectif est de trouver un milieu d'intervention possible pour la mise à l'essai du programme, ce qui suppose des locaux, un créneau horaire disponible, et le recrutement de participants correspondant à la population cible du programme. Dans le cadre de la recherche de partenaires, une plaquette est utilisée pour promouvoir le programme d'activités physiques sur le territoire (cf : Annexe 2).

2.3.3 Les outils de documentation

Dans le cadre de l'élaboration, il est important de réfléchir à des outils qui permettent de documenter :

- ❖ L'état de santé des participants au programme
- ❖ La réponse des participants au programme

2.3.3.1 Le recrutement des participants

Afin de recruter les participants, un questionnaire téléphonique est administré afin d'avoir un maximum d'informations sur leur état de santé avant l'inscription éventuelle au programme (cf : Annexe 3). Une autorisation médicale peut être demandée aux participants pour lesquels l'état de santé semble discutable. Dans le cadre du programme ce questionnaire a été adapté du programme Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED).

2.3.3.2 La réponse des participants au programme

Il est nécessaire de réfléchir à des outils qui permettent de renseigner la réponse des participants au programme d'activités physiques de groupe. En fonction de la clientèle cible du programme, un certains nombres de facteurs étaient à considérer pour la collecte d'informations :

- ❖ Éviter la sollicitation de l'écriture auprès de la clientèle. En effet, certaines personnes peuvent rencontrer des difficultés avec l'écriture (difficulté dans la tenue du crayon, problèmes d'alphabétisation, etc.),
- ❖ Utiliser des outils simples, avec des échelles de positionnement simples de compréhension (ex : adaptation de l'échelle de Borg par exemple),
- ❖ Certains participants peuvent vivre avec des troubles cognitifs,
- ❖ Proposer des outils efficaces car le temps d'intervention est limité.

3. Résultats

Le développement du programme comportait trois principaux objectifs : le développement d'un programme d'exercices pour des aînés vivant avec des maladies chroniques, sa validation auprès d'un comité d'experts et la mise à l'essai auprès d'un petit groupe d'aînés. Cette partie présente les résultats des différentes phases de travail.

3.1 Description du programme

La réflexion sur les facteurs liés à l'organisation et à la population cible du programme nous ont permis d'établir un cadre de départ dans l'élaboration du programme d'activités physiques.

3.1.1 Le squelette du programme

Le programme se déroule sur une durée de douze semaines à raison d'une heure par semaine. Le nombre de participants suggéré est de huit à douze aînés. Afin de les engager dans la pratique d'activités physiques au quotidien, les exercices de groupe seront complétés d'un volet d'exercices réalisables de façon autonome à leur domicile et d'un outil de motivation à la marche sous la forme d'un cadre motivationnel stratégique. Une partie du programme est présenté en Annexe 4.

3.1.2 Objectifs du programme

L'objectif général du groupe d'exercices est de développer ou de maintenir les capacités physiques des aînés afin de leur permettre de conserver un maximum d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (se déplacer, se laver, s'habiller, se lever d'une chaise, monter ou descendre les escaliers).

Ainsi, les situations motrices sont établies sur celles nécessaires dans la vie quotidienne et une réflexion sur les fonctions motrices liées a été réalisée. Par exemple :

- ❖ Force dans les bras pour porter un objet et se lever d'une chaise
- ❖ Force dans les jambes pour se déplacer
- ❖ Équilibre pour se déplacer
- ❖ Amplitude pour se laver les épaules

Le programme vise le maintien ou l'amélioration de la mobilité articulaire, de l'équilibre, de l'endurance musculaire, de la force des participants et du bien-être des participants.

De plus, un objectif secondaire du programme est de favoriser la pratique d'activités physiques au quotidien et ce même après le programme. Pour cela, il doit permettre aux participants de prendre du plaisir lors de la pratique. La stimulation cognitive par l'imaginaire a pour objectif de stimuler un maximum les aînés et de créer un univers de pratique autour du plaisir.

Au vue de l'hétérogénéité de la population cible et des objectifs du programme d'exercice, il n'est pas proposé de tests d'évaluation des capacités fonctionnelles via des tests reconnus.

Le programme n'est pas adapté aux personnes présentant des troubles cognitifs leur empêchant de comprendre des consignes simples. De plus, les participants au programme doivent être capable de marcher avec ou sans aide (marchette, canne) sur quelques mètres. Afin d'assurer la sécurité, un questionnaire téléphonique est réalisé au préalable (cf. Annexe 2).

3.1.3 La philosophie d'intervention

La philosophie d'intervention s'inspire des travaux de Soulier (Soulier, 1996) qui précise que les expériences motrices diverses sont aux prémices d'une possibles réappropriation identitaire. En effet, dans le cadre du programme, l'idée est de tenir compte des difficultés que peuvent rencontrer les aînés mais surtout d'explorer le champ des possibles. Il s'agit de donner la possibilité aux individus d'avoir accès au sentiment d'accomplissement qu'apporte toute activité physique, ludique ou sportive (Pépin, 2006).

Dans le cadre du programme, l'animateur peut avoir un rôle de confident et peut être une personne ressource pour les participants qui participent au programme. L'écoute des participants tient une place importante dans le cadre de la pratique.

3.1.4 Les stratégies de renforcement positif

La réflexion autour de l'aîné en perte d'autonomie a permis de définir la thématique du voyage -synonyme d'aventures, de découvertes, de liberté- comme fil conducteur du programme d'activités physiques. L'idée est de proposer un Tour du Monde de douze semaines où les situations motrices (se déplacer, saisir, lancer, etc.) sont en lien avec la thématique et visent à solliciter l'imaginaire et susciter leur curiosité des participants (Chin a Paw, 2002). La thématique du voyage donne la possibilité au professionnel d'enrichir l'univers de pratique (par la musique, les explications culturelles, etc.).

3.1.5 Le matériel nécessaire et les consignes de sécurité

Le programme d'exercices contient une liste de matériel nécessaire pour effectuer les exercices. Afin de rendre le programme facile d'accès aux centres de jour, le programme prévoit l'utilisation d'objets accessibles tels que des ballons de différentes tailles et des serviettes.

Le programme d'activités physiques prévoit des recommandations et des contre indications de pratique afin de prévenir les éventuels effets indésirables lors de la pratique.

3.1.6 Les outils pour documenter la réponse des participants

Dans le cadre du programme d'activités physique de groupe, il a été décidé d'utiliser des outils accessibles afin de documenter la réponse des participants. Elle est observée de différentes façons :

- ❖ Des observations sur le terrain : l'intervenant peut constituer un journal de pratique afin de rendre compte des évolutions des participants et de leur tolérance à l'effort;
- ❖ Des discussions de fin de rencontre afin de recueillir les remarques des participants sur le programme;
- ❖ Des outils peuvent être utilisés lors du programme afin de faciliter l'expression de l'état physique ou émotionnel des participants au début et à la fin de séance;
- ❖ L'assiduité des participants au programme
- ❖ La dynamique de groupe permet de juger du côté social recherché par la pratique.

3.2 La consultation du comité d'experts

Le tableau 4 présente l'équipe d'experts consultée pour la validation du programme d'activités physiques :

Tableau 4 : Membres du comité d'experts

Noms	Titre
Laforest Sophie	Superviseure, professeure au département de kinésiologie à l'Université de Montréal, CREGES, IRSPUM
Manon Parisien	Superviseure, ergothérapeute et agente de planification
Josiane Desroches	Kinésiologue
Peter Popov	Kinésiologue
Kareen Nour	Chercheure en évaluation de programmes

Après soumission du programme au comité, les principales remarques du comité d'expert ont été les suivantes :

- ❖ L'originalité du programme est soulignée
- ❖ Les experts proposent de reformuler certains exercices afin de ne pas utiliser des termes négatifs lors de la simplification des exercices
- ❖ Des instructions générales sont mal placées
- ❖ Une attention particulière doit-être portée aux objectifs : être cohérente dans la progression des exercices
- ❖ Une révision des exercices et situations qui sollicitent les épaules : de nombreux aînés souffrent de douleurs aux épaules
- ❖ Une attention au vocabulaire utilisé doit-être faite lors de la description des exercices
- ❖ Le programme doit considérer que toutes les personnes vivent avec de l'hypertension.

3.3 La mise à l'essai

Dans le cadre du programme, la mise à l'essai s'est organisée comme suit :

- ❖ La recherche de partenaires
- ❖ L'essai du programme
- ❖ Chaque semaine : demande renseignements aux participants sur la séance passée, leurs sensations
- ❖ Discussion intermédiaire à la mi-parcours : discussion sur le programme, recueil des remarques
- ❖ Discussion finale : recueil des impressions sur le programme

Des modifications des exercices peuvent être apportées tout au long de cette phase.

3.3.1 Le déroulement de la mise à l'essai

L'équipe Prévention Promotion Santé et Vieillessement avait déjà un certain nombre de partenaires avec qui elle collabore dans le cadre de ses projets. Au cours des années précédentes, le Centre communautaire St Raymond, situé dans le quartier Notre-Dame-de-Grâce à Montréal a accueilli les mises à l'essai de divers programmes d'activités physiques. Le recrutement des participants s'était fait par l'intermédiaire du Centre de Réadaptation Constance-Lethbridge. Cette année, le partenariat suivant devait être reconduit.

Suite à des difficultés de recrutement, la mise à l'essai du programme s'est déroulée au Centre de Jour St Margareth durant sept séances du 21 avril 2011 au 2 juin 2011. Une rencontre avec la physiothérapeute et la spécialiste du mouvement a été organisée le 14 avril 2011 afin de visiter le centre de jour, de présenter les objectifs et de rencontrer la population cible du programme.

Les professionnels du centre de jour ont souhaité effectuer une première lecture du programme afin de constituer un groupe au plus proche de la population cible.

Cette rencontre a permis de préciser les objectifs de la mise à l'essai et de recevoir les commentaires et les conseils des deux professionnelles du centre qui connaissent les aînés.

Le questionnaire téléphonique n'a pas pu être administré aux participants avant la mise à l'essai en raison de contraintes organisationnelles et de temps, c'est pourquoi les dossiers médicaux des participants ont été consultés afin de prendre connaissances de l'état de santé des participants du groupe.

D'autres partenaires peuvent être nécessaires dans le cadre de la mise à l'essai. À titre d'exemple, une bénévole bilingue a été recrutée afin d'assurer la traduction des exercices et de veiller à la sécurité des participants lors des rencontres de groupe.

3.2.2 Description du groupe

Les participants au programme ont été recrutés par la spécialiste du mouvement du centre de jour St Margareth à Montréal. Un groupe de neuf participants a été constitué après une présentation rapide du programme aux aînés du centre de jour. Le groupe a été constitué par la spécialiste du mouvement du Centre de jour. Le tableau 5 résume les caractéristiques des participants après consultation des dossiers médicaux :

Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographique et de santé des participants

Nom	Age	Sexe	État de santé	Chute derniers mois	Aide à la marche	Faits marquants
E.B.	81	F	<ul style="list-style-type: none"> - Prothèse hanche Gauche - Dislocation (4 fois doit maintenir une restriction de 60° de flexion de hanche) - Ostéoporose - Schizophrénie (stable) - Parkinson - Symptômes de dépression - Convulsions - Fracture compression 	Oui	Déambulateur	- Centre d'intérêt : l'art
S.D. Infos de 99 ou 2000	82	F	<ul style="list-style-type: none"> - Diabétique non insulino dépendant - Lombalgie - Gonarthrose - Hypertension artérielle 	Non	Canne	Origine : Jamaïque Au Canada depuis plus de 40 ans Diminution socialisation récemment

Nom	Age	Sexe	État de santé	Chute derniers mois	Aide à la marche	Faits marquants
E.H.	84	F	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéoarthrite - Ostéoporose - Sténose du canal rachidien (augmentation douleur par extension et marche) - Hypothyroïdisme - Remplacement total de la hanche droite 	Non	Canne	Hospitalisation 10/05
S.B.	73	F	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs aux genoux - Hypothyroïdie - Tremblement et détérioration de la marche - Difficulté de préhension - Dépression - Bipolaire 	Oui	Canne	Hospitalisée en novembre 2009 Historique de chutes → anxiété
W.M.	78	F	<ul style="list-style-type: none"> - Alzheimer - Hypertension 	Non	Canne	Dépendante totale pour certaines activités de la vie quotidienne
E.T.	74	F	<ul style="list-style-type: none"> - Spasme en flexion du coude - Hémiparésie gauche avec hypoesthésie 	Non	Canne	Antécédent cancer colon
W.S.	87	F	<ul style="list-style-type: none"> - Diabète de type 2 (borderline) - Pacemaker 2008 - Cataracte - Hypothyroïdisme - Ostéoarthrite (épaule droite) - Anémie - Situation de la cognition ~ 	Non	Déambulateur	

Nom	Age	Sexe	État de santé	Chute derniers mois	Aide à la marche	Faits marquants
T.M.	91	F	<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes Ouïe - Diabète - Douleurs hanche droite - Difficulté de mobilité 	Non	Canne	
A.B.	86	F	<ul style="list-style-type: none"> - Arthrite - Angine - Hypertension - Douleur dos - Obèse - Dyspnée à l'effort - Problème audition - Gonarthrose 	Non	Déambulateur	Intérêt : Regarder la télé, l'Église Hospitalisée dans la dernière année Vit avec sa fille schizophrène Peut circuler à l'intérieur/à l'extérieur Autonome dans les tâches domestiques
L.A	86	H	<ul style="list-style-type: none"> - Cataracte - Diabétique - Asthme - MPOC - Gonarthrose - Insuffisance cardiaque chronique - Démence mixte 	Oui	Déambulateur	

Globalement, les participants répondent aux critères de sélection au programme : Ils sont âgés entre 73 et 91 ans, vivent avec une ou plusieurs maladies chroniques ainsi qu'avec des altérations fonctionnelles.

Le groupe de départ est constitué de femmes, un homme a rejoint le groupe en cours de programme. La moyenne d'âge est de 82 ans. La clientèle est anglophone. Les participants vivent avec plus d'une maladie chronique. Certains participants ont subi une chute dans les derniers mois (n= 3).

Les dossiers médicaux n'étaient pas tous actualisés c'est pourquoi les informations contenues à l'intérieur permettaient d'avoir un premier aperçu rapide et probablement non exhaustif des caractéristiques des participants. Certains vivent avec des troubles psychologiques ou cognitifs (n=4).

3.3.3 La réponse des participants au programme

Tout au long de la mise à l'essai, diverses informations ont été recueillies : l'assiduité des participants, leur réponse au programme d'activités physiques (en terme de sensations, de participation, de tolérance), la dynamique de groupe et la satisfaction.

3.3.3.1 Assiduité

Le tableau 6 présente le taux de participation des participants au programme d'exercices de groupe. Une participante a abandonné le programme à la semaine 3. Les causes des absences des participants à certaines séances s'expliquent de différentes façons : absence du centre de jour, rendez-vous chez le coiffeur, refus de pratiquer pour diverses raisons (fatigue, essoufflement post séance). Il est à noter que dans certains cas particulier, le refus de pratiquer du participant est reçu positivement par les professionnels du centre de jour. En effet, pour certains participants la prise de position est parfois difficile. Le refus de pratique est alors vu comme une affirmation du sujet. Le tableau 6 présente les présences des participants au programme.

Tableau 6 : Tableau de présence au programme

Participants	Activités physiques (/7)
E.B	6/7
S.D	3/7
W.M	7/7
E.T	7/7
W.S	7/7
T.M*	2 /7
E.H	3/7
Miss I	6/7
S.B	7/7
L**	2/7

* Abandon après la 2ème séance

** Arrivé à la séance 4

Le taux de participation au programme est de 71%, sachant qu'une personne a décidé d'arrêter de suivre le programme d'exercices et qu'un participant a rejoint le groupe en cours de programme.

3.3.3.2 Réponse au protocole d'exercices

Globalement, les participants ont toléré le programme d'activités physiques. A partir des données des dossiers médicaux et des informations recueillies auprès des professionnels, les exercices sur chaise ont été favorisés au départ afin de prendre connaissance du niveau des participants et de proscrire les risques de chutes liées aux déplacements et à la position debout. Progressivement, des exercices en position debout ont été proposés mais le choix était donné aux participants de les réaliser assis ou debout. Malgré cela, la plupart réalisaient les exercices debout lorsque cela était proposé.

La progression des exercices a été source de questionnement tout au long du programme car il fallait proposer un niveau d'activité suffisant (en tenant compte des contre-indications de pratique de chacun) afin de maintenir la motivation des participants tout en prenant garde aux participants qui avaient tendance à se dépasser.

La progression des exercices s'est faite en augmentant l'amplitude de travail dans un premier temps puis le nombre de répétitions. Les participants ont toléré le programme d'exercices.

3.3.3.3 La dynamique de groupe

Les participants au groupe se rencontrent chaque jeudi au centre de jour sans pour autant se connaître. Le climat de groupe a été clément tout au long du programme et les participants semblaient être de plus en plus à l'aise au fil des séances. Des situations « Brise Glace » ont été mise en place afin de créer un climat d'écoute dès le début des séances. De plus, les participants manifestaient leur plaisir et leur enthousiasme lors de la pratique (rires, blagues, échanges, etc.) et lors des questions posées, les participants prenaient la parole devant le groupe. Ces derniers faisaient attention les uns aux autres ce qui permis d'évoluer dans un climat positif.

3.3.3.4 La satisfaction des participants

La satisfaction des participants a été renseignée à chaque séance afin de recevoir leurs commentaires au fur et à mesure de l'avancée du programme, ce qui a permis à ces derniers de préciser que le niveau d'activité était trop simple au départ.

La satisfaction a été renseignée par différents moyens : au départ, à l'aide d'outils (Annexe 5). Ces derniers ont été progressivement abandonnés pour des raisons pratiques (temps limité, manque d'adaptation). La satisfaction a été ensuite renseignée par des discussions de

groupe. L'utilisation de crayons pouvait être source de difficultés pour certains participants, c'est pourquoi la discussion a été privilégiée. Les questions ouvertes et générales ont permis aux participants de s'exprimer et parfois de parler de leur expérience personnelle.

La satisfaction a été davantage renseignée lors de la dernière séance, où un temps de discussion plus important a été utilisé. Les participants ont pu donner leur avis personnel sur le programme.

Globalement, les participants qui ont suivi le programme dans son ensemble sont satisfaits. Ils trouvent que le programme est original et adapté à leurs capacités. Tous les participants ont déclaré s'être senti en sécurité pendant les exercices et être satisfaits de l'animation. Les participants ont déclaré que le programme était trop court et auraient aimé continuer. La thématique du voyage a été appréciée par les participants qui ont aimé la trame du programme.

Les questions ouvertes telles que « Qu'est ce que vous avez préféré dans ce programme » ou « qu'est ce que vous proposeriez pour améliorer le programme » ont permis de recueillir de nombreuses remarques :

- ❖ La pratique de groupe était importante pour les participants
- ❖ Le programme est un challenge (n=1)
- ❖ Réutilisation des exercices en musique au domicile (n=2)
- ❖ Le programme d'exercice me donne envie de bouger (n=4)
- ❖ La thématique du voyage était intéressante et les images données pour donner les exercices originales

4. Discussion

Ce dernier chapitre a pour but d'analyser les résultats de l'élaboration et de la mise à l'essai du programme d'activités physiques. Le bilan de projet permet d'une part de comparer les dispositions initialement prévues avec le déroulement réel du projet, et d'autre part de porter un regard critique sur tous les aspects du projet pour en tirer des voies d'amélioration.

Les finalités d'un bilan de projet sont :

- D'évaluer le projet (atteintes des objectifs, les écarts entre le prévu et le réalisé écarts...),
- De capitaliser le savoir-faire (tirer tous enseignements techniques, de gestion ou d'organisation utiles pour les projets futurs).

4.1 La recension des écrits

Le manque de méthodologie dans la recherche des articles scientifiques a été une barrière lors de la première étape du projet, soit celle de la recension des écrits. En effet, de nombreuses bases de données facilitent la recherche documentaire. Cependant, la méconnaissance de leur utilisation a entraîné une perte de temps dans les avancées de cette phase. Afin de remédier à cette carence, des formations à la technique de recherche en base de données (PUBMED et MEDLINE) ont été bénéfiques au cours du projet. De plus, le cours et le travail de groupe suivis en kinésiologie à l'université de Montréal ont permis de travailler la méthodologie de la recherche documentaire. Enfin, l'accès aux bibliothèques de l'université de Montréal a été un levier important lors de cette phase.

Il peut être intéressant de proposer aux futurs étudiants de suivre des formations de recherche documentaire dès le départ afin de leur donner les outils nécessaires durant cette première phase.

4.2 Élaboration du programme

Le peu d'expériences dans le domaine de la gérontologie sociale et dans le développement de programme pouvaient être considérés comme une barrière dans le cadre du projet.

Cependant, l'encadrement des tuteurs de stage, la recherche scientifique et les opportunités de spécialisations (journée de la recherche (Annexe 6), écriture d'un article (Annexe 7), rencontres avec des professionnels, cours à l'université, etc.) ont permis de contrecarrer ce manque d'expériences dans le domaine.

4.3 La concertation au comité d'experts

L'équipe de professionnels qui composaient le comité de consultation a été un levier dans le cadre du projet. En effet, elle a permis de discuter du programme et de recueillir des informations de façon interactive. Leurs connaissances en terme d'intervention auprès de la clientèle cible a permis de recevoir des feedbacks permettant de bonifier le programme (en terme de sécurité, en terme d'intervention sur le terrain, etc.). Leur disponibilité tout au long du programme a été importante.

Le comité d'expert est une ressource dans le cadre du programme car il permet d'adapter le contenu du programme au plus proche des besoins de la clientèle cible, ce qui participe à la sécurité de cette dernière.

4.4 La mise à l'essai

4.4.1 Le recrutement

La difficulté de recrutement peut être considérée comme une barrière et un levier dans le cadre du projet. Dans un premier temps, elle peut être considérée comme une barrière car elle a entraîné la perte d'une semaine d'intervention sur le terrain. En même temps, elle a été un levier car le partenariat avec le Centre de Jour St Margareth a été positif :

- ❖ le programme a pu être mis à l'essai dans un centre de jour auprès d'une clientèle au plus proche de celle pour qui est destiné le programme;
- ❖ un nouveau partenariat s'est établi avec le Centre St Margareth qui est présent sur le territoire du CSSS Cavendish.

La qualité d'accueil du Centre St Margareth dans le cadre de la mise à l'essai en termes de prêt de matériel, de prêt de locaux a été bonne. La physiothérapeute du centre a facilité l'organisation de la mise à l'essai par sa disponibilité, son écoute et la facilité d'accès aux dossiers médicaux des participants.

Si on analyse les difficultés de recrutement, le Centre St Raymond n'a reçu aucune inscription au programme. Les hypothèses de ces difficultés sont :

- ❖ Le prix de l'inscription qui pouvait paraître important (55 dollars). Cependant, le centre St Raymond proposait d'aider les personnes qui rencontraient des difficultés financières
- ❖ La nécessité de réaliser un suivi régulier du partenariat
- ❖ Le temps mis par le Centre St Raymond pour signaler qu'ils n'avaient pas reçu le dépliant envoyé
- ❖ Les possibles difficultés de déplacement des participants

Suite à ces changements, la grille de sélection des participants téléphonique a été remplacée par une consultation des dossiers médicaux des participants. La rencontre avec les professionnels du centre de jour a permis d'accéder à un certain nombre d'informations

concernant les participants au programme (caractéristiques, faits marquants dont il faut tenir compte, etc.).

4.4.2 La langue anglaise

La langue anglaise a été au départ considérée comme une barrière le cadre du programme. En effet, la clientèle du programme était anglophone et les difficultés rencontrées avec la langue anglaise par l'animatrice complexifiaient l'intervention car la communication avec le public est essentielle lors d'une intervention (pour donner les consignes d'exercices, les consignes de sécurité, échanger avec la clientèle, etc.).

Cependant, face à ses difficultés différentes stratégies ont été mises en place :

- ❖ Les séances ont été traduites avant chaque intervention afin de communiquer un maximum avec la clientèle
- ❖ Une bénévole bilingue a été recrutée afin d'assurer les traductions et d'assurer la sécurité des participants lors des exercices

La difficulté avec la langue anglaise a également été source de bénéfices lors de la mise à l'essai. La clientèle était compréhensive, davantage attentive aux consignes et corrigeait les erreurs de langue. De plus, une des participantes parlait quelques mots de français et traduisait certaines consignes aux autres participants. Cela a contribué à créer une dynamique de groupe favorable. De plus, les erreurs de langage était parfois source de rires ce qui a également favorisé la création d'un climat de pratique positif. Cependant, il faut noter que les maladroites de langue ont pu être source de difficultés pour certains participants.

4.4.3 Le temps d'intervention

Le temps d'intervention était relativement court et ne correspondait pas à l'offre future du programme. Les participants au programme n'arrivaient pas tous en même temps et le temps d'installation était parfois important. Cependant, il semblait important d'attendre que tous les participants soient en place avant de débiter la séance.

4.4.4 La thématique du voyage

La thématique du voyage a été un levier lors de la mise à l'essai. En effet, elle a permis de créer l'univers de pratique visé (par les explications culturelles, les images, les échanges avec les participants). De plus, il semble que la routine installée lors de la mise à l'essai ait été source de motivation pour les aînés et donnait des repères aux aînés. Cependant, la thématique a pu être source de barrière car une des participante a abandonné le programme après la deuxième semaine.

4.4.5 La co-animation

Malgré les craintes liées à la co-animation, la présence de la bénévole a été un levier lors de la mise à l'essai. D'une part, celle-ci avait déjà été confrontée à cette clientèle par le passé, elle était donc à l'aise lors de la pratique. D'autre part, celle-ci traduisait les consignes lorsque cela était nécessaire. Cela permettait d'assurer la sécurité des participants et de les rassurer. Enfin, celle-ci faisait l'intermédiaire entre les participants et l'animatrice afin de traduire des remarques et des questions; ce qui permettait aux participants de se sentir écouté.

4.4.6 La motivation des participants

La motivation des participants lors de la pratique créait certaines craintes par rapport à leur état de santé. En effet, la motivation poussait certains participants à se mettre dans des situations jugées comme « Borderline » (en appui sur les mains, se déplacer sans leurs marchettes, etc.). Ces « prises de risques » peuvent s'expliquer par différentes hypothèses : l'hétérogénéité des participants en pratique de groupe peut en pousser certains à dépasser leurs limites, phénomène accentué par les encouragements, l'univers de pratique, etc. Des facteurs semblent avoir participé au développement de ce climat de groupe : la reconnaissance de chacun des participants; les nommer par leur prénom, leur laisser la parole, les solliciter du regard, les valoriser.

4.4.7 La participation

Malgré de nombreuses remarques positives et un taux de participation de 72% on notera qu'une participante a décidé d'abandonner le programme après la deuxième semaine. Cette dernière n'a pas donné d'explication à son abandon, cependant nous pouvons émettre un certain nombre d'hypothèses :

- ❖ L'incident avec sa canne lors de la deuxième séance a participé à sa décision d'abandonner le programme
- ❖ La thématique du voyage n'a pas été appréciée
- ❖ Le niveau d'activité physique n'était pas adapté à ses capacités
- ❖ L'animation n'était pas satisfaisante
- ❖ Les stratégies de renforcement positif (encouragements, thématique, etc.) n'étaient pas suffisantes ou efficaces

De plus, deux participantes sont venues à quelques séances mais n'étaient pas assidues au programme.

4.5 Recommandations

Pour l'application future du programme d'activités physiques ou le développement d'autres programmes, nous pouvons établir un certain nombre de recommandations.

4.5.1 Le recrutement

Concernant le recrutement des participants, des partenariats avec des centres de jour pourraient être reconduits. Outre les contraintes organisationnelles liées à l'accueil d'un programme, un certain nombre d'avantages peuvent être mis en lumière. Cela permet de proposer aux aînés une activité nouvelle à coûts inexistantes. De plus, la venue d'un étudiant ou d'un professionnel -qui a un regard extérieur sur le centre- peut amener un certain dynamisme au sein de celui-ci. En effet, la rencontre entre l'étudiant et les professionnels du centre peut être source de discussions, de partage de connaissances, bénéfiques pour les deux parties.

4.5.2 Le programme d'activités physiques

Afin de permettre aux participants de se sentir davantage à l'aise lors des exercices, il est nécessaire de maintenir les périodes de trois semaines où sont proposés sensiblement les mêmes exercices avec des difficultés différentes. En effet, cela permet aux aînés de répéter les mouvements et de s'imprégner des exercices. Par la répétition des mouvements, les participants acquièrent un sentiment de maîtrise et se sentent de plus en plus en confiance lors des exercices. Cela participe à la mise en situation de réussite des participants et à la redécouverte de leurs capacités. Au vu de l'hétérogénéité de la clientèle cible, il est nécessaire de ne pas excéder douze participants par groupe.

La création de l'univers de pratique ne doit pas restreindre le temps de pratique. Aussi, il est conseillé d'intégrer les démonstrations des exercices et d'intégrer l'imaginaire lors de ce temps de démonstration ou pendant l'exercice. Il est important d'exploiter une thématique comme celle du voyage qui permet de solliciter l'imaginaire des participants et qui peut être source de motivation pour ces derniers. Il est recommandé d'encourager les participants tout au long du programme et de les valoriser ce qui peut leur permettre de reprendre confiance en leur corps.

Afin de proposer une intensité suffisante lors des exercices et de dynamiser les participants, il peut être intéressant de les encourager à être constamment en mouvement lors de la pratique en leur proposant de marcher en position assise par exemple (et ce, même entre les exercices).

Il est recommandé de ne pas manipuler un participant afin qu'il exécute le geste « juste » : en effet, seul le participant connaît les mouvements qu'il peut réaliser. Dans le cas où le geste ne ressemble pas à l'identique à celui démontré, si la région sollicitée est la même il peut être intéressant de considérer que le participant adapte l'exercice à ses capacités.

Afin de donner la possibilité aux aînés de s'exprimer (sur leurs sensations, sur la pratique, etc.) des outils peuvent être utilisés. Il est cependant recommandé d'utiliser des outils simples demandant peu d'écriture.

4.6 Réflexion sur les compétences

Le développement d'un programme d'activités physiques demande des compétences dans différents domaines tels que la kinésiologie et la gestion de projet. Les difficultés dans le cadre de l'élaboration (recrutement, mise à l'essai, etc.) nous ont permis d'établir des recommandations pour l'implantation future du programme. Les difficultés personnelles rencontrées lors de ce projet (langue, méthodologie de recherche, l'hétérogénéité des participants, etc.) permettent de tirer des enseignements.

S'agissant de la recherche documentaire par exemple, les erreurs méthodologiques commises permettent de penser une nouvelle organisation des recherches futures, dans le classement des informations, les sources, etc. S'agissant de la langue anglaise, le défi était de créer l'univers du voyage malgré les difficultés avec la langue anglaise et de créer une dynamique de groupe favorable à la pratique de tous. Il s'agissait d'oser faire des erreurs de langue et de traduire un maximum les exercices afin de pallier à ce manque.

L'hétérogénéité des participants soulevait un certain nombre de questionnements afin de proposer une intervention permettant à chacun d'évoluer.

L'élaboration et la mise à l'essai d'un programme d'activités physiques demandent des compétences humaines. En effet, il est nécessaire d'établir un climat d'échange avec les partenaires (milieu d'intervention, professionnels, comité d'experts) et avec la clientèle cible du programme. Le travail d'équipe fait partie intégrante de l'élaboration et de la mise à l'essai d'un programme : l'écoute et la collaboration permettent de bonifier le programme.

4.7 Analyse de l'intérêt du programme

L'intérêt principal de ce projet est son adaptabilité. Cette dernière est facilitée par la méthodologie choisie dans le cadre de la création du programme.

Il y a d'une part, la phase de recension des écrits qui permet d'élaborer une réflexion sur la clientèle cible du programme (en terme de caractéristiques, de besoins, de sécurité, etc.). En lien avec la clientèle du programme, cette phase permet de se documenter sur les pratiques reconnues, les programmes existants, les évaluations de pratiques. Cette base théorique scientifique est donc la « fondation » du programme.

Il y a d'autre part, la concertation auprès du comité d'expert qui permet de confronter le programme aux regards de professionnels des domaines de l'intervention, de la création de programme et de la kinésiologie.

Enfin, la mise à l'essai est une phase clé dans le cadre du programme. Elle a permis de :

- ❖ juger de la faisabilité du programme d'exercices auprès de la population cible,
- ❖ bonifier le programme d'activité physique,
- ❖ tester de l'intérêt et de l'efficacité de la thématique du « voyage » auprès de la population cible,
- ❖ réaliser des régulations de certaines situations ou exercices qui pouvaient s'avérer plus à risque pour certaines personnes,
- ❖ de recueillir les commentaires et les réactions de la clientèle cible,
- ❖ d'élaborer les recommandations pour des applications futures du programme.

Cependant, malgré ces réponses positives, la durée de la mise à l'essai ne correspond pas à l'offre future en centre de jour, qui sera de douze semaines. Il est donc difficile de généraliser l'acceptabilité du programme par la clientèle cible. Enfin, dans le cadre du programme *Ma Santé, je m'en charge*, le programme d'activités physiques sera accompagné d'autres outils afin de stimuler la pratique d'activités physiques au quotidien (exercices à domicile et outil stratégique de stimulation à la marche) ; il aurait été intéressant de juger de la participation en utilisant tous les outils. En effet, nous aurions pu juger de l'acceptabilité du programme complet tel qu'il sera offert dans le futur.

4.8 Généralisation : réflexion

L'élaboration d'un programme en vue de sa diffusion pose la question de la généralisation. En effet, bien que le programme s'appuie sur une méthodologie précise respectant des étapes définies, on peut se demander si pour autant la généralisation d'un programme n'a pas certaines limites.

Dans un premier temps, on peut se demander si les résultats positifs de la mise à l'essai ne sont pas liés au contexte propre du milieu d'intervention (en termes de partenaires, d'infrastructure, de politique institutionnelle, etc.).

En effet, au sein de ce contexte un certain nombre de leviers ont favorisés le déroulement de la phase de mise à l'essai. De plus, malgré les réponses positives des aînés au protocole d'exercices, le nombre de participants était relativement petit (n=10).

Enfin, les facteurs liés à l'humain influencent la réponse des aînés. En effet, le fait d'avoir réalisé l'ensemble du processus (de la création à la mise à l'essai) ont permis de proposer une intervention (en termes d'animation, d'outils utilisés) au plus proche de la philosophie sur laquelle repose le programme. L'animation du programme et la place donnée aux aînés ont donc eu une influence sur les résultats de la mise à l'essai. Il semble alors intéressant de se demander de quelle façon va être reçu le programme par les futurs professionnels et par d'autres aînés.

Cependant, face à ses limites, un certain nombre d'actions sont ou seront mises en place afin d'assurer le transfert du programme :

- L'introduction du programme d'activités physiques présente le programme, la philosophie d'intervention et la thématique du voyage
- Une formation sera proposée aux futurs intervenants qui souhaiteront proposer le programme.

CONCLUSION

Le développement du programme d'activités physiques comportait trois objectifs principaux : le développement d'un programme d'exercices pour des aînés vivant avec des maladies chroniques, sa validation auprès d'un comité d'experts et la mise à l'essai auprès d'un petit groupe d'aînés.

Les résultats de la mise à l'essai du programme suggèrent que le programme, tel qu'il a été appliqué, est réalisable dans un Centre de jour et est accepté par la majorité des aînés qui souhaitent y participer.

Malgré les réponses positives des participants concernant le programme d'activités physiques, son acceptabilité et sa faisabilité auprès des autres centres de jour et d'autres groupes d'aînés restent encore à déterminer dans les interventions futures.

Enfin, la phase de mise à l'essai ne peut pas évaluer, en terme scientifique, l'efficacité du programme d'activités physiques. C'est pourquoi, on peut penser qu'il serait intéressant de s'intéresser aux effets possibles du programme sur les participants (en termes de bien-être ou de changements dans les habitudes de vie par exemple).

BIBLIOGRAPHIE

Abell, J.E. (2005) in Sawatzky, R., Liu-Ambrose, T., Miller, W. C., Marra, C. A. (2007). Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(68). doi:10.1186/1477-7525-5-68

Administrateur en chef de la santé publique, (2010). *Rapport sur l'état de santé publique au Canada : Vieillir- Ajouter de la vie aux années*. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/pdf/RAAG_CPHO2010-FRA.pdf

Agence de la Santé Publique au Canada, (2010). *Vivre avec de l'arthrite au Canada: Un défi de Santé personnel et de santé publique*. Repéré à: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthritis-arthrite/lwaic-vaaac-10/3-fra.php>

Andrieu, B. (2007). Le corps humain : une anthropologie bioculturelle. Repéré sur : http://www.staps.uhp-nancy.fr/bernard/docpdf/article_corps%20v.%2002_2007-1.pdf

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New-York: Freeman

Binder, E.F., Yarasheski, K.E., Steger-May, K., Sinacore, D.R., Brown, M., Schechtman K.B, Holloszy, J.O. (2005). Effects of Progressive Resistance Training on Body Composition in Frail Older Adults: Result of a Randomized, Controlled Trial. *Journal of Gerontology*, 60A(11), 1425-1431.

Bourbeau and Van der Palen, (2009). Promoting effective self-managment programmes to improve COPD. *European Respiratory Journal*, 33(3), 461-463 DOI: 10.1183/09031936.00001309

Brawley, L.R., Rejeski, W.J., King, A.C., (2003). Promoting physical activity for older adults: The challenges for changing behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 172-183.

Booth, F.W. (2000) in Sawatzky, R., Liu-Ambrose, T., Miller, W. C., Marra, C. A. (2007). Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(68). doi:10.1186/1477-7525-5-68

Brawley, L.B., Rejeski, W.J, and King, A.C. (2003). Promoting physical activity for older adults. The challenges for changing behavior. *Am. J. Prev. Med.* 25: 172-183.

Brown, D.W. (2003) in Sawatzky, R., Liu-Ambrose, T., Miller, W. C., Marra, C. A. (2007). Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(68). doi:10.1186/1477-7525-5-68

Butler-Browne, G., Bigard, A.-X. (2006). Caractéristiques du vieillissement musculaire et effets préventifs de l'exercice régulier. *Sciences et sports*, 21(4), 184-193.

Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry, *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.

Castaneda, C., Layne, J.E., Munoz-Orians, L., Gordon, P.L., Walssmith, J., Foldvari, M., Roubenoff, R., Tucker, K. L., Nelson, M.E. (2002). A Randomized Controlled Trial of Resistance Exercise Training to Improve Glycemic Control in Older Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 25(12) doi: 10.2337/diacare.25.12.2335

Charpentier, M., Billette, V. (2010). *Vieillir au pluriel : perspectives sociales*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Chin A Paw, M.J.M., Jong, N. (de), Stevens, M., Bult, P., Shouten, E.G. (2001). Development of an Exercise Program for the Frail Elderly. *Journal of Aging and Physical Activity*, 9(4), 452-465.

Coudin et Paicheler, (2002), in Marchand, M., (2008). Regards sur la vieillesse, *Le Journal des psychologues*, 3(256), p.22-26. DOI: 10.3917/jdp.256.0022

Covinsky, K.E. (2003) in Suetta, C., Magnusson, S.P., Beyer, N., Kjaer, M. (2007). Effect of strength training on muscle function in elderly hospitalized patients. *Scandinavian Journal of Medicine and Sciences in Sports*. 17(5), 464-472.

Craig, C.L., Russell, S.J., Cameron, C., and Beaulieu, A. (1998). 1997 Physical Activity Benchmarks Report. Ottawa: Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute.

Craft, L.L., Perna, F.M. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 2004, 6(3):104-111.

DiLorenzo, T.M., Bargman, E.P., Stucky-Ropp, R., Brassington, G.S., Frensch, P.A., LaFontaine, T. (1999). Long-Term Effects of Aerobic Exercise on Psychological Outcomes. *Preventive Medicine*, 28, 75-85.

Dos Santos, S., Makdessi, Y. (2010). Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées: Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Etudes et résultats*, 718.

Farr, J.N., Going, S.B., McKnight, P.E., Kastle, S., Cussler, E.C., Cornett, M. (2010). Progressive Resistance Training Improves Overall Physical Activity Levels in Patients with Early Osteoarthritis of the Knee: A Randomized Controlled Trial, *Physical Therapy*, 90(3), 356-366.

Fletcher, G.F., Balady, G.J., Amsterdam, E.A., Chaitman, B., Eckel, R., Fleg, J., Froelicher, V.F., Leon, A.S., Pina, I.L., Rodney, R., Simons-Morton, D.A., Williams, M.A. & Bazzarre, T. (2001) Exercise Standards for Testing and Training : A statement for Healthcare Professionals From The American Heart Association. *Circulation*, 104, 1694-1740.

Goldstein, L.H (1998) in Morewitz, S.J. (2006). *Chronic diseases and Health Care*. New York: Springer.

Grenier, A. (2007). Construction of frailty in the English language, care practice and the lived experience. *Ageing and Society*, 27(3), 425-445.

Grenier, A. (2007) in *Viellir au pluriel : perspectives sociales*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Groessl, E. J., Kaplan, R. M., Rejeski, W. J., Katula, J. A., King, A. C., Frierson, G., et al. (2007). Health-related quality of life in older adults at risk for disability. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, 214–218.

Hauer, K., Rost, B., Rutschle, K., Opitz, H., Specht, N., Bartsch, P., Oster, P., Schlierf, G. (2001). Exercise training for rehabilitation and secondary prevention of falls in geriatric patients with a history of injurious falls. *J Am Geriatr Soc*, 49(1), 10–20.

Institut National de la Statistique et des études économiques (INSEE), (2009). Bilan démographique. Repéré à:
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02107

Kehlet, H., Wilmore, D.W. (2002) in Suetta, C., Magnusson, S.P., Beyer, N., Kjaer, M. (2007). Effect of strength training on muscle function in elderly hospitalized patients. *Scandinavian Journal of Medicine and Sciences in Sports*. 17(5), 464-472.

Kelley, G.A., Kelley, K.S., Tran, Z.V. (2001). Resistance Training and Bone Mineral Density in Women: A Meta-Analysis of Controlled Trials. *American Journal of Physical Medicine et Rehabilitation*, 80(1), 65-77.

Lagacé, M. (2010). *L'âgisme: comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec, Canada : Presses de l'Université de Laval.

Lagrange, R.M. (2009) in Pelchat, Y. (2010). Passeurs d'imaginaires : le vieil âge et la suite du monde. *Pensée plurielle*, 2 (24), 105-118. DOI : 10.3917/pp.024.0105.

Laforest, S., Nour, K., Gignac, M., Gauvin L., Poirier, MC., Griskhan, A. (2008). Short-Term Effects of a Self-Management Intervention on Health Status of Housebound Older Adults with Arthritis. *Journal of Applied Gerontology*, 27(5), 539-567. doi: 10.1177/0733464808319712, disponible sur le site <http://jag.sagepub.com/cgi/content/abstract/27/5/539>

Leong, I.Y., Farrell, M.J., Helme, R.D., Gibson, S.J. (2007). The Relationship Between Medical Comorbidity and Self-Rated Pain, Mood Disturbance, and Function in Older People with Chronic Pain. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 62A(5), 550-555.

Leveille, S.G. (1999) in Sawatzky, R., Liu-Ambrose, T., Miller, W. C., Marra, C. A. (2007). Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(68). doi:10.1186/1477-7525-5-68

Lord, S., Després, C., Ramadier, T. (2011). When mobility makes sense: A qualitative and longitudinal study of the daily mobility of the elderly. *Journal of Environmental Psychology*, 31(1), 52-61.

Lorig, K. Holman, H., Sobel, D., Laurent, D. (2006). *Living a healthy life with chronic conditions: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema & others*. Bull Publishing Company.

Marchand, M., (2008). Regards sur la vieillesse, *Le Journal des psychologues*, 3(256), 22-26. DOI : 10.3917/jdp.256.0022.

Macia, E., Chapuis-Lucciani, N., Boëtsch, G. (2007). Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue. *Sciences Sociales et Santé*, 25(3), 79-106.

Mazzeo, R. S., Cavanagh, P., Evans, W. J., Fiatarone, M., Hagberg, J., McAuley, E., Startzell, J. (1998). L'exercice et l'activité physique pour les adultes plus ÂGÉS, *Med. Sci. Sports Exercise*, 30(6), 992-1008.

Metz, D. (2000). Mobility of older people and their quality of life. *Transport Policy*, 7, 149-152

Meyer, K. (2006). Resistance exercise in chronic heart failure--landmark studies and implications for practice. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(3), 166-169.

Morewitz, S.J. (2006). *Chronic diseases and Health Care*. New York: Springer.

Öberg, P., Tornstam, L. (1999). Body images among men and women of different ages , *Aging and Society*, 19, 629-644.

Pelchat, Y. (2010). Passeurs d'imaginaires : le vieil âge et la suite du monde. *Pensée plurielle*, 2 (24), 105-118. DOI : 10.3917/pp.024.0105

Pellisier, J. in Lagacé, M. (2010). *L'âgisme: comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec, Canada : Presses de l'Université de Laval.

Pépin, C., (2006). Activités Physiques Adaptées, Recherches & éducations. Repéré à <http://rechercheseducations.revues.org/index383.html>

Perusse, L. (1999) in Sawatzky, R., Liu-Ambrose, T., Miller, W. C., Marra, C. A. (2007). Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(68). doi:10.1186/1477-7525-5-68

Robitaille, Y., Laforest, S., Fournier, M., Gauvin, L., Parisien, M., Corriveau, H., Trickey, F., Damestoy, N. (2005). Vers la prévention des chutes: une intervention offerte en milieux naturels pour améliorer l'équilibre des adultes âgés. Version traduite de "Moving forward in fall prevention: an intervention to improve balance among older adults in real-world settings", *American Journal of Public Health*, 95(11), 2049-2056.

Sawatzky, R., Liu-Ambrose, T., Miller, W. C., Marra, C. A. (2007). Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(68). doi:10.1186/1477-7525-5-68

Seefeldt, V.; Malina, R.M.; Clark, M.A. (2002). Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Medicine*, 32(3), 143-168.

Sermet, C. Démographie et état de santé des personnes âgées. In Jeandel, C., Bonnel, M. (2004). *Livre Blanc de la gériatrie française*. Paris: ESV production, 25-32.

Singh MA., (2002). Exercise comes of age: rationale and recommendations for a geriatric exercise prescription. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 57(5), M262–M282.

Singly, de F., (2005) in Macia, E., Chapuis-Lucciani, N. (2008). La vieillesse et ses masques : Quelle place pour le corps âgé dans le maintien de la subjectivité ?. *Corps*, 2(5), 101-106.

Soulier, B. (1996). *Aimer au-delà du handicap*, Paris, Dunod.

Sullivan, D.H. (2004) in Suetta, C., Magnusson, S.P., Beyer, N., Kjaer, M. (2007). Effect of strength training on muscle function in elderly hospitalized patients. *Scandinavian Journal of Medicine and Sciences in Sports*. 17(5), 464-472.

Taft, (1985) in Pettigrew, F., Alain, M., Lapierre, S., Dubé, M. (1999). Les personnes âgées en perte d'autonomie : effet d'un groupe de soutien sur la résignation, l'estime de soi et le désir de contrôle. *Revue québécoise de psychologie*, 20(3), 75-89

Timonen L. (2002) in Suetta, C., Magnusson, S.P., Beyer, N., Kjaer, M. (2007). Effect of strength training on muscle function in elderly hospitalized patients. *Scandinavian Journal of Medicine and Sciences in Sports*. 17(5), 464-472.

Tsai, J.C., Yang, H-Y., Wang, W-H., Hsieh, M-H., Chen, P-T., Kao, C-C., Kao, P-F., Wang, C-H., Chan, P. (2004). The Beneficial Effect of Regular Endurance Exercise Training on Blood Pressure and Quality of Life in Patients with Hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*, 26, 255–265.

Von Korff, M., Gruman, J. (adapté de) (1996). *Indexed bibliography on self-management for people with chronic disease*. Washington, DC: Center for the Advancement in Health.

Webber, S. C., Porter, M. M., Menec, V. H. (2010). Mobility in older adults: A comprehensive framework. *The Gerontologist*, 50 (4), 443-450.

World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization, (2010). Repéré à : http://www.who.int/topics/chronic_disease/en

Wright, C.C., Barlow J.H., Turner, A.P., Bancroft, G.V, (2003). Self-management training for people with chronic disease: An exploratory study. *British journal of health psychology*, 8(4), 465-476.

Yarasheski, K.E., Pak-Loduca, J., Hasten, D.L., Obert, K.A, Brown, M.B., Sinacore, D. R. (1999), Resistance exercise training increases mixed muscle protein synthesis rate in frail women and men ≥ 76 yr old, *Am J Physiol Endocrinol Metab*, 277(1), E118-E125.

Yeom, H. A., Fleury, J., & Keller, C. (2008). Risk factors for mobility limitation in community-dwelling older adults: A social ecological perspective. *Geriatric Nursing*, 29, 133–140.

Annexe 1 : Grille de rétroaction des réviseurs

Montréal, le 30 mars 2011

Objet : Demande de révision de document

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du développement du guide d'exercices physiques du programme « Ma Santé, je m'en charge », nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de lire et de commenter la première version du futur guide.

Ce dernier est destiné à des groupes d'aînés frêles atteints de maladies chroniques telles que le Parkinson, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, la sclérose en plaque et a pour objectif de permettre aux aînés de maintenir leurs capacités, mêmes résiduelles. Le thème de ce guide est le Voyage.

Éventuellement, ce matériel sera intégré au programme « Ma Santé, je m'en charge » et offert en centre de jour par des professionnels de la santé. Le développement de cet outil est piloté par le CSSS Cavendish et fait partie d'un stage effectué dans le cadre d'un Master en Conduite de Projet en « Pratiques Corporelles, Santé, Société » à l'Unité de Formation et de Recherche STAPS de Nancy.

À cette étape, il nous apparaît important de solliciter votre avis afin de s'assurer de la pertinence et de la faisabilité des activités proposées dans ce guide. Veuillez noter que la mise en page et les illustrations ne seront réalisées qu'après compilation des commentaires des réviseurs.

Vous trouverez ci-jointe, une grille de rétroaction sur laquelle vous pouvez consigner vos suggestions. De plus, nous vous invitons à écrire des commentaires directement sur les documents. Cela serait grandement apprécié de nous faire parvenir le document et la grille de rétroaction d'ici le 7 avril.

Veuillez accepter, Madame, Monsieur l'expression de nos salutations distinguées.

GALL Caroline
Stagiaire CSSS Cavendish
514-484-7878 poste 1587

Manon Parisien
Agent de planification
514-488-3673, poste 1553

« Ma Santé, je m'en charge » : Guide d'exercices physiques

Grille de rétroaction des réviseurs

Pour les questions suivantes, cochez une réponse et inscrivez des commentaires, s'il y a lieu.

1. Dans quelle mesure trouvez-vous pertinents les exercices proposés dans le guide en fonction des objectifs de maintien des capacités résiduelles des aînés frêles?

Tout à fait pertinents	Moyennement pertinents	Peu pertinents	Pas du tout pertinents

2. Dans quelles mesures les activités proposées dans le guide vous semblent-elles adaptées pour ce public?

Tout à fait adaptées	Moyennement adaptées	Peu adaptées	Non adaptées

3. Dans quelle mesure trouvez-vous que la thématique du voyage est appropriée pour ce public?

Tout à fait appropriée	Moyennement appropriée	Peu appropriée	Pas du tout appropriée

4. Dans quelle mesure pensez-vous que les exercices proposés sont-ils faisables par des aînés frêles atteints d'une maladie chronique (difficulté, intensité, rythme, répétitions...)?

Tout à fait faisables	Moyennement faisables	Peu faisables	Pas du tout Faisables

5. Dans quelle mesure, la description des exercices est-elle facile à comprendre pour l'animateur?

Tout à fait facile à comprendre	Moyennement facile à comprendre	Peu facile à comprendre	Pas du tout facile à comprendre

6. Dans quelle mesure pensez-vous que l'intégration de « notes culturelles » est facile pour l'animateur?

Tout à fait faciles à inclure	Moyennement faciles à inclure	Peu faciles à inclure	Pas du tout faciles à inclure

7. Avez-vous remarqué des incohérences à la lecture de ce guide?
Si-oui lesquelles?

8. Quelles sont vos suggestions et vos remarques pour améliorer le guide d'exercices physiques?

Merci d'avoir pris le temps d'examiner notre travail et de nous avoir fait part de votre appréciation.

Annexe 2 : Plaquette de promotion du programme

**A community-
based adapted
exercise
program**

**For persons with
reduced
mobility.**

**Animated by
professionals.**

**With
opportunities
for social
interaction and
fun in a safe
environment.**



Next session

**Tuesdays: 10:00 to 11:00 a.m.
April 12th to May 31st, 2010
(8 weeks)**

**St-Raymond Community
Centre
5600, Upper Lachine Road
(cross street Girouard)
Notre-Dame-de-Grâce**

Fee: 45\$

Instructor: Caroline Gall, kin.

**Registration:
(514) 872-1765**

*A project made possible through
the collaborative efforts of:*



**Centre affilié universitaire
5 January 2009**

**IN MOTION
FOR
HEALTH**



*Adapted
exercise
program for
adults with
reduced
mobility*



(514) 872-1765

Annexe 3
Grille de sélection des participants

Identification

Nom: _____ Prénom: _____ Sexe : ☐ M ☐ F

Langue parlée : _____ Tél. : _____ Date de naissance : _____

1) Problèmes cardiaques :

Si oui lequel _____

☐ Non ☐ Oui

2) Étourdissements, perte de connaissance _____

☐ Non ☐ Oui

3) Problèmes osseux, articulaires ou musculaires

Lequel? _____

☐ Non ☐ Oui

4) Aide à la marche? Laquelle ? _____

5) Capable de se déplacer 10 mètres sans aide à la marche? _____

☐ Non ☐ Oui

6) Capable de tenir sur une jambe pendant 2 secs? _____

☐ Non ☐ Oui

7) Capable de marcher 50 mètre sans être essoufflé? _____

☐ Non ☐ Oui

8) Capable de vous lever d'une chaise sans aide? _____

☐ Non ☐ Oui

9) Capable de marcher 50 mètres sans être essoufflé(e) au point s'asseoir?

☐ Non ☐ Oui

10) Exercice au cours de la dernière année?

☐ Non ☐ Oui

Intensité? _____

Type? _____

11) Au cours de la dernière année une ou plusieurs chutes?

A domicile ou à l'extérieur?

☐ Non ☐ Oui

12) Peur de chuter lors des déplacements?

☐ Non ☐ Oui

Problèmes de santé ?

- 1) Fracture dans la dernière année? ☐ Non ☐ Oui Site: _____ Date: _____
- 2) Prothèse de hanche ou de genou? ☐ Non ☐ Oui _____
- 3) Ostéoporose? ☐ Non ☐ Oui _____
- 4) Arthrite ou fibromyalgie? ☐ Non ☐ Oui _____
- 5) Maladie neurologique (ex. : Parkinson, Sclérose en plaques) ? ☐ Non ☐ Oui _____
- 6) Accident vasculaire cérébral ? ☐ Non ☐ Oui _____
- 7) Haute ou basse pression ☐ Non ☐ Oui _____
- 8) Diabète ☐ Non ☐ Oui _____ Type : _____
- 9) Problème respiratoire ☐ Non ☐ Oui _____
- 10) Problème de vision d'audition ☐ Non ☐ Oui _____
- 11) Troubles de la mémoire ☐ Non ☐ Oui _____
- 12) Chirurgie dans les six derniers mois? ☐ Non ☐ Oui Site : _____ Date : _____
- 13) Allergie (ex. : latex) ☐ Non ☐ Oui _____

Questions complémentaires

- 14) Suivi(e) par un médecin à chaque mois, ou moins?
☐ Non ☐ Oui pour quel problème de santé? : _____
- 15) Autres problèmes de santé? ☐ Non ☐ Oui _____
- 16) Médicaments actuellement prescrits pour contrôler la tension artérielle ou un problème cardiaque (par exemple, bêtabloquants, diurétiques)? ☐ Non ☐ Oui

Autres remarques (des membres du personnel par exemple, ...)

Annexe 4 : Programme d'exercices, semaines 1, 2, 3

LEXIQUE DU PROGRAMME D'EXERCICES :

Vous y trouvez les mots clés des exercices :

Dos allongé	Le dos est droit, le participant cherche à toucher le plafond avec le haut de sa tête
Position debout « idéale »	Pieds écartés à la largeur des épaules, dos allongé, ventre rentré, regard devant soi, épaules relâchées, genoux légèrement fléchis
Position assis sur une chaise « idéale »	Assis au bord de la chaise, pieds écartés à la largeur des épaules, dos allongé, épaules relâchées, genoux légèrement fléchis
Respiration	Inspiration par le nez et expiration par la bouche
Amplitude du mouvement	Gamme de mouvements possibles d'une articulation à l'intérieur de ses limites physiques. elle permet d'exécuter les activités de la vie quotidienne. Augmenter l'amplitude du mouvement signifie d'exécuter le mouvement avec des gestes de plus en plus importants (Dargis Daniel, 2003)

Matériel

- Chaises
- Balles de tennis et balles de plages
- Musique latine en lien avec la destination

Accueil :

-Présentation de l'animateur et du projet (explication de la thématique du voyage : nous partons faire le tour du monde ensemble pendant 12 semaines, montrer les destinations sur une carte...)

-Rappel sur l'échelle de Borg (bien expliquer que chacun fait les exercices à son rythme et qu'à la moindre douleur ou sentiment d'étourdissement = arrêt de l'AP)

-Demander aux participants d'amener une bouteille d'eau et de la déposer sous la chaise

Instructions

- Se placer devant le demi-cercle formé par les participants.
- Demander aux participants de bien respirer pendant les exercices.
- Effectuer une série de chaque exercice 4 à 8 fois de chaque côté
- Exécuter les mouvements lentement.

1. Échauffement : Le réveil de l'aventurier

Présentation/préparation : Brise Glace

Tous les participants sont en mouvement (marche assise ou marche sur place debout)
Passer une balle à un des participants et dire son prénom à voix haute lorsqu'on a la balle

Objectifs : faire connaissance

Variantes : Réaliser l'exercice en position assise

Réaliser l'exercice debout

Lancer la balle avec différentes parties du corps (ex : pieds, coudes, tête, mains)

Lancer avec une main, avec deux mains

Se lever de sa chaise à chaque fois que l'on reçoit la balle

Donner le nom de son voisin lorsqu'on reçoit la balle

1.1 Réveiller son corps

Position

Assis sur une chaise

Mouvement

Frotter ses mains afin de les réchauffer

Se frotter tout le corps avec la paume de main comme pour se savonner sous la douche.

Direction : Du haut jusqu'en bas du corps.

Objectifs :

Éveiller son corps par le toucher et les sensations de chaleur

Stimuler l'imaginaire

Sensibiliser les personnes et travailler sur la posture assise « idéale »

Précaution :

Ne pas frotter trop fort : les participants devraient ressentir une sensation de chaleur légère

1.2 Dessine-moi la terre avec la tête

Position

Assis sur une chaise

Mouvement

Imaginer avoir un pinceau au bout du nez

Tourner la tête lentement comme pour dessiner la terre avec son nez, dans un sens puis dans l'autre

Objectif

Augmenter l'amplitude des muscles du cou

Éveiller les muscles du cou

Précaution

Réaliser l'exercice lentement

Ne pas pencher la tête en arrière

Simplifier

Réaliser de petits ronds avec le nez

Complexifier

Réaliser l'exercice les yeux fermés

Augmenter l'amplitude des mouvements

1.3 Mettre son sac à dos

Position

Assis sur le bord d'une chaise

Mouvement en plusieurs étapes

Demander aux participants d'imaginer enfiler les bretelles d'un sac à dos

Tendre le bras droit vers l'arrière paume de main vers le sol

Amener la main droite sur l'épaule droite en maintenant le coude en arrière comme pour tenir sa bretelle

Amener le coude vers l'avant comme pour mettre son sac à dos en réalisant un demi-cercle vers l'avant avec le coude

Réaliser le mouvement des deux côtés et de façon fluide

Objectif

Solliciter les muscles et les articulations des épaules
Stimuler le système vestibulaire et l'imaginaire

Précaution

Réaliser l'exercice lentement

Simplifier

Faire de petits gestes
Réaliser des cercles vers l'arrière avec les épaules

Complexifier

Réaliser l'exercice les yeux fermés
Augmenter l'amplitude du mouvement
Augmenter le nombre de répétitions
Réaliser l'exercice en position « debout idéale »

1.4 Fermer le bouchon de sa bouteille d'eau

Position

Assis sur une chaise

Mouvement

Demander aux participants d'imaginer qu'ils tiennent une bouteille d'eau dans une main
Tourner les poignets comme pour visser le bouchon de sa bouteille d'eau, dans un sens puis dans l'autre (action de visser et de dévisser)
Changer de main

Objectif

Solliciter les muscles et les articulations des poignets
Stimuler le système vestibulaire et l'imaginaire

Précaution

Réaliser l'exercice lentement

Simplifier

Réaliser des petits gestes de rotation

Complexifier

Réaliser l'exercice les yeux fermés

Augmenter l'amplitude du mouvement

Augmenter le nombre de répétitions

Augmenter le rythme de travail

Un poignet tourne dans un sens et l'autre dans le sens inverse

Réaliser l'exercice debout

1.5 Dessine-moi la terre avec les orteils

Position

Assis sur une chaise

Les jambes légèrement tendues devant soi

Mouvement

Imaginer que les orteils sont un pinceau

Tourner les chevilles comme pour dessiner la terre, dans un sens puis dans l'autre

Objectif

Solliciter les muscles et les articulations des chevilles

Stimuler le système vestibulaire et l'imaginaire

Précaution

Réaliser l'exercice lentement

Simplifier

Réaliser l'exercice avec une petite amplitude

« Applaudir » avec les orteils en maintenant les talons au sol

Réaliser une extension et une flexion du pied comme pour dire au revoir avec les pieds

Complexifier

Réaliser l'exercice les yeux fermés
Augmenter l'amplitude du mouvement
Augmenter le nombre de répétitions
Une cheville tourne dans un sens et l'autre dans le sens inverse

1.6 Direction l'aéroport

Position

Assis ou debout

Mouvement

Demander aux personnes d'imaginer qu'elles se rendent à l'avion
Marcher sur place

Objectif

Échauffer le bas du corps
Réveil moteur

Précaution

Faire l'exercice lentement
Le dos est droit, le regard loin vers l'avant

Simplifier

Réaliser l'exercice avec une petite amplitude
Alternativement, ne lever que les pieds

Complexifier

Exagérer le mouvement en levant davantage les pieds
Augmenter le nombre de répétitions
Réaliser l'exercice debout

1.7 Le décollage

Expliquer aux participants que le groupe décolle pour l'Amérique du Sud (se servir de la carte pour leur situer)

Position

Assis au bout de la chaise

Mouvement

Tendre les bras sur le côté comme pour imiter les ailes d'un avion
Pencher lentement le corps de côté tout en regardant devant soi
Alterner le côté droit et le côté gauche

Objectifs

Travailler la mobilité du haut du corps
Travailler l'équilibre assis et solliciter les muscles de la posture
Stimuler l'imaginaire

Précaution

Attention : les personnes qui vivent avec une prothèse de hanche doivent réaliser ce mouvement avec une très légère amplitude.

Exécuter le mouvement lentement
La bascule du tronc doit être légère
En cas de douleur, les personnes peuvent mettre les mains sur les épaules ou maintenir les coudes bas

Simplifier

Basculer le tronc sans les bras

Complexifier

Réaliser l'exercice les yeux fermés
Augmenter le nombre de répétitions
Réaliser l'exercice en position « debout idéale »

2. Travail de la mobilité : À la découverte de L'Amérique latine

Instructions

- L'intervenant met une musique latine en lien avec la destination
- Proposer aux participants de boire de l'eau et leur s'assurer qu'ils vont bien.

2.1 Dansons le Merengue assis

Note : Préciser que le Merengue est une danse de la République Dominicaine. Situer le pays si une carte est disponible. Mettre la musique en fonction.

Position

Assis au fond d'une chaise

Mouvement

Demander aux participants d'imaginer qu'ils ont des maracas au niveau des hanches
Proposer aux participants de marcher sur les fesses pour s'avancer au bord de la chaise afin de faire du bruit avec les maracas imaginées

Objectif

Travail de la dissociation en alternant la fesse droite et la fesse gauche
Travail de l'amplitude articulaire de la hanche
Donner aux personnes une façon possible de s'avancer sur une chaise autrement qu'avec la force des bras
Être dans un mouvement dansé sur la musique

Précaution

S'assurer que les personnes n'avancent pas trop au bord de la chaise
Réaliser les exercices lentement

Simplifier

Lever les fesses sans avancer sur la chaise
Mettre les mains sous les cuisses ou les fesses pour s'aider à avancer

Complexifier

Augmenter le nombre de répétitions

Un mouvement des bras peut être ajouté (dans ce cas, demander aux personnes d'imaginer qu'elles ont des maracas dans les mains)

Note : Préciser aux personnes que nous sommes en Amazonie dans la jungle

2.2 Un tour en pirogue d'Amazonie

Position

Assis sur une chaise

Mains jointes à hauteur du nombril

Mouvement

Demander aux participants d'imaginer qu'ils sont dans une barque

Les mains jointes, réaliser un mouvement de rame en l'accompagnant par mouvement de rotation du tronc et d'une flexion des bras (tourner les épaules vers la rame), suivre ses mains du regard

Maintenir le bassin fixe

Objectif

Mobiliser le tronc

Stimuler le système vestibulaire

Précaution

Réaliser le mouvement lentement

Simplifier

Diminuer l'amplitude du mouvement

Ne faire que le mouvement de rotation du tronc en regardant vers l'arrière

Complexifier

Augmenter l'amplitude du mouvement de rame

Réaliser l'exercice les yeux fermés

Augmenter le nombre de répétitions

2.3 Le marécage

Position

Assis sur une chaise

Mouvement

Demander aux personnes d'imaginer qu'il y a un marécage au centre du cercle
Mains croisées sur les épaules, demander aux personnes de pencher leur buste vers l'avant en gardant le dos le plus droit possible et la tête dans l'alignement du tronc comme pour regarder dans le marécage

Objectif

Solliciter les muscles du dos et la ceinture abdominale
Travail du mouvement de balancement du buste vers l'avant qui va leur servir dans l'action de « se lever d'une chaise »
Travail sur la posture en demandant aux personnes de garder au maximum le dos allongé
Travail de l'imaginaire

Précaution

Réaliser ce mouvement lentement
La tête doit être dans l'alignement du tronc
Ne pas trop se pencher vers l'avant ni vers l'arrière

Simplifier

Mettre les mains sur les cuisses ou le long du corps
Diminuer l'amplitude de travail

Complexifier

Augmenter le nombre de répétitions
Augmenter le rythme de travail
Réaliser l'exercice les yeux fermés
Augmenter l'amplitude de travail : Demander aux personnes de lever légèrement les fesses en gardant les pieds au sol et l'alignement du dos
Demander aux personnes de réaliser l'action de se lever

2.4 Le Jaguar

Position

Assis sur une chaise

Mouvement

Demander aux personnes de réaliser le même mouvement de bascule du tronc vers l'avant en y ajoutant le lancer de bras vers l'avant comme si elles imitaient les griffes du jaguar

Objectif

Enchaîner des actions
Travail de la dissociation segmentaire
Mobiliser tout le haut du corps

Précaution

Ne pas lever les bras au dessus de la hauteur des épaules
Le mouvement doit être réalisé lentement
Le dos est droit et la tête dans la continuité du tronc
L'amplitude du mouvement doit être confortable pour les aînés

Simplifier

Réaliser que le mouvement des bras pour imiter le tigre
Diminuer l'amplitude du mouvement
Alterner un bras puis l'autre

Complexifier

Réaliser l'exercice les yeux fermés
Augmenter la tonicité du geste de la griffe du tigre en l'exagérant davantage
Augmenter le rythme
Augmenter le nombre de répétitions
Ajouter des poids au niveau des poignets

2.5 Et si on enchainait?

Position

Assis sur une chaise

Mouvement :

Reprendre chacune des actions précédentes en les enchainant

- Dansons le Merengue assis 2 fois
- Un tour en pirogue d'Amazonie 2 fois
- Le marécage 2 fois
- Le jaguar 2 fois

Objectifs :

Solliciter la mémoire des participants

Être capable d'enchaîner les actions

Être plus dans un mouvement dansé

Faciliter :

Diminuer le rythme

Diminuer le nombre de répétitions

Diminuer l'amplitude des mouvements

Complexifier

Augmenter l'amplitude du mouvement

Augmenter le rythme

Réaliser l'exercice debout sur place

3. Renforcement musculaire : L'entraînement de l'aventurier

Instructions

- Préciser aux participants l'importance de la respiration
- Leur proposer de boire
- Leur demander de se situer sur l'échelle de Borg par rapport à la difficulté des situations proposées
- Proposer une pause, avec inspiration, expiration les yeux fermés

3.1 Les crocodiles dans le marécage

Position

Assis sur une chaise

Mouvement

Demander aux personnes d'imaginer qu'il y a un crocodile dans le marécage qui se trouve au centre du cercle

Tendre la jambe à l'horizontale et la redéposer au sol afin d'éviter le crocodile qui se trouve dans le marécage

Objectif

Renforcement du quadriceps

Stimulation de l'imaginaire

Précaution

Le pied reste dans l'alignement de la jambe

Ne pas réaliser une hyperextension

Réaliser l'exercice lentement

Simplifier

Diminuer l'amplitude de travail

Diminuer le nombre de répétitions

COMPLEXIFIER

Augmenter le nombre de répétitions

Ajouter une résistance au niveau des chevilles à l'aide du Theraband ou d'un poids qui s'accroche directement au niveau de la cheville

Effectuer une pause de 2 sec lorsque le pied est à l'horizontale puis enchaîner

Effectuer le mouvement en gardant la jambe en extension et ne pas redéposer le pied au sol

3.2 S'asseoir près du marécage

Position

Debout derrière la chaise

Mouvement

Réaliser des flexions des genoux et des hanches comme pour s'asseoir sur une chaise et se redresser lentement

Objectif

Renforcement du quadriceps
Travail de la posture

Précaution

Le dos est droit (leur demander d'imaginer qu'ils ont un mur derrière eux), les fesses sont rentrées, pieds légèrement ouverts avec une ouverture de 30 degrés, le regard est loin devant
Les talons sont au sol tout au long de l'exercice
L'exercice doit être réalisé lentement

Simplifier

Se tenir à la chaise
Réaliser l'exercice avec une petite amplitude de travail

Complexifier

Augmenter le nombre de répétitions
Réaliser l'exercice sans se tenir à la chaise (en mettant les mains sur les hanches ou tendues sur le côté)
Augmenter l'amplitude de travail
Réaliser l'exercice les yeux fermés

3.3 Écraser les fourmis

Position

Assis sur une chaise ou debout

Mouvement

Lever les orteils et laisser les talons au sol comme pour écraser des fourmis. Revenir à la position de départ.

Objectif

Mobilité et renforcement des chevilles

Précaution

Réaliser l'exercice lentement
Ne pas décoller les talons du sol
Garder le dos allongé

Simplifier

Réaliser l'exercice avec une petite amplitude de travail
Réaliser ce mouvement d'un seul côté

Complexifier

- Augmenter l'amplitude du mouvement
- Augmenter le nombre de répétitions
- Réaliser l'exercice en alternant le pied droit et le pied gauche.
- L'exercice peut être réalisé debout derrière la chaise avec ou sans appui sur celle-ci
- Faire une élévation du talon en gardant l'avant du pied au sol
- Un bracelet lesté peut être attaché au niveau de la cheville des participants

3.4 RAMENER LA NOIX D'AMAZONIE

Position

Assis sur une chaise

Matériel : une balle par personne

Mouvement

Expliquer que le ballon est une noix d'Amazonie
Faire rouler le ballon en dessous des pieds en allongeant la jambe et en ramenant le ballon en dessous de la chaise

Objectif

Renforcement des ischio-jambiers
Sollicitation de la voûte plantaire
Travail de l'imaginaire

Précaution

Réaliser l'exercice lentement

Simplifier

Réaliser l'exercice avec une petite amplitude de travail

Complexifier

Augmenter le nombre de répétitions

Augmenter l'amplitude du mouvement

Augmenter la grosseur de la balle

3.5 Casser la noix d'Amazonie

Position

Assis sur une chaise ou debout

Avis d'expert : Commencer l'exercice avec de petites balles légères et augmenter la taille, le poids, la texture en fonction du niveau de chacun afin de respecter la progression du programme

Mouvement

Demander aux personnes d'imaginer que la balle qui leur est donnée est une noix d'Amazonie

Placer la balle à la hauteur de la poitrine, entre les mains, les coudes sont collés aux côtes

Presser la balle comme pour casser la coquille de la noix puis relâcher la pression

Enchaîner le mouvement

Objectif

Renforcement des pectoraux et du deltoïde

Précaution

Garder le dos allongé et le regard loin devant

Relâcher les épaules (elles ne doivent pas monter vers les oreilles)

Réaliser l'exercice lentement

Respirer tout au long de l'exercice

Simplifier

Jouer sur la texture de la balle en proposant une balle plus molle

Proposer aux personnes de tenir leurs mains jointes à la hauteur du buste et de les serrer

Complexifier

Changer la texture de la balle et proposer une balle plus dure ou une balle plus grosse

Augmenter le nombre de répétitions

Augmenter le temps de pression pendant 2s et relâcher puis enchaîner le mouvement le temps de pression

4. Retour au calme : Le repos de l'aventurier

Instructions

- Proposer aux participants de boire de l'eau avant de commencer cette partie
- Mettre une musique calme d'Amérique latine (cf : Liste des chansons)
- Parler de l'importance de la respiration

4.1 Déposer ses bagages

Position

Assis sur une chaise

Mouvement

Demander aux participants d'imaginer qu'ils ont une valise dans la main gauche. En gardant le menton aligné avec le sternum, fléchir la nuque du côté droit, en poussant la main du côté gauche vers le bas et maintenir la position comme pour déposer une valise au sol.

Objectif

Étirer les muscles de la nuque

Précaution

Réaliser l'exercice lentement

Ne pas forcer l'inclinaison

4.2 Étirer les bras

Position

Assis, dos allongé et appuyé au dossier
Bras gauche fléchi devant la poitrine
Main droite appuyée près du coude gauche
Pieds bien appuyés au sol, à la largeur des hanches

Mouvement

Appliquer une légère pression sur le bras fléchi avec la main appuyée près du coude et maintenir la position.

Objectif

Étirer les muscles des bras

Précaution

L'exercice doit être réalisé lentement

4.3 Étirer les cuisses

Position

Assis sur une chaise

Mouvement

Placer un des pieds loin derrière sous la chaise puis pencher légèrement le buste vers l'arrière

Objectif

Étirer le quadriceps

Précaution

Réaliser l'exercice lentement
Garder le droit

Demander aux individus d'arrêter de se pencher vers l'arrière lorsqu'une douleur apparaît dans la cuisse

4.4 Retirer ses chaussures

Position

Assis au bord de la chaise
Une jambe est tendue, l'autre posée au sol

Mouvement

Demander aux participants d'imaginer qu'ils veulent enlever leurs chaussures de randonnées
Rapprocher le ventre de la cuisse en poussant les fesses vers l'extérieur et en sortant le buste ou la poitrine

Objectif

Étirer les ischio-jambiers

Précautions

Réaliser l'exercice lentement
Garder une légère flexion au niveau du genou tout en le gardant immobile arrêter lorsqu'une petite douleur apparaît et maintenir la position en respirant profondément

4.5 Éteindre la bougie

Position

Assis sur une chaise

Mouvement

Demander aux personnes d'imaginer qu'il y a une bougie au centre du cercle. Fermer les yeux. Effectuer une inspiration par le nez et une expiration par la bouche comme pour éteindre la bougie

Objectif

Se détendre et se concentrer sur sa respiration

Précautions :

Réaliser l'exercice lentement

**Annexe 5: Exemple d'outil utilisé pour renseigner la réponse des
sujets au programme**

On a scale of 1 to 10, how did you find the physical activity session?

1

5

10



NOW: On a scale of 1 to 10, how do you find your health?

1

5

10



On a scale of 1 to 10, how do you like physical activity?

1

5

10



Thank you for answering these questions....
Anne

**Annexe 6 : Résumé et affiche réalisés dans le cadre de la journée de la
recherche GRAPA**



1^{ÈRE} JOURNÉE SCIENTIFIQUE DU GRAPA

8 MARS 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Première journée scientifique du GRAPA. 8 mars 2011

Titre: Développement du programme « Ma Santé, je m'en charge ! » pour des aînés frères atteints d'une maladie chronique : volet d'activité physique (AP)

Auteurs Caroline Gall¹, Josiane Desroches¹, Kareen Nour ¹, Manon Parisien ¹, Sophie Laforest ^{1,2}

Affiliations (1) Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, CSSS Cavendish-CAU

(2) Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)

Résumé: La maladie chronique peut modifier les fonctions motrices, cognitives et la participation à des activités sociales et physiques des personnes atteintes. Il existe des programmes d'autogestion destinés à des personnes autonomes ayant une maladie chronique spécifique de même qu'un programme adapté à une clientèle autonome présentant diverses maladies chroniques (Lorig et al, 2006). Le CSSS Cavendish a développé le programme d'autogestion « Mon arthrite, je m'en charge » (www.monarthrite.ca), destiné à accompagner individuellement des aînés frères. Les bénéfices ont été identifiés par une évaluation (Laforest, et al. 2008). En réponse à plusieurs demandes du milieu, une version de groupe adaptée à plusieurs maladies chroniques est en développement. Le programme « Ma Santé, je m'en charge » comprendra trois volets : des capsules d'autogestion, un guide de relaxation, un guide d'AP.

Le poster présente la démarche et la philosophie de création du guide d'AP visant à permettre aux personnes d'optimiser leurs capacités résiduelles par un programme de mise en forme générale, axé sur le maintien des capacités motrices et la mobilité de douze semaines.

La méthodologie choisie consiste en une recension des écrits afin d'établir les besoins et les meilleures pratiques. Des séances d'observations sur le terrain permettront d'être confronté à la réalité des intervenants et une mise à l'essai permettra de tester les activités. Un comité d'experts consultatif permettra la validation du guide tout au long de son développement. Cet outil sera disponible pour des professionnels qui œuvrent auprès de la clientèle en centre de jour ou dans d'autres milieux.



Développement du programme « Ma Santé je m'en charge! » pour des aînés frêles atteints d'une maladie chronique : volet d'activité physique

Caroline Gall¹, Josiane Desroches¹, Kareen Nour¹, Manon Parisien¹, Sophie Laforest^{1,2,3}

¹ Centre de recherche en gérontologie sociale, CSSS Cavendish-CAU; ² Département kinésiologie, Université de Montréal; ³ Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)



INTRODUCTION

Les maladies chroniques sont les principales causes de mortalité dans le monde représentant 60% des décès. Leur prévalence augmente avec l'âge et s'élève à 50% chez les personnes de 65 ans et plus (1).

Il semble qu'un programme d'autogestion, combiné à une approche pharmacologique, pourrait s'avérer un traitement efficace en diminuant la perception de la douleur et en augmentant le sentiment de contrôle, la pratique d'activités physiques et de relaxation (2-3).

L'autogestion signifie "s'engager dans des activités visant à maintenir la santé, suivre l'évolution des symptômes de son problème de santé, adhérer aux traitements afin de mieux gérer les impacts de la maladie tant sur le plan fonctionnel, émotif, qu'interpersonnel"(4). Des études montrent les bénéfices des programmes d'autogestion sur divers aspects de la vie d'individus atteints de maladies chroniques variées (5-8).

Cette affiche présente le contexte et les étapes de développement du volet d'activités physiques du programme d'autogestion "Ma Santé, je m'en charge!" destiné aux aînés frêles atteints de diverses maladies chroniques.

MA SANTÉ, JE M'EN CHARGE!

VOLET 1 :
Capsules en lien avec l'autogestion des maladies chroniques (60 min)

VOLET 2 :
Guide de relaxation (15-30 min)

VOLET 3 :
Guide d'activités physiques (45 minutes)

GUIDE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES EN DÉVELOPPEMENT

GUIDE D'EXERCICES EN GROUPE :

Travail sur la mobilité et les capacités motrices des participants par des exercices variés leurs permettant d'optimiser leurs ressources

GUIDE D'EXERCICES À DOMICILE :

Proposition d'une série de 20 exercices réalisables de façon autonome et en sécurité par les aînés à leur domicile

OUTILS DE MOTIVATION À LA MARCHÉ :

Création d'un cadre motivationnel stratégique afin de favoriser la marche autonome des participants (à leur domicile, au centre de jour ...)

DÉVELOPPEMENT DU VOLET 3 : ACTIVITÉS PHYSIQUES

ÉTAPES DU DÉVELOPPEMENT DU GUIDE

- **Développement :** refonte d'un guide sur l'activité physique du CSSS Cavendish à l'aide d'une recension d'écrits et de recherche des meilleures pratiques.
- **Validation :** soumission à des experts pour en valider le contenu scientifique, la faisabilité d'implantation et les aspects pragmatiques liés à l'animation.
- **Mise à l'essai :** expérimentation auprès de groupes d'aînés afin de mieux ajuster le contenu et le format du programme (tableau 1).

FIGURE 2: CONTENU DU GUIDE



Objectifs du volet d'activité physique:

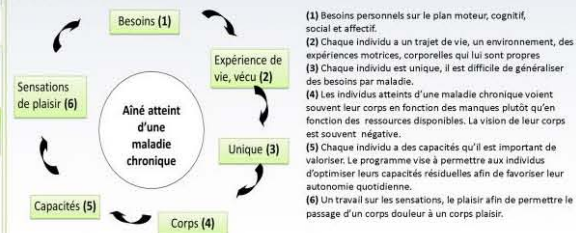
- Maintenir les capacités motrices (force, flexibilité, équilibre) et la mobilité
- Favoriser la mise en forme générale en augmentant la pratique d'activités physiques

Dans le but de :

- Maintenir l'autonomie fonctionnelle et ainsi, améliorer la qualité de vie des personnes âgées frêles atteintes de maladies chroniques

FIGURE 3: PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

La personne âgée frêle est au centre des préoccupations. Ce modèle illustre les facteurs pris en compte par l'équipe tout au long du développement du guide.



CHEMINEMENT MENANT À LA CRÉATION DU PROGRAMME

Existence de divers programmes d'autogestion pour des personnes atteintes d'une **maladie chronique spécifique** (PIPA, READAPtSanté etc.) ou pour des **personnes atteintes de diverses maladies chroniques** (6)

Ces programmes ne sont pas spécifiquement adaptés à une clientèle d'aînés frêles

Création du programme
« Mon Arthrite je m'en charge! » Programme d'autogestion individuel pour des aînés arthritiques frêles (téléchargeable sur www.monarthrite.ca)

Son évaluation a indiqué des améliorations significatives au niveau des comportements, de la santé physique et des aspects psychologiques (↓ sentiment d'impuissance, ↑ confiance aux pratiques, ↑ capacité de gestion de l'arthrite (7))

Demande du milieu pour offrir un programme d'autogestion en groupe pour des aînés frêles atteints de diverses maladies chroniques

Développement du programme
« Ma Santé, je m'en charge! » par le CSSS Cavendish

FIGURE 1: MODELE THEORIQUE DE "MA SANTÉ, JE M'EN CHARGE" (9)



DÉFIS ANTICIPÉS

TABLEAU 1: DÉFIS ET QUESTIONS SUITE À L'EXPÉRIMENTATION DU PROGRAMME

DIMENSIONS	EXEMPLES DE QUESTIONS
Recrutement	Les aînés qui s'intéressent à l'atelier sont-ils ceux qui devraient en bénéficier le plus?
Adéquation	Les activités seront-elles adéquates pour les aînés ayant une faible mobilité, pour ceux de différentes origines culturelles et pour ceux avec diverses maladies chroniques?
Implantation	Dans quel milieu sera offert ce programme? De quelle façon sera-t-il offert?
Effets	Dans quelle mesure le programme atteindra-t-il ses objectifs?

ÉTAPES À VENIR

- Après la mise à l'essai, le programme, présenté sous forme d'un guide d'animation et d'un site web, sera diffusé aux milieux cliniques qui souhaitent l'implanter.
- Une formation sur l'autogestion sera offerte aux intervenants intéressés.
- Un soutien conseil sera assuré par le CSSS Cavendish.
- Une évaluation de processus sera réalisée par une équipe de chercheurs.

RETOMBÉES ANTICIPÉES

- Les intervenants du réseau de santé auront accès à un nouvel outil afin de favoriser l'autogestion des maladies chroniques d'aînés frêles.
- Ce programme sera accessible à des aînés qui vivent avec diverses maladies chroniques.
- Les modalités prévues dans le programme favoriseront la pratique d'activités physiques chez les participants.
- Il donnera la possibilité aux personnes atteintes de maladies chroniques d'optimiser leurs capacités résiduelles afin de maintenir leur autonomie.

REMERCIEMENTS

Nous remercions le Centre Constance Lethbridge et le Carrefour jeunesse pour leur implication dans la mise à l'essai du programme. Nous remercions aussi Amélie Plante et Isabelle Dargé, étudiantes à la maîtrise en kinésiologie, pour leur contribution au développement du programme. Nous remercions Nathalie Lévesque, la Société d'Huntington, et le Centre de Jour Henry-Bradet pour nous avoir permis d'aller observer et Murielle Guérin pour les documents scientifiques.

RÉFÉRENCES

1. www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
2. Gossinger et al., 1987
3. Hiron, Laurent & Long, 1994
4. Adapté de Von Korf, 1996
5. Bourbeau and Van der Pelen, 2009
6. Long, Sobel, Ritter, Laurent & Webb, 2001
7. Laforest et al., 2008; Bandura 2001
8. Tait et al., 1997
9. Bandura, 2001

Annexe 7 : Article pour la revue Pluriâge

Réflexion autour de l'ainé en perte d'autonomie vivant avec une maladie chronique dans le cadre du développement du guide d'activités physiques du programme *Ma Santé, je m'en charge*

Caroline Gall

Kinésiologue, étudiante en Master Conduite de projet et développement des territoires à l'Unité de formation et de recherche STAPS, Nancy-Université (France) et stagiaire au sein de l'Équipe Prévention Promotion Santé Vieillesse du CSSS Cavendish – CAU
Carogall@hotmail.fr

Montre-moi ton corps, je te dirai qui tu es...

Dans une société occidentale où les *limites* et la *précarité* du corps tentent d'être corrigées et repoussées, le vieillissement est parfois une réalité qui dérange. Pourtant, "le corps que nous avons maintenant, avec un peu de ce qu'on hésite à nommer de la chance, donnera naissance, à son tour, à un vieillard"(1) et le vieillissement est une période **naturelle** de la vie. Le corps, qui est au centre de toutes les attentions doit refléter la notion positive de santé car "nos sociétés vouent un culte au corps jeune, séduisant, sain, tout-puissant"(2). Il est pourtant la place où l'individu tisse son aventure personnelle, vieillit, aime, ressent du plaisir ou douleur, indifférence ou colère (3). Et la vie marque le corps, le fait **évoluer**. Ces réflexions autour de l'ainé et du statut du corps sont à la base du développement du guide d'activités physiques du programme *Ma Santé, je m'en charge*.

Ô miroir, miroir : l'ainé vivant avec une maladie chronique

Le regard de la société face au vieillissement – dans la plupart des cas – se traduit par un certain nombre de stéréotypes négatifs : diminution des capacités fonctionnelles, perte de la mémoire, incapacité d'apprendre, la maladie...Or, si l'on considère le vieillissement comme un processus entraînant des changements (au niveau physique, cognitif, social, environnemental), il nécessite une certaine **force** d'adaptation de l'individu; d'autant plus pour ceux qui composent avec une maladie chronique. Ni l'âge, ni l'état de santé ne devraient être considérés comme uniques marqueurs de l'identité de l'ainé. Cependant, dans l'imaginaire collectif un lien est établi entre la vieillesse et la maladie ce qui influence considérablement la façon dont l'ainé va vivre le déclin de sa santé (4). Dans le cadre du développement du guide d'activités physiques, l'idée est de tenir compte des *difficultés* que peuvent rencontrer les aînés et surtout d'explorer le champ des possibles et les *capacités* de ces derniers.

Cheminement menant à la création du programme

Les maladies chroniques sont les principales causes de mortalité représentant 60% des décès. Leur prévalence augmente avec l'âge et s'élève à 50% chez les personnes de 65 ans et plus (5). Afin de mieux intervenir auprès des clientèles vivant avec des problématiques liées à leur maladie chronique (ex. raideur, fatigue, perte d'appétit), il y a eu émergence, depuis quelques années, de programmes d'autogestion touchant différentes maladies chroniques. L'autogestion se définit comme un processus qui consiste à "s'engager dans des activités visant à maintenir la santé, suivre l'évolution des symptômes de son problème de santé, adhérer aux traitements afin de mieux gérer les impacts de la

maladie tant sur la plan fonctionnel, émotif, qu'interpersonnel"(6). Or, il semble que les programmes d'autogestion sont de bons compléments aux approches pharmaceutiques; des études montrent les bénéfices de tels programmes sur divers aspects de la vie d'individus atteints de maladies chroniques variées (7-8). Il s'agit ici de (re)donner à l'aîné la possibilité de conserver un sentiment d'autonomie et de maîtrise par les outils proposés et les stratégies qu'il va pouvoir mettre en place.

Le programme *Mon Arthrite, je m'en charge*, développé en 2000, s'inscrit dans la lignée de ce type de programme. Il est destiné à accompagner individuellement des aînés en perte d'autonomie vivant avec de l'arthrite, une des maladies chroniques les plus prévalant au Canada. Son modèle théorique est inspiré de la théorie sociale cognitive de Bandura (9) qui postulait que les croyances d'un individu à l'égard de ses capacités à accomplir avec succès une tâche ou un ensemble de tâches sont à compter parmi les principaux mécanismes régulateurs des comportements. En effet, "un des paris de la vieillesse est de maintenir un sentiment de contrôle dans un équilibre mouvant de gains et de pertes"(10) L'évaluation du programme a indiqué des améliorations significatives au niveau des comportements, de la santé physique et des aspects psychologiques (11).

Le programme *Ma Santé, je m'en charge*, en cours de développement, est une réponse à une demande du milieu clinique, principalement des centres de jour, d'offrir un programme de groupe adapté à une clientèle d'aînés atteints de diverses maladies chroniques. Ce programme d'une durée de douze semaines pourra être offert par des intervenants à des groupes d'aînés vivant avec diverses maladies chroniques telles que les séquelles d'AVC, le diabète, le Parkinson, la sclérose en plaques, etc. Trois volets composeront ce programme : des activités d'autogestion en lien avec les maladies chroniques, un guide de relaxation et un guide d'activités physiques de groupe.

L'exploration du champ des possibles : le guide d'activités physiques

Afin de développer le guide d'activités physiques du programme *Ma santé, je m'en charge*, une recension des écrits faisant ressortir les meilleures pratiques a été réalisée. Cette dernière fut complétée par diverses observations sur le terrain, et consultations d'experts dans le domaine. Cette démarche a pour but de proposer un programme qui soit au plus proche des besoins d'aînés atteints de diverses maladies chroniques tout en tenant compte des réalités des milieux.

L'univers de pratique du guide d'activités – en lien avec l'aîné et son corps – s'articule autour de la thématique du *Voyage*, synonyme d'aventures, de découvertes, d'explorations, de traditions, de liberté, de mobilité... L'objectif est ici de proposer aux aînés un *Tour du monde* de douze semaines où les situations motrices variées (se déplacer, saisir, lancer, etc.) en lien avec la thématique doivent permettre de mettre en valeur les capacités individuelles et sociales des aînés atteints de maladie chronique. La thématique se veut source de liberté, aussi bien pour les aînés que pour l'intervenant qui va pouvoir laisser libre cours à son imagination pour enrichir l'univers de pratique (par la musique, des explications culturelles, etc.). Les situations motrices sont établies sur la base de celles nécessaires à la vie quotidienne afin de maintenir les capacités mêmes résiduelles des personnes. Il ne s'agit pas de combler des *pertes* mais de redécouvrir et/ou de maintenir des capacités physiques par des situations motrices diverses.

L'univers de pratique et les encouragements prévus dans le guide d'activités visent à valoriser la personne et lui permettre d'accéder à une image d'elle-même plus positive. La philosophie d'intervention s'inspire des travaux de Soulier (12) qui précisent que les expériences motrices diverses sont aux prémices d'une possible réappropriation identitaire.

Concrètement, afin d'engager les aînés dans la pratique d'activités physiques et ce même au quotidien, le guide d'activités physiques comportera trois sections distinctes : un guide d'exercices en groupe, un volet d'exercices à domicile (sous la forme d'une série de vingt exercices réalisables de façon autonome et en sécurité par les aînés à leur domicile) et un outil de motivation à la marche autonome (sous la forme d'un cadre motivationnel stratégique).

La mise à l'essai qui s'amorce en avril 2011 et le suivi par un comité d'expert tout au long du développement du programme permettront d'ajuster les interventions proposées aux réalités de terrain.

En bilan...

Le développement de ce guide d'activités physiques soulève quelques défis qu'il est important de prendre en compte. Le principal serait le suivant : par quels moyens ce programme d'activités physiques peut-il permettre aux aînés vivant avec une maladie chronique de passer d'un *corps symptôme*, lieu de douleur, de pertes liées à la maladie chronique à un corps davantage maîtrisé et vivant? Il s'agit de donner la possibilité aux individus de *faire* et d'*être* acteurs de leur pratique, de leurs mouvements afin qu'ils se réinscrivent dans l'action. Par conséquent, l'aîné doit avoir accès au même sentiment d'accomplissement qu'apporte toute activité physique, ludique ou sportive. Cela suppose de la part de l'intervenant autant que de l'aîné de se libérer des stéréotypes sociaux et des influences normatives. Il s'agit de s'éloigner de la vision *dominante* et ne pas considérer la motricité de l'aîné vivant avec une maladie chronique comme *déficitaire* mais tout simplement comme Autre. (13)

(1) Être vieux, extrait de Un si grand âge, publié par le Centre National de la Photographie, avec le concours du ministère de la Culture cité par Le Moal, S. (2007). Le respect de l'intimité corporelle de la personne âgée, *Gérontologie et société*, 3(122), p. 215-221

(2) Le Breton, D. (2008). *Anthropologie du corps et de la modernité*. Paris : PUF

(3) Le Breton, D. (2008). *Anthropologie du corps et de la modernité*. Paris : PUF

(4) Coudin et Paicheler, (2002), in Marchand, M., (2008). Regards sur la vieillesse, *Le Journal des psychologues*, 3(256), p. 22-26. DOI : 10.3917/jdp.256.0022

(5) Repéré à http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/

(6) Adapté de Von Korff, 1996

(7) Bourbeau and Van der Palen, (2009)

(8) Wright, C.C., Barlow J.H., Turner, A.P., Bancroft, G.V., (2003). Self-management training for people with chronic disease: An exploratory study. *British journal of health psychology*, 8(4), 465-476.

(9) Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New-York : Freeman

(10) Coudin et Paicheler, (2002)

(11) Laforest et al., 2008

(12) Soulier, B. (1996). *Aimer au-delà du handicap*, Paris, Dunod.

(13) Pépin, C., (2006). Activités Physiques Adaptées, *Recherches & éducations*. Repéré à <http://rechercheseducations.revues.org/index383.html>

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	
SOMMAIRE.....	P01
INTRODUCTION.....	P02
1. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE AUPRÈS D'AÎNÉS EN PERTE D'AUTONOMIE VIVANT AVEC DIVERSES MALADIES CHRONIQUES : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	
1.1 Contexte général de travail.....	p04
1.2 Contexte scientifique.....	p08
1.2.1 Le vieillissement.....	p05
1.2.2 Regard de la Société sur le vieillissement : le stéréotype des pertes....	p07
1.2.3 Le statut du corps de l'aîné.....	p08
1.2.4 Les maladies chroniques chez les aînés	p08
1.2.4.1 Données épidémiologiques.....	p08
1.2.4.2 Vivre avec une maladie chronique: conséquences pour l'aîné..	p10
1.2.5 Activité physique et maladies chroniques.....	p12
1.2.5.1 Généralités.....	p12
1.2.5.2 Inactivité physique et maladie chronique (conséquences).....	p13
1.2.6 Éléments liés à l'efficacité de l'intervention.....	p14
1.2.6.1 Approche choisie.....	p14
1.2.6.2 Les exercices à privilégier.....	p14
1.2.6.3 Maximiser le maintien dans le programme.....	p16
1.2.6.4 Prévenir les effets indésirables.....	p16
1.3 Conclusion sur l'état des connaissances.....	p17
2. MÉTHODOLOGIE CHOISIE	
2.1 Élaborer le programme d'activités physiques.....	p18
2.1.1 Étapes du projet.....	p18
2.1.2 Les connaissances scientifiques.....	p20
2.1.3 La population cible.....	p20
2.1.4 Le milieu d'intervention.....	p21

2.2	La validation : La consultation d'experts.....	p22
2.3	La mise à l'essai : Tester le programme.....	p23
2.3.1	Les objectifs de la mise à l'essai.....	p23
2.3.2	La recherche de partenaires.....	p23
2.3.3	Les outils de documentation	p24
2.3.3.1	Le recrutement des participants.....	p24
2.3.3.2	La réponse des participants au programme.....	p24
3.	RÉSULTATS	
3.1	Description du programme.....	p25
3.1.1	Le squelette du programme.....	p25
3.1.2	Objectifs du programme	p26
3.1.3	La philosophie d'intervention	p27
3.1.4	Les stratégies de renforcement positif.....	p27
3.1.5	Le matériel nécessaire et les consignes de sécurité	p27
3.1.6	Les outils pour documenter la réponse des participants	p28
3.2	La consultation du comité d'experts.....	p28
3.3	La mise à l'essai.....	p29
3.3.1	Le déroulement de la mise à l'essai.....	p30
3.3.2	Description du groupe	p31
3.3.3	La réponse des participants au programme.....	p34
3.3.3.1	Assiduité.....	p34
3.3.3.2	Réponse au protocole d'exercices.....	p35
3.3.3.3	La dynamique de groupe	p36
3.3.3.4	La satisfaction des participants	p36
4.	DISCUSSION	
4.1	La recension des écrits	p38
4.2	Élaboration du programme.....	p39
4.3	La concertation au comité d'experts.....	p39
4.4	La mise à l'essai.....	p40
4.4.1	Le recrutement.....	p40
4.4.2	La langue anglaise.....	p41
4.4.3	Le temps d'intervention.....	p42

4.4.4 La thématique du voyage.....	p42
4.4.5 La co-animation.....	p42
4.4.6 La motivation des participants	p43
4.4.7 La participation.....	p43
4.5 Recommandations	p44
4.5.1 Le recrutement.....	p44
4.5.2 Le programme d'activités physiques.....	p44
4.6 Réflexion sur les compétences	p45
4.7 Analyse de l'intérêt du programme.....	p46
4.8 Généralisation : réflexion	p47
CONCLUSION.....	P49
RÉFÉRENCES.....	
ANNEXES.....	



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DE MASTER

Nancy-Université

ELABORATION ET MISE À L'ESSAI DU PROGRAMME D'ACTIVITÉS PHYSIQUES
DE MA SANTÉ JE M'EN CHARGE

GALL Caroline

NANCY UNIVERSITE

JUIN 2011

Mots clés : Aînés, maladie chronique, activité physique, programme, élaboration, mise à l'essai

Résumé : La population mondiale vieillit et le nombre de personnes vieillissant avec une maladie chronique augmente également.

Le CSSS Cavendish développe le programme d'autogestion *Ma Santé, je m'en charge* destiné à des aînés vivant avec diverses maladies chroniques. Dans le cadre de ce programme s'intègre un programme d'activités physiques destiné à maintenir ou développer les capacités fonctionnelles d'aînés en perte d'autonomie vivant avec diverses maladies chroniques.

Le mémoire présente les différentes étapes nécessaires à l'élaboration et à la mise à l'essai sur le terrain du programme d'activités physiques.

Key words: Seniors, chronic illness, physical activity, program development, testing

Abstract: The world population is aging and the number of older people with chronic diseases also increases.

The CSSS Cavendish develops self-management program *I'm taking charge for my health*, for seniors living with chronic diseases. As part of this program integrates a physical activity program designed to maintain or expand the functional capabilities of frail elders living with various chronic diseases.

This master's thesis presents different steps required for development and testing in the field of physical activity's program.