

Liste des abréviations

AP	Activité physique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CII	Conseil International des Infirmières
EMS	Établissement médico-social
HEdS	Haute École de Santé - Genève
HES	Haute École Spécialisée
HOPE	Home-based Older People's Exercise
HPM	Health Promotion Model
IC	Intervalle de confiance
IMAD	Institution genevoise de Maintien à Domicile
IMC	Indice de masse corporelle
INPES	Institut National de Prévention et de l'Éducation pour la Santé
LiFE	Lifestyle integrated Functional Exercise
MI	Membres inférieurs
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
P	Valeur-p
PICOT	Population cible, Intervention, Comparaison, Outcome et Temporalité
RN	Registered Nurse
SD	Standart deviation
T	Test t
Z	Z score

Table des matières

1	Introduction.....	1
2	Problématique	1
2.1	Les personnes âgées	1
2.2	Les chutes	2
2.3	Les conséquences des chutes.....	3
2.4	Facteurs de risque	4
2.5	Impact de l'activité physique sur les chutes	5
2.6	Pertinence pour la profession infirmière	6
2.6.1	La prévention	6
2.6.2	La promotion de la santé.....	6
2.6.3	Distinction entre prévention et promotion de la santé	7
2.6.4	Promotion de la mobilité.....	7
3	Cadre théorique.....	8
3.1	Ancrage disciplinaire.....	9
3.1.1	Description du modèle de la promotion de la santé	9
3.1.2	Assomptions.....	11
3.1.4	Métaconcepts.....	12
3.2	L'infirmière et la théorie	13
4	Question de recherche	14
5	Méthode	14
5.1	Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	14
5.2	Diagramme de flux.....	17
6	Résultats	18
6.1	Tableau comparatif.....	18
6.2	Résultats par thème.....	29
6.2.1	Efficacité de l'activité physique structurée et non structurée pour prévenir les chutes	29
6.2.2	Adhésion à la pratique de l'activité physique.....	31
6.2.3	Les facilitateurs à l'activité physique	31
6.2.4	Les obstacles à l'activité physique	33
7	Discussion	35
7.1.1	Influences interpersonnelles.....	35

7.1.2	État émotionnel en lien avec l'action, l'auto-efficacité et les obstacles perçus de l'action	36
7.1.3	Comportements précédents et facteurs personnels	37
7.1.4	Bénéfices perçus de l'action	37
7.1.5	Influences situationnelles	38
8	Apports et limites du travail	40
9	Recommandations	41
10	Conclusion	43
11	Références bibliographiques	44
12	Annexes	50
12.1	[Annexe I: Hommes et femmes de plus de 65 ans en Suisse en 2014]	50
12.2	[Annexe II: Modèle de Promotion de la Santé de Pender]	50
12.3	[Annexe III: Schéma du Modèle de Promotion de la Santé de Pender]	52
12.4	[Annexe IV: Niveaux de preuve selon le Centre Cochrane Français]	53
12.5	[Annexe V: Fiche de lecture]	54

Liste des tableaux

Tableau 1.	[PICOT]	14
Tableau 2.	[Équations effectuées pour la recherche des articles scientifiques]	15

Liste des figures

Figure 1.	[Chutes au cours d'une année en 2012]	3
Figure 2.	[Chutes au cours d'une année en EMS en 2009]	3
Figure 3.	[Schéma du HPM]	10
Figure 4.	[Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles]	17

1 INTRODUCTION

Cette revue de littérature expose tout d'abord, les concepts principaux de la problématique de la chute chez les personnes âgées et son rapport avec la promotion de la mobilité. À cette étape du travail, les problématiques principales telles que la chute et la personne âgée sont définies. Des données épidémiologiques concernant la prévalence des chutes chez le sujet âgé vivant en EMS ou à domicile sont exposées. Les conséquences des chutes sur la personne et son environnement sont décrites.

Puis, l'ancrage disciplinaire choisi est expliqué ainsi que sa pertinence en lien avec la thématique. La question de recherche est posée, et par la suite le chapitre de la méthodologie est développé. Il comprend la méthode PICO, les mots clés et le digramme de flux expliquant précisément la méthode de sélection des articles choisis. À partir des dix articles sélectionnés, les résultats ont été regroupés par thème puis analysés.

Enfin, les apports et les limites seront présentés de même que les recommandations pour la pratique infirmière, la formation et la recherche.

2 PROBLEMATIQUE

2.1 Les personnes âgées

Le terme «personne âgée» est utilisé dans le langage courant, pourtant, il n'en existe pas une définition précise. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle de personnes âgées à partir de 60 ans, parfois 65 ans (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2015) et l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) considère les plus de 65 ans comme étant des sujets âgés, ce qui correspond pour la Suisse à l'âge de la retraite (Gerber, 2015). Pour cette revue de littérature, l'âge retenu est de 65 ans.

Dans un contexte de vieillissement de la population mondiale, l'OMS prévoit que la population âgée de 60 à 80 ans passera de 65 millions à deux milliards d'individus entre les années 2000 et 2050. Celle de 80 ans et plus sera multipliée par quatre pour atteindre 95 millions d'ici 2050 (OMS, 2015).

En Suisse, le nombre de personnes âgées de plus de 64 ans a augmenté de 5,8 % en 1990 à 17,6 % en 2013. L'augmentation est particulièrement marquée de 0,5 % à 4,9 %, pour les personnes de 80 ans et plus (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2015).

Ce phénomène est principalement dû à une augmentation de l'espérance de vie et à une diminution du taux de fécondité. De plus, grâce à l'avancée de la médecine, à l'amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et au développement des services de santé, il y a une modification des causes de décès. En effet, la disparition des maladies infectieuses laisse peu à peu place aux maladies chroniques, dégénératives et aux accidents, dont les chutes qui sont le thème du présent travail (Observatoire Régional de la Santé Nord, 2010).

En Suisse, il existe une politique spécifique pour les personnes âgées. Ce sont des mesures prises par la Confédération, les cantons et les communes. Ces dernières ont une influence sur la situation de vie de cette population. La Confédération s'occupe, entre autre, de leur prévoyance sanitaire qui fixe les objectifs en termes de santé (Office fédéral des assurances sociales [OFAS], 2015). Son but est d'améliorer la qualité de vie, l'autonomie ainsi que la prise en soins et la réduction des charges de certaines maladies. Un des objectifs consiste à favoriser les soins à domicile et l'accompagnement des personnes âgées par leurs proches (L'Assemblée fédérale - Le Parlement Suisse, 2014). Pour répondre à ces objectifs, un projet inter-cantonal appelé «Via», met en place des programmes tels que la promotion de l'activité physique et la prévention des chutes (Promotion Santé Suisse, 2014).

2.2 Les chutes

L'OMS définit la chute comme «un évènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou sur toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment» (OMS, 2012).

La chute est, selon l'OMS, un problème majeur de santé publique, dont le facteur de risque principal est l'âge avancé (OMS, 2007, traduction libre). Cela entraîne une fois sur dix, des blessures graves comme des fractures ou des traumatismes crâniens qui nécessitent une prise en charge médicale. La chute peut être mortelle dans 2 % des cas (Büla, Rochat & Dunand, 2010). L'OMS vise une prévention globale de celle-ci développant la recherche scientifique, les initiatives en santé publique, les connaissances concernant les facteurs de risque et l'amélioration de la formation des professionnels de santé. Cette prévention permettra aux professionnels de la santé, d'éduquer les personnes à risque de chutes ainsi que leurs proches (OMS, 2012).

Concernant la population âgée vivant à domicile, 15 % des personnes ont chuté une fois, 5 % deux fois et 5 % trois fois dans l'année. Ce qui fait un total de 25 % de chutes en 2012.

Selon le tableau ci-dessous, 25 % de la population âgée de 65 ans et plus, vivant à domicile, a chuté au moins 1 fois dans l'année (OFS, 2014).

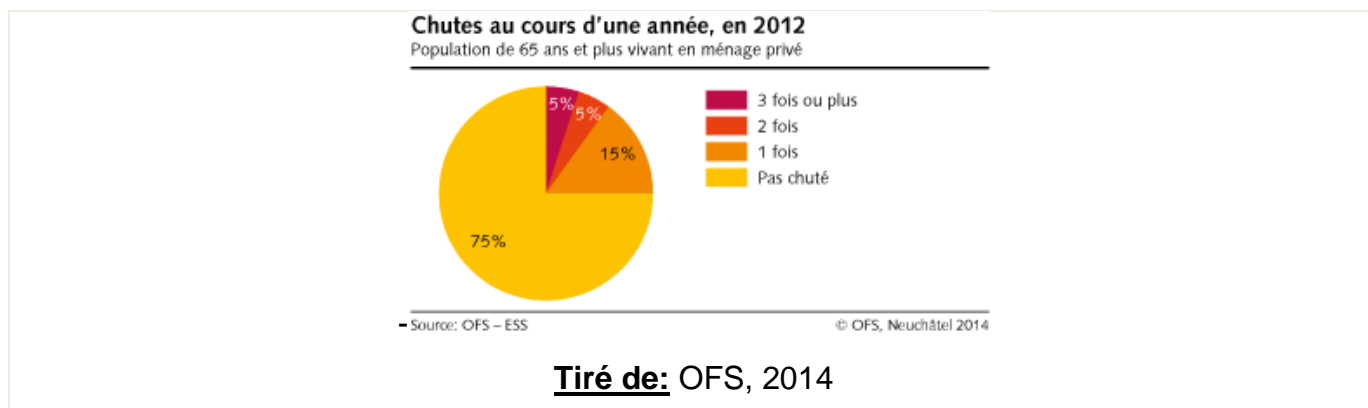


Figure 1. [Chutes au cours d'une année en 2012]

Les statistiques pour les aînés vivant en établissements médicaux sociaux (EMS), sont les suivantes: 18 % d'entre eux ont déjà chuté une fois, 8 % deux fois et 13 % trois fois dans l'année. Ce qui fait un total de 39 % de chutes en 2012 (OFS, 2014).

Selon le tableau ci-dessous 39 % de la population âgée de 65 ans et plus, vivant en EMS a chuté au moins 1 fois dans l'année (OFS, 2014).

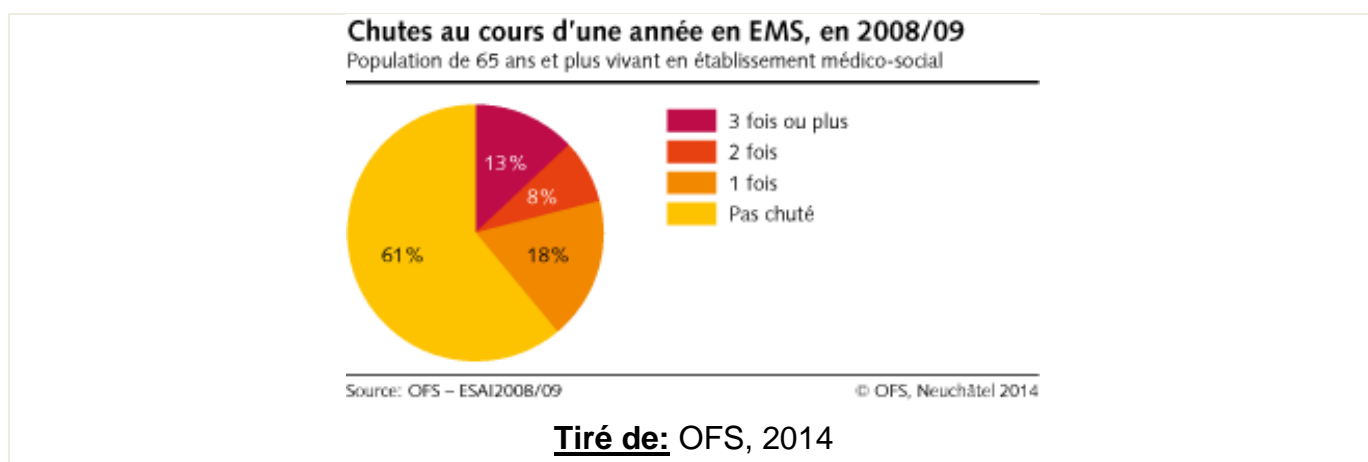


Figure 2. [Chutes au cours d'une année en EMS en 2009]

2.3 Les conséquences des chutes

Au vu de cette prévalence élevée, les chutes ont un impact important non seulement sur la personne elle-même, mais également sur ses proches et sur le système économique de la Confédération. Les conséquences des chutes pour les personnes âgées, peuvent être des traumatismes cérébraux, des hémorragies, une diminution des capacités fonctionnelles ainsi qu'une diminution de l'activité, des troubles posturaux et de la marche augmentant ainsi le

risque de nouvelle chute (Haute Autorité de Santé [HAS], 2006). Ces personnes sont aussi plus susceptibles de devoir quitter leur domicile définitivement pour un placement en institution à cause d'une perte d'autonomie irréversible. Ceci est souvent la conséquence du syndrome post-chute ou de la peur de tomber à nouveau. Le syndrome post-chute entraîne le risque de développer des confusions, une dépression, une perte de confiance en soi, un isolement social, une peur de retomber, des dépendances et d'autres syndromes d'anxiété à la reprise de la marche (OMS, 2007, traduction libre; HAS, 2006; Fondation pour la sécurité des patients, 2008).

La chute a également un impact sur l'entourage de la personne âgée. Les personnes ayant toujours assumé le rôle de fille, mari, épouse, se transforment sans même l'avoir choisi en proche aidant ou aidant naturel. L'aidé occupe malgré lui un rôle de fardeau. Par fardeau, on entend un ensemble de problèmes psychiques, physiques, émotionnels, sociaux et financiers qui sont assumés en partie par les proches aidants (Lavoie, Prévost, Sainte-Marie & Veillette, 2011).

De plus, l'impact économique est important tant pour la personne que pour le système de santé. Selon le Bureau de prévention des accidents, les chutes des plus de 65 ans coûtent 1,4 milliards de francs par an (Bureau de prévention des accidents, 2010 cité par Promotion Santé Suisse, 2014, p.5). L'OFS estime que si la santé des aînés était préservée plus longtemps, le système de santé suisse bénéficierait de plus de 10 milliards de francs d'économies (Vuilleumier & al., 2007 cité par Promotion Santé Suisse, 2014).

2.4 Facteurs de risque

Les chutes sont le résultat d'une combinaison de plusieurs facteurs. Des recherches ont pu mettre en évidence qu'il en existait environ 400. À l'heure actuelle, l'impact de chaque facteur de risque sur la chute et la nature des interactions entre eux sont de mieux en mieux connus, mais il reste encore des incertitudes (Campbell, Borrie & Spears, 1989 cité par Institut National de Prévention et de l'Éducation pour la Santé [INPES], 2015, p.39).

Des études ont toutefois émis l'hypothèse que l'influence individuelle de chaque facteur de risque est faible. En fait c'est l'accumulation de ces facteurs qui augmente le risque de chutes. Ce dernier augmente aussi avec l'âge (Campbell, Borrie & Spears, 1989 cité par INPES, 2015, p.39).

Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, voici quelques facteurs de risque de chute, classés selon quatre critères principaux (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2010):

- Les facteurs biologiques et médicaux qui comprennent les maladies chroniques dégénératives, la faiblesse musculaire et la diminution de la condition physique.

- Les facteurs comportementaux comme la peur de chuter et l'inactivité.
- Les facteurs environnementaux tels qu'un aménagement inadapté du lieu de la vie.
- Les facteurs sociaux-économiques tels que le manque de moyens pour effectuer des rénovations ou acheter des appareils spécialisés.

Plusieurs études de risques ont examiné les différents facteurs cités plus haut et de nombreuses interventions ont été proposées pour réduire les chutes. Parmi ces interventions, il y a les approches multifactorielles, la vérification des médicaments ou encore l'activité physique (MacCulloch, Gardner & Bonner, 2007, traduction libre; Cameron & al., 2010, traduction libre).

2.5 Impact de l'activité physique sur les chutes

L'inactivité physique a un impact réel sur les chutes. Des études montrent un lien entre la diminution de l'activité physique et l'augmentation du risque de chutes (Devun, 2012; Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2015). C'est pourquoi ce travail se focalisera sur ce facteur de risque précis et sa prévention.

La plupart des programmes de prévention des chutes consistent en un ensemble d'évaluations des risques, des capacités du patient, du système d'alerte et parfois des bons de physiothérapie qui sont prescrits. Malgré ces programmes, les croyances de «l'anti activité» pour prévenir les chutes persistent. Il semble que cette idée rassure le patient et les soignants. Pourtant, paradoxalement, ces méthodes ne diminuent pas le nombre de chutes et entraînent le découragement des personnes âgées, de leurs familles et des soignants (Kagan & Puppione, 2011, traduction libre).

L'exercice a une influence sur la prévention des chutes et sur les blessures provoquées par ces dernières. Ces influences peuvent être liées au fait que l'exercice peut retarder le processus biologique de vieillissement, modifier des facteurs de risque de handicap liés à certaines maladies, renforcer les muscles et améliorer l'équilibre (Adamo & Farrar, 2006, traduction libre; MacCulloch & al 2007, traduction libre).

L'activité physique est une des interventions les plus fréquemment étudiées. Inokuchi, Matsusaka, Hayashi et Shindo (2007) ont effectué une étude dont le but était de déterminer si un programme d'exercices donnés par des infirmières en santé publique, était efficace pour améliorer la condition physique et l'état psychique des personnes âgées afin de réduire les risques de chutes. Le résultat de cette étude a montré que le groupe qui a effectué des exercices physiques quotidiens à domicile, ainsi que deux heures d'exercices par semaine, a

amélioré sa condition physique et que le nombre de chutes a diminué (Inokuchi, Matsusaka, Hayashi & Shindo, 2007, traduction libre).

D'autres études faites sur le renforcement musculaire, l'entraînement à la marche, l'amélioration de l'équilibre et les activités de la vie quotidienne, ont montré leur efficacité dans la prévention des chutes chez les personnes âgées en comparaison au groupe de contrôle n'ayant pas bénéficié de ces mesures (Ishigaki, Ramos, Carvalho & Lunardi, 2014, traduction libre; MacCulloch & al., 2007, traduction libre).

2.6 Pertinence pour la profession infirmière

Selon le Conseil International des Infirmières (CII), les soins infirmiers sont définis comme «les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tout âge, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées ou mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier, citons la défense et la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation» (Conseil International des Infirmiers [CII], 2015).

Les concepts de promotion et prévention font donc partie intégrante de la profession infirmière et sont expliqués brièvement ci-dessous.

2.6.1 La prévention

La prévention est l'ensemble des mesures qui ont pour but commun de diminuer le nombre et la gravité de tous les problèmes de santé ainsi que d'éviter la survenue de nouvelles maladies. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives et financières, des pressions politiques ainsi que l'éducation pour la santé (Tessier, Andreys & Ribeiro, 2004).

2.6.2 La promotion de la santé

Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé a pour but de rendre les individus plus autonomes, responsables de leur propre santé et de celle de la population. Elle permet aux individus d'acquérir de meilleures connaissances en matière de santé afin de mieux la maîtriser pour l'améliorer. La promotion de la santé est un concept positif mettant en lumière les capacités physiques, les ressources personnelles et sociales de chacun. La santé n'est pas

le synonyme exact d'une absence de maladie, mais englobe l'acquisition et le maintien d'un état de bien-être physique, psychique et social. La promotion est multifactorielle, elle regroupe notamment les activités de prévention, de dépistage, d'assainissement et de traitements précoces, en encourageant la participation active de la communauté (OMS, 1986; Tessier & al., 2004).

2.6.3 Distinction entre prévention et promotion de la santé

La prévention de la santé cible des problèmes de santé (maladies, accidents) spécifiques en essayant d'empêcher leurs apparitions ou de réduire leurs impacts négatifs (prévention primaire, secondaire ou tertiaire) (République et Canton de Neuchâtel, 2015).

La promotion de la santé va beaucoup plus loin que la prévention: elle ne s'arrête pas uniquement au domaine sanitaire. Elle a pour but de permettre aux individus d'acquérir des connaissances de leur santé pour une meilleure maîtrise de celle-ci, ainsi que de meilleures utilisations de leurs ressources personnelles (République et Canton de Neuchâtel, 2015).

Bien que ces actions soient souvent initiées par des professionnels de la santé, il est primordial de favoriser le dialogue dans le but de créer un lien de confiance avec l'ensemble de la communauté, laissant ainsi la possibilité aux non-professionnels de s'exprimer en toute légitimité (Tessier & al., 2004). Les professionnels mettent alors en exergue non seulement leurs compétences de promoteurs de la santé, mais également de communicateurs et d'experts.

2.6.4 Promotion de la mobilité

Le maintien de la mobilité et de l'activité est déterminant pour le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées. L'équipe soignante et surtout les infirmières, jouent un rôle très important dans la promotion de cette mobilité. Malheureusement de nombreux facteurs tels que le manque de temps et le nombre insuffisant de professionnels, rendent parfois difficile l'accomplissement de cette tâche (Kneafsey, Clifford & Greenfield, 2013, traduction libre, p.1625)

D'autres facteurs limitent l'implication des infirmières dans la promotion de la mobilité. Leur impression, par exemple, d'avoir moins d'expérience que les physiothérapeutes et la peur de se mettre en danger (Kneafsey & al., 2013, traduction libre).

Plusieurs études ont démontré que les physiothérapeutes sont les seules personnes à promouvoir la mobilité des patients en les accompagnant à la marche notamment. Pourtant l'infirmière prend en soins ses patients dans leur globalité au quotidien, elle devrait donc aussi

occuper un rôle dans la promotion de leur mobilité et ce, également auprès de leurs familles et de ses collègues (Kagan & Puppione, 2011, traduction libre).

Ainsi une présence continue auprès des patients permettrait à l'équipe soignante de mobiliser plus régulièrement la personne et d'introduire des interventions spécifiques afin de prévenir la détérioration fonctionnelle et, par conséquent, les chutes (Kneafsey & al., 2013, traduction libre, p.1618).

En connaissant l'importance de la mobilité pour les personnes âgées, il résulte qu'il est indispensable pour l'équipe soignante de chercher de nouvelles approches pour s'impliquer et travailler la mobilité des patients (Kneafsey & al., 2013, traduction libre, p.1624).

La théorie intermédiaire de la promotion de la santé (HPM)² créée par Nola Pender, permet d'orienter et guider la pratique des professionnels de la santé dans la promotion de la mobilité chez les personnes âgées pour prévenir les chutes.

3 CADRE THEORIQUE

Nola J. Pender, d'origine américaine, née au Michigan en 1941 et est diplômée en soins infirmiers en 1962. En 1965, elle acquiert un Master dans «la croissance humaine et le développement». Puis, en 1970, elle obtient un Doctorat en psychologie et en éducation, ainsi qu'un Master en santé communautaire (Alligood, 2010, traduction libre, pp.434-437). En 1975, la doctoresse Pender publie le «modèle conceptuel pour les comportements préventifs de la santé». Ce modèle lui permet d'étudier les facteurs qui influencent les individus dans leurs prises de décisions et leurs actions pour prévenir les maladies (Alligood, 2010, traduction libre, pp.434-437).

La théorie intermédiaire de Pender: «The original health promotion model ou HPM» a été publiée pour la première fois en 1982. Depuis, plus de 40 études ont prouvé l'influence positive du modèle sur la promotion de la santé dans les habitudes de vie. Les exercices physiques et la nutrition en font partie. Le développement humain et l'éducation lui ont permis d'utiliser une approche holistique des soins infirmiers, de la psychologie sociale et de la théorie de l'apprentissage qui sont à la base du HPM. Cette dernière ne se limite pas à l'explication des comportements préventifs d'une maladie, elle est plus globale et cherche une prise de conscience, une autonomie et un changement de comportements tout au long de la vie (Alligood, 2010, traduction libre, pp.434-437).

² Le terme de modèle est utilisé dans le texte pour faire référence à la théorie intermédiaire de Pender.

3.1 Ancrage disciplinaire

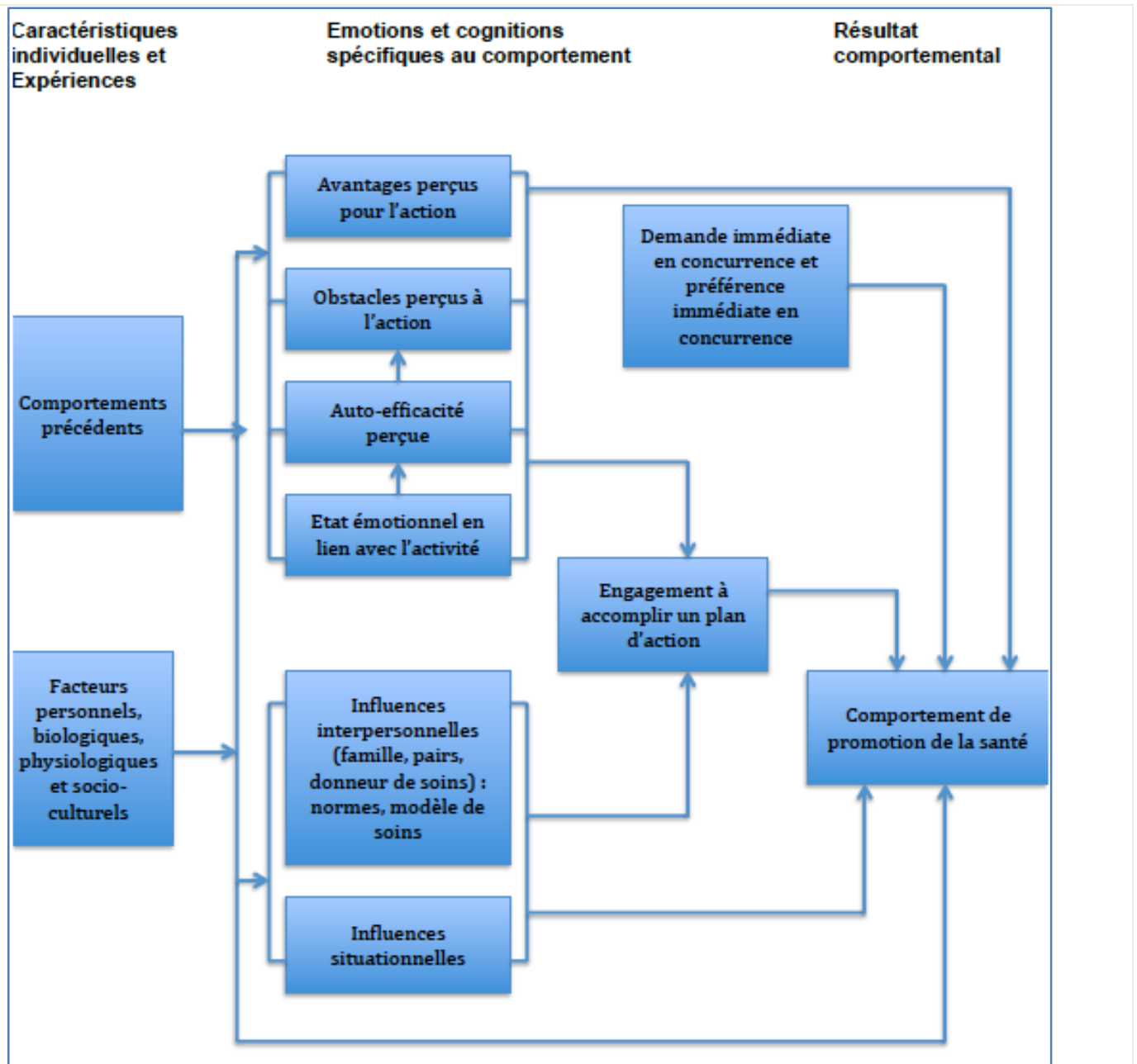
3.1.1 Description du modèle de la promotion de la santé

Le modèle de la promotion de santé de N. Pender est une théorie intermédiaire appartenant au paradigme de l'interaction réciproque selon la classification de Fawcett. Ce paradigme décrit la personne comme un être holistique en interaction réciproque avec son environnement. Les changements apparaissent comme le résultat de multiples facteurs qui varient tout au long de la vie. Ils ne peuvent pas être prédits, mais estimés (Peterson, 2013, traduction libre p.8).

Le HPM appartient à l'école de l'apprentissage de la santé. Les théoriciennes de cette école de pensée mettent l'accent sur l'adoption de comportements menant à l'amélioration de la santé de la personne (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.63).

Pender propose le HPM afin que les infirmières puissent améliorer la santé, la qualité de vie et les habilités fonctionnelles des patients en travaillant sur les changements de comportements. Cette théorie considère que les individus sont capables d'introspection en vue de modifier leurs comportements. Elle présente l'infirmière comme un outil qui favorise ces changements (Peterson, 2013, traduction libre, p.227).

Pour illustrer la théorie, voici un schéma représentant le HPM traduit de l'anglais au français. Le schéma original se trouve en annexe III.



Tiré de: Peterson, traduction libre, 2013

Figure 3. [Schéma du HPM]

Cette représentation schématique montre les différents concepts du HPM et le lien qui les relie. Ils sont classés à l'intérieur de deux grandes catégories de prédicteurs qui influencent un *résultat comportemental*: le comportement de promotion de santé. La première catégorie est celle des *caractéristiques individuelles* et des *expériences*. La seconde, celle des *émotions* et des *cognitions spécifiques au comportement*. Selon Pender cette dernière est le mécanisme le plus important pour encourager le comportement de promotion de la santé. En complément de

ces deux catégories trois autres concepts peuvent également influencer le *résultat comportemental*: les *demandes et préférences immédiates en concurrence* et *l'engagement à suivre un plan d'action* (Peterson, 2013, traduction libre). Tous les concepts cités précédemment seront décrits par la suite en annexe II.

Les différents concepts ou variantes du HPM influencent de manière positive ou négative le comportement de promotion de la santé. Ils expliquent ainsi la probabilité d'un comportement de promotion de santé positif (Peterson, 2013, traduction libre).

Le but de ce modèle est de pouvoir évaluer les différentes influences de ces variabilités sur le comportement de promotion de la santé, modifier celles qui l'entravent et encourager celles qui le renforcent. Par exemple, l'infirmière va recueillir des informations en lien avec les concepts du modèle, identifier les obstacles pour développer et maintenir un comportement favorable et établir des interventions adaptées à l'individu (Peterson, 2013, traduction libre, pp 229-231).

3.1.2 Assomptions

La théorie intermédiaire de Pender est aussi basée sur les déclarations suivantes (Allgood, 2010, traduction libre, p.441):

1. Les personnes cherchent à créer des conditions de vie à travers lesquelles elles peuvent exprimer leur propre potentiel de santé.
2. Les personnes possèdent une conscience réflexive d'elles-mêmes qui leur permet d'évaluer leurs propres compétences.
3. Les personnes cherchent à réguler activement leur propre comportement.
4. Les individus dans toute leur complexité biopsychosociale, interagissent avec l'environnement en le transformant progressivement et en étant transformés par lui au fil du temps.
5. Les professionnels de la santé font partie de l'environnement interpersonnel qui influencera les personnes tout au long de leur vie.
6. Initier soi-même la reconfiguration des schémas interactifs «personne-environnement» est essentiel pour le changement de comportement.

3.1.4 Métaconcepts

Les métaconcepts sont les quatre concepts fondamentaux de la discipline infirmière: l'être humain, le soin, la santé et l'environnement. Dans chaque modèle ou théorie de soins infirmiers, ces concepts ont leurs propres définitions (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, traduction libre).

3.1.4.1 La personne

Selon Pender, la personne est un organisme biopsychosocial en partie façonné par l'environnement. De plus, elle cherche à créer un environnement dans lequel son potentiel acquis peut être pleinement exprimé. Ainsi, la relation entre la personne et l'environnement est réciproque et indissociable. Les caractéristiques individuelles ainsi que les expériences de vie façonnent les comportements de santé de chacun (Pender, 2011, traduction libre, p.3).

3.1.4.2 Le soin

Pender considère le soin comme une réelle collaboration avec les individus, leur famille ainsi que la communauté afin de créer les conditions les plus favorables à l'expression optimale de la santé et à un haut niveau de bien-être (Pender, 2011, traduction libre, p.3).

3.1.4.3 La santé

Selon Pender, la santé est définie comme un potentiel humain acquis ou inné propre à chacun. Ce potentiel est actualisé à travers de nouveaux comportements, des compétences d'auto-soins et des bonnes relations avec autrui. Les ajustements sont apportés au besoin pour maintenir l'intégrité structurelle de l'individu et son harmonie avec l'environnement. La santé est donc considérée comme une expérience de vie en évolution constante. Elle englobe la totalité de la personne: son style de vie, ses ressources, ses forces, ses capacités de résilience et ses potentiels personnels. Elle est définie comme positive, holistique et humaniste, et inclut la maladie, bien que ce ne soit pas l'élément principal de ce métaconcept. Cette dernière est un évènement qui peut apparaître à tout au long de notre vie et que l'on peut séparer en deux catégories: les maladies de courte durée ou aiguës et les maladies de longue durée ou chroniques. La durée d'une maladie peut entraver ou faciliter la quête de sa santé (Pender, 2011, traduction libre, p.3).

3.1.4.4 L'environnement

Selon Pender, l'environnement rassemble les contextes sociaux, culturels et physiques dans lesquels le cours de la vie se déroule. L'environnement peut être manipulé par l'individu pour créer un contexte positif et des facilitateurs pour des comportements favorables à la santé (Pender, 2011, traduction libre, p.3).

Cette vision élargie et positive, favorise les opportunités pour améliorer la santé des patients. Ainsi, les interventions infirmières ne se limitent pas seulement à réduire les risques d'une maladie, mais elles cherchent à renforcer les ressources et les potentiels de l'individu (Peterson, 2013, traduction libre, pp.225-226).

Dans le but de diminuer les risques de chutes chez la personne âgée, l'infirmière ne se limite pas au concept de prévention, mais tient compte des compétences, des connaissances et de l'environnement de la personne afin de promouvoir les aspects positifs de la santé. Dans le cadre de ce travail, la promotion de l'activité physique est recherchée dans le but de prévenir le risque de chutes.

3.2 L'infirmière et la théorie

Le HPM offre aux infirmières un cadre dans lequel le but des soins est d'améliorer la santé et l'habileté fonctionnelle.

Premièrement, le modèle permet à l'infirmière d'évaluer les comportements de promotion de la santé du patient. Elle peut ainsi apprécier les avantages et les obstacles perçus de l'action, l'auto-efficacité, les influences interpersonnelles et situationnelles concernant un comportement donné.

Deuxièmement, le modèle permet d'identifier de nombreuses caractéristiques propres à l'individu telles que les comportements précédents ou les facteurs démographiques et la perception de son état de santé. Ces caractéristiques peuvent être plus ou moins modifiables et offrent une base à l'infirmière pour l'adaptation de ses interventions.

Troisièmement, le modèle suggère que les interventions infirmières peuvent modifier les perceptions dans les domaines cités ci-dessus. Le succès de ces interventions doivent se traduire par l'augmentation de la fréquence des comportements de santé et du bien-être.

La promotion de la santé intervient dans différents domaines tels que l'activité physique, l'alimentation, la gestion du stress ou le support social (Peterson, 2013, traduction libre, pp.227-228).

4 QUESTION DE RECHERCHE

Dans un contexte de population vieillissante, les chutes sont un problème de santé publique. Afin de prévenir les chutes, il semble important de mieux comprendre quel est le rôle de l'infirmière dans cette problématique. Les recherches et lectures effectuées ont permis de poser progressivement le cadre de la problématique ainsi que l'ancrage adapté à cette revue de littérature. La question de recherche qui découle de cette problématique est: «**Comment l'infirmière peut-elle promouvoir la mobilité chez les personnes âgées dans le but de prévenir les chutes?**»

5 METHODE

5.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

La démarche méthodologique utilisée pour cette revue de littérature est décrite dans ce chapitre. Tout d'abord les mots clés ont été identifiés selon la méthode PICOT (Population cible, Intervention, Comparaison, Outcome et Temporalité). Ensuite, ils ont été traduits du français à l'anglais en Mesh Term grâce au site internet CiSMéF. Ces mots clés sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. [PICOT]

	Français	Mesh Term anglais
P	Personnes âgées	Aged Elderly
I	Promotion de la mobilité	Physical activities Physical activity Exercise/Postural balance/ Exercise therapy Nurses Health promotion Therapeutic Exercise Promoting Motivation
C	EMS ou Domicile dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)	Activities of daily living Activity of daily living
T	Prévenir les chutes	Accidental falls Accident prevention Accidental falls/prevention and control

Dans un troisième temps, les bases de données CINHALL et PubMed ont été interrogées en utilisant les mots clés du PICO ainsi que d'autres termes se rapportant à la thématique. Ces différents mots clés ont été utilisés à chacune des recherches sous forme d'équations et de connecteurs différents.

Les filtres utilisés correspondaient à l'âge de la population sélectionnée (65 ans ou plus). D'autres filtres concernaient les dates de publication pour une période comprise entre 2006 et 2016 ainsi que les langues française et anglaise.

Des articles ont été exclus sur la base du titre et du résumé. Puis les articles retenus ont été lus entièrement afin de confirmer leur pertinence.

Les critères d'inclusion correspondaient à l'âge, à la thématique, aux interventions infirmières en lien avec la promotion de la mobilité et au lieu de vie (domicile ou EMS).

Tableau 2. [Équations effectuées pour la recherche des articles scientifiques]

Bases de données	Équations	Filtres	Résultats de la recherche
PubMed	((("nurse") AND "accidental falls") AND "prevention") AND "elderly"	Moins de 10 ans (2006-2016) Langue: anglais Âge: 65 ans et plus	n=21 Éliminés selon le titre =13 Éliminés selon le résumé =5 Éligibles pour l'analyse =3
PubMed	((accidental falls [MeSH Terms]) AND exercise [MeSH Terms]) AND activities of daily living [MeSH Terms]	Moins de 10 ans (2006-2016) Langue: Anglais Âge: 65 ans et plus	n=106 Éliminés selon le titre =71 Éliminés selon le résumé =22 Éligibles pour l'analyse =13
PubMed	((("aged") AND ("accidental falls/prevention and control")) AND "exercise therapy") AND "postural balance"	Moins de 10 ans (2006-2016) Langue: Anglais Âge: 65 ans et plus	n=181 Éliminés selon le titre =142 Éliminés selon le résumé =32 Éligibles pour l'analyse =7

Bases de données	Équations	Filtres	Résultats de la recherche
PubMed	((("physical activity") AND "aged") AND "promoting") AND "motivation"	Moins de 10 ans (2006-2016) Langue: Anglais Âge: 65 ans et plus	n=53 Éliminés selon le titre = 40 Éliminés selon le résumé = 11 Éligibles pour l'analyse = 2
PubMed	((("nurses") AND "health promotion") AND "physical activity")) AND "exercise"	Moins de 10 ans (2006-2016) Langue: Anglais	n=77 Éliminés selon le titre = 62 Éliminés selon le résumé = 12 Éligibles pour l'analyse = 3
PubMed	((("Accidental Falls") AND "aged") AND "health promotion") AND "exercise"	Moins de 10 ans (2006-2016) Langue: Anglais	n=56 Éliminés selon le titre = 24 Éliminés selon le résumé = 15 Éligibles pour l'analyse = 17
PubMed	((("aged") AND "activities of daily living") AND "exercise therapy") AND "physical activity"	Moins de 10 ans (2006-2016) Langue: Anglais Âge: 65 ans et plus	n=81 Éliminés selon le titre = 62 Éliminés selon le résumé = 12 Éligibles pour l'analyse = 8
Cihnal	(MM "Health Promotion") AND (MM "Activities of Daily Living") AND (MM "Accidental Falls")	Moins de 10 ans (2006-2016) Langue: Anglais Âge: 65 ans et plus Présent sur PubMed	n=1 Éligible pour l'analyse = 1
Cihnal	(MM "Therapeutic Exercise") AND activities of daily living AND aged AND balance, postural	Moins de 10 ans (2006-2016) Langue: Anglais	n=31 Éliminés selon le titre = 19 Éliminés selon le résumé = 5 Éligibles pour l'analyse = 17

Les recherches des articles ont été effectuées entre novembre 2015 et mai 2016.

Un diagramme de flux a été réalisé afin de visualiser le nombre d'articles sélectionnés ainsi que les critères d'exclusion. Une analyse approfondie des articles scientifiques sélectionnés, a été effectuée.

5.2 Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la figure 4.

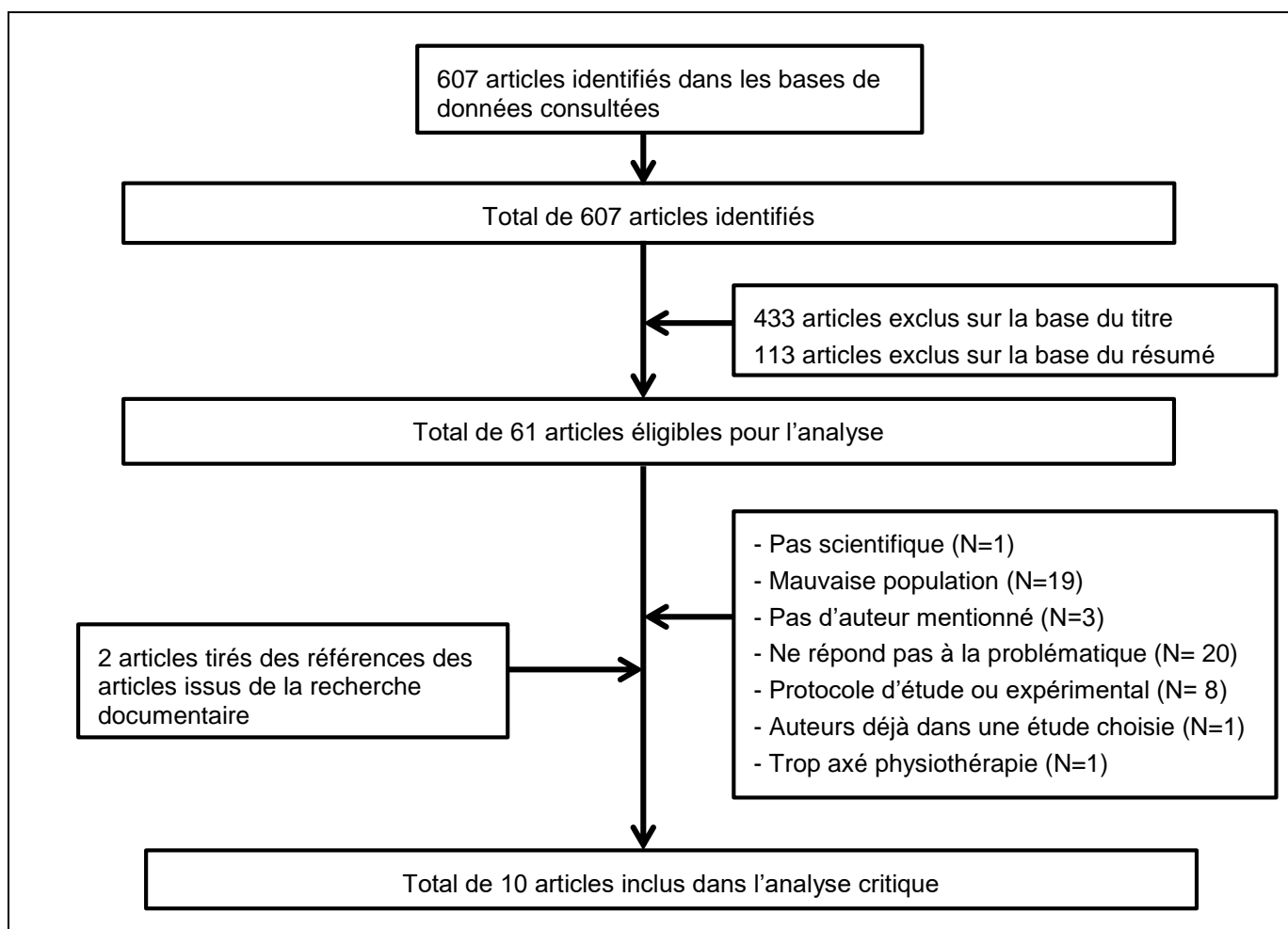


Figure 4. [Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles]

6 RESULTATS

6.1 Tableau comparatif

Les dix articles retenus ont été lus, analysés puis synthétisés sous forme de fiches de lecture présentées en annexe V et d'un tableau de synthèse présenté ci-dessous. Les résultats sont d'abord présentés par lieux de vie, puis par niveaux de preuve, selon le Centre Cochrane Français (voir annexe IV), pour chaque lieu de vie.

Concernant la population âgée à domicile, trois études randomisées contrôlées (Clemson & al., 2012; Burton, Lewin, Clemson & Boldy, 2013; Clegg, Barber, Young, Iliffe & Forster, 2014), une étude longitudinale (Kuptniratsaikul & al., 2011) et deux études qualitatives de type phénoménologique (Horne, Skelton, Speed & Todd, 2014; Johansson & Jonsson, 2013), ont été retenues.

Puis concernant la population en EMS, une étude randomisée contrôlée par grappe (Kerse & al., 2008) et deux études qualitatives (Phillips & Flesner, 2013; Chen & Li, 2014), ont été sélectionnées.

Pour finir, un article répondant de manière transverse aux deux populations, a été retenu: une étude transversale dont le sujet principal était le comportement de santé personnel des infirmières en relation avec la promotion de l'activité physique dans leur pratique clinique (Bakhshi, Sun, Murrells & While, 2015).

1. Population vivant à domicile

INTEGRATION OF BALANCE AND STRENGTH TRAINING INTO DAILY LIFE ACTIVITY TO REDUCE RATE OF FALLS IN OLDER PEOPLE (THE LIFE STUDY): RANDOMISED PARALLEL TRIAL					
Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Clemson, Fiatarone, Bundy, Cumming, Manollaras, O'Loughlin et Black (2012)	<p>Population Personnes âgées de plus de 70 ans, à haut risque de chutes vivant à domicile à Sydney.</p> <p>Type d'étude Essai parallèle randomisé à trois bras (trois interventions dans trois groupes sont comparées).</p>	Déterminer si l'intégration, dans la vie quotidienne, d'un entraînement de l'équilibre et de la force peut réduire le taux de chute.	<p>Interventions: LiFE approche: Des mouvements spécifiques pour améliorer l'équilibre et la force musculaire des MI ont été intégrés dans les activités de tous les jours</p> <p>Programme structuré 7 exercices pour l'équilibre et 6 exercices pour le renforcement musculaire des MI réalisés 3 fois par semaine.</p> <p>Programme contrôle Il est composé de 12 exercices doux et flexibles réalisables en position assise, couchée, debout ou en se tenant.</p> <p>Méthode Le suivi s'est fait à 6 mois et 12 mois après l'évaluation de base et a été réalisé par un chercheur assistant en aveugle.</p>	<p>Nombre de chutes Programme LiFE: 172 Programme structuré: 193 Groupe contrôle: 224</p> <p>Incidence de chutes Programme LiFE: 1.66 Programme structure: 1.90 Groupe contrôle: 2.28</p> <p>LiFE et groupe contrôle Réduction significative de 31 % du taux de chute Ratio du taux d'incidence 0.69 (95 %IC 0.48 -0.99)</p> <p>Programme structuré et le programme contrôle Réduction du taux de chute n'est pas significative. (0.81 (95%IC 0.56 à 1.17)</p> <p>Adhérence Programme LiFE: 76 % Programme structuré: 63 % Groupe contrôle: 74 %</p>	<p>Le groupe contrôle a disposé de moins de temps d'enseignement comparé aux deux autres groupes.</p> <p>L'intervalle de confiance pour les résultats de chutes est proche de 1 ce qui demande une certaine prudence quant à l'interprétation des résultats.</p> <p>L'effet du groupe contrôle sur le taux de chute et l'amélioration de l'équilibre aurait dû être insignifiant. Pourtant il y a eu des améliorations minimales de la force.</p>

EFFECTIVENESS OF A LIFESTYLE EXERCISE PROGRAM FOR OLDER PEOPLE RECEIVING A RESTORATIVE HOME CARE SERVICE

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Burton, Lewin, Clemson, et Boldy (2013)	<p>Population 80 personnes de plus de 65 ans, recevant des soins à domicile en Australie.</p> <p>Type d'étude: Essai randomisé contrôlé.</p>	Évaluer l'efficacité des deux programmes d'exercice (LiFE et exercices structurés) sur les gains fonctionnels et sur l'adhérence.	<p>Intervention Population sélectionnée par les infirmières puis contactée par le chercheur.</p> <p>Méthode 80 patients en tout recevant des soins à domicile en Australie réparti en deux groupes de manière aléatoire (groupe intervention et groupe contrôle).</p> <p>Instruments de mesure -Functional reach -Sit to Stand -Time Up and Go -Tendem Walk -Falls efficacy scale -Activities specific Balance Confidence(ABC) -The Vitality Plus Scale -The Late life Function -Disability instrument</p>	<p>- Le LiFE programme n'est pas plus pratiqué que le programme d'exercice physique structuré.</p> <p>- LiFE groupe a de meilleurs gains fonctionnels que l'autre groupe, principalement en ce qui concerne l'équilibre. Influence sur la diminution des chutes, la peur de tomber, la restriction de la mobilité et des blessures liées aux chutes.</p> <p>- LiFE est plus bénéfique pour les personnes plus âgées ayant des douleurs ou ne voulant pas octroyer du temps pour des exercices structurés.</p>	<p>Même chercheur pour la collecte et réception des données ainsi que pour le suivi des patients à domicile.</p> <p>Taille de l'échantillon plus petit que ce qui était prévu au début de l'étude.</p>

THE HOME-BASED OLDER PEOPLE'S EXERCISE (HOPE) TRIAL: A PILOT RANDOMISED CONTROLLED TRIAL OF A HOME-BASED EXERCISE INTERVENTION FOR OLDER PEOPLE WITH FRAILITY

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Clegg, Barber, Young, Iliffe, et Forster (2014)	<p><u>Population</u> Personnes âgées vivant à domicile, à Bradford, au Royaume-Uni.</p> <p><u>Type d'étude</u> Étude pilote randomisée contrôlée.</p>	Évaluer l'efficacité du programme d'exercices HOPE comparé aux soins habituels.	<p><u>Méthode</u> Deux groupes, un groupe contrôle et un groupe intervention. Dans le groupe intervention, les personnes ont été réparties dans 3 groupes en fonction du test «Timed-up-and-go». Les exercices personnalisés étaient dans la brochure d'information (à faire 3x/jour 5x/semaine pendant 12 semaines). Un agenda leur a été donné pour noter la fréquence des exercices effectués.</p> <p><u>Insturments de mesures</u> -Timed up and go test - Self-reported modified Bartheke index of ADL - EuroQol Group 5-D - Greiatric Depression Scale-Short form 15</p>	<p><u>Mobilité:</u> la mobilité a en moyenne diminué dans les deux groupes.</p> <p><u>AVQs:</u> Il n'y a aucune différence pour les activités de la vie quotidienne dans les deux groupes.</p>	Beaucoup de participants ont révélé dans quel groupe ils étaient dans l'étude, il peut donc y avoir des biais de mesures. L'étude n'a pas de contrôle à long terme et ne permet pas de bien voir les bienfaits du programme HOPE sur les participants du groupe d'intervention. Les participants n'ont pas beaucoup adhéré à l'étude, donc les chiffres peuvent en être faussés.

EFFECTIVENESS OF SIMPLE BALANCING TRAINING PROGRAM IN ELDERLY PATIENTS WITH HISTORY OF FREQUENT FALLS

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Kuptniratsaikul, Praditsuwan, Assantachai, Ployetch, Udompunturak et Pooliam (2011)	<p>Population Personnes âgées de plus de 50 ans (âge moyen: 67.1) avec histoire de chutes, vivant à domicile.</p> <p>Type d'étude Étude longitudinale</p>	Étudier l'efficacité des exercices simples d'équilibre, réalisés à la maison, dans la réduction de chutes.	<p>Intervention Enseignement des exercices jusqu'à la performance avec en plus des informations sous forme de brochure et DVD. Consigne: 7 exercices avec 10-20 répétitions par jour.</p> <p>Instruments de mesure - Timed up and go test (TUGT) - Chair stand - Functional reach test - Berg balance scale-short form - Quality of life scores (SF-36) - Fall efficacy scale (FES) - Des questionnaires spécifiques.</p> <p>La compliance ainsi que les chutes ont été notées par les participants et rendues aux chercheurs lors de visites.</p>	<p>Nombre de chutes Au début de l'étude 47.3 % (n=69) des participants avaient chuté une fois et 52.7 % (n=77) avaient chuté au moins 2 fois. À la fin 23.1 % (n=24) ont chuté une fois et 27.9 % (n=29) au moins 2 fois. $P^3 < 0.001$</p> <p>Habilités d'équilibre Amélioration significative des habiletés d'équilibre pour les deux groupes de chutes (fréquent et non fréquent).</p> <p>Qualité de vie et efficacité de chute À la fin de l'étude, les scores de qualité de vie et de l'efficacité de chute avaient augmenté significativement.</p> <p>Compliance Bonne compliance pour la plupart de participants (72 %-79 %)</p>	<p>Personnes âgées relativement jeunes (67.1 ans) donc elles pourraient avoir un meilleur équilibre.</p> <p>Il n'y a pas de groupe contrôle. Il y a seulement une comparaison entre la pré et la post intervention.</p> <p>Le nombre total de participants suivis, était 104 sur 146 soit 76.2 %. Les participants qui ont abandonné étaient plus âgés que les autres.</p> <p>L'enregistrement de la compliance est difficile à valider.</p>

³ Le seuil de significativité est à 0.05 pour tous les résultats.

FALL PREVENTION AND THE VALUE OF EXERCISE: SALIENT BELIEFS AMONG SOUTH ASIAN AND WHITE BRITISH OLDER ADULTS

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Horne, Skelton, Speed et Todd (2014)	<p>Population Deux populations de personnes âgées entre 60 et 70 ans (des britanniques blancs et des asiatiques du sud) vivant en Angleterre.</p> <p>Type d'étude Qualitative Phénoménologique</p>	Explorer les croyances concernant les chutes et l'exercice comme moyen de prévention.	<p>Méthode -15 groupes de discussion (n=87) -40 entretiens individuels Les données collectées en deux étapes: - Groupe Focus (3 à 12 participants), durée: 1 à 2 h - Entretien pour explorer les thèmes émergents. Cela jusqu'à atteindre la saturation théorique, durée 30-90 min -Un guide semi-structuré des questions a été utilisé pour les FG et pour les entretiens.</p> <p>Analyse de données Les interviews ont été enregistrées, transcrites littéralement et analysées en utilisant une méthode systématique de codage de données.</p>	<p>Croyances proactives L'exercice comme mesure de prévention est nécessaire à partir du moment où la faiblesse physique commence à se manifester.</p> <p>Croyance de modération Ceux qui n'ont jamais chuté ne reconnaissent pas leurs risques de chute.</p> <p>Croyances réactives Certains seraient encouragés à réaliser de l'exercice après avoir perçu une perte de la force physique.</p> <p>Croyances adaptatives Éviter toute activité pourrait prévenir les futures chutes.</p> <p>Croyances mécanistiques Certains participants font le lien entre l'équilibre, la coordination, la force musculaire et les chutes.</p> <p>Croyances fatalistes Les chutes sont une conséquence naturelle de l'âge.</p>	L'étude ne considère pas les personnes âgées de plus de 70 ans et considère certaines de moins de 65 ans.

THINKING AND ACTING IN A NEW WAY: INFLUENCES OF A FALLS-PREVENTION PROGRAM ON PARTICIPANTS' EVERYDAY LIFE					
Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Johansson et Jonsson (2013)	<p>Population Personnes âgées de 65 ans et plus, ayant des expériences dans les chutes ou peurs de chuter dans neuf centres de santé à Stockholm ou le programme «Active liefsyle all your life» a été implanté</p> <p>Type d'étude: Étude qualitative phénoménologique</p>	Explorer et comprendre comment les participants du programme sont influencés par chaque narration de la vie quotidienne des autres participants.	<p>Les 6 participants ont été interviewés trois fois pour raconter leur histoire. Entre temps, deux fois par semaine, ils allaient en groupe dans le centre de santé avec deux professionnels pour aider l'animation du groupe, mais la participation des participants est indispensable.</p> <p>Par la suite, les auteurs ont mis les histoires en ordre temporel et ont analysé les thèmes qui ressortaient dans toutes les histoires.</p>	<p>La prise de conscience influencé par le faire: la pratique tel que se lever du sol ou la simulation de la chute a permis d'avoir un sentiment d'auto-efficacité.</p> <p>La sensibilisation influencée par la reconnaissance de l'environnement: Ils sont devenus plus conscients de leur environnement et des objets qui peuvent provoquer des chutes. Ce qui a permis d'avoir un environnement sûr pour les AVQs.</p> <p>L'augmentation de nouvelles habitudes: Les changements étaient seulement sur un moment ou une activité, mais avec le temps, de nouvelles habitudes ont été créées.</p> <p>Le groupe comme prérequis et amplificateur pour la prise de conscience: Le groupe a permis de créer un environnement sûr qui a permis de faire des exercices.</p>	<p>Nous n'avons que 3 bouts d'histoires de 3 participants de l'étude et donc l'auteur a pu mettre uniquement ce qui était relatif à l'étude pour valider celle-ci.</p> <p>Échantillon peu représentatif de la population.</p> <p>Biais de sélection puisque ce n'est qu'un auteur qui a choisi les participants à l'étude.</p>

2. Population vivant en EMS

DOES A FUNCTIONAL ACTIVITY PROGRAMME IMPROVE FUNCTION, QUALITY OF LIFE, AND FALLS FOR RESIDENTS IN LONG TERM CARE? CLUSTER RANDOMISED CONTROLLED TRIAL					
Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Kerse et al. (2008)	<p><u>La population</u> Personnes âgées de 65 ans et plus, vivant dans des EMS.</p> <p><u>Type d'étude:</u> Essai randomisé contrôlé par grappe</p>	Évaluer l'efficacité d'un programme d'activité pour améliorer la fonction physique, la qualité de vie et les chutes chez les personnes âgées vivant dans des EMS.	<p>Les EMS ont été randomisés par établissement. Des objectifs significatifs en lien avec la promotion de l'activité physique ont été élaborés. Pour les atteindre, un programme personnalisé a été établi. L'étude s'est déroulée entre février et novembre 2004 avec un suivi de 12 mois.</p> <p><u>Instrument de mesure</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - The late life function and disability instrument - Elderly mobility scale - Timed up and go test - FICSIT-4 balance test - EuroQol - The life satisfaction index - Geriatric Depression scale - The modified fear of falling scale 	<p><u>Dépression:</u> pas d'interaction entre la dépression et le statut du groupe pour la chute, la fonction et la qualité de vie.</p> <p><u>Cognition et fonction globale:</u> différence significative entre la cognition et les groupes pour les fonctions globales.</p> <p><u>La peur de chuter:</u> n'a pas pu être analysé.</p> <p><u>Adhérence:</u> la compliance au programme n'est pas certaine, parce que les listes ont été très peu remplies par le personnel soignant.</p> <p><u>Le groupe activité physique:</u> la qualité de vie, l'équilibre, le temps de chute et l'invalidité ne sont pas affectés par l'exercice physique.</p>	<p>Les 41 participants du groupe social et 56 du groupe d'activité ont révélé dans quel groupe ils étaient aux examinateurs.</p> <p>Pas de chiffre réel sur la compliance au programme. Il peut donc y avoir un biais dans les résultats.</p>

PERSPECTIVES AND EXPERIENCES RELATED TO PHYSICAL ACTIVITY OF ELDERS IN LONG-TERM-CARE SETTINGS

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Phillips et Flesner (2013)	<p>Population 47 Personnes âgées résidents dans 6 établissements de soins à long terme.</p> <p>Type d'étude Étude qualitative Phénoménologique</p>	Identifier les facteurs (selon le modèle de promotion de santé de Pender) qui influencent les personnes âgées à initier et maintenir une activité physique (AP).	<p>Méthode 6 groupes focus -10 questions formelles, basées sur le HPM, pour guider l'entretien. -Le modérateur dirige la discussion et l'assistant prend des notes. -Durée: 1h jusqu'à ce que l'intérêt diminue.</p> <p>Analyse de Donnée Un transcripteur professionnel transcrit les enregistrements sur un document Word.</p> <p>Un des auteurs a réécouté les bandes pour vérifier la précision de données. Chaque auteur a analysé séparément le texte de chaque question pour faire ressortir les thèmes.</p> <p>Instrument d'analyse: QSR NVivo 9 software</p>	<p>Rester actif Pour certains, cela veut dire marcher, des exercices à domicile et l'utilisation d'équipement.</p> <p>Expériences passées d'AP Dans le passé, certains ont fait de l'AP en se déplaçant, en travaillant ou comme thérapeutique.</p> <p>Valeur de l'AP Elle améliore la fonction physique et le bien-être et peut favoriser la socialisation.</p> <p>Obstacles à l'AP L'ennui, paresse, les problèmes de santé, le mauvais temps pour sortir.</p> <p>Stratégies pour faciliter l'AP Planifier des exercices dans la journée ou utiliser les escaliers à la place de l'ascenseur.</p> <p>Soutien nécessaire pour promouvoir l'AP Besoin d'un leader encourageant pour motiver à l'AP.</p>	<p>Manque de diversité ethnique et raciale parmi les participants.</p> <p>Les institutions impliquées sont localisées dans des zones rurales avec peu de ressources favorisant l'activité physique.</p> <p>Peu de participation masculine.</p> <p>L'activité physique intéressait déjà les participants et plusieurs d'entre eux avait un mode de vie physiquement actif.</p>

MOTIVATORS FOR PHYSICAL ACTIVITY AMONG AMBULATORY NURSING HOME OLDER RESIDENTS

Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Chen et Li (2014)	<p><u>Population</u> 18 personnes âgées entre 68 et 93 ans vivant dans un «nursing home» depuis au moins 6 mois.</p> <p><u>Type d'étude</u> Étude qualitative, design exploratrice</p>	Explorer les motivations auto-identifiées des résidents de deux «nursing home» concernant la pratique régulière de l'activité physique.	<p><u>Méthode</u> Enquête menée par le biais d'interview auprès de 18 résidents dans deux «nursing home».</p>	<p><u>Amélioration de la thymie.</u> Promouvoir une activité physique a des bénéfices sur l'état de santé physique et psychique.</p> <p><u>Désire de rentrer à domicile.</u> Les «nursing home» sont vus comme des maisons temporaires.</p> <p><u>Lutter contre l'ennui.</u> L'activité physique permet de lutter contre l'ennui, mais devrait également être un choix.</p> <p><u>L'activité physique régulière est une habitude.</u> Pour certains, l'activité physique est une valeur qui persiste.</p> <p><u>La peur de devenir dépendant.</u> Elle est l'une des plus grandes peurs des personnes âgées. Importance d'agir sur leur préoccupation.</p>	<p>Les résultats proviennent d'une récolte de données d'une équipe de «nursing home» avec un unique point de vue.</p> <p>Taille de l'échantillon acceptable pour une étude qualitative, elle reste tout de même peu représentative.</p>

3. Étude répondant de manière transverse aux deux populations

NURSES' HEALTH BEHAVIOURS AND PHYSICAL ACTIVITY-RELATED HEALTH-PROMOTION PRACTICES					
Auteurs- Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Bakhshi, Sun, Murrells et While (2015)	<p>Population 623 infirmières diplômées au Royaume-Uni.</p> <p>Type étude Étude transversale entre mai et juillet 2011.</p>	Étudier quatre comportements de santé personnels des infirmières en relation avec leur promotion de la santé et notamment de l'activité physique lors de leur pratique professionnelle.	<p>Méthode 623 infirmières suivant des cours à l'université de Londres ont répondu à un questionnaire auto administré de manière volontaire.</p> <p>Instruments de mesure -67 items d'un questionnaire développé à partir d'une revue de littérature et d'échelles pertinentes. - Le contenu du questionnaire a été validé par des experts. -Une étude pilote est menée pour évaluer la clarté du questionnaire et la facilité à répondre aux questions.</p>	<p>- Lien entre les comportements de santé des infirmières et la promotion de l'activité physique dans leur pratique clinique. - 28 % de l'échantillon se situe en dessous des recommandations concernant l'activité physique. -Les comportements de santé ainsi que le nombre d'années d'expérience professionnelle ont un impact sur la promotion de l'activité physique dans leur pratique.</p>	<p>L'étude est effectuée sur un seul lieu (Université de Londres). Limite de l'étude transversale en termes de causalité. Limite liée au système du questionnaire auto administré. Biais probable lié à l'auto-sélection de l'échantillon.</p>

6.2 Résultats par thème

Afin d'améliorer l'analyse des résultats, les thèmes des articles ont été sélectionnés et regroupés en lien avec la question de recherche. Quatre thèmes principaux ont été identifiés:

- L'efficacité de l'activité physique structurée et non structurée pour prévenir les chutes.
- L'adhésion à l'activité physique.
- Les facilitateurs à l'activité physique.
- Les obstacles à l'activité physique.

Ainsi rassemblés, les articles permettent de discuter puis de répondre à la question de recherche.

6.2.1 Efficacité de l'activité physique structurée et non structurée pour prévenir les chutes

Parmi les études retenues, différents programmes d'activité physique sont proposés. Le programme LiFE fournit des exercices physiques de type non structuré permettant ainsi d'inclure les activités physiques au sein de la vie quotidienne. D'autres programmes de type structuré, sont décrits et parfois comparés au programme LiFE. Ces deux types de programmes ont pour but de prévenir le risque de chutes en agissant sur les gains fonctionnels à savoir l'équilibre, la force et la confiance de la personne en son propre équilibre.

Au début de l'étude de Burton et al. (2013), le groupe intervention (LiFE) et le groupe contrôle (exercices structurés) ont un niveau modéré de fonction physique. Huit semaines après la fin de l'intervention, le groupe LiFE se trouve plus proche du haut niveau de fonction physique que le groupe contrôle qui est donc plus à risque de chutes (traduction libre, p.1599).

D'après Clemson et al. (2012), le taux de chute diminue significativement de 31 % dans le groupe LiFE comparé au groupe contrôle (traduction libre, p.4).

Pour les personnes ayant déjà chuté, il a été démontré qu'un programme d'exercices structurés diminue le taux de chute de 47.1 % à 23.1 % pour ceux qui ont chuté 1 fois et de 52.7 % à 27.9 % pour ceux qui ont chuté 2 fois ou plus (Kuptniratsaikul & al., 2011, traduction libre, p.114).

Dans l'étude menée par Burton et al. (2013), l'équilibre dynamique et l'équilibre statique présentent des progrès significatifs dans les deux groupes pour plusieurs domaines liés à la fonction physique. Les participants du programme LiFE montrent des améliorations de 19/20 (95 %) mesures et les structurés 14/20 (70 %) mesures (traduction libre, p.1596). De plus, le niveau de progrès sur 8 des mesures, est plus élevée dans le programme LiFE ($t=-2.742$, $P=0.008$) (Burton & al., 2013, traduction libre, pp.1594-1600).

Deux études conduites par Burton et al. (2013) et Clemson et al. (2012) démontrent des différences plus significatives entre les deux groupes (intervention et contrôle).

Les progrès dans le programme LiFE (Score tandem walk (SD): -7.07 (11.03), $Z=-2.15$, 95 % IC: 10.47 à 1.00; $P=0.032$) sont beaucoup plus importants au niveau de l'équilibre dynamique que dans le groupe contrôle (Score tandem walk (SD): -1.33 (8.84), $Z=-2.15$, 95 % IC 10.47 à 1.00; $P=0.032$). L'amélioration de l'équilibre joue un rôle important dans la diminution de la peur de tomber, la restriction de la mobilité et les blessures dûes aux chutes. Tout ceci a également une influence sur la capacité de la personne à retrouver son indépendance, à améliorer sa confiance en elle afin de vivre à domicile (Burton & al., 2013, traduction libre, pp.1594-1600; Clemson & al., 2012, traduction libre, p.9).

L'étude de Clemson et al. (2012) compare trois groupes: le programme LiFE, le programme d'exercices structurés et le groupe contrôle. Ce dernier comprend des exercices faciles à réaliser et à inclure dans la vie quotidienne tout en restant structurés (mouvements à effectuer de manière répétitive). Le groupe LiFE (Odds ratio 1.10 95 % IC: 0.47 à 1.72) et le groupe d'exercices structurés (Odds ratio 0,62, 95 % IC: 0.03 à 1.22) montrent des améliorations significativement plus importantes que le groupe contrôle concernant l'équilibre statique (traduction libre, p.9).

Une troisième étude de type randomisé contrôlé, propose un programme HOPE. Ce programme consiste en des programmes personnalisés d'exercices structurés à réaliser à domicile. La mobilité au sein de deux groupes étudiés s'est détériorée. Cependant le groupe intervention ayant effectué le programme HOPE (TUGT-10.4s 95 % IC: -34,7 à 13.9s) montre une détérioration moins importante que le groupe contrôle (TUGT -39.1s 95 % IC -67.2 à -11.0s) (Clegg & al., 2014, traduction libre, p.692).

Une autre étude de type randomisé contrôlé, propose un programme individualisé d'activités physiques pour les résidents d'EMS. Il ne démontre pas d'amélioration significative de la fonction globale dans les deux groupes ($P=0.024$). Néanmoins la détérioration de la fonction de membres inférieurs était plus marquée dans le groupe contrôle ($P=0.015$) (Kerse & al., 2008, traduction libre, p.5).

Selon deux études (Clemson & al., 2012; Burton & al., 2013), une amélioration notable ($P=0.0001$) de la force des membres inférieurs est présente pour les patients (groupe intervention) ayant participé au programme LiFE (Burton & al., 2013, traduction libre, p.1599). Plus précisément, une amélioration dans la force des chevilles est constatée. La force des genoux et celle de la hanche ne montrent pas de changement significatif (LiFE et structuré).

Pourtant, le groupe contrôle a des gains intermittents (Clemson & al., 2012, traduction libre, p.10).

Le programme LiFE et le programme structuré permet également aux personnes de prendre et/ou reprendre confiance en leur équilibre (LiFE: $P=0.004$ Structuré: $P=0.006$) (Clemson & al., 2012, traduction libre, p.11; Burton & al., 2013, traduction libre, pp.1596-1598). Cette évolution a été constatée par l'utilisation de l'échelle ABC scale qui évalue l'élaboration de tâches plus complexes, telles que prendre un escalator, marcher dans un centre commercial au milieu d'une foule, etc (Burton & al., 2013, traduction libre, pp.1596-1598).

Selon l'étude longitudinale de Kuptniratsaikul et al. (2011), un programme d'exercices structurés a un effet significativement positif sur la peur de tomber. Au début de cette étude, les participants ont un score moyen de 116 ± 26.4 sur l'échelle falls efficacy, 12 mois plus tard ce score s'est amélioré significativement (121.7 ± 23.1) (traduction libre, p.114).

6.2.2 Adhésion à la pratique de l'activité physique

Selon l'étude de Clemson et al. (2012) l'adhésion aux activités physiques est plus grande chez les personnes faisant partie du groupe LiFE ($P<0.01$) que celles du groupe contrôle ($P<0.01$). Il est constaté que 76 % des personnes faisant partie du programme LiFE ($n=81$) ont adhéré aux programmes d'exercices contre 63 % ($n=60$) pour le programme structuré et 74 % ($n=71$) pour le groupe contrôle (traduction libre, p.14).

Selon Kuptniratsaikul et al. (2011), la mauvaise adhésion aux exercices physiques liés à l'équilibre, a un effet réellement délétère sur l'incidence des chutes (OR: 2.55, 95 % IC: 1.04 à 6.30) (traduction libre, p.114).

Afin de participer à l'étude de Clegg et al. (2014), les participants ($n=40$) doivent remplir au fil des jours des carnets retraçant les exercices de type structuré, effectués ou non. Seules 27 personnes ont complété et retourné le carnet aux chercheurs. Ce résultat correspond à une adhésion totale de 46 % (les exercices ont été fait 5x/semaine) et à une adhésion partielle ou totale de 67 % (les exercices ont été effectués au moins 1x/semaine) (traduction libre, p.691).

6.2.3 Les facilitateurs à l'activité physique

Parmi les études retenues, les participants ont identifié des facteurs influençant positivement leur pratique de l'activité physique (équilibre et force), facteurs que nous avons regroupés sous le nom de facilitateurs.

Dans l'étude de Phillips et Flesner (2013), l'activité physique est perçue comme une valeur positive. En effet, la plupart des participants considèrent l'activité physique comme une opportunité pour améliorer la fonction physique, le bien-être et pour favoriser la socialisation

(traduction libre, p.41). De même, Horne et al., (2014) constatent que la croyance dominante des participants, est que l'exercice offre de réels et de potentiels bénéfiques pour la santé de la personne âgée. Une participante souligne: «Avec l'exercice, tu obtiens beaucoup de bénéfices...» (traduction libre, p.99). Finalement, certains pensent que cette valeur pourrait être influencée par le soutien d'un leader, la présence d'un partenaire d'exercices ou l'appartenance à un groupe de programme d'exercices (Phillips & Flesner, 2013, traduction libre, p.41).

De plus, l'étude de Johansson et Jonsson (2013) révèle que les programmes d'exercices en groupe représente un endroit sécurisant pour les participants, leur permettant de réaliser des exercices physiques plus facilement que s'ils étaient seuls à la maison. Exercer une première fois les exercices en groupe, les aide à continuer de manière autonome à domicile. Le groupe crée une émulation bénéfique (traduction libre, pp.286-287).

Par ailleurs, les participants mentionnent certaines stratégies ou astuces qui les aidaient à maintenir ou à réaliser une activité physique. Ces stratégies sont par exemple la planification de l'exercice dans la routine journalière, des rappels pour l'exercice, tels qu'une alarme, un accompagnement pour aller marcher ou l'utilisation des escaliers à la place de l'ascenseur (Phillips & Flesner, 2013, traduction libre, p.43).

D'autre part, certains participants identifient le besoin d'un programme individualisé d'exercices physiques à domicile, élaboré et soutenu par un coach, comme un facteur les encourageant à réaliser cette tâche (Phillips & Flesner, 2013, traduction libre, p.43).

Selon une étude menée par Weeks et al., (2008) la perte d'indépendance est l'une des plus grandes préoccupations des personnes âgées. La mobilité et le niveau fonctionnel sont les capacités les plus importantes pour permettre aux personnes de mener une vie autonome et pour pouvoir pratiquer les activités de la vie quotidienne. Elles leur permettent d'avoir toujours un contrôle sur leur vie. Pour les participants de cette étude, ces deux capacités constituent des motivations importantes pour réaliser une activité physique régulière (Weeks & al., 2008 cité par Chen & Li, 2014, traduction libre, p.2).

Pour les personnes vivant en EMS, la séparation avec leur entourage influencent leur thymie. C'est pourquoi, certains résidents échappent à la dépression et la mauvaise humeur par la pratique de l'exercice physique (Chen & Li, 2014, traduction libre, p.4).

De plus, l'étude de Chen et Li (2014), mené à Taiwan, explique que dans la culture chinoise, les personnes âgées vivent avec leurs familles, les plus jeunes prenant soin des plus âgées (c'est une obligation filiale et une attente culturelle) (traduction libre, p.3). Une autre étude révèle qu'un «nursing home» est perçu par les personnes âgées comme une résidence temporaire et non définitive. Elles pensent rentrer à domicile lorsque leur état de santé le leur

permettra. Ainsi, leur désir de rentrer à domicile et retrouver leur famille représente une motivation supplémentaire à la pratique de l'activité physique. Le rôle de la famille et des proches aidant a une grande importance dans ce pays (Tsai & Tsai, 2008, pp.1915-1922 cité par Chen & Li, 2014, traduction libre, p.3).

Les journées étant longues pour les personnes vivant en EMS, la pratique de l'activité physique leur permet de lutter contre l'ennui parfois pesant (Chen & Li, 2014, traduction libre, p.4).

Selon Chen et Li (2014), lorsque l'activité physique est une habitude depuis toujours, cette valeur semble persister avec l'âge (traduction libre, p.4). Ainsi les personnes ayant pratiqué une activité physique dans le passé, l'intégrant notamment lors des transports, le travail, les loisirs ou comme faisant partie d'un traitement, se montrent plus motivées à entretenir cette pratique (Phillips & Flesner, 2013, traduction libre, p.41). La promotion de l'activité physique est d'autant plus efficace pour ce groupe de personnes (Chen & Li, 2014, traduction libre, p.4).

6.2.4 Les obstacles à l'activité physique

Les obstacles ressortis des articles (Phillips & Flesner, 2013; Horne & al., 2014; Kerse & al., 2008; Bakhshi & al., 2015) sont principalement liés aux patients/résidents et aux soignants.

Selon l'étude de Phillips et Flesner (2013), les participants ont identifié de nombreux obstacles à l'activité physique régulière. Ces obstacles classés en deux groupes: les facteurs individuels et situationnels. Dans les facteurs individuels, on trouve l'ennui, la paresse et des problèmes de santé. Dans les facteurs situationnels, on trouve le manque de place à l'intérieur des institutions pour pratiquer l'activité physique, le manque de personnel, les difficultés d'accès aux salles de sport, les contraintes horaires et le mauvais temps qui les empêchaient de sortir (traduction libre, p.43).

De plus, selon Horne et al. (2014), des personnes âgées pensent que les chutes sont des conséquences naturelles liées au vieillissement, ne pouvant pas être contrôlées. Voici certaines pensées des participants: «Tu as besoin de maintenir l'habilité physique, mais parfois ça va au-delà. Ton corps est faible...» et «... Si tu chutes, tu chutes». De ce fait, les participants ont en quelque sorte, accepté la chute comme quelque chose d'inévitable. Les séniors ne comprennent donc pas l'utilité de prévenir les chutes. Selon cet article, les personnes n'ayant pas encore chuté, ne souhaitent ni en parler ni participer à des programmes de prévention. La raison en est exprimée par l'un des participants: «C'est déprimant de penser qu'on va chuter, on ne pense pas dans le futur». La prévention des chutes à travers l'activité n'a donc aucun sens pour cette population (traduction libre, pp.100-102).

Une étude randomisée contrôlée de Kerse et al. (2008), a pour objectif d'évaluer si un programme d'exercices physiques structurés, influence la qualité de vie, améliore la fonction et prévient le risque de chutes. Pour ce faire, le personnel soignant doit remplir des formulaires quotidiennement, retraçant les exercices effectués ou non par les résidents. Ces formulaires ont été consciencieusement remplis durant les trois premiers mois, puis uniquement pour deux tiers des résidents et pour finir moins d'un formulaire sur deux était rempli. Les résultats de l'étude sont donc peu représentatifs. L'infirmière représente dans ce cas, un obstacle pour l'élaboration de cette recherche et pour la promotion de l'activité physique (traduction libre, p.6).

Par ailleurs, les principaux résultats observés par Bakhshi et al. (2015) confirment les résultats de précédentes recherches concernant les comportements de santé des infirmières et leur promotion de l'activité physique dans leur pratique. Les infirmières elles mêmes physiquement actives sont plus à même de promouvoir l'activité physique auprès de leurs patients que celles non actives. D'autres variables telles que leur vision de leur propre état de santé, de leur niveau d'éducation sont aussi liés à la promotion de l'activité physique dans leur pratique professionnelle (traduction libre, p.293).

Les facteurs personnels jouent un rôle important dans l'encadrement de la pratique clinique, l'activité physique personnelle des infirmières. La perception de leur propre santé, leur indice de masse corporelle (IMC) peuvent représenter des obstacles personnels importants pour leur pratique professionnelle (Bakhshi & al., 2015, traduction libre, p.293).

La connaissance et la confiance dans la promotion de l'activité physique des infirmières ont une influence dans leur pratique professionnelle. L'expérience professionnelle (durée de pratique) et les coûts en termes de santé représentent aussi des obstacles professionnels dans leur promotion de l'activité. De plus selon leur spécialité, certaines infirmières continuent de considérer la promotion de l'activité physique comme une tâche n'ayant aucune importance. Ces résultats représentent des obstacles puisqu'il a été prouvé lors de précédentes recherches que les infirmières ne répondent pas aux recommandations en termes d'activité physique quotidienne personnelle (Bakhshi & al., 2015, traduction libre, p.293).

7 DISCUSSION

Les résultats ont été regroupés puis analysés par thème au chapitre précédent et sont maintenant discutés afin de répondre à la question de recherche initiale: «**Comment l’infirmière peut-elle promouvoir la mobilité chez les personnes âgées dans le but de prévenir les chutes?**» Le cadre théorique de la promotion de la santé (HPM) créé par Nola Pender, y sera inclus afin de guider notre réflexion.

Pour rappel, le modèle de promotion de la santé peut être utilisé comme un outil dont l’infirmière s’inspire afin de guider sa pratique clinique. En s’inspirant du HPM, l’infirmière identifie et évalue différentes variables intrinsèques ou extrinsèques à l’individu pouvant influencer de manière positive ou négative son comportement de promotion de la santé. Puis l’infirmière tentera de modifier les variables qui empêchent l’individu d’acquiescer un comportement de promotion de la santé et encouragera les variables qui renforcent ce comportement. C’est ainsi que le modèle de promotion de la santé permet à l’infirmière d’adapter ses interventions à l’individu.

7.1.1 Influences interpersonnelles

Afin de mettre en place des interventions pour promouvoir l’activité physique auprès des individus, il est primordial pour l’infirmière de connaître et de comprendre les facteurs qui influencent les comportements liés à la pratique de l’activité physique.

À première vue, il peut être considéré que ce sujet concerne principalement les physiothérapeutes. Pourtant l’infirmière occupe un rôle important lors de l’évaluation et de la promotion d’une activité physique adaptée, de par sa proximité notamment et de par sa prise en soins quotidienne du patient. Selon le modèle de Pender, la relation interpersonnelle créée entre le patient et l’infirmière influence significativement l’adoption d’un comportement de promotion de santé du patient. Il est donc du rôle propre de l’infirmière de créer une relation de confiance, respectueuse des besoins, des possibilités et des souhaits du patient.

Comme mentionné au chapitre précédent, plusieurs patients expriment le besoin d’être accompagnés, soutenus et encouragés pour la pratique d’une activité physique régulière (Johansson & Jonsson, 2013, traduction libre; Phillips & Flesner, 2013, traduction libre). D’autres expriment une motivation accrue pour le challenge des activités physiques groupales en se mesurant aux autres participants. De plus, les patients participants aux activités groupales apprécient l’esprit de solidarité face aux handicaps et aux difficultés de chacun (Johansson & Jonsson, 2013, traduction libre; Phillips & Flesner, 2013, traduction libre). Suite à ces résultats, il est fondamental de prendre du recul sur sa propre pratique et de la

questionner. Sommes-nous toujours conscientes de l'importance que l'on peut avoir auprès du patient et de l'impact de nos recommandations sur lui? Le rôle propre infirmier est de soutenir, d'informer, d'écouter, de faire preuve d'empathie sans pour autant faire et décider pour le patient. Les résultats de cette revue de littérature témoignent et rappellent le rôle important de l'infirmière en tant que collaboratrice au sein d'une relation interpersonnelle entre le patient et l'infirmière.

D'autres recherches démontrent les liens significatifs entre la pratique clinique des infirmières en termes de promotion de la mobilité et leurs propres comportements de santé, notamment en ce qui concerne l'activité physique (Bakhshi & al., 2015, traduction libre). Ceci reflète à nouveau l'influence interpersonnelle dans l'adoption d'un comportement de promotion de la santé. Tout comme le patient, l'infirmière est avant tout une personne dont la pratique professionnelle est inéluctablement teintée par ses croyances et ses valeurs personnelles dont elle ne peut se détacher complètement. De plus, il est à noter qu'un manque important de connaissance et d'intérêt des infirmières à ce sujet, représente un obstacle non négligeable.

7.1.2 État émotionnel en lien avec l'action, l'auto-efficacité et les obstacles perçus de l'action

Selon Pender, trois variables découlent les unes des autres. Elles concernent *l'état émotionnel* en lien avec l'action, qui influencera *l'auto-efficacité* qui aura alors un impact sur *les obstacles perçus de l'action* par l'individu. Les résultats de l'article de Clegg et al., (2014), font ressortir que le taux d'exercice physique attendu, à raison de trois fois par jour, cinq fois par semaine, est inadapté à une population âgée et engendre un faible taux d'adhérence de la part des participants. Ces constatations établies, il est primordial de la part des soignants et notamment de la part de l'infirmière, d'individualiser sa prise en soins en tenant compte de l'intérêt, des besoins, des connaissances, des envies et des capacités physiques et psychiques du patient. En référence à la théorie de Pender, cette personnalisation permettra finalement de diminuer voir d'annuler *les obstacles perçus liés à l'action*.

En tenant compte de cette variable, deux études quantitatives comparent deux types de programmes d'exercices. Les exercices inclus au sein de la vie quotidienne ainsi que les exercices de type structuré, ont démontré une diminution des chutes chez les patients âgés de manière plus ou moins importante. Toutefois le programme LiFE démontre des bénéfices plus importants que les exercices de type structuré principalement en ce qui concerne l'équilibre, la force des membres inférieurs, l'adhésion. Inévitablement le taux de chute diminue davantage (Clemson & al., 2012, traduction libre; Burton & al., 2013, traduction libre). Les exercices de ce

programme sont simples, faciles à intégrer dans le quotidien. Ils peuvent devenir une habitude, ce qui expliquerait une adhésion plus élevée au sein du groupe intervention.

Certaines personnes considèrent les exercices physiques de type structuré comme des tâches répétitives et ennuyeuses. Quelques aînés ne souhaitent pas réserver du temps pour une activité physique et d'autres soulignent des obstacles liés à la paresse ou à des problèmes de santé (Phillips & Flesner, 2013, traduction libre; Chen & Li, 2014, traduction libre). Le choix d'un programme d'exercices plutôt qu'un autre, doit donc être fait par le patient en accord avec l'infirmière qui évalue la capacité et les besoins du patient en termes d'exercice physique.

Bien que l'évaluation de ces deux types de programmes, soit effectuée dans d'autres pays où la culture et le système de santé sont différents, il est possible de transposer ces résultats en Suisse. De plus, ces deux types de programmes sont proposés dans le cadre de soins à domicile, mais pourraient être applicables à d'autres lieux de vie comme les EMS par exemple. Ces deux points sont valables à condition bien sûr, de tenir compte des caractéristiques de la population étudiée.

Finalement, quel que soit le type d'activité physique régulièrement pratiqué, le but est d'améliorer l'équilibre, la musculature des membres inférieurs, la confiance en soi et de diminuer significativement le risque de chutes (Gillespie & al., 2012, traduction libre).

7.1.3 Comportements précédents et facteurs personnels

Les caractéristiques et expériences individuelles jouent un rôle important selon Pender puisque certains patients considèrent la pratique de l'activité physique comme une valeur qui ne les a jamais quittés. Devenir dépendant est l'une des plus grandes inquiétudes de certains, pratiquer une activité physique leur permet de maintenir une certaine indépendance et un contrôle de leur corps vieillissant (Chen & Li, 2014, traduction libre; Horne & al., 2014, traduction libre; Phillips & Flesner, 2013, traduction libre). Ces derniers points peuvent être associés aux *comportements passés* ainsi qu'aux *facteurs personnels* selon le modèle de promotion de la santé.

7.1.4 Bénéfices perçus de l'action

Une autre variable issue du modèle de promotion de la santé, doit être abordée. Elle concerne *les bénéfices perçus de l'action* par le patient. Lors de l'analyse des résultats, une majorité des participants âgés font le lien entre la pratique de l'activité physique et le maintien d'un bon état de santé physique et psychique. Des patients témoignent aussi de stratégies mises en place pour intégrer des activités au sein de leur vie quotidienne sans avoir connaissance du programme LiFE (Chen & Li, 2014, traduction libre; Phillips & Flesner, 2013, traduction libre;

Horne & al, 2014, traduction libre). Il est donc du rôle infirmier de tenir compte des ressources personnelles du patient, de les évaluer puis de tenter de les renforcer ou encourager le patient à les modifier. Plus spécifiquement, l'infirmière tient compte des connaissances du patient afin de les compléter en vue des bienfaits de l'activité physique et de les contextualiser avec la situation personnelle du patient. Ce dernier pourra alors donner du sens à ce qu'il fait.

Plusieurs patients affirment se sentir mieux dans leur peau notamment par l'acquisition d'un meilleur équilibre et d'une augmentation de la force physique ce qui accroît la confiance en eux (Johansson & Jonsson, 2013, traduction libre; Phillips & Flesner, 2013, traduction libre). De nombreux patients voient la pratique de l'activité physique comme une opportunité pour faire de nouvelles rencontres. Pratiquer une activité physique permet également de lutter contre l'ennui selon certains résidents d'EMS (Chen & Li, 2014, traduction libre; Phillips & Flesner, 2013, traduction libre). Ce combat contre l'ennui peut aussi être une motivation pour des personnes bénéficiaires de soins à domicile.

Selon plusieurs auteurs et en se référant au modèle de promotion de la santé de Pender, porter un intérêt particulier aux motivations, permet de mettre en place des actions qui ont du sens pour le patient. Afin de rendre leurs actions plus efficaces, certains chercheurs rencontrent directement les patients pratiquant une activité physique régulière en s'intéressant à leurs motivations (Chen & Li, 2014, traduction libre; Phillips & Flesner, 2013, traduction libre). Ces résultats liés aux motivations, sont à considérer avec prudence car la petite taille de l'échantillon les rend peu généralisables. Les motivations des personnes pourraient varier en fonction de la culture ou du pays de résidence. Ces résultats démontrent globalement qu'une attention particulière portée au patient est importante pour favoriser un comportement de santé. L'infirmière se doit d'aller à la rencontre du patient et s'intéresser à ce qui est important pour lui. Pender explique à travers son modèle conceptuel que le patient a besoin de comprendre le sens de l'activité physique et de savoir quels *bénéfices* il retirera de ses efforts. Cette compréhension aura un impact sur son comportement de promotion de santé et sur le maintien de celui-ci sur le long terme. Certains patients considèrent la chute comme une fatalité de l'âge avancé et ne pensent donc pas utile d'effectuer des exercices physiques pour les prévenir (Horne & al., 2014, traduction libre). Afin de modifier la variable de *l'action perçue* en force et non en *obstacle*, l'infirmière devra informer le patient et tenant compte de sa singularité.

7.1.5 Influences situationnelles

D'autres facteurs tirés du HPM, appelés *influences situationnelles*, concernent des problématiques liées directement aux institutions de soins. Certaines infirmières expriment une

difficulté liée à un manque de temps dans leur pratique clinique notamment dû à une pénurie de personnel infirmier et à un nombre de patients trop important. D'autres contraintes sont également mentionnées par les personnes âgées: les heures d'ouverture et fermeture des salles de sport, le manque de place et le mauvais temps les empêchant de sortir (Bakhshi & al., 2015, traduction libre; Phillips & Flesner, 2013, traduction libre).

8 APPORTS ET LIMITES DU TRAVAIL

Basée sur des données probantes, cette revue de littérature permet de souligner l'importance du rôle propre infirmier dans la promotion de la mobilité. De plus, ce travail apporte des outils concrets pour améliorer la pratique soignante dans les domaines de prévention des chutes et de promotion de la mobilité. D'autre part, la compréhension des facteurs influençant la pratique d'exercices chez les personnes âgées, permet d'améliorer la qualité de la promotion de l'activité physique. Cette revue de littérature met également en lumière l'influence des comportements personnels de l'infirmière dans sa pratique clinique. Conscient de cet état de fait, il est donc nécessaire d'agir non seulement auprès du patient, mais également auprès des infirmières. Les progrès concernant la promotion de la mobilité, reposent en partie sur la collaboration intra et interdisciplinaire par la transmission d'informations et de connaissances, avec comme but commun, le patient.

Ce travail comporte certaines limites et faiblesses. Les articles scientifiques inclus dans cette revue n'ont pas tous un niveau de preuve élevé. Seuls trois articles scientifiques sont de niveau 2 selon Cochrane, deux sont de niveau 4 et les autres sont des études qualitatives. Ces articles restent toutefois pertinents en lien avec notre question de recherche. La fiabilité de quelques articles peut être compromise par les différents biais de recherches (d'observation, de sélection ou de réponse). Il est donc nécessaire d'interpréter leurs résultats avec prudence. D'autre part, certaines études se sont déroulées hors de l'Europe comme par exemple aux États-Unis, en Australie ou en Chine. Les systèmes de santé et les cultures étant différents qu'en Suisse, la généralisation des résultats obtenus est limitée. Il est toutefois possible de les transposer en partie à l'échelle Suisse.

Finalement, la population sélectionnée pour cette revue de littérature, exclut toutes les personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives. Les interventions infirmières mises en évidence dans ce travail, ne seront donc pas applicables à cette population.

9 RECOMMANDATIONS

Différentes recommandations contribuant à la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées découlent de cette revue de littérature. Les recommandations concernant la pratique seront présentées dans un premier temps, suivies de celles en lien avec la formation et finalement de celles en lien avec la recherche.

Comme expliqué précédemment, l'infirmière doit chercher à reconnaître et à comprendre les motivations, les préférences et les obstacles qui influencent la pratique de l'activité physique chez un patient. Tenir compte de ces aspects peut aider l'infirmière à développer une prise en soins plus holistique et centrée sur l'individu, ce qui rendra ses interventions plus efficaces et pertinentes. Le rôle de l'infirmière est donc d'évaluer le comportement de promotion de santé en questionnant et observant l'individu dans son environnement. Le HPM constitue un guide pour le personnel soignant lors de cette évaluation.

Une fois les informations recueillies, l'infirmière peut adopter différentes stratégies pour encourager le patient à la pratique de l'activité physique en lui enseignant notamment ses bénéfices. La promotion de l'activité physique est une stratégie appropriée pour augmenter la mobilité parmi les personnes âgées dans le but de prévenir le risque de chutes. Cependant le rôle de l'infirmière n'est pas seulement de motiver les personnes âgées dans cette voie, mais aussi d'informer et d'inviter leurs proches à participer à cette promotion de la mobilité.

L'infirmière peut parallèlement agir sur les obstacles dont les idées préconçues freinent l'aîné dans sa pratique d'exercices en lui apportant des conseils et des informations. Ces obstacles peuvent être, aussi, en lien avec un programme d'exercices inadéquat ou difficile à réaliser ou par manque de temps libre.

Il est recommandé de proposer des programmes d'exercice structurés ou non structurés de type LiFE en tenant compte de ce qui est le plus adapté au patient. Le programme LiFE peut être conseillé aux clients plus âgés, qui ne se sentent plus capable de pratiquer une activité physique. Ce programme est également adapté pour ceux dont les tâches répétitives représentent un réel obstacle ou qui ne souhaitent pas réserver du temps pour une activité physique. Les exercices LiFE peuvent être une alternative pour certains aînés vivant en EMS, puisque ce sont des exercices efficaces et faciles à réaliser. Ils doivent être plus encouragés par le personnel soignant.

Un changement de vision concernant la promotion de l'activité physique est nécessaire au sein des équipes infirmières. En effet le manque de temps ne doit plus représenter un obstacle puisque la promotion de l'activité physique doit faire partie intégrale d'une prise en soins.

Ces recommandations pourraient être intégrées au sein de la formation Bachelor en Soins Infirmiers et inclure plus spécifiquement la thématique de la promotion de la mobilité et ses bienfaits chez les personnes âgées. Les étudiants pourraient ainsi prendre conscience de l'importance de la mobilité chez le sujet âgé comme prévention efficace des chutes. De plus, intégrer quelques idées d'exercices spécifiques lors de la formation initiale en Soins Infirmiers, renforcerait notre rôle de promotrice de la santé. Cet enseignement devrait néanmoins continuer à être donné aux professionnels de la santé en vue de les sensibiliser et leur permettre de prendre conscience des risques engendrés par la sédentarité. En effet, le manque de connaissances des infirmières représente actuellement un réel obstacle à une promotion de santé de qualité. Ces formations devraient continuer à être proposées et encouragées au sein des équipes soignantes. D'autre part, l'élaboration de protocoles basés sur des données probantes expliquant les types d'intervention à proposer (évaluation de la mobilité et/ou exemples d'exercices tirés de la brochure LiFE) pourrait être une stratégie appropriée pour combler le manque de connaissances du professionnel de santé.

Des interventions liées à la promotion de l'activité physique auprès des infirmières, pourraient être préconisées. Les comportements de santé des soignants influencent la promotion de l'activité physique dans leur pratique clinique.

Par ailleurs, peu de recherches sont disponibles au sujet des motivations et des obstacles des personnes âgées à pratiquer une activité physique régulière. Ces motivations peuvent évoluer avec le temps. De ce fait, Il serait intéressant d'approfondir ces recherches par la mise en place d'études longitudinales. Ces dernières apporteraient une meilleure compréhension sur le sujet. Une autre piste d'investigation pourrait être d'évaluer l'efficacité des exercices structurés et non structurés de type LiFE chez les personnes souffrant de démence et celles vivant en EMS afin de rendre ces interventions plus généralisables à l'ensemble de la population âgée. Le but étant de maintenir le plus longtemps possible l'indépendance fonctionnelle des patients.

Enfin d'autres recherches seraient nécessaires afin de mieux comprendre les relations entre les facteurs personnels de l'infirmière et la promotion de la santé dans sa pratique clinique. Cette démarche permettrait de comprendre les raisons pour lesquelles certaines infirmières ne se sentent pas concernées par cette pratique.

10 CONCLUSION

Au terme de ce travail, de nombreuses pistes de compréhension et de réponses sont apportées, afin de répondre à la question de recherche initiale.

Le rôle des infirmières dans le domaine de la promotion de la mobilité est encore peu connu aussi bien sur le terrain qu'en termes de recherche. En effet, de nombreux professionnels considèrent cette promotion comme faisant partie à part entière du rôle des physiothérapeutes. Pourtant les infirmières occupent une place primordiale dans le quotidien du patient, elles sont donc à même de promouvoir une activité physique régulière auprès de lui. Le rôle de l'infirmière serait alors de proposer au patient l'un des deux programmes d'exercices physiques (structurée ou non structurée) en l'incluant au sein de la prise en soins du sujet âgé.

L'utilisation de la théorie intermédiaire de Pender (HPM) a alors toute sa place dans cette thématique. Ce modèle constitue un guide dans la pratique clinique de l'infirmière et permet d'individualiser sa prise en soins.

Finalement, quel que soit le type de programme d'exercices proposé, il diminue le risque de chutes. Le plus important est d'apporter une attention particulière à la personne, à ses choix, à ses besoins ainsi qu'à ses connaissances en termes de prévention des chutes et de promotion de la mobilité. Le but final est un changement de comportement conscient et durable de l'individu, pour diminuer le risque de chutes.

11 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adamo, M. L., & Farrar, R. P. (2006). Resistance training, and IGF involvement in the maintenance of muscle mass during the aging process. *Ageing Research Reviews*, 5(3), 310-331. <http://doi.org/10.1016/j.arr.2006.05.001>
- Alligood, M. R. (Éd.). (2010). *Nursing theorists and their work* (7th ed). Maryland Heights: Mosby Elsevier.
- Bakhshi, S., Sun, F., Murrells, T. & While, A. (2015). Nurses' health behaviours and physical activity-related health-promotion practices. *British Journal of Community Nursing*, 20(6), 289-296. <http://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.6.289>
- BMJ. (2016a). *BMJ Journals*. Accès <http://journals.bmj.com/site/authors/author-benefits.xhtml>
- BMJ. (2016b). *BMJ at a glance, Our story*. Accès <http://www.bmj.com/company/the-story-of-bmj/>
- Born in Bradford. (2016). *Project Team*. Accès <http://www.borninbradford.nhs.uk/team/105/teamDetail/dr-sally-barber/>
- Bradford Institute for Health Research. (2016a). *Dr Andrew Clegg*. Accès <http://www.bradfordresearch.nhs.uk/staffprofiles/andrew-clegg/87>
- Bradford Institute for Health Research. (2016b). *Professor Anne Forster*. Accès <http://www.bradfordresearch.nhs.uk/staffprofiles/anne-forster/87>
- Bradford Institute for Health Research. (2016c). *Professor John Young*. Accès <http://www.bradfordresearch.nhs.uk/staffprofiles/john-young/87>
- Büla, C., Rochat, S. & Dunand, G. (2010). *Chutes et personnes âgées*. Accès <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/defr/2006/2006-11/2006-11-489.PDF>
- Burton, E., Lewin, G., Clemson, L. & Boldy, D. (2013). Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving a restorative home care service: a pragmatic randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1591-1601. <http://doi.org/10.2147/CIA.S44614>
- Cameron, I. D., Murray, G. R., Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Hill, K. D., Cumming, R. G. & Kerse, N. (2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD005465. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub2>
- Chen, Y.-M. & Li, Y.-P. (2014). Motivators for Physical Activity among Ambulatory Nursing Home Older Residents. *The Scientific World Journal*, 2014.

<http://doi.org/10.1155/2014/329397>

- Clegg, A., Barber, S., Young, J., Forster, A. & Iliffe, S. (2011). The Home-Based Older People's Exercise (HOPE) trial: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12, 143. <http://doi.org/10.1186/1745-6215-12-143>
- Clegg, A., Barber, S., Young, J., Iliffe, S. & Forster, A. (2014). The Home-based Older People's Exercise (HOPE) trial: a pilot randomised controlled trial of a home-based exercise intervention for older people with frailty. *Age and Ageing*, 43(5), 687-695. <http://doi.org/10.1093/ageing/afu033>
- Clemson, L., Singh, M. A. F., Bundy, A., Cumming, R. G., Manollaras, K., O'Loughlin, P. & Black, D. (2012). Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomised parallel trial. *BMJ*, 345(e4547), 1-15. <http://doi.org/10.1136/bmj.e4547>
- Centre Cochrane Français. (2011). *Définir le meilleur type d'étude*. Accès <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/d%C3%A9finir-le-meilleur-type-d%C3%A9tude>
- Conseil International des Infirmiers. (2015). *Définition des soins infirmiers*. Accès <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- Devun, A. (2012). *Le niveau d'activité physique chez des retraités autonomes est-il un facteur prédictif de la survenue de chutes 10 ans plus tard ?* (Thèse) Faculté de médecine, Saint-Etienne, France.
- Dove Press. (2016). *Dove Medical Press - About Us*. Accès https://www.dovepress.com/why_publish_with_dove.php?content_id=2991
- Fawcett, J. & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed). Philadelphia: F.A. Davis.
- Fondation pour la sécurité des patients. (2008). *Prévention des chutes: guide et recommandations*. Accès http://www.patientensicherheit.ch/dms/fr/themen/3114_sturz_inhalt_vorwort_schriftreihe2_f/x3114_sturz_inhalt_vorwort_schriftenreihe2_f.pdf
- Gerber, D. (2015). *PUBLICA: Introduction de la primauté des cotisations au début de*. Accès <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=fr&msg-id=125>
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M. & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. Accès

- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/abstract>
- Haute Autorité de Santé. (2006). *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*. Accès
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240556/fr/prevention-des-chutesaccidentelles-chez-la-personne-agee
- Hindawi Publishing Corporation. (2016). *The Scientific World Journal*. Accès
<http://www.hindawi.com/journals/tswj/>
- Horne, M., Skelton, D. A., Speed, S. & Todd, C. (2014). Falls Prevention and the Value of Exercise Salient Beliefs Among South Asian and White British Older Adults. *Clinical Nursing Research*, 23(1), 94-110.
<http://doi.org/10.1177/1054773813488938>
- Inokuchi, S., Matsusaka, N., Hayashi, T. & Shindo, H. (2007). Feasibility and effectiveness of a nurse-led community exercise programme for prevention of falls among frail elderly people: a multi-centre controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(6), 479-485. <http://doi.org/10.2340/16501977-0080>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2015). *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*. Accès
http://www.inserm.fr/content/download/96106/682554/version/1/file/Chutes_ouvrage_corpus-webv2.pdf
- Institut National de Prévention et de l'Education pour la Santé. (2015). *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Accès
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
- Ishigaki, E. Y., Ramos, L. G., Carvalho, E. S. & Lunardi, A. C. (2014). Effectiveness of muscle strengthening and description of protocols for preventing falls in the elderly: a systematic review. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 18(2), 111-118.
- Johansson, E. & Jonsson, H. (2013). Thinking and Acting in a New Way: Influences of a Falls-Prevention Program on Participants' Everyday Life. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 31(4), 281-296.
<http://doi.org/10.3109/02703181.2013.854858>
- Kagan, S. H. & Puppione, A. A. (2011). Not preventing falls- Promoting function. *Geriatric Nursing*, 32(1), 55-57. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.12.005>
- Kerse, N., Peri, K., Robinson, E., Wilkinson, T., von Randow, M., Kiata, L., ... Arroll, B. (2008). Does a functional activity programme improve function, quality of life, and

- falls for residents in long term care? Cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337(a1445), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a1445>
- Kneafsey, R., Clifford, C. & Greenfield, S. (2013). What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1617-1629. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.04.007>
- Kuptniratsaikul, V., Praditsuwan, R., Assantachai, P., Ployetch, T., Udompunterak, S. & Pooliam, J. (2011). Effectiveness of simple balancing training program in elderly patients with history of frequent falls. *Clinical Interventions in Aging*, 6, 111-117. <http://doi.org/10.2147/CIA.S17851>
- L'Assemblée fédérale — Le Parlement Suisse. (2014). *Curia Vista - Objets parlementaires*. Accès <https://www.parlament.ch/en/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20143242>
- Later Life Training. (2016). *Professor Dawn Skelton*. Accès <http://www.laterlifetraining.co.uk/profile/dr-dawn-skelton>
- Lavoie, M., Prévost, S., Sainte-Marie, O. & Veillette, J. (2011). *Enseignement et sensibilisation à l'aide ambulatoire au proche aidant la clientèle gériatrique*. Accès https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/5213/PHT-6113_Proches_aidants.pdf;jsessionid=3FD66EEEF38FAD577BA19FDF9E32755F?sequence=1
- MacCulloch, P. A., Gardner, T. & Bonner, A. (2007). Comprehensive fall prevention programs across settings: a review of the literature. *Geriatric Nursing*, 28(5), 306-311. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.03.001>
- Mahidol University. (2016a). *Information on Staff Students and Alumni*. Accès http://www.si.mahidol.ac.th/department/Research/home/Information_on_Staff.htm
- Mahidol University. (2016b). *Teaching staff's directory - Assist. Prof. Teerada Ployetch, m.d.* Accès http://www.si.mahidol.ac.th/Th/department/rehabilitation/eng/dept_person_detail.asp?ps_id=2743
- Mahidol University. (2016c). *Teaching staff's directory - Assoc. Prof. Vilai Kuptniratsaikul, m.d.* Accès http://www.si.mahidol.ac.th/Th/department/rehabilitation/eng/dept_person_detail.asp?ps_id=232

- Mark Allen Group. (2016). *British Journal of Community Nursing*. Accès
<http://www.markallengroup.com/ma-healthcare/british-journal-of-community-nursing>
- Observatoire Régional de la Santé Nord. (2010). *Les temps de la santé*. Accès
http://www.orsnpdc.org/wp-content/uploads/2015/02/237871_1tempssan.pdf
- Office fédéral de la statistique. (2014). *Locomotion et chutes*. Accès
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/07/05.html>
- Office fédéral de la statistique. (2015). *Panorama Population*. Accès
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/01/pan.html>
- Office fédéral des assurances sociales. (2015). *Politique de la vieillesse en Suisse: vue d'ensemble*. Accès
http://www.bsv.admin.ch/themen/kinder_jugend_alter/00068/?lang=fr
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa*. Accès
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Accès
http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012). *Les chutes*. Accès
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Faits marquants sur le vieillissement*. Accès
<http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
- Oxford Journals. (2016). *Age and Ageing*. Accès <http://ageing.oxfordjournals.org>
- Pender, N. J. (2011). *Heath Promotion Model Manual*. Accès
<http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350>
- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd). Montréal: Chenelière éducation.
- Peterson, S. J. (Éd.). (2013). *Middle range theories: application to nursing research* (3rd ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Phillips, L. J. & Flesner, M. (2013). Perspectives and experiences related to physical activity of elders in long-term-care settings. *Journal of Aging and Physical Activity*, 21(1), 33-50.
- Promotion Santé Suisse. (2014). *Promotion Santé Suisse*. Accès
http://promotionsante.ch/assets/public/documents/2_fr/a-public-health/4-aelttere-menschen/5-downloads/Via_-_Argumentaire_De_reels_benefices.pdf

- Registered Nurses' Association of Ontario. (2010). *Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes*. Accès <http://jgh.ca/uploads/campagnequebeoise/MesureII/Marjorie%20Jeune/Chutes/Chutes%20-%20Trousse%20En%20avant.pdf>
- République et Canton de Neuchâtel. (2015). *Prévention et promotion de la santé*. Accès <http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/prevention/Pages/accueil.aspx>
- Researchgate.net. (2016). *Journal of aging and physical activity*. Accès https://www.researchgate.net/journal/1063-8652_Journal_of_aging_and_physical_activity
- SAGE Publications. (2016). *Clinical Nursing Research*. Accès <http://cnr.sagepub.com/>
- Sinclair School of Nursing. (2015). *MU Sinclair School of Nursing instructor receives Missouri Nurses Association Hall of Fame award*. Accès <http://nursing.missouri.edu/news/2011/flesner-receives-mona-award/>
- Skills Funding Agency. (2016). *Community matron job information | National Careers Service*. Accès <https://nationalcareersservice.direct.gov.uk/advice/planning/jobprofiles/Pages/communitymatron.aspx>
- Sinclair School of Nursing. (2015). *Lorraine J. Phillips, PhD, RN*. Accès <http://nursing.missouri.edu/faculty/faculty-profiles/phillipslo/>
- Taylor & Francis Group. (2016). *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. Accès <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?show=aimsScope&journalCode=ipog20#.V5ogOJOLTdR>
- Tessier, S., Andreys, J.-B., & Ribeiro, M.-A. (2004). *Santé publique, santé communautaire* (2e éd). Paris: Maloine.
- The University of Manchester. (2016a). *Dr Shaun Speed*. Accès <http://www.nursing.manchester.ac.uk/staff/ShaunSpeed>
- The University of Manchester. (2016b). *Professor Chris Todd - personal details*. Accès <http://www.manchester.ac.uk/research/Chris.todd/>
- UCL. (2016). *Meet the UK team*. Accès https://www.ucl.ac.uk/pcph/research-groups-themes/age-stud-pub/current-research/impact/impact_team
- Weeks, L. E., Profit, S., Campbell, B., Graham, H., Chircop, A. & Sheppard-LeMoine, D. (2008). Participation in physical activity: influences reported by seniors in the community and in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(7), 36-43.

12 ANNEXES

12.1 [Annexe I: Hommes et femmes de plus de 65 ans en Suisse en 2014]

En 2014, il y avait 46,9 % d'hommes et 53,1 % de femmes âgés entre 65 et 79 ans. Les plus de 80 ans correspondaient à 36,3 % d'hommes et 63,7 % de femmes. Les personnes âgées en Suisse représentent un total de 17,8 % de la population suisse (OFSP, 2015).

12.2 [Annexe II: Modèle de Promotion de la Santé de Pender]

DÉFINITIONS ET CONCEPTS MAJEURS

(Alligood, 2010, traduction libre, pp.438-441; Pender, 2011, traduction libre p.4; Peterson, 2013, traduction libre, p.224)

Comportements précédents (Prior related behavior): C'est l'expérience passée des comportements de santé. Ils influencent l'adoption d'un comportement de promotion de la santé.

Facteurs personnels (Personal factors):

Ce sont des caractéristiques propres à chaque individu qui peuvent influencer le comportement de «promotion de la santé».

Ces facteurs peuvent être classés en trois catégories:

- **Facteurs biologiques:** L'âge, l'indice de masse corporelle, la force, l'équilibre, la capacité aérobie, etc.
- **Facteurs psychologiques:** L'état de santé perçue, la définition de la santé, la personnalité, l'estime de soi, l'auto-motivation, etc.
- **Facteurs socio-culturels:** L'éducation, le statut socio-économique, l'acculturation, la race, l'ethnicité, etc.

Avantages perçus de l'action (Perceived benefits of action): Percevoir le choix d'un comportement de promotion de santé comme étant positif. Les personnes s'engageront dans un comportement spécifique de santé si elles prévoient d'en tirer des avantages personnels.

Obstacles perçus à l'action (Perceived barriers to action): Les obstacles imaginés ou réels (le temps, la difficulté, les frais, etc.) en lien avec un comportement de promotion de la santé peuvent limiter l'implication dans un tel comportement.

Auto-efficacité perçue (Perceived self-efficacy): C'est l'opinion qu'un individu a de ses propres compétences pour entreprendre et maintenir un comportement de promotion de santé.

Si une personne se croit capable d'accomplir une action donnée, elle aura plus de probabilité de s'engager dans cette action.

État émotionnel en lien avec l'activité (Activity-related affect): C'est l'ensemble des sentiments positifs ou négatifs ressentis avant, pendant et après le comportement de promotion de la santé. Quand les émotions en lien avec un comportement sont positives, la probabilité d'adopter ce comportement augmente.

Influences interpersonnelles (Interpersonal influences):

Ensemble de connaissances concernant les comportements, les croyances ou les attitudes des autres en lien avec un comportement de promotion de la santé spécifique. Ces influences incluent les normes, le support social ou les modèles de comportements.

Une personne aura plus de probabilités de s'engager dans un comportement de promotion de la santé donné, si les personnes significatives de son entourage attendent et soutiennent ce comportement.

Les plus importantes sources d'influences interpersonnelles sont la famille, les amis, les soignants car elles peuvent augmenter ou diminuer l'engagement ou la participation dans une action de promotion de santé donnée.

Influences situationnelles (Situational influences): Ce sont les perceptions personnelles ou les connaissances de la situation ou du contexte dans lequel le comportement de santé a lieu. Ces idées peuvent faciliter ou limiter les comportements de santé.

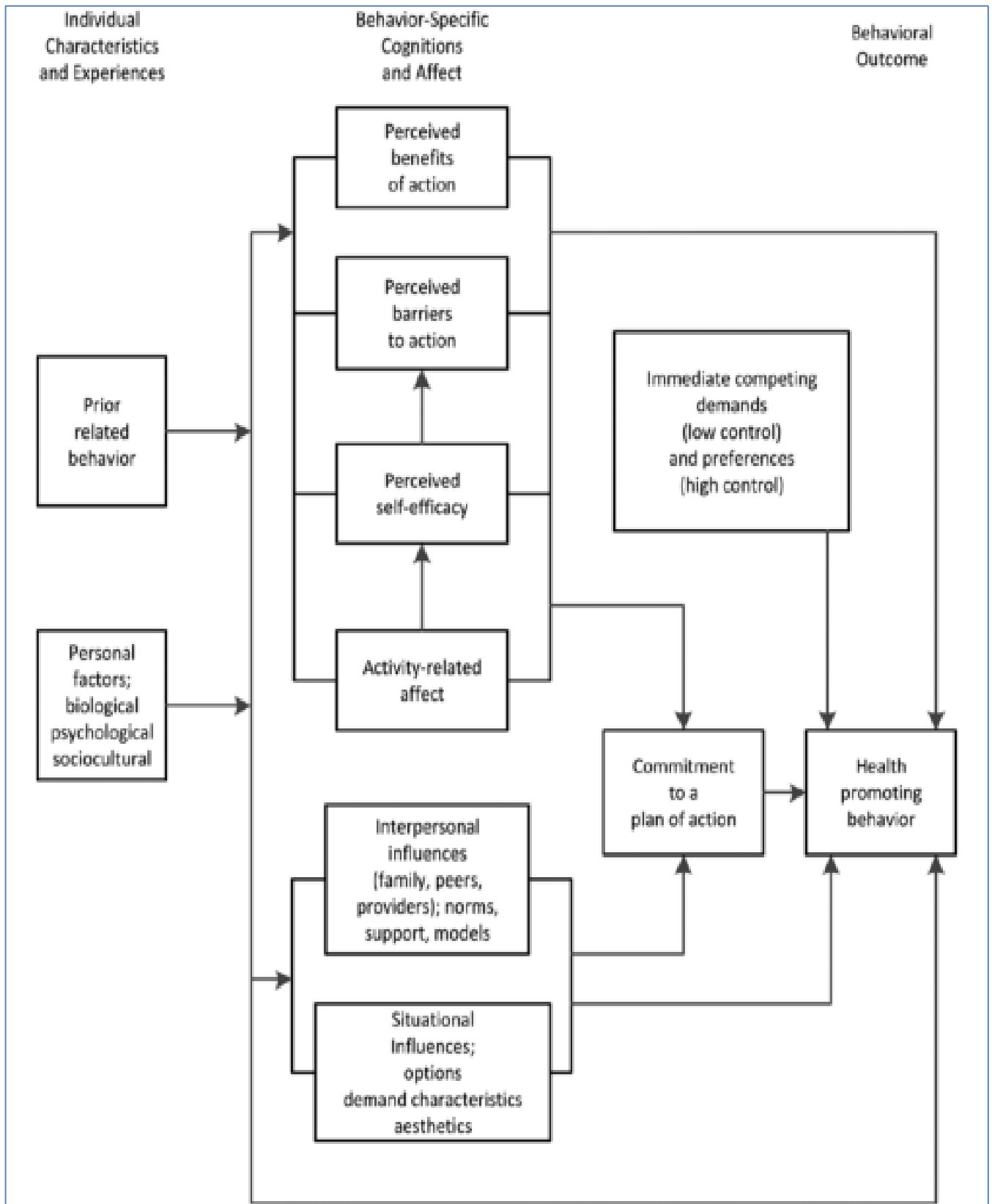
Engagement à accomplir un plan d'action (Commitment to a plan of action): Ce concept décrit la motivation pour effectuer le comportement de santé et l'identification des stratégies pour le faire avec succès.

Demandes immédiates en concurrence (Immediate competing demands): Ce sont des comportements alternatifs sur lesquels l'individu a peu de contrôle, dûes aux imprévus de l'environnement, par exemple la garde des enfants.

Préférences immédiates en concurrence (Immediate competing preferences): Ce sont des comportements alternatifs, sur lesquels l'individu a beaucoup de contrôle, par exemple le shopping.

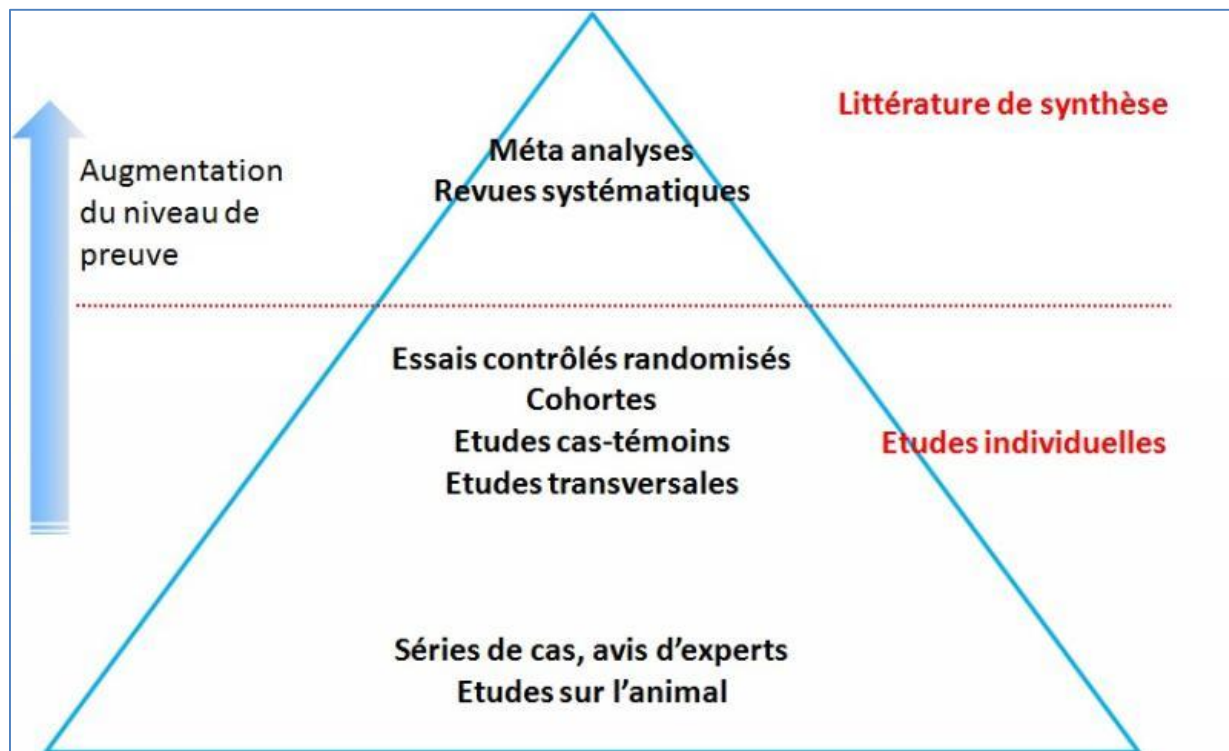
Résultat comportemental: Comportement de promotion de la santé (Health Promoting Behavior): Un comportement de promotion de la santé cherche à atteindre des résultats positifs pour la santé. Ces résultats peuvent être un bien-être optimal, un épanouissement personnel ou une vie productive. Des exemples de comportement de promotion de la santé sont un régime équilibré, l'exercice régulier, la gestion du stress, la croissance spirituelle et la construction des relations positives.

12.3 [Annexe III: Schéma du Modèle de Promotion de la Santé de Pender]



Tiré de: Peterson, 2013

12.4 [Annexe IV: Niveaux de preuve selon le Centre Cochrane Français]



Tiré de: Centre Cochrane Français, 2011

12.5 [Annexe V: Fiche de lecture]

INTEGRATION OF BALANCE AND STRENGTH TRAINING INTO DAILY LIFE ACTIVITY TO REDUCE RATE OF FALLS IN OLDER PEOPLE (THE LIFE STUDY): RANDOMISED PARALLEL TRIAL

1. DEMARCHE DESCRIPTIVE

2.1 Le contexte de la réalisation et de publication de l'étude

➤ *Identité des auteurs:*

- Lindy Clemson: Professeure de thérapie occupationnelle et vieillissement. Elle travaille dans l'unité de recherche en santé, travail et vieillissement et dans le centre pour l'excellence dans la recherche de la population âgée, à la faculté des sciences de la santé de l'Université de Sydney.
- Maria A. Fiatarone Singh: Professeure de médecine à la faculté des sciences de la santé de l'Université de Sydney.
- Anita Bundy: Professeure de thérapie occupationnelle à la faculté des sciences de la santé de l'Université de Sydney.
- Robert G. Cumming: Professeur d'épidémiologie et médecine gériatrique, travaille dans le centre pour l'éducation et la recherche en vieillissement, à la faculté de médecine de l'Université de Sydney.
- Kate Manollaras: Assistante en recherche à la faculté des sciences de la santé de l'Université de Sydney.
- Patricia O'Loughlin: Physiothérapeute à la faculté des sciences de la santé de l'Université de Sydney.
- Deborah Black: Biostatisticien, professeure et présidente de la gestion des données de santé à la faculté des sciences de la santé de l'Université de Sydney.

➤ *Nom et type de revue:*

Le «*British Medical Journal*», ou BMJ, est une revue médicale britannique. Son premier numéro est sorti en 1940 (BMJ, 2016b, traduction libre).

➤ *Lieu de l'étude:*

L'étude se réalise dans l'aire métropolitaine de Sidney en Australie.

➤ *Objectifs pratiques:*

L'intégration de l'exercice dans la vie quotidienne pourrait améliorer l'adoption de l'activité physique et l'adhérence chez la population âgée à risque.

2.2 Objet de l'article et le cadre théorique

2.2.1 Objet de la recherche:

Déterminer si l'intégration dans la vie quotidienne d'un entraînement de l'équilibre et de la force peut réduire le taux de chute, chez des personnes âgées à haut risque vivant à domicile.

2.2.2 Question de recherche:

Le programme LiFE (Lifestyle integrated Functional Exercise) est-il efficace pour réduire le taux de chute?

2.2.3 Hypothèses de travail:

LiFE programme serait plus effectif que le programme contrôle.

LiFE programme serait autant effectif que le programme structure pour réduire les chutes.

2.2.4 Cadre théorique de la recherche:

Cette étude n'explique pas un cadre théorique en particulier.

2.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisées:

L'intégration de l'activité physique dans la vie de tous les jours.

2.3 Méthodologie de la recherche

2.3.1 Outils pour la récolte de données

➤ *Surveillance des chutes et adhérence*

Les participants notaient les chutes et la fréquence d'exercices sur un calendrier. Ils les envoyaient par courrier chaque mois au chercheur. Si les participants ne retournaient pas le calendrier, le chercheur les appelait pour savoir s'ils avaient chuté.

➤ Récolte de données fonctionnelles:

Les échelles suivantes ont été utilisées:

- Hierarchical balance scale: Mesure l'équilibre statique.
- 3M tandem Walk time and errors: Mesure l'équilibre dynamique.
- Dynamometre Chantillon DMG250: Mesure la force contre la résistance des membres inférieurs.
- Activities spécifique balance confidence, ABC SCALE: Mesure la confiance d'équilibre pour réaliser une activité.
- Late life fonctionnal index: Mesure la limitation fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne ainsi que la limitation et fréquence de participation dans le domaine personnel, social et communautaire.
- NHANES: Mesure d'indépendance pour les activités de la vie quotidienne.
- Physical activity scale for elderly: Mesurer l'activité physique habituelle.
- Paffenbarger phsical acivity index: pour mesurer la dépense énergétique.
- Life space assesement: Déterminer la distance parcourue à l'intérieur et depuis la maison.
- Instrument EQ-5D: Pour évaluer la qualité de vie en lien avec la santé.
- EQ-VAS: Pour évaluer l'état général de santé.
- Geratric depression scale: Pour évaluer le niveau de dépression.

2.3.2 Population de l'étude

Les personnes vivant dans la zone métropolitaine de Sydney et enregistrées dans la base de données du département des affaires de vétérans et dans trois autres bases de données ont été invitées à participer par courrier.

Critères d'inclusion:

- Femmes et hommes de plus de 70 ans ayant chuté plus d'une fois ou ayant eu des blessures en lien avec la chute, dans les 12 mois précédents.

Critères d'exclusion:

- Troubles cognitifs (modérés-sévères)
- Dépendant pour mobilisation
- Maladies neurologiques qui influencent la mobilité
- Maladies affectant la capacité de faire des exercices
- Maison de retraite
- Ne parlant pas anglais

2.3.3 Types d'analyse

Il s'agit d'une recherche quantitative de type essai parallèle randomisé à trois bras. Dans cette étude trois groupes sont comparés: 1 groupe qui participe au programme LiFE, un groupe qui réalise des exercices structurés et un groupe contrôle.

2.4 Présentation de résultats

2.4.1 Principaux résultats de la recherche

Les résultats sont présentés sous forme de 5 tableaux à la fin de l'article et sous forme narrative.

Résultats de chutes

- Le groupe LiFE comparé au groupe contrôle: Réduction significative de 31 % du taux de chute dans le programme LiFE (ratio du taux d'incidence: 0.69 (95 % confiance intervalle 0.48 - 0.99)) n=212.
- Le groupe d'exercices structurés comparé au groupe contrôle: Réduction du taux de chute n'est pas significative entre le programme structuré et le programme contrôle (0.81 (0.56 à 1.17)) n=210.

Résultats des épreuves d'équilibre et force

Équilibre statique

- Le groupe LiFE comparé au groupe contrôle: Amélioration significative avec un «effet size» modéré à large dans les deux échelles d'équilibre statique.
- Le groupe d'exercices structurés comparé au groupe contrôle: Petite amélioration, mais significative pour l'échelle «five level scale». Odds ratio 0.62 (95 % IC 0.03-1.22)

Balance dynamique

- Effet significatif et modéré pour LiFE et programme structuré comparé aux contrôles.
LiFE et Programme structuré: $F=6.6$; $P=0.002$
Programme structuré et groupe contrôle: $F=8.9$; $P=0.0001$

Force

- Amélioration de la force des chevilles pour le groupe LiFE comparé au groupe contrôle.
- La force du genou et de la hanche ne montre pas de changement significatif (LiFE et structuré) pourtant, le groupe contrôle a des gains intermittents.

Adhérence

- Programme LiFE: 76 %
- Programme structuré: 63 %
- Groupe contrôle: 74 %

2.4.2 Conclusions générales

- Le programme LiFE est une alternative aux programmes d'exercices structurés et un programme de prévention des chutes pour certaines personnes âgées.

- Ce programme a beaucoup de résultats positifs, par exemple l'amélioration de l'énergie pour faire d'autres activités, l'amélioration de la capacité fonctionnelle et l'amélioration dans la participation de la vie quotidienne.
- Ce programme défie les professionnels de santé qui travaillent avec des personnes âgées, à élargir leur vision et à trouver des opportunités pour incorporer l'entraînement de l'équilibre et de la force dans la vie quotidienne.

2.4.3 Particularités ou l'originalité de leur étude

Cette étude voulait explorer une approche qui n'a pas été étudiée avant, l'intégration de l'exercice dans les activités de tous les jours, chez des personnes âgées fragiles à haut risque de chute. Le programme LiFE utilisé dans cette étude, est un programme nouveau qui a été conçu et testé par les auteurs.

2.5 Éthique

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique dans la recherche humaine de l'Université de Sydney, en Australie.

3 DEMARCHE INTERPRETATIVE

3.1 Apports de l'article

Cet article nous donne des outils concrets pour améliorer notre pratique soignante. Les exercices conçus par le programme LiFE sont des exercices simples et efficaces que nous pouvons encourager et enseigner.

Il encourage aussi les professionnels de la santé à adopter une posture de promotion de santé basée sur des données probantes. La problématique des chutes peut être abordée et prévenue de manière quotidienne avec l'information et l'enseignement adéquats.

3.2 Limites

Le groupe contrôle a disposé de moins de temps d'enseignement comparé aux deux autres groupes. Cette différence a pu causer des biais, mais cela est peu probable. En effet, cet aspect a été voulu et considéré approprié, car ce programme était beaucoup plus simple et beaucoup plus facile à enseigner.

L'intervalle de confiance pour les résultats de chutes, est proche de 1, ce qui demande une certaine prudence quant à l'interprétation des résultats.

L'effet du groupe contrôle sur le taux de chute et l'amélioration de l'équilibre aurait dû être insignifiant car les exercices étaient doux, légers et sans changement tout au long de l'étude. Pourtant il a été observé des améliorations minimales de la force chez les participants.

3.3 Pistes de réflexions

Ajuster les activités et les intégrer dans les tâches quotidiennes peuvent diminuer le risque de chute et améliorer la qualité de vie. C'est pourquoi des exercices simples, efficaces et faciles à intégrer dans la routine de tous les jours, devraient être encouragés davantage par le personnel soignant.

L'adhérence est plus significative dans le programme LiFE et dans le groupe contrôle que dans les exercices structurés. Le personnel soignant devrait, donc, tenir compte des particularités et préférences des personnes âgées au moment de proposer l'activité physique, car si le défi est trop élevé, l'adhérence peut diminuer.

Est-ce que ce programme LiFE pourrait être appliqué ailleurs qu'à domicile?

EFFECTIVENESS OF A LIFESTYLE EXERCISE PROGRAM FOR OLDER PEOPLE RECEIVING A RESTORATIVE HOME CARE SERVICE: A PRAGMATIC RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

1. DEMARCHE DESCRIPTIVE

1.1 Le contexte de la réalisation et de publication de l'étude

➤ *Identité des auteurs:*

- Elissa Burton: Travaille à la faculté des sciences de la santé à l'université de Curtin, Perth, Australie, ainsi qu'au département de recherche, Silver Chain à Perth en Australie.
- Gill Lewin: Travaille à la faculté des sciences de la santé à l'université de Curtin, Perth, Australie, ainsi qu'au département de recherche, Silver Chain à Perth en Australie.
- Elissa Burton: Travaille à la faculté des sciences de la santé à l'université de Curtin, Perth, Australie, ainsi qu'au département de recherche, Silver Chain à Perth en Australie.
- Gill Lewin: Travaille à la faculté des sciences de la santé à l'université de Curtin, Perth, Australie, ainsi qu'au département de recherche, Silver Chain à Perth en Australie.
- Lindy Clemson: Travaille dans le domaine de la recherche du Travail et de la santé à l'université de Sydney en Australie.
- Duncan Boldy: Travaille à l'école d'infirmière et de sage-femme à l'université de Curtin à Perth en Australie.

➤ *Nom et type de revue:*

Dove Medical Press a été fondée en 2003 par une société britannique privée et spécialisée dans la publication de revues évaluées par des pairs (comité de lecture ou peer-reviewed). C'est une revue à libre accès pour les domaines de la science, technologie et surtout de la médecine (Dove Press, 2016, traduction libre).

➤ *Lieu de l'étude:*

L'étude est effectuée en périphérie de la région de Perth, en Australie de l'ouest entre la période d'août 2011 et avril 2012.

➤ *Objectifs pratiques:*

Comparer deux types de programmes d'exercices physiques fournis par une chaîne de soins à domicile et constater laquelle est la plus efficace en fréquence et en gain fonctionnels afin de promouvoir l'activité physique et prévenir le risque de chutes de manière plus efficace dans un contexte de population vieillissante.

1.2 Objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche

Cette étude propose de comparer l'efficacité de programmes d'exercices physiques fournis par Silver Chain. Le programme appelé «LiFE» qui intègre les exercices aux activités de la vie quotidienne (lifestyle) associés à un programme d'exercices fonctionnels. Les patients recevant ce type de soins, correspondent au groupe «intervention». Le deuxième programme est constitué d'exercices structurés comme il est habituellement donné dans les services de

soins à domicile, dont le Silver Chain. Les personnes recevant ces soins, font partie du groupe contrôle.

1.2.2 Question de recherche:

La question de recherche n'est pas écrite comme telle, mais peut être déduite: les exercices inclus dans les activités quotidiennes des patients âgés seront-ils effectués plus régulièrement et/ou auront-ils de meilleurs gains fonctionnels que les programmes d'exercices structurés?

1.2.3 Hypothèse de travail:

Deux hypothèses:

- a) LiFE sera effectué plus régulièrement par les patients.
- b) LiFE aura de meilleurs gains fonctionnels qu'un programme d'exercices structuré habituellement proposé dans le cadre de soins à domicile pour les personnes âgées.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche:

Le cadre théorique n'est pas mentionné dans l'article.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisées:

L'utilisation de diverses échelles afin de connaître quels types de programmes d'exercices sont les plus bénéfiques sur deux aspects principalement, à savoir les gains et la fréquence d'exercices.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données

Utilisation de 8 différentes mesures (appelées outcome measures) utilisées couramment lors des études qui visent à examiner l'efficacité de programmes d'exercices est considérée comme appropriées pour son utilisation avec les personnes âgées.

- Functional reach: Mesure clinique de l'équilibre statique.
- Sit to Stand: Consiste notamment à se lever et s'asseoir plusieurs fois d'une chaise.

Permet de mesurer la force:

- Time Up and Go: Mesure la mobilité fonctionnelle.
- Tandem Walk: Mesure l'équilibre dynamique (marche orteil contre talon sur une ligne).
- Falls Efficacy Scale: Mesure la peur de tomber.

Mesure la confiance qu'ils ont en eux de ne pas tomber:

- The Activities-specific Balance Confidence (ABC): Permet de vérifier leur confiance lors de l'achèvement de tâches plus complexes sans tomber.
- The Vitality Plus Scale: Mesure les bénéfices du sport sur la santé notamment en ce qui concerne le niveau de la douleur, le sommeil, l'appétit, ainsi que le bien-être physique et mental.
- The Late life Function and Disability instrument: Évaluation individuelle de la fonction et des invalidités lors des activités de la vie quotidienne.

1.3.2 Population de l'étude

Personnes de plus de 65 ans, évaluées par leur questionnaire de santé comme ayant besoin d'un programme d'exercices physiques. Ils n'ont pas de maladie neurologique dégénérative diagnostiquée et doivent être capable de communiquer en anglais. Ces personnes reçoivent toutes des soins à domicile fournis par la Silver Chain. Cette chaîne fournit des soins à domicile sur le court terme (entre 8-12 semaines) aux personnes âgées afin de les aider à retrouver peu à peu leur indépendance et les soulager durant une période.

Il était prévu au départ un échantillon de n=150 avec 75 personnes dans chaque groupe.

Processus de recrutement

Infirmière (care manager):

- 1) Identifie les clients qui pourraient faire partie de l'étude.
- 2) Leur explique brièvement l'étude, leur donne une lettre du chercheur, une fiche d'information, un formulaire de consentement et il leur est proposé que le chercheur les contacte directement pour leur donner des informations concernant la suite du projet.

Si le patient est d'accord, l'infirmière informe le chercheur qui appelle le client dans les trois jours pour répondre aux questions, organiser une visite, avoir le consentement de la personne, et compléter la collecte de données de base.

Méthode de répartition de l'échantillon dans les deux groupes:

Utilisation du générateur de nombres aléatoires afin de répartir au hasard l'échantillon dans deux groupes. Puis les noms des participants sont répartis dans des enveloppes numérotées de manière séquentielle.

La période de recrutement a pris plus longtemps que prévu et malgré une extension de temps de 3 mois, une révision concernant la taille de l'échantillon a dû être faite. Il a été estimé que 85 personnes pouvaient être recrutées au maximum d'ici la fin de la période d'extension.

1.3.3 Types d'analyse

C'est une étude randomisée contrôlée de type analytique.

1.4 Présentation de résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

- Concernant l'hypothèse n°1 de départ: Globalement les personnes dans le groupe LiFE ne font pas des exercices plus fréquemment que chez les gens qui ont reçu des exercices structurés. L'hypothèse de départ n'est donc pas confirmée.

En plus de démontrer que les deux groupes font le même nombre d'exercices, les patients des deux groupes montrent des progrès significatifs dans plusieurs domaines liés à la fonction. Pourtant les LiFE améliorent 19/20 (90 %) mesures et les structurés 14/20 (70 %) mesures.

- Concernant l'hypothèse n°2 de départ: LiFE a de meilleurs gains fonctionnels que l'autre groupe. Globalement le niveau de progrès sur 8 des mesures est plus élevé dans le groupe LiFE ($t=-2.742$, $P=0.008$).

- Deux échelles ont démontré des différences plus significatives entre les deux groupes:
 - Dynamique balance (équilibre dynamique en français): les progrès dans le groupe LiFE sont beaucoup plus importants (Score (SD) 7.07 (11.03); $Z=-2.15$, 95 % IC 10.47 to 1.00; $P=0.032$) que dans le groupe contrôle (Score (SD) 1.33 (8.84) $Z=-2.15$, 95 % IC 10.47 to 1.00; $P=0.032$). L'amélioration de l'équilibre jouera un rôle important dans la diminution de la peur de tomber, la restriction de la mobilité, dans les blessures dues aux chutes. Tout ceci aura aussi une influence dans la capacité de la personne à retrouver son indépendance, améliorer sa confiance, et lui permettre de vivre.

- Improved balance confidence: davantage de progrès dans le groupe LiFE, car leur ABC score selon Myers et al., est meilleur que dans l'autre groupe (l'élaboration de tâches plus complexes par exemple: prendre un escalator, marcher dans un centre commercial au milieu d'une foule, etc).

Score du LiFE (SD) 21.15 (13.2); Score du Programme structuré (SD) 12.90 (16.70)
 $Z= -2.57$ 95 % IC 1.40 to 15.09 $P=0.010$.

Au début de l'étude, les deux groupes se trouvaient à un niveau modéré de fonction physique. Après les huit semaines de tests, le groupe LiFE se trouve alors plus proche du haut niveau de fonction physique que le groupe contrôle qui est donc plus à risque de chutes.

1.4.2 Conclusions générales

Les exercices LiFE sont tout aussi efficaces voir plus, que les exercices structurés pour les personnes âgées. Sur 40 % des résultats de mesure, les LiFE ont de meilleurs résultats. Selon les auteurs, le programme LiFE devrait être proposé aux patients plus âgés et principalement à ceux qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas libérer du temps sur leur journée pour des exercices ou qui n'aiment pas les exercices structurés.

1.4.3 Particularités ou l'originalité de leur étude

Des recherches récentes ont démontré que beaucoup de patients recevant des soins à domicile, préfèrent incorporer leurs exercices à leurs activités de la vie quotidienne que d'exécuter des exercices structurés et répétitifs. Des résultats ont démontré une amélioration de la fonction ainsi qu'une diminution des chutes dans la population âgée ayant un passé de chute. *Lifestyle = incidental exercise program* gagne alors en popularité.

Aucune étude n'a encore été faite pour démontrer si les personnes âgées ayant des soins à domicile auraient plus de bénéfices à recevoir un programme LiFE comparé aux exercices structurés habituels.

1.5 Éthique

Un apport bénéfique a été apporté avec le programme LiFE à un groupe seulement, le groupe contrôle n'en bénéficie pas.

L'approbation éthique pour mener cette étude à été obtenue par les comités d'éthique de Curtin Université et Silver Chain human research.

2. DEMARCHE INTERPRETATIVE

2.1 Apports de l'article

Dans un contexte de population vieillissante et d'augmentation du risque de chutes, le fait de comparer deux types d'exercices physiques en termes d'efficacité et de fréquence, permet d'améliorer la prise en soins de cette population.

2.2 Limites

La taille de l'échantillon: La période de recrutement de l'échantillon a pris plus longtemps que prévu et malgré une extension de temps de 3 mois, une révision concernant la taille de l'échantillon a dû être faite. Il a été estimé que 85 personnes pouvaient être recrutées au maximum d'ici la fin de la période d'extension.

La taille de l'échantillon est donc plus petite que ce qui était prévu au départ. Cette diminution réduit la fiabilité de l'étude et apporte des limites dans la constatation des changements dans les résultats des variables (notamment les summary variables qui ont tendance au changement). La taille de l'échantillon est directement la conséquence d'un petit nombre de personnes répondant aux critères d'inclusion.

Concernant le chercheur: Pour des raisons financières, la personne qui a collecté les données de départ se trouve être la même que celle qui suit les données. Le chercheur n'est donc pas totalement neutre et peut avoir des préjugés concernant la constitution des deux groupes. De

plus, les patients ont souvent leurs manuels d'exercices avec eux pour savoir comment les intégrer dans leur vie au quotidien, ce qui représente un biais important selon les auteurs.

2.3 Pistes de réflexion

Pistes amenées par les auteurs: Pour les plus âgés ayant des douleurs et se sentant trop vieux pour faire des exercices, le programme d'exercices structuré peut être un obstacle à les rendre plus actifs. Le LiFE affiche de meilleurs résultats pour cette partie de la population ainsi que pour ceux qui ne souhaitent pas réserver du temps pour faire des exercices physiques.

LiFE a aussi montré une meilleure fonction des membres inférieurs que pour le programme des exercices structurés. Dans les deux programmes d'exercices, les membres inférieurs sont les plus travaillés. Le programme LiFE devrait être proposé comme une option pour les patients recevant des soins à domicile.

Les recommandations pour le LiFE, sont basées sur un échantillon ayant des similitudes avec une population plus large recevant également des soins à domicile. Les résultats sont donc potentiellement généralisables à une population plus large.

Les auteurs de l'article ont fait le choix au moment de la sélection de la population, d'exclure toutes personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives. Ce programme d'exercices structurés, ne serait donc pas applicable, de cette manière en tout cas, à ce type de population. Nous vivons actuellement un vieillissement de la population avec une augmentation importante de personnes atteintes de différents types de démence. Il serait peut-être intéressant d'adapter ces exercices afin de les rendre plus généralisables à l'ensemble de la population âgée. Donner des pistes aux soignants permet d'intégrer ces exercices physiques dans les soins du quotidien.

THE HOME-BASED OLDER PEOPLE'S EXERCISE (HOPE) TRIAL: A PILOT RANDOMISED CONTROLLED TRIAL OF A HOME-BASED EXERCISE INTERVENTION FOR OLDER PEOPLE WITH FRAILTY

1. DEMARCHE DESCRIPTIVE

1.1 Le contexte de la réalisation et de publication de l'étude

➤ *Identité des auteurs:*

- Andrew Clegg: Maître de conférences clinique dans l'unité académique pour les personnes âgées et en réadaptation. Il est également gériatre consultant honoraire aux Hôpitaux Universitaires de Bradford (Bradford Institute for Health Research, 2016a, traduction libre).
- Sally Barber: Chercheuse principale à l'Institut de santé pour la recherche à Bradford (Born in Bradford, 2016, traduction libre).
- John Young: Directeur clinique national pour l'intégration et pour les personnes âgées fragiles, à l'Institut National de la santé. Il est aussi gériatre consultant honoraire pour les Hôpitaux Universitaires de Bradford (Bradford Institute for Health Research, 2016c, traduction libre).
- Steve Iliffe: Professeur dans les soins primaires pour les personnes âgées à l'Université Collège de Londres. Il est aussi directeur du centre d'études sur la population vieillissante au sein du département des soins primaires et de santé de la population à l'Université Collège de Londres (UCL, 2016, traduction libre).
- Anne Forster: Professeure de réadaptation après un AVC et cheffe de l'unité académique aux soins des personnes âgées et de réadaptation à l'Université de Leeds (Bradford Institute for Health Research, 2016b, traduction libre).

➤ *Nom et type de revue:*

L'étude a été publiée dans la revue «Age and Ageing» en 2014. Cette revue est un journal international qui publie des articles et des avis sur la médecine gériatrique et la gérontologie. La revue comprend des recherches sur le vieillissement humain et clinique, l'épidémiologie et les aspects psychologiques de la vie tardive (Oxford Journals, 2016, traduction libre).

➤ *Lieu de l'étude:*

L'étude a été effectuée au Royaume-Uni dans la ville de Bradford.

➤ *Objectifs pratiques:*

Prouver l'efficacité du programme HOPE comparé aux soins habituels.

1.2 Objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche

Le but de l'étude est de recueillir des informations pour tester l'efficacité du programme HOPE comparé aux soins habituels pour améliorer la mobilité et la fonction des sujets âgés fragiles.

1.2.2 Question de recherche:

Quelle est l'efficacité du programme HOPE comparé aux soins habituels chez le sujet âgé fragile pour améliorer la mobilité et la fonction?

1.2.3 Hypothèse de travail:

Le programme HOPE est une intervention d'exercices pour les personnes âgées avec des fragilités conçues pour améliorer la mobilité et la fonction en 12 semaines.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche:

Le programme HOPE est fondé principalement sur le modèle cognitif social de changement de comportement, qui a montré avec succès, l'augmentation de participation à des activités physiques chez les adultes.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés:

Le principal résultat est: la mobilité

Les résultats secondaires sont: L'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), mesurer les résultats pour la santé et la dépression.

Le programme HOPE est une intervention de 12 semaines d'exercices progressifs, qui est présenté aux participants dans un manuel et délivré par le physiothérapeute de la communauté. Les exercices physiques ne nécessitent pas de matériel spécialisé. Le manuel contient 5 sections: des informations, des conseils de sécurité, les bonnes postures, les exercices et des méthodes pour rester sur la bonne voie.

Le programme HOPE est constitué essentiellement d'exercices de renforcement pour des groupes de muscles requis pour la mobilité de base (sortir du lit, se lever d'une chaise). Les exercices ne requièrent pas d'équipement spécifique et peuvent être faits sans la supervision d'un professionnel. Les exercices doivent être faits trois fois par jour et cinq jours par semaine pendant la période de l'étude. Pour tenir compte des différences de fragilité des participants, le programme HOPE a été classé en trois niveaux.

1.3 Méthodologie de la recherche

La méthodologie de l'étude est décrite dans «The Home-Based Older People's Exercise (HOPE) trial: study protocol for a randomised controlled trial» de Clegg, Barber, Young, Forster, et Iliffe (2011). La méthodologie utilisée est basée sur le cadre du MRC et des guidelines pour les études randomisées contrôlées pour les interventions du déclin et des invalidités des personnes âgées fragiles.

1.3.1 Outils pour la récolte de données

Tests utilisés:

- Timed-up-and-go test (TUGT): Le temps pris pour se lever de la chaise, marcher sur une distance de 3 mètres, se tourner, retourner à la chaise et se rasseoir
- Self reported modified Barthel index of ADL: Les activités de la vie quotidienne modifiée pour l'autodéclaration
- EuroQol Group 5-Dimension Self-Reported Questionnaire (EQ-5D): Est une échelle qui mesure la santé.
- Geriatric Depression Scale – Short Form 15 (GDS): Permet de détecter et d'évaluer la sévérité de la dépression chez le sujet âgé.

Outils utilisés:

- Un journal/agenda personnel: Les participants notent si les exercices ont été faits pour évaluer l'adhérence au programme.

1.3.2 Population de l'étude

La population de l'étude est la personne âgée vivant à domicile et sous le contrôle d'un gestionnaire de cas (case manager) ou dans la community matron, confiné à domicile (identifié par le Read code des médecins généralistes (terminologie clinique standard utilisée dans le système de médecin généraliste au Royaume-Uni) répertorié dans l'Institut National pour la recherche en santé (NIHR), allant dans des centres de jour ou des centres de répit, résidence avec assistance dans les AVQs, à la sortie de l'hôpital de soins intermédiaires et la fréquentation à la clinique de jour pour personnes âgées à Bradford au Royaume-Uni.

Les critères d'exclusion de l'étude sont les personnes âgées incapables de se lever et de marcher d'une manière autonome, participant actuellement à une alternative d'exercices aveugles, avoir une personne du même ménage déjà dans l'étude, atteinte de démence sévère, être en soins palliatifs ou ayant des douleurs de poitrine mal contrôlées.

Les participants potentiels ont été identifiés par le médecin généraliste qui a été contacté par lettre et dont la réponse a directement été envoyée à l'équipe de l'étude. Les personnes ayant exprimé leur intérêt pour l'étude, ont été rencontrées à domicile par un clinicien de recherche, entraîné pour entreprendre une sélection détaillée. Le clinicien leur a expliqué l'étude et leur a fourni des brochures d'informations. Leur consentement éclairé a été obtenu avec l'évaluation initiale.

Suite la randomisation des participants, ils ont été placés dans trois groupes d'exercices en fonction de leurs résultats du «Timed-up-and-go test»

- Niveau 1: Si le test a été effectué en ≥ 30 secondes. Ce niveau contient des exercices simples avec des chaises.
- Niveau 2: Si le test a été effectué entre 20 et 29 secondes, ils ont des exercices de niveau intermédiaire parce qu'ils ont démontré une mobilité variable, des capacités de fonctionnement et d'équilibre.
- Niveau 3: Si le test a été effectué en < 20 secondes, ils ont tendance à être indépendants pour la mobilité, capable de se lever d'une chaise sans assistance et de monter les escaliers.

1.3.3 Types d'analyse

C'est une étude pilote randomisée contrôlée en aveugle à deux bras qui a été effectuée entre les mois de juillet 2010 et novembre 2011. Il y a eu 84 participants qui ont été randomisés entre le groupe contrôle (n=39) et le groupe d'intervention (n=45).

1.4 Présentation des résultats

Dans le groupe d'intervention, à la randomisation, il y avait 45 participants. 3 se sont désistés, 1 a été perdu dans le suivi et 1 est décédé. Il ne restait donc plus que 40 participants pour l'analyse des résultats principaux dans le groupe de l'intervention.

Dans le groupe contrôle, à la randomisation, il y avait 39 participants. Il y a 4 participants qui se sont désistés, 2 ont été perdus dans le suivi et 3 participants sont décédés. Il ne restait donc plus que 30 participants pour l'analyse des résultats principaux dans le groupe contrôle.

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

➤ Adhérence au programme HOPE

- Dans le groupe d'intervention, 28 participants (70 %) ont complété les 12 semaines du programme, 7 participants ont laissé tomber (18 %), 4 ont été considérés par les physiothérapeutes comme ayant des besoins de réhabilitation

et non d'un programme HOPE et 1 participant avec une démence était non-compliant. Les journaux/agendas d'adhérence ont été retournés par 27 des 28 participants.

- L'adhésion totale (exercices effectués 5x/semaine) était de 46 % et l'adhésion partielle ou totale (exercices effectués 1x/semaine) est de 67 %.
- Chutes pendant l'étude
 - 7 participants du groupe d'intervention ont chuté et 2 participants ont été admis à l'hôpital. Dans le groupe contrôle, 8 participants ont chuté et 4 participants ont été admis à l'hôpital.
- Aveuglement des chercheurs
 - Les chercheurs ont été informés de l'appartenance des patients à un groupe pour 62 % des suivis. La révélation s'est faite à 73 % dans le groupe de l'intervention et 48 % dans le groupe contrôle.
- Mobilité
 - La mobilité a en moyenne diminué dans les deux groupes.
- Activité de la vie quotidienne
 - Il n'y a aucune différence pour les activités de la vie quotidienne dans les deux groupes.

1.4.2 Conclusions générales

L'étude pilote randomisée contrôlée du programme HOPE a fourni des ressources, la gestion et les données scientifiques. Il en est de même pour les évidences préliminaires que la détérioration de la mobilité vécue par les personnes âgées, peut être potentiellement diminuée avec une intervention de 12 semaines d'exercices à domicile. Ces évidences préliminaires requièrent une confirmation dans le futur, avec une étude randomisée contrôlée qui intègre le suivi à long terme et qui inclut les résultats tels que le handicap, la qualité de vie, l'admission à l'hôpital et les soins de longues durées.

Pour le futur, il faudrait probablement utiliser des moniteurs ou surveillants pour veiller à l'exécution des exercices afin d'augmenter l'adhérence au programme HOPE.

1.4.3 Particularités ou l'originalité de leur étude

C'est une étude randomisée contrôlée pilote. Elle a pour but d'évaluer l'efficacité d'un nouveau programme. Ce qui permettra de faire, par la suite, une réelle étude randomisée contrôlée pour prouver l'efficacité du programme HOPE chez le sujet âgé.

1.5 Éthique

Le comité d'éthique de recherche de Bradford a donné l'approbation éthique pour l'étude HOPE. Le Service National de la Santé (NHS) de Bradford, Airdaile et les Hôpitaux Universitaires de Bradford ont accordé le NHS de recherche et de développement.

2. DEMARCHE INTERPRETATIVE

2.1 Apports de l'article

L'article démontre une augmentation de la mobilité chez les personnes âgées fragiles, avec un programme d'activités de 12 semaines. Cependant, il faut discuter avec ces personnes, pour voir si elles seront capables de faire des exercices trois fois par jour et cinq fois par semaine pendant toute la durée de l'étude. Ce programme rigoureux peut être compliqué pour des

personnes âgées. Cependant, si on veut vraiment un changement de comportement au long terme, il faut qu'elles puissent effectuer ensuite ces exercices au quotidien.

2.2 Limites

Beaucoup de participants ont révélé dans leur groupe d'appartenance, il peut donc y avoir des biais de mesure.

L'étude n'a pas de contrôle à long terme et ne permet pas de bien voir les bienfaits du programme HOPE sur les participants du groupe d'intervention.

Il y a uniquement 70 % des participants du groupe d'intervention qui ont complété l'étude. L'adhérence aux exercices réalisés complètement est de 46 % et partiellement de 27 %.

2.3 Pistes de réflexion

Grâce à cette étude pilote randomisée contrôlée, il faut se poser la question de la faisabilité de l'étude chez les personnes âgées, parce qu'un programme d'exercices de 12 semaines qui doit être fait trois fois par jour et cinq fois dans la semaine, peut paraître excessif pour cette population.

De plus, cela nous amène à réfléchir pour savoir si la surveillance de la réalisation des exercices, augmente le taux d'adhérence et surtout permet la pérennisation de l'exécution de ces exercices sur le long terme (donc un changement de comportement de la personne âgée).

EFFECTIVENESS OF SIMPLE BALANCING TRAINING PROGRAM IN ELDERLY PATIENTS WITH HISTORY OF FREQUENT FALLS

1. DEMARCHE DESCRIPTIVE

1.1 Le contexte de la réalisation et de publication de l'étude

➤ *Identité des auteurs:*

- Vilail Kuptniratsaikul: Professeur associé dans le département de médecine de réhabilitation (Mahidol University, 2016c, traduction libre).
- Rungnirand Praditsuwan: Professeur dans le département de médecine.
- Prasert Assantachai: Professeur dans le département de médecine préventive
- Teerada Ployetch: Professeur assistant dans le département de médecine et de réhabilitation (Mahidol University, 2016b, traduction libre).
- Suthipol Udompunturak: Professeur à l'office pour la recherche et le développement
- Julaporn Pooliam: Professeur à l'office pour la recherche et le développement (Mahidol University, 2016a, traduction libre).

➤ *Nom et type de revue:*

«Clinical interventions in aging» est une revue scientifique médicale de libre accès qui publie des recherches en gérontologie. Le premier numéro a été publié en 2006 par l'éditorial «Dove Medical Press» (Dove Press, 2016, traduction libre).

➤ *Lieu de l'étude:*

Le cadre institutionnel dans lequel l'étude a été effectuée est l'hôpital universitaire Siriraj.

➤ *Objectifs pratiques:*

Étudier l'efficacité d'exercices simples d'équilibre, réalisés à la maison.

1.2 Objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 **Objet de la recherche**

Étudier l'efficacité d'exercices simples d'équilibre, réalisés à la maison, dans la réduction de chutes et l'amélioration des habilités d'équilibre, chez les personnes âgées avec histoire de chutes.

1.2.2 **Question de recherche:**

Quel effet l'entraînement de l'équilibre a sur le taux de chute et les habilités d'équilibre?

1.2.3 **Hypothèse de travail:**

Des exercices simples d'équilibre, réalisés à domicile serait une stratégie plus appropriée et efficace dans la prévention des chutes des personnes âgées avec une condition médicale chronique.

1.2.4 **Cadre théorique de la recherche:**

Cet article n'évoque pas de cadre théorique.

1.2.5 **Principaux concepts et/ou notions utilisées:**

Les principales notions utilisées sont les chutes, l'amélioration fonctionnelle et la qualité de vie.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données

Les habiletés d'équilibre ont été évaluées en utilisant les tests suivants:

- Timed up and go test (TUGT): Le temps pris pour se lever de la chaise, de marcher sur une distance de 3 mètres, se tourner, retourner à la chaise et se rasseoir.
- Chair stand: Temps pour se lever d'une chaise avec les bras croisés et se rasseoir, répété cinq fois.
- Functional reach: La distance que les participants peuvent atteindre les bras vers l'avant aussi loin que possible sans perdre l'équilibre.
- Berg balance scale-short-form (BBS-SF): Mesure l'équilibre chez le sujet âgé ayant des problèmes d'équilibre en évaluant la performance des tâches fonctionnelles.

D'autres informations concernant la qualité de vie, la peur de tomber et le fonctionnement physique, psychologique, social et la vitalité ont été recueillies en utilisant l'échelle de qualité de vie (SF-36), l'échelle d'efficacité de chute (FES) et des questionnaires spécifiques.

La compliance des exercices ainsi que les nouvelles chutes ont été notées par les participants dans des journaux et rendus aux chercheurs lors des visites.

1.3.2 Population de l'étude

146 participants ont été recrutés et l'âge moyen était de 65.1 années.

Les critères d'inclusion:

- Personnes âgées de 50 ans et plus.
- Personnes âgées avec histoire de fracture ostéoporotique dans l'année précédente.

Les critères d'exclusion:

- Difficultés à suivre des consignes.
- Conditions médicales empêchant de réaliser des exercices.

1.3.3 Types d'analyse

C'est une étude quantitative de type longitudinale.

1.4 Présentation de résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

- Nombre de chutes

Le nombre de participants qui ont chuté, a diminué.

Au début de l'étude 47.3 % (n=69) des participants avaient chuté une fois et 52.7 % (n=77) avaient chuté au moins 2 fois. Durant la période de 12 mois de cette étude, 23.1 % (n=24) ont chuté une fois et 27.9 % (n=29) au moins 2 fois. Ces résultats sont statistiquement significatifs avec un $p < 0.001$

- Habiletés d'équilibre

Les habiletés d'équilibre ont été comparées dans le groupe de chutes fréquentes (au moins 2 chutes) et de chutes non fréquentes (1 chute ou moins)

Amélioration significative des habiletés d'équilibre pour les deux groupes de chutes.

- Qualité de vie et efficacité de chute

À la fin de l'étude, les scores de qualité de vie et de l'efficacité de chute avaient augmenté significativement.

➤ Compliance

Il y a eu une bonne compliance pour la plupart de participants (72 % - 79 %).

1.4.2 Conclusions générales

Un programme d'exercices simples d'équilibre réalisés au moins trois fois par semaine, peut améliorer les habiletés d'équilibre et diminuer le taux de chute chez les personnes âgées ayant subi au moins une chute.

1.4.3 Particularités ou l'originalité de leur étude

L'intégration d'un programme structuré d'exercices simples dans la routine de tous les jours afin de prévenir les chutes.

1.5 Éthique

Cette recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique Siriraj, Thaïlande. Chaque participant a signé un consentement éclairé.

2 DEMARCHE INTERPRETATIVE

2.1 Apports de l'article

Cet article fournit des outils concrets (réalisation d'exercices simples pour renforcer l'équilibre) pour promouvoir l'activité physique et prévenir les chutes, tant à travers l'exercice qu'à travers l'encouragement et le soutien.

2.2 Limites

Personnes âgées relativement jeunes (67 ± 8.4) donc meilleur équilibre.

Il n'y a pas de groupe contrôle. Il y a seulement une comparaison entre la pré et post intervention.

Le nombre total de participants suivis, était 104 sur 146 soit 76.2 %. Les participants qui ont abandonné étaient plus âgés que les autres.

L'enregistrement de la compliance est difficile à valider.

2.3 Pistes de réflexion

L'étude montre que les exercices simples d'équilibre réalisés par les personnes âgées ayant eu au moins une chute dans l'année précédente, peuvent diminuer le taux de chute et augmenter significativement les habiletés d'équilibre. Les exercices qui améliorent l'équilibre, devraient être plus utilisés et proposés aux personnes âgées. Ces exercices pourraient être proposés à une population plus large du moment que celle-ci peut les accomplir.

Cette amélioration peut être due à l'encouragement des personnes âgées à être conscientes des chutes et à réaliser les exercices de manière régulière. Le personnel soignant aurait alors un rôle de soutien, d'enseignement et de coaching qui pourrait encourager l'activité physique.

Mettre l'accent sur l'encouragement à la participation régulière, car cela pourrait être une stratégie efficace. Cela devrait être souligné et appliqué parmi les professionnels de la santé.

FALL PREVENTION AND THE VALUE OF EXERCISE SALIENT BELIEFS AMONG SOUTH ASIAN AND WHITE BRITISH OLDER ADULTS

1. DEMARCHE DESCRIPTIVE

1.1 Le contexte de la réalisation et de publication de l'étude

➤ *Identité des auteurs:*

- Maria Horne: Travaille à la Faculté de sciences humaines et médicales à l'Université de Manchester.
- Dawn A. Skelton: Professeur de vieillissement et santé à l'Université Calédonienne de Glasgow au Royaume-Uni. Elle se spécialise dans la recherche et promotion de la santé en lien avec l'exercice et les personnes âgées (Later Life Training, 2016, traduction libre).
- Shaun Speed: Superviseur en recherche infirmière et chargé d'enseignement à la Faculté de de science humaine et médicale à l'Université de Manchester au Royaume-Uni (The University of Manchester, 2016a, traduction libre).
- Chris Todd: Professeur de soins primaires et santé communautaire à l'école d'infirmières de l'Université de Manchester (The University of Manchester, 2016b, traduction libre).

➤ *Nom et type de revue:*

La «Clinical Nursing Research» est une revue trimestrielle qui aborde les questions de la recherche clinique qui sont significatives pour la pratique infirmière. Elle fournit un forum international pour encourager la discussion entre les praticiens cliniques dans le but d'améliorer la pratique clinique en identifiant les applications cliniques potentielles de la dernière recherche scientifique, et pour diffuser les résultats de la recherche qui ont un intérêt particulier pour la pratique infirmière (SAGE Publications, 2016, traduction libre).

➤ *Lieu de l'étude:*

L'étude a été faite dans des communautés au nord-ouest de l'Angleterre.

➤ *Objectifs pratiques:*

La compréhension des croyances en lien avec l'activité physique et les chutes, permettra aux professionnels de la santé de promouvoir l'exercice de manière plus efficace.

1.2 Objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche

Explorer les croyances des personnes âgées vivant en Angleterre, concernant les chutes et l'exercice comme le moyen prévention.

1.2.2 Question de recherche:

Quelles sont les croyances de deux populations (Britanniques blancs et Asiatiques du sud) de personnes âgées vivant en Angleterre, concernant les chutes et l'exercice comme le moyen de prévention.

1.2.3 Hypothèse de travail:

Elle n'est pas nommée en tant que telle, mais peut être déduite: Une meilleure compréhension des croyances concernant les chutes et l'exercice physique peut favoriser l'adhérence à l'exercice et de meilleures stratégies des préventions de chutes.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche:

Le cadre théorique évoqué dans cet article est la théorie de comportements planifiés. Cette théorie soutient que les croyances sont très importantes dans la formation de l'intention pour changer les comportements en lien avec la santé.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisées:

Les principaux concepts sont les 6 différents types de croyances comportementales définies dans les pages 99 à 103 de l'article.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données

Pour récolter les données, des groupes focus et des entretiens individuels ont été mis en place.

Les groupes focus étaient constitués d'un nombre variable de participants (3 à 12 participants) et d'une durée d'une à deux heures. Tandis que les entretiens individuels ont duré de 30 à 90 minutes.

1.3.2 Population de l'étude

Les participants ont été identifiés par une observation de terrain dans trois zones du nord-ouest de l'Angleterre. Ils ont été échantillonnés délibérément dans le groupe focus et dans les entretiens individuels pour maximiser la variation de l'échantillon (des expériences différentes dans l'exercice, l'ethnicité et le genre) ainsi que pour acquérir une large plage d'attitudes et croyances concernant les chutes et les préventions à travers l'exercice.

Critères d'inclusion:

- Personnes âgées entre 60 et 70 ans.
- Britanniques blancs et asiatiques du Sud vivant dans la communauté.

1.3.3 Types d'analyse

C'est une étude qualitative de type phénoménologique.

1.4 Présentation de résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

Cette étude identifie 6 croyances comportementales qui influencent la motivation pour changer un comportement de prévention des chutes à travers l'exercice.

Les résultats sont présentés de manière narrative à travers des citations et des explications respectives, analysées et mises en lien avec les différents types de croyances.

Croyances comportementales

- **Croyance proactive:** L'ensemble de cognitions concernant l'adoption de comportements de protection de la santé comme une mesure préventive.

La croyance dominante est que l'exercice offre de réels et de potentiels bénéfiques pour la santé de la personne âgée. «*Avec l'exercice, tu obtiens beaucoup de bénéfiques...*»

La principale motivation des deux groupes à utiliser l'exercice comme moyen de prévention était: «prévenir ce qui pourrait arriver» et pas forcément pour la prévention des chutes. De manière générale les deux groupes considèrent que l'exercice est une

mesure de prévention nécessaire à partir du moment où la faiblesse physique commence à se manifester. Seuls quelques participants font le lien entre une activité physique régulière qui renforce l'équilibre, la force, la coordination et la prévention de chutes.

L'exercice a été rarement mentionné comme mesure préventive.

- **Croyances de modération:** C'est l'ensemble de cognitions concernant l'adoption de comportement non-extrême.

Dans cette partie, certaines personnes âgées pensent que le fait d'être plus prudentes et attentives, est une stratégie appropriée (surtout après avoir subi une blessure) pour prévenir la survenue d'une chute: «*Depuis que je me suis cassé le bras, je suis devenu plus prudent... j'ai même acheté des chaussures plus appropriées...*»

Ceux qui n'ont jamais chuté, ne reconnaissent pas le risque de chutes. «*...S'il fait froid, je ne vais pas penser: je vais glisser*»

La croyance la plus dominante, est une fois encore, la nécessité d'être prudent pendant l'activité, mais pas l'exercice pour prévenir les chutes.

- **Croyances réactives:** l'ensemble de cognitions qui ont motivé une intention de réaliser de l'exercice après avoir chuté.

Ces croyances ont été évidentes chez les personnes qui disent agir pour prévenir une chute seulement après avoir chuté: «*Si je chute, je ferai de l'exercice*», «*Je ne sens pas le besoin de faire de l'exercice, car je n'ai pas chuté*».

D'autres participants seraient encouragés à réaliser de l'exercice pour prévenir les chutes, après avoir perçu une perte de la force physique. Pourtant malgré l'existence d'exercices spécifiques pour la prévention des chutes, ils seraient plutôt prêts à réaliser d'autres exercices dans lesquels ils se sentiraient plus confortables, par exemple: marcher. «*Si tu n'as pas de force, tu as besoin des exercices pour prévenir les chutes, mais je suis prête à marcher pour m'aider à prévenir les chutes*»

Le fait d'avoir de croyances réactives, ne semble pas aider les personnes âgées à reconnaître leur risque potentiel de chute.

- **Croyances adaptatives:** Ce sont tous les choix personnels pour atteindre des objectifs et s'adapter aux circonstances changeantes.

Les personnes ayant une histoire de chute, ont des croyances plus positives concernant l'utilité de l'exercice pour prévenir les chutes. Ces croyances semblent provenir de la peur de tomber, mais elles les empêchent aussi de faire de l'exercice. «*Le fait de tomber m'a fait tellement peur que cela m'empêche de faire de l'exercice car je pense que je pourrais rechuter*». Ces personnes considèrent qu'en évitant toute activité qui pourrait être la cause d'une chute, elles adoptent une stratégie appropriée pour prévenir les futures chutes.

- **Croyances mécanistes:** Ensemble de croyances concernant le fonctionnement mécanique du corps. Cela implique que les causes physiques sont à l'origine d'un fonctionnement physique pauvre. Les participants considèrent que l'équilibre, la coordination et la force musculaire sont des problèmes très importants dans la prévention des chutes. «*Si tu as de l'équilibre et de la coordination, tu ne chutes pas*».

L'adoption de croyances mécanistes, facilite l'établissement du lien entre l'équilibre, la coordination, la force musculaire et les chutes. Malgré ce lien, le manque de

connaissance et de compréhension des bénéfices de l'exercice pour la prévention de chute, fait que les mesures préventives ne sont pas entreprises.

- **Croyances fatalistes:** C'est l'ensemble de cognitions concernant l'inévitabilité et le fait de n'avoir aucun contrôle sur les événements de la vie.

Les chutes sont une conséquence naturelle de l'âge. *«Tu as besoin de maintenir l'habilité physique, mais parfois ça va au-delà. Ton corps est faible...»*. Certains participants croient que les chutes ne peuvent pas être contrôlées, *«...Si tu chutes, tu chutes»*.

Pour certains, ces croyances fatalistes amènent une acceptation de ce qui est inévitable. Les personnes âgées peuvent croire qu'elles ont peu de contrôle sur les chutes, donc elles ne trouvent pas de sens à la prévention.

Certains aînés ont exprimé de l'intérêt pour la prévention des chutes, mais cela ne fut pas la norme.

La plupart ne sont pas motivés pour faire de l'exercice seulement pour prévenir les chutes, *«C'est déprimant de penser qu'on va chuter, on ne pense pas dans le futur»*. Cette idée n'a pas beaucoup de sens pour eux.

1.4.2 Conclusions générales

Cette étude suggère que les stratégies de promotion de santé doivent se concentrer sur l'élaboration des croyances concernant l'aspect positif général de l'activité dans la vie future, telle que le bien-être et la socialisation. C'est une stratégie plus appropriée pour augmenter les niveaux d'activité physique parmi les personnes âgées dans le but de prévenir les futurs risques de chutes. Ce sont des raisons plus acceptables pour entreprendre et maintenir une activité.

Comprendre les différentes croyances à propos de l'exercice peut aider les professionnels de la santé à développer une discussion plus holistique et centrée sur la personne, concernant les mesures de prévention et le défi des croyances préconçues sur l'exercice et les chutes. Cela permettrait aussi d'autres idées: la conscience ou non, les croyances culturelles et les anxiétés des personnes âgées.

1.4.3 Particularités ou l'originalité de leur étude

La particularité de cette recherche est en lien avec le type d'étude. Ecouter les réponses des personnes âgées pour comprendre leurs croyances ainsi que les possibles obstacles qui les empêchent de réaliser l'activité physique comme prévention de chute.

1.5 Éthique

L'approbation éthique a été obtenue auprès de la commission locale de recherches éthiques. Un contrat d'honneur avec deux associations «primary care trust⁴» est aussi obtenu.

Les participants ont collaboré avec cette étude de manière volontaire.

⁴ Organisation légalement établie au Royaume-Uni dont le but est de développer des services de santé pour une communauté particulière.

2 DEMARCHE INTERPRETATIVE

2.1 Apports de l'article

L'exploration des croyances apportées par cet article nous permet d'avoir une meilleure compréhension de ce que les personnes âgées pensent des chutes et de la prévention à travers l'exercice. Grâce à cette compréhension, nous pourrions encourager plus efficacement les personnes âgées à initier et maintenir une activité physique régulière.

2.2 Limites

Les auteurs n'abordent pas les limites de leurs recherches.

L'étude ne considère pas les personnes âgées de plus de 70 ans, mais celles qui se considèrent plutôt jeunes. Les résultats ne peuvent pas donc être généralisés.

Les critères d'inclusion devraient être nommés plus explicitement.

2.3 Pistes de réflexion

Faire de l'exercice seulement pour prévenir les chutes, ne motive pas la plupart des participants. De manière générale, les deux groupes ne considèrent pas les chutes futures comme des problèmes sérieux de santé. Est-ce un manque d'information concernant les vrais risques et les conséquences de chutes? Où est-ce un manque d'intérêt de la part des participants?

Les croyances mécanistiques pourraient faciliter le lien entre l'équilibre, la coordination, la force musculaire et la chute. Pourtant les participants semblent montrer un manque de conscience et de connaissance à propos de l'exercice comme mesure préventive de chutes. Cela suggère qu'une fois que l'équilibre, la coordination, la force musculaire sont rétablies, l'exercice n'est plus nécessaire. Ce pourquoi, il serait nécessaire que les professionnels de la santé sensibilisent les personnes âgées sur l'importance d'une activité physique régulière pour prévenir les chutes.

Un petit nombre de personnes qui ont déjà chuté, rapportent que la peur de tomber est un obstacle pour s'engager dans une activité physique. Est-ce que le fait de traiter la peur, en même temps que la réalisation d'exercices pour renforcer l'équilibre, pourrait être doublement bénéfique pour eux? Quel type de prévention de chute serait efficace pour renforcer la confiance et diminuer la peur?

Il y a peu de différences entre les deux groupes. Les croyances fatalistes apparaissent d'abord chez les asiatiques, mais pas exclusivement. Ces idées sont des barrières pour le changement de comportement. Donc la promotion de santé, les conseils et l'information pourraient contrecarrer ces croyances de prédestination. C'est un nouvel apport, donc plus d'exploration sont nécessaires.

THINKING AND ACTING IN A NEW WAY: INFLUENCES OF A FALLS-PREVENTION PROGRAM ON PARTICIPANTS' EVERYDAY LIFE

1. DEMARCHE DESCRIPTIVE

1.1 Le contexte de la réalisation et de publication de l'étude

➤ *Identité des auteurs:*

- Erika Johansson: Ergothérapeute et candidate au doctorat à l'institut Karolinska en Suède.
- Hans Jonsson: Ergothérapeute et un professeur associé à l'institut Karolinska en Suède.

➤ *Nom et type de revue:*

La revue «Physical & Occupational Therapy In Geriatrics» est publiée quatre fois par année. Elle existe depuis 1981. La revue est reconnue pour son équilibre entre des articles de recherche et des articles sur la pratique clinique (Taylor & Francis Group, 2016, traduction libre).

➤ *Lieu de l'étude:*

L'étude a été réalisée en Suède, précisément à Stockholm où le programme «Active lifestyle all your life» a été implanté dans neuf centres de soin.

➤ *Objectifs pratiques:*

Comprendre comment le programme «Active lifestyle all your life» influence les participants.

1.2 Objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche:

L'étude a pour but d'explorer et de comprendre de quelle manière les participants du programme sont influencés par la narration de la vie quotidienne des autres participants.

1.2.2 Question de recherche:

Comment les participants du programme sont influencés par le récit de vie des autres participants?

1.2.3 Hypothèse de travail:

L'objectif du programme «Active lifestyle all your life» est un programme multidisciplinaire basé sur le mode de vie qui a pour but de diminuer les chutes et d'accroître l'engagement dans des occupations valorisées.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche:

L'étude a utilisé la théorie d'auto-efficacité de Bandura, mais aussi l'apprentissage par les pairs, où les gens apprennent les uns des autres dans une communauté sociale.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisées:

L'aspect fondamental du programme est que l'apprentissage ne doit pas avoir une approche paternaliste. Les participants sont considérés comme experts de leur propre vie et l'engagement actif dans les discussions est extrêmement important.

Le groupe facilite l'engagement dans les discussions, les exercices ainsi que dans les devoirs qui doivent être faits à domicile par les participants.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données

Pour la récolte de données, les questions qui ont été utilisées pendant les interviews, viennent d'un guide fondé sur l'objectif de l'étude de Kvale & Brinkmann. De plus, toutes les interviews ont été enregistrées parallèlement aux notes prises par le premier auteur. La première partie des interviews étaient identique pour chaque participant, la seconde partie différait. Les enregistrements de la seconde partie ont été réécoutés pour formuler des questions plus pertinentes pour les interviews suivantes.

Pour chaque histoire de participant, une analyse individuelle sous forme de thématique, décrite par Polkinghorne et Reissman, a été effectuée.

1.3.2 Population de l'étude

Pour cette étude, les participants devaient être âgés de 65 ans et plus, avoir une expérience de chute ou avoir peur de tomber et surtout faire partie d'un des neuf centres de santé dans lequel le programme «Active lifestyle all your life» a été implanté. Cependant, les personnes ayant une fracture de la hanche en stade aiguë, des problèmes pour parler le suédois, ayant des troubles cognitifs ou ne pouvant pas se comporter correctement dans un groupe, ont été exclues de l'étude.

Ensuite, six participants ont été choisis par le premier auteur, choix basé sur le maximum de variations d'âge, de situation de vie et d'éducation.

1.3.3 Types d'analyse

Il s'agit d'une étude qualitative de type phénoménologique, qui s'est déroulée sur neuf mois avec 12 rencontres à domicile. Les rencontres au centre de santé, se sont déroulées deux fois par mois pendant la durée de l'étude.

1.4 Présentation de résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

- **La prise de conscience influencée par le faire:** Grâce à l'approche basée sur le programme, les personnes ont été mieux sensibilisées à la connaissance qui mène à un changement dans la vie quotidienne, ils peuvent rester actifs sans avoir peur de tomber. Cela a rassuré beaucoup des participants. Au niveau des activités, les personnes âgées ont pu s'entraîner à se lever du sol et à simuler des chutes. Ces exercices ont permis aux participants d'avoir un peu plus de connaissances et de se sentir efficaces.
- **La sensibilisation influencée par la reconnaissance de l'environnement:** Les participants sont devenus de plus en plus conscients de leurs environnements et des objets qui peuvent provoquer des chutes. Le programme a eu un impact sur les changements dans leurs environnements de lieux de vie. Par exemple: utiliser une lampe pour la nuit, laisser la lumière dans la salle de bain. Ces changements ont rassuré les participants qui se sont mobilisés davantage. Ces changements ont été discutés lors de la visite d'un professionnel au domicile des participants.
- **L'augmentation de nouvelles habitudes:** Les participants ont décrit comment le programme a eu un impact sur l'établissement de nouvelles habitudes et sur l'augmentation de leur conscience. Au début, les changements étaient seulement limités à un moment ou isolés. Mais avec les temps, de nouvelles habitudes ont été prises et

sont devenues des changements automatiques dans l'activité. Par exemple, l'entraînement de l'équilibre est devenu une habitude.

- **Le groupe comme pré-requis et amplificateur pour la prise de conscience:** Les participants ont décrit quels changements dans la vie quotidienne sont plus faciles s'ils ont été débattus lors des discussions de groupe (plus de perspectives sont vues). Entendre et apprendre des autres a été une bonne stratégie pour eux. La manière de penser de certains participants a changé. La dynamique de groupe est importante pour pouvoir exposer des choses ensemble, il faut que l'environnement soit sûr et moins compétitif, les participants doivent se connaître. Le groupe a été une motivation pour la réalisation d'exercices, les participants étaient fiers d'avoir été jusqu'au bout. Les participants rencontrant des problèmes d'audition ont été en difficulté.

1.4.2 Conclusions générales

Du fait du manque de place dans l'article, l'intégralité des interviews n'a pas pu être donnée, les auteurs se sont limités à 3 résumés de participants dont les informations étaient significatives au niveau de l'influence du programme sur les personnes âgées. Dans la plupart des histoires, un déclin physique dû à l'âge se produit et la personne âgée a dû s'y adapter. Elle a dû l'accepter et modifier son organisation. Les attentes du programme étaient diverses pour chaque participant.

1.4.3 Particularités ou l'originalité de leur étude

Dans cette étude, nous avons de petits morceaux d'histoires de trois des huit participants à cette étude. Ces extraits nous permettent de voir ce qu'ils pensent et en quoi le programme les a aidés.

1.5 Éthique

L'approbation éthique a été obtenue par le comité d'éthique régional de Stockholm.

2 DEMARCHE INTERPRETATIVE

2.1 Apports de l'article

On peut voir que pour la plupart des participants, le groupe a été bénéfique pour faire des changements. Cependant, il faut qu'il y ait une bonne dynamique de groupe. On peut donc penser que proposer un programme groupal pour certaines personnes, peut être bénéfique.

2.2 Limites

Les auteurs ne présentent que trois parties d'histoire de trois participants à cause d'un manque de place dans l'article. Il est possible qu'ils aient mis uniquement ces parties pour répondre à leurs questions de recherche et que d'autres n'y répondant pas ait été supprimés volontairement.

De plus, comme il n'y avait qu'un auteur, celui-ci a pu poser des questions prédéterminées pour amener la réponse qu'il voulait.

Le choix des participants s'est fait uniquement sur deux des neuf centres de santé dans lesquels le programme a été introduit et ce n'est qu'un auteur qui a choisi les participants. Il se peut donc que la population ne soit pas représentative de la population réelle.

2.3 Pistes de réflexion

L'étude nous montre que le groupe peut être bénéfique pour des changements de comportements. Pour la majorité des participants, le groupe a été une ressource, mais ils n'ont

pas forcément eu de nouvelles connaissances. Cependant, ils ont pu voir ces informations sous la perspective des autres participants.

Le groupe a eu un effet motivateur pour les participants parce qu'ils voulaient tous pouvoir dire qu'ils ont réalisé les exercices. Pour cela, il faut que la dynamique de groupe soit bonne et que les participants n'aient pas de problème important d'ouïe ou de confiance en soi.

DOES A FUNCTIONAL ACTIVITY PROGRAMME IMPROVE FUNCTION, QUALITY OF LIFE, AND FALLS FOR RESIDENTS IN LONG TERM CARE? CLUSTER RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

1. DEMARCHE DESCRIPTIVE

1.1 Le contexte de la réalisation et de publication de l'étude

➤ *Identité des auteurs:*

- Ngaire Kerse: Professeur dans le département de médecine générale et de santé primaire, école de la santé de la population à l'Université d'Auckland.
- Kathy Peri: Chercheuse à l'Université d'Auckland, dans l'école des soins infirmiers.
- Elizabeth Robinson: Biostatisticienne dans le département d'épidémiologie et de biostatistiques, à l'école de santé de la population à l'Université d'Auckland.
- Tim Wilkinson: Professeur de médecine gériatrique dans les soins à la santé des personnes âgées à l'université d'Otago, Christchurch en Nouvelle-Zélande.
- Martin von Randow: Statisticien, dans le département de sociologie à l'Université d'Auckland.
- Liz Kiata: Chercheuse dans le département de médecine générale et de santé primaire, école de la santé de la population à l'Université d'Auckland.
- John Parsons: Chercheur à l'Université d'Auckland, dans l'école des soins infirmiers.
- Nancy Latham: Chercheuse senior dans l'unité de santé et recherche sur le handicap à l'Université de Boston, dans l'école de santé publique, Massachusetts, USA.
- Matthew Parsons: Maître de conférences à l'Université d'Auckland, dans l'école des soins infirmiers.
- Jane Willingale: Chercheuse dans le système de santé, à l'école de santé de la population à l'Université d'Auckland.
- Paul Brown: Professeur dans le système de santé, à l'école de santé de la population à l'Université d'Auckland.
- Bruce Arroll: Professeur de médecine générale et dans la santé primaire dans le département de médecine générale et de santé primaire, école de la santé de la population à l'Université d'Auckland.

➤ *Nom et type de revue:*

L'article a été publié dans le British Medical Journal (BMJ). Ce journal publie des articles de haute qualité, qui servent à la communauté médicale et scientifique à travers les éditions de médecine spécialisée (BMJ, 2016a, traduction libre).

➤ *Lieu de l'étude:*

L'étude a été réalisée dans deux villes de Nouvelle-Zélande dans 41 EMS.

➤ *Objectifs pratiques:*

L'objectif de cette étude est de trouver un moyen pour améliorer l'activité physique chez les personnes vivant en EMS.

1.2 Objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche:

L'étude a pour but d'évaluer l'efficacité d'un programme d'activité pour améliorer la fonction, la qualité de vie et la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant dans un des EMS.

1.2.2 Question de recherche:

Quelle est l'efficacité d'un programme d'activité physique pour améliorer la fonction, la qualité de vie et la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant en EMS?

1.2.3 Hypothèse de travail:

Si une intervention est basée sur les activités qui ont un sens pour la personne, cela peut être efficace pour améliorer la qualité de vie, la fonction et la prévention des chutes pour les personnes âgées vivant en EMS.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche:

L'article ne fait pas référence d'un cadre théorique.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisées:

Pour qu'un programme soit efficace, il faut que celui-ci soit sûr.

Des études ont suggéré que l'amélioration de la fonction et de la mobilité chez la personne âgée fragile, diminue le risque de chutes et de blessures.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données

Pour la récolte des données, ce sont des infirmières indépendantes qui ont utilisé des techniques standard pour collecter les données démographiques, les informations de santé et l'utilisation de médicaments dans les dossiers médicaux et infirmiers. Le statut socio-économique a été estimé en utilisant l'occupation principale du participants ou de son partenaire.

Les échelles suivantes ont été utilisées pour l'étude:

- Hodgkinson's abbreviated mental test: Permet d'établir les fonctions cognitives.
- The late life function and disability instrument: Permet de mesurer la fonction autorapportée.
- The timed up and go: Le temps pris pour se lever de la chaise, de marcher sur une distance de 3 mètres, se tourner, retourner à la chaise et se rasseoir.
- The elderly mobility scale: Il s'agit d'un test à 20 points pour évaluer la mobilité chez le sujet âgé fragile.
- FICSIT-4 balance test
- The EuroQol instrument: Une échelle qui mesure la santé.
- The life satisfaction index: Cet index couvre la satisfaction et le sentiment de bien-être chez le sujet âgé pour identifier un vieillissement réussi.
- The Geriatric Depression scale: Permet de détecter et d'évaluer la sévérité de la dépression chez le sujet âgé.
- The Modified fear of falling scale: Cette échelle permet d'évaluer 14 activités, activités extérieures incluses, pour la prévention des chutes.

Pour mesurer les chutes et l'admission à l'hôpital des résidents, les dossiers médico-infirmiers et la feuille de décharge des hôpitaux publics de Nouvelle-Zélande, ont été consultés.

De plus, des effets indésirables ont été constatés: la douleur musculaire, la fatigue et les douleurs généralisées.

Randomisation des EMS:

Pour randomiser aveuglément les EMS, une personne non incluse dans le recrutement de celle-ci, a utilisé un ordinateur pour générer des nombres au hasard. Elle a été faite par EMS, pour éviter que les collaborateurs contaminent les différents groupes. De plus, pour éviter la contamination, tout le matériel utilisé a été enlevé de la chambre des résidents après utilisation.

1.3.2 Population de l'étude

Pour participer à cette étude, le Ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande a donné une liste de tous les EMS dans les deux villes choisies. Les EMS exclus pour cette étude sont ceux qui délivrent uniquement des soins palliatifs.

Les critères d'inclusion:

- Personnes âgées de 65 ans et plus
- Capable d'engager une conversation sur des objectifs/buts, de se les rappeler et de participer à un programme pour les atteindre.

Les critères d'exclusions:

- Personnes âgées incapables de communiquer
- Incapables de compléter les mesures pour l'étude
- Avoir comme diagnostic principal l'anxiété
- Ne pas être bien pendant la période de recrutement
- Être en phase terminale

1.3.3 Types d'analyse

Il s'agit d'une étude quantitative de type randomisée contrôlée par grappe. Les recrutements ont été effectués pendant les mois de février et de novembre 2004 et un suivi de 12 mois a été effectué pour chaque participant.

1.4 Présentation de résultats

41 des 42 EMS ont participé à l'étude, 83 % des participants éligibles y ont participé, 330 personnes dans le groupe d'activité physique et 352 dans le groupe social. Le personnel soignant était similaire pour les infirmières et pour le personnel assistant donneur de soins et le taux de recrutement était similaire. Tous les EMS ont complété l'étude.

Dans 7 des 41 EMS, le personnel ou le résident a révélé à l'évaluateur le groupe d'appartenance. Cela a potentiellement affecté les mesures de 56 participants dans le groupe de l'activité et 41 participants du groupe social.

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

- **Dépression:** Il n'y a pas de lien entre la dépression, la qualité de vie et les chutes pour le groupe contrôle et intervention.
- **Cognition et la fonction globale:** Il y a une différence significative entre la cognition et la fonction globale. Celle-ci se détériore moins rapidement pour les résidents ayant une cognition normale.
- **Peur de tomber:** N'a pas été analysée, car 40 % des résidents ne pouvaient pas donner des chiffres au sujet de leur peur.
- **Atteinte de l'objectif:** Les résidents ayant atteint leur objectif ne sont pas susceptibles d'améliorer la fonction globale.

- **Adhérence au programme:** La compliance au programme a été faible, l'adhérence n'est donc pas certaine. La liste des sessions d'activité a été remplie moins de la moitié du temps et les interventions infirmières ont été généralement faites les trois premiers mois de l'étude et étaient complétées uniquement pour 2/3 des résidents du groupe. Les infirmières ont rapporté que 44 % des résidents du groupe de l'intervention faisaient partiellement ou pas les exercices.

1.4.2 Conclusions générales

Un programme d'activité basé sur l'activité de la vie quotidienne ciblée sur un objectif significatif pour le résident, n'a pas aidé à la préservation de la fonction physique.

Une faible compliance à l'activité recommandée était probable.

Pour réussir une telle intervention, il faudrait avoir une intensité d'activité plus grande et plus de renforcement sur le personnel soignant, parce que ce sont eux qui aident les résidents.

1.4.3 Particularités ou l'originalité de leur étude

Cette étude essaye de trouver comment améliorer l'activité physique chez les personnes habitants dans des EMS qui n'ont pas encore été identifiées.

1.5 Éthique

Le Comité d'éthique d'Auckland, qui se nomme maintenant, le Comité d'Éthique multirégional a approuvé l'étude en 2004.

2 DEMARCHE INTERPRETATIVE

2.1 Apports de l'article

Un programme d'activités basé sur l'activité de la vie quotidienne ciblée sur un objectif significatif pour le résident, n'a pas aidé à la préservation de la fonction physique.

Pour les personnes ayant des facultés cognitives altérées, cette intervention n'aide pas et augmente les symptômes dépressifs. Il est donc important de bien connaître le résident pour lui proposer une intervention.

2.2 Limites

Révélation de 41 participants du groupe social et 56 participants du groupe d'activité.

Pas de chiffre réel sur la compliance au programme. Il peut donc y avoir un biais dans les résultats puisque les listes d'exercices n'ont pas été remplies correctement par le personnel soignant.

2.3 Pistes de réflexion

Grâce à cet article, on peut voir qu'un programme basé sur un objectif significatif pour la personne, n'aide pas forcément pour la préservation de la fonction physique. De plus, cela montre que les résidents doivent avoir une bonne faculté cognitive pour pouvoir déterminer l'objectif qui leur est significatif.

Il faut davantage sensibiliser le personnel soignant à l'utilité des études sur les chutes des personnes âgées. Leur adhésion et leur participation active sont nécessaires pour avoir des données concrètes et fiables débouchant sur des interventions pour l'amélioration de la qualité de vie. Les activités physiques basées sur la vie quotidienne devraient augmenter en intensité pour avoir un effet significatif pour le résident.

PERSPECTIVES AND EXPERIENCES RELATED TO PHYSICAL ACTIVITY OF ELDERS IN LONG-TERM-CARE SETTINGS

1. DEMARCHE DESCRIPTIVE

1.1 Le contexte de la réalisation et de publication de l'étude

➤ *Identité des auteurs:*

- Lorraine J. Phillips: Professeure associée à l'école d'infirmiers de Sinclair à l'Université du Missouri, Columbia (Sinclair School of Nursing, 2015, traduction libre).
- Marcia Flesner: Professeur et éducatrice clinique à l'école d'infirmiers de Sinclair à l'Université du Missouri, Columbia (Sinclair School of Nursing, 2015, traduction libre).

➤ *Nom et type de revue:*

Le «journal of aging and physical activity» est une revue pluridisciplinaire qui examine la relation dynamique entre l'activité physique et le processus de vieillissement (Researchgate.net, 2016, traduction libre).

➤ *Lieu de l'étude:*

L'étude a été effectuée au sein des 6 institutions de soins à long terme dans l'état du Missouri aux Etats-Unis.

➤ *Objectifs pratiques:*

L'identification des facteurs influençant l'activité physique chez les personnes âgées permettra au personnel soignant de remettre en question les programmes d'exercices des institutions et de créer des interventions plus adaptées et basées sur des données probantes.

1.2 Objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche

Investiguer les facteurs influençant l'activité physique chez les personnes âgées vivant dans des établissements de soins à long terme.

1.2.2 Question de recherche:

Quels facteurs influencent les personnes âgées à initier et maintenir une activité physique?

1.2.3 Hypothèse de travail:

Elle n'est pas nommée en tant que telle, mais peut être déduite: La compréhension des facteurs influençant les comportements de l'activité physique, permettrait de créer des interventions physiques efficaces.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche:

Le cadre théorique utilisé est le modèle de promotion de la santé de Nola Pender.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisées:

Les principales notions utilisées sont la signification de rester actif, les obstacles à l'activité physique et l'importance d'encourager et de soutenir l'activité physique chez les personnes âgées.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données

Les auteures ont choisi d'utiliser les focus groupes plutôt que l'entretien individuel, car cette méthode est plus efficace pour générer une grande quantité d'informations et de multiples perspectives d'un domaine d'intérêt. Dans cet article, les groupes focus ont permis d'identifier les opinions et les expériences concernant l'activité physique.

Les petits groupes ont été interviewés dans un environnement non menaçant avec des participants provenant de contextes similaires.

1.3.2 Population de l'étude

Les institutions participantes ont été sélectionnées par hasard parmi toutes celles qui sont enregistrées dans le département du Missouri. Parmi les 25 institutions choisies, 7 ont accepté de participer et une a été exclue à cause des troubles cognitifs des résidents.

Critères d'exclusion des institutions:

- Maladies mentales sévères.
- Refus de participer.
- Processus de fermeture de l'institution.
- Nombre inadéquat de résidents intéressés.

Critères d'inclusion du participant:

- Parler anglais.
- Être âgée de 60 ans ou plus.
- Troubles cognitifs minimaux ou absents.

Une lettre d'invitation a été adressée aux directeurs des institutions afin de recruter entre 5 à 8 résidents remplissant ces critères d'inclusion.

1.3.3 Types d'analyse

C'est une étude qualitative de type phénoménologique.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

6 thèmes émergent de l'analyse des réponses des participants

- **Rester actif:** Pour la plupart des participants, rester actif veut dire marcher, réaliser des exercices à l'aide d'une chaise et d'utiliser occasionnellement des équipements tels que le vélo d'appartement. Selon certains participants, la marche est considérée comme le meilleur exercice car elle ne demande pas d'équipement.
- **Expériences passées d'activité physique:** Dans le passé, certains participants avaient utilisé l'activité physique de différentes manières. Par exemple comme moyen de transport, comme partie du travail, comme loisir ou comme partie d'un traitement.
- **Valeur de l'activité physique:** La plupart des participants considèrent que l'activité physique améliore la fonction physique et le bien-être. Certains pensent que les exercices favorisent aussi la socialisation. D'autres soulignent que cette valeur pourrait être influencée par le soutien et les partenaires d'exercices.
- **Obstacles à l'activité physique:** Malgré la connaissance de l'importance de l'exercice, des nombreux obstacles ont été identifiés.

Facteurs individuels: L'ennui, la paresse, des problèmes de santé. Ces problèmes empêchent les personnes de marcher seules ou d'utiliser des équipements.

Facteur situationnel: il n'y a pas d'espace à l'intérieur des institutions pour les activités physiques, il existe des difficultés d'accès, des contraintes horaires ou le mauvais temps empêche aussi de sortir.

- **Stratégies pour faciliter l'activité physique**: Les participants mentionnent des stratégies telles que planifier l'exercice dans la routine journalière, des rappels pour l'exercice, un accompagnement pour aller marcher ou utilisation des escaliers à la place de l'ascenseur.
- **Soutien nécessaire pour promouvoir l'activité physique**: Certains participants identifient le besoin de soutien pour être plus actif physiquement, d'un programme individualisé d'exercices à la maison ou des séances d'exercices supervisées par un leader encourageant.

1.4.2 Conclusions générales

Les auteurs font des recommandations dans les deux derniers paragraphes de l'article. L'étude suggère que les institutions de santé offrent des programmes quotidiens d'exercices, maximisent l'utilisation de ressources et de personnels disponibles. Les directeurs devraient soutenir les interventions basées sur des données probantes.

1.4.3 Particularités ou l'originalité de leur étude

La particularité dans cette étude est le fait de laisser les personnes parler de leurs expériences concernant l'activité physique et de comprendre comment cela peut influencer leurs comportements.

1.5 Éthique

Le consentement des participants a été vérifié à chaque début de groupe focus.

2. DEMARCHE INTERPRETATIVE

2.1 Apports de l'article

Cette recherche nous a permis d'identifier plusieurs facteurs qui influencent l'activité physique ainsi que de potentielles solutions pour l'améliorer. Par exemple, en identifiant certains obstacles (manque de personnel, mauvais temps, programme d'exercices inadéquat ou difficile à réaliser).

Il nous a permis aussi de comprendre que les participants avaient un besoin réel de soutien pour promouvoir l'activité physique (leur proposer différents programmes, une équipe disponible pour encourager et accompagner ou des ressources de l'environnement).

2.2 Limites

Les auteures abordent les limites de leur recherche.

Le manque de diversité ethnique et raciale parmi les participants, malgré le fait que la population soit représentative de l'aire centrale de l'état du Missouri.

Les institutions impliquées sont localisées dans le centre du Missouri, lieu composé de communautés rurales et de petites villes. Dans cet endroit il n'y a pas beaucoup de ressources favorisant l'activité physique car elles se trouvent surtout dans les aires métropolitaines.

Dans cette étude il y a eu peu de participants masculins.

L'activité physique intéressait les participants et plusieurs d'entre eux avaient déjà un mode de vie physiquement actif.

Les constatations de cette étude ne peuvent pas s'appliquer à des personnes âgées provenant de contextes culturels variables, vivant dans des zones urbaines ou physiquement inactives.

2.3 Pistes de réflexion

Avec l'augmentation de la population âgée, des efforts devraient être faits pour maintenir les personnes âgées des résidences, physiquement actives et fonctionnellement capables.

Le personnel soignant doit identifier les facteurs qui influencent les personnes âgées à initier et à maintenir une activité physique puisque dans les institutions de santé, on promeut surtout l'inactivité

Peu de recherches sur les facilitateurs et les obstacles sont disponibles actuellement.

Si le personnel soignant encourage les résidents à la mobilisation, il pourrait y avoir une amélioration de l'activité physique.

Pour créer des interventions physiques efficaces, il est important de comprendre quels facteurs influencent les comportements de l'activité physique.

La camaraderie lors de séances d'exercices est considérée comme un point fort de l'activité physique et promeut la participation. Cela nous permettrait de favoriser des programmes groupaux en fonction de préférences des individus.

La force musculaire chez la personne âgée de plus de 70 ans diminue de 3 % (sédentaire). Cette diminution contribue aux problèmes d'équilibre qui augmentent significativement le risque de chutes chez les personnes âgées. Une méta-analyse suggère que l'exercice peut diminuer de 17 % le taux de chute chez les personnes âgées. Sur cette base, les exercices de force et d'équilibre devraient être un composant principal du programme d'activité physique.

MOTIVATORS FOR PHYSICAL ACTIVITY AMONG AMBULATORY NURSING HOME OLDER RESIDENTS

1. DEMARCHE DESCRIPTIVE

1.1 Le contexte de la réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs:

- Yuh-Min Chen: Travaille dans le département des soins infirmiers à l'université de médecine de Taiwan en Chine.
- Yueh-Ping Li: Travaille au département des soins infirmiers au Collège de Médecine et des sciences de la vie et à l'université de Chung Hwa des technologies médicales.

➤ *Nom et type de revue:*

The Scientific World Journal est une peer- reviewed que l'on appelle en français un comité de lecture. Cette revue couvre différents sujets tels que la science, la technologie et la médecine en Open Access (modèle d'édition qui permet au monde entier un accès immédiat, à l'intégralité des articles de recherche sans avoir besoin d'un abonnement à cette revue) (Hindawi Publishing Corporation, 2016, traduction libre).

➤ *Lieu de l'étude:*

L'étude est faite à Taiwan dans deux Nursing Home (en considérant les soins apportés et les projets de vie des résidents, ce lieu peut-être traduit en Français comme un établissement de réadaptation).

➤ *Objectifs pratiques:*

Les personnes âgées sont plus vulnérables à tout point de vue. L'activité physique aura un effet positif concernant la mobilité, la prévention des invalidités et l'amélioration de l'état de santé global de la personne. La sédentarité est un des plus gros risques en termes de santé pour cette population, augmentant la morbidité et la mortalité.

La fréquence de l'activité physique a tout de même tendance à diminuer avec l'âge. Dans le centre Nursing Home pour personnes âgées de Taiwan, l'activité physique a tendance à être plus basse que pour le reste de la population de la même tranche d'âge, pourtant certains résidents pratiquent régulièrement une activité physique.

Cet article a pour but d'apporter une meilleure compréhension concernant les motivations des patients pratiquant régulièrement une activité physique. Par le biais de cette étude qualitative, les auteurs s'intéressent aux motivations personnelles des résidents et ainsi à leurs besoins. Ils donneront des pistes pour agir de manière plus efficace auprès de cette population ne pratiquant pour la majorité, pas ou peu d'exercices physiques réguliers.

1.2 Objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche

Explorer les auto-motivations d'une pratique régulière d'activité physique de personnes âgées vivant dans un «Nursing Home» à Taiwan.

1.2.2 Question de recherche:

N'est pas formulée en tant que telle, mais est déduite: Quelles sont les motivations personnelles des personnes âgées qui pratiquent encore régulièrement une activité physique?

1.2.3 Hypothèse de travail:

Une majorité des résidents de ce nursing home ne pratique plus d'activité physique, alors qu'une minorité continue d'effectuer une activité physique régulière. L'hypothèse de travail n'est pas citée comme telle, mais il est possible d'en déduire: les personnes pratiquant une activité physique régulière malgré leur âge avancé ont des motivations personnelles qui se rejoignent entre résidents. Il serait utile de connaître ces motivations afin de rendre la promotion liée à l'activité physique plus facile.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche:

Le cadre théorique n'est pas mentionné dans l'article.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisées:

Partir des motivations des patients qui pratiquent régulièrement une activité physique afin de mieux comprendre les besoins des personnes âgées et donc d'adapter au mieux notre promotion de l'activité physique et nos actions.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données

Manager et infirmières de l'établissement identifient les résidents qui pourraient correspondre en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion de la population.

Le chercheur aide à établir le rapport et explique le sujet de l'étude et le processus aux résidents. Lorsque le résident accepte de participer à l'étude, ce même chercheur interviewe chacun d'eux de manière individuelle. Le cadre est posé (confidentialité) avant d'enregistrer l'intégralité de l'interview, qui est d'environ 30-40 min.

Analyse des données: Les données sont donc enregistrées, tapées, lues à plusieurs reprises. L'idée générale est alors retenue et codée en lien avec la recherche.

Rigueur de l'étude: Elle est respectée, car se réfère aux critères de Lincoln et Guba: crédibilité, transférabilité, fiabilité, et confirmabilité.

1.3.2 Population de l'étude

Le type de sélection de l'échantillon est dit «raisonné» (ce qui signifie que la population étudiée est choisie par le chercheur pour répondre à certains critères qui permettent de rendre cet échantillon le plus proche possible de la population en générale). Dix-huit personnes âgées entre 68 et 93 ans sont interviewées. Concernant les critères d'inclusion et d'exclusion de la population: ils doivent être capables de se déplacer de manière indépendante avec ou sans moyens auxiliaires, habitant dans un Nursing Home depuis au moins 6 mois, faisant des exercices physiques 30min 5x/semaine au moins et doivent être capables de communiquer. La taille de l'échantillon a été déterminée selon la «data saturation».

1.3.3 Types d'analyse

C'est une étude de type qualitative exploratrice.

1.4 Présentation de résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

- Les résultats des données d'analyses ont révélé 5 motivations pour la pratique de l'activité physique (Peur de devenir complètement dépendant, une habitude, amélioration de la thymie, lutte contre l'ennui, désir de rentrer à domicile).
- **La peur de devenir dépendant:** Selon une étude menée par Weeks et al, la perte d'autonomie est l'une des plus grandes préoccupations des personnes, agir sur les

préoccupations et inquiétudes des patients est la clé pour une relation basée sur la compassion. La mobilité et le niveau fonctionnel sont les habiletés les plus importantes pour permettre aux personnes de mener une vie autonome et pouvoir pratiquer les activités de la vie quotidienne et leur permettre d'avoir toujours un contrôle sur leur vie. Ce dernier facteur peut causer des souffrances, un sentiment d'impuissance et une perte de confiance.

- **Amélioration de la thymie:** L'équipe soignante doit prendre conscience que promouvoir l'activité physique, jouera un rôle sur la santé physique et psychique des résidents, il est suggéré d'inclure ces interventions au sein d'une prise soins routinière.
- **Désire de rentrer à domicile:** Dans la culture chinoise, les personnes âgées vivent avec leurs familles, les plus jeunes prennent soin des plus âgés (c'est une obligation filiale et une attente de la culture). Une autre étude menée révèle qu'un nursing home est vu par les personnes âgées comme une maison temporaire, et non une maison définitive. Ils pensent qu'ils retourneront à leur domicile lorsque leur état de santé le leur permettra. Le rôle de la famille et donc des proches aidant, a une grande importance dans ce pays.
- **Lutter contre l'ennui:** Les résidents s'ennuient beaucoup dans un nursing home, les sports ne devraient pas être uniquement un moyen de passer le temps, mais une idée de créer des activités plus sympathique pour que les gens fassent le choix d'y participer.
- **L'activité physique régulière est une habitude:** Pour les personnes pour qui l'activité physique est une habitude depuis toujours, le sport semble être une valeur qui persiste, pour eux l'intervention sera encore plus efficace.
- Une des motivations des résidents est propre à la culture chinoise: le maintien de bonnes relations, et la limitation des conflits garantissent une vie en paix. Il est parfois difficile de vivre en communauté, la tension entre les résidents est par moment présente, la pratique d'une activité physique les aide à surmonter cette difficulté. Cette dernière motivation est difficilement généralisable car elle se rapporte à leur culture.
- L'activité physique a une influence positive sur l'état de santé générale et a un réel impact sur la qualité de vie. Le rôle de l'infirmière est de motiver les personnes âgées dans cette voie, mais également informer et encourager les proches aidants afin qu'ils puissent également avoir un rôle dans cette promotion de l'activité physique.

1.4.2 Conclusions générales

L'activité physique a une influence positive sur l'état de santé général et a un réel impact sur la qualité de vie. Le rôle de l'infirmière est de motiver les personnes âgées dans cette voie et également informer et encourager les proches aidants afin qu'ils puissent avoir un rôle dans cette promotion de l'activité physique.

Le but final est de prendre soin des personnes âgées en les aidant à avoir la meilleure qualité de vie possible en potentialisant leur santé et leur indépendance.

1.4.3 Particularités ou l'originalité de leur étude

De nombreuses études quantitatives ont déjà été faites et seulement deux études qualitatives existent. Elles mettent peu l'accent sur les motivations personnelles des résidents pratiquant des activités physiques régulières, ce que cet article fait.

Les auteurs ont fait le choix d'une étude qualitative pour aller à la rencontre des résidents et mieux comprendre leurs besoins.

1.5 Éthique

L'approbation éthique pour cette étude est obtenue par le comité d'éthique de recherche de la faculté de médecine et l'hôpital de Chine.

2. DEMARCHE INTERPRETATIVE

2.1 Apports de l'article

En allant à la rencontre de personnes âgées au sein de deux Nursing home, les motivations à la pratique d'une activité physique régulière, peuvent être comprises. En se rapprochant le plus possible des besoins des résidents, la promotion de l'activité physique sera adaptée à la population cible et au plus près de leurs besoins dans un objectif d'une meilleure efficacité.

2.2 Limites

L'étude est menée dans deux nursings home uniquement. La taille de l'échantillon est restreinte, ce qui peut représenter une limite en terme de représentativité de l'étude. Selon les recommandations des auteurs, l'interprétation des résultats doit être effectuée avec précaution. Un échantillon plus grand permettrait d'apporter davantage d'informations concernant les motivations des personnes âgées.

2.3 Pistes de réflexion

Se rapprocher au maximum des besoins des patients en allant à leur rencontre, permet de mieux comprendre un phénomène et donc de rendre nos actions plus efficaces et plus adaptées à cette population. Cette démarche peut être bénéfique à l'ensemble de la population âgée.

Un petit échantillon localisé dans la même région du monde, entraîne des biais en lien avec la taille de l'échantillon ainsi qu'en termes de culture qui rend l'étude difficilement généralisable au reste de la population. En effet, certains résidents considèrent le sport comme étant une manière de conserver de bons rapports sociaux et éviter tout conflit. La place de la personne âgée au sein d'une famille n'est pas la même que dans notre culture. La personne âgée est prise en soins par sa famille. Un «nursing home» comme décrit dans cette étude, pourrait correspondre à un établissement pour personnes âgées où les objectifs en termes de santé ne seraient pas le retour à domicile. Pourtant une bonne partie des résidents expliquent maintenir une activité physique régulière dans le but d'un retour à domicile dans une culture où les personnes âgées sont prises en soins par leurs enfants. Il serait intéressant d'effectuer une même étude qualitative en élargissant la taille de l'échantillon à d'autres régions du monde.

Les motivations des gens évoluent avec le temps, les chercheurs considèrent qu'une étude longitudinale sur le sujet apporterait une aide précieuse pour une meilleure compréhension de leurs motivations.

NURSES' HEALTH BEHAVIOURS AND PHYSICAL ACTIVITY-RELATED HEALTH-PROMOTION PRACTICES

1 DEMARCHE DESCRIPTIVE

1.1 Le contexte de la réalisation et de publication de l'étude

➤ *Identité des auteurs:*

- Savita Backhshi: Assistante de recherche. Elle fait ses études à la faculté des infirmières et des sage-femmes de Florence Nightingale et au King's College de Londres.
- Fei Sun: Maître de conférences. Elle est originaire de Chine et effectue ses études à l'école d'infirmière et à la Second Military Medical University de Shanghai en Chine.
- Trevor Murrells: Statisticien, il a étudié à la faculté des infirmières et des sage-femmes de Florence Nightingale et au King's College de Londres.
- Alison While: Professeur honoraire de la communauté des infirmières, a étudié au King's College de Londres.

➤ *Nom et type de revue:*

La revue «British Journal of community Nursing» UK à raison de 12 publications par année, s'adresse aux infirmières indépendantes ainsi qu'aux infirmières travaillant dans la communauté. Basée sur des données probantes et remise à jour régulièrement, elle donne des pistes pour une meilleure pratique dans les domaines tels que les soins complexes de la personne âgée, la gestion et l'enseignement des auto-soins et la prise en soins des patients en soins palliatifs (Mark Allen Group, 2016, traduction libre).

➤ *Lieu de l'étude:*

L'étude s'effectue en Angleterre et s'adresse aux infirmières diplômées (RNs) suivant des cours de formation continue professionnelle ou personnelle à l'Université de Londres.

➤ *Objectifs pratiques:*

Examiner les comportements de santé personnels et leur rapport à la promotion de la santé notamment en ce qui concerne l'activité physique dans leur pratique clinique. Dans un contexte de vieillissement de population et de problématique d'obésité, la promotion de l'activité physique est de plus en plus importante et concerne les infirmières dans leur pratique clinique.

1.2 Objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 **Objet de la recherche:**

Examiner les comportements de santé personnels des infirmières en lien avec la promotion de l'activité physique et la promotion de la santé.

1.2.2 **Question de recherche:**

La question de recherche n'est pas formulée comme telle, mais peut être déduite: Les comportements de santé des infirmières ont-ils un lien avec promotion de l'activité physique dans le cadre de la promotion de la santé dans leur pratique clinique?

1.2.3 Hypothèse de travail:

N'est pas formulée en tant que telle, mais peut être énoncée: les comportements personnels de santé des infirmières ont une influence dans leur promotion de la santé en lien avec l'activité physique dans leur pratique professionnelle.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche:

Il n'y pas de cadre théorique mentionné dans cet article

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisées:

Association de variables personnelles (des infirmières) avec 5 comportements de santé afin de connaître les liens entre la pratique clinique des infirmières en termes de promotion de l'activité physique et leurs propres comportements de santé et notamment en ce qui concerne l'activité physique.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outils pour la récolte de données:

Récolte de données basées sur le volontariat. Les personnes voulant participer à l'étude remplissent un questionnaire de manière anonyme. Leurs questionnaires une fois remplis, sont renvoyés par le mail de l'université ou par une boîte de collecte. Ce type de collecte de données s'appelle self-administred questionnaire.

1.3.2 Population de l'étude

Basée sur le volontariat, toutes les Registered Nurse (infirmières diplômées) indépendamment de leur spécialité, suivant une formation continue à but professionnel ou personnel à l'université de Londres. Leurs questionnaires une fois remplis, sont renvoyés par le mail de l'université ou par une boîte de collecte.

Pour cette étude, l'échantillon est le suivant: 623 RN dont 72 travaillent dans la communauté. La majorité sont des femmes et travaillent en milieu hospitalier. Près des ¾ de l'échantillon se considère en bonne santé et un plus grand nombre encore ne présente aucun problème de santé sur le long terme (maladie chronique).

1.3.3 Types d'analyse

C'est une étude quantitative de type transversale menée durant la période de mai à juillet 2011.

1.4 Présentation de résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

- Les résultats de cette recherche font écho aux recherches précédentes en lien avec les comportements de santé des RN et leur promotion de la santé en lien avec l'activité physique dans leur pratique.
- Il a été démontré que les infirmières physiquement actives sont plus à même de promouvoir l'activité physique auprès de leurs patients que les autres.
- D'autres variables telles que leur vision de leur propre état de santé, le sexe, le niveau d'éducation sont aussi liées à la promotion de l'activité physique dans leur pratique professionnelle. Il est donc possible d'en déduire que les facteurs personnels jouent un rôle important dans l'encadrement de leur pratique clinique.
- 75 % des participants affirment être physiquement actifs, 28 % affirment effectuer moins d'une heure de sport par jour ce qui est en dessous des recommandations concernant l'activité physique.

1.4.2 Conclusions générales

Les différentes études permettent d'établir des preuves concernant l'association entre les comportements personnels des infirmières et leur pratique clinique.

D'autres études seraient nécessaires afin d'apporter de meilleures compréhensions concernant les facilitateurs personnels et professionnels et les obstacles pour des activités liées à la promotion de la santé. Cette étude permet de montrer la nécessité de développer et d'implanter des programmes d'entraînement ainsi que des interventions afin de fournir aux infirmières, les connaissances et les habiletés nécessaires pour augmenter la promotion de l'activité physique dans la pratique clinique infirmière.

Selon les auteurs de cet article, il serait nécessaire de recentrer les pratiques afin que les infirmières intègrent la promotion de la santé dans toutes leurs pratiques cliniques en créant elles-mêmes des opportunités pour maximiser leur éducation à la santé dans le but de prévenir la mauvaise santé et promouvoir le vieillissement actif.

1.4.3 Particularités ou l'originalité de leur étude

Première étude qui étudie les interactions simultanées entre 4 comportements de santé personnels: l'activité physique, la consommation d'alcool, le tabac, le poids des RNs et leur relation avec la promotion de la santé liée à l'activité physique.

1.5 Éthique

Tous les participants ont reçu des informations concernant l'étude, la confirmation de l'anonymat et la confidentialité des données. L'accent de cette étude est basé sur le volontariat des participants. Les formulaires renvoyés, sont considérés comme un consentement présumé. Ils sont distribués à tous les participants potentiels de cette étude. L'étude adhère aux protections des données et le protocole de l'étude est approuvé par le comité d'éthique de l'université.

2 DEMARCHE INTERPRETATIVE

2.1 Apports de l'article

Cet article permet de mettre en lumière, l'importance du rôle de l'infirmière en tant que promotrice de la santé dans un contexte de vieillissement de la population et de problématique de surpoids. Cette étude tente de démontrer qu'il y a un réel lien entre les comportements personnels de santé des infirmières et leur pratique clinique concernant la promotion de la santé en lien avec l'activité physique. Cette étude permet de se rendre compte que pour augmenter la proportion de professionnels qui promeuvent l'activité physique dans leur pratique, il faudrait agir en premier lieu sur leur formation.

2.2 Limites

Les études transversales montrent des limites lors des résultats en termes de causalité. Présence de limite également lors de la récolte de données: Lien direct avec ce système de questionnaire auto-administré, une sur ou sous communication des données est remise en question. En effet, les réponses des soignants sont probablement influencées par ce qui est socialement souhaitable. D'autres biais sont probables, liés à une auto sélection de l'échantillon.

De plus, les données sont collectées depuis un seul site, elles sont donc difficilement généralisables.

Cette étude met en lumière la nécessité d'études supplémentaires pour explorer les liens entre les comportements personnels et la pratique professionnelle en termes de promotion de la santé liés au sport.

Avis personnels: Nous ne savons pas dans quels domaines de soins travaillent ces professionnels. Les infirmières travaillant dans le domaine de la réhabilitation et la réadaptation ou dans le domaine de la santé communautaire sont peut-être mieux formés pour promouvoir l'activité physique que dans d'autres domaines de soins. Ne connaissant pas cela, les résultats ne sont pas interprétés en connaissance de cause.

Afin d'analyser les comportements personnels de santé et la pratique clinique professionnelle, les auteurs ont choisi quatre comportements de santé, mais ils n'expliquent pas leur façon de procéder pour effectuer ce choix.

L'étude utilise également de nombreuses échelles qui ne sont pas expliquées ni reportées à la table des matières, ce qui rend difficile la compréhension de l'article ainsi que la pertinence de leur utilisation en lien avec ce qui est cherché à démontrer.

Il n'y aucune information concernant la taille de l'échantillon prévu pour cette étude au départ et le taux d'abandon.

2.3 Pistes de réflexion

Les auteurs ont remarqué une différence de pratique de la promotion de la santé selon le domaine de soins des infirmières. En effet, les infirmières travaillant dans la communauté montrent une pratique de la promotion de l'activité physique plus importante que les infirmières travaillant en milieu hospitalier. Les auteurs émettent l'hypothèse que cela est peut-être dû à une attention particulière de ces infirmières en termes de santé publique.

Selon les auteurs, d'autres recherches sont nécessaires pour investiguer davantage les relations entre les facteurs personnels de l'infirmière et la promotion de la santé dans sa pratique clinique. Ceci permettrait de mieux comprendre quels facteurs sont des réelles motivations à promouvoir un style de vie sain à leur patient (informations, essais d'intervention, obstacles à la promotion de la santé).

Certaines infirmières considèrent la promotion de l'activité physique dans leur pratique clinique comme ayant peu ou pas d'importance. Pour de futures études, les auteurs de cet article suggèrent d'essayer d'en comprendre les raisons.

Cet article apporte deux principaux challenges pour les infirmières en lien avec l'activité physique: tout d'abord comment motiver les patients afin qu'ils s'engagent dans la pratique d'activité physique adaptée et comment maintenir leur propre niveau d'activité physique.

Concernant les obstacles liés au manque de temps et de ressources, différentes approches et protocoles devraient être développés. Il est toutefois primordial que les infirmières créent elles-mêmes des opportunités pour effectuer de la promotion lors de toute prise en soins au lieu de considérer cela comme un surplus de travail.

Les résultats de cette étude permettent de se questionner quant au besoin d'une formation en lien avec l'activité physique pour le personnel soignant, dont les infirmières. Cela permettrait notamment une prise de conscience des professionnels concernant l'importance des recommandations et des stratégies pour la promotion de l'activité physique, un apport de connaissance renforcerait leur confiance dans ce rôle de promotrice de la santé.

Les obstacles liés à l'activité physique personnelle, doivent également être abordés afin d'améliorer le bien-être et la crédibilité des soignants dans leurs pratiques professionnelles.