

Université de Montréal

Évaluation qualitative d'une intervention infirmière d'entretien motivationnel à domicile
auprès des personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne

par Audrey Lavoie

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.)
en sciences infirmières (option expertise-conseil)

Août 2018

© Audrey Lavoie, 2018

Université de Montréal

Ce mémoire intitulé :

Évaluation qualitative d'une intervention infirmière d'entretien motivationnel à domicile
auprès des personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne

présenté par :

Audrey Lavoie

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

José Côté
Présidente-rapporteuse

Line Beaudet
Membre du jury

Véronique Dubé
Directrice de recherche

Résumé

Dans les prochaines années, le vieillissement de la population sera inévitablement suivi d'une hausse de la prévalence de la maladie coronarienne chez les personnes âgées (Agence de la santé publique du Canada, 2017a). Afin d'accompagner cette clientèle à modifier les comportements qui influencent sa santé tels que la sédentarité, des interventions infirmières sont nécessaires. À cet égard, l'entretien motivationnel (EM) serait favorable au changement de comportement (Purath, Keck et Fitzgerald, 2014).

Cette étude pilote qualitative descriptive visait à évaluer qualitativement l'acceptabilité, la faisabilité et les retombées d'une intervention infirmière d'entretien motivationnel (IEM) auprès des personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne. Basées sur les principes de l'EM de Miller et Rollnick (2013) ainsi que sur le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (1984), cinq séances d'EM ont été dispensées hebdomadairement par une infirmière au domicile des participants (n = 5). Une analyse thématique selon Paillé et Mucchielli (2016) et des statistiques descriptives ont permis d'évaluer qualitativement l'IEM à travers des entrevues semi-dirigées (acceptabilité), un journal de bord (faisabilité), un algorithme d'évaluation des stades de changement et un carnet d'activité physique (retombées).

En somme, on constate que l'IEM est acceptable et faisable auprès des aînés, en plus de favoriser leur progression dans les stades de changement et de diminuer leur comportement sédentaire par la réalisation d'activités physiques. Bien que de nouvelles études soient nécessaires pour évaluer les effets de l'IEM à plus grande échelle, celle-ci pourrait possiblement répondre aux besoins spécifiques des aînés et contribuer à la réduction de leur sédentarité.

Mots-clés : Personnes âgées, intervention infirmière, entretien motivationnel, maladie coronarienne, comportement sédentaire, changement de comportement

Abstract

In the next few years, population ageing will inevitably be followed by the increase of a prevalence in coronary artery disease among elderly people (Public health agency of Canada, 2017). In order to assist this population to change behaviours that affect their health like sedentary behavior, nursing interventions are needed. For this purpose, motivational interviewing seems to be supportive of behavioral change (Purath, Keck and Fitzgerald, 2014).

The purpose of this descriptive qualitative pilot study was to assess the acceptability, feasibility and effect of a motivational interviewing as a nursing intervention for sedentary seniors living with coronary artery disease. Based on Miller and Rollnick's (2013) principles of motivational interviewing and Prochaska and DiClemente's (1984) transtheoretical model of change, five sessions of motivational interviewing were given weekly by a nurse at participants' home (n = 5). A thematic analysis according to Paillé and Mucchielli (2016) and descriptive statistics were used to qualitatively evaluate the motivational interviewing through semi-structured interviews (acceptability), a researcher's notebook (feasibility), an algorithm for evaluating stages of change and a physical activity diary (effect).

In sum, we find that motivational interviewing is acceptable and feasible for elders, in addition to promoting their progress in the multiple stages of change as well as reducing their sedentary behavior by performing physical activity. Although further studies are required to assess the broad-scale impacts of the motivational interviewing as a nursing intervention, this intervention could potentially address the specific needs of elders and help reduce their sedentary behavior.

Keywords: Elderly, nursing intervention, motivational interviewing, coronary artery disease, sedentary behavior, behavioral change

Table des matières

| | |
|---|------|
| Résumé..... | iii |
| Liste des tableaux..... | vii |
| Liste des figures | viii |
| Liste des graphiques..... | ix |
| Liste des sigles et abréviations..... | x |
| Remerciements..... | xii |
| Chapitre 1. Problématique | 1 |
| 1.1. But de l'étude | 9 |
| 1.2. Questions de recherche..... | 9 |
| 2.1. Expérience des personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne..... | 12 |
| 2.2. Sédentarité et promotion de l'activité physique chez les personnes âgées | 16 |
| 2.3. Assises théoriques | 18 |
| 2.3.1. Entretien motivationnel..... | 18 |
| 2.3.2. Modèle transthéorique du changement | 22 |
| 2.4. Écrits empiriques sur l'entretien motivationnel | 24 |
| 2.4.1 Entretien motivationnel auprès d'une clientèle âgée..... | 24 |
| 2.4.2. Entretien motivationnel auprès d'une clientèle coronarienne | 38 |
| 3.1. Devis..... | 48 |
| 3.2. Milieu de l'étude | 48 |
| 3.3. Échantillon | 49 |
| 3.4. Déroulement de l'étude | 50 |
| 3.5. Description de l'intervention..... | 51 |
| 3.5.1. Contenu de l'intervention | 52 |
| 3.5.2. Structure de l'intervention | 58 |
| 3.6. Collecte de données..... | 60 |
| 3.6.1 Méthode et outils de collecte de données | 60 |
| 3.7. Analyse des données | 62 |
| 3.8. Critères de rigueur scientifique | 65 |
| 3.9. Considérations éthiques..... | 67 |

| | |
|---|---------|
| 4.1. Description des données sociodémographiques | 69 |
| 4.2. Acceptabilité de l'intervention (Q1)..... | 71 |
| 4.2.1. Perception du contenu de l'intervention | 71 |
| 4.2.2. Perception de la structure de l'intervention | 75 |
| 4.3. Faisabilité de l'intervention (Q2) | 79 |
| 4.3.1. Recrutement des participants | 79 |
| 4.3.2. Adhésion à l'intervention | 80 |
| 4.3.3. Fidélité à l'intervention | 81 |
| 4.4. Retombées de l'intervention (Q3) | 82 |
| 4.4.1. Stade de changement | 82 |
| 4.4.2. Comportement sédentaire | 84 |
| 5.1. Discussion | 88 |
| 5.2. Forces et limites de l'étude..... | 98 |
| 5.3. Retombées potentielles pour les sciences infirmières | 99 |
| Conclusion | 101 |
| Références..... | 103 |
| Annexe A. Tableau synthèse des écrits..... | i |
| Annexe B. Grille d'inclusion des participants | xv |
| Annexe C. Approbation du comité d'éthique de la recherche | xvii |
| Annexe D. Aide-mémoire de recrutement | xxi |
| Annexe E. Protocole de recrutement – Texte d'introduction du projet aux patients durant l'hospitalisation..... | xxiii |
| Annexe F. Dépliant explicatif du projet de recherche dédié aux participants | xxv |
| Annexe G. Formulaire d'information et de consentement..... | xxvii |
| Annexe H. Questionnaire de données sociodémographiques | xxxiv |
| Annexe I. Guide d'entrevues semi-dirigées..... | xxxviii |
| Annexe J. Journal de bord de l'étudiante-chercheuse..... | xli |
| Annexe K. Carnet d'activité physique des participants | xlvi |
| Annexe L. Tableau de fidélité à l'intervention selon les séances d'EM..... | l |

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1. Composantes des interventions d'EM dans les études recensées. | 45 |
| Tableau 2. Déroulement de l'étude. | 51 |
| Tableau 3. Interventions réalisées selon les phases de l'EM et les stades de changement du MTC. | 53 |
| Tableau 4. Méthode de collecte de données et analyse découlant des questions de recherche. | 65 |
| Tableau 5. Données sociodémographiques des participants. | 70 |

Liste des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1. Schéma présentant les quatre phases de l'EM. | 21 |
| Figure 2. Modèle transthéorique du changement inspiré de Prochaska et DiClemente (1984) et de Bédard (s. d.). | 23 |
| Figure 3. Algorithme d'évaluation des stades de changement ainsi que des niveaux de conviction et de confiance adapté de Paradis, Cossette, Frasure-Smith, Heppell et Guertin (2010). | 56 |
| Figure 4. Structure de l'IIEM en combinant les phases de l'EM (Miller et Rollnick, 2013) et l'outil d'intervention de Bédard (s. d.). | 59 |
| Figure 5. Stade de changement des participants lors de la séance 1. | 83 |
| Figure 6. Stade de changement des participants lors de la séance 5. | 83 |

Liste des graphiques

Graphique 1. Durée des activités physiques réalisées chaque semaine.85

Liste des sigles et abréviations

| | |
|--------|---|
| DB | Diabète |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| EM | Entretien motivationnel |
| Ex. | Exemple |
| FIC | Formulaire d'information et de consentement |
| FSI | Faculté des sciences infirmières |
| GC | Groupe contrôle |
| GE | Groupe expérimental |
| HTA | Hypertension artérielle |
| IEM | Intervention infirmière d'entretien motivationnel |
| MPOC | Maladie pulmonaire obstructive chronique |
| MTC | Modèle transthéorique du changement |
| RRISIQ | Réseau de recherche en sciences infirmières du Québec |
| UdeM | Université de Montréal |

*À Tristan et Raphaël,
de par votre simplicité et vos sourires contagieux,
vous aurez été ma plus précieuse source de réconfort.*

Remerciements

Mon passage au deuxième cycle aura été rempli de défis, d'apprentissages et de découvertes personnelles. La réalisation de ce mémoire n'aurait d'ailleurs pas pu être possible sans le soutien de nombreuses personnes.

Premièrement, je tiens à remercier sincèrement les personnes qui ont accepté de participer à cette étude. J'ai eu le privilège de faire la rencontre de cinq personnes accueillantes et généreuses, sans qui je n'aurais pu mener à terme ce projet qui me tenait grandement à cœur.

J'aimerais également remercier une femme des plus inspirantes, madame Véronique Dubé, Ph. D., ma directrice de mémoire. Son soutien et sa rigueur auront grandement contribué à mon expérience positive au deuxième cycle. Je vous remercie d'avoir cru en mes capacités tout au long de ce projet, de m'avoir encouragé à sortir de ma zone de confort et de m'avoir transmis votre passion pour la recherche en sciences infirmières. Je suis des plus reconnaissante d'avoir bénéficié de votre accompagnement si enrichissant durant ces deux dernières années.

Je remercie les organismes subventionnaires sans lesquels je n'aurais pu me consacrer à temps plein à la réalisation de ce mémoire ainsi qu'à la diffusion des connaissances : la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal (UdeM), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Réseau de recherche en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers, le fonds Mireille-Ducros de la FSI de l'UdeM, la Fondation de l'Institut de Cardiologie de Montréal, l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval et la Fédération des associations étudiantes du campus de l'UdeM.

Un merci bien spécial à mes amies, ma famille et ma belle-famille, pour tout cet amour inconditionnel. Grâce à la fierté que vous portiez à mon égard, j'ai pu accomplir ce projet en l'absence de doute. Finalement, merci à mon amoureux et, du même coup, à mon meilleur ami, pour son écoute, sa réassurance et sa grande croyance en mon potentiel. Rien n'aurait été possible sans ta présence.

Chapitre 1. Problématique

Actuellement, 14% des Québécois sont âgés de 65 ans et plus. En 2056, on prévoit que ce nombre doublera, passant à 28% (Gouvernement du Québec, 2012). En vieillissant, cette clientèle se voit de plus en plus vivre avec des maladies chroniques, dont la maladie coronarienne (Institut de la statistique du Québec, 2014). D'ailleurs, les personnes âgées de 65 ans et plus seraient celles étant les plus affectées par la maladie coronarienne (Institut de la statistique du Québec, 2014). Caractérisée par le rétrécissement des artères coronaires dû à l'accumulation de plaque de cholestérol, elle engendre un ralentissement du flot sanguin qui est acheminé au myocarde. Lorsqu'une ou plusieurs artères coronaires se retrouvent complètement obstruées, elle peut mener à un événement coronarien, soit l'infarctus du myocarde (Organisation mondiale de la Santé, 2015). Cela en fait le principal motif d'hospitalisation auprès des personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que l'une des premières causes de décès (Statistique Canada, 2015a). En combinaison avec le vieillissement, les facteurs de risque modifiables (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, sédentarité, obésité, diabète, tabagisme et stress) seraient reliés à un plus grand risque de développer une maladie coronarienne (Agence de la santé publique du Canada, 2017b). Neuf Canadiens sur 10 vivraient avec l'un de ces facteurs de risque, alors que plus d'un tiers de la population en posséderait trois et plus (Agence de la santé publique du Canada, 2017b). Parmi les divers traitements possibles de la maladie coronarienne, la réduction des facteurs de risque est une priorité (Artinian et al., 2010) puisque sans modification de ces facteurs, le risque de récurrence d'un événement coronarien demeure très élevé (Perk et al., 2012).

Les facteurs de risque modifiables sont reliés à des comportements qu'adoptent les personnes quotidiennement et qui influencent leur santé (Artinian et al., 2010; Lee, Yum, Doris, Choi et Chair, 2013; Perk et al., 2012). Parmi ces facteurs, la sédentarité serait associée à un haut risque de développer une maladie coronarienne et de mourir de cette cause (de Rezende, Rodrigues Lopes, Rey-Lopez, Matsudo et Luiz, 2014; Young et al., 2016). Plusieurs auteurs associent la sédentarité uniquement à l'absence d'activité physique (Pate, O'Neill et Lobelo, 2008; Tremblay, 2012; Yates et al., 2011). Pourtant, la sédentarité est également reliée au temps qu'une personne consacre à des activités dont la dépense énergétique est presque nulle (écouter la télévision, conduire une voiture, naviguer sur Internet) (Pate et al., 2008). Parallèlement, les bienfaits de l'activité physique sur la santé cardiovasculaire sont bien connus (Organisation

mondiale de la Santé, 2017; Sattelmair et al., 2011). Malgré cela, suite à un événement coronarien, seulement un tiers des personnes rapportent faire de l'activité physique régulièrement et près de la moitié affirment ne pas avoir augmenté leur niveau d'activité physique (Kotseva et al., 2009), ce qui les met à haut risque de récurrence.

La réduction de la sédentarité s'avère d'autant plus importante chez les personnes âgées (de Rezende et al., 2014). Les écrits soutiennent que la sédentarité augmente avec l'âge (Hallal et al., 2012; van Stralen, De Vries, Mudde, Bolman et Lechner, 2009) et que, de toutes les tranches d'âge, les personnes âgées de 60 ans et plus seraient les plus sédentaires (Hallal et al., 2012). Notamment, près de 65% des personnes âgées à travers le monde consacraient plus de 8 heures de leur phase d'éveil à des comportements sédentaires (Harvey, Chastin et Skelton, 2013). Les personnes âgées qui consacraient 8 heures et plus de leur journée à des comportements sédentaires seraient d'ailleurs plus à risque de mortalité toutes causes confondues que celles qui y consacrent moins de 8 heures (Chau et al., 2015; Martínez-Gómez, Guallar-Castillón, León-Muñoz, López-García et Rodríguez-Artalejo, 2013; Matthews et al., 2012; Pavey, Peeters et Brown, 2015; van der Ploeg, Chey, Korda, Banks et Bauman, 2012). En plus d'être un facteur de risque cardiovasculaire majeur, la sédentarité chez les personnes âgées pourrait avoir plusieurs répercussions sur leur santé générale (ex. : déclin des fonctions physiques et cognitives, risque de chute, accident vasculaire cérébral, diabète de type 2) (Organisation mondiale de la Santé, 2017).

La réduction de la sédentarité comme facteur de risque est reliée à la diminution du comportement sédentaire des personnes. Cela peut se faire par l'augmentation des activités d'intensité légères quotidiennement (jardiner, faire des tâches ménagères, marcher dans un centre commercial). D'ailleurs, selon l'Organisation mondiale de la Santé (2017), pour les personnes âgées, l'activité physique comprend les loisirs, les déplacements (marche ou vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères et les sports planifiés. De ce fait, plusieurs auteurs s'entendent sur le fait qu'une minime augmentation (30 minutes/jour) des activités physiques légères procurerait des effets bénéfiques sur la santé physique et le bien-être des personnes âgées sédentaires (Buman et al., 2010; Copeland et al., 2017; Organisation mondiale de la Santé, 2017). Ces propos sont également appuyés par d'autres auteurs qui affirment qu'en souhaitant réduire la sédentarité des personnes âgées, cela augmente du même coup leur niveau

d'activité physique (Barone Gibbs et al., 2016; Rosenberg et al., 2015). Également, chez les personnes sédentaires, les interventions visant à promouvoir l'activité physique pourraient être plus efficaces que celles qui ciblent directement la réduction de la sédentarité (Biswas, Oh, Faulkner et Alter, 2018). La diminution de la sédentarité par la promotion de l'activité physique est donc à prioriser auprès des personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne, puisque cela permettrait à la fois de diminuer leur comportement sédentaire et d'augmenter leur niveau d'activité physique, ce qui procurera des bienfaits sur leur santé, incluant de réduire le risque de récurrence d'un événement coronarien. Afin d'accompagner ces personnes vers un changement de leur comportement sédentaire, prendre en considération les facteurs psychologiques responsables du changement semblerait primordial (Bédard, 2009; Miller et Rollnick, 2013).

En effet, plusieurs facteurs psychologiques rendent une personne capable ou incapable de changer et de maintenir un nouveau comportement. La disposition au changement est un processus intrinsèque à la personne et qui est influencé par les valeurs et les intérêts de celle-ci (Miller et Rollnick, 2013). Selon Bédard (2009), un changement ne peut se produire que lorsque la personne possède des niveaux de conviction et de confiance élevés. Ainsi, elle doit percevoir les bénéfices de ce nouveau comportement par rapport à ses anciennes habitudes et elle doit être confiante en ses capacités à faire ce changement afin que le processus s'enclenche (Bédard, s. d.). Notamment, plusieurs reconnaissent que leurs comportements sont néfastes pour leur santé, mais ne sont pas prêtes à les modifier en raison du plaisir qu'elles éprouvent envers ceux-ci (Miller et Rollnick, 2013). Certaines personnes sont plutôt ambivalentes face au changement, c'est-à-dire qu'elles perçoivent autant d'avantages que d'inconvénients alors que d'autres se croient incapables de changer leurs comportements (Miller et Rollnick, 2013). De plus, chaque individu ne se retrouve pas au même stade dans son processus de cheminement envers le changement (Miller et Rollnick, 2013; Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Une personne qui se sent prête à modifier un comportement sera beaucoup plus susceptible d'amorcer et de maintenir un changement que celle qui n'y voit aucun avantage ou qui ne croit pas en ses capacités à y arriver (Bédard, s. d.; Miller et Rollnick, 2013). Pour ces raisons, les interventions de type traditionnelles qui ne tiennent pas compte des besoins et des perceptions des personnes sont souvent inefficaces pour les accompagner dans leur changement de comportement (Miller et Rollnick, 2013).

Une expérience de santé telle qu'un événement coronarien influencerait également la disposition au changement. Entre autres, les croyances et la perception entourant la maladie pourraient contribuer à la décision d'une personne d'amorcer un changement de comportement. En effet, des études soutiennent que les personnes qui verraient leur maladie de façon plus menaçante c'est-à-dire comme ayant un impact négatif important sur leur vie, éprouveraient moins de contrôle sur leur maladie (Blair et al., 2014; Clark et al., 2012; Foxwell, Morley et Frizelle, 2013). Elles seraient moins susceptibles d'attribuer leur diagnostic aux facteurs de risque modifiables et seraient moins sujettes à adopter des changements dans leurs comportements (Blair et al., 2014; Clark et al., 2012; Foxwell et al., 2013). D'autres études avancent que la croyance d'être guéri suite à une intervention visant à rétablir la fonction du myocarde peut également entraver la réflexion liée au changement, car ces personnes ne verraient pas l'importance de modifier leurs comportements (Clark et al., 2012; Fernandez, Griffiths, Juergens, Davidson et Salamonson, 2006). De l'autre côté, les personnes qui, suite à un événement coronarien, ressentiraient le besoin de retrouver leur santé et d'agir sur les facteurs responsables de leur maladie seraient plus susceptibles d'adopter des changements de comportements (Foxwell et al., 2013). Des auteurs révèlent d'ailleurs que les trois premiers mois suivants un événement coronarien seraient propices pour amorcer une intervention de changement de comportement, puisqu'à ce moment, certains seraient plus motivés à changer (Cleary, LaPier et Rippee, 2015).

Plusieurs stratégies sont explorées dans les écrits afin de favoriser le changement de comportement et réduire les facteurs de risque cardiovasculaires des personnes vivant avec la maladie coronarienne. Durant l'hospitalisation suivant un événement coronarien, de l'enseignement est prodigué concernant les comportements reliés aux facteurs de risque cardiovasculaires et sur l'importance de les réduire. Cet enseignement est nécessaire pour améliorer les connaissances et la compréhension des personnes envers les comportements à modifier (Brown, Clark, Dalal, Welch et Taylor, 2013), mais ne semble pas suffisant pour susciter un changement (Lindson-Hawley, Thompson et Begh, 2015).

Les programmes de réadaptation cardiaque offerts en centre de prévention secondaire sont basés sur une approche multidisciplinaire et motivationnelle et visent la réduction des facteurs de risque par le counseling nutritionnel, la cessation tabagique et l'exercice physique

(British Association for Cardiovascular Disease and Prevention, 2012). Ces programmes sont soutenus par les écrits comme ayant des résultats positifs sur la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires et la mortalité (Janssen, De Gucht, Dusseldorp et Maes, 2013; Yohannes, Doherty, Bundy et Yalfani, 2010). À domicile, les programmes de réadaptation cardiaque auraient des retombées similaires à ceux en centre quant à la réduction des facteurs de risque (Taylor et al., 2015). Pourtant, ces programmes sont sous-utilisés (Grace et al., 2011; Kotseva et al., 2009). En effet, un faible pourcentage de patients éligibles y participent et tous n'y ont pas accès de façon systématique (Grace et al., 2011; Kotseva et al., 2009). Certaines clientèles seraient notamment moins enclines à participer à ces programmes, telles que les personnes âgées, sédentaires, de sexe féminin, présentant des comorbidités et ayant un niveau socioéconomique précaire (Martin et al., 2012; Sumner, Grace et Doherty, 2016). D'autres facteurs tels que la perception de la maladie (Blair et al., 2014; Foxwell et al., 2013), l'accessibilité au centre (transport, horaire, etc.) et les cours en groupe (Neubeck et al., 2012) seraient des obstacles supplémentaires à la participation. À cet effet, les personnes âgées éprouveraient des difficultés à adopter les programmes offerts en centre (Grace et al., 2009; Tolmie et al., 2009) et relateraient fréquemment des barrières reliées à l'accessibilité (Grace et al., 2009). Elles sembleraient davantage apprécier les services à proximité (Grace et al., 2009; Tolmie et al., 2009).

L'entretien motivationnel (EM) étant vastement étudié dans la littérature, les évidences montrent qu'il est efficace pour amener une personne, vivant ou pas avec la maladie, à changer un comportement (tabagisme, sédentarité, perte de poids, alimentation malsaine, etc.) (Hardcastle, Taylor, Bailey, Harley et Hagger, 2013; Kreman et al., 2006; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson et Burke, 2010; Rubak, Sandbaek, Lauritzen et Christensen, 2005). Concernant les personnes vivant avec une maladie cardiaque, l'EM semble également réduire les facteurs de risque cardiovasculaires par l'adoption de comportements sains (Bredie, Fouwels, Wollersheim et Schippers, 2011; Thompson et al., 2011; van Nes et Sawatzky, 2010). Auprès des personnes âgées, les écrits quant à l'EM sont plus limités, mais il semblerait tout de même favorable à l'adoption de comportements sains (Purath et al., 2014). Enfin, aucun écrit portant sur les retombées de l'EM chez les personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne n'a été recensé.

L'EM est un style de conversation collaboratif qui a pour but de faire ressurgir et de renforcer la motivation d'une personne envers la modification d'un comportement (Miller et Rollnick, 2013). Pour ce faire, le comportement à changer doit être choisi par la personne, en fonction de ses intérêts et de ses valeurs, et non par un choix imposé par un professionnel (Miller et Rollnick, 2013). La personne peut par la suite évoquer le changement par elle-même et selon ses besoins, ce qui semble être optimal pour maintenir les habitudes souhaitées (Miller, 2010; Miller et Rollnick, 2013). L'EM est relié au modèle transthéorique du changement (MTC) de Prochaska et DiClemente (1984), qui définit le changement comme se produisant de façon progressive et évolutive en six étapes que sont la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la rechute. L'EM se dispense donc en fonction du stade de changement dans lequel la personne se trouve et l'aide à progresser d'un stade à l'autre pour finalement amorcer un changement, le maintenir et prévenir les rechutes (Miller et Rollnick, 2013).

Concernant les composantes des interventions d'EM, celles-ci sont très variées dans les écrits. Les composantes d'une intervention font référence aux éléments qui la caractérisent, soit à sa structure, incluant le mode de dispensation (rencontres individuelles en face à face, appels téléphoniques, séances de groupe, web), le lieu et l'intensité (nombre, fréquence et durée) ainsi que son contenu (Sidani et Braden, 2011). Selon les résultats de revues systématiques, l'EM semble s'avérer efficace sans égard à son mode de dispensation, à l'intensité de l'intervention, au professionnel qui l'utilise et au lieu dans lequel il se déroule (Lee, Choi, Yum, Yu et Chair, 2016; Lundahl et al., 2013). Les auteurs mentionnent avoir des difficultés à dégager les meilleures pratiques concernant l'EM, car les études contiennent des interventions à composantes diversifiées (Lee et al., 2016). Ainsi, les composantes des interventions d'EM menant à des résultats optimaux, soit les ingrédients actifs, sont toujours inconnues, c'est pourquoi il est ardu d'identifier une structure commune à l'EM et de déterminer le modèle d'intervention qui permet d'optimiser les résultats auprès des personnes.

Bien que l'EM soit efficace lorsque dispensé par différents professionnels de la santé tels qu'un kinésiologue, un psychologue ou un diététicien (Lee et al., 2016; Lindson-Hawley et al., 2015), l'infirmière possède un rôle important à l'égard de la prévention de la maladie puisqu'il s'agit d'une partie intégrante de son champ d'exercices (Ordre des infirmières et

infirmiers du Québec, 2016). D'ailleurs, elle est appelée à guider la population dans l'adoption de comportements de santé (van Nes et Sawatzky, 2010). Les principes de l'EM convergent avec les valeurs humanistes de la pratique infirmière, puisqu'il s'agit de prodiguer des soins centrés sur la personne empreints de respect des valeurs et d'une attitude de non-jugement et de susciter son engagement dans ses soins (Cara et al., 2016; Miller et Rollnick, 2013). De par sa place privilégiée auprès de la clientèle, l'infirmière doit intervenir pour contribuer à l'amélioration de leur santé (Pepin, Ducharme et Kérouac, 2017). Ainsi, en pratiquant auprès d'une population vivant avec la maladie coronarienne, il est de la responsabilité de l'infirmière d'intervenir pour prévenir le risque de récurrence et pour favoriser la santé des personnes. En utilisant l'EM, elle peut accompagner les personnes à cheminer dans les stades de changement pour qu'ils initient et maintiennent des comportements de santé et diminuent ainsi leurs facteurs de risque cardiovasculaires (van Nes et Sawatzky, 2010). Également, se rapportant aux écrits de Sidani et Braden (2011), l'EM s'avère être une intervention infirmière. En effet, Sidani et Braden (2011) précisent qu'une intervention infirmière est un soin prodigué à une personne, une famille ou une communauté qui répond à une problématique ou à un besoin et qui tend à améliorer leur santé. Ainsi, l'EM peut être perçue comme un soin prodigué par une infirmière à une personne vivant avec la maladie coronarienne dans le but de réduire ses facteurs de risque cardiovasculaires par le changement de comportement et de promouvoir sa santé

En prenant en considération que la maladie coronarienne affecte en majorité les personnes âgées de 65 ans et plus (Institut de la statistique du Québec, 2014), que la sédentarité, un facteur de risque cardiovasculaire important (Artinian et al., 2010; Perk et al., 2012; Young et al., 2016), augmente avec le vieillissement (Hallal et al., 2012; van Stralen et al., 2009), que l'infirmière semble être une professionnelle à privilégier pour ce type d'intervention (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016) et qu'aucune étude n'a été répertoriée dans les écrits à ce sujet, il apparaît qu'une intervention infirmière d'entretien motivationnel (IEM) pour favoriser la progression dans les stades de changements et diminuer la sédentarité des personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec la maladie coronarienne serait particulièrement pertinente à évaluer. Compte tenu de l'âge de la clientèle, de leur capacité souvent limitée à se déplacer, d'une faible utilisation des services de prévention offerts (Martin et al., 2012; Sumner et al., 2016), de leur préférence quant à la réalisation d'exercice à leur domicile de même que de leur

appréciation des programmes à domicile (Arkkukangas, Sundler, Söderlund, Eriksson et Johansson, 2017), une intervention à domicile est proposée. À notre connaissance, depuis les 10 dernières années, aucune étude n'a évalué une IIEM à domicile auprès de personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec la maladie coronarienne dans le but de favoriser la progression dans les stades de changement et de diminuer leur sédentarité.

1.1. But de l'étude

Dans cette perspective, cette étude a pour but d'évaluer qualitativement l'acceptabilité, la faisabilité et les retombées d'une IIEM à domicile visant à favoriser la progression dans les stades de changement et à diminuer la sédentarité de personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec la maladie coronarienne.

1.2. Questions de recherche

1) Quelles sont les perceptions (acceptabilité) des personnes âgées sédentaires de 65 ans et plus ayant vécu un événement coronarien au niveau du contenu et de la structure (intensité, mode de dispensation, lieu) de l'IIEM?

2) Quelle est la faisabilité de l'IIEM quant au recrutement, à l'adhésion et à la fidélité à l'intervention par les personnes âgées sédentaires de 65 ans et plus vivant avec la maladie coronarienne?

3) Quelles sont les retombées de l'IIEM quant à la progression dans les stades de changement et au comportement sédentaire des personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec la maladie coronarienne?

Chapitre 2. Recension des écrits

La recension des écrits fait état des connaissances actuelles sur l'EM auprès d'une clientèle âgée de 65 ans et plus vivant avec la maladie coronarienne. Pour ce faire, une revue intégrative critique a été privilégiée. Ce type de revue permet de recenser des études ayant utilisé des méthodes différentes (expérimentales et non expérimentales) afin d'avoir une compréhension en profondeur du phénomène à l'étude (Whittemore et Knafl, 2005). Cette revue des écrits se décline autour de quatre thèmes principaux : 1) l'expérience des personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne (n = 6), 2) la sédentarité et la promotion de l'activité physique chez les personnes âgées (n = 5), 3) l'EM auprès des personnes âgées (n = 8) et 4) l'EM auprès des personnes vivant avec une maladie coronarienne (n = 11). Initialement, il était souhaité de recenser des écrits portant sur les interventions d'EM auprès des personnes âgées vivant avec une maladie coronarienne. Cependant, puisqu'aucun écrit n'a été identifié à ce sujet, les écrits évaluant des interventions d'EM auprès des personnes âgées et auprès d'une clientèle coronarienne ont été rapportés. Le troisième thème, soit l'entretien motivationnel auprès des personnes âgées, est d'ailleurs présenté sous la forme d'article publié dans la revue *La Gérontoise* au printemps 2018.

Dans ce même chapitre, nous présenterons les assises théoriques sur lesquelles se base ce projet, soit l'entretien motivationnel et le modèle transthéorique du changement. Pour permettre l'analyse des écrits recensés, ceux-ci ont été répartis par thème (Whittemore et Knafl, 2005) et résumés sous forme de tableau présenté en annexe A. Suite à l'analyse, une synthèse des éléments importants de chacun des thèmes a été menée pour offrir un portrait global du phénomène à l'étude (Whittemore et Knafl, 2005). La qualité méthodologique des études a été évaluée en fonction de l'échantillon, du devis, de la description de l'intervention (contexte et contenu) et de la fidélité à l'intervention. Selon Sidani et Braden (2011), examiner la fidélité à l'intervention est nécessaire afin de savoir si l'intervention a été menée en respectant le protocole d'intervention. Les moteurs de recherche CINAHL ainsi que Medline ont été parcourus en utilisant les mots-clés suivants : *Motivational interviewing, coronary arteriosclerosis, angina unstable, angina stable, angina pectoris, angioplasty, acute coronary syndrome, coronary artery bypass, myocardial infarction, coronary disease, cardiovascular risk factor, frail elderly, elderly, elderly care, geriatric care, old age, sedentary lifestyle, sedentary*. Un total de 30 articles a été retenu sur les 4 488 écrits repérés. Les revues

systematiques ainsi que les méta-analyses ont été priorisées (n = 7) pour leur rigueur méthodologique et puisqu'elles permettent de déceler les évidences entourant le sujet (Clarke, 2010; Polit et Beck, 2017). Puis, des essais randomisés contrôlés (n = 14) et des études qualitatives (n = 9) ont également été retenus.

Différents critères ont déterminé le choix des articles sélectionnés : 1) le but de l'étude répond à l'un des quatre thèmes, 2) l'étude a été publiée il y a moins de 10 ans, soit entre 2008 et 2018 et 3) l'EM a été utilisée comme composante principale de l'intervention. Pour identifier les études répondant à ces critères, ces étapes étaient menées dans l'ordre : 1) lecture du titre et du résumé, 2) consultation du but de l'article et de la méthode 3) lecture de l'article en entier et évaluation de la qualité méthodologique à l'aide de l'une des trois grilles suivantes selon le type d'étude : grille d'analyse AMSTAR (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2010) pour les études secondaires (méta-analyses et revues systématiques; grille CONSORT (CONSORT, 2010) pour les études à devis expérimental et; grille COREQ pour les devis qualitatifs (Tong, Sainsbury et Craig, 2007). Ainsi, les études datant de plus de 10 ans et celles dont l'EM n'était qu'une composante secondaire de l'intervention ont été exclues.

2.1. Expérience des personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne

Explorer l'expérience que vivent les personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne visait à mieux comprendre le phénomène à l'étude. Toutefois, une seule étude qualitative descriptive a été identifiée quant à l'expérience spécifique des personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne (Cleary et al., 2015). Sachant qu'il s'agit majoritairement de personnes âgées qui vivent avec cette maladie (Institut de la statistique du Québec, 2014), l'expérience des personnes vivant avec la maladie coronarienne sans critère d'âge précis a été explorée dans le but de renforcer les données recueillies sur les personnes âgées.

Les personnes vivant avec la maladie coronarienne éprouvent plusieurs impacts psychologiques et physiologiques de la maladie. Les auteurs de trois études qualitatives (Anyadubalu, 2010; Ghezeljeh, Nikravesch et Emami, 2013; Zhu, Ho et Sit, 2011) ont souhaité comprendre l'expérience des personnes vivant avec la maladie coronarienne. Ghezeljeh et al. (2013) ont recruté 24 personnes (x = 54 ans), Zhu et al. (2011) ont sélectionné 11 personnes (x = 66 ans) et Anyadubalu (2010) a interviewé 10 personnes sans mentionner de données quant

à leur âge. Les résultats des trois études sont semblables quant à l'expérience globale des personnes vivant avec la maladie coronarienne. Premièrement, celles-ci peuvent avoir le sentiment qu'elles ont perdu leur vie normale (Ghezeljeh et al., 2013; Zhu et al., 2011). Se considérant auparavant comme une personne forte, aidante, indépendante et active, plusieurs se disent être désormais inactives et dépendantes de la médication ainsi que de leurs proches, ce qui semble plutôt difficile à accepter (Anyadubalu, 2010; Ghezeljeh et al., 2013; Zhu et al., 2011). Les personnes vivant avec la maladie coronarienne éprouvent également plusieurs symptômes psychologiques et émotions reliés à leur maladie comme la peur des complications, la peur de la mort, la frustration, les regrets, la solitude (Anyadubalu, 2010; Ghezeljeh et al., 2013), la peur d'une récurrence (Zhu et al., 2011), l'anxiété et la dépression (Anyadubalu, 2010). Puis, elles ressentiraient des signes et symptômes physiques tels que des douleurs thoraciques, des douleurs aux jambes, une perte d'énergie, des maux de tête, des étourdissements (Anyadubalu, 2010), de la fatigue et le souffle court (Anyadubalu, 2010; Zhu et al., 2011). Les personnes considéreraient ces symptômes comme limitant leurs activités quotidiennes (Anyadubalu, 2010; Ghezeljeh et al., 2013; Zhu et al., 2011).

Quant à la perception de la maladie, celle-ci serait différente selon chaque personne. Alors que certains mentionnent qu'ils n'auraient rien pu faire pour prévenir la maladie (Zhu et al., 2011), d'autres associeraient leurs habitudes de vie à la maladie et, parfois même, se blâmeraient de ne pas être intervenus avant (Ghezeljeh et al., 2013). Face aux nombreux défis rencontrés, les personnes vivant avec la maladie coronarienne utiliseraient diverses stratégies pour tenter de s'y adapter. Entre autres, adopter des comportements de santé, éviter de faire de l'activité physique et consulter un professionnel ou un proche en cas de besoin seraient des stratégies exprimées par les participants dans les études de Ghezeljeh et al. (2013) et de Zhu et al. (2011). Pour les participants à l'étude de Anyadubalu (2010) le temps serait le plus grand facteur favorisant l'acceptation de la maladie. Éviter de faire de l'activité physique permettrait aux participants à l'étude de Zhu et al. (2011) de prévenir l'apparition de douleur thoracique. Ces participants affirment se sentir inquiets face à l'activité physique et ont peur des conséquences sur leur condition (Zhu et al., 2011). Ils désireraient notamment recevoir des conseils sur comment reprendre leurs activités physiques en toute sécurité (Zhu et al., 2011).

Selon une revue systématique (n = 21) examinant la perception de la maladie des personnes avec un diagnostic coronarien en lien avec leur qualité de vie, l'attitude et la perception que possède une personne envers sa maladie affecteraient considérablement son expérience de santé (Foxwell et al., 2013). Les personnes qui attribueraient plus de symptômes à la maladie et qui percevraient plus de conséquences négatives de celle-ci seraient plus susceptibles d'avoir une faible qualité de vie (Foxwell et al., 2013). Ces personnes éprouveraient d'ailleurs n'avoir aucun contrôle sur leur maladie et présenteraient des taux d'anxiété et de dépression élevés (Foxwell et al., 2013). La perception de la maladie et de ses impacts sur la vie de la personne seraient également liés à la prise de décision concernant sa condition. Entre autres, celles qui percevraient leur maladie de façon plus négative seraient moins susceptibles d'entreprendre des changements dans leurs comportements (Foxwell et al., 2013). Les auteurs suggèrent d'intervenir auprès de cette clientèle pour tenter de modifier leurs perceptions face à la maladie, ce qui favoriserait leur santé (Foxwell et al., 2013).

Quant au changement des habitudes de vie, les auteurs d'une méta-ethnographie ont synthétisé 27 études portant sur l'expérience des personnes ayant vécu un événement coronarien (Astin, Horrocks et Closs, 2014). Comme résultats, les auteurs mentionnent que les motivations principales de ces personnes à changer leurs habitudes de vie seraient la peur de la progression de la maladie, d'une récurrence et de la mort. Celles qui se perçoivent chanceuses d'avoir survécu à leur maladie seraient plus motivées à adopter des changements pour regagner le contrôle de leur vie, alors que celles qui croient n'avoir aucune influence sur leur maladie auraient très peu d'intérêt à changer leurs habitudes (Astin et al., 2014). Les personnes tendraient à vouloir modifier l'habitude qui les préoccupe le plus, puisque faire plusieurs changements à la fois ne serait pas réaliste (Astin et al., 2014). Les auteurs mentionnent également que l'un des plus grands défis du changement de comportement chez les personnes vivant avec la maladie coronarienne est que tous vivent des expériences différentes et ne se trouvent pas au même stade de changement, c'est-à-dire que certains sont prêts à changer alors que d'autres le sont moins. Puisque leur engagement envers le changement dépend de leurs propres besoins, les auteurs suggèrent de prodiguer des interventions qui rejoignent les besoins spécifiques de chacun, en lien avec les stades de changement (Astin et al., 2014).

Dans l'étude de Cleary et al. (2015), 28 participants ayant en moyenne 73 ans ont été interviewés dans le but de décrire et de comprendre leurs motivations et leurs barrières à l'exercice physique à 3, 6 et 12 mois suivant une chirurgie de pontage coronarien. Parmi les facteurs facilitants l'exercice, 3 mois après la chirurgie, les participants semblent être motivés par le fait de pouvoir retrouver leurs activités habituelles et d'améliorer leur condition de santé (Cleary et al., 2015). Ceux-ci percevaient, à ce moment, beaucoup moins de barrières à l'activité physique qu'à 6 ou 12 mois de rétablissement. Comme motivation, les participants mentionnent également que lorsque l'activité physique devient une habitude ou une routine, ce comportement est maintenu plus facilement (Cleary et al., 2015). Comme barrière, on s'aperçoit qu'à 3 mois suivants la chirurgie, la principale raison de ne pas faire d'activité physique est de manquer de motivation. À 6 et à 12 mois, les intérêts des participants semblent avoir changé. La principale barrière s'avère alors être que ceux-ci ont des priorités plus importantes que de faire de l'activité physique (Cleary et al., 2015). En lien avec les résultats de leur étude, Cleary et al. (2015) suggèrent de débiter des interventions de modification des habitudes rapidement durant la période de rétablissement suite à une chirurgie de pontage. Cette période semble être celle où les patients sont plus susceptibles d'être motivés à retrouver leur condition et activités qu'ils avaient avant la chirurgie. Ce moment serait donc plus propice à ce que ce comportement devienne une habitude avant que d'autres priorités surviennent. Les auteurs mentionnent également l'importance d'identifier les motivations à l'exercice afin que celles-ci surpassent les barrières et que la personne s'engage dans ce comportement (Cleary et al., 2015). Les participants à cette étude montraient un taux d'engagement à un programme de réadaptation cardiaque plus élevé que la moyenne des gens (Cleary et al., 2015). Ils se pourraient donc que ceux-ci possédaient des perceptions plus favorables à l'activité physique que les personnes âgées en général.

En bref, les personnes aux prises avec la maladie coronarienne vivent des expériences semblables quant aux signes et symptômes physiques et psychologiques ressentis, mais la façon dont ils vivent leur expérience est spécifique à chacun. Le changement de comportement semble être plus facile à adopter lorsqu'il est amorcé en début de rétablissement à la suite d'une chirurgie cardiaque. Toutefois, la perception que possède la personne envers sa maladie semble avoir un impact direct sur l'adoption de comportement de santé et pourrait, ainsi, influencer la

personne dans sa prise de décision. De futures études sur des interventions d'EM pourraient explorer les perceptions des personnes envers leur maladie et amorcer une intervention d'EM en début de rétablissement afin de surpasser les barrières au changement de comportement. Ces résultats pourraient justifier le contenu de l'IIEM, c'est-à-dire en tenant compte de l'influence de la perception de la maladie lors de l'EM ainsi que quant au moment clé pour débiter l'EM lors du rétablissement des patients.

2.2. Sédentarité et promotion de l'activité physique chez les personnes âgées

La sédentarité est reconnue comme étant un facteur menant à plusieurs risques pour la santé. Les auteurs d'une revue systématique ont synthétisé les écrits (n = 23) quant au lien entre le comportement sédentaire des personnes âgées de 60 ans et plus et leur condition de santé (de Rezende et al., 2014). Les résultats montrent que plus les personnes âgées sont sédentaires, plus leur risque de décès est élevé (de Rezende et al., 2014). La sédentarité serait également reliée avec le risque de développer un syndrome métabolique, l'obésité et l'augmentation du tour de taille (de Rezende et al., 2014). Autrement, Vogel et al. (2009) ont mené une revue des écrits quant aux bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes âgées de 60 ans et plus. Faire de l'activité physique régulièrement serait associé à une diminution de la mortalité, aiderait à prévenir la maladie coronarienne, le diabète de type 2, les accidents vasculaires cérébraux et améliorerait le profil lipidique et la pression artérielle (Vogel et al., 2009).

Quant aux personnes d'âge très avancé, Muscari et al. (2017), dans leur étude longitudinale prospective, ont évalué l'effet de l'activité physique chez les 85 ans et plus. Les auteurs stipulent que la mortalité de ces personnes serait directement reliée au statut fonctionnel, dont particulièrement le niveau d'activité physique (Muscari et al., 2017). Auprès des 500 personnes participant à l'étude (x = 89 ans), près de 50% des personnes âgées ayant un niveau d'activité physique élevé ont survécu jusqu'à la fin de l'étude, comparativement à 22,7% des personnes ayant un niveau d'activité physique modéré et à 10,6% des personnes ayant un niveau d'activité physique faible (Muscari et al., 2017). Toutefois, puisque les participants étaient âgés de 85 ans et plus, nous ne savons si ces résultats peuvent se généraliser à une clientèle de 65 ans et plus. Les participants de cette présente étude avaient, au préalable, participé à une première étude et seulement 44,7% du total des participants de la première étude ont accepté de participer à la seconde. Il se peut donc que les participants ayant refusé de

participer étaient ceux qui se trouvaient en mauvaise condition de santé et que les niveaux de mortalité soient davantage élevés. Les résultats demeurent tout de même concluants quant aux bienfaits de l'activité physique chez les personnes plus âgées (Muscari et al., 2017).

Bien que nous connaissions les risques reliés à la sédentarité et les bienfaits de l'activité physique, il demeure important de se questionner sur les facteurs qui influencent la prise de décision d'une personne âgée pour adopter ce comportement. À ce sujet, une revue systématique menée par Franco et al. (2015) offre une synthèse de la littérature quant aux facteurs facilitants et contraignants à l'activité physique des personnes âgées. À travers les 132 études retenues provenant de 24 pays différents, on retrouve un total de 5987 participants âgés de 60 à 89 ans. Des thèmes majeurs sont ressortis de cette synthèse, soit l'influence sociale, les limitations physiques, les difficultés d'accessibilité, les priorités, les bénéfices personnels et la motivation. L'influence sociale montre que les personnes âgées trouvent parfois difficile de faire de l'activité physique vu le manque de soutien et d'encouragement (Franco et al., 2015). Alors que certains perçoivent le côté social de l'activité physique de façon positive, d'autres sont parfois intimidés et moins confiants de leur capacité fonctionnelle, ce qui les rend moins à l'aise (Franco et al., 2015). Concernant les limitations physiques, les symptômes ressentis par les personnes âgées (ex. : douleur, étourdissement, souffle court) influenceront l'adoption de ce comportement. Certains vont éviter l'activité physique lorsqu'ils ressentent ces symptômes alors que d'autres vont l'utiliser comme méthode de soulagement (Franco et al., 2015). La peur de chuter, se sentir inapte vu leur condition de santé et avoir des priorités plus importantes sont d'autres contraintes exprimées par les personnes âgées (Franco et al., 2015). Dans plus de la moitié des études synthétisées, les participants mentionnaient que le manque de motivation et l'environnement étaient des barrières à l'activité physique (Franco et al., 2015). Notamment, le transport, la température, l'absence d'un programme d'entraînement ou d'équipement seraient considérés comme des difficultés environnementales. Les personnes âgées préféreraient marcher dans un endroit sécuritaire comme un centre commercial ou un parc qui possède un sentier. Concernant les facteurs facilitants l'exercice, les bénéfices personnels mentionnés par les personnes âgées seraient l'amélioration de leur force, de leur flexibilité, de leur sentiment de bien-être, de leur santé, de leur sentiment de confiance et de leur indépendance (Franco et al., 2015). Finalement, malgré les bienfaits connus concernant l'activité physique, plusieurs

personnes âgées continueraient de croire que ce n'est pas nécessaire pour elles, puisque leur condition se détériorera inévitablement dû à leur âge (Franco et al., 2015).

Costello, Kafchinski, Vrazel et Sullivan (2011) ont, de leur côté, mené une étude qualitative ayant pour but de comprendre les motivations, les barrières et les perceptions quant à l'activité physique de 30 personnes âgées de 60 à 94 ans. Selon les résultats, les personnes âgées seraient motivées à s'activer pour maintenir leur état de santé (Costello et al., 2011). Chez les participants considérés comme étant actifs, les barrières à l'activité physique étaient moindres (n = 2) que chez les participants inactifs (n = 6). Cela comprend le manque de temps, les blessures potentielles, le manque de discipline et de motivation, l'ennui et la timidité (Costello et al., 2011). Les auteurs ont éprouvé de la difficulté à recruter des participants ayant un niveau d'activité faible, c'est pourquoi 70% des participants à l'étude étaient considérés déjà actifs (Costello et al., 2011). Les résultats sont alors plus difficilement transférables à une population de personnes âgées sédentaires, qui, elles, pourraient avoir des motivations et des barrières différentes.

En résumé, la sédentarité étant reconnue comme un important facteur de risque cardiovasculaire et de mortalité, les personnes âgées ne sont pas toujours d'avis que modifier leur comportement sédentaire est nécessaire. Par ailleurs, plusieurs aspects influencent l'adoption de l'activité physique auprès de ces personnes. Lorsqu'elles perçoivent de nombreux obstacles et peu de motivation, elles sont moins susceptibles de s'adonner à ce comportement. En franchissant ces barrières et en faisant évoquer les motivations, les personnes âgées pourraient possiblement réduire leur comportement sédentaire, ce qui serait bénéfique pour leur santé. Les obstacles présentés par les aînés en lien avec la réalisation d'activités physiques justifient la nécessité de réaliser des études sur des interventions qui feront émerger la motivation des personnes âgées pour qu'elles surpassent leurs barrières et qu'elles augmentent leur niveau d'activité physique.

2.3. Assises théoriques

2.3.1. Entretien motivationnel

Selon Miller et Rollnick (2009), plusieurs décrivent une intervention d'EM qui diverge des principes du concept original. Les interventions d'EM étant adaptées par chaque

professionnel qui l'utilise selon sa propre compréhension, il demeure important de clarifier sa définition afin de respecter les principes de base. Nous tenterons donc, dans les paragraphes qui suivent, d'expliquer ce qu'est et ce que n'est pas l'EM en s'appuyant sur les définitions de Miller et Rollnick (2013).

L'objectif de l'EM est d'aider la personne à résoudre son ambivalence envers le changement. Le concept général de l'EM est de se baser sur les propres valeurs et intérêts de la personne à travers des conversations collaboratives. Selon Miller et Rollnick (2013), il existe quatre principes à l'EM : 1) éviter le réflexe correcteur où l'on impose un changement à la personne; 2) écouter avec empathie afin de favoriser l'expression des sentiments; 3) explorer les motivations intrinsèques de la personne et; 4) encourager le sentiment d'auto-efficacité, c'est-à-dire la croyance qu'elle possède les capacités à réaliser le changement. Pour que l'EM soit efficace, des savoir-faire doivent essentiellement être appliqués par les professionnels : 1) valoriser : explorer et souligner les forces, les efforts et les succès; 2) résumer : mentionner les propos de la personne en lien avec le changement; 3) poser des questions ouvertes : poser une question qui ne se répond pas par oui ou par non afin de faciliter l'expression de la personne; 4) refléter : communiquer une hypothèse à la personne de ce que l'on perçoit de ses émotions et; 5) informer et conseiller : donner de l'information en lien avec le changement à partir des connaissances de la personne. En guidant la personne à l'aide de ces principes, celle-ci peut par la suite évoquer un changement pour elle-même (Miller et Rollnick, 2013).

L'EM reconnaît l'attitude ambivalente des personnes, soit le fait de percevoir autant d'avantages que d'inconvénients à changer un comportement (Miller et Rollnick, 2013). Les comportements naturels des professionnels face à une personne qui maintient une habitude néfaste pour sa santé sont souvent de les conseiller à changer celle-ci. En plus d'être une intervention inefficace auprès de ces personnes, cela engendre même fréquemment l'effet contraire que celui souhaité. Cela s'explique par le fait que les individus prennent conscience de leurs propres croyances et attitudes en s'entendant parler eux-mêmes (Miller et Rollnick, 2013). Donc, les aider en les faisant exprimer sur les raisons pour lesquelles ils adopteraient un changement les rendrait davantage engagés et confiants envers celui-ci. De cette façon, l'EM n'est pas d'imposer à une personne de changer un comportement souhaité pour son bien-être. Il s'agit plutôt de respecter ses choix de comportements et de l'accompagner dans son

cheminement selon ses propres intérêts (Miller et Rollnick, 2009). Si une personne n'éprouve aucune motivation à changer un comportement, nous ne pouvons, en tant que professionnel, créer cette motivation. Nous pouvons toutefois l'amener à s'exprimer sur ses arguments face au changement souhaité, ce qu'est l'EM (Miller et Rollnick, 2009).

La confiance et la conviction seraient également des facteurs à considérer dans le changement de comportements. En effet, selon Miller et Rollnick (2013), les niveaux de conviction et de confiance de la personne seraient prédictifs du changement. La confiance est le sentiment de croyance en ses capacités envers le changement, alors que la conviction est la perception des avantages à changer (Miller et Rollnick, 2013). Lorsque les niveaux de conviction et de confiance de la personne sont faibles, les auteurs suggèrent de les renforcer, car ils pourraient faire obstacle au changement.

Selon Miller et Rollnick (2013), le processus d'EM comprend quatre phases, soit l'engagement dans la relation, la focalisation, l'évocation et la planification (Miller et Rollnick, 2013). Il ne s'agit pas d'une technique durant laquelle il faut suivre des étapes très précises (Miller et Rollnick, 2009), mais bien d'une conversation collaborative dont les phases évolueront différemment selon chaque situation. Les phases sont à la fois séquentielles et récursives, dans le sens où elles apparaissent dans l'ordre où elles sont présentées, mais qu'elles peuvent se répéter et se chevaucher tout au long d'une séance. Les phases de l'EM sont exposées à la figure 1.

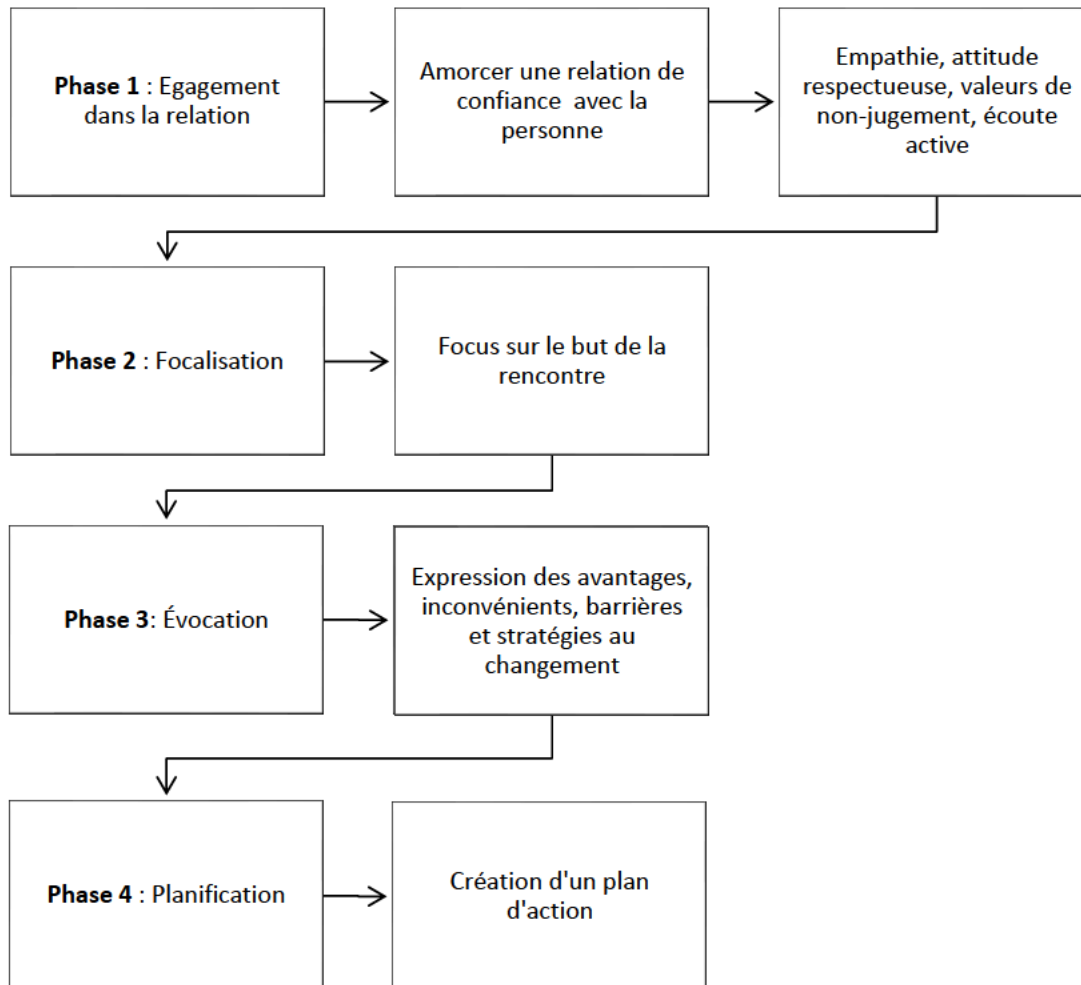


Figure 1. Schéma présentant les quatre phases de l'EM.

L'engagement dans la relation est une étape primordiale au début de chaque entretien, car cela permet d'établir une relation de confiance avec la personne et une relation de travail dont bénéficieront à la fois le professionnel et le client (Miller et Rollnick, 2013). La phase de focalisation vise, quant à elle, à maintenir l'entretien orienté vers l'objectif souhaité (Miller et Rollnick, 2013). Puis, la phase d'évocation permet de faire émerger les motivations de la personne en la laissant s'exprimer sur son raisonnement face au changement (Miller et Rollnick, 2013). Enfin, la planification constitue le moment où la personne commence à réfléchir à ce qu'elle pourrait faire pour changer ses habitudes et les impacts de ce changement dans sa vie. À cette phase, on commence alors à planifier un changement (Miller et Rollnick, 2013). En résumé, l'engagement dans la relation se déroule en continu tout au long de l'EM. L'emphase y

est mise au début de la relation, sans quoi un changement ne pourrait se créer. Toutefois, il nécessite d'être entretenu continuellement. La focalisation demeure un pré requis à l'évocation et à la planification, car on ne peut amorcer un changement sans avoir établi un objectif au préalable.

2.3.2. Modèle transthéorique du changement

Nous avons retenu le modèle transthéorique du changement (MTC) de Prochaska et DiClemente (1984) comme assise théorique à la présente étude en raison de son apport essentiel à l'intervention infirmière. En effet, ce modèle favorise la compréhension du processus de changement que traverse une personne qui tente de modifier un comportement. Cette compréhension est non seulement essentielle pour l'infirmière qui souhaite accompagner une clientèle à changer un comportement, mais elle permet également de s'assurer de répondre aux besoins individuels et à l'expérience unique de chaque personne qui tente de changer un comportement. Ce modèle reflète d'ailleurs des éléments principaux de la discipline infirmière, soit de prodiguer des soins centrés sur la personne en respectant son propre cheminement (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). Le concept central du MTC est que le changement de comportement repose sur le passage d'une personne à travers une série de six stades de changement, soit la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la rechute (Prochaska et DiClemente, 1984). Ces phases sont vécues dans le même ordre pour tous, mais leur durée différera en fonction des besoins de chacun. Certaines vont traverser les quatre premières phases rapidement pour se rendre au maintien alors que d'autres vivront ce processus de façon plus complexe en passant plus de temps en phase de précontemplation ou en rechute. Le modèle est présenté à la figure 2.

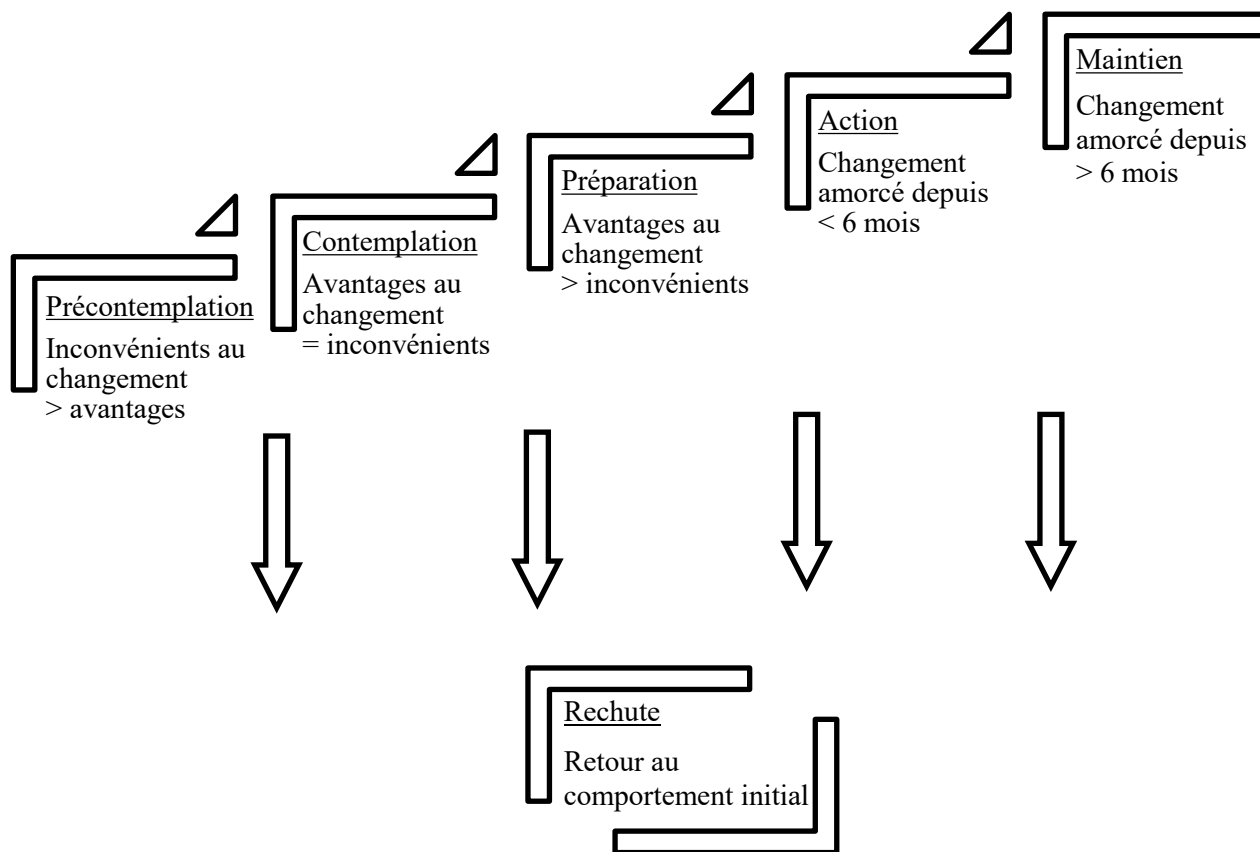


Figure 2. Modèle transthéorique du changement inspiré de Prochaska et DiClemente (1984) et de Bédard (s. d.).

En phase de précontemplation, la personne résiste au changement, c'est-à-dire qu'elle ne pense pas sérieusement à adopter un changement de comportement. Elle peut ne pas reconnaître le problème ou ne pas être informée des effets néfastes de celui-ci (Prochaska et DiClemente, 1984). Lors de la phase de contemplation, la personne est ambivalente face au changement, c'est-à-dire qu'elle reconnaît qu'elle éprouve un problème et pense sérieusement à changer, mais n'est pas encore engagée à le faire. Elle pourrait alors entreprendre un changement d'ici 6 mois (Prochaska et DiClemente, 1984). Durant la phase de préparation, la personne est convaincue des bienfaits du changement et en entreprendra un dans le prochain mois (Prochaska et DiClemente, 1984). Dans la phase d'action, la personne a amorcé des changements au cours des 6 derniers mois. Elle nécessite, à ce stade, de l'aide pour identifier des stratégies plus efficaces. En phase de maintien, la personne a entamé des changements

significatifs depuis plus de 6 mois et doit maintenant les maintenir et prévenir les rechutes (Prochaska et DiClemente, 1984). Quant au stade de rechute, il se produit lorsque les stratégies de maintien échouent. La personne retourne alors à son comportement problématique et donc à une phase précédente. Ce stade s'accompagne fréquemment d'un sentiment d'échec et de frustration, ce qui peut amener la personne à se remettre en question quant à la décision prise concernant le changement (Prochaska et DiClemente, 1984).

Bien que l'EM soit relié aux stades de changement du MTC de Prochaska et DiClemente (1984), l'EM n'est pas basé sur ce dernier (Miller et Rollnick, 2013; Prochaska et DiClemente, 1984). L'EM et le MTC seraient plutôt interreliés, c'est-à-dire qu'ils existent l'un sans l'autre, mais qu'ils peuvent être utilisés conjointement. D'ailleurs, utilisés ensemble, l'EM et le MTC permettent à l'infirmière d'intervenir pour faire évoquer le changement chez une personne en fonction du stade de changement dans lequel elle se trouve, ce qui serait optimal (van Nes et Sawatzky, 2010). En se basant sur le centre d'intérêt de la discipline infirmière, l'infirmière se doit d'intervenir auprès d'une personne tout en respectant son expérience et son unicité (Pepin et al., 2010). Ainsi, la combinaison de ces deux concepts semble rejoindre davantage le centre d'intérêt de la discipline infirmière, puisque cela permet d'accompagner une personne à changer un comportement de façon spécifique à ses besoins dans son cheminement envers le changement de comportement.

2.4. Écrits empiriques sur l'entretien motivationnel

2.4.1 Entretien motivationnel auprès d'une clientèle âgée

L'EM ayant été largement étudié auprès des adultes, qu'en est-il de l'EM auprès d'une clientèle âgée? Vu le peu de connaissances actuelles entourant ce sujet, une revue narrative des écrits a été réalisée et a été publiée dans *La Gérotoise*, une revue de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie. Présenté ci-dessous avec l'autorisation de la présidente de la revue, cet article expose les écrits recensés quant à l'EM pour accompagner les personnes âgées à adopter des comportements de santé.

Accompagner les personnes âgées à adopter des comportements de santé à l'aide de l'entretien motivationnel : une revue narrative des écrits

Audrey Lavoie, inf., Ét. M. Sc. ; Véronique Dubé, inf., Ph. D.

Résumé

Durant les prochaines années, le nombre de personnes âgées doublera au Québec. Cette hausse s'accompagnera inévitablement d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Sachant qu'elles seraient notamment attribuables aux habitudes de vie, c'est-à-dire aux comportements nuisibles à la santé adoptés par les individus, des interventions infirmières doivent être mises en place pour les accompagner à modifier ces comportements. L'entretien motivationnel, une intervention visant à faire surgir les motivations au changement, semblerait favoriser le changement de comportement. Les écrits scientifiques sont toutefois restreints quant à son utilisation auprès des personnes âgées. Basé sur une revue narrative des écrits, cet article a pour but de faire état des connaissances empiriques actuelles sur l'entretien motivationnel auprès de cette clientèle. Les moteurs de recherche CINAHL et MEDLINE ont été consultés avec les mots-clés « personne âgée » et « entretien motivationnel ». La qualité des articles retenus a été évaluée à l'aide des grilles d'analyse CONSORT et AMSTAR. Comme résultats, on constate que l'entretien motivationnel est favorable au changement de comportement chez les aînés. Toutefois, dans les études recensées, ces interventions sont très diversifiées, c'est pourquoi il est difficile d'établir des recommandations face aux composantes d'interventions optimales. De nouvelles études devront être réalisées pour combler certaines connaissances dans la littérature quant à l'entretien motivationnel chez les personnes âgées.

Mots clés : Personne âgée, entretien motivationnel, comportement de santé, habitudes de vie, maladies chroniques.

Problématique

Actuellement, 14% des Québécois sont âgés de 65 ans et plus. En 2056, on prévoit que ce nombre doublera, passant à 28% (Gouvernement du Québec, 2012). En vieillissant, les personnes âgées se voient de plus en plus vivre avec des problèmes de santé chroniques tels que l'arthrite, l'hypertension, les maladies cardiaques et le diabète (Statistique Canada, 2015b). En plus d'être reliées au vieillissement et à des facteurs non modifiables tels que l'hérédité, les habitudes de vie des individus auraient une grande influence sur leur santé. Elles seraient la cause de la majorité des maladies chroniques et peuvent être modifiées (Organisation mondiale de la Santé, 2018). Afin de favoriser la santé, des comportements sains tels que l'abstention du tabagisme, la réalisation d'activité physique régulièrement, le maintien d'une alimentation équilibrée et d'un poids santé doivent être adoptés (Organisation mondiale de la Santé, 2018).

L'adoption de comportements de santé est toutefois un processus complexe. Il nécessite que les personnes changent leurs comportements quotidiens. Plusieurs processus psychologiques sont responsables du changement et vont influencer la personne dans sa décision de l'amorcer. Entre autres, elle doit avoir un niveau de conviction et de confiance élevé (Miller et Rollnick, 2013). Cela dit, la personne doit percevoir les bénéfices de ce comportement par rapport à ses anciennes habitudes et elle doit être confiante en ses capacités à le réaliser. De plus, chaque individu ne se retrouve pas au même stade dans le processus de changement (Prochaska et DiClemente, 1984). Une personne qui se sent prête à modifier un comportement sera beaucoup plus susceptible de l'adopter et de le maintenir que celle qui n'y voit aucun avantage ou qui ne croit pas en ses capacités à y arriver (Miller et Rollnick, 2013). Pour ces raisons, les interventions traditionnelles qui ne tiennent pas compte des motivations des personnes et de leur état de préparation face au changement sont souvent inefficaces pour les accompagner. Des stratégies qui prennent en considération ces facteurs doivent être considérées afin de limiter les répercussions des maladies chroniques auprès des personnes âgées.

L'infirmière est appelée à intervenir pour prévenir la maladie et les complications qui y sont associées. De plus, elle doit promouvoir de saines habitudes de vie afin de favoriser le maintien de la santé et du bien-être de la personne (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2010). Ainsi, lorsqu'elle intervient auprès d'une clientèle qui présente des

comportements à risque pour sa santé, il est de son rôle d'élaborer ou de mettre en place des interventions visant à prévenir les complications et à favoriser la santé.

À ce sujet, l'entretien motivationnel (EM) est une approche pouvant être utilisée par les infirmières pour accompagner toute clientèle à changer un comportement. Il s'agit d'un style de conversation collaborative qui a pour but de faire surgir et de renforcer la motivation d'une personne envers le changement de comportement (Miller et Rollnick, 2013). L'objectif central de l'EM est de reconnaître l'ambivalence de la personne, c'est-à-dire le fait qu'elle perçoive autant d'avantages que d'inconvénients au changement. Les principes de l'EM sont d'éviter le réflexe correcteur d'imposer un changement, d'écouter la personne avec empathie, d'explorer les motivations intrinsèques et d'encourager le sentiment d'auto-efficacité (Miller et Rollnick, 2013). L'EM prône également des savoir-faire essentiels, dont la valorisation des forces, la formulation de questions ouvertes et le reflet. L'EM est relié au modèle transthéorique du changement (MTC) de Prochaska et DiClemente (1984), qui explique le processus que traverse une personne lorsqu'elle tente de changer un comportement. Ce dernier comporte six étapes, soit la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la rechute. Ces étapes sont également appelées « stades de changement », puisqu'elles permettent de situer la personne dans son état de préparation au changement. L'EM, utilisé conjointement avec le MTC, permet à l'infirmière d'accompagner une personne à cheminer dans les stades de changements afin qu'elle initie et maintienne des comportements de santé et ainsi, qu'elle l'améliore (van Nes et Sawatzky, 2010).

L'EM étant vastement étudié auprès des adultes, les écrits scientifiques sont plus limités lorsqu'il s'agit de l'EM spécifiquement auprès des personnes âgées. D'ailleurs, une seule revue systématique et une revue des écrits ont été identifiées quant à l'EM visant le changement de comportement auprès d'elles (Cummings, Cooper et Cassie, 2009; Purath et al., 2014). Dans cette optique, le but de cette étude est de dresser l'état des connaissances empiriques actuelles sur l'EM auprès des personnes âgées afin de favoriser l'adoption de comportements de santé.

Méthode

Afin de répondre au but, une revue narrative des écrits a été réalisée. Elle permet d'offrir une compréhension en profondeur d'un phénomène en synthétisant et en critiquant un corpus

de connaissances entourant un sujet (Cronin, Ryan et Coughlan, 2008). De plus, elle aide à identifier certains manques dans la littérature qui pourraient être comblés par la réalisation de nouvelles études (Cronin et al., 2008).

Stratégie de recherche

Les moteurs de recherches CINAHL et MEDLINE ont été consultés avec les mots-clés suivants : *Motivational interviewing, older adult, elderly, elderly care, geriatric care, older people, old age*. Différents critères ont déterminé le choix des articles sélectionnés : 1) le but de l'étude porte sur l'EM favorisant l'adoption d'un comportement de santé chez les personnes âgées, 2) son année de publication se situe entre 2008 et 2018 et 3) sa langue de rédaction est française ou anglaise.

Évaluation de la qualité des écrits

La grille d'évaluation CONSORT a été utilisée pour évaluer les écrits à devis quantitatif (CONSORT, 2010) alors que la grille AMSTAR a été utilisée pour la revue systématique (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2010). Ces grilles permettent d'évaluer la qualité méthodologique des écrits. Elles présentent des critères à retrouver dans les études afin de s'assurer de la fiabilité des résultats. Notamment, la qualité méthodologique des études a été évaluée en fonction du devis, de l'échantillon, de la description (contexte et contenu) et de la fidélité à l'intervention d'EM.

Résultats

Caractéristiques des écrits

Au total, huit articles ont été retenus sur les 173 identifiés. La stratégie de recherche a d'ailleurs permis de recenser une revue systématique, une revue des écrits, ainsi que six essais randomisés contrôlés (ERC) qui portent principalement sur l'évaluation des effets de l'EM quant à l'adoption de comportements de santé chez les personnes âgées. Alors que les revues s'intéressent à divers comportements (ex. : tabagisme, alimentation, gestion du diabète), tous les ERC identifiés sont consacrés à l'augmentation du niveau d'activité physique. Les participants de ces études étaient des personnes âgées entre 50 et 81 ans, majoritairement aux

prises avec un problème de santé ou présentant un comportement à risque pour elles. Les études se sont déroulées aux États-Unis (2), au Canada (1), en Finlande (2), en Chine (1), en Corée (1) et en Angleterre (1). Un résumé et une critique des écrits recensés sont présentés ci-après.

L'adoption de comportements de santé chez les personnes âgées

Dans leur revue systématique, Purath et al. (2014) s'intéressent aux écrits (n = 8) portant sur les interventions d'EM auprès des personnes âgées de 60 ans et plus pour amorcer des changements dans les comportements de santé. De façon générale, à travers les ERC recensés, l'EM semblait efficace pour adopter des comportements tels que l'activité physique, une saine alimentation et la gestion du diabète (Purath et al., 2014). Les interventions mises à l'essai sont peu décrites dans la majorité des écrits (Purath et al., 2014), ne nous permettant pas d'évaluer si les principes de l'EM (ex. : favoriser le sentiment d'auto-efficacité, explorer les motivations) sont respectés. Les auteurs mentionnent également que la fidélité à l'intervention est peu rapportée dans les études primaires. Il est donc difficile de s'assurer que les interventions ont été prodiguées telles que planifiées.

Cummings et al. (2009) ont réalisé une revue des écrits quant à l'efficacité de l'EM pour promouvoir le changement des habitudes de vie et améliorer le fonctionnement des personnes âgées qui vivent des problèmes de santé importants. Brièvement, parmi les articles recensés (n = 15), il est constaté que l'EM permet des changements significatifs quant à la perte de poids, à l'augmentation de la durée et de la fréquence des activités physiques, à la diminution de consommation de sodium, à la diminution de la pression artérielle, au contrôle du taux de glucose sérique et à la cessation tabagique. Cependant, le changement de comportement semble se dissiper dès les premiers mois suivants la fin de l'intervention. Les auteurs soutiennent la nécessité d'identifier les composantes d'intervention qui favoriseraient le maintien du changement.

En bref, les auteurs des deux revues soutiennent que l'EM est une intervention favorable au changement de comportement chez les personnes âgées (Cummings et al., 2009; Purath et al., 2014). Ils s'entendent également sur l'importance d'une description détaillée des interventions d'EM lors de futures études afin de pouvoir en évaluer l'efficacité. Toutefois, à travers les deux revues, il est constaté que la majorité des articles recensés ont été publiés il y a

plus de 10 ans. Durant les dernières années, le phénomène de vieillissement de la population, l'avancement des connaissances issues de la prévention des maladies chroniques et l'adoption de nouvelles politiques publiques favorables à la promotion des saines habitudes de vie pourraient avoir provoqué une vague de changement dans ce domaine. Par le fait même, le contexte dans lequel les interventions d'EM ont été réalisées était possiblement différent. Les plus récentes interventions pourraient présenter de nouvelles composantes (ex. : intensité des séances plus élevée, contenu adapté aux plus récentes recommandations quant aux habitudes de vie saines) afin de répondre au contexte de santé actuel.

La promotion de l'activité physique chez les personnes âgées

Un total de six essais randomisés contrôlés (ERC) a été consacré à l'évaluation des effets de l'EM pour augmenter le niveau d'activité physique des personnes âgées, en plus de s'intéresser à d'autres facteurs tels que la douleur, les stades de changement et le sentiment d'auto-efficacité.

Lilienthal, Pignol, Holm et Vogeltanz-Holm (2014) ont mené un ERC au Canada auprès de 86 personnes âgées de 55 ans et plus dans le but d'évaluer les effets de l'EM sur l'augmentation du niveau d'activité physique. L'EM comprenait quatre appels téléphoniques dispensés aux participants par un doctorant en psychologie préalablement formé à l'EM. D'une durée de 50 minutes chaque semaine, les appels étaient consacrés à l'évaluation du niveau d'activité physique, du stade de changement et des niveaux de confiance et de conviction. En plus d'encourager les participants, les préférences quant aux activités physiques, les barrières et les stratégies étaient explorées. Le groupe expérimental (GE) ayant bénéficié de l'intervention était comparé à un groupe contrôle (GC) recevant uniquement un guide d'activité physique. À la suite de l'intervention ainsi que 6 mois plus tard, les auteurs ont pu observer un plus grand sentiment d'auto-efficacité ($p < 0,05$), une meilleure progression dans les stades de changement ($p < 0,05$) et une plus grande dépense calorique reliée à l'activité physique dans le GE ($p < 0,05$) (Lilienthal et al., 2014). Toutefois, à 6 mois, les participants des deux groupes ont vu une diminution significative dans leur niveau d'activité physique (Lilienthal et al., 2014). Bien que les changements ne se soient pas maintenus au suivi de 6 mois et que des stratégies pour le maintien du comportement devraient être envisagées, ces résultats montrent qu'une intervention

d'EM est favorable à l'augmentation du niveau d'activité physique des personnes âgées. La majorité des participants dans cette étude étaient en bonne santé générale et déjà très actifs avant l'intervention. Les résultats auprès de personnes âgées sédentaires ou vivant avec une maladie pourraient différer. De plus, les auteurs ne rapportent pas la fidélité à l'intervention, il est donc impossible de déterminer si celle-ci a été réalisée tel que planifiée.

Rasinaho et al. (2011) ont effectué un ERC auprès d'une population finlandaise de 632 personnes sédentaires âgées de 75 à 81 ans afin d'examiner les effets d'une intervention d'EM combinée au MTC sur l'activité physique. Alors que les participants du GC ne recevaient pas d'intervention, ceux du GE bénéficiaient d'une séance d'EM d'une heure avec un physiothérapeute afin d'établir un plan d'exercice, en plus d'un suivi téléphonique trois fois par année pendant 2 ans (Rasinaho et al., 2011). À la fin de l'intervention, les auteurs ont perçu des résultats significatifs dans le GE quant à l'adoption de comportements d'activité physique tels que la musculation ($p = 0,043$) et l'aquagym ($p < 0,001$) (Rasinaho et al., 2011). Aucun résultat significatif n'a été démontré à travers d'autres activités (marche, entraînement supervisé). À 18 mois post-intervention, le niveau d'activité physique des participants du GE est retourné aux valeurs initiales; les participants n'ayant pas maintenu leurs comportements (Rasinaho et al., 2011). Selon la description de l'intervention, bien que certaines techniques de l'EM ont été utilisées (questions ouvertes, exploration des barrières), les chercheurs semblaient prodiguer davantage de conseils pour motiver les participants, alors que les principes de l'EM cherchaient plutôt à faire surgir les motivations de la personne afin qu'elle évoque le changement par elle-même.

Tse, Vong et Tang (2013) ont mené, en Chine, un ERC auprès de 56 personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec des douleurs chroniques. De façon hebdomadaire durant huit semaines, les participants du GE prenaient part à une séance d'EM de 30 minutes en groupe concernant la gestion de la douleur et l'activité physique en plus de séances d'exercice physique, le tout dispensé par une infirmière et un physiothérapeute dans un centre. Durant ces moments, en plus de recevoir de l'enseignement, ils étaient invités à échanger sur leurs expériences (stratégies, obstacles) de gestion de la douleur. Suite à ces séances, les participants du GE ont vu leur douleur diminuée ($p = 0,002$), leur sentiment d'auto-efficacité augmenté ($p = 0,022$) et leur mobilité physique améliorée ($p = 0,004$) par rapport au GC qui, n'ayant pas reçu

l'intervention, a maintenu un programme d'activité physique habituel (Tse et al., 2013). Les auteurs mentionnent que la motivation à l'exercice des personnes âgées vivant avec des douleurs chroniques est généralement faible, alors que les participants à l'étude devaient déjà être motivés initialement puisqu'ils étaient en majorité très actifs. Dans ce contexte, il est difficile d'être certains que l'intervention répond réellement au besoin des personnes âgées vivant avec des douleurs chroniques.

von Bonsdorff et al. (2008) se sont penchés sur une intervention d'EM afin d'accroître le niveau d'activité physique de 1310 personnes sédentaires, âgées entre 75 et 81 ans. Le but recherché était d'évaluer ses effets sur les incapacités dans les activités instrumentales quotidiennes (ex. : cuisiner, magasiner, faire la lessive). Alors que le GC n'a pas reçu d'intervention, une séance d'EM était offerte par un physiothérapeute aux participants du GE d'une durée d'une heure afin d'explorer les intérêts et les stratégies pour intégrer de l'activité physique à la routine quotidienne. Par la suite, des appels téléphoniques dont la durée n'est pas précisée, ont été réalisés chaque 4 mois pendant 2 ans (von Bonsdorff et al., 2008). À la fin de l'intervention, les auteurs ont rapporté une hausse du niveau d'activité physique des participants du GE ($p = 0,009$). Par contre, les incapacités dans les activités instrumentales des deux groupes auraient augmenté ($p < 0,001$). Alors qu'aucune amélioration significative n'a été démontrée chez les participants qui présentaient au préalable des incapacités dans les activités instrumentales, l'intervention aurait toutefois prévenu l'apparition d'incapacités chez les participants qui n'en présentaient pas initialement. Ces résultats peuvent laisser croire qu'une séance d'EM combinée à des suivis téléphoniques est suffisante pour créer un changement au comportement sédentaire des aînés, mais que cela n'a pas d'impact sur les incapacités dans les activités instrumentales des personnes qui en souffrent déjà.

Song, Yong et Hur (2014) ont mené un ERC pour évaluer les effets d'une intervention de soutien à l'autogestion sur la capacité d'exercice physique, la qualité de vie et l'adhérence aux soins (médication et activité physique) de 40 personnes âgées de 65 et 75 ans en réadaptation pulmonaire. Prodiguée par une infirmière, l'intervention d'EM incluait cinq séances (deux durant l'hospitalisation, une en clinique externe et deux suivis téléphoniques) portant sur la gestion de la maladie, l'ambivalence aux soins et la pratique d'exercices physiques. Les participants du GC ont reçu des soins usuels, soit de l'enseignement sur la

gestion de la maladie et sur l'activité physique. Comme résultats, les participants du GE ont vu une amélioration dans l'adhérence aux autosoins reliés à la médication ($p = 0,047$) et à l'exercice ($p = 0,003$) à 2 mois post-intervention. Bien que l'intervention n'ait pas eu d'effet sur la capacité d'exercice, ces résultats peuvent suggérer qu'une intervention d'EM comprenant trois séances en face à face et deux séances de relance téléphonique est favorable à l'augmentation du niveau d'activité physique des personnes âgées vivant avec une maladie chronique, et ce, jusqu'à 2 mois post-intervention.

Brodie, Inoue et Shaw (2008) se sont intéressés à une intervention d'EM auprès de 60 personnes âgées de 65 ans et plus souffrant d'insuffisance cardiaque dans le but d'en évaluer l'efficacité sur la qualité de vie et la motivation à changer les habitudes de vie. Les participants à cette étude étaient assignés à l'un des trois groupes suivants : 1) les soins standards (information et conseils sur l'activité physique), 2) l'intervention d'EM et 3) l'intervention d'EM en plus des soins standards. L'intervention d'EM consistait en huit séances d'une heure à domicile prodiguées par un chercheur sans qualification clinique, mais expert en EM. Dans ces séances étaient explorées les motivations à intégrer l'activité physique dans la vie des participants ainsi que les barrières et les stratégies pour y arriver. À 5 mois post-intervention, les auteurs ont perçu une diminution des limitations reliées au fonctionnement physique ($p = 0,017$) et social ($p = 0,03$) pour les participants de tous les groupes. Cependant, suite à une analyse *post hoc*, les résultats se sont révélés plus évidents dans le groupe ayant reçu l'intervention d'EM et plus faibles dans le groupe ayant reçu uniquement des soins réguliers. Alors que les auteurs rapportent que la majorité des participants ont présenté une plus grande motivation en progressant dans les stades de changement, aucune analyse statistique n'a été réalisée pour évaluer les différences de progression entre les groupes. Dans cette étude, les auteurs ont affirmé avoir éprouvé de la difficulté avec la dispensation de l'intervention d'EM à domicile sans avoir de durée standardisée pour les séances et en raison du manque de qualification clinique de l'intervenant. En effet, les participants aspiraient à recevoir des informations de nature clinique à travers les séances d'EM; que ne pouvait leur offrir l'intervenant. Également, les séances pouvaient être difficiles à clore en raison du manque de durée prédéterminée.

En somme, à travers les études recensées, l'EM s'est montré favorable à l'adoption d'activité physique chez les personnes âgées, en plus de créer des effets positifs sur d'autres paramètres tels que le sentiment d'auto-efficacité, la dépense calorique, la mobilité, le soulagement de la douleur et la diminution des limitations physiques et sociales. Les changements ont toutefois été constatés durant les deux premiers mois suivant la fin de l'intervention d'EM et ne se sont pas maintenus dans le temps (18 mois). Pour ce qui est des autres comportements de santé tels que la perte de poids, la saine alimentation et la gestion du diabète, les résultats reflètent que l'EM facilite également le changement chez les personnes âgées, bien que la majorité de ces écrits datent de plus de 10 ans.

Discussion

Compte tenu des résultats positifs obtenus à travers la majorité des écrits recensés (Cummings et al., 2009; Lilienthal et al., 2014; Moral et al., 2015; Purath et al., 2014; Rasinaho et al., 2011; Song et al., 2014; Tse et al., 2013), il semble que les interventions d'EM soient favorables à l'adoption de comportements sains auprès d'une clientèle âgée. On constate toutefois que les composantes des interventions à l'étude sont très diversifiées. Celles-ci comprennent un nombre d'une à huit séances, une durée variant de 10 à 90 minutes, des fréquences variées, soit chaque semaine jusqu'à chaque 6 mois, différents modes de dispensation (face à face, appels téléphoniques) et divers lieux (hôpital, clinique externe, centre communautaire, domicile). Cela rend l'élaboration de recommandations difficiles quant aux composantes des interventions qui mènent à des résultats de changements optimaux auprès des personnes âgées.

Par ailleurs, certaines informations sont manquantes ou incomplètes dans les études. Entre autres, la description de l'intervention est parfois peu détaillée et l'utilisation des principes de l'EM semble parfois diverger des principes du concept initial. Selon Miller et Rollnick (2013), les auteurs doivent expliquer suffisamment l'intervention afin de permettre au lecteur de bien saisir de quelle façon l'EM a été prodigué et de s'assurer de la conformité aux principes de base. Notamment, les composantes de l'intervention, c'est-à-dire la structure, dont le mode de dispensation, le lieu et l'intensité (nombre, dose, fréquence et durée) ainsi que le contenu devraient être décrites (Sidani et Braden, 2011). Le contenu devrait d'ailleurs reposer

essentiellement sur les principes et les savoir-faire de l'EM et être utilisé dans le but de faire surgir et de renforcer la motivation au changement (Miller et Rollnick, 2013). Une description explicite de l'intervention d'EM serait à privilégier lors de prochaines études.

Quant à la durée et à la fréquence de l'intervention, cette revue narrative permet de constater que le changement de comportement ne semble pas se maintenir dans le temps, soit dès 6 mois post-intervention. En effet, à 2 mois post-intervention, Song et al. (2014) observent un maintien dans le changement de comportement chez les participants, alors que dès 6 mois suivant la fin de l'intervention, les participants de l'étude de Lilienthal et al. (2014) n'ont pas conservé le comportement modifié. Quant aux deux études offrant des suivis sur une plus longue période (2 ans), des changements significatifs ont été perçus dès la fin de l'intervention (Rasinaho et al., 2011; von Bonsdorff et al., 2008). Toutefois, lors d'un suivi de 18 mois post-intervention, Rasinaho et al. (2011) ont remarqué que le changement ne s'était pas maintenu. Ainsi, il semblerait que les personnes âgées reviendraient à leurs comportements initiaux dès les premiers mois post-intervention d'EM. Vu le peu de connaissances actuelles concernant la dose d'intervention d'EM nécessaire pour promouvoir le maintien du comportement à long terme, cela demeure à évaluer.

Concernant le mode de dispensation et le lieu d'intervention, les rencontres en face à face dans un centre de santé ont été le mode le plus utilisé ($n = 4$) dans les ERC recensés (Rasinaho et al., 2011; Song et al., 2014; Tse et al., 2013; von Bonsdorff et al., 2008). Le domicile des personnes âgées comme lieu d'intervention a été retenu dans deux ERC, soit à l'aide d'appels téléphoniques (Lilienthal et al., 2014) et en face à face (Brodie et al., 2008). D'ailleurs, de telles études proposant une intervention d'EM à domicile seraient pertinentes auprès des personnes âgées (Cummings et al., 2009), sachant que cette clientèle serait moins susceptible de participer à des programmes qui sont offerts en centre (Grace et al., 2009). De plus, selon les résultats d'une étude de Arkkukangas et al. (2017), les personnes âgées apprécieraient participer à des interventions à domicile et iraient même jusqu'à préférer réaliser des activités physiques chez elles, notamment pour des raisons d'accessibilité. Alors que Lilienthal et al. (2014), considèrent les appels téléphoniques comme un moyen facilitant la faisabilité de l'intervention d'EM (ex. : moins de problèmes d'attrition, possibilité de rejoindre les aînés vivant en région éloignée), Brodie et al. (2008) ont plutôt éprouvé des difficultés en

lien avec la dispensation de l'intervention en face à face à domicile. En effet, les auteurs ont affirmé que, durant les séances d'EM, les participants à l'étude auraient apprécié recevoir des informations de nature clinique, ce que l'intervenant sans compétence clinique ne pouvait leur offrir. Également, en l'absence de durée prédéterminée des séances d'EM, celles-ci pouvaient se dérouler sur plusieurs heures, nuisant à la faisabilité de l'intervention. Bien que ces difficultés ne semblent pas être directement associées au lieu, mais plutôt à d'autres composantes (ex. : intervenant, durée des séances), de nouvelles études sont nécessaires pour s'assurer qu'une intervention d'EM à domicile est faisable et acceptable auprès des personnes âgées.

Également, dans les écrits recensés, on remarque que seulement deux études évaluent les stades de changement des participants et que dans celles-ci, on ne semble pas intervenir en utilisant les principes de l'EM en fonction de ces stades. Alors que l'EM vise à faire surgir les motivations quant au changement, le MTC permet de mieux comprendre le processus que traverse une personne qui tente de changer un comportement (Miller et Rollnick, 2013; Prochaska et DiClemente, 1984). Plusieurs auteurs s'entendent d'ailleurs sur le fait qu'un modèle d'intervention incluant à la fois l'EM et le MTC serait optimal puisqu'il permettrait d'accompagner la personne en fonction de son état de préparation face au changement (Paradis et al., 2010; van Nes et Sawatzky, 2010).

Cette revue des écrits comporte quelques limites. Tout d'abord, les études recensées sont très hétérogènes, surtout en ce qui a trait aux composantes des interventions. Il est donc difficile d'en dégager des conclusions précises quant aux composantes des interventions d'EM qui mènent à des changements optimaux. Également, seules deux bases de données ont été consultées pour recenser des articles. Cela a pu limiter l'ampleur de la revue des écrits ainsi que l'étendue des résultats.

Recommandations

Nous proposons quelques recommandations suite à cette revue des écrits. D'abord, bien que de nouvelles pistes demeurent à explorer, l'EM semble être une intervention infirmière à privilégier pour accompagner les personnes âgées à adopter des comportements de santé. Notamment, il serait pertinent de réaliser des études de type méta-analyse pour déterminer les composantes (durée et nombre de séances, fréquence, mode de dispensation) des interventions

d'EM qui mènent à des résultats de changement optimaux et à long terme (Lee et al., 2016). Cela permettrait de maximiser l'efficacité des interventions et de faciliter l'adoption et le maintien du changement (Farrell et Keeping-Burke, 2014). Il serait également intéressant d'explorer le nombre et la fréquence des séances de relance nécessaires pour le maintien du changement à long terme (Naar-King, Earnshaw et Breckon, 2013) ainsi que les autres options alternatives possibles pour éviter la rechute du comportement dès la fin de l'intervention. Finalement, l'évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité des interventions d'EM au domicile des personnes âgées devrait être envisagée lors de nouvelles études qualitatives (Thompson et al., 2011). Cela pourrait faciliter l'adaptation de futures interventions d'EM en fonction des besoins spécifiques de cette clientèle.

Conclusion

Pour conclure, le vieillissement actuel de la population est préoccupant, d'autant plus que les personnes âgées vivent de plus en plus avec des maladies chroniques. Des interventions infirmières doivent être implantées dans les milieux afin de les accompagner à modifier les comportements qui mettent leur santé à risque. Bien que de nouvelles pistes restent à explorer, il est possible d'affirmer que l'EM est une intervention favorable pour accompagner les personnes âgées à changer un comportement. En plus de favoriser leur santé, l'EM, par le changement de comportement, pourrait potentiellement réduire les hospitalisations liées aux maladies chroniques et, ainsi, diminuer les coûts et la mortalité qui y sont associés (Farrell et Keeping-Burke, 2014; van Nes et Sawatzky, 2010).¹

Face à ces résultats, l'EM semblerait favorable au changement de comportement chez les aînés qui présentent un problème de santé chronique. Toutefois, aucune des études recensées ne s'intéressait spécifiquement aux personnes aux prises avec la maladie coronarienne. Les écrits recensés à ce sujet sont donc présentés dans la section suivante, et ce, sans égard à l'âge des participants, puisqu'aucune étude n'a été recensée quant à l'EM auprès des personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne.

¹ Les références intégrées dans cet article se retrouvent à la fin de ce mémoire.

2.4.2. Entretien motivationnel auprès d'une clientèle coronarienne

Dans la littérature, les interventions d'EM auprès d'une clientèle coronarienne sont très diversifiées. Les auteurs de trois revues systématiques ont identifié et synthétisé les écrits concernant les interventions d'EM ayant pour but de modifier les habitudes de vie et réduire les facteurs de risque cardiovasculaires. À travers ces revues (Lee et al., 2016; Thompson et al., 2011; Witt et al., 2013), on constate que les résultats diffèrent en fonction des comportements sur lesquels l'EM a été évalué. Toutefois, en règle générale, cela demeure une intervention qui semble faciliter l'adoption de comportements sains (Lee et al., 2016; Thompson et al., 2011; Witt et al., 2013). En effet, les résultats de la revue systématique (n = 13) de Thompson et al. (2011) indiquent que l'EM paraît une intervention plus efficace que les soins traditionnels (informations et conseils) pour favoriser le changement de comportement. À travers les articles recensés par les auteurs, on retrouve deux revues systématiques, trois méta-analyses, trois revues des écrits portant sur l'EM ainsi que cinq essais randomisés contrôlés étudiant les interventions d'EM sur les facteurs de risque cardiovasculaires. Thompson et al. (2011) n'offrent pas de données quant à l'âge des participants dans les écrits retenus. Les études étant hétérogènes, les auteurs n'ont pu mener une méta-analyse, mais ont réalisé une analyse narrative. Certains auteurs ne rapportent aucune donnée quant à la fidélité à l'intervention, ont un haut taux d'attrition (ex. : 35%), décrivent peu l'intervention et affirment utiliser des adaptations de l'EM sans préciser ce que cela signifie réellement. Dans ces situations, il est difficile de déterminer si les résultats sont réellement attribuables à l'EM. De ce fait, les auteurs soutiennent l'importance de démontrer la fidélité à l'intervention (Thompson et al., 2011). Puisque, jusqu'à maintenant, les auteurs ne peuvent déterminer quels aspects spécifiques des interventions d'EM sont bénéfiques pour les personnes, ils recommandent de mener des études pour obtenir les perceptions des participants quant à l'intervention et ses composantes.

Dans la revue systématique de Lee et al. (2016), neuf articles ont été analysés. Il s'agissait d'essais randomisés contrôlés dont l'intervention à l'étude est l'EM dans le but de favoriser la modification des habitudes de vie des personnes à risque ou diagnostiquées d'une maladie cardiovasculaire (Lee et al., 2016). Parmi les études recensées, les interventions d'EM étaient de deux à cinq séances d'une durée de 30 à 60 minutes, sans connaître la fréquence de ces séances. Celles-ci se déroulaient en face à face et certaines y combinait des suivis

téléphoniques, ces derniers d'une durée de 10 à 30 minutes, d'une à quatre reprises (Lee et al., 2016). Les interventions étaient dispensées par une infirmière, un médecin, un spécialiste de l'activité physique, un professionnel de l'exercice, un coach de vie, une infirmière clinicienne spécialisée ou un psychologue auprès de personnes âgées de 18 à 88 ans. Des effets significatifs de l'intervention ont été perçus seulement au niveau de certaines mesures telles que la cessation tabagique et la dépression, alors qu'aucun effet n'a été constaté pour d'autres indicateurs tels que la consommation de fruits, de légumes et de gras, le profil lipidique, l'indice de masse corporelle et l'exercice physique (Lee et al., 2016). Vu la grande variété de mesures utilisées dans les écrits, les auteurs éprouvent des difficultés à dégager les évidences quant à l'efficacité de l'EM (Lee et al., 2016). En effet, aucune étude ne présente le même protocole d'intervention concernant la structure (nombre de séance, durée, fréquence, lieu) ce qui rend impossible de mener une conclusion rigoureuse. Également, étant donné la diversité de professionnels dispensant l'intervention, cela rend l'analyse davantage complexe, puisque certains peuvent avoir un champ d'expertise plus spécifique qui oriente les résultats vers le champ d'exercices du professionnel (Lee et al., 2016). Cela peut créer des biais puisque, par exemple, lorsqu'un spécialiste de l'activité physique accompagne des individus à modifier différents facteurs de risque, il est possible que celui-ci mette davantage l'emphase sur l'activité physique que sur les autres comportements. Pour remédier à ces biais, les auteurs proposent que le professionnel qui dispense l'intervention soit une infirmière, puisque son champ d'exercices est plus vaste et qu'elle apporterait une expertise plus neutre envers tous les facteurs de risque pour prodiguer l'EM (Lee et al., 2016). Une autre méthode serait de s'assurer de la fidélité à l'intervention, une donnée qui est fréquemment manquante dans les études. L'évaluation de la fidélité à l'intervention permet de faire savoir au lecteur si l'intervention a été réalisée telle que planifiée, ce qui guidera la réalisation d'autres études (Sidani et Braden, 2011). Deux études recensées par Lee et al. (2016) mentionnent que le fait de prodiguer une formation au professionnel qui dispense l'intervention influençait positivement les résultats. Ainsi, les résultats des études où il y a absence de formation en EM pour l'intervenant pourraient être moindres. Lee et al. (2016) recommandent d'assurer une formation adéquate au professionnel qui prodigue l'intervention. De plus, alors que seulement neuf études ont été recensées auprès de personnes diagnostiquées ou à risque d'une maladie coronarienne âgées entre 18 à 89 ans, aucune conclusion ne peut être dégagée quant à l'effet de certains facteurs socioculturels comme l'âge sur les résultats. Par

ailleurs, d'autres études pourraient être conduites en vue d'examiner l'effet de certaines variables comme l'âge sur le changement de comportement chez des personnes vivant avec la maladie coronarienne.

Parmi les études de la revue de Lee et al. (2016), deux essais randomisés contrôlés sont particulièrement pertinents pour le projet. Les auteurs de ces articles ont souhaité, en plus d'évaluer l'efficacité de l'EM sur des comportements de santé, vérifier l'effet du nombre de séances sur les résultats cliniques de 334 participants ($x = 50$ ans) (Hardcastle, Taylor, Bailey et Castle, 2008; Hardcastle et al., 2013). Entre une et cinq rencontres d'EM d'une durée de 20 à 30 minutes étaient dispensées en face à face avec un diététicien et un spécialiste de l'activité physique sur 6 mois, sans mention de la fréquence. Cela avait pour but de faire surgir les motivations intrinsèques des participants afin que ceux-ci évoquent le changement. Hardcastle et al. (2008), ont plutôt orienté leur recherche sur un suivi à court terme, soit sur 6 mois alors que Hardcastle et al. (2013) ont établi un suivi à 12 et 18 mois. Les auteurs ont identifié des effets significatifs sur plusieurs composantes de la santé des participants du GE par rapport au GC au suivi à 6 mois (Hardcastle et al., 2008) et à 12 mois (Hardcastle et al., 2013). Les participants du GE ont également progressé dans les stades de changement à ces deux temps de mesure ($p < 0,001$). Toutefois, les participants du GE sont retournés à leurs valeurs initiales à 18 mois, alors qu'aucun changement n'a été perçu dans le GC (Hardcastle et al., 2013). À l'aide d'une analyse de régression, les auteurs ont remarqué une corrélation positive entre le nombre de séances complétées et les résultats cliniques, c'est-à-dire que le changement de comportement était plus grand chez les participants qui complétaient plus de rencontres (Hardcastle et al., 2008; Hardcastle et al., 2013). En effet, en complétant plus de séances, on percevait, chez les participants, de meilleurs résultats sur leur santé (Hardcastle et al., 2008; Hardcastle et al., 2013). La moyenne de séances complétées par les participants dans l'étude de Hardcastle et al. (2013) est de deux, ce qui indique qu'une intervention d'EM à faible intensité peut tout de même être favorable aux changements d'habitudes de vie. Bien que ceux-ci ne mentionnent pas le nombre exact de séances qui doivent être complétées pour obtenir de meilleurs résultats, cela peut laisser penser qu'en participant à un nombre de séances accru ($n = 5$), cela pourrait améliorer l'adhésion des participants aux comportements à modifier.

De leur côté, dans une revue systématique, Witt et al. (2013) se sont orientés vers les études explorant les effets de l'EM auprès d'une clientèle de femmes Afro-Américaine et Latines afin de diminuer les facteurs de risque cardiovasculaires. À ce sujet, sept écrits ont été identifiés. Les participants à l'étude étaient âgés de 40 à 79 ans. Les résultats obtenus par Witt et al. (2013) semblent comparables à ceux de Lee et al. (2016), notamment puisque les auteurs se voient incapables d'identifier les meilleures pratiques reliées aux interventions d'EM vu les diverses méthodes utilisées dans les écrits. Ceux-ci se questionnent d'ailleurs sur l'absence de standard au niveau de l'intensité des séances, soit le nombre, la durée et la fréquence pouvant être reliée aux résultats très différents dans chaque étude recensée. Bien que, parmi les écrits identifiés, les résultats divergent quant à leurs effets sur la clientèle, on observe tout de même une amélioration de plusieurs comportements reliés aux facteurs de risque cardiovasculaires (activité physique, gestion du poids, pression artérielle) (Witt et al., 2013). Les auteurs concluent à l'urgence de développer, tester et raffiner les interventions d'EM pour évaluer leur efficacité sur les facteurs de risque cardiovasculaires auprès de clientèles spécifiques (Witt et al., 2013).

Jensen et al. (2009); Krantz et al. (2013) et O'Brien, McKee, Mooney, O'Donnell et Moser (2014) ont conduit des études primaires dont l'intervention d'EM était dispensée en face à face et renforcée par des appels téléphoniques afin d'encourager la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires. Utilisant la théorie cognitivo-comportementale, le MTC et l'EM, Krantz et al. (2013) ont consacré leur étude à une population de 509 travailleurs communautaires ayant un faible accès aux soins de santé. Deux semaines après avoir bénéficié d'une évaluation de leur condition physique et avoir établi un plan d'action en faisant ressortir leur motivation au changement, les participants recevaient un appel téléphonique pour assurer le suivi et prodiguer du counseling sur les comportements à modifier (Krantz et al., 2013). Jensen et al. (2009) ont réalisé, quant à eux, une étude pilote auprès de 447 personnes ($x = 69$ ans) à haut risque cardiovasculaire afin de les encourager à consulter un professionnel de la santé pour les aider à mieux gérer leur condition de santé. Du counseling était offert aux participants lors d'une foire de santé où leur santé cardiovasculaire était évaluée. Par la suite, un ou deux appels téléphoniques, selon la progression de la personne, étaient offerts aux participants par une infirmière comprenant une discussion appuyée sur les principes de l'EM pour renforcer le choix de consulter un professionnel (Jensen et al., 2009). Enfin, O'Brien et al. (2014) ont mené un

essai randomisé contrôlé sur des séances d'éducation de 40 minutes en utilisant les principes de l'EM pour améliorer les connaissances et l'autogestion de la maladie coronarienne auprès de 1947 patients hospitalisés ($x = 63,58$ ans). Un mois plus tard, les patients recevaient un suivi téléphonique pour renforcer l'intervention, puis leur plan d'action leur était envoyé par la poste. Les sujets abordés portaient principalement sur la gestion de symptômes. Les résultats étaient comparés à un GC recevant uniquement l'enseignement usuel lors de l'hospitalisation (enseignement quant au diagnostic, à la gestion de la maladie et à la médication). Dans les trois études, les auteurs ont remarqué des résultats positifs en lien avec les appels téléphoniques, soit que ceux-ci favorisaient une diminution du risque global de faire un événement cardiovasculaire sur 10 ans ($p = 0,04$) (Krantz et al., 2013), une plus grande motivation à consulter un professionnel de la santé (Jensen et al., 2009) ainsi que des meilleures connaissances ($p < 0,001$), attitudes ($p = 0,003$) et croyances ($p < 0,001$) à propos de la maladie jusqu'à 12 mois suivant l'intervention (O'Brien et al., 2014). Difficile, de départager si les résultats positifs dans l'étude de Krantz et al. (2013) sont uniquement dus à l'EM ou au fait de rejoindre une clientèle qui avait moins accès aux services de santé. L'absence d'un GC dans l'article de Jensen et al. (2009) et le manque de données concernant la fidélité à l'intervention d'EM laisse une incertitude quant à la fiabilité des résultats. Les auteurs suggèrent d'ailleurs une future évaluation qualitative des données reliées à l'EM pour améliorer l'analyse des résultats quant à l'identification des barrières perçues par les participants.

Murphy et al. (2013) et Turner et al. (2014), ont mené des essais randomisés contrôlés pour évaluer les effets du *Beating Heart Program* sur les facteurs de risque cardiovasculaires et les symptômes de dépression (Murphy et al., 2013; Turner et al., 2014). Le programme comprenait huit séances de groupe d'une heure chaque semaine incluant de l'enseignement sur la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires à l'aide de l'EM et de la théorie cognitivo-comportementale. Les participants du GE étaient invités à identifier leurs motivations, barrières et stratégies au changement de comportement, tout en étant soutenus par un psychologue et une infirmière. Dans le GC, les participants recevaient des soins usuels. À 4 mois après le début du programme, des effets bénéfiques significatifs de l'intervention ont été notés dans le GE quant à la diminution de certains facteurs de risque cardiovasculaires. Ces résultats ne se sont cependant pas maintenus significatifs jusqu'au suivi de 12 mois (Murphy et al., 2013). Les

participants du GE étaient plus souvent accompagnés lors des séances que ceux dans le GC, ce qui pourrait avoir influencé les résultats à la hausse dans ce groupe (Murphy et al., 2013). L'adoption de comportements sains semble plutôt difficile à maintenir dans le temps, soit un an suivant la fin de l'intervention (Hardcastle et al., 2013; Murphy et al., 2013), c'est pourquoi de futures études devraient se consacrer à un suivi à plus long terme. Dans l'étude de Turner et al. (2014), le sentiment d'auto-efficacité dans la gestion des symptômes de dépression ($p < 0,05$) du GE ont diminué significativement comparativement au GC au suivi de 12 mois, bien que 40% ont complété moins de la moitié des séances. En plus, les participants ont rapporté se sentir en meilleure santé et posséder une meilleure gestion des émotions. Toutefois, pour les autres mesures (pression artérielle, adhérence à la médication, niveau d'activité physique, etc.), aucun résultat ne s'est montré significatif. Les participants étaient davantage dépressifs dans le GE au départ et ont pu être influencés favorablement par l'expérience de groupe, ce qui pourrait expliquer les résultats (Turner et al., 2014). Finalement, les auteurs rappellent l'importance de connaître les préférences des participants face à ce genre d'intervention pour répondre davantage à leurs besoins (Turner et al., 2014).

Goodman et al. (2008) ont, de leur côté, mené un essai randomisé contrôlé portant sur une seule séance d'EM dispensée par une infirmière à domicile qui visait à accompagner des patients dans le changement de leurs habitudes de vie et ce, un mois avant leur chirurgie cardiaque. Le GE était comparé à un GC possédant uniquement un rendez-vous initial d'évaluation et un numéro de téléphone en cas de besoin. Aucune différence n'a été observée à 3 et 6 mois après la chirurgie entre les deux groupes sur plusieurs comportements reliés aux facteurs de risque cardiovasculaires (Goodman et al., 2008). Cependant, l'efficacité de l'intervention peut avoir été diminuée du fait que les participants du GC ont, eux aussi, reçu une évaluation initiale de leur condition avant la chirurgie. Cela aurait pu les motiver à adopter des changements dans leurs habitudes de vie (Goodman et al., 2008). De plus, bien que les auteurs mentionnent que les infirmières dispensant l'intervention aient reçu une formation en EM et que le counseling ait été prodigué selon ces principes, le contenu de l'intervention, incluant les principes de l'EM, est très peu décrit. Il est donc difficile de s'assurer que l'intervention d'EM respecte réellement les principes de Miller et Rollnick (2013). Ces résultats peuvent aussi

suggérer que l'intensité de l'intervention d'EM n'est peut-être pas suffisante pour susciter un changement de comportement.

En résumé, malgré que les évidences soient difficiles à démontrer quant aux composantes des interventions (nombre, durée, fréquence, mode, lieu et professionnel) permettant d'obtenir des résultats optimaux, les écrits recensés permettent de percevoir que l'EM semble une intervention bénéfique pour accompagner une clientèle coronarienne à adopter des comportements de santé. Des auteurs s'entendent d'ailleurs sur le fait que l'infirmière est une professionnelle à prioriser pour ce genre d'intervention vu son vaste domaine d'expertise (Lee et al., 2016). De plus, les bienfaits de l'EM augmenteraient selon l'intensité des séances (Hardcastle et al., 2008; Murphy et al., 2012; Thompson et al., 2011). Notamment, les changements apportés dans les comportements seraient plus grands en augmentant le nombre de séances ($n = 5$) (Hardcastle et al., 2008; Hardcastle et al., 2013), bien qu'efficace également lors de séances brèves pour certaines études (Hardcastle et al., 2013; Thompson et al., 2011). Finalement, sachant que les interventions sont souvent très peu décrites et que nous ne savons actuellement quelles sont les perceptions de la clientèle quant aux composantes de l'EM les plus bénéfiques, cette avenue reste à explorer. En plus d'offrir une description suffisante de l'intervention, la fidélité à l'intervention, peu rapportée par les auteurs, demeure un aspect à améliorer dans de futures études. Afin d'obtenir un aperçu des différentes composantes des interventions dans les études recensées, celles-ci sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Composantes des interventions d’EM dans les études recensées.

| | Nombre de séances d’EM | Fréquence | Durée (minutes) | Mode de dispensation | Lieu | Professionnel |
|--|-------------------------------|--|---|----------------------------------|--|--------------------------------|
| Brodie et al. (2008) | 8 | 1 semaine | 60 | Face à face | Domicile | Infirmière |
| Goodman et al. (2008) | 1 | Non précisé | Non précisée | Face à face | Domicile | Infirmière |
| Jensen et al. (2009) | 2 ou 3 | 1 mois et 2 mois | Non précisée | Face à face + appel téléphonique | Foire santé + domicile (téléphone) | Infirmière |
| Krantz et al. (2013) | 2 | 2 semaines | Non précisée | Face à face + appel téléphonique | Hôpitaux, centre de soins de santé communautaire | Médecin et infirmière |
| Lilienthal et al. (2014) | 4 | 1 semaine | 50 | Appel téléphonique | Domicile (téléphone) | Candidat doctorat psychologie |
| Moral et al. (2015) | 3 | 15 jours et 3 mois | Domicile : 45-60 Centre : 15 | Face à face | Domicile + centre de santé | Médecin et infirmier |
| Murphy et al. (2013) et Turner et al. (2014) | 8 | 1 semaine | 60 | Face à face en groupe | Hôpital | Infirmière et psychologue |
| O'Brien et al. (2014) | 3 | 1 mois et 6 mois | 40 | Face à face | Hôpital | Non précisé |
| Rasinaho et al. (2011) | 7 | 4 mois | Face à face : 60 Appels : 13 | Face à face + appel téléphonique | Non précisé | Physiothérapeute |
| Song et al. (2014) | 4 | Hôpital : 1 jour Téléphone : 2 semaines | Non précisée | Face à face + appel téléphonique | Hôpital + domicile (téléphone) | Infirmière |
| Tse et al. (2013) | 8 | 1 semaine | 30 | Face à face en groupe | Centre communautaire | Infirmière et physiothérapeute |
| von Bonsdorff et al. (2008) | 7 | Appels : 4 mois durant 2 ans | Face à face : 60 Appels non précisée | Face à face + appel téléphonique | Non précisé + domicile (téléphone) | Physiothérapeute |

On constate, dans ce tableau, que bien que l’EM soit prodigué à travers des composantes diversifiées, le domicile des personnes âgées en face à face a été très peu étudié comme lieu

d'intervention, ce qui justifie la nécessité d'en évaluer la faisabilité et l'acceptabilité. Il pourrait d'ailleurs contrer certains obstacles relatés par les personnes âgées en lien avec l'accessibilité. Ainsi, une intervention d'EM à domicile semble être une avenue intéressante pour accompagner les personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne à modifier leur comportement de sédentarité.

Chapitre 3. Méthode

3.1. Devis

Une étude pilote à devis qualitatif descriptif a été réalisée pour évaluer qualitativement la faisabilité, l'acceptabilité et les retombées d'une IIEM (Polit et Beck, 2017). Selon Creswell (2014), un devis qualitatif est recommandé lorsque l'on souhaite explorer et comprendre la signification qu'accordent des individus à une expérience. Par sa nature inductive, la recherche qualitative permet de décrire les caractéristiques de l'expérience vécue par les personnes par une analyse directe de leur propos et par diverses sources de données. Dans le cadre de notre étude, nous souhaitons connaître l'acceptabilité (Q1) et la faisabilité (Q2) de l'IIEM ainsi que les retombées (Q3) de l'IIEM auprès des participants (progression dans les stades de changement, comportement sédentaire), tout en tenant compte de l'expérience de la maladie coronarienne vécue récemment par les participants. Ainsi, ce devis était approprié à l'évaluation qualitative d'une telle intervention infirmière. Ce type de devis a également facilité l'approfondissement des connaissances en lien avec le phénomène à l'étude, soit une IIEM. De plus, puisque seules deux études ont choisi de dispenser une intervention d'EM entièrement en face à face à domicile, le choix d'un devis qualitatif était pertinent pour en évaluer la faisabilité et l'acceptabilité. Ainsi, ce devis a permis d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'IIEM à domicile auprès de cette clientèle spécifiquement, une étape nécessaire avant de réaliser un essai randomisé contrôlé (Sidani et Braden, 2011).

3.2. Milieu de l'étude

L'IIEM s'est déroulée au domicile des personnes âgées et le recrutement des participants a eu lieu dans un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal. Ce centre offre des soins et des services surspécialisés à une clientèle régionale et suprarégionale qui comprend 772 chambres individuelles et près de 50 cliniques ambulatoires. Chaque année, près d'un demi-million de patients y reçoivent des soins. Plus précisément, le recrutement s'est déroulé dans deux unités de cardiologie. Ces unités accueillent les patients qui présentent des problèmes cardiaques, de même que ceux qui ont subi un traitement chirurgical. Chacune de ces unités peut accueillir 36 patients dans des chambres individuelles.

3.3. Échantillon

Dans une recherche qualitative, il n'y a pas de règle précise quant au nombre de participants. De façon générale, la recherche à devis qualitatif ainsi que les études pilotes sont caractérisées par un échantillon de petite taille (Creswell, 2014; Feeley et al., 2009). Dans la présente étude, nous souhaitons tendre vers un échantillon qui permettra d'atteindre la saturation des données, c'est-à-dire la récurrence des thèmes et l'absence d'émergence de nouveau thème (Creswell, 2014; Glaser et Strauss, 1967). Selon Glaser et Strauss (1967) dans une étude qualitative, la saturation des données peut s'achever avec approximativement 8 participants. Pour ces raisons, nous visions initialement un échantillon composé de 4 à 8 personnes ayant été hospitalisées pour un événement coronarien durant les 3 derniers mois dans une unité de cardiologie. Les participants ont été recrutés par une méthode d'échantillonnage non probabiliste. Une grille de critères d'inclusion présentée en annexe B a été utilisée pour déterminer l'admissibilité des participants au projet de recherche. Les critères d'inclusion étaient :

1. être âgé de 65 ans et plus;
2. être hospitalisé pour une chirurgie de pontage coronarien
3. consacrer 8 heures et plus par jour à des activités sédentaires (lire un livre, écouter la télévision, naviguer sur Internet);
4. accepter de participer au projet au plus tard 3 mois post-congé;
5. souhaiter devenir plus actif;
6. comprendre, parler et lire le français;
7. avoir les capacités physiques pour participer à l'étude, c'est-à-dire aucune contre-indication médicale à pratiquer de l'activité physique selon le dossier médical;
8. ne présenter aucun trouble neurocognitif diagnostiqué ou présumé et être apte à répondre à un questionnaire, à communiquer par téléphone et à lire et signer le consentement;
9. demeurer dans la grande région Métropolitaine.

Les critères d'exclusion sont :

1. participer à un programme de réadaptation cardiaque ou tout autre programme du même type au cours des 3 mois suivant l'événement coronarien. Cela aurait possiblement pu

créer un biais, puisque les résultats de l'étude auraient pu être attribués à la participation à ce programme.

3.4. Déroulement de l'étude

Le projet a été soumis au comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier où s'est déroulée l'étude. Une fois l'autorisation obtenue (annexe C), l'étudiante-chercheuse a rencontré l'infirmière-chef, la conseillère en soins spécialisés ainsi que les infirmières du département de cardiologie afin de leur expliquer le projet. Un aide-mémoire de recrutement leur a été offert pour qu'elles puissent guider l'étudiante-chercheuse dans son recrutement (annexe D). Le recrutement des participants s'est échelonné sur une durée de 3 mois. Les patients qui répondaient aux premiers critères d'inclusion (pontage coronarien, ≥ 65 ans, habite la grande région métropolitaine) étaient rencontrés par l'étudiante-chercheuse lors de leur hospitalisation. Le projet leur était expliqué (annexe E) et un feuillet explicatif du projet leur était remis (annexe F). Les 10 personnes répondant aux critères et étant intéressées à participer au projet se sont vu planifier une rencontre téléphonique dans les semaines suivant leur congé de l'hôpital afin de prévoir une première séance à domicile et de signer le formulaire d'information et de consentement (FIC) (annexe G). Suite aux appels téléphoniques, cinq personnes ont décliné leur participation au projet pour divers motifs (ex. : période en centre de convalescence prolongée, complication de l'état de santé, douleur aiguë) et cinq personnes ont accepté d'y participer, ce qui représente notre échantillon. Le tableau 2 présente le déroulement de l'étude.

Tableau 2. Déroulement de l'étude.

| | Janvier | Février | Mars | Avril | Mai | Juin | Juillet | Août |
|---|---------|---------|------|-------|-----|------|---------|------|
| Comité d'éthique | X | | | | | | | |
| Recrutement | | X | X | X | | | | |
| Intervention | | X | X | X | X | | | |
| Collecte de données | | X | X | X | X | | | |
| Analyse des données | | | X | X | X | X | X | |
| Rédaction des résultats et de la discussion | | | | | | X | X | X |

3.5. Description de l'intervention

Comme mentionné précédemment, en s'appuyant sur les notions de Sidani et Braden (2011), l'EM est considéré comme une intervention infirmière. En effet, l'IIEM se définit comme un soin (EM) prodigué par une infirmière auprès d'une clientèle (personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne) dans le but de répondre à une problématique de santé (diminution de la sédentarité par le changement de comportement pour prévenir le risque de récurrence d'un événement coronarien) (Sidani et Braden, 2011). Cette intervention s'inscrit d'ailleurs dans le champ d'exercices de l'infirmière qu'est la prévention de la maladie. Plus spécifiquement, l'IIEM s'avère être une intervention de prévention tertiaire, où l'on souhaite intervenir auprès d'une clientèle vivant avec la maladie pour limiter les conséquences de celle-ci, en éviter les récurrences et favoriser la santé. L'IIEM prend également la forme d'un accompagnement des personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne à changer un comportement. Étant l'une des compétences de la pratique infirmière avancée, accompagner ou guider une personne et sa famille (*guidance*) à l'aide de counseling permet de les assister dans l'atteinte d'un but (Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady, 2014). Dans le cadre de l'IIEM, il a été question d'explorer, entre autres, les avantages, les inconvénients, les stratégies et les barrières des personnes âgées en lien avec la modification de leur comportement sédentaire et la réalisation d'activités physiques.

Cela s'est produit en respectant leur processus de cheminement à travers les stades de changement et en mettant l'emphase sur leur sentiment d'auto-efficacité.

En effet, les stades de changement issus du MTC ont été utilisés comme assise au projet puisqu'ils ont guidé la vision de l'étudiante-chercheuse quant au phénomène de changement de comportement. Ce modèle permet de comprendre que la personne doit traverser les stades de changement afin d'initier et de maintenir un comportement. De plus, tous ne se retrouvent pas au même stade initialement, c'est pourquoi nous sommes intervenus de façon spécifique selon le stade de la personne pour l'aider à progresser dans les différentes phases tout en répondant à ses besoins particuliers. De cette façon, il s'avère que l'IIEM s'inscrit dans le centre d'intérêt de la pratique infirmière et plus précisément dans le paradigme de la transformation, puisqu'elle se définit par un accompagnement collaboratif de la personne âgée et de sa famille qui vivent une expérience de santé à travers leur environnement, en suscitant leur engagement dans les soins, en répondant à leurs préoccupations, et ce, dans l'unique but de favoriser leur bien-être (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). Dans la section suivante, le contenu et la structure de l'IIEM seront présentés.

3.5.1. Contenu de l'intervention

Le contenu de l'intervention visait à accompagner la personne dans le changement de comportement. Il fait référence aux interventions réalisées par l'étudiante-chercheuse durant les séances d'EM, en fonction de la structure de l'IIEM qui est présentée à la section suivante. Le tableau 3 explique le contenu de l'IIEM, soit les interventions réalisées par l'étudiante-chercheuse auprès des participants selon chaque phase de l'EM ainsi qu'en fonction du stade de changement dans lequel se situait la personne.

Tableau 3. Interventions réalisées selon les phases de l'EM et les stades de changement du MTC.

| | But | Interventions | Exemples |
|---|---|--|--|
| Phase 1 : Engagement dans la relation | Amorcer une relation de confiance avec la personne | <ul style="list-style-type: none"> Être empathique, adopter une attitude respectueuse empreinte de non-jugement Écouter de façon active Valoriser, résumer, faire des reflets Explorer expérience, valeurs et objectifs personnels Poser des questions ouvertes | <ul style="list-style-type: none"> Comment avez-vous vécu votre expérience de santé? /Comment l'expérience que vous avez vécue a-t-elle affecté votre vie? Quelle est la chose qui compte le plus pour vous dans la vie? Qu'est-ce que vous espérez de différent dans votre vie d'ici quelques années? Vous semblez très préoccupé par... Vous avez fait de gros efforts! |
| Phase 2 : Focalisation | Maintenir la conversation axée sur le changement | <ul style="list-style-type: none"> Identifier un objectif de changement en collaboration avec la personne Échanger de l'information | <ul style="list-style-type: none"> À votre avis, comment puis-je vous aider? Aimeriez-vous que l'on parle de Que penseriez-vous si nous envisagions de parler de.../si nous fixions un objectif? Quel objectif souhaiteriez-vous réaliser? Que connaissez-vous déjà des effets de la sédentarité sur votre santé? |
| Phase 3 : Évocation | Faire surgir les motivations intrinsèques au changement | <ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'expression des avantages, des inconvénients, des barrières et des stratégies au changement Revoir les succès passés Poser des questions ouvertes Refléter, résumer, valoriser, susciter l'espoir, la confiance | Voir suite du tableau ci-dessous : Interventions en fonction des stades de changement et des niveaux de conviction et de confiance. |
| Stade | Niveau de conviction | Niveau de confiance | Objectif |
| Pré-contemplation | Faible | Faible | Augmenter la conviction |
| Intervention | | Exemple | |
| Faire exprimer la personne sur les avantages du changement à l'aide de questions ouvertes | | <ul style="list-style-type: none"> Quels seraient les avantages de commencer à être plus actif quotidiennement? Qu'est-ce que cela vous apporterait dans votre vie quotidienne? | |
| Stade | Niveau de conviction | Niveau de confiance | Objectif |
| Contemplation | Modéré | Faible | Augmenter la conviction |
| Intervention | | Exemple | |
| Renforcer et reformuler pour obtenir les avantages personnels, positifs et émotifs à l'aide de questions ouvertes | | <ul style="list-style-type: none"> Vous dites que cela améliorerait votre santé. Pour vous, qu'est-ce que cela représente une meilleure santé? Qu'est-ce que ça vous procurerait d'être moins fatigué/plus en forme? | |
| Stade | Niveau de conviction | Niveau de confiance | Objectif |
| Préparation | Élevé | Faible à élevé | Augmenter la confiance |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Intervention | | | Exemple | |
| Faire exprimer la personne sur ses propres barrières au changement et sur ses solutions par des questions ouvertes | | | <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qui vous empêcherait de commencer à être plus actif? - Comment pouvez-vous surmonter ces barrières? - En pratique, avez-vous une idée de la façon dont vous pourriez commencer à être plus actif? - Que pensez-vous de commencer à réfléchir à la façon dont vous pourriez commencer à être un peu plus actif quotidiennement? | |
| Stade | Niveau de conviction | | Niveau de confiance | Objectif |
| Action | Élevé | | Élevé | Augmenter la confiance et maintenir la conviction |
| Intervention | | | Exemple | |
| Encourager, valoriser, renforcer | | | <ul style="list-style-type: none"> - Quels bienfaits constatez-vous depuis que vous avez amorcé ce comportement? - Quels sont les obstacles auxquels vous avez fait face jusqu'à maintenant? - Vous avez fait des efforts importants! Comment avez-vous fait cela? - Je constate que vous avez fait beaucoup de progrès depuis la dernière rencontre! | |
| Stade | Niveau de conviction | | Niveau de confiance | Objectif |
| Maintien | Élevé | | Élevé | Maintenir la conviction et la confiance |
| Intervention | | | Exemple | |
| Encourager, soutenir le maintien | | | <ul style="list-style-type: none"> - Comment allez-vous depuis que vous avez amorcé ce changement? - Comment résistez-vous aux envies de retrouver votre comportement d'avant? - Comment vous récompensez-vous pour vos efforts? - Comment croyez-vous pouvoir prévenir les rechutes? | |
| Stade | Niveau de conviction | | Niveau de confiance | Objectif |
| Rechute | Faible à élevé | | Faible à élevé | Selon le niveau de conviction et de confiance |
| Intervention | | | Exemple | |
| Selon le niveau de conviction et de confiance. -Rappeler les motivations ultérieures à changer -Dédramatiser la rechute | | | <ul style="list-style-type: none"> -Il est normal que vous soyez peu fier de vous puisque vous avez rechuté. Par contre, rappelez-vous qu'il est normal de passer par cette étape. L'important c'est de comprendre ce qui vous a amené à rechuter. -Selon vous, qu'est-ce qui vous a amené à rechuter? -Revoyons ensemble les raisons pour lesquelles vous aviez amorcé ce comportement. Quelles étaient vos motivations principales? | |
| Phase 4 : Planification | Création d'un plan d'action à l'aide du carnet d'activité physique | Développer un plan d'action de façon collaborative <ul style="list-style-type: none"> • Poser des questions ouvertes • Valoriser • Réfléter • Résumer | <ul style="list-style-type: none"> • Si j'ai bien compris, vous voudriez débiter à intégrer de l'activité dans votre vie pour X raisons (résumer). Comment comptez-vous y arriver? • Quand pensez-vous que vous pourriez faire cela? • Que penseriez-vous de mettre sur papier cet objectif? • Que vous faudrait-il pour réussir à respecter ce plan? • Si X obstacles arrivaient, comment feriez-vous pour tenir à votre plan? | |

Le contenu de l'IIEM est résumé dans le tableau ci-haut. Cela permet de comprendre les interventions qui ont été mises en place par l'étudiante-chercheuse durant chacune des séances d'EM. Tout d'abord, l'étudiante-chercheuse intervenait selon les phases de l'EM. À la phase d'engagement dans la relation (1), elle cherchait à amorcer et à maintenir une relation de confiance avec la personne en se montrant empathique, respectueuse et en adoptant une attitude de non-jugement. Elle s'intéressait à l'expérience unique vécue par la personne à l'aide de l'écoute active (Miller et Rollnick, 2013). L'engagement dans la relation impliquait également d'explorer brièvement l'expérience de la personne, ses valeurs et ses objectifs. Des questions générales sur l'expérience de santé vécue par la personne étaient posées pour faciliter l'engagement dans la relation et connaître ses perceptions face à la maladie. Lorsque l'engagement était amorcé, l'étudiante-chercheuse et le participant clarifiaient ensemble le but vers lequel ils souhaitent se diriger durant les rencontres, ce qu'est la phase de focalisation (2). Dans le cadre de ce projet, l'objectif était orienté vers la réduction du comportement sédentaire de la personne, par l'augmentation des activités physiques. La phase de focalisation s'intégrait progressivement à la phase d'évocation (3), puisqu'après avoir établi un objectif, nous cherchions les moyens précis pour les atteindre. Effectivement, durant la phase d'évocation, l'étudiante-chercheuse utilisait les principes de l'EM pour faciliter l'expression de la personne sur ses motivations au changement. Cette phase menait également à l'étape 1 de l'outil proposé par Bédard (s. d.), soit d'évaluer dans quel stade de changement se situe la personne ainsi que ses niveaux de conviction et de confiance. Pour ce faire, l'algorithme d'évaluation des stades de changements ainsi que des niveaux de conviction et de confiance présenté à la figure 3 était utilisé.

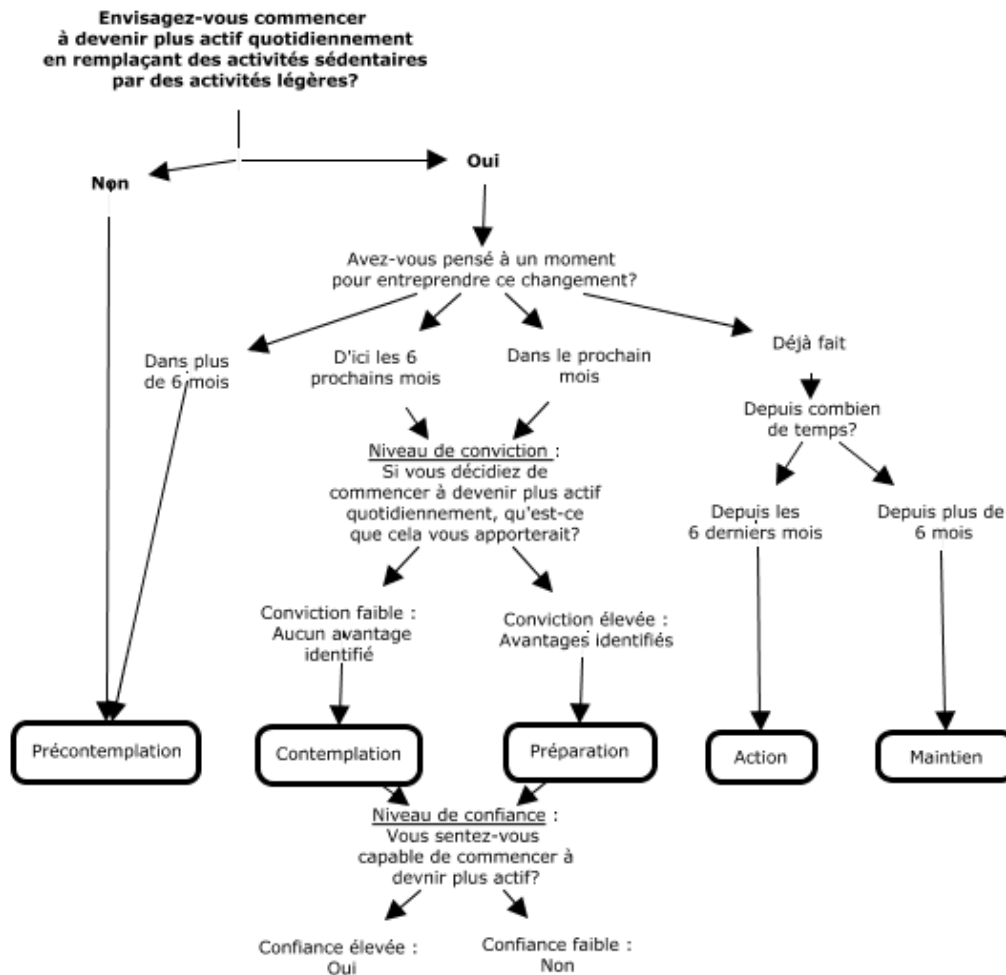


Figure 3. Algorithme d'évaluation des stades de changement ainsi que des niveaux de conviction et de confiance adapté de Paradis et al. (2010).

Cet algorithme, créé et validé par Paradis et al. (2010), a été utilisé par les auteurs pour favoriser l'adoption de comportements d'autosoins chez une clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque. Dans le cadre de ce projet, il a été adapté en fonction du comportement visé, soit la réduction du comportement sédentaire par la réalisation d'activités physiques. Cet outil propose des questions à poser à la personne concernant son désir d'amorcer des activités physiques, sa croyance en ses capacités et ses motivations. En fonction des réponses de la personne, le stade de changement dans lequel elle se situe est identifié. Ainsi, à partir des réponses du participant, l'étudiante-chercheuse déterminait le stade de changement ainsi que les niveaux de conviction

et de confiance de la personne. Puis, l'étape 2 de l'outil de Bédard (s. d.) était mise en place, soit d'intervenir à l'aide des principes de l'EM pour faire évoquer le changement selon les résultats obtenus précédemment (voir phase 3 du tableau 3). Les interventions pour susciter l'évocation des motivations de la personne étaient donc pratiquées selon le stade où se situe la personne dans son processus de cheminement. Lorsque l'étudiante-chercheuse évaluait que la personne évoquait des motivations suffisantes au changement, la phase de planification (4) débutait. À ce moment, l'étudiante-chercheuse, toujours à l'aide des principes de l'EM, faisait verbaliser la personne sur ses plans concernant le changement. Un plan d'action intégré au carnet d'activité physique était élaboré en collaboration avec la personne et en fonction de l'objectif de changement souhaité. Cela comprenait, entre autres, l'identification des éléments facilitants et des difficultés vécues par la personne, de même que de déterminer des stratégies pour surmonter les barrières. À chaque rencontre, les progrès réalisés étaient suivis à travers la discussion avec la personne et par la consultation du carnet d'activité physique rempli par le participant, où on pouvait y voir les activités physiques effectuées.

Comme mentionné précédemment, les phases de l'EM sont récursives. De cette façon, indépendamment du stade dans lequel se situait la personne, les quatre phases de l'EM étaient réalisées à chacune des séances. Celles-ci pouvaient toutefois être amenées différemment selon l'évolution du participant. Le contenu de chaque séance était également basé sur le contenu et les résultats des séances précédentes, c'est pourquoi il était impossible de déterminer à l'avance le contenu précis de chaque rencontre. Par exemple, auprès d'un participant dont l'engagement dans la relation était difficile à amorcer à la première séance, les interventions d'engagement devaient se poursuivre avec plus d'efforts lors de la seconde séance, contrairement à un participant où l'engagement dans la relation s'était fait de façon aisée. Toutefois, même avec un participant dont l'engagement dans la relation s'était fait aisément à la séance 1, cette phase était reprise à la séance 2 afin d'assurer le maintien. Les étapes de focalisation, d'évocation et de planification étaient également entreprises à chaque séance. Selon les progrès du participant entre deux séances, un nouvel objectif pouvait être élaboré et de nouvelles motivations pouvaient surgir, ce qui nécessitait l'ajustement du plan d'action chaque semaine.

3.5.2. Structure de l'intervention

Basé sur la revue des écrits, l'IIEM était constituée de 5 rencontres hebdomadaires d'approximativement 30 à 45 minutes au domicile de la personne âgée. Les rencontres ont été dispensées en face à face par l'étudiante-chercheuse, également infirmière et formée à l'EM. Bien que l'ajout de séances de relances aurait été une composante pertinente à évaluer selon certains auteurs pour le maintien du comportement dans le temps (Jensen et al., 2009; Krantz et al., 2013; O'Brien et al., 2014), nous n'y avons pas eu recours. Ce choix était justifié par les résultats des écrits recensés précédemment, qui soulignent la pertinence de réaliser une étude pilote pour connaître les perceptions des aînés face aux composantes de l'IIEM (Thompson et al., 2011) et d'en évaluer sa faisabilité à domicile (Brodie et al., 2008). Chaque rencontre était structurée comme telle, selon les quatre phases de l'EM, soit l'engagement dans la relation, la focalisation, l'évocation et la planification. Parallèlement, l'outil d'intervention proposé par Bédard (s. d.), était utilisé pour structurer les séances en fonction du stade de changement dans lequel se situait la personne ainsi que de ses niveaux de confiance et de conviction. La figure 4 présente la structure de l'intervention suite à la combinaison des deux processus.

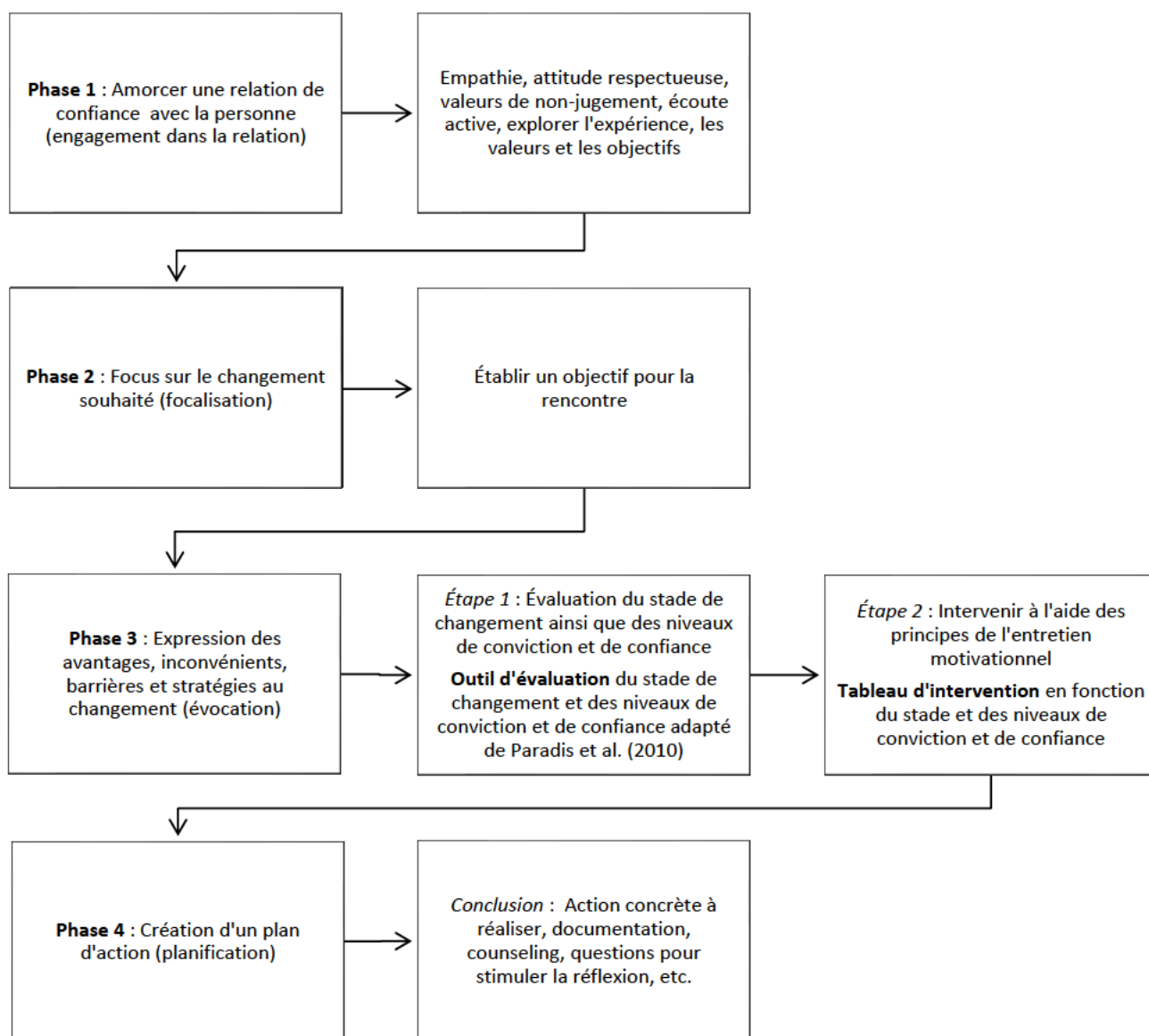


Figure 4. Structure de l’IIEM combinant les phases de l’EM (Miller et Rollnick, 2013) et l’outil d’intervention de Bédard (s. d.).

La combinaison de ces deux processus a été privilégiée pour la structure de l’IIEM puisque les phases de l’EM à elles seules ne permettent pas d’intervenir en fonction des stades de changement. Cette structure permettait de respecter les phases de l’EM en plus d’intervenir selon le stade de changement de la personne. L’outil de Bédard (s. d.) propose d’organiser la rencontre en deux étapes, soit l’évaluation et l’intervention. En effet, Bédard (s. d.) suggère de

débuter par évaluer 1) le stade de changement dans lequel se situe la personne et 2) ses niveaux de conviction et de confiance envers le changement. Pour ce faire, l'outil adapté de Paradis et al. (2010) a été utilisé. Après avoir déterminé le stade et les niveaux de conviction et de confiance de la personne, la deuxième étape de l'outil de Bédard (s. d.) est d'intervenir, à l'aide des principes de l'entretien motivationnel, afin de faire surgir les motivations intrinsèques de la personne envers le changement.

3.6. Collecte de données

3.6.1 Méthode et outils de collecte de données

Questionnaire de données sociodémographiques. Un questionnaire de données sociodémographiques développé et présenté en annexe H a été rempli par les participants lors de la première séance afin d'obtenir leur profil. Le questionnaire permettait de recueillir des données tels que : l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, l'occupation, le revenu, les facteurs de risque, les problèmes de santé et le niveau d'activité physique des participants.

Guide d'entrevue. Un guide d'entrevue présenté en annexe I a été utilisé pour collecter les données lors des entrevues semi-dirigées avec les participants. Ce guide a permis d'évaluer l'acceptabilité de l'intervention, soit de déterminer si celle-ci était applicable et bénéfique pour la clientèle à l'étude (Feeley et al., 2009). Il contient des questions inspirées des critères d'acceptabilité de Sidani et Braden (2011). Selon Sidani et Braden (2011) une personne considère une intervention comme étant acceptable si elle lui semble appropriée à sa situation, pratique dans le contexte de sa vie quotidienne, efficace, sans risque minime et facile à adhérer. Ainsi, des questions concernant l'impression générale des participants, leur appréciation ainsi que leurs perceptions en lien avec les composantes de l'intervention (contenu et structure) leur ont été posées. Une intervieweuse externe au projet d'études a été chargée de réaliser les entrevues semi-dirigées afin de prévenir les biais de désirabilité auprès des participants. Les entrevues avaient une durée approximative de 10 à 20 minutes et elles se sont déroulées par téléphone. Elles ont été enregistrées sur support audionumérique, retranscrites et une analyse du verbatim a été réalisée.

Journal de bord de l'étudiante-chercheuse. Un journal de bord (annexe J) a été tenu par l'étudiante-chercheuse à la suite de chaque rencontre avec chacun des participants. Il a été

utile pour noter toutes réflexions personnelles ou autres éléments pouvant être pertinents pour l'analyse des données. Le journal de bord a permis à l'étudiante-chercheuse de noter les réactions des participants, les interventions et les progrès réalisés à chaque rencontre afin d'en percevoir l'évolution. Le journal de bord a également été utilisé pour évaluer la faisabilité de l'intervention, soit de déterminer si celle-ci pouvait être exécutée par l'étudiante-chercheuse auprès des participants tel que prévu (Feeley et al., 2009). Ainsi, l'étudiante-chercheuse a pris des notes sur la facilité de recrutement des participants en lien avec leur événement coronarien récent, sur leur adhésion à l'intervention soit par le nombre de séances complétée, par le respect des objectifs établis avec le participant et sur la fidélité à l'intervention au niveau du contenu et de la structure (Sidani et Braden, 2011). Une grille de fidélité a également été incluse dans le journal de bord. Celle-ci a été élaborée en s'inspirant des critères de faisabilité de Sidani et Braden (2011) ainsi que par les résultats de l'étude de Borrelli et al. (2005) qui offre une synthèse des évidences quant aux critères utilisés pour évaluer la faisabilité à l'intervention. La grille a été remplie en écoutant chacune des séances qui avaient préalablement été enregistrées. L'étudiante-chercheuse a noté, dans le journal de bord, tout écart dans la réalisation de l'intervention quant au contenu et à la structure en lien avec ce qui avait été préalablement planifié ainsi que les raisons de ces écarts. Autrement, des notes de terrains ont été prises durant la rencontre afin d'alimenter le journal de bord dans une section prévue à cet effet.

Outil d'évaluation du stade de changement et du niveau de conviction et de confiance. Quant à l'évaluation des retombées de l'intervention, un outil adapté de Paradis et al. (2010), présenté à la figure 3, a été utilisé à chaque séance pour évaluer le stade de changement dans lequel se situe la personne ainsi que ses niveaux de conviction et de confiance. En posant les questions proposées par l'outil au participant, il était possible de déterminer dans quel stade de changement se situe la personne. Cela nous permettait par la suite d'intervenir spécifiquement selon ses besoins. Paradis et al. (2010) ont utilisé cet outil pour améliorer les comportements d'autogestion chez une clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque. L'outil de Paradis et al. (2010) a été validé et est neutre, c'est-à-dire qu'il n'est pas conçu pour un comportement spécifique. Dans la présente étude, nous avons adapté cet outil au comportement que nous souhaitons modifier, soit le comportement sédentaire des aînés par l'augmentation des activités physiques.

Carnet d'activité physique. Tel que mentionné précédemment, la diminution du comportement sédentaire des aînés peut se faire par l'adoption d'activités physiques (Barone Gibbs et al., 2016; Rosenberg et al., 2015). Ainsi, pour évaluer les retombées de l'intervention sur le comportement sédentaire des participants, ceux-ci ont rempli un carnet d'activité physique (annexe K). Ils ont été invités à noter le type d'activité physique exécuté, la durée, le lieu, l'intensité et leurs réactions, sentiments ou émotions en lien avec leur réalisation. L'étudiante-chercheuse a ainsi pu observer les progrès des participants lors de chaque séance. Ce carnet d'activité physique comprenait également un plan d'action qui a été rempli en collaboration avec le participant lors de chaque séance, pour identifier un objectif à atteindre, les avantages à réaliser cet objectif, les barrières possibles et les stratégies pour franchir ces barrières. Un retour sur les activités effectuées, sur leur réaction face aux activités et sur l'atteinte de leurs objectifs a été réalisé lors de chaque séance par l'étudiante-chercheuse, ce qui facilitait la création de nouveaux objectifs et l'émergence de stratégies en fonction des obstacles vécus. Ce carnet a été recueilli à la fin des cinq séances afin de percevoir l'évolution de chacun des participants et pour analyser les résultats quant aux retombées de l'intervention.

3.7. Analyse des données

Des statistiques descriptives (moyennes et pourcentages) ont été effectuées à partir du questionnaire de données sociodémographique pour décrire le profil des participants.

Une analyse qualitative selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016) a été réalisée pour analyser les **entrevues semi-dirigées**. Selon Paillé et Mucchielli (2016), l'analyse qualitative a pour but de construire rigoureusement des descriptions et des interprétations de matériaux discursifs. Cela peut se faire par la méthode thématique, soit, par l'identification de **thèmes** (dénominations résumant un corpus de données) et de **sous-thèmes** (décomposition de thèmes) qui résument les propos d'un texte. Suite à la retranscription des verbatims, chacune des entrevues a été lue à plusieurs reprises par l'étudiante-chercheuse afin de lui permettre de s'imprégner des données. Ensuite, une relecture a été effectuée en débutant l'inscription de thèmes en marge du texte à l'aide du logiciel QDA Miner (version Lite). L'étudiante-chercheuse s'est souciée d'identifier des thèmes étant en lien avec le but et les questions de recherche et étant à niveau d'inférence faible, c'est-à-dire qui se rapportent directement aux propos du participant (Paillé et Mucchielli, 2016). Ces thèmes ont d'abord été classifiés à travers des

rubriques afin de faciliter l'analyse. Puis, une première liste de thèmes a été créée et, au fur et à mesure de l'analyse, les thèmes ont été révisés et raffinés.

Par la suite, un relevé de thème a été élaboré sous forme de tableau à l'aide du logiciel *Excel*. Les thèmes ont ainsi pu être comparés entre eux et regroupés selon leur ressemblance, leur récurrence, leur complémentarité ou leur divergence, pour former des **ensembles thématiques saillants** (ensemble de thèmes qui présentent des caractéristiques communes). Puis, les liens entre ces thèmes ont été approfondis pour créer des **axes thématiques** (pôle significatif qui structure et regroupe les ensembles thématiques saillants). Finalement, les thèmes et les axes thématiques ont été hiérarchisés sous forme de **regroupement thématique** (structure des axes thématiques et ensembles thématiques) pour construire un **arbre thématique**, c'est-à-dire un schéma qui présente l'ensemble des regroupements thématiques (Paillé et Mucchielli, 2016). Afin d'assurer une compréhension adéquate des propos des participants, l'étudiante-chercheuse a validé ses thèmes à ceux de sa directrice de recherche.

Les **journaux de bord** remplis par l'étudiante-chercheuse lors de chaque séance ont été analysés de la même façon que les entrevues semi-dirigées, soit à l'aide d'une analyse thématique en continu selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016). Ils ont été analysés par segment selon chacune des sections du journal soit A) les réflexions personnelles, B) les réactions des participants, C) le contenu, les écarts et les raisons, D) la structure, les écarts et les raisons et E) l'adhésion à l'intervention. Pour chacune des sections, les thèmes majeurs ont été ressortis et regroupés par pertinence pour en faire un arbre thématique. L'analyse des journaux de bord a principalement servi à évaluer la faisabilité à l'intervention au niveau du recrutement, de l'adhésion et de la fidélité à l'intervention. Nous avons donc tenté de dégager les thèmes majeurs quant à la faisabilité par les notes prises par l'étudiante-chercheuse en fonction de chacune des composantes du journal.

Quant aux retombées, les **carnets d'activité physique** remplis par les participants ont été analysés par des statistiques descriptives telles que des moyennes et des pourcentages (ex. : durée des activités physiques réalisées chaque semaine par les participants chaque semaine). Le plan d'action inclus dans ce carnet et rempli par l'étudiante-chercheuse en collaboration avec le participant a été analysé quant à l'atteinte des objectifs chaque semaine pour enrichir les données

sur les activités physiques réalisées par les participants. Des statistiques descriptives ont été effectuées pour déterminer le pourcentage de participants ayant atteint leur objectif lors de chaque séance.

Des statistiques descriptives ont également été réalisées pour analyser les données recueillies concernant les stades de changement à l'aide de l'outil d'évaluation des stades de changement adapté de Paradis et al. (2010). Cela a permis de déterminer le pourcentage de participants dans chaque stade lors de la première séance ainsi que lors de la dernière séance afin d'en voir l'évolution.

Le tableau 4 présente un résumé des outils de collecte de données et du type d'analyse qui a été réalisée en fonction des questions de recherche.

Tableau 4. Méthode de collecte de données et analyse découlant des questions de recherche.

| Questions de recherche | Collecte de données | Analyse |
|---|--|--|
| Q1. Quelles sont les perceptions (acceptabilité) des personnes âgées sédentaires de 65 ans et plus ayant vécu un événement coronarien au niveau du contenu et de la structure (intensité, mode de dispensation, lieu) de l'IEM? | <p><u>Guide d'entrevue.</u> Entrevues menées par un professionnel de recherche (intervieweuse) externe au projet et enregistrées sur support audionumérique dans les jours suivant la 5^e séance.</p> <p><u>Journal de bord de l'étudiante-chercheuse.</u> Réflexions et notes prises quant aux réactions des participants.</p> | Analyse thématique selon méthode de Paillé et Mucchielli (2016). |
| Q2. Quelle est la faisabilité de l'IEM quant au recrutement, à l'adhésion et à la fidélité à l'intervention par les personnes âgées sédentaires de 65 ans et plus vivant avec la maladie coronarienne? | <p><u>Journal de bord de l'étudiante-chercheuse.</u> Rempli à la suite de chacune des séances et pour chacun des participants.</p> | Analyse thématique selon méthode de Paillé et Mucchielli (2016). |
| Q3. Quelles sont les retombées de l'IEM quant à la progression dans les stades de changement et au comportement sédentaire des personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec la maladie coronarienne? | <p><u>Stade de changement.</u> Outil d'évaluation des stades de changement et des niveaux de conviction et de confiance adapté de Paradis et al. (2010) utilisé lors de chaque séance.</p> <p><u>Comportement sédentaire.</u> Carnet d'activité physique rempli par les participants entre chaque séance incluant le type et la durée des activités. Plan d'action rempli par l'étudiante-chercheuse en collaboration avec le participant lors de chaque séance incluant la planification d'un objectif et l'identification des avantages, des inconvénients, des barrières et des stratégies au changement.</p> <p><u>Journal de bord de l'étudiante-chercheuse.</u> Notes prises à la suite des séances quant à la progression des participants.</p> | Statistiques descriptives. |

3.8. Critères de rigueur scientifique

Polit et Beck (2017) suggèrent de se baser sur les critères de scientificité de Lincoln et Guba (1985) afin de maintenir la rigueur scientifique d'une recherche qualitative. Notamment,

ceux-ci abordent la crédibilité, la validité, la fiabilité et la transférabilité des résultats. Ces critères ont été pris en considération dans la présente étude.

Crédibilité. La crédibilité d'une étude est reliée à l'authenticité et à la véracité des données et de leur interprétation. Dans la présente étude, nous avons tenté d'assurer la crédibilité par la triangulation des données, c'est-à-dire par la collecte de données à travers différentes sources (Polit et Beck, 2017). Quatre outils ont été utilisés pour recueillir les données et ainsi répondre de façon explicite aux questions de recherche (outil d'évaluation des stades de changement et des niveaux de conviction et de confiance, journal de bord de l'étudiante-chercheuse, guide d'entrevue et carnet de fréquence d'activité physique). L'étudiante-chercheuse a maintenu un contact prolongé avec les participants à travers les cinq rencontres, ce qui lui a permis de comprendre en profondeur le phénomène étudié (Polit et Beck, 2017).

Fiabilité. La fiabilité des données réfère à la stabilité des données à travers le temps ou selon le contexte. Il s'agit également d'atteindre une certaine objectivité de la méthodologie, soit de pouvoir relier toute donnée à sa source en l'absence d'interprétation et de biais (Guba et Lincoln, 1989). Ainsi, la fiabilité a été respectée par différents moyens, soit la description en profondeur de l'échantillon à l'étude, l'enregistrement et la retranscription des entrevues et des séances d'EM pour s'assurer de la compréhension des propos émis par les participants, la tenue en continu des journaux de bord suite à chaque séance, incluant la prise de notes de terrain pour assurer un suivi rigoureux des données et la réalisation des entrevues semi-dirigées par une intervieweuse externe au projet pour prévenir des biais de désirabilité sociale.

Validité. La validité fait appel à l'objectivité des données. Pour maintenir la validité des données, les résultats doivent refléter les propos des participants ainsi que leur signification (Polit et Beck, 2017). Pour se faire, les entrevues semi-dirigées ont été enregistrées, retranscrites et analysées à l'aide d'une méthode rigoureuse, soit celle de Paillé et Mucchielli (2016), à partir de laquelle nous avons identifié des thèmes qui découlent directement des propos des participants (inférence faible). L'étudiante-chercheuse et sa directrice ont échangé tout au long du processus d'analyse quant aux données, thèmes et interprétations afin de bien saisir le sens des résultats obtenus. Ensemble, l'étudiante-chercheuse et sa directrice ont validé leur analyse afin d'assurer une compréhension juste des propos des participants. Cela a permis de tendre vers

la neutralité et l'objectivité des données (Polit et Beck, 2017). De plus, l'étudiante-chercheuse a utilisé les principes de réflexivité tels que l'auto-interrogation et la réflexion pour comprendre l'influence que son identité professionnelle, ses valeurs et son expérience pouvaient avoir sur l'interprétation des données (Polit et Beck, 2017).

Transférabilité. Le critère de transférabilité signifie le potentiel de transférer les résultats ou de les appliquer à un autre contexte. Pour s'assurer de la transférabilité des données, le chercheur doit décrire suffisamment le contenu et le processus du projet de recherche (Polit et Beck, 2017). Dans le cas de ce projet, nous avons détaillé l'intervention, l'échantillon et le déroulement de l'étude pour permettre au lecteur de transférer les résultats dans un contexte similaire (Polit et Beck, 2017). Puisqu'il s'agit d'une étude pilote qualitative, nous ne visions pas à généraliser les résultats, mais dans le cas où l'IIEM serait faisable et acceptable, celle-ci pourrait être menée à plus grande échelle, c'est pourquoi nous avons porté une attention particulière à la description en profondeur des composantes de l'étude et de l'intervention.

3.9. Considérations éthiques

L'étude a été soumise pour approbation au comité d'éthique du centre hospitalier où s'est déroulée l'étude. L'étudiante-chercheuse s'est assurée d'expliquer de façon adéquate le but, le déroulement et les retombées du projet d'étude aux participants et de répondre à leurs questions afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé. Le FIC a été signé par les participants et ceux-ci ont été informés de la possibilité de retirer leur participation au projet en tout temps. Nous avons obtenu leur autorisation d'enregistrer les séances et avons respecté la confidentialité des données recueillies en ne partageant en aucun temps les renseignements et l'identité des participants. Chaque participant s'est vu attribuer un code et la clé du code a été conservée sous clé au centre de recherche du centre hospitalier où s'est déroulée l'étude, de façon à ce que les données soient accessibles uniquement à l'étudiante-chercheuse. Les outils et les enregistrements ont également été conservés sous clé.

Chapitre 4. Résultats

Ce quatrième chapitre porte sur les résultats de l'étude. En premier lieu, les données sociodémographiques des participants seront décrites. Ensuite, les résultats issus de l'analyse thématique seront présentés en lien avec l'acceptabilité (Q1) et la faisabilité (Q2) de l'IEM. Ainsi, nous dévoilerons les thèmes émergents des entrevues semi-dirigées et des journaux de bord. Finalement, les résultats de l'analyse qualitative en lien avec les retombées (Q3) de l'IEM seront exposés sous forme de statistiques descriptives.

4.1. Description des données sociodémographiques

Au total, cinq personnes âgées ont participé à cette étude. De ce nombre, on compte quatre hommes et une femme, tous de citoyenneté canadienne. La moyenne d'âge des participants est de 74,2 ans (étendue 70 à 78 ans). Parmi ceux-ci, quatre personnes possèdent un diplôme d'études secondaires et une a fait des études primaires. Trois des participants sont mariés et demeurent avec leur conjoint(e), alors que deux des participants vivent seuls, l'un étant veuf et l'autre étant célibataire. Alors qu'il s'agissait d'un premier événement coronarien pour deux des participants, trois en étaient à leur deuxième événement. Le moment d'obtention du diagnostic de maladie coronarienne chez les participants datait donc de 1981 à 2018. Quant aux facteurs de risque cardiovasculaires, les données auto-rapportées du questionnaire de données sociodémographiques permettent de constater que trois participants possèdent un diagnostic de diabète de type 2, deux souffrent d'hypertension artérielle, un présente de l'hypercholestérolémie, un souffre d'obésité et deux vivent du stress. Parmi les autres problèmes de santé, on retrouve la maladie pulmonaire obstructive chronique (n = 1) et l'arthrose (n = 1). Les participants ont également indiqué dans le questionnaire qu'avant l'hospitalisation, ils consacraient en moyenne chaque semaine 3 heures à des activités légères (étendue 2 à 4 heures) et 0,2 heure à des activités modérées (étendue 0 à 1 heure). Aucun d'entre eux ne pratiquait d'activités vigoureuses. Les revenus des participants se situent entre 0 et 19 999\$ (n = 2) et 20 000 et 39 999\$ (n = 3). Le tableau 5 présente les données sociodémographiques de chacun des participants ainsi qu'un résumé global.

Tableau 5. Données sociodémographiques des participants.

| Caractéristiques | | Participants | | | | | Total |
|--|-------------------|------------------------|---|--------------------|---|------------------------------------|--|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Genre | | Homme | Femme | Homme | Homme | Homme | Homme (n = 4) Femmes (n = 1) |
| Âge | | 78 | 74 | 77 | 72 | 70 | $\mu = 74,2 \sigma = 3,35$ |
| Scolarité complétée | | Études secondaires | Études primaires | Études secondaires | Études secondaires | Études secondaires | Secondaire (n = 4) Primaire (n = 1) |
| Nationalité | | Canadienne | Canadienne | Canadienne | Canadienne | Canadienne | Canadienne (n = 5) |
| Statut civil | | Célibataire | Veuve | Marié | Marié | Marié | Célibataire (n = 1) Veuve (n = 1) Marié (n = 3) |
| Occupation | | Retraité | Retraîtée | Retraité | Retraité | Retraité | Retraité (n = 5) |
| Milieu de vie | | Vit seul | Vit seule | Vit avec épouse | Vit avec épouse | Vit avec épouse | Seul (n = 2) Avec épouse (n = 3) |
| Proche aidant | | Non | Non | Non | Non | Non | Non (n = 5) |
| Année d'obtention du diagnostic | | 1981 | 2018 | 1996 | 2013 | 2018 | $\mu = 2005 \sigma = 16,27$ |
| Nombre d'événements coronariens vécus | | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 (n = 3) 1 (n = 2) |
| Facteurs de risque | | Diabète (DB) de type 2 | Hypertension artérielle (HTA), DB de type 2, stress | DB de type 2 | Stress | HTA, hypercholestérolémie, obésité | DB de type 2 (n = 3) HTA (n = 2) Stress (n = 2) Hypercholestérolémie (n = 1) Obésité (n = 1) |
| Autres problèmes de santé | | - | - | - | Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), arthrose | - | MPOC (n = 1) Arthrose (n = 1) |
| Nombre d'heures d'activité physique réalisées par semaine avant l'hospitalisation | Légère | 4 | 3 | 3,5 | 3 | 2 | $\mu = 3,1 \sigma = 0,74$ |
| | Modérée | - | - | - | - | 1 | $\mu = 0,2 \sigma = 0,45$ |
| | Vigoureuse | - | - | - | - | - | - |

μ : moyenne σ : écart-type

4.2. Acceptabilité de l'intervention (Q1)

Au terme de l'analyse thématique, nous souhaitons répondre à la première question de recherche: Quelles sont les perceptions (acceptabilité) des personnes âgées sédentaires de 65 ans et plus ayant vécu un événement coronarien au niveau du contenu et de la structure (intensité, mode de dispensation, lieu) de l'IIEM? Les entrevues semi-dirigées effectuées auprès des participants ont permis de décrire leurs perceptions à l'égard du contenu et de la structure de l'IIEM. Les journaux de bord remplis suite à chacune des séances d'EM ont laissé place à la description des réflexions de l'étudiante-chercheuse ainsi qu'à la prise de notes sur les réactions des participants. Dans cette section, nous exposerons les résultats de l'analyse thématique réalisée selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016) en fonction des perceptions des participants envers le contenu et la structure de l'IIEM. Prenant la forme finale d'un arbre thématique englobant l'ensemble des regroupements thématiques, les résultats seront plutôt présentés ci-dessous sous forme de texte afin de faciliter la compréhension du lecteur des liens entre chaque regroupement et thème. Les résultats de l'analyse thématique quant aux journaux de bord en lien avec cette question de recherche serviront également à bonifier cette section.

De façon générale, l'IIEM a semblé acceptable pour les personnes âgées. En effet, les cinq participants ont affirmé être satisfaits par l'intervention. Tous ont mentionné qu'aucun aspect ne leur avait déplu et qu'ils accepteraient d'y participer à nouveau si l'occasion se présentait. Quatre d'entre eux ne suggèrent aucune modification à apporter, alors qu'un participant conseille une modification à apporter à la structure. Celle-ci sera expliquée en détail dans les pages suivantes. L'extrait ci-dessous traduit l'ensemble des commentaires reçus face à la satisfaction des aînés envers l'IIEM : « *Le projet, je trouve qu'il était excellent là je veux dire de la manière que c'était fait.* » (participant 5)

4.2.1. Perception du contenu de l'intervention

L'analyse qualitative des verbatims des entrevues semi-dirigées a permis de faire surgir deux grands axes thématiques en lien avec les perceptions des aînés face au contenu de l'IIEM, soit l'**accompagnement envers le changement de comportement** et la **motivation**. Ces axes thématiques ainsi que les thèmes et les sous-thèmes qu'ils englobent seront présentés dans les paragraphes qui suivent, accompagnés de verbatims qui appuient les propos des participants.

Tout d'abord, le contenu de l'IEM fait référence aux interventions réalisées dans les phases de l'EM (engagement dans la relation, focalisation, évocation et planification) ainsi que celles en fonction du stade de changement du participant (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien). À travers les entrevues semi-dirigées, on constate que les participants abordent les éléments du contenu qui auraient permis de les accompagner dans le changement de comportement. Ces éléments sont notamment les encouragements, les discussions, les conseils, le respect de leur propre cheminement envers le changement, le soutien moral et l'écoute active. Effectivement, la majorité des participants soutiennent que les **encouragements** de l'infirmière étaient un élément favorable au contenu des séances. Ils mentionnent que les **encouragements hebdomadaires** étaient aidants : « *Le plus aidé ben... c'est son expertise et son encouragement aussi. Elle m'encourageait à toutes les semaines pis ah oui elle m'aidait beaucoup* » (participant 1). Ils précisent aussi que les **encouragements favorisaient la progression et valorisaient le succès**, tels qu'illustrés dans l'extrait suivant :

« [...] *l'incitation à continuer, c'est ça les éléments qui étaient les plus importants pour moi là. À chaque fois qu'il y avait du progrès elle était contente, a me félicitait pour les efforts qu'on faisait. C'était ça les éléments pour moi qui ont été les plus utiles pour moi. Parce que ça m'incitait à continuer et à en faire un peu plus.* » (participant 4)

Les **encouragements en cas d'échec face à l'objectif identifié** ont semblé d'autant plus appréciés et contribuaient à la poursuite du changement. Un participant mentionne : « *Des fois y'avait des journées que j'avais pas fait, mais a comprenait tout, mais a disait de continuer pis de pas arrêter.* » (participant 5)

De plus, les **discussions quant au changement de comportement** avec l'infirmière ont été perçues comme pertinentes et permettaient d'obtenir des **conseils aidants**, autant au niveau des activités physiques que de l'expérience de santé. L'extrait suivant indique la perception d'un participant à ce sujet : « *[L'infirmière] me conseillait très bien soit sur le bord de la maladie à me disait ben fait ça de même pis si... On parlait de combien de marches pis de si... C'était bien.* » (participant 2)

Autrement, les participants ont apprécié que l'accompagnement soit réalisé en **respectant leur processus de cheminement envers le changement**. Ceux-ci décrètent que l'accompagnement durant les séances de l'IIEM leur offrait la possibilité d'amorcer un changement **selon leur propre cheminement**, soit **tranquillement, sans être bousculé** et en **ayant droit aux échecs**. Les extraits suivants illustrent les propos des participants :

« *Pour l'ensemble de tout moi j'ai trouvé que c'était bien. Les conseils, [...], comment y aller tranquillement, pas trop se fatiguer, se reposer puis continuer après.* » (participant 2)

« *Les points forts ben c'est parce qu'elle [l'infirmière] discute puis calmement, elle ne nous bouscule pas.* » (participant 3)

« *Comme je te dis que... y'a des semaines que... j'ai pas tout obtenu mes objectifs. A disoit que c'était pas grave, de continuer.* » (participant 5)

En outre, **l'écoute active** de l'infirmière à travers les séances aurait également été un élément du contenu précieux pour les participants. L'écoute leur aurait permis de se raconter sur leur vécu, favorisant l'engagement dans la relation et facilitant l'accompagnement au changement : « *Elle était à l'écoute. Je parlais avec elle de différentes choses parce que j'ai un vécu moi là j'ai 77 ans.* » (participant 3)

L'expérience de santé vécue récemment par les participants a, pour certains, été éprouvante et vécue plus difficilement. En dehors des échanges sur le changement de comportement, le contenu de l'IIEM a pu permettre d'accompagner les aînés en répondant à un besoin de **soutien moral**. Notamment, les phases d'engagement dans la relation et d'évocation facilitaient les échanges entre les participants et l'infirmière et cela aurait été d'une grande aide pour eux. Un d'entre eux raconte : « *Ça m'a aidé ben mon moral était meilleur (rire). Parce que quand tu subis ce que j'ai subi, des fois tu perds le moral. J'ai été 2 mois hein. Mais ça m'a bien aidé.* » (participant 3)

Par ailleurs, en plus d'aborder les éléments du contenu de l'intervention, le discours des participants à travers les entrevues semi-dirigées met en évidence leur niveau de **motivation** suite à l'IIEM. En ce sens, les éléments du contenu de l'IIEM qui visaient à accompagner les participants dans le changement de comportement auraient permis de faire émerger leur

motivation. En effet, les participants jugent que l'**émergence de la motivation** face à la réalisation d'activités physiques était une composante importante de l'IEM :

« *Qu'est-ce qui m'a le plus aidé... Bin dans l'ensemble... À être motivée à faire la marche, c'est sûr que ça, ça m'a aidée beaucoup.* » (participant 2)

« *Ben les éléments c'était la motivation [...] c'est ça les éléments qui étaient les plus importants pour moi.* » (participant 4)

Pour certains, la motivation était reliée au phénomène de **dépassement de soi**. Des participants décrivent l'IEM comme étant une opportunité pour se dépasser, en visant des **objectifs à atteindre** : « *Elle complétait les choses qui m'aidaient à atteindre mes objectifs* » (participant 5) et en réalisant un **défi personnel** : « *Pour moi ça été [...] un défi un petit peu à tous les jours de plus pour moi ça été très bon* » (participant 4). Le contenu de l'IEM aurait également été perçu par certains participants comme une occasion pour se dépasser à travers la **découverte** et la **réalisation de nouvelles activités**. Un des participants mentionne : « *Y'a des affaires comme monter les marches ça j'aurais jamais pensé faire ça. [...] J'étais très satisfaite de ce qu'elle m'a dit quoi faire. Parce que je l'aurais jamais faite sans ça, je connaissais pas ça.* » (participant 2)

De plus, la motivation évoquée chez les participants leur aurait permis de s'investir dans le changement de comportement, c'est-à-dire de réduire leur comportement sédentaire par l'augmentation des activités physiques. Effectivement, les participants perçoivent que l'IEM leur a donné la chance de **faire plus d'activités physiques** : « *Ça m'a aidé à m'améliorer à faire des exercices plus approfondis* » (participant 3) et de **maintenir le changement** : « *Je continue pareil quand même qu'a vient pas. Je fais mes marches je prends mes marches* » (participant 2). Leur témoignage démontre également que le contenu de l'IEM les a amenés à **percevoir des avantages** au changement, dont celui d'avoir plus d'endurance : « *Oui pis je suis plus fort, les jambes sont bonnes et puis les bras avec* » (participant 3) et d'être désormais **convaincu des bienfaits** du changement : « *Faut que je marche à tous les matins, deux fois par jour ces choses-là. Fait que je me dis que faut que je le fasse. Fait que je le fais j'ai pas le choix [...] J'ai compris qui faut que je fasse à tous les jours.* » (participant 5)

Par conséquent, de par l'accompagnement envers le changement de comportement qu'offrait l'IEM et qui prenait la forme d'encouragements, de discussions, de conseils aidants, d'écoute, de respect du cheminement et de soutien moral, les participants auraient vu leur motivation émergée. Ils auraient ensuite été en mesure de changer leur comportement sédentaire par la réalisation d'activités physiques, de percevoir les avantages de ce changement et de le maintenir à travers les séances de l'IEM. En effet, des réflexions et des notes quant aux perceptions des participants face à l'IEM durant les séances ont été consignées dans les journaux de bord et ceux-ci concordent avec le discours des participants. Les notes démontrent notamment les réactions positives des participants telles que l'émergence de leur motivation, leur intérêt envers les discussions, leur appréciation des conseils ainsi que leur satisfaction envers le projet.

Face à ces résultats, on constate que l'IEM de façon générale ainsi que son contenu ont été considérés de façon positive par les participants et qu'ils en sont satisfaits. Ils ont d'ailleurs semblé apprécier les éléments du contenu qui visaient à les accompagner dans le changement de comportement et celui-ci aurait permis de faire émerger leur motivation durant les séances. Finalement, l'IEM semblerait pouvoir répondre à un autre besoin des aînés qui ont récemment vécu une expérience de santé, soit le besoin de soutien moral.

4.2.2. Perception de la structure de l'intervention

L'analyse qualitative des verbatims des entrevues semi-dirigées a permis de décrire les perceptions des participants à l'égard du nombre, de la durée, de la fréquence et du lieu de l'IEM. Tous les participants décrivent le **nombre** des rencontres comme étant **adéquat** et la majorité (n = 4) l'identifie comme **suffisant**, ne percevant **pas la nécessité de participer à plus de séances** ou d'obtenir un suivi téléphonique à la suite des cinq séances. Seul un participant mentionne que la **participation à un plus grand nombre de rencontres** lui aurait été favorable. D'ailleurs, la perception du nombre adéquat de rencontres semble être **influencée par la condition de la personne** à la suite de l'IEM ainsi que par son **réseau de soutien social**. En effet, le seul participant à notre étude qui aurait apprécié participer à davantage de rencontres présente un réseau de soutien social restreint et semble avoir un intérêt particulier pour l'aspect social de l'IEM : « *Ah c'était bien cinq rencontres là. [...] Ben.... Avoir de la belle visite comme*

ça moi je peux en avoir à tous les jours (rire). [...] Plus il y en aurait eu mieux ça aurait été (rire). » (participant 2) À l'opposé, trois participants affirment qu'un nombre de cinq rencontres est suffisant compte tenu de leur **progression vis-à-vis le changement** et de leur **niveau d'autonomie**. Des participants racontent :

« Pas nécessairement [besoin de plus de rencontres] non parce que ça va bien, je suis rendu autonome à 85% à peu près là. » (participant 3)

« Non [pas besoin de plus de rencontres] ben comme je te dis j'ai hum... Quand tu développes une habitude ben là tu le fais pis tu sais pourquoi tu le fais tsé. Dans mon cas moi là ça va bien. » (participant 5)

La **durée** moyenne des séances d'EM était de 38,94 minutes (étendue 15,47 à 57,15 minutes). Cette durée est décrite comme **satisfaisante** par les participants et **laisse suffisamment de place aux discussions** : *« C'était juste assez pour être capable de discuter de qu'est-ce voulait discuter »* (participant 4). En situation où la durée d'une séance était plus longue que celle planifiée (30 à 45 minutes), celle-ci était tout de même perçue comme satisfaisante par les participants : *« Oui oui oui [satisfait de la durée des rencontres]. Mais des fois ça dépassait le 45 minutes, mais c'est pas grave, car on discutait et on parlait. »* (participant 3)

Le **lieu** du domicile de l'IIEM a été apprécié de façon unanime par les cinq participants. Il a d'ailleurs été considéré comme **adapté à l'expérience de santé** vécue récemment et aux **difficultés de déplacement** qui en découlent :

« Vois-tu je venais d'être opéré fait que pour moi là ça me permettait de ne pas me déplacer. » (participant 4)

« Ah oui ah oui [le lieu était convenable] parce que je ne pouvais pas me déplacer autant avec ma jambe. » (participant 2)

Parallèlement, la perception de l'**aménagement du domicile** influencerait la réalisation d'activités physiques. Notamment, un participant qui caractérise son domicile comme étant grand serait plus susceptible d'être apte à y réaliser des activités. Pour un autre qui perçoit son domicile comme étant petit, celui-ci serait moins adapté et restreindrait la variété d'activité physique à réaliser, et ce, malgré les différentes alternatives d'activités explorées. Les extraits suivants exposent cette réalité :

« *Moi vu que je reste dans un HLM, y'a un grand corridor, je fais mes marches intérieures.* » (participant 2)

« *À l'hôpital je marchais, mais ici dans la maison où je demeure, c'est plus petit le passage, le passage est plus petit pis c'est plus compliqué.* » (participant 1)

En ce qui concerne la **fréquence hebdomadaire** de l'IEM, celle-ci a été considérée comme **adéquate** par les participants. Certains l'ont également caractérisé comme étant **facilitante pour l'organisation** de la vie personnelle, permettant à la fois d'avoir **du temps pour réaliser les activités physiques et pour se reposer**. Des participants mentionnent :

« *Ça me donne le temps de faire mes exercices pis de relaxer aussi.* » (participant 3)

« *On avait assez de temps pour être capable de s'organiser.* » (participant 4)

La fréquence de l'IEM permettrait également de bénéficier d'une **source de soutien hebdomadaire** quant aux activités physiques réalisées. En effet, participer à des séances chaque semaine favoriserait le suivi des activités réalisées et des barrières vécues, ce qui serait favorable à la progression. Un participant mentionne : « *Comme je dis, en venant à toutes les semaines on discutait fait que ça te donne du suivi là-dessus.* » (participant 5)

Une nouvelle composante de la structure de l'IEM, soit le **moment de l'intervention** a émergé des entrevues semi-dirigées. Alors que pour un participant, le retour à la maison à la suite d'une **hospitalisation** serait un **moment clé pour amorcer une intervention de changement de comportement** dû au désir de changer ses habitudes qui s'en suit, il serait plutôt **difficile de réaliser des activités physiques suite à une hospitalisation** pour un autre participant. Des participants expriment :

« *Je pense qu'elle est venue une semaine après que je sois sortie quelque chose comme ça. Je me rappelle plus les dates je ne les ai pas avec moi la mais c'est bien tsé. Si t'attends trop longtemps des fois ça te tente pu tandis que là ben t'es dedans.* » (participant 5)

« *C'est dur à 79 ans. J'ai marché dans le temps que j'étais jeune, mais à 79 ans c'est plus compliqué. Surtout quand on sort de l'hôpital.* » (participant 2)

Autrement, pour les aînés qui bénéficient de services offerts par d'autres professionnels de la santé, il pourrait être pertinent de **planifier les rencontres en fonction de ces services** afin de faciliter l'organisation des soins. En effet, suite à une séance qui s'est vue écourtée de

par l'arrivée d'autres professionnels, un participant propose d'assurer la **coordination des soins** en lien avec la dispensation de l'IIEM. Il s'agit d'ailleurs de l'unique élément de la structure de l'IIEM qui a été suggéré de modifier. Le participant raconte à ce sujet : « *Qu'est-ce que je modifierais... [...] Y'a juste un matin sont arrivés les trois ensembles, le CLSC, l'infirmier et là là elle a été obligée de s'en aller là. On a manqué presque une demi-heure là. Ouin, faudrait coordonner ça avec le CLSC.* » (participant 1)

Également en lien avec le moment de l'intervention, la **météo** serait une composante qui influencerait la réalisation d'activité physique. Il pourrait être plus facile pour les aînés faire de l'activité physique par beau temps et dans les saisons plus chaudes. Les participants indiquent d'ailleurs que le **temps froid rendrait difficile la réalisation d'activités**, alors que le **beau temps y serait plus propice** :

« *Si je peux avoir un peu de soleil, je vais aller dehors.* » (participant 2)

« *À moment donné, elle voulait me faire sortir dehors, mais y faisait trop froid. Mais là là, avec le beau soleil là, on pourrait sortir dehors.* » (participant 1)

Finalement, les **caractéristiques de l'infirmière** tels que la **punctualité**, la **gentillesse** et le **professionnalisme** auraient contribué à la perception positive des participants face à la structure de l'IIEM. Un d'eux raconte : « *Le seul point que j'aimerais partager avec vous est que j'ai trouvé [l'infirmière] super professionnelle, elle était toujours à l'heure aux rendez-vous. Elle était vraiment très inspirante.* » (participant 4)

Suite à cette analyse, on remarque que l'ensemble de la structure de l'IIEM a été appréciée par les participants. Ceci dit, une IIEM comportant cinq séances d'EM dispensées hebdomadairement par une infirmière à domicile et structurée en fonction des phases de l'EM et des stades de changement serait acceptable pour les personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne. Plusieurs facteurs pouvant influencer les perceptions des composantes de la structure de l'intervention doivent toutefois être pris en considérations tels que la perception de la progression vis-à-vis le changement et l'autonomie des aînés suite à l'IIEM, leur réseau de soutien social, l'aménagement du domicile, la météo et les caractéristiques de l'infirmière qui dispense l'intervention.

4.3. Faisabilité de l'intervention (Q2)

Cette étude visait à répondre à une deuxième question de recherche : Quelle est la faisabilité de l'IIEM quant au recrutement, à l'adhésion et à la fidélité à l'intervention par les personnes âgées sédentaires de 65 ans et plus vivant avec la maladie coronarienne? Dans cette section, nous présenterons les résultats de l'analyse thématique en ce qui a trait aux trois composantes étudiées soit le recrutement, l'adhésion et la fidélité à l'intervention. Les données quant au recrutement ont été recueillies par des notes prises dans un carnet de chercheur, alors que l'adhésion et la fidélité à l'intervention ont été analysées à partir des notes prises dans les journaux de bord.

4.3.1. Recrutement des participants

Au total, 35 patients répondant à des premiers critères d'inclusion (hospitalisé pour pontage coronarien, ≥ 65 ans, habite la grande région métropolitaine, absence de trouble neurocognitif) ont été rencontrés par l'étudiante-chercheuse durant leur hospitalisation. De ce nombre, 20 personnes ne répondaient pas aux critères de sédentarité et 15 étaient admissibles en répondant à tous les critères (langue française, sédentaire, désire augmenter ses activités). Ensuite, cinq (33%) personnes admissibles se sont montrées désintéressées à participer au projet et cinq autres (33%) ont décliné pour divers motifs qui rendaient impossible leur participation au projet (complications post-opératoires, douleurs aiguës, séjour en centre de convalescence prolongé). Finalement, cinq aînés ont confirmé leur participation au projet.

Bien que la majorité des personnes âgées hospitalisées qui ont été rencontrées étaient très réceptives au projet et que le tiers s'est montrés désintéressés, le recrutement des participants a été quelque peu complexifié. Effectivement, au moment du recrutement, le centre hospitalier où s'est déroulée l'étude vivait une période de restructuration en lien avec son déménagement récent dans de nouvelles installations. Par le fait même, le taux d'occupation des unités était restreint, n'atteignant pas la capacité maximale de patients hospitalisés. Ceci a pu nuire au processus de recrutement, réduisant le nombre de participants potentiellement intéressés à participer à la présente étude et ne permettant pas d'atteindre le nombre maximal de participants recherchés ($n = 8$) dans le temps planifié pour le recrutement (3 mois).

Également, 33% des personnes admissibles au projet ont dû décliner leur participation pour des raisons majoritairement médicales lors du suivi téléphonique à leur congé de l'hôpital. Bien que le fait d'amorcer une intervention de changement de comportement dans les trois premiers mois suivants une chirurgie de pontage serait optimal pour le niveau de motivation des aînés (Cleary et al., 2015), ces résultats laissent sous-entendre que les aînés peuvent fréquemment vivre des complications qui pourraient retarder leur participation à ce type de projet. De plus, un grand nombre d'aînés rencontrés ne répondaient pas au critère de sédentarité (n = 20/35) et très peu étaient des femmes (8/35), ce qui laisse penser que cette clientèle peut être plus difficile à recruter. Or, il était parfois difficile pour la personne rencontrée de déterminer si elle répondait réellement au critère de sédentarité (consacrer huit heures et plus par jour à des activités sédentaires). Celui-ci devrait être précisé lors de futures études afin de faciliter le recrutement de cette clientèle.

4.3.2. Adhésion à l'intervention

Tous les participants à l'étude ayant rempli le FIC (n = 5) ont complété les cinq séances d'EM. Cela représente un taux d'abandon nul. Bien que le contenu des séances pouvait parfois dévier du sujet principal ce qui nécessitait de se reconcentrer davantage sur la phase de focalisation, les participants ont démontré un vif intérêt envers les discussions et répondaient aux questions posées par l'étudiante-chercheuse.

L'assiduité des participants face à la complétion des carnets d'activité physique chaque semaine était variable. De façon générale, quatre participants étaient plutôt constants dans la complétion, tandis qu'un éprouvait davantage de difficulté à le faire. Lorsque le carnet n'était pas rempli par le participant entre les séances, il était complété par l'étudiante-chercheuse en collaboration avec le participant lors de la séance suivante.

Chaque semaine les participants étaient invités à remplir le plan d'action intégré au carnet d'activité physique et d'y inscrire l'objectif de changement qu'ils souhaitaient atteindre. Par exemple, des participants ont identifié les objectifs suivants : « *Prendre deux marches de 10 minutes chaque jour* » et « *Continuer à prendre des marches à l'intérieur chaque jour + monter et descendre les escaliers trois fois par semaine* ». Puis, lors de la séance suivante, les participants indiquaient dans le carnet s'ils avaient atteint leur objectif. Sur les 19 objectifs

identifiés, 12 ont été atteints, ce qui représente une réussite de 60%. Les raisons pour avoir échoué les objectifs sont reliées aux barrières éprouvées par les participants face à la réalisation d'activités physiques telles que la douleur, la fatigue, l'essoufflement, l'incapacité à sortir à l'extérieur, la météo, etc. Les réflexions émises par l'étudiante-chercheuse dans les journaux de bord soutiennent l'adhésion des participants à l'intervention à travers les progrès constatés durant les séances d'EM tels que la motivation, l'atteinte de l'objectif, l'augmentation des activités légères, l'amélioration du niveau de confiance et le maintien du changement. Également, les participants ont abordé l'augmentation de leur niveau d'activité physique à travers les entrevues semi-dirigées, de même que l'atteinte d'objectif, le maintien du changement et la perception des avantages. Ainsi, les notes tenues par l'étudiante-chercheuse à travers les journaux de bord sont congruentes avec les commentaires recueillis par l'intervieweuse lors des entrevues semi-dirigées.

4.3.3. Fidélité à l'intervention

Afin d'évaluer la fidélité à l'intervention, une grille incluse dans le journal de bord était complétée à la suite de chacune des séances. On constate que, sur le total des 25 séances d'EM qui ont été réalisées, la fidélité à l'intervention a été respectée lors de 18 séances, ce qui représente 72% des séances. Parmi les cinq séances où la fidélité n'a pas été respectée, les composantes suivantes ont été transgressées : durée de la séance plus longue que celle planifiée ($n = 5/25$), durée d'intervention moindre ($n = 2/25$), fréquence à plus d'une semaine ($n = 1/25$) et absence d'évaluation du stade de changement ainsi que des niveaux de conviction et de confiance ($n = 1/25$). Les causes de ces écarts sont notamment associées à des échanges concis ou prolongés avec les participants (durée moyenne des écarts : 9,42 minutes), à la nécessité d'une période d'adaptation à la structure de l'intervention, à l'échec de l'objectif identifié et à l'utilisation de services d'autres professionnels de la santé par les participants. Ces écarts ont entre autres pu causer des difficultés à focaliser sur l'objectif de la rencontre, à faire évoquer les motivations au changement et à évaluer le progrès des participants. En notant ces écarts dans les journaux de bord, cela donnait toutefois la possibilité à l'étudiante-chercheuse de bonifier l'intervention lors de la séance suivante. Un tableau portant sur les résultats du respect de la fidélité à l'intervention en fonction de chacun des participants et des séances d'EM est présenté en annexe L.

Finalement, à la lumière des résultats de l'analyse thématique quant à la faisabilité de l'IEM, celle-ci semble être faisable au niveau du recrutement, de l'adhésion et de la fidélité à l'intervention. Malgré que le recrutement des participants se soit vu complexifié, cela pourrait être attribuable aux réorganisations vécues par le milieu au moment de l'étude. Il demeure tout de même à considérer que les aînés sédentaires vivant avec la maladie coronarienne peuvent vivre des complications en séjour post-opératoire, ce qui pourrait retarder leur participation à ce genre de projet et limiter le recrutement. Par ailleurs, les résultats montrent que, l'adhésion des participants à l'intervention était convenable. Bien que seulement 60% des objectifs identifiés ont été atteints en raison des barrières reliées à l'état de santé fréquemment éprouvées par les participants, ces derniers ont cependant tous progressé et augmenté leur niveau d'activité. Certains écarts ont également été constatés dans la fidélité à l'intervention. Ceux-ci ne représentent que 28% des séances et ils se situent en majorité dans les premières séances prodiguées par l'étudiante-chercheuse, d'où la nécessité de prévoir une période d'adaptation à l'intervention. Ces écarts sont en majorité associés à une durée d'intervention plus longue que prévue et peuvent être expliqués par des échanges prolongés entre le participant et l'étudiante-chercheuse. La durée moyenne des séances (38,94 minutes) respecte d'ailleurs celle qui avait été planifiée au préalable.

4.4. Retombées de l'intervention (Q3)

Ce projet de recherche a permis de répondre à une troisième question de recherche : Quelles sont les retombées de l'IEM quant à la progression dans les stades de changement et au comportement sédentaire des personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec la maladie coronarienne? Les résultats de l'IEM quant à la progression des participants dans les stades de changement et au comportement sédentaire sont présentés dans les pages qui suivent.

4.4.1. Stade de changement

Pour évaluer la progression dans les stades de changement, l'algorithme adapté de Paradis et al. (2010) a été utilisé lors de chacune des séances avec les participants. Ensuite, le stade dans lequel se situait le participant était inscrit dans le journal de bord par l'étudiante-chercheuse, ce qui a permis d'en noter la progression. La figure 5 présente le stade de changement des participants à la séance 1 alors que la figure 6 présente les stades de changements des participants à la séance 5, selon le MTC.

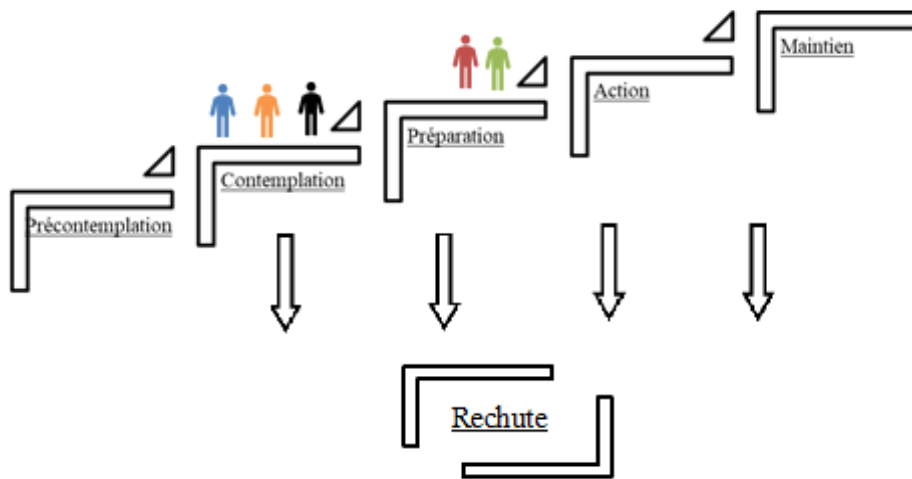


Figure 5. Stade de changement des participants lors de la séance 1.

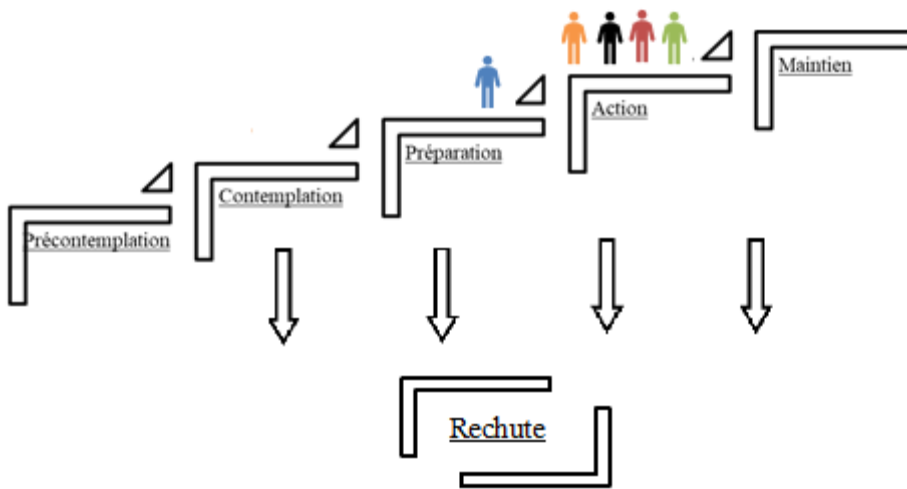


Figure 6. Stade de changement des participants lors de la séance 5.

 Participant 1,
  Participant 2,
  Participant 3,
  Participant 4,
  Participant 5

Lors de la première séance, trois participants se situaient au stade de contemplation et deux participants se trouvaient au stade de préparation. Cela signifie que trois participants percevaient la nécessité de modifier leur comportement sédentaire, mais ne s’y étaient pas

encore engagés et deux participants étaient convaincus des avantages du changement et prêt à l'entreprendre très prochainement.

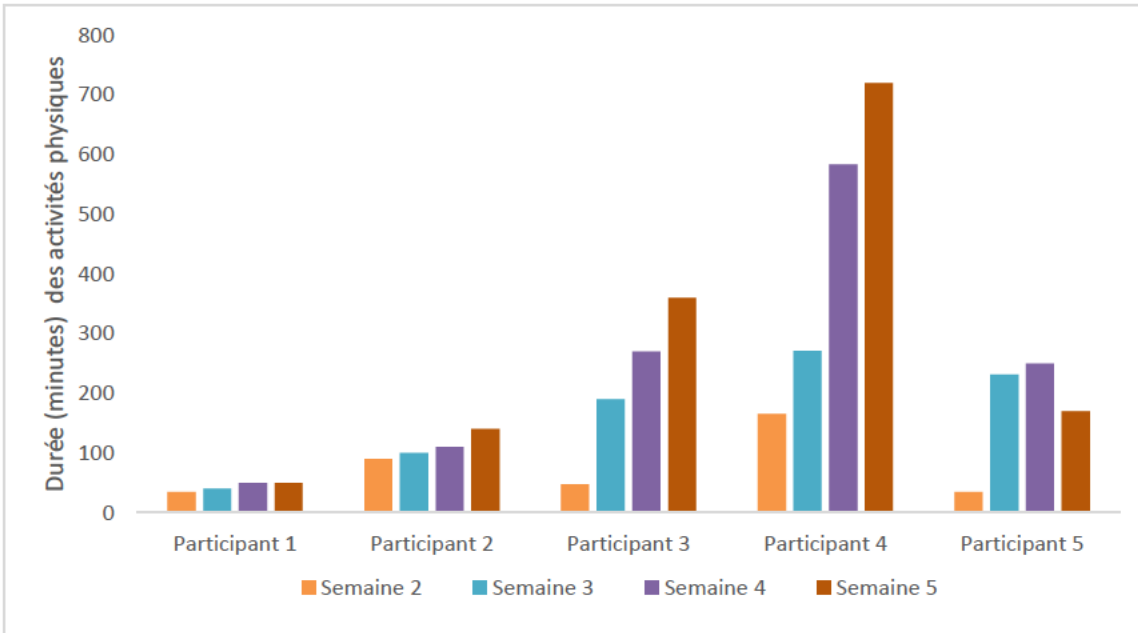
Lors de la cinquième séance, un participant se situait au stade de préparation et quatre participants se situaient au stade d'action. Cela signifie qu'un des participants était prêt à entreprendre un changement dans le prochain mois, alors que quatre participants avaient amorcé le changement au cours des dernières semaines.

Autrement dit, le participant 1 a progressé du stade de contemplation au stade de préparation, les participants 2 et 3 ont progressé du stade de préparation au stade d'action et les participants 4 et 5 ont progressé du stade de contemplation au stade d'action. Cela représente une progression dans un stade pour trois des participants et de deux stades pour deux des participants. Ces résultats sont d'ailleurs congruents avec l'augmentation du niveau d'activité physique des participants qui sera présenté dans la prochaine section.

4.4.2. Comportement sédentaire

Suite à la complétion du carnet d'activité physique par les participants, la durée des activités physiques réalisées hebdomadairement a été comptabilisée pour chacun des participants. Le graphique 1 présente la durée des activités physiques réalisées chaque semaine par les participants.

Graphique 1. Durée des activités physiques réalisées chaque semaine.



Face à ces résultats, on constate que, malgré un niveau d'activité physique variable entre chacun des participants, ceux-ci ont progressé de façon continue entre la première et la dernière semaine. Seul le participant 5 aurait vécu une diminution dans la durée de ses activités lors de la dernière semaine, justifiée par la présence de symptômes liés à son expérience de santé (ex. : douleur, fatigue). Également, on ne perçoit qu'une augmentation faible du niveau d'activité physique du participant 1. Ces résultats sont cohérents avec la présence des participants dans les stades de changement. En effet, à la dernière séance, quatre participants se situaient au stade d'action, ce qui signifie qu'ils avaient amorcé le changement, soit la diminution de leur comportement sédentaire par la réalisation d'activité physique et un participant se situait à la phase de préparation, n'ayant que faiblement augmenté son niveau d'activité physique.

Afin d'obtenir un portrait global des activités physiques réalisées, la durée moyenne pour l'ensemble des participants a été calculée. Les participants ont réalisé en moyenne 74,4 minutes d'activité physique (étendue 35 à 165) lors de la deuxième semaine de l'IIEM, 166,4 minutes (étendue 40 à 271) lors de la troisième semaine, 252,6 minutes (étendue 50 à 583) lors de la quatrième semaine et 288 minutes (étendue 50 à 720) à la dernière semaine. Ces résultats

montrent une certaine augmentation du niveau d'activité physique de l'ensemble des participants selon les semaines de l'intervention. Ainsi, de façon générale, l'IEM aurait permis aux participants d'augmenter leur niveau d'activité physique.

En conclusion, les résultats quant aux retombées de l'IEM montrent une progression dans, minimalement, un stade de changement pour tous les participants, de même qu'une augmentation du niveau d'activité de l'ensemble des participants. Face à ces constats, il est possible d'avancer que l'IEM favorise la progression dans les stades de changement et permet de diminuer le comportement sédentaire des aînés par l'augmentation de leur niveau d'activité physique.

Chapitre 5. Discussion

Ce cinquième chapitre porte sur la discussion quant aux principaux résultats de la présente étude en lien avec les connaissances scientifiques actuelles. Pour débiter, nous discuterons des résultats entourant l'acceptabilité, la faisabilité et les retombés de l'intervention. Ensuite, les forces et les limites de l'étude seront rapportées. Finalement, les retombées de ce projet pour la pratique infirmière et la recherche seront exposées.

5.1. Discussion

Cette étude visait principalement à décrire les perceptions des personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne face à une IIEM à domicile (acceptabilité et faisabilité), de même que ses retombées sur la sédentarité des aînés et sur la progression dans les stades de changements. Selon les écrits recensés, bien que l'EM soit favorable au changement de comportement auprès des personnes âgées ainsi qu'auprès des personnes vivant avec la maladie coronarienne, il s'avère qu'une intervention d'EM auprès de la clientèle cible que sont les personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne n'avait jamais été réalisée à notre connaissance auparavant. Pourtant, cette clientèle est considérée comme grandement sédentaire et à risque de récurrence d'un événement coronarien, c'est pourquoi l'infirmière se doit de l'accompagner à modifier les comportements qui influencent sa santé tels que la sédentarité. À cet égard, une IIEM à domicile leur a été proposée. Vu le manque de connaissances quant aux composantes des IIEM optimales pour les aînés, de même que quant à leurs perceptions face à celles-ci, nous nous sommes intéressées à l'évaluation de l'acceptabilité, de la faisabilité et des retombées de cette intervention.

Selon les résultats des données sociodémographiques, les participants à notre étude présentent un revenu plus faible que la moyenne des aînés du Québec et un niveau de scolarité moins élevé que la population québécoise en général (Institut de la statistique du Québec, 2010). Outre la corrélation positive déjà connue entre le statut socioéconomique et la prévalence des maladies cardiaques qui pourrait expliquer les caractéristiques des participants à notre étude (Institut de la statistique du Québec, 2010), ces résultats pourraient être révélateur quant aux caractéristiques des aînés qui bénéficieraient davantage de ce type d'intervention. En effet, les auteurs de différentes études ont observé que les personnes ayant un statut socioéconomique défavorable sont moins sujettes à participer à des programmes de changement de comportement

offerts en centre (Martin et al., 2012; Sumner et al., 2016). Également, sachant que les personnes présentant un statut socioéconomique faible peuvent vivre des inégalités dans l'accès aux soins de santé (Institut national de santé publique du Québec, 2013), ils se pourraient que des interventions davantage accessibles et adaptées, telles qu'une IIEM à domicile, seraient préférables et favorables au changement de comportement chez cette clientèle (Lundahl et al., 2010). Des études comparatives quant aux préférences et au taux de participation des aînés de différents statuts socioéconomiques à une IIEM sont toutefois nécessaires (Worawong, Borden, Cooper, Perez et Lauver, 2018).

Cette étude met en lumière qu'une IIEM à domicile auprès des personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne est acceptable auprès de la clientèle. En effet, les aînés ayant participé à notre étude se sont montrés satisfaits de l'IIEM en général, de même que face à son contenu et à sa structure. Plus spécifiquement, les participants ont rapporté que les éléments du contenu qui visaient à les accompagner dans le changement de comportement tels que les discussions, les conseils, les encouragements, le respect du cheminement, l'écoute active et le soutien moral étaient pertinents et aidants. Ces éléments relatés par les participants font d'ailleurs rappel au contenu de l'IIEM décrit précédemment, qui comprend entre autres les interventions en lien avec chacune des phases de l'EM ainsi que celles en fonction des stades de changement du MTC. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude de Arkkukangas et al. (2017) et de Brobeck, Odenkrants, Bergh et Hildingh (2014) dans lesquelles les participants affirment que le contenu des séances d'EM, dont les discussions et les conseils face au changement de comportement, étaient bénéfiques. De plus, ces résultats suggèrent que le contenu d'une IIEM pourrait répondre aux besoins d'encouragement et de soutien des aînés en lien avec la réalisation d'activité physique (Franco et al., 2015).

Ces résultats contribuent également au développement des connaissances quant aux perceptions des aînés face au contenu des interventions d'EM, par de nouveaux éléments du contenu qui se sont avérés appréciés par les aînés. Notamment, les participants ont fait ressortir les encouragements prodigués durant l'intervention, qui font référence au savoir-faire de valorisation de l'EM, à travers lequel on remarque les efforts et les ressources de la personne (Miller et Rollnick, 2013). Également, les participants ont relaté leur appréciation face au respect de leur cheminement envers le changement, ce qui reflète les concepts de l'EM et du MTC de

ne pas imposer un changement à la personne, mais plutôt de l'accompagner à progresser dans les stades selon son cheminement individuel (Miller et Rollnick, 2013; Prochaska et DiClemente, 1984). Cela rejoint d'ailleurs l'essence de la discipline infirmière, qui préconise des soins centrés sur la personne tout en respectant son propre cheminement, son expérience et son unicité (Pepin et al., 2010). De par sa structure spécifique en fonction des stades de changement des participants, l'IEM contribue d'ailleurs à l'avancement des connaissances face aux interventions d'EM. En effet, dans les études recensées, les auteurs utilisent le MTC comme outil d'évaluation de la progression des participants (Brodie et al., 2008; Lilienthal et al., 2014), mais aucun ne mentionne dispenser l'EM en fonction du stade dans lequel ils se situent. Pourtant, tel que soutenu par d'autres auteurs, la combinaison de l'EM et du MTC comme structure d'intervention serait optimale, car elle permettrait de dispenser l'intervention en fonction de l'état de préparation au changement de la personne (Paradis et al., 2010; van Nes et Sawatzky, 2010). Les résultats de la présente étude soulèvent également que cela permettrait aux aînés de se sentir respectés dans leur cheminement, ce qui pourrait faciliter le changement.

En outre, les aînés ont mentionné que le contenu de l'IEM aurait été une source de soutien moral, et ce, compte tenu de l'expérience de santé vécue dernièrement. Tel qu'appuyé par plusieurs auteurs, les personnes ayant vécu un événement coronarien peuvent présenter plusieurs symptômes psychologiques et émotions reliés à leur expérience tels que l'anxiété et la dépression et nécessitent du soutien à cet effet (Anyadubalu, 2010; Petriček, Buljan, Prljević et Vrcić-Keglević, 2017). D'ailleurs, plusieurs s'entendent sur la pertinence d'interventions qui permettront d'atténuer ces symptômes afin de favoriser un bon rétablissement (Gallagher et McKinley, 2009; Perk et al., 2012). Ces résultats contribuent à l'avancement des connaissances quant aux perceptions des aînés face à une IEM, puisque cette dernière pourrait permettre de combler un besoin de soutien moral chez les aînés. Toutefois, de nouvelles études devront être réalisées à ce sujet. En bref, ces résultats suggèrent que le contenu d'une IEM est apprécié par les personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne et qu'il pourrait répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle.

En plus d'avoir été apprécié par les participants, le contenu de l'IEM leur aurait permis de voir leur motivation émergée face à la réalisation d'activité physique, ce qui correspond au but de l'EM (Miller et Rollnick, 2013). Tel que mentionné précédemment, l'EM vise à renforcer

la motivation propre de la personne afin que celle-ci évoque le changement par elle-même (Miller et Rollnick, 2013). D'ailleurs, tel que mentionné par Franco et al. (2015) et Costello et al. (2011), le manque de motivation des aînés serait une barrière principale à l'augmentation de leur niveau d'activité physique. Dans cette étude, les aînés ont décrit l'IIEM comme une source de motivation, de même qu'une occasion propice au dépassement de soi, soit par la réalisation d'objectifs, de défis personnels et de nouvelles activités. Ainsi, il semblerait que le contenu de l'IIEM, aurait permis de faire susciter la motivation des aînés envers le changement. Ces résultats soutiennent l'importance pour les aînés de mettre en place des interventions de changements de comportement qui visent à faire évoquer leur motivation envers le changement (Artinian et al., 2010; Kahkonen et al., 2018; Miller et Rollnick, 2013).

En plus d'avoir vu leur motivation émergée, la grande majorité des participants ont considérablement diminué leur comportement sédentaire en augmentant leur niveau d'activité physique. Ces résultats sont d'ailleurs congruents avec plusieurs études qui évaluent les effets de l'EM sur le niveau d'activité physique des aînés (Lilienthal et al., 2014; Rasinaho et al., 2011; von Bonsdorff et al., 2008). Bien que, dans la présente étude, le niveau d'activité physique soit variable entre les participants et que l'un d'eux a augmenté faiblement son niveau d'activité physique dû aux multiples barrières (difficulté de mobilisation, essoufflement, fatigue, douleur, écoulement de la plaie chirurgicale) éprouvées en lien avec sa condition de santé, tous se sont vu progresser dans au moins un stade de changement, ce qui souligne les retombées positives de l'IIEM. Tel que soutenu par plusieurs auteurs, le rétablissement suite à un événement coronarien est vécu différemment par chaque individu (Astin et al., 2014; Cleary et al., 2015). Certains vivent davantage de symptômes physiques (Anyadubalu, 2010; Ghezalje et al., 2013; Zhu et al., 2011), ce qui peut expliquer la variabilité entre le niveau d'activité physique de chacun. Or, puisque les participants à notre étude ont tous présenté des barrières à l'activité physique, il est possible de croire qu'une IIEM permettrait aux aînés de surpasser ces barrières pour amorcer un changement de comportement.

Nos résultats quant à la progression dans les stades de changement sont similaires à ceux de l'étude de Lilienthal et al. (2014), dans laquelle une intervention d'EM sous forme de quatre séances téléphoniques aurait permis de faire progresser des aînés déjà actifs initialement dans les stades de changement. Ces résultats permettent de croire qu'une IIEM pourrait être

sérieusement considérée pour solutionner le manque de motivation des aînés face à la réalisation d'activité physique et pour contribuer à la réduction du phénomène mondial qu'est la sédentarité chez ce groupe de personnes.

Au niveau de la structure de l'IEM, celle-ci a également été appréciée de façon globale par les participants. Vu le nombre important d'écrits se consacrant à l'évaluation d'une intervention d'EM et l'immense variété des composantes de ces interventions, il était difficile de déterminer les composantes menant à des résultats de changements optimaux. À la lumière des résultats de cette étude, il est possible d'ajouter aux connaissances actuelles qu'une IEM d'une durée de 30 à 45 minutes chaque semaine dispensée par une infirmière est acceptable par les personnes âgées. Notamment, un nombre de cinq séances d'EM serait considéré comme suffisant par les aînés et ce nombre serait favorable au changement de comportement. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de Hardcastle et al. (2013), qui soulèvent qu'un EM à faible intensité peut produire des changements significatifs quant à l'augmentation du niveau d'activité physique et qu'en augmentant le nombre de séances à cinq, le changement tendrait à être plus important.

Toutefois, nos résultats soutiennent que la perception de la progression vis-à-vis le changement à la suite de l'intervention aurait tendance à influencer le besoin du nombre de séances. En effet, les aînés qui, à la fin de l'IEM, se sentiraient confiants par rapport au changement observé pourraient croire en leur capacité à le maintenir (Miller et Rollnick, 2013) et, de ce fait, ne pas percevoir la nécessité de participer à davantage de rencontres. Évidemment, puisque aucun de nos participants n'a traversé le stade de rechute, nous ne pouvons être certains qu'un nombre de cinq séances serait suffisant auprès de ces personnes. Toutefois, le seul participant à notre étude qui n'a pas atteint la phase d'action et qui a augmenté faiblement son niveau d'activité physique est l'unique participant qui aurait apprécié participer à davantage de rencontres et qui présentait un réseau de soutien social limité. Ainsi, la perception du nombre de séances optimal pourrait, d'une part, être associée au réseau de soutien social de la personne et, d'autre part, à sa perception de sa progression face au changement. Tel que soutenu par Brodie et al. (2008) et Franco et al. (2015), un réseau de soutien social limité chez les aînés est une barrière considérable à l'augmentation du niveau d'activité physique. Ceux qui présentent un réseau de soutien social limité pourraient également percevoir l'IEM comme une possibilité

pour échanger (Brobeck et al., 2014; Everett, Davidson, Sheerin, Salamonson et DiGiacomo, 2008) et, ainsi, considérer un nombre de séances plus élevé. De ce fait, de nouvelles études sont nécessaires pour évaluer les perceptions des aînés qui présentent un réseau de soutien social limité face aux composantes d'une IEM, de même qu'auprès des aînés qui n'atteignent pas le stade d'action à la fin de l'intervention.

Par ailleurs, l'évaluation immédiate des retombées de l'intervention (une semaine post-IEM) pourrait expliquer le fait qu'aucun des participants à notre étude n'ait traversé le stade de rechute et que la majorité n'ait pas perçu la nécessité d'accroître le nombre de séances à notre IEM. En effet, bien que les connaissances actuelles face aux interventions d'EM ne permettent pas de déterminer l'intensité des séances qui favoriseraient le maintien du changement à long terme (Lee et al., 2016; Naar-King et al., 2013), celui-ci serait facilement maintenu dans les premiers mois suivant la fin de l'intervention (Song et al., 2014) et plutôt difficile à maintenir dans le temps (Lilienthal et al., 2014; Rasinaho et al., 2011). Les personnes pourraient d'ailleurs retourner à leur comportement initial dès six mois post-intervention (Lilienthal et al., 2014). Certains auteurs soulèvent d'ailleurs la nécessité de poursuivre les séances d'EM sur une plus longue période (> 6 mois) afin d'assurer le maintien du changement et de prévenir les rechutes (Fjeldsoe, Neuhaus, Winkler et Eakin, 2011; Hardcastle et al., 2013). Dans notre étude, de par l'évaluation des retombées qui a été réalisée à court terme, il était impossible d'observer le maintien du changement dans le temps et de déterminer les besoins des aînés qui traversent le stade de rechute. De nouvelles études seraient donc nécessaires à cet égard ainsi que pour évaluer l'intensité des séances qui permettrait de promouvoir le maintien du changement à plus long terme (Lee et al., 2016; Naar-King et al., 2013).

De plus, de par la clientèle rejointe soit les personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne, cette intervention est novatrice. En effet, des études ont été recensées quant à l'EM auprès d'aînés actifs pour favoriser l'augmentation de leur niveau d'activité physique (Lilienthal et al., 2014; Tse et al., 2013) ainsi qu'auprès d'une clientèle coronarienne (Lee et al., 2016; Thompson et al., 2011), mais aucune étude ne s'est intéressée à une intervention d'EM auprès des aînés sédentaires vivant avec la maladie coronarienne. Pourtant, tel que démontré par les résultats de notre étude, cette clientèle peut présenter des besoins et perceptions différents auxquels l'intervention d'EM doit être adaptée. En effet, compte tenu du vieillissement de la

population, de la sédentarité chez cette clientèle et de la prévalence des maladies chroniques, de nouvelles interventions infirmières doivent être évaluées afin de savoir si elles peuvent répondre aux besoins de soins complexes et évolutifs de cette clientèle (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2010; Association des infirmières et infirmiers du Canada, s.d.). Également, en plus de se consacrer au développement des connaissances qui intègrent à la fois des évidences cliniques et empiriques, il est nécessaire de s'intéresser aux individus, à leurs préférences et à leurs valeurs (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2010), tels que prôné par l'évaluation de l'IEM.

Autrement, notre étude est novatrice vu le peu d'études s'étant intéressées à une intervention d'EM en face à face à domicile pour favoriser le changement de comportement des aînés (Brodie et al., 2008). Les résultats de notre étude suggèrent que le domicile comme lieu d'intervention d'une IEM serait favorable pour les personnes âgées, ce qui est congruent avec les résultats de l'étude de Arkkukangas et al. (2017), selon laquelle l'accessibilité face à la réalisation d'activité physique que permet une intervention à domicile était essentielle pour les participants. Dans notre étude, en plus d'être apprécié, le domicile comme lieu d'intervention s'est révélé adapté aux besoins des participants compte tenu de l'expérience de santé vécue récemment et des difficultés à se déplacer qui peuvent s'en suivre. En effet, les participants à l'étude étaient majoritairement limités dans leurs déplacements dus à des symptômes (douleur, fatigue) et à l'interdiction de conduire leur véhicule, ce qui aurait probablement freiné leur participation à une intervention offerte dans un centre. Ces résultats sont cohérents avec les études qui relatent les difficultés des personnes âgées sédentaires d'accéder aux programmes de réadaptation cardiaque offerts en centre de prévention secondaire (Grace et al., 2009; Martin et al., 2012; Sumner et al., 2016).

Ainsi, une IEM au domicile des aînés serait optimale et pourrait permettre de répondre à leurs besoins tout en remédiant aux barrières d'accessibilité. Pourtant, une telle intervention infirmière à domicile n'est pas pratique courante dans le système de santé québécois actuel, bien qu'elle pourrait s'intégrer aux activités des infirmières des centres locaux de services communautaires (CLSC). En effet, le rôle infirmier en santé communautaire s'appuie sur des concepts de promotion et de prévention de la santé où l'on souhaite favoriser l'adoption de

comportements qui contribueront à la santé des individus (Association canadienne de santé publique, 2010; Gouvernement du Québec, 2018), tel que visé par l'IEM.

Intégrer l'IEM aux activités des CLSC serait d'autant plus pertinent vu les résultats de notre étude, qui montrent la possibilité que des conflits d'horaire surviennent au moment de la dispensation de l'IEM. En effet, à deux reprises, les séances d'EM ont dû être reportées ou annulées dû à des soins reçus par d'autres professionnels du CLSC. De par ces compétences, l'infirmière en santé communautaire est amenée à mettre en place des interventions de promotion de la santé et de prévention de la maladie afin de favoriser la santé des aînés, de même que de favoriser leur soutien à domicile (Association canadienne de santé publique, 2010; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017). Ainsi, il serait intéressant, lors de futures études, d'évaluer la faisabilité d'une IEM dispensée par une infirmière intégrée à l'équipe des soins à domicile du CLSC. Cela pourrait potentiellement assurer la coordination des soins entre les différents professionnels (Association canadienne de santé publique, 2010) et faciliter la mise en place de l'IEM.

Également, dû au lieu d'intervention qu'est le domicile et qui nécessite du temps et du déplacement de la part des infirmières, une intervention comme celle-ci peut paraître coûteuse au premier abord. Toutefois, les coûts d'un programme à domicile seraient très similaires à ceux d'un programme en centre (Taylor et al., 2015). De nouvelles études visant à comparer les coûts entre une IEM dispensée à domicile et en centre seraient d'ailleurs pertinentes à réaliser. Également, sachant que la population vieillissante présente des difficultés d'accessibilité reliée à la participation à des programmes offerts en centre, il faut s'intéresser à des interventions de prévention accessibles qui permettront de favoriser la santé des personnes âgées (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2011). Par ailleurs, cela pourrait permettre de prévenir des coûts associés aux réhospitalisations, aux complications de santé chez les personnes âgées et même favoriser le maintien de l'autonomie des aînés à domicile (Farrell et Keeping-Burke, 2014; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017).

Cette étude met en évidence qu'une IEM à domicile auprès des personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne est faisable. Dans la présente étude, on constate que la fidélité à l'intervention a été respectée pour 72% des séances et que la raison principale

du non-respect de la fidélité est la durée prolongée des séances. Ces résultats contribuent aux savoirs existants face à la faisabilité des interventions d'EM. En effet, plusieurs auteurs omettent de rapporter la fidélité à l'intervention dans leur étude (Lilienthal et al., 2014; Purath et al., 2014; Thompson et al., 2011), c'est pourquoi il est ardu d'émettre des conclusions rigoureuses quant à la faisabilité des interventions d'EM. Également, des auteurs ont rapporté des difficultés de faisabilité en lien avec une intervention d'EM à domicile (Brodie et al., 2008). En effet, l'intervenant à cette étude aurait éprouvé des difficultés à mettre un terme aux séances d'EM en raison de l'absence de durée planifiée pour celles-ci. Ne possédant aucune qualification clinique, il aurait également été impossible pour l'intervenant de répondre au besoin d'informations de nature clinique durant les séances (Brodie et al., 2008). Ces résultats sont à la fois similaires et contrastants avec ceux de la présente étude. En effet, contrairement à l'étude de Brodie et al. (2008), une durée d'intervention avait été planifiée dans notre étude et celle-ci a été respectée pour plus de la grande majorité des séances. Les écarts de durée étaient plutôt raisonnables (moyenne de 9,42 minutes), ce qui a eu peu d'effet sur la faisabilité de l'intervention et n'a pas été souligné lors de l'appréciation des aînés face à la durée des séances. Compte tenu que la nature de l'EM prend la forme d'une conversation collaborative où l'on souhaite favoriser les échanges avec la personne (Miller et Rollnick, 2013), ces résultats suggèrent qu'une certaine flexibilité est nécessaire quant à la durée des séances (Everett et al., 2008).

Face aux compétences de l'intervenant, les résultats de la présente étude appuient les propos d'autres auteurs concernant la nécessité que l'intervenant qui dispense l'EM soit un professionnel de la santé (Lee et al., 2016; van Nes et Sawatzky, 2010). En effet, les participants à notre étude ont apprécié recevoir des informations et des conseils quant à leur état de santé, ce qui n'aurait pu être réalisé en l'absence d'un professionnel de la santé. Ces résultats sont soutenus par ceux de l'étude de Brodie et al. (2008), dans laquelle les aînés auraient apprécié recevoir des informations de nature clinique à travers l'EM. Plus spécifiquement, les caractéristiques de l'intervenante évoquées par les participants révèlent la pertinence qu'une infirmière dispense l'EM. En effet, les participants ont fait mention des qualités de l'intervenante qui réfèrent aux valeurs prônées par la pratique infirmière telles que l'humanisme, le respect et le professionnalisme (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018). D'ailleurs, les patients apprécieraient entretenir des relations de qualité avec leur professionnel

qui se basent sur des valeurs de professionnalisme, d'humanisme (Kangasniemi et al., 2017), de confiance, de respect et d'écoute active (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2010) et cette relation serait facilitante au changement de comportement (Brobeck et al., 2014)

Enfin, les résultats de cette étude montrent que les personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne présentent un vif intérêt envers une IEM et y adhèrent facilement. En effet, notre taux d'attrition est nul : tous les participants ayant signé le FIC ont complété les cinq séances. Toutefois, on constate qu'il peut être ardu de recruter des personnes âgées sédentaires hospitalisées pour un événement coronarien et, ce, d'autant plus de sexe féminin. En effet, une faible proportion de femmes a été rencontrée par l'étudiante-chercheuse (8/35) et seule deux d'entre elles étaient admissibles à participer au projet. Ces résultats sont congruents à d'autres études où l'on observe un faible taux de participation de femmes à des programmes de changement de comportement (Martin et al., 2012; Samayoa et al., 2014) et pourraient également s'expliquer par le fait que les hommes sont davantage touchés par les maladies du cœur que les femmes (Agence de la santé publique du Canada, 2017a). Bien que, dans la présente étude, nous ne nous soyons pas intéressés aux différences entre les genres, il pourrait être intéressant de réaliser une étude comparative afin de déterminer si les perceptions et les retombées de l'IEM entre les hommes et les femmes sont similaires (Institut de recherche en santé du Canada, 2012).

Face à ces résultats, nous émettons quelques recommandations. Premièrement, nous recommandons d'évaluer, par un essai randomisé contrôlé, les effets d'une IEM sur le comportement sédentaire des personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne. Ensuite, nous soutenons la pertinence de privilégier le domicile des aînés comme lieu d'intervention et de réaliser davantage d'études se déroulant au domicile des aînés, car celui-ci leur semblerait facilitant et favorable au changement de comportement (Arkkukangas et al., 2017).

Nous incitons les auteurs de futures études à privilégier un professionnel de la santé pour dispenser l'EM. Plus particulièrement, une infirmière serait à prioriser, car selon les résultats de notre étude, les caractéristiques recherchées par les aînés envers l'intervenant rejoignent le champ d'exercices de l'infirmière de même que ses compétences et ses valeurs. D'ailleurs, nous

encourageons fortement les infirmières à développer leurs connaissances face aux concepts de l'EM et du MTC. De par le rôle majeur qu'elles occupent en promotion de la santé et en prévention de la maladie, elles doivent nécessairement s'outiller pour accompagner les aînés à adopter des comportements de santé tout en répondant à leurs besoins spécifiques (van Nes et Sawatzky, 2010).

Afin de faciliter la coordination des soins et d'intégrer l'IIEM au système de santé québécois, nous suggérons qu'elle soit dispensée par une infirmière de l'équipe des soins à domicile des CLSC. De nouvelles études évaluatives de la faisabilité sont nécessaires à cet égard, de même que pour comparer les coûts avec une intervention offerte en centre. Également, le développement des connaissances quant aux perceptions et aux besoins des aînés face aux composantes des interventions d'EM doit être poursuivi (Thompson et al., 2011). Notamment, des études comparatives quant à une IIEM auprès d'aînés présentant un statut socioéconomique précaire ainsi qu'en fonction du genre devraient être réalisées afin d'évaluer leurs perceptions et retombées à cet égard. Bien que notre étude ait contribué à l'avancement des connaissances face aux perceptions des aînés envers le contenu et la structure d'une IIEM, d'autres études sont requises. En effet, des auteurs devraient se consacrer à l'évaluation des composantes des interventions d'EM qui mèneront à des résultats de changements optimaux chez la clientèle (Lee et al., 2016; VanBuskirk et Wetherell, 2014) et ce, plus spécifiquement, chez les personnes n'ayant pas atteint la phase d'action suite à l'IIEM ou se situant en phase de rechute.

5.2. Forces et limites de l'étude

Une première limite du projet relève de la méthode d'échantillonnage. En effet, le recrutement des participants a été réalisé dans un seul centre hospitalier. Il se peut donc que l'échantillon soit homogène et non représentatif de la population. Ainsi, bien que ce ne soit pas le but d'une étude pilote, une deuxième limite est que notre étude ne permettra pas de généraliser les résultats, c'est-à-dire à les appliquer à la population. Nous avons tout de même tenté d'assurer la transférabilité des résultats en offrant une description précise et détaillée de l'échantillon à l'étude, ce qui est une force de notre étude (Polit et Beck, 2017). Une troisième limite provient du fait que l'infirmière qui a réalisé l'intervention est l'étudiante-chercheuse. Nous avons toutefois tenté de prévenir cette limite par la réalisation des entrevues semi-dirigées servant à évaluer les perceptions des aînés face à l'IIEM par une intervieweuse externe au projet.

Également, nous avons enregistré et réécouté chacune des séances d'EM en plus de remplir une grille de fidélité à la suite de chacune d'elle (Polit et Beck, 2017). Les principes de réflexivité ont été utilisés par l'étudiante-chercheuse pour qu'elle puisse prendre conscience de l'influence que pouvaient avoir ses valeurs et son expérience sur l'interprétation des données (Polit et Beck, 2017). La directrice de recherche de l'étudiante-chercheuse a également été impliquée dans l'analyse des données pour tendre vers la neutralité des données (Creswell, 2014). Une quatrième limite est associée à la nature auto-rapportée des données au niveau des retombées quant à la durée des activités physiques réalisées par les participants. Nous nous sommes toutefois souciés d'assurer la triangulation des données pour diminuer l'ampleur de cette limite, ce qui demeure une force de cette étude (Creswell, 2014).

5.3. Retombées potentielles pour les sciences infirmières

Au niveau de la recherche scientifique, cette étude contribue à l'avancement des connaissances en sciences infirmières. En effet, elle propose une IIEM auprès d'une clientèle chez qui cette intervention n'avait pas encore été évaluée. De par les résultats de cette étude, nous pouvons désormais en connaître davantage sur les perceptions des aînés ainsi que sur les résultats d'une intervention infirmière visant à accompagner les personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne à diminuer leur sédentarité. Ce projet est également un ajout aux connaissances scientifiques déjà existantes face aux interventions d'EM tout en comblant certaines lacunes observées dans les écrits. En effet, parmi la vaste littérature en lien avec l'EM, à notre connaissance, aucune étude n'avait été menée pour évaluer qualitativement une intervention d'EM auprès d'une clientèle sédentaire âgée de 65 ans et plus et vivant avec la maladie coronarienne. Suite à la recension des écrits, nous avons constaté une description insuffisante des interventions d'EM. Le présent projet, avec la structure d'intervention qui est spécifique à l'EM en fonction des stades de changement et l'intervention qui est décrite de façon explicite, contribuera possiblement au développement des connaissances en ce sens. Également, dû aux composantes des interventions d'EM très diversifiées dans les écrits, il était difficile de déterminer celles qui sont optimales et appréciées par les aînés. Les résultats de cette étude ont contribué à l'adaptation des interventions d'EM en fonction des perceptions et des besoins des aînés vivant avec la maladie coronarienne.

Au niveau de la pratique clinique, nous estimons que ce projet a facilité la progression des personnes âgées vivant avec une maladie coronarienne dans les stades de changement et leur a permis d'amorcer un changement de comportement, soit la réduction de la sédentarité par la réalisation d'activités physiques. Nous constatons également que les interventions d'EM à domicile seraient à privilégier auprès de cette clientèle, en répondant à leurs besoins spécifiques et en remédiant aux barrières d'accessibilité à des programmes en centre.

Conclusion

Cette étude pilote qualitative descriptive avait pour but d'évaluer qualitativement l'acceptabilité, la faisabilité et les retombées d'une IIEM à domicile auprès des personnes âgées sédentaires (n = 5) vivant avec la maladie coronarienne. L'IIEM à l'étude était constituée de cinq séances réalisées hebdomadairement au domicile de la personne âgée et structurée selon les phases de l'EM et les stades de changements issus du MTC. Durant les séances, l'infirmière utilisait les principes de l'EM afin d'explorer les motivations de la personne en lien avec le changement, de même que les avantages, les inconvénients, les stratégies et les barrières vécues. Afin d'évaluer l'IIEM, plusieurs outils ont été utilisés tels qu'un guide d'entrevue semi-dirigée, un journal de bord, un algorithme des stades de changement et un carnet d'activité physique. Ensuite, une analyse thématique selon Paillé et Mucchielli (2016) a permis de décrire les perceptions des aînés à l'égard de l'intervention, de même que la faisabilité et les retombées de l'IIEM au niveau de leur progression dans les stades de changements et de leur comportement sédentaire. En ce qui concerne les perceptions des aînés, les résultats de cette étude mettent en évidence que ceux-ci considèrent l'IIEM comme acceptable au niveau de son contenu et de sa structure. De façon générale, ils sont satisfaits de l'IIEM. Bien que des difficultés mineures aient été vécues au niveau de la fidélité à l'intervention en lien avec le moment et la durée des séances ainsi qu'au niveau du recrutement, l'IIEM serait considérée comme faisable. Également, elle aurait permis aux aînés de progresser dans les stades de changement et, pour la majorité, d'amorcer un changement de comportement, soit la réduction de leur comportement sédentaire par la réalisation d'activités physiques. D'ailleurs, l'IIEM pourrait grandement favoriser la santé des aînés qui vivent avec la maladie coronarienne en les motivant à adopter un comportement de santé, de même que contribuer à la réduction du phénomène mondial qu'est la sédentarité chez les aînés. Face à ces résultats, nous soutenons la pertinence de réaliser une étude de plus grande envergure pour en voir les réels effets sur la sédentarité des aînés vivant avec la maladie coronarienne.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2017a). Les maladies du cœur au Canada : Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/maladies-coeur-canada-fiche-technique.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2017b). Maladies du cœur – santé du cœur. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladies-coeur-sante-coeur.html#a1>
- Anyadubalu, C. C. (2010). The experiences of coronary heart disease patients: Biopsychosocial perspective. *International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering*, 4, 1647-1654. Repéré à <http://ijirse.in/>
- Arkkukangas, M., Sundler, A., Söderlund, A., Eriksson, S. et Johansson, A.-C. (2017). Older persons' experiences of a home-based exercise program with behavioral change support. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(12), 905-913. doi: 10.1080/09593985.2017.1359869
- Artinian, N. T., Fletcher, G. F., Mozaffarian, D., Kris-Etherton, P., Van Horn, L., Lichtenstein, A. H., . . . Burke, L. E. (2010). Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 122. doi: 10.1161/CIR.0b013e3181e8edf1
- Association canadienne de santé publique. (2010). La pratique infirmière en santé publique ~ en santé communautaire au Canada. Repéré à <https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/pubs/3-2bk04214.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010). Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients. Repéré à https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Strategies_permettant_de_soutenir_l_autogestiondes_etats_chroniques_la_collaboration_avec_les_clients.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). Les maladies chroniques liées au vieillissement. Repéré à https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/hesa_brief_on_chronic_disease_and_aging_f.pdf?la=fr
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (s.d.). Solutions des infirmières et infirmiers autorisés en soins aux personnes âgées. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/person_and_family_care_older_adult_f.pdf

- Astin, F., Horrocks, J. et Closs, J. (2014). Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on peoples' experiences. *BioMed Central Cardiovascular Disorders*, 14(96), 1-16. doi: 10.1186/1471-2261-14-96
- Barone Gibbs, B., Brach, J. S., Byard, T., Creasy, S., Davis, K. K., McCoy, S., . . . Jakicic, J. M. (2016). Reducing sedentary behavior versus increasing moderate-to-vigorous intensity physical activity in older adults. *Journal of Aging and Health*, 29(2), 247-267. doi: 10.1177/0898264316635564
- Bédard. (s. d.). 3 Minutes pour changer un comportement. Repéré à http://www.lemieuxbedard.com/emc/files/3_Minutes_pour_changer_un_comportement.pdf
- Bédard, J. (2009). Initier un changement de comportement en 3 minutes : brisez les barrières...! Repéré à http://www.jbedardmd.com/files/Changement_Comportement_3min_resume_2pages.pdf
- Biswas, A., Oh, P. I., Faulkner, G. E. et Alter, D. A. (2018). A prospective study examining the influence of cardiac rehabilitation on the sedentary time of highly sedentary, physically inactive patients. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61(4), 207-214. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.06.003>
- Blair, J., Angus, N. J., Lauder, W. J., Atherton, I., Evans, J. et Leslie, S. J. (2014). The influence of non-modifiable illness perceptions on attendance at cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(1), 55-62. doi: 10.1177/1474515113477272
- Borrelli, B., Sepinwall, D., Ernst, D., Bellg, A. J., Czajkowski, S., Breger, R., . . . Orwig, D. (2005). A new tool to assess treatment fidelity and evaluation of treatment fidelity across 10 years of health behavior research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 852-860. doi: 10.1037/0022-006x.73.5.852
- Bredie, S. J., Fouwels, A. J., Wollersheim, H. et Schippers, G. M. (2011). Effectiveness of nurse based motivational interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: a randomized trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 174-179. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.06.003
- British Association for Cardiovascular Disease and Prevention. (2012). The BACPR Standards and Core Components for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation 2012. Repéré à http://www.bacpr.com/resources/46c_bacpr_standards_and_core_components_2012.pdf

- Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H. et Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BioMed Central Nursing*, 13, 1-7. doi: 10.1186/1472-6955-13-13
- Brodie, D. A., Inoue, A. et Shaw, D. G. (2008). Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 45(4), 489-500. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.11.009
- Brown, J. P., Clark, A. M., Dalal, H., Welch, K. et Taylor, R. S. (2013). Effect of patient education in the management of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(4), 701-714. doi: 10.1177/2047487312449308
- Buman, M. P., Hekler, E. B., Haskell, W. L., Pruitt, L., Conway, T. L., Cain, K. L., . . . King, A. C. (2010). Objective light-intensity physical activity associations with rated health in older adults. *American Journal of Epidemiology*, 172(10), 1155-1165. doi: 10.1093/aje/kwq249
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., . . . Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en Soins Infirmiers*, 125, 20-31. doi: 10.3917/rsi.125.0020
- Chau, J. Y., Grunseit, A., Midthjell, K., Holmen, J., Holmen, T. L., Bauman, A. E. et Van der Ploeg, H. P. (2015). Sedentary behaviour and risk of mortality from all-causes and cardiometabolic diseases in adults: evidence from the HUNT3 population cohort. *British Journal of Sports Medicine*, 49(11), 737-742. doi: 10.1136/bjsports-2012-091974
- Clark, A. M., King-Shier, K. M., Thompson, D. R., Spaling, M. A., Duncan, A. S., Stone, J. A., . . . Angus, J. E. (2012). A qualitative systematic review of influences on attendance at cardiac rehabilitation programs after referral. *American Heart Journal*, 164(6), 835-845. doi: 10.1016/j.ahj.2012.08.020
- Cleary, K., LaPier, T. et Rippee, A. (2015). Perceptions of exercise and quality of life in older patients in the United States during the first year following coronary artery bypass surgery. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(5), 337-346. doi: 10.3109/09593985.2015.1004770
- CONSORT. (2010). CONSORT 2010. Repéré à <http://www.consort-statement.org/checklists/view/32--consort-2010/72-trial-design>
- Copeland, J. L., Ashe, M. C., Biddle, S. J., Brown, W. J., Buman, M. P., Chastin, S., . . . Dogra, S. (2017). Sedentary time in older adults: A critical review of measurement, associations

- with health, and interventions. *British Journal of Sports Medicine*, 51, 1-8. doi: 10.1136/bjsports-2016-097210
- Costello, E., Kafchinski, M., Vrazel, J. et Sullivan, P. (2011). Motivators, barriers, and beliefs regarding physical activity in an older adult population. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 34(3), 138-147. doi: 10.1519/JPT.0b013e31820e0e71
- Creswell, J. W. (2014). *Research design*. (4^e éd.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Cronin, P., Ryan, F. et Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-43. doi: 10.12968/bjon.2008.17.1.28059
- Cummings, S. M., Cooper, R. et Cassie, K. (2009). Motivational interviewing to affect behavioral change in older adults. *Research on Social Work Practice*, 19. doi: 10.1177/1049731508320216
- de Rezende, L. F., Rodrigues Lopes, M., Rey-Lopez, J. P., Matsudo, V. K. et Luiz, O. C. (2014). Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *BioMed Central Public Health* 14(333), 1-9. doi: 10.1186/1471-2458-14-333
- Everett, B., Davidson, P. M., Sheerin, N., Salamonson, Y. et DiGiacomo, M. (2008). Pragmatic insights into a nurse-delivered motivational interviewing intervention in the outpatient cardiac rehabilitation setting. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 28(1), 61-64. doi: 10.1097/01.Hcr.0000311511.23849.35
- Farrell, T. C. et Keeping-Burke, L. (2014). The primary prevention of cardiovascular disease: nurse practitioners using behaviour modification strategies. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 8-15.
- Feeley, N., Cossette, S., Côté, J., Héon, M., Stremler, R., Martorella, G. et Purden, M. (2009). The importance of piloting an RCT intervention. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(2), 84-99.
- Fernandez, R. S., Griffiths, R., Juergens, C., Davidson, P. et Salamonson, Y. (2006). Persistence of coronary risk factor status in participants 12 to 18 months after percutaneous coronary intervention. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(5), 379-387.
- Fjeldsoe, B., Neuhaus, M., Winkler, E. et Eakin, E. (2011). Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions. *Health Psychology*, 30(1), 99-109. doi: 10.1037/a0021974

- Foxwell, R., Morley, C. et Frizelle, D. (2013). Illness perceptions, mood and quality of life: a systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 211-222. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.05.003
- Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H., Pinto, R. Z. et Ferreira, M. L. (2015). Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *British Journal of Sports Medicine*, 49. doi: 10.1136/bjsports-2014-094015
- Gallagher, R. et McKinley, S. (2009). Anxiety, depression and perceived control in patients having coronary artery bypass grafts. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2386-2396. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05101.x
- Ghezeljeh, T. N., Nikraves, M. Y. et Emami, A. (2013). Coronary heart disease patients transitioning to a normal life: perspectives and stages identified through a grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 571-585. doi: 10.1111/jocn.12272
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Chicago, IL: Aldine.
- Goodman, H., Parsons, A., Davison, J., Preedy, M., Peters, E., Shuldham, C., . . . Cowie, M. R. (2008). A randomised controlled trial to evaluate a nurse-led programme of support and lifestyle management for patients awaiting cardiac surgery 'Fit for surgery: Fit for life' study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(3), 189-195. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.11.001
- Gouvernement du Québec. (2012). Les aînés du Québec - quelques données récentes. Repéré à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Les_aines_du_Quebec.pdf
- Gouvernement du Québec. (2018). Établissements de santé et de services sociaux. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/#clsc>
- Grace, S. L., Chessex, C., Arthur, H., Chan, S., Cyr, C., Dafoe, W., . . . Suskin, N. (2011). Systematizing inpatient referral to cardiac rehabilitation 2010: Canadian Association of Cardiac Rehabilitation and Canadian Cardiovascular Society joint position paper endorsed by the Cardiac Care Network of Ontario. *Canadian Journal of Cardiology*, 27(2), 192-199. doi: 10.1016/j.cjca.2010.12.007
- Grace, S. L., Shanmugasaram, S., Gravely-Witte, S., Brual, J., Suskin, N. et Stewart, D. E. (2009). Barriers to cardiac rehabilitation: does age make a difference? . *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 29(3), 183-187. doi: 10.1097/HCR.0b013e3181a3333c

- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, Californie: Sage Publication.
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W. et Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*, 380(9838), 247-257. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60646-1
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. et O'Grady, E. T. (2014). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. (5^e éd.). Elsevier/Saunders.
- Hardcastle, S., Taylor, A. H., Bailey, M. et Castle, R. (2008). A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Education and Counseling*, 70, 31-39. doi: 10.1016/j.pec.2007.09.014
- Hardcastle, S. J., Taylor, A. H., Bailey, M. P., Harley, R. A. et Hagger, M. S. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(40), 1-16. doi: 10.1186/1479-5868-10-40
- Harvey, J. A., Chastin, S. F. M. et Skelton, D. A. (2013). Prevalence of sedentary behavior in older adults: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(12), 6645-6661. doi: 10.3390/ijerph10126645
- Institut de la statistique du Québec. (2010). Portrait social du Québec - Données et analyses. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/portrait-social2010.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2014). Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-probleme-sante-longue.pdf>
- Institut de recherche en santé du Canada. (2012). L'influence du genre et du sexe. Repéré à http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/What_a_Difference_Sex_and_Gender_Make-fr.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2010). R-AMSTAR - Évaluation de la qualité des revues systématiques. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/R_Amstar_FR_21012015.pdf

- Institut national de santé publique du Québec. (2013). Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1698_StratIndicSurvISSQc.pdf
- Janssen, V., De Gucht, V., Dusseldorp, E. et Maes, S. (2013). Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(4), 620-640. doi: 10.1177/2047487312462824
- Jensen, L., Leeman-Castillo, B., Coronel, S. M., Perry, D., Belz, C., Kapral, C. et Krantz, M. J. (2009). Impact of a nurse telephone intervention among high-cardiovascular-risk, health fair participants. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 447-453. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181b246d9
- Kahkonen, O., Saaranen, T., Kankkunen, P., Lamidi, M. L., Kyngas, H. et Miettinen, H. (2018). Predictors of adherence to treatment by patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 989-1003. doi: 10.1111/jocn.14153
- Kangasniemi, M., Hirjaba, M., Kohonen, K., Vellone, E., Moilanen, T. et Pietila, A. M. (2017). The cardiac patients' perceptions of their responsibilities in adherence to care: a qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2583-2592. doi: 10.1111/jocn.13642
- Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G., De Bacquer, D., Pyorala, K., Keil, U. et Group, E. S. (2009). EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 16(2), 121-137. doi: 10.1097/HJR.0b013e3283294b1d
- Krantz, M. J., Coronel, S. M., Whitley, E. M., Dale, R., Yost, J. et Estacio, R. O. (2013). Effectiveness of a community health worker cardiovascular risk reduction program in public health and health care settings. *American Journal of Public Health*, 103(1), e19-27. doi: 10.2105/ajph.2012.301068
- Kreman, R., Yates, B. C., Agrawal, S., Fiandt, K., Briner, W. et Shurmer, S. (2006). The effects of motivational interviewing on physiological outcomes. *Applied Nursing Research*, 19(3), 167-170. doi: 10.1016/j.apnr.2005.10.004
- Lee, W. M., Yum, W. Y. R., Doris, S. F. Y., Choi, K. C. et Chair, S. Y. (2013). The effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification, physiological and health outcomes in clients at risk of or with diagnosed cardiovascular diseases: a systematic

review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11(1), 288-306. doi: 10.11124/jbisrir-2013-614

Lee, W. W., Choi, K. C., Yum, R. W., Yu, D. S. et Chair, S. Y. (2016). Effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification and health outcomes of clients at risk or diagnosed with cardiovascular diseases: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 331-341. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.09.010

Lilienthal, K. R., Pignol, A. E., Holm, J. E. et Vogeltanz-Holm, N. (2014). Telephone-based motivational interviewing to promote physical activity and stage of change progression in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 22(4), 527-535. doi: 10.1123/japa.2013-0056

Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P. et Begh, R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*(3), 1-76. doi: 10.1002/14651858.CD006936.pub3

Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. et Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 157-168. doi: 10.1016/j.pec.2013.07.012

Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. et Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160. doi: 10.1177/1049731509347850

Martin, B. J., Hauer, T., Arena, R., Austford, L. D., Galbraith, P. D., Lewin, A. M., . . . Aggarwal, S. G. (2012). Cardiac rehabilitation attendance and outcomes in coronary artery disease patients. *Circulation*, 126(6), 677-687. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.066738

Martínez-Gómez, D., Guallar-Castillón, P., León-Muñoz, L. M., López-García, E. et Rodríguez-Artalejo, F. (2013). Combined impact of traditional and non-traditional health behaviors on mortality: a national prospective cohort study in Spanish older adults. *BioMed Central Medicine*, 11(1), 47. doi: 10.1186/1741-7015-11-47

Matthews, C. E., George, S. M., Moore, S. C., Bowles, H. R., Blair, A., Park, Y., . . . Schatzkin, A. (2012). Amount of time spent in sedentary behaviors and cause-specific mortality in US adults. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95(2), 437-445. doi: 10.3945/ajcn.111.019620

- Miller, N. H. (2010). Motivational interviewing as a prelude to coaching in healthcare settings. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), 247-251. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181cec6e7
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129-140. doi: 10.1017/s1352465809005128
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. (2^e éd.). Paris: InterEditions.
- Moral, R. R., Torres, L. A., Ortega, L. P., Larumbe, M. C., Villalobos, A. R., Garcia, J. A. et Rejano, J. M. (2015). Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: a cluster randomized clinical trial in primary care. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 977-983. doi: 10.1016/j.pec.2015.03.008
- Murphy, B. M., Worcester, M. U., Higgins, R. O., Elliott, P. C., Le Grande, M. R., Mitchell, F., . . . Goble, A. J. (2013). Reduction in 2-year recurrent risk score and improved behavioral outcomes after participation in the "Beating Heart Problems" self-management program: results of a randomized controlled trial. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 33(4), 220-228. doi: 10.1097/HCR.0b013e31828c7812
- Murphy, S. M., Edwards, R. T., Williams, N., Raisanen, L., Moore, G., Linck, P., . . . Moore, L. (2012). An evaluation of the effectiveness and cost effectiveness of the National Exercise Referral Scheme in Wales, UK: a randomised controlled trial of a public health policy initiative. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 745-753. doi: 10.1136/jech-2011-200689
- Muscari, A., Bianchi, G., Forti, P., Giovagnoli, M., Magalotti, D., Pandolfi, P. et Zoli, M. (2017). Physical activity and other determinants of survival in the oldest adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(2), 402-406. doi: 10.1111/jgs.14569
- Naar-King, S., Earnshaw, P. et Breckon, J. (2013). Toward a universal maintenance intervention: Integrating cognitive behavioral treatment with motivational interviewing for maintenance of behavior change. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(2), 126-137. doi: 10.1891/0889-8391.27.2.126
- Neubeck, L., Freedman, S. B., Clark, A. M., Briffa, T., Bauman, A. et Redfern, J. (2012). Participating in cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *European Journal of Preventive Cardiology*, 19(3), 494-503. doi: 10.1177/1741826711409326

- O'Brien, F., McKee, G., Mooney, M., O'Donnell, S. et Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 179-187. doi: 10.1016/j.pec.2014.05.022
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/263NS_doc.pdf/5cf7200c-b150-e7a1-bdd3-671a51376aad
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3%C2%A0>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017). Réflexion sur le soutien aux aînés à domicile. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1478_doc.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). Valeurs de la profession infirmière. Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). Maladies cardiovasculaires. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Repéré à http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). Vieillesse et santé. Repéré à <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (4^e éd.). Paris: Armand Colin.
- Paradis, V., Cossette, S., Frasure-Smith, N., Heppell, S. et Guertin, M. C. (2010). The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 130-141. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181c52497
- Pate, R. R., O'Neill, J. R. et Lobelo, F. (2008). The evolving definition of "sedentary". *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 36(4), 173-178. doi: 10.1097/JES.0b013e3181877d1a

- Pavey, T. G., Peeters, G. et Brown, W. J. (2015). Sitting-time and 9-year all-cause mortality in older women. *British Journal of Sports Medicine*, 49(2), 95-99. doi: 10.1136/bjsports-2012-091676
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2017). *La pens  e infirmière*. (4^e   d.). Montréal : Cheneli  re   ducation.
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pens  e infirmière*. (3^e   d.). Montréal: Cheneli  re   ducation.
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., . . . Zannad, F. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 33(13), 1635-1701. doi: 10.1093/eurheartj/ehs092
- Petri  ek, G., Buljan, J., Prljevi  , G. et Vrci  -Keglevi  , M. (2017). Perceived needs for attaining a ‘new normality’ after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients’ experience. *The European Journal of General Practice*, 23(1), 35-42. doi: 10.1080/13814788.2016.1274726
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2017). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (8^e   d.). Philadelphia: : Wolters Kluwer/Lippincott/Williams & Wilkins Health.
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach*. (1^e   d.).   tats-Unis: Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Purath, J., Keck, A. et Fitzgerald, C. E. (2014). Motivational interviewing for older adults in primary care: a systematic review. *Geriatric Nursing*, 35(3), 219-224. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.02.002
- Rasinaho, M., Hirvensalo, M., Tormakangas, T., Leinonen, R., Lintunen, T. et Rantanen, T. (2011). Effect of physical activity counseling on physical activity of older people in Finland. *Health Promotion International*, 27(4), 463-474. doi: 10.1093/heapro/dar057
- Rosenberg, D. E., Gell, N. M., Jones, S. M. W., Renz, A., Kerr, J., Gardiner, P. A. et Arterburn, D. (2015). The feasibility of reducing sitting time in overweight and obese older adults. *Health Education and Behavior*, 42(5), 669-676. doi: 10.1177/1090198115577378

- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. et Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.
- Samayoa, L., Grace, S. L., Gravely, S., Scott, L. B., Marzolini, S. et Colella, T. J. (2014). Sex differences in cardiac rehabilitation enrollment: a meta-analysis. *Canadian Journal of Cardiology*, 30(7), 793-800. doi: 10.1016/j.cjca.2013.11.007
- Sattelmair, J., Pertman, J., Ding, E. L., Kohl, H. W., Haskell, W. et Lee, I. M. (2011). Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation*, 124(7), 789-795. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.010710
- Sidani, S. et Braden, C. J. (2011). *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions*. (1^e éd.). John Wiley & Sons, Ltd.
- Song, H. Y., Yong, S. J. et Hur, H. K. (2014). Effectiveness of a brief self-care support intervention for pulmonary rehabilitation among the elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease in Korea. *Rehabilitation Nursing*, 39(3), 147-156. doi: 10.1002/rnj.92
- Statistique Canada. (2015a). Faits saillants. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/2012001/hl-fs-fra.htm>
- Statistique Canada. (2015b). Faits saillants de la recherche sur la santé et le vieillissement. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-631-x/11-631-x2016001-fra.htm>
- Sumner, J., Grace, S. L. et Doherty, P. (2016). Predictors of cardiac rehabilitation utilization in England: Results from the national audit. *Journal of the American Heart Association*, 5(10). doi: 10.1161/JAHA.116.003903
- Taylor, R. S., Dalal, H., Jolly, K., Zawada, A., Dean, S. G., Cowie, A. et Norton, R. J. (2015). Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). doi: 10.1002/14651858.CD007130.pub3
- Thompson, D. R., Chair, S. Y., Chan, S. W., Astin, F., Davidson, P. M. et Ski, C. F. (2011). Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1236-1244. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03558.x
- Tolmie, E. P., Lindsay, G. M., Kelly, T., Tolson, D., Baxter, S. et Belcher, P. R. (2009). Are older patients' cardiac rehabilitation needs being met? *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1878-1888. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02798.x

- Tong, A., Sainsbury, P. et Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
- Tremblay, M. (2012). Letter to the editor: standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37(3), 540-542. doi: 10.1139/h2012-024
- Tse, M. M., Vong, S. K. et Tang, S. K. (2013). Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1843-1856. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04317.x
- Turner, A., Murphy, B. M., Higgins, R. O., Elliott, P. C., Le Grande, M. R., Goble, A. J. et Worcester, M. U. (2014). An integrated secondary prevention group programme reduces depression in cardiac patients. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(2), 153-162. doi: 10.1177/2047487312467747
- van der Ploeg, H. P., Chey, T., Korda, R. J., Banks, E. et Bauman, A. (2012). Sitting time and all-cause mortality risk in 222 497 australian adults. *Archives of Internal Medicine*, 172(6), 494-500. doi: 10.1001/archinternmed.2011.2174
- van Nes, M. et Sawatzky, J. A. (2010). Improving cardiovascular health with motivational interviewing: a nurse practitioner perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(12), 654-660. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00561.x
- van Stralen, M. M., De Vries, H., Mudde, A. N., Bolman, C. et Lechner, L. (2009). Determinants of initiation and maintenance of physical activity among older adults: a literature review. *Health Psychology Review*, 3(2), 147-207. doi: 10.1080/17437190903229462
- VanBuskirk, K. A. et Wetherell, J. L. (2014). Motivational interviewing with primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(4), 768-780. doi: 10.1007/s10865-013-9527-4
- Vogel, T., Brechat, P. H., Lepretre, P. M., Kaltenbach, G., Berthel, M. et Lonsdorfer, J. (2009). Health benefits of physical activity in older patients: a review. *International Journal of Clinical Practice*, 63(2), 303-320. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01957.x
- von Bonsdorff, M. B., Leinonen, R., Kujala, U. M., Heikkinen, E., Tormakangas, T., Hirvensalo, M., . . . Rantanen, T. (2008). Effect of physical activity counseling on disability in older people: a 2-year randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(12), 2188-2194. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02000.x

- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- Witt, D. R., Lindquist, R., Treat-Jacobson, D., Boucher, J. L., Konety, S. H. et Savik, K. (2013). Motivational interviewing to reduce cardiovascular risk in African American and Latina women. *Western Journal of Nursing Research*, 35(10), 1266-1279. doi: 10.1177/0193945913493014
- Worawong, C., Borden, M. J., Cooper, K. M., Perez, O. A. et Lauver, D. (2018). Evaluation of a person-centered, theory-based intervention to promote health behaviors. *Nursing Research*, 67(1), 6-15. doi: 10.1097/nnr.0000000000000254
- Yates, T., Wilmot, E. G., Davies, M. J., Gorely, T., Edwardson, C., Biddle, S. et Khunti, K. (2011). Sedentary behavior: what's in a definition? *American Journal of Preventive Medicine*, 40(6), 33-34. doi: 10.1016/j.amepre.2011.02.017
- Yohannes, A. M., Doherty, P., Bundy, C. et Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2806-2813. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x
- Young, D. R., Hivert, M.-F., Alhassan, S., Camhi, S. M., Ferguson, J. F., Katzmarzyk, P. T., . . . Yong, C. M. (2016). Sedentary behavior and cardiovascular morbidity and mortality. *Circulation*, 134(13), 262-279. doi: 10.1161/cir.0000000000000440
- Zhu, L., Ho, S. C. et Sit, J. W. (2011). The experiences of Chinese patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 476-484. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03909.x

Annexe A. Tableau synthèse des écrits

L'expérience des personnes âgées vivant avec la maladie coronarienne

| Auteurs (année) et pays de publication | But et type d'étude | Cadre de référence ou base théorique | Échantillon Méthode | Résultats |
|--|---|--------------------------------------|---|---|
| Anyadubalu (2010) Thaïlande | <p><u>Type</u> : Qualitatif</p> <p><u>But</u> : Décrire l'expérience biopsychosociale des patients présentant une maladie coronarienne en lien avec leur perception des services de santé reçus des professionnels de la santé.</p> | Non précisé | <p><u>Échantillon</u> : 10 aînés dont l'âge n'est pas spécifié vivant avec la maladie coronarienne depuis 4 à 16 ans.</p> <p><u>Collecte de données</u> : Entrevue semi-dirigée individuelle</p> <p><u>Analyse des données</u> : Analyse inter-cas et intra-cas</p> | <p><u>Expérience biologique</u> : Douleur à la poitrine et au jambe, fatigue, perte d'énergie, souffle court, étourdissement, maux de tête, incapacité à faire ses activités habituelles.</p> <p><u>Expérience psychologique</u> : La maladie les a rendus inactif, dépendant des autres et de la médication. Sentiment d'anxiété, dépression et de peur qui affectent leur condition de santé.</p> <p><u>Expérience sociale</u> : Certains vivent une expérience sociale négative (consommation d'alcool, pauvreté, difficulté familiale) et attribuent la cause de la maladie à ces problèmes.</p> |
| Ghezeljeh et al. (2013) Iran | <p><u>Type</u> : Théorisation ancrée</p> <p><u>But</u> : Comprendre l'expérience et le processus de 24 patients iraniens vivant avec la maladie coronarienne.</p> | Théorie constructiviste | <p><u>Échantillon</u> : 24 iraniens (x = 54 ans) vivant avec la maladie coronarienne.</p> <p><u>Collecte de données</u> : Entrevue semi-dirigée individuelle retranscrite et analysée</p> <p><u>Analyse des données</u> : Codification selon la méthode de Charmaz (2006) et Sbaraini et al. (2011)</p> | <p><u>Processus de transition</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perdre sa vie normale : Vivre des émotions et des conséquences de la maladie. Symptômes limitant les activités. Image de personne forte, active, aidante et indépendante s'est transformée en personne inactif, dépendant, faible. Vivre du regret, un deuil, de l'anxiété et de la peur. - Utiliser des stratégies d'adaptation : Acceptation de la maladie avec des stratégies telles que chercher la cause et les informations, accepter l'aide, changer ses habitudes de vie, réduire ses facteurs de risque, se tourner vers la religion. - Recréer une vie normale : Tenter de vivre le plus normalement possible, être positif, reprendre le contrôle sur leur vie. Peu de participants ont atteint cette phase. |
| Zhu et al. (2011) Chine | <p><u>Type</u> : Qualitatif descriptif</p> <p><u>But</u> : Explorer l'expérience des patients vivant avec une maladie coronarienne en Chine.</p> | Non spécifié | <p><u>Échantillon</u> : 11 chinois (x = 66 ans) vivant avec la maladie coronarienne.</p> <p><u>Collecte de données</u> : Entrevue semi-dirigée individuelle enregistrée et retranscrite</p> <p><u>Analyse des données</u> : Analyse de contenu</p> | <p><u>Expérience de la maladie</u> : Peur de la mort, symptômes (douleur à la poitrine). La croyance que la maladie n'aurait pas pu être prévenue amène les personnes à avoir peur d'une récurrence.</p> <p><u>Stratégies d'adaptation</u> : Adopter des habitudes saines (cesser de fumer, diminuer consommation alcool). Cesser de faire de l'activité physique pour prévenir les douleurs et la fatigue.</p> <p><u>Gestion de la maladie</u> : Participants souhaitent en apprendre davantage sur la prévention d'un second événement coronarien, sur la réadaptation cardiaque. Cachent leur symptôme à leur famille pour éviter de leur faire du mal.</p> |

| | | | | |
|---|--|---------------------|--|---|
| <p>Foxwell et al. (2013)</p> <p>Royaume-Uni</p> | <p><u>Type</u> : Revue systématique</p> <p><u>But</u> : Examiner la littérature publiée investiguant la relation entre la perception de la maladie, la qualité de vie et l'humeur d'une population vivant avec la maladie coronarienne.</p> | <p>Non spécifié</p> | <p>21 articles à devis qualitatifs identifiés à travers plusieurs bases de données. Données analysées par deux chercheurs indépendants et évaluées à l'aide de la grille CONSORT (2010).</p> | <p>Les personnes qui attribuent plus de symptômes à la maladie coronarienne, qui perçoivent plus de conséquences négatives et qui croient que la maladie est chronique ont une plus faible qualité de vie.</p> <p>Une faible compréhension de la maladie, un faible contrôle sur sa vie personnelle et ses traitements serait relié à un taux d'anxiété et de dépression élevé.</p> <p>La perception de la maladie influence les décisions des personnes quant à l'adoption de comportement de santé et peut aussi influencer les habiletés à l'adhésion au traitement.</p> |
| <p>Astin et al. (2014)</p> <p>Royaume-Uni</p> | <p><u>Type</u> : Méta-ethnographie</p> <p><u>But</u> : Conduire une synthèse de données qualitatives pour expliquer comment les participants font des changements dans leurs habitudes de vie après un événement cardiaque et associer cela à l'expérience de la maladie.</p> | <p>Non spécifié</p> | <p>27 articles ont été identifiés et analysés par deux chercheurs indépendants et évalués à l'aide du cadre <i>Critical Appraisal Skills Programme</i></p> | <p>Lien entre la cause de la maladie et les habitudes de vie : Au début du rétablissement, les personnes tentent de donner un sens à la maladie. Plusieurs associent leurs habitudes de vie à leur maladie.</p> <p><u>Accéder aux informations et aux conseils et les intégrer</u> : Souhaitent recevoir de l'information pour prévenir une récurrence. Changement des habitudes de vie souvent perçu comme le fait de regagner le contrôle sur sa vie, alors que se sentir incapable d'influencer la progression de la maladie mènerait au désespoir et empêcherait de modifier les habitudes de vie.</p> <p><u>Intégrer les changements</u> : Symptômes, peur, vulnérabilité.</p> <p><u>Trouver du soutien</u> : Famille et ami essentiel pour le rétablissement. Aide quant au changement des habitudes de vie.</p> <p><u>Ajustement à la maladie</u> : Retrouver une vie normale, établir des changements dans les habitudes de vie pour que cela devienne une routine. Ceux qui n'ont pas réussi à changer leurs habitudes maintiennent la peur de récurrence.</p> |
| <p>Cleary et al. (2015)</p> <p>États-Unis</p> | <p><u>Type</u> : descriptif longitudinal</p> <p><u>But</u> : Décrire et comprendre les perceptions des patients quant à leurs motivations et leurs barrières à l'exercice, leur sentiment quant à la participation à la réadaptation cardiaque et leur qualité de vie et leur perception de limitation d'activité à 3, 6 et 12 mois suivant une chirurgie de pontages coronariens.</p> | <p>Non spécifié</p> | <p><u>Échantillon</u> : 28 personnes âgées de 65 ans et plus (x = 73 ans) au congé de leur hospitalisation reliée à des pontages coronariens.</p> <p><u>Collecte de données</u> : Entrevue semi-dirigée individuelle par téléphone enregistrée et retranscrite</p> | <p><u>Motivateurs à l'exercice</u> :</p> <p>3 mois après la chirurgie : 1) se sentir mieux, 2) motivation personnelle, 3) améliorer sa santé physique, 4) environnement, 5) l'habitude, 6) retrouver ses activités antérieures, 7) la compagnie, 8) le plaisir</p> <p>6 mois après la chirurgie : 1) améliorer la santé physique, 2) se sentir mieux, 3) environnement, 4) plaisir, 5) savoir que c'est bon pour soi, 6) meilleure santé mentale, 7) l'habitude, 8) retrouver ses anciennes activités</p> <p>12 mois après la chirurgie : 1) améliorer sa santé physique, 2) se sentir bien, 3) la compagnie, 4) l'environnement, 5)</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p><u>Analyse des données</u> : Analyse thématique (méthode non spécifiée) jusqu'à saturation des données.</p> | <p>savoir que c'est bon pour soi, 6) plaisir, 7) meilleure santé mentale, 8) habitude, 9) retrouver ses anciennes activités.</p> <p><u>Barrières à l'exercice</u> :</p> <p>3 mois suivant la chirurgie : 1) pas motivé/intéressé, 2) température, 3) temps, 4) rien de spécifique, 5) douleur, maladie</p> <p>6 mois suivant la chirurgie : 1) autres priorités, 2) douleur, maladie, 3) température, 4) pas motivé/intéressé, 5) temps, 6) Accessibilité, 7) manque de compagnie, 8) pas une habitude</p> <p>12 mois suivant la chirurgie : 1) autres priorités, 2) température, 3) douleur, maladie, 4) pas motivé/intéressé, 5) Fatigue, 6) accessibilité, 7) manque de compagnie, 8) déjà actif, 9) rien de spécifique</p> |
|--|--|--|--|--|

La sédentarité des personnes âgées

| Auteurs (année) et pays de publication | But et type d'étude | Cadre de référence ou base théorique | Échantillon Méthode | Résultats |
|--|--|--------------------------------------|---|---|
| de Rezende et al. (2014) Brésil | <p><u>Type</u> : Revue systématique</p> <p><u>But</u> : Revoir systématiquement les évidences concernant les associations entre le comportement sédentaire et de multiples impacts sur la santé des personnes âgées de 60 ans et plus.</p> | Non spécifié | 23 articles recensés à partir de plusieurs bases de données. Données analysées par deux chercheurs indépendants. Qualité des articles évaluée à l'aide d'une grille. Évaluation du risque de biais. | <p>- 4 articles ont perçu une relation entre la sédentarité et la mortalité</p> <p>- 3 articles ont perçu une relation entre la sédentarité et le risque de syndrome métabolique</p> <p>-6 articles ont évalué la relation entre la sédentarité et les biomarqueurs cardiaques. 2 études ont perçu un lien entre la sédentarité et le bas taux de HDL. 2 études ont perçu une relation entre la sédentarité et l'hypertension artérielle, 2 études ont perçu une relation entre la sédentarité et le taux de glucose sanguin et 2 études ont perçu un lien entre la sédentarité et un haut taux de cholestérol</p> <p>-5 articles ont perçu une relation entre la sédentarité et l'augmentation du tour de taille</p> <p>-5 études ont perçu une relation entre la sédentarité et l'obésité</p> |
| Vogel et al. (2009) France | <p><u>Type</u> : Revue des écrits</p> <p><u>But</u> : Évaluer les bénéfices sur la santé de l'activité physique chez des sujets âgés.</p> | Non spécifié | 48 écrits recensés. Méthode d'analyse non mentionnée. Qualité méthodologique évaluée en termes de population à l'étude, devis, résultat primaire et nature de l'intervention. | -Bénéfices de l'activité physique sur la mortalité, le profil lipidique, la pression artérielle, le risque de maladie coronarienne, de diabète de type 2 et d'accident vasculaire cérébral. |
| Muscarì et al. (2017) Italie | <p><u>Type</u> : Étude de cohorte prospective longitudinale</p> <p><u>But</u> : Évaluer la relevance d'activité physique en plus des déterminants de mortalité connus et des autres paramètres non considérés précédemment dans le sous-groupe de participants âgés de 85 ans et plus à l'étude Pianoro.</p> | Non spécifié | <p><u>Échantillon</u> : 500 personnes âgées de 85 ans et plus (x = 89,6 ans)</p> <p><u>Collecte de données</u> : Échelle de mesure de l'activité physique, questionnaire d'anxiété et de dépression, questionnaire d'autosoins, questionnaire d'autonomie,</p> <p><u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (régression)</p> | 48,5% des personnes âgées avec un niveau d'activité physique ont survécu. 22,7% des personnes âgées avec un niveau d'activité modéré ont survécu et 10,6% de celles ayant un niveau d'activité faible. |
| Franco et al. (2015) Australie | <p><u>Type</u> : Revue systématique</p> <p><u>But</u> : Identifier et synthétiser les barrières et les facilitateurs à la participation à l'activité physique chez les personnes âgées.</p> | Non spécifié | 132 études identifiées à travers plusieurs bases de données. Études évaluées à l'aide d'une grille (ENTREQ) par deux chercheurs indépendants. Synthèse thématique et analyse stratifiée réalisées. | 6 thèmes majeurs identifiés quant aux perceptions des personnes âgées concernant l'activité physique : l'influence sociale, les limitations physiques, les priorités, les difficultés d'accessibilité, les bénéfices personnels, la motivation et les croyances. |
| Costello et al. (2011) États-Unis | <p><u>Type</u> : Qualitatif</p> | Non précisé | <u>Échantillon</u> : 30 personnes âgées entre 60 et 94 ans (x = 80 ans) | <u>Motivateurs de l'activité physique chez les personnes actives</u> : santé, sociabilité, accessibilité, encouragement |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p><u>But</u> : Investiguer les barrières, les motivateurs et les croyances quant à l'activité physique et l'exercice des personnes âgées indépendantes qui ont accès facile à un programme d'activité physique et à des installations.</p> | | <p><u>Collecte de données</u> : Groupe de discussion</p> <p><u>Analyse des données</u> : Approche phénoménologique. Groupes de discussions enregistrés et retranscrits sous forme de verbatims. Analysés par deux chercheurs indépendants.</p> | <p>des professionnels de la santé, personnels et programmation.</p> <p><u>Motivateurs chez les personnes inactives</u> : sociabilité, activité déterminée.</p> <p><u>Barrières chez les actifs</u> : manque de temps, possibilité de blessure, manque de discipline.</p> <p><u>Barrières chez les inactifs</u> : manque de temps, possibilité de blessure, manque de discipline, motivation inadéquate, ennui, intimidation.</p> |
|--|---|--|--|--|

L'entretien motivationnel auprès des personnes âgées

| Auteurs (année) et pays de publication | But et type d'étude | Intervention (contenu, fréquence, durée, lieu, intervenant) | Échantillon Méthode | Résultats |
|---|---|--|--|---|
| <p>Purath et al. (2014)</p> <p>États-Unis</p> | <p><u>Type</u> : Revue systématique</p> <p><u>But</u> : Revoir systématiquement les études dans lesquelles les interventions d'EM ont été menées pour amorcer des changements dans les comportements de santé des personnes âgées dans les soins de santé primaires.</p> | <p><u>Contenu</u> : EM variant selon les études</p> <p><u>Nombre de séances</u> : 1 à 8</p> <p><u>Durée des séances</u> : 10 à 20 minutes</p> <p><u>Fréquence</u> : Chaque semaine à chaque 2 mois</p> <p><u>Lieu</u> : varié (domicile, téléphone)</p> <p><u>Intervenant</u> : varié (infirmière, chercheur avec expérience en EM, psychologue)</p> | <p>8 articles analysés répondant à ces critères : 1) EM est l'intervention majoritaire</p> <p>2) majorité des participants ont 60 ans et plus</p> <p>3) essai randomisé contrôlé ou étude pilote avec un groupe de comparaison</p> <p>4) conduit dans un centre de soins de santé primaire</p> <p>Validité des données évaluées par l'identification des risques de biais. Qualité des études évaluée par la l'échantillon, la fidélité au protocole, l'attrition et la randomisation à l'aveugle.</p> | <p><u>Nombre d'articles analysés</u> : 8</p> <p><u>Résultats sur les comportements</u> : Efficace pour améliorer la glycémie, l'activité physique, la consommation de fruits et légumes, le tabagisme et la perte de poids.</p> <p><u>Limites des études</u> : Manque de détail sur l'intervention à l'étude donc difficile de connaître la qualité de l'intervention et si réellement basé sur les principes de l'EM. Plusieurs auteurs semblent utiliser l'EM en ne respectant pas ces principes de bases (approche centrée sur la personne)</p> <p>Manque de fidélité au protocole et randomisation à l'aveugle souvent non présent.</p> |
| <p>Cummings et al. (2009)</p> <p>États-Unis</p> | <p><u>Type</u> : Revue des écrits</p> <p><u>But</u> : Revoir et évaluer la littérature existante sur l'efficacité de l'EM pour promouvoir le changement des habitudes de vie et améliorer le fonctionnement des personnes âgées vivant avec un problème de santé important.</p> | <p><u>Contenu</u> : EM variant selon les études</p> <p><u>Nombre de séances</u> : 1 à 11</p> <p><u>Durée des séances</u> : 5 à 60 minutes</p> <p><u>Fréquence</u> : chaque semaine à 6 mois</p> <p><u>Lieu</u> : varié (centre de santé, domicile, téléphone)</p> <p><u>Intervenant</u> : varié (infirmière, chercheur avec expérience en EM, médecin, spécialiste de l'activité physique, psychologue, diététicien)</p> | <p>15 ERC qui explorent les effets de l'EM auprès des personnes âgées concernant les comportements suivants : alimentation, tabagisme, activité physique, saine gestion du poids, gestion de maladie chronique et consommation d'alcool.</p> | <p><u>Résultats sur les comportements</u> : amélioration du poids, de l'alimentation, du niveau d'activité physique, de la diminution de consommation de sodium, du contrôle du glucose sanguin et pour la cessation tabagique.</p> <p><u>Limites des études</u> : petit échantillon, mesures auto-rapportées, échantillon homogène, absence de données quant aux motivations des participants à changer.</p> |
| <p>Lilienthal et al. (2014)</p> <p>Canada</p> | <p><u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé</p> <p><u>But</u> : Examiner si l'utilisation d'une intervention téléphonique basée sur l'EM amène les personnes âgées à</p> | <p><u>Contenu</u> : Utilisation des principes de l'EM, niveaux de confiance et de conviction, intérêts envers l'activité physique, barrières, stratégies, encouragement. Utilisation des</p> | <p><u>Échantillon</u> : 86 participants âgés de 55 ans et plus (x = 64,48 ans).</p> <p><u>Collecte de données</u> : Mesures en pré, post et suivi de 6 mois.</p> | <p><u>Post-intervention</u> : aucun changement significatif quant au sentiment d'auto-efficacité, plus haut niveau d'activité physique dans le GE versus GC (p < 0,001),</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | traverser les stades de changements et à augmenter leur niveau d'activité physique. | stades de changement pour intervenir de façon spécifique avec l'EM. <u>Nombre de séances</u> : 4 appels <u>Durée des séances</u> : 60 minutes <u>Fréquence</u> : Chaque semaine <u>Lieu</u> : Domicile (appels téléphoniques) <u>Intervenant</u> : candidat au doctorat en psychologie avec expérience et formation en EM (sans autre précision) <u>GC</u> : information seulement (remise d'un guide sur l'activité physique) | Questionnaire sur l'activité physique, échelle de mesure sur le sentiment d'auto-efficacité, échelle de mesure sur les stades de changement <u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (covariance) | plus de progression dans les stades de changement dans le GE versus GC ($p < 0,05$). <u>Au suivi de 6 mois</u> : plus grand sentiment d'auto-efficacité ($p < 0,05$) dans le GE versus GC, diminution significative dans les deux groupes du niveau d'activité physique (GE : $p < 0,05$; GC : $< 0,001$), plus de progression dans les stades de changement dans le GE versus GC ($p < 0,05$). |
| Rasinaho et al. (2011) Finlande | <u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé <u>But</u> : Décrire la méthode d'intervention et examiner les effets de l'intervention de counseling sur l'activité physique et la participation à des activités physiques spécifiques des personnes âgées inactives. | <u>Contenu</u> : Concevoir un plan d'activité physique personnalisé en faisant surgir les motivations de la personne avec les principes de l'EM, du modèle transthéorique du changement et de la théorie sociale cognitive, identifier les barrières et stratégies. <u>Nombre de séances</u> : 6 <u>Durée des séances</u> : Face à face 1 heure, suivis téléphoniques 13 minutes <u>Fréquence</u> : Non précisé <u>Lieu</u> : 1 rencontre à domicile et suivis téléphoniques <u>Intervenant</u> : physiothérapeute (formation en EM non spécifié) <u>GC</u> : pas de traitement | <u>Échantillon</u> : 598 personnes âgées de 75-81 ans ($x = 77,6$ ans) vivant dans la communauté <u>Collecte de données</u> : Données auto-rapportées par les participants post-intervention et 1 an et demi suivant la fin de l'intervention (42 mois) <u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (régression) | <u>Post-intervention</u> : augmentation du niveau d'activité physique concernant la musculation ($p = 0,043$) et l'aquagym ($p < 0,001$), mais aucun résultat significatif pour d'autres activités (marche, entraînement physique supervisé et activités physiques habituelles). <u>À 42 mois</u> : Aucun résultat significatif entre les deux groupes, les niveaux d'activité physique sont retournés aux valeurs initiales. |
| Tse et al. (2013) Chine | <u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé <u>But</u> : Examiner l'efficacité d'un programme d'EM et d'exercice physique sur la douleur, les fonctions physiques et cognitives, le sentiment d'auto-efficacité et la compliance à l'exercice. | <u>Contenu</u> : EM pour éduquer sur la douleur et l'exercice physique (contrôle de la douleur et stratégies d'adaptation) + séances de pratique des exercices enseignés <u>Nombre de séances</u> : 8 en groupe de 8 à 10 personnes <u>Durée des séances</u> : 1h30 (EM = 30 minutes) <u>Fréquence</u> : Chaque semaine <u>Lieu</u> : Centre communautaire <u>Intervenant</u> : Infirmière et physiothérapeute expert en EM <u>GC</u> : Pas de traitement, activités habituelles | <u>Échantillon</u> : 53 personnes âgées de 65 ans et plus ($x = 76,5$ ans) vivant en centre de personnes âgées <u>Collecte de données</u> : Échelle numérique d'évaluation de la douleur, échelle de mesure de la mobilité et de l'équilibre, questionnaire sur l'auto-efficacité en lien avec la douleur, échelle d'anxiété, échelle de bonheur subjective, échelle de dépression gériatrique, questionnaire sur l'état de santé | <u>Post-intervention</u> : Douleur diminuée dans le GE versus GC ($p = 0,002$), sentiment d'auto-efficacité augmenté dans GE versus GC ($p = 0,022$), mobilité physique améliorée dans GE versus GC ($p = 0,004$), niveau de dépression ($p = 0,009$) et d'anxiété moins élevé dans GC versus GE ($p = 0,014$). Bonne compliance aux exercices à faire au centre communautaire (81,67%) et à la maison (84,33%). |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | | | <u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (covariance) | |
| Moral et al. (2015) Espagne | <u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé <u>But</u> : Évaluer l'efficacité de l'EM pour améliorer l'adhérence à la médication des patients âgés de 65 ans et plus vivant avec une maladie chronique et traités avec une polypharmacie et qui ont une mauvaise adhésion au médicament, versus une approche traditionnelle visant à prodiguer des conseils et de l'information | <u>Contenu</u> : EM pour faire surgir les motivations à l'adhésion médicamenteuse (évaluer l'ambivalence, explorer intérêt envers l'adhésion, reformuler) <u>Nombre de séances</u> : 4 <u>Durée des séances</u> : 45-60 min à domicile et 15 minutes en bureau <u>Fréquence</u> : 2 ^e visite à 15-20 jours de la première et visite 3 et 4 au 3 mois <u>Lieu</u> : Domicile et centre de santé <u>Intervenant</u> : Médecin de famille et infirmière formés en EM <u>GC</u> : Informations et conseils pour améliorer l'adhérence à la médication | <u>Échantillon</u> : 147 personnes âgées de 65 ans et plus (x = 76 ans) à travers 16 centres de santé <u>Collecte de données</u> : Échelle sur la qualité de vie, formule pour calcul de l'adhésion aux médicaments (nombre de pilules consommées/nombre de pilules qui auraient dû être consommées) <u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (régression) | <u>Post-intervention</u> : augmentation de l'adhésion aux traitements médicamenteux dans le GE versus GC (p < 0,001). |
| Song et al. (2014) Corée | <u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé <u>But</u> : Déterminer si une intervention de soutien à l'autogestion pour la réadaptation pulmonaire pourrait augmenter la capacité d'exercice physique, la qualité de vie et l'adhésion aux autosoins des personnes âgées vivant avec une maladie pulmonaire obstructive chronique. | <u>Contenu</u> : Séance d'éducation avec EM pour gérer la médication, s'adapter à la dyspnée et maintenir un niveau fonctionnel (explorer les motivations et la capacité à changer, résoudre ambivalence) <u>Nombre de séances</u> : 3 + 2 boosters <u>Durée des séances</u> : séance en face à face 90 minutes, durée des boosters non spécifiée <u>Fréquence</u> : 2 premières séances à l'hôpital à un jour d'intervalle, la semaine suivante à domicile et les appels téléphoniques à intervalle de 2 semaines. <u>Lieu</u> : Hôpital, clinique externe et domicile (appels téléphoniques) <u>Intervenant</u> : Infirmière <u>GC</u> : Enseignement sur la gestion de la maladie et sur les bienfaits de l'exercice physique | <u>Échantillon</u> : 40 personnes âgées 65 à 75 ans en réadaptation pulmonaire. <u>Collecte de données</u> : Questionnaire sur la qualité de vie et examen de distance de marche pour évaluer la capacité physique. <u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (covariance) | <u>2 mois post-intervention</u> : Amélioration de l'adhésion aux autosoins reliés à la médication (p = 0,047) et à l'exercice physique (p = 0,003). Amélioration de la qualité de vie concernant leurs symptômes (p = 0,003), leurs activités (p = 0,024) et l'impact de la maladie (p = 0,034). |
| Brodie et al. (2008) Angleterre | <u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé <u>But</u> : Examiner l'efficacité de (a) l'entretien motivationnel comparé à (b) des soins standards et (c) les deux combinés d'un échantillon de personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque. | <u>Contenu</u> : G1 : soins standards (encouragement à participer à un programme d'exercice physique) G2 : Programme d'EM : participants encouragés à identifier un objectif et des solutions pour faire de l'activité physique | <u>Échantillon</u> : 60 personnes âgées de 65 ans et plus avec un premier diagnostic d'insuffisance cardiaque <u>Collecte de données</u> : Questionnaire sur la qualité de vie et échelle sur les stades de changement utilisé par les participants. | <u>Post-intervention</u> : Amélioration de la limitation reliée au fonctionnement physique (p = 0,017) et social (p = 0,03) et du changement dans l'état de santé (p = 0,006) de façon significative pour les participants de tous les groupes, mais davantage dans le groupe ayant reçu l'EM et le plus |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>G3 : Programme d'EM + soins standards <u>Nombre de séances</u> : 8 <u>Durée des séances</u> : 1h <u>Fréquence</u> : Chaque semaine <u>Lieu</u> : Domicile <u>Intervenant</u> : Chercheur sans qualification clinique mais expert en EM</p> | <p><u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (covariance et <i>post hoc</i>)</p> | <p>faiblement dans le groupe ayant reçu les soins standards.</p> |
|--|--|--|---|--|

| L'entretien motivationnel auprès d'une clientèle coronarienne | | | | |
|--|--|---|--|---|
| Auteurs (année) et pays de publication | But et type d'étude | Intervention (contenu, fréquence, durée, lieu, intervenant) | Échantillon Méthode | Résultats |
| <p>Lee et al. (2016) Chine</p> | <p><u>Type</u> : Revue systématique <u>But</u> : Revoir systématiquement l'efficacité de l'entretien motivationnel sur la modification des habitudes de vie et sur les résultats physiques et psychologiques des personnes à risque ou diagnostiqué d'une maladie cardiovasculaire.</p> | <p>Participants de 16 à 89 ans <u>Contenu</u> : Interventions dont l'EM est le concept majeur <u>Nombre de séances</u> : 2 à 4 pour les rencontres en face à face et 1 à 4 pour les appels téléphoniques <u>Durée</u> : 30 à 60 minutes en face à face, 10-30 minutes les appels téléphoniques <u>Fréquence</u> : Non précisée <u>Lieu</u> : en face à face avec ou sans suivi téléphonique <u>Intervenant</u> : infirmière, spécialiste de l'activité physique, psychologue, coach de vie, médecin (avec et sans formation en EM).</p> | <p>9 essais randomisés contrôlés <u>Collecte de données</u> : plusieurs (14) bases de données consultées et recherche de littérature grise, données collectées par 2 chercheurs indépendants <u>Analyse des données</u> : Analyse statistique lorsque possible lorsqu'études comparables, dans le cas contraire, analyse narrative. Évaluation du risque de biais, évaluation de la qualité des études avec une grille.</p> | <p>Résultats significatifs quant à la cessation tabagique, à la diminution du niveau de dépression et à l'augmentation de la qualité de vie. Difficulté à établir des conclusions vu la grande variété des méthodes d'intervention des études.</p> |
| <p>Thompson et al. (2011) Australie</p> | <p><u>Type</u> : Revue systématique <u>But</u> : Revoir et synthétiser systématiquement les données de recherche concernant l'EM pour en informer l'éducation, la recherche et la pratique en santé cardiovasculaire.</p> | <p>Âge des participants non spécifié <u>Contenu</u> : Interventions d'EM auprès de personnes à risque ou diagnostiquées d'une maladie cardiovasculaire pour faire surgir la motivation des personnes concernant le changement de comportement. <u>Nombre de séances</u> : 1 à 8 <u>Durée des séances</u> : 20 min à 1h42 <u>Fréquence</u> : Non spécifié <u>Lieu</u> : Domicile, hôpital, soins de santé primaire <u>Intervenant</u> : Infirmière et parfois non précisé</p> | <p>3 méta-analyses, 3 revues de la littérature et 5 essais randomisés <u>Collecte de données</u> : Plusieurs bases de données consultées (8), données collectées par 2 chercheurs indépendants. <u>Analyse des données</u> : Analyse narrative (aucune mention de l'évaluation du risque de biais)</p> | <p>Résultats significatifs quant à l'augmentation du niveau d'activité physique, de la qualité de vie, des auto-soins, dans la diminution de l'indice de masse corporelle. Difficulté à exprimer des conclusions vu la grande variété d'interventions à méthodologie différente. Manque de description des interventions, de la fidélité à l'intervention et de la formation des intervenants.</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p>Witt et al. (2013)</p> <p>États-Unis</p> | <p><u>Type</u> : Revue systématique</p> <p><u>But</u> : Identifier, synthétiser et analyser de façon critique la littérature sur l'utilisation de l'EM comme une intervention comportementale pour réduire les risques cardiovasculaires ou pour améliorer les risques cardiovasculaires reliés aux comportements des femmes africaines américaines et latines.</p> | <p>462 hommes et 2020 femmes</p> <p><u>Contenu</u> : interventions d'EM</p> <p><u>Nombre de séances</u> : 4 à 42</p> <p><u>Durée des séances</u> : 30 à 120 minutes</p> <p><u>Fréquence</u> : 2x/semaine, chaque semaine, aux 3 mois</p> <p><u>Lieu</u> : Centre communautaire et parfois non précisé</p> <p><u>Intervenant</u> : nutritionniste, spécialiste du comportement, kinésologue, psychologue</p> | <p>4 essais randomisés contrôlés, 2 études pilotes, 1 étude longitudinale pré-post</p> <p><u>Collecte de données</u> : 3 bases de données consultées</p> <p><u>Analyse de données</u> : Méthode d'analyse non précisée (aucune mention de l'évaluation du risque de biais ou d'utilisation d'une grille d'analyse, aucune mention quant à l'évaluation de la rigueur méthodologique et de la qualité scientifique des études)</p> | <p>Résultats significatifs concernant l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes, de l'adhésion à la médication, de la diminution du poids, de l'indice de masse corporelle et de la pression artérielle.</p> |
| <p>Murphy et al. (2013)</p> <p>Australie</p> | <p><u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé avec évaluation économique</p> <p><u>But</u> : Investiguer l'impact d'un programme de 8 semaines en groupe intégrant la théorie cognitivo-comportementale et l'EM chez des patients ayant récemment eu un événement cardiaque.</p> | <p><u>Contenu</u> : Utilisation de l'EM et de la théorie cognitivo-comportementale pour amener la personne à un changement en lien avec ses comportements (activité physique, diète, adhérence à la médication, tabagisme, dépression, anxiété, soutien social), identification des motivations, stratégies et barrières.</p> <p><u>Nombre de séances</u> : 8 en groupe</p> <p><u>Durée des séances</u> : 1,5h</p> <p><u>Fréquence</u> : Chaque semaine</p> <p><u>Lieu</u> : Non précisé</p> <p><u>Intervenant</u> : Psychologue et infirmière</p> <p><u>GC</u> : Pas de traitement, remise d'un pamphlet sur les bienfaits de l'activité physique</p> | <p><u>Échantillon</u> : 275 participants x = 58,02 dans GE et x = 59,92 dans GC.</p> <p><u>Collecte de données</u> : Algorithme de risque cardiovasculaire, mesure auto-rapportée quant au niveau d'activité physique et de l'alimentation à l'aide de questionnaires. Mesure du tour de taille par infirmière, capacité fonctionnelle mesurée par test de marche.</p> <p><u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (covariance)</p> | <p><u>Post-intervention</u> : effets significatifs dans le GE versus GC quant au risque de développer une maladie cardiovasculaire (p = 0,060) à la consommation de gras (p = 0,019), au tour de taille (p = 0,073) et à la distance de marche (p = 0,019).</p> <p>Suivi de 12 mois : résultat significatif uniquement dans la diminution de la consommation de gras (p = 0,035).</p> |
| <p>Turner et al. (2014)</p> | <p><u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé</p> <p><u>But</u> : Déterminer si le programme est efficace pour améliorer l'humeur et les comportements de santé qui y sont reliés chez des patients ayant récemment eu un événement cardiaque.</p> | <p><u>Contenu</u> : Utilisation de l'EM et de la théorie cognitivo-comportementale pour amener la personne à un changement en lien avec ses comportements (activité physique, diète, adhérence à la médication, tabagisme, dépression, anxiété, soutien social), identification des motivations, stratégies et barrières.</p> <p><u>Nombre de séances</u> : 8 en groupe</p> <p><u>Durée des séances</u> : 1,5h</p> <p><u>Fréquence</u> : Chaque semaine</p> <p><u>Lieu</u> : Non précisé</p> | <p><u>Échantillon</u> : 275 participants x = 55,6 ans dans GE et x = 57,0 dans GC.</p> <p><u>Collecte de données</u> : Échelles de dépression, d'anxiété, de soutien social, de la perception de la santé, de l'activité physique, de l'alimentation, de l'adhérence à la médication, de l'auto-efficacité. Mesures physiologiques pour la pression artérielle, taux de cholestérol, poids, tour de taille.</p> | <p>Résultats significatifs entre les 2 groupes uniquement dans l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité dans la gestion des symptômes de dépression (p < 0,05). Aucun résultat significatif entre les groupes pour les autres composantes (symptômes de dépression et d'anxiété, adhérence à la médication, activité physique, alimentation, tabagisme).</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| | | <u>Intervenant</u> : Psychologue et infirmière <u>GC</u> : Pas de traitement | <u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (covariance) | |
| Hardcastle et al. (2008) | <u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé <u>But</u> : 1) Déterminer si la consultation avec un spécialiste de l'activité physique et d'un diététicien, dans une étude de soins primaire, et les facteurs de risque cardiovasculaires, sont reliés à la participation. 2) Déterminer l'efficacité d'une intervention d'EM sur les facteurs de risque cardiovasculaires. 3) Déterminer l'effet du nombre de séances sur le changement dans les facteurs de risque cardiovasculaires. | <u>Contenu</u> : Intervention de counseling basé sur l'EM pour favoriser le changement de comportement (questions ouvertes, écoute réflexive pour faire surgir les inquiétudes face à sa santé) <u>Nombre de séances</u> : 1 à 5 <u>Durée des séances</u> : 20 à 30 minutes <u>Fréquence</u> : Non précisé <u>Lieu</u> : Non précisé <u>Intervenant</u> : Spécialiste de l'activité physique et diététicien <u>GC</u> : Remise d'un pamphlet sur la nutrition et l'activité physique | <u>Échantillon</u> : 358 participants (x = 51,10 ans) <u>Collecte de données</u> : Questionnaires sur l'activité physique et l'alimentation remplis par les patients. Données biophysiological collectées par infirmières (pression artérielle, taux sérique de cholestérol, poids et grandeur) <u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (test-t et Chi ²) | <u>Post-intervention</u> : résultats significatifs entre les deux groupes concernant la perte de poids (p = 0,01), l'amélioration de la pression artérielle systolique (p = 0,06) et diastolique (p=0,01), augmentation du niveau de marche (p = 0,01) et diminution du taux de cholestérol (p = 0,06). Nombre moyen de séances complétées = 2 Ceux qui assistent à plus de séances se voient réduire de façon plus grande leur poids (p = 0,03), leur pression artérielle systolique (p = 0,01), leur niveau de cholestérol (p = 0,04), leur taux de triglycéride (p = 0,02), comparativement à ceux qui assistent à moins de séances. |
| Hardcastle et al. (2013) Australie | <u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé <u>But</u> : 1) Évaluer si des changements dans le poids, l'indice de masse corporelle, l'activité physique et les facteurs de risque cardiovasculaires sont maintenus un an plus tard. 2) Explorer l'effet du nombre de séances sur le maintien des résultats. 3) Examiner l'effet de l'EM sur les résultats auprès de sous-groupes avec des facteurs de risque spécifiques initialement. | <u>Contenu</u> : Intervention de counseling basé sur l'EM pour favoriser le changement de comportement (questions ouvertes, écoute réflexive pour faire surgir les inquiétudes face à sa santé) <u>Nombre de séances</u> : 1 à 5 <u>Durée des séances</u> : 20 à 30 minutes <u>Fréquence</u> : Non précisé <u>Lieu</u> : Non précisé <u>Intervenant</u> : Spécialiste de l'activité physique et diététicien <u>GC</u> : Remise d'un pamphlet sur la nutrition et l'activité physique | <u>Échantillon</u> : 334 participants (x = 50,22 ans) <u>Collecte de données</u> : Questionnaires sur l'activité physique et l'alimentation remplis par les patients. Données biophysiological collectées par infirmières (pression artérielle, taux sérique de cholestérol, poids et grandeur) <u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (régression, variance) | Résultats significatifs pour l'augmentation du niveau de marche (12 mois : p = 0,006, 18 mois : p = 0,032) et pour la diminution du taux de cholestérol (12 mois : p = 0,008, 18 mois : p = 0,015). |
| Goodman et al. (2008) Royaume-Uni | <u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé <u>But</u> : Évaluer le programme infirmier dans un essai randomisé contrôlé de 188 patients. | <u>Contenu</u> : Séance d'EM pour accompagner dans le changement des habitudes de vie <u>Nombre de séances</u> : 1 <u>Durée des séances</u> : 20 à 30 minutes <u>Fréquence</u> : 1 mois avant la chirurgie cardiaque <u>Lieu</u> : À domicile | <u>Échantillon</u> : 188 participants (GE : x = 63,7 ans ; GC : x = 65,9 ans) <u>Collecte de données</u> : Échelle d'anxiété, mesures biophysiological (pression artérielle, taux de cholestérol, indice de masse corporelle, taux de | Aucun résultat significatif 3 mois suivant la chirurgie entre les deux groupes. |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| | | <p><u>Intervenant</u> : Infirmière</p> <p><u>GC</u> : Rendez-vous initial d'évaluation et numéro de téléphone où appeler au besoin</p> | <p>glucose), questionnaire sur la qualité de vie, dossiers médicaux pour complications post-opératoires et données auto-rapportées sur le statut tabagique</p> <p><u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (test-t)</p> | |
| <p>O'Brien et al. (2014)</p> <p>Irlande</p> | <p><u>Type</u> : Essai randomisé contrôlé</p> <p><u>But</u> : Tester l'efficacité d'une intervention éducationnelle individualisée sur les connaissances, les attitudes et les croyances en la maladie coronarienne.</p> | <p><u>Contenu</u> : Séance d'éducation en utilisant les principes de l'EM pour améliorer les connaissances et l'autogestion de la maladie</p> <p><u>Nombre de séances</u> : 1 en face à face puis 1 par téléphone</p> <p><u>Durée des séances</u> : 40 minutes en face à face, suivi téléphonique non mentionnée</p> <p><u>Fréquence</u> : 1 mois entre la rencontre et le rendez-vous téléphonique puis 6 mois plus tard envoi du plan d'action par la poste</p> <p><u>Lieu</u> : Durant l'hospitalisation puis au retour à domicile par téléphone</p> <p><u>Intervenant</u> : Infirmière</p> <p><u>GC</u> : Enseignement sur le diagnostic, la gestion de la maladie, la médication et la prévention secondaire</p> | <p><u>Échantillon</u> : 1947 participants (x = 63,58 ans)</p> <p><u>Collecte de données</u> : Questionnaire sur les connaissances, attitudes et croyances</p> <p><u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (variance)</p> | <p>Résultats significatifs entre les deux groupes concernant de meilleures connaissances ($p < 0,001$), attitudes ($p = 0,003$) et croyances ($p < 0,001$), à propos de la maladie jusqu'à 12 mois suivant l'intervention.</p> |
| <p>Jensen et al. (2009)</p> <p>États-Unis</p> | <p><u>Type</u> : Étude pilote (devis non précisé)</p> <p><u>But</u> : 1) Décrire les comportements de consultation auprès d'un professionnel de la santé des participants à haut risque cardiovasculaire à une foire santé. 2) Décrire la réduction du risque cardiovasculaire à la suite de la foire santé et de l'intervention infirmière téléphonique.</p> | <p><u>Contenu</u> : Counseling lors d'une foire santé puis appels téléphoniques pour discuter avec les principes de l'EM des motivations à consulter un professionnel de la santé en lien avec le risque cardiovasculaire</p> <p><u>Nombre de séances</u> : 1 ou 2</p> <p><u>Durée des séances</u> : Non mentionnée</p> <p><u>Fréquence</u> : 1^{er} appel 1 mois suivant la foire santé puis 2^e appel 2 mois plus tard</p> <p><u>Lieu</u> : Foire santé + téléphone</p> <p><u>Intervenant</u> : Infirmière</p> | <p><u>Échantillon</u> : 447 personnes à haut risque cardiovasculaire (x = 69 ans)</p> <p><u>Collecte de données</u> : Non précisé</p> <p><u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques</p> | <p>68% des participants ont consulté un professionnel suite à l'intervention ou ont cédulé un rendez-vous. 30% ont consulté un professionnel de la santé dans la période suivant la foire santé. Des participants n'ayant pas consulté immédiatement après la foire, 41% ont consulté un professionnel suite à l'intervention téléphonique.</p> |
| <p>Krantz et al. (2013)</p> <p>États-Unis</p> | <p><u>Type</u> : Non précisé</p> <p><u>But</u> : Évaluer si un programme de prévention de la maladie</p> | <p><u>Contenu</u> : Évaluation physique initiale + rendez-vous téléphonique avec principes de l'EM pour faire surgir la motivation à modifier leurs</p> | <p><u>Échantillon</u> : 509 travailleurs communautaires ayant un faible accès aux soins de santé</p> | <p>Ceux ayant reçu un rendez-vous téléphonique avant la seconde évaluation physique ont vu leur risque global de faire un événement</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | <p>coronarienne mené par des travailleurs communautaires de la santé pourrait améliorer leur risque cardiovasculaire en santé publique et dans les soins de santé.</p> | <p>habitudes de vie + nouvelle évaluation physique 3 ou 12 mois plus tard. <u>Nombre de séances</u> : 2 ou 3 <u>Durée des séances</u> : Non mentionnée <u>Fréquence</u> : 1^{er} appel 1 mois suivant la foire santé puis 2^e appel 2 mois plus tard <u>Lieu</u> : Foire santé + téléphone <u>Intervenant</u> : Travailleurs communautaires de la santé (médecin)</p> | <p><u>Collecte de données</u> : Données biophysiologicals (pression artérielle, poids, taux sérique de glucose et de cholestérol), outil d'évaluation du risque global cardiovasculaire sur 10 ans. <u>Analyse des données</u> : Analyses statistiques (régression)</p> | <p>cardiovasculaire sur 10 ans diminué (p = 0,04). Chez tous les participants ayant mené la seconde évaluation physique, résultats significatifs quant à la réduction du poids (p < 0,001), de l'indice de masse corporelle (p < 0,008) du taux de cholestérol (p < 0,001) et de la pression artérielle (p < 0,001).</p> |
|--|--|--|---|---|

Annexe B. Grille d'inclusion des participants

| Critères | Cocher si répond au critère |
|---|-----------------------------|
| Âgé de 65 ans et plus | |
| Hospitalisé pour une chirurgie de pontage coronarien | |
| <p>Consacre plus de 8 heures par jour à des activités sédentaires :</p> <p>Nombre d'heures consacrées chaque jour à écouter la télévision _____</p> <p>Nombre d'heures consacrées chaque jour à lire _____</p> <p>Nombre d'heures consacrées chaque jour à être assis devant l'ordinateur (naviguer sur Internet, jeu) _____</p> <p>Nombres d'heures consacrées chaque jour à d'autres activités assises _____</p> <p style="text-align: right;">Total :</p> | |
| Disponibilité pour débiter le projet au maximum 3 mois suivant le congé | |
| Souhaite devenir plus actif quotidiennement | |
| Aucune contre-indication médicale à faire de l'activité physique dans le dossier médical | |
| Demeure dans la grande région Métropolitaine | |
| Ne participera pas à un programme de réadaptation cardiaque ou tout autre programme du même type au cours des trois mois suivants le congé | |
| Ne présente aucun trouble neurocognitif diagnostiqué ou présumé et être apte à répondre à un questionnaire, à communiquer par téléphone et à lire et signer le consentement | |

Annexe C. Approbation du comité d'éthique de la recherche

[REDACTED]

Le 12 janvier 2018

Docteure Véronique Dubé

[REDACTED]

a/s: Madame Audrey Lavoie

[REDACTED]

| | |
|---------------|--|
| Objet: | Autorisation de réaliser la recherche suivante: |
| | Titre du projet : Evaluation qualitative d'une intervention infirmière d'entretien motivationnel à domicile auprès des personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne |
| | Numéro CÉR [REDACTED] 17.270 |

Chère Docteure Dubé,

Il me fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre au [REDACTED] et/ou sous ses auspices.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du Comité d'éthique de la recherche (« CÉR ») du [REDACTED] portant la date du 8 janvier 2018, qui agit à titre de CÉR évaluateur, qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique et d'un examen éthique dont le résultat est positif et qui a approuvé la version réseau du formulaire de consentement en français utilisé pour cette recherche.

Si le CÉR évaluateur vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement et/ou sous ses auspices est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR évaluateur.

Votre projet de recherche a aussi reçu une évaluation positive de tous les autres éléments de la convenance au sein de notre établissement.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez à :

1. utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CÉR évaluateur puisse en prendre connaissance;
- [REDACTED]

2. vous conformer aux demandes du CÉR évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche ainsi que pour lui rendre compte du déroulement du projet et des actes de votre équipe de recherche ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
3. conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR évaluateur après la fin du projet, selon les règles de conservation de l'établissement, afin de permettre leur éventuelle vérification;
4. respecter le cadre réglementaire de l'établissement, notamment, s'il y a lieu, les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des participants à la recherche dans notre établissement, à savoir, la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des participants de recherche recrutés sous les auspices de notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CÉR évaluateur dans sa décision de renouveler son approbation éthique de cette recherche.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par le [REDACTED] en cas de non-respect des conditions établies lors de notre examen de la convenance. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que le [REDACTED] communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Toute communication avec le soussigné concernant la présente autorisation à réaliser la recherche doit être acheminée ainsi :

- par courriel : [REDACTED]
- par téléphone : [REDACTED]

Pour toutes questions, conseils ou soutien relativement aux aspects éthiques de votre projet de recherche, vous pouvez aussi solliciter l'appui du CÉR de notre établissement en vous adressant aux coordonnées suivantes :

- par courriel : [REDACTED]
- par téléphone : [REDACTED]

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de ce projet de recherche le numéro attribué à votre demande par le [REDACTED] soit 17.270.

En vous remerciant de votre contribution à la mission de recherche de notre établissement, je vous prie d'agrèer, Chère Docteure Dubé, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

[Redacted signature block]

Personne mandatée par le [Redacted]
pour autoriser la réalisation des recherches

c.c. :

- [Redacted]

Annexe D. Aide-mémoire de recrutement

Projet de recherche - Aide-mémoire de recrutement

Bonjour, je m'appelle Audrey Lavoie, je suis infirmière et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières dans l'option expertise conseil à la FSI de l'UdeM. Je suis à réaliser un projet de recherche portant sur une étude pilote pour évaluer si une intervention infirmière d'entretien motivationnel à domicile est faisable pour diminuer la sédentarité des personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne. Brièvement, mon intervention consistera en 5 séances d'entretien motivationnel de 30-45 minutes chacune au domicile des participants. Durant ces séances, nous aborderons ses motivations à devenir plus actif et nous discuterons des barrières et des stratégies au changement à l'aide des principes de l'entretien motivationnel. Ensemble, nous formulerons un objectif réaliste chaque semaine quant à l'adoption d'activités physiques d'intensité légère à vigoureuse en fonction des intérêts et de la condition physique des participants. Mon projet a été accepté par le comité scientifique de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ainsi que par le comité d'éthique du [REDACTED] (no. 17 270). Les participants qui seront recrutés pourront en tout temps cesser de participer à l'étude et leur identité sera maintenue confidentielle.

Votre collaboration est grandement appréciée pour identifier des patients qui répondent à ces critères :

- Homme ou femme âgé de 65 ans et plus
- Hospitalisé pour une chirurgie de pontage coronarien
- Sédentaire : consacre 8 heures et plus par jour à des activités à dépense énergétique presque nulle (ex. : lire, écouter la télévision, naviguer sur Internet)
- Souhaite devenir plus actif
- Comprend, parle et lit le français
- Demeure dans la grande région Métropolitaine
- Aucune contre-indication médicale à pratiquer de l'activité physique
- Ne présente aucun trouble neurocognitif diagnostiqué ou présumé et être apte à répondre à un questionnaire, à communiquer par téléphone et à lire et signer le consentement

Je serai présente à l'unité tous les mardis et jeudis pour l'identification des participants potentiels. Vous pourrez me contacter par téléphone : [REDACTED] ainsi que par courriel : [REDACTED]. Merci de votre précieuse aide.

Audrey, infirmière clinicienne et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

**Annexe E. Protocole de recrutement – Texte d’introduction du projet aux patients
durant l’hospitalisation**

Bonjour, je m'appelle Audrey, je suis infirmière et je fais ma maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Puis-je vous déranger quelques minutes? Est-ce un bon moment pour vous? Merci de m'accorder ce temps. Je vous explique pourquoi je souhaite vous rencontrer aujourd'hui. Je suis présentement en train de réaliser un projet de recherche qui porte sur une intervention auprès de personnes qui ont récemment eu une chirurgie de pontage et qui, avant la chirurgie, étaient des personnes peu actives, c'est-à-dire qui consacraient environ 8 heures par jour à des activités sédentaires (lire, naviguer sur Internet, écouter la télévision). Ces personnes doivent également être intéressées à devenir plus actifs quotidiennement. Est-ce votre cas?

Oui : Seriez-vous intéressés à ce que je vous explique davantage en quoi ça consiste?

Non : Il n'y a aucun problème. Merci d'avoir accepté de me rencontrer. Je vous souhaite un excellent rétablissement. Au revoir.

Oui : Super! En fait, le projet comporte 5 rencontres au total, soit une rencontre par semaine durant 5 semaines avec moi. Ces rencontres se dérouleraient à votre domicile et seraient d'une durée approximative de 30-45 minutes. Durant ces rencontres, nous allons discuter de votre santé, de votre niveau d'activité physique, de vos motivations, de vos obstacles et des stratégies que nous pourrions utiliser pour surpasser ces obstacles. Nous allons nous fixer un objectif d'activité physique à réaliser chaque semaine, selon votre niveau. Je vais vous donner des exemples d'activité physique que vous pourriez faire. Au début, je vous fais remplir un petit questionnaire sur vos caractéristiques comme votre âge, votre emploi, votre état de santé, etc. Entre les rencontres, vous aurez un carnet à remplir, où vous noterez l'activité physique que vous avez faite durant la semaine, s'il y a lieu. Puis, à la fin des 5 rencontres, vous aurez une rencontre par téléphone avec une autre infirmière qui vous posera des questions sur votre appréciation du projet. Toutes les rencontres seront enregistrées, mais elles seront confidentielles et accessibles seulement à moi et ma directrice de recherche. En aucun cas votre identité ne sera mentionnée. Nous allons garder tous les enregistrements et les documents sous clé dans un centre de recherche, ainsi personne ne peut y avoir accès.

Seriez-vous intéressé à participer au projet?

Non : Il n'y a aucun problème. Merci d'avoir accepté de me rencontrer. Je vous souhaite un excellent rétablissement. Au revoir.

Oui : Super! Avez-vous d'autres questions? Croyez-vous qu'il est possible que l'on se fixe un rendez-vous téléphonique à votre sortie de l'hôpital afin que l'on planifie une première rencontre à domicile?

Annexe F. Dépliant explicatif du projet de recherche dédié aux participants



★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Participation à un projet de recherche

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★


Êtes-vous :

- ✓ Un homme ou une femme âgé de 65 ans et plus
- ✓ Plutôt inactif (ex. : vous passez plus de 8 heures par jour à lire, écouter la télévision, naviguer sur Internet)
- ✓ Intéressé à devenir plus actif
- ✓ Résidant de la grande région Métropolitaine

En quoi consiste le projet ?

- 5 rencontres à votre domicile avec une infirmière chaque semaine (total de 5 semaines)
- Discussion de 30 à 45 minutes avec l'infirmière sur vos motivations à faire de l'activité physique
- 1 rencontre téléphonique à la fin du projet pour connaître votre appréciation
- Envoi des résultats du projet par la poste à la fin de l'étude
- Respect de la confidentialité : votre identité ne sera en aucun temps dévoilée
- Possibilité de retirer votre participation en tout temps

Vous êtes intéressé(e)s ?

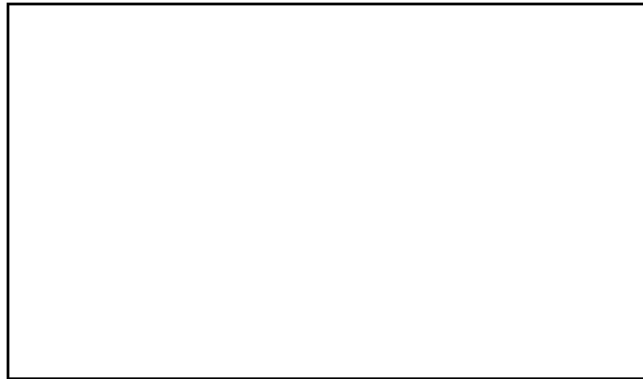
Si vous répondez à ces critères et que vous êtes intéressé(e)s à participer au projet ou que vous souhaitez recevoir plus d'informations, s'il-vous-plaît communiquez avec moi par téléphone au  Il me fera un plaisir de répondre à vos questions.

Au plaisir de vous rencontrer!



Audrey Lavoie, infirmière clinicienne, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Université 
de Montréal

Annexe G. Formulaire d'information et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

| | |
|--|--|
| Titre du projet: | Évaluation qualitative d'une intervention infirmière d'entretien motivationnel à domicile auprès de personnes âgées sédentaires vivant avec la maladie coronarienne |
| Chercheuse responsable au  | Véronique Dubé, Ph(D), titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers, Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal |
| Étudiante-chercheuse : | Audrey Lavoie, candidate à la maîtrise en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal |
| Financement : | Bourses d'études à la maîtrise du Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, du Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec et son partenaire universitaire (Université de Montréal). Bourse Mireille-Ducros. Bourse de la Fondation de l'Institut de Cardiologie de Montréal. |
| No de projet au  | 17 270 |

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes une personne âgée de plus de 65 ans qui êtes plutôt sédentaire (inactive) et qui souffrez d'une maladie coronarienne. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable du projet et à l'étudiante-chercheuse ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET

La sédentarité est un facteur de risque cardiovasculaire important. Elle est reliée au comportement sédentaire d'une personne, soit le temps qu'elle consacre à des activités dont la dépense énergétique est presque nulle (écouter la télévision, lire, naviguer sur Internet). Les personnes considérées comme sédentaires sont celles qui consacrent 8 heures et plus chaque jour à des activités sédentaires. De toutes les tranches d'âges, ce sont les personnes âgées de 65 ans et plus qui seraient les plus sédentaires. Suite à un événement coronarien, diminuer la sédentarité est d'une importance majeure, sans quoi le risque de récurrence d'un événement coronarien demeure élevé.

Avec le vieillissement de la population, l'étudiante-chercheuse et sa directrice de recherche s'interrogent sur les interventions qui pourraient diminuer la sédentarité des personnes âgées qui vivent avec une maladie coronarienne. L'entretien motivationnel est une intervention sous forme de discussion collaborative ayant pour but de mettre en évidence les motivations au changement. Il s'agirait d'une intervention s'avérant efficace pour augmenter le niveau d'activité physique des personnes âgées et, par ce fait même, diminuer leur sédentarité.

Dans cette perspective, nous nous intéressons dans le cadre de ce projet de recherche à une intervention faite par une infirmière, d'entretien motivationnel, sous forme de 5 rencontres à domicile d'une durée d'environ 30 à 45 minutes chacune. Durant ces rencontres, l'infirmière discutera avec vous de vos intérêts quant à l'activité physique et de vos motivations en lien avec celle-ci. Ensemble, vous et l'infirmière identifierez un objectif que vous voudriez atteindre chaque semaine en lien avec la réalisation d'activité physique et vous explorerez différentes stratégies pour y arriver. Vous serez donc amené(e) à faire de l'activité physique selon vos préférences, vos capacités et vos limites.

Ainsi, le projet a pour but d'évaluer une intervention infirmière d'entretien motivationnel à domicile auprès de personnes âgées sédentaires afin d'augmenter leur niveau d'activité physique et de prévenir le risque de récurrence d'un événement coronarien.

NOMBRE DE PARTICIPANT(E)S ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Pour réaliser ce projet, nous souhaitons recruter 4 à 8 personnes qui sont hospitalisées sur l'unité de chirurgie cardiaque du [REDACTED] afin de participer à 5 rencontres à domicile. Ces rencontres se dérouleront 1 fois par semaine. Chaque rencontre est d'une durée approximative

de 30 à 45 minutes. Lors de la première rencontre, vous aurez à remplir un questionnaire de données sociodémographiques d'une durée d'environ 5 minutes. Entre chaque rencontre, vous serez invité(e) à remplir un carnet d'activité physique, ce qui nécessite approximativement 15 minutes. De plus, une rencontre téléphonique aura lieu durant la semaine suivant la dernière rencontre, d'une durée de 30 à 45 minutes. Au total, le projet est d'une durée approximative de 6 heures, ce qui inclut les 5 rencontres à domicile et l'entrevue téléphonique échelonnées sur 6 semaines ainsi que le questionnaire et le carnet d'activité physique à remplir.

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche et après avoir signé le présent formulaire, votre participation consistera à :

- Compléter un court questionnaire de données sociodémographiques (5 minutes) comportant des questions reliées à votre âge, votre sexe, votre scolarité, votre occupation, votre état de santé et votre niveau d'activité physique actuel.
- Rencontrer l'étudiante-chercheuse responsable du projet pour 5 rencontres individuelles à votre domicile d'une durée de 30 à 45 minutes chaque semaine portant sur vos motivations entourant l'activité physique et vos réalisations.
- Rencontrer une intervieweuse externe au projet, également infirmière, par téléphone la semaine suivant la 5^e rencontre. Cette entrevue portera sur votre impression générale du projet et sera d'une durée approximative de 30 à 45 minutes. Si certaines questions s'avèrent plus difficiles, vous n'aurez pas à y répondre. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses.
- Remplir un carnet d'activité physique durant la semaine suivant la rencontre. Il s'agira de noter l'activité physique réalisée, sa durée et son intensité. Si aucune activité physique n'a été entreprise, vous n'aurez qu'à laisser le carnet vide. Ce carnet ne prend que quelques minutes à remplir.

Afin de respecter le moment le plus propice pour ces rencontres, les dates et les heures des rencontres seront fixées à votre convenance.

Pour faciliter la collecte et l'analyse des données, les rencontres seront enregistrées sur un support audionumérique. Des notes seront également prises durant la rencontre pour faciliter l'analyse.

En résumé, en acceptant de participer à ce projet, vous serez invité(e) à :

- Remplir un questionnaire de données sociodémographiques (5 minutes)
- Participer à 5 rencontres à domiciles avec l'étudiante-chercheuse (30 à 45 minutes chacune)
- Remplir, entre chaque rencontre, un carnet d'activité physique (environ 15 minutes chaque semaine)
- Faire une entrevue téléphonique avec une intervieweuse externe au projet relatant de votre impression quant au projet (30 minutes).

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il n'y a pas tellement de risque pour votre santé à participer à cette étude. Par contre, puisque vous avez récemment eu une chirurgie, il est possible que vous éprouviez certains symptômes

tels que de la fatigue et de la douleur. Ces symptômes sont fréquents durant le rétablissement suite à une chirurgie cardiaque. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien pour une raison ou une autre, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider.

De plus, votre participation à ce projet pourrait vous occasionner certains inconvénients liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. Le temps nécessaire pour participer aux rencontres et pour répondre aux questions durant l'entrevue peut représenter un inconvénient pour certain(e)s participant(e)s et susciter un questionnement ou un stress. L'étudiante-chercheuse pourra alors cesser la rencontre et vous offrir de la poursuivre à un autre moment si vous le désirez.

Risque lié au bris de confidentialité:

Il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger votre vie privée et assurer votre confidentialité, tel que décrit dans la section «Confidentialité».

AVANTAGES

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable de ce projet ainsi que l'étudiante-chercheuse recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans votre dossier médical, concernant votre état de santé passé et présent et vos habitudes de vie. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 10 ans par la chercheuse responsable de ce projet de recherche. Elles seront conservées sous clé au Centre de recherche du [REDACTED]

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection et de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires, au Canada ou à l'étranger, tel que Santé Canada, ainsi que par l'établissement ou le comité d'éthique de la recherche. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande à la chercheuse responsable à la fin de l'étude.

COMPENSATION

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de toute procédure reliée à ce projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas la chercheuse responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

La chercheuse responsable de ce projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré(e) du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer, en tout temps, avec la chercheuse responsable, Véronique Dubé, au numéro suivant: [REDACTED] poste [REDACTED] du

lundi au vendredi entre 9h00 et 16h00. Vous pourrez également communiquer en tout temps avec l'étudiante-chercheuse, Audrey Lavoie, au numéro suivant : [REDACTED].

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du [REDACTED] au numéro [REDACTED].

SIGNATURE

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

J'autorise l'équipe de recherche à avoir accès à mon dossier médical.

| | | |
|--------------------------|-----------------------------------|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature du/de la participant(e) | Date |
|--------------------------|-----------------------------------|------|

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT, SI DIFFÉRENTE DE LA CHERCHEUSE RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

J'ai expliqué au/à la participant(e) le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

| | | |
|--------------------------|--|------|
| Nom (en lettres moulées) | Signature de la personne qui obtient le consentement | Date |
|--------------------------|--|------|

APPROBATION PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a approuvé le projet et en assurera le suivi.

Annexe H. Questionnaire de données sociodémographiques

Questionnaire de données sociodémographiques

1. Quel est votre sexe :
 Femme Homme

2. Quel âge avez-vous : _____

3. Quelle est votre dernière année de scolarité complétée?
 Primaire Secondaire Cégep Université

4. Quelle est votre nationalité? _____

5. Quel est votre statut civil?
 Célibataire Marié(e) ou conjoint de fait
 Divorcé(e)/séparé(e) Veuf/veuve

6. Quelle est votre occupation?
 Travailleur salarié Retraité
 À la maison Autre : _____

7. Habitez-vous avec quelqu'un ?
 Oui Non
Si oui, avec qui habitez-vous?

8. Prenez-vous soin d'un membre de votre famille ou de votre entourage?
 Oui Non

Si oui, préciser :

9. Quand avez-vous reçu votre diagnostic de maladie du cœur ?

10. Combien d'événements coronariens (infarctus/crise cardiaque) avez-vous vécus ?

11. Souffrez-vous de/d' :

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Obésité | <input type="checkbox"/> Rétention d'eau |
| <input type="checkbox"/> Diabète type 2 | <input type="checkbox"/> Tabagisme | <input type="checkbox"/> Perte d'urine |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Diarrhée |

12. Avez-vous d'autres problèmes de santé ?

13. Avant votre hospitalisation, combien d'heures par semaine attribuez-vous à de l'activité physique, qu'elle soit légère, modérée ou vigoureuse?

Activité physique légère (marche lente, vélo à basse vitesse, étirement, danse sociale, bowling) :

Activité physique modérée (marche, vélo ou nage, danse, jardinage, tâche ménagère) :

Activité physique intense (marche, vélo ou nage à vive allure, courir, aérobie) :

14. Quel est votre revenu familial ?

0 à 19 999\$

20 000 à 39 999\$

40 000 à 59 999\$

60 000 à 79 999\$

80 000 et plus

Ne préfère pas
répondre

Annexe I. Guide d'entrevues semi-dirigées

Guide d'entrevues semi-dirigées

Bonjour, je m'appelle _____ (nom), je suis _____ (profession, milieu de travail). Nous nous rencontrons aujourd'hui pour connaître votre perception du projet auquel vous avez participé. J'aimerais tout d'abord par vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer, car, grâce à vous, nous pourrions tenter d'améliorer l'expérience des personnes qui vivent avec une maladie du cœur et qui souhaitent augmenter leur niveau d'activité physique. Au cours des prochaines minutes, je vais vous poser plusieurs questions sur votre appréciation des rencontres avec l'infirmière auxquelles vous avez participé. Je tiens à vous rappeler que cette entrevue est confidentielle. Elle sera enregistrée pour nous aider à analyser le contenu, mais en aucun cas votre identité ne sera dévoilée. Seules Audrey Lavoie et sa directrice de recherche auront accès à cet enregistrement. Également, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse à mes questions. Répondez le plus honnêtement possible, selon ce que vous avez ressenti durant les rencontres, c'est ce qui nous aidera le plus à améliorer ce projet. Avant que nous commençons, avez-vous des questions? Êtes-vous confortable?

Q1. Quelle est votre impression générale du projet auquel vous avez participé ?

- Qu'avez-vous le plus aimé et le moins aimé des rencontres?
- D'après vous, quels sont les points forts et les points faibles des rencontres?
- Qu'est-ce qui vous a le plus aidé?
- Si ce projet était à refaire, accepteriez-vous d'y participer à nouveau?
- Si ce projet était à refaire, que modifieriez-vous?

Q2. Que pensez-vous du nombre de rencontres (5)?

- Selon vos besoins, pensez-vous que vous avez participé à suffisamment de rencontres ou en aurait-il fallu davantage?
- Êtes-vous satisfaits par le nombre de rencontres auxquelles vous avez participé? Si non, quel aurait été le nombre de rencontres idéal pour vous?
- Qu'auriez-vous pensé d'avoir quelques sessions supplémentaires par téléphone suite aux 5 rencontres pour assurer un suivi à plus long terme?
- Si oui, à quelle fréquence, à combien de reprises et sur quelle durée auriez-vous aimé avoir ce suivi?

Q3. Que pensez-vous de la durée des rencontres (30-45 minutes)?

- Êtes-vous satisfaits par la durée des rencontres? Si non, quelle aurait été la durée de rencontre idéale pour vous?

Q4. Que pensez-vous de la fréquence des rencontres? (chaque semaine)

- Y avait-il suffisamment de temps entre chaque rencontre ou en aurait-il fallu davantage?
- Êtes-vous satisfaits par la fréquence des rencontres? Si non, quelle aurait été la fréquence idéale pour vous?

Q5. Que pensez-vous du lieu des rencontres? (à votre domicile)

- Êtes-vous satisfaits par le lieu des rencontres? Si non, quel aurait été le lieu idéal pour vous?

Q6. Que pensez-vous du contenu des rencontres avec l'infirmière? (aide apportée, utilité des stratégies identifiées ensemble, questions posées, approche de l'infirmière, respect de votre cheminement dans le processus de changement, etc.)

- Êtes-vous satisfaits par le contenu des rencontres? Si non, quel aurait été le contenu idéal pour vous?
- Y a-t-il des éléments des rencontres que vous auriez préféré éviter ou des éléments qui n'ont pas été apportés et que vous auriez aimés?
- Quels éléments des rencontres vous ont été les plus utiles et les moins utiles?

Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions que vous voudriez me partager pour nous aider à améliorer ce projet?

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Grâce à votre temps et votre généreuse collaboration, nous avons pu mener un projet qui nous tenait à cœur et qui, je l'espère, pourra contribuer à l'amélioration de l'expérience de santé des personnes ayant, comme vous, une maladie du cœur. Sans vous, il n'aurait pas été possible de mener cette étude, c'est pourquoi nous sommes très reconnaissants de votre implication. Si vous le désirez, nous vous ferons parvenir par la poste les résultats de ce projet de recherche. Merci beaucoup!

Annexe J. Journal de bord de l'étudiante-chercheuse

Journal de bord

| <u>Participant # :</u> | <u>Rencontre # :</u> | <u>Date :</u> |
|------------------------|----------------------|---------------|
| | | |

Notes de terrains :

A) Réflexions personnelles, impressions sur la rencontre, valeurs confrontées

B) Réactions du participant durant la rencontre (positives, négatives, compréhension)

C) Contenu : Quels ont été les interventions réalisées durant cette rencontre, les réponses des participants face à ces interventions et les écarts entre le contenu planifié au préalable et celui qui a été appliqué.

| | | | |
|---|---|--|--|
| Interventions réalisées : | | Impact des interventions sur le participant : | |
| | | | |
| Stade de changement : | Niveau de conviction : | Niveau de confiance : | |
| | | | |
| Barrières au changement : | Stratégies au changement : | Objectif de changement : | |
| | | | |
| Notez tout écart entre le contenu planifié et effectué : | Expliquez la raison de cet écart : | Expliquez l'impact de cet écart : | |
| | | | |

D) Structure : Quels ont été les écarts quant à la structure planifiée et celle réalisée?

| | | |
|---|---|--|
| Notez tout écart entre la structure planifiée et effectuée : | Expliquez la raison de cet écart : | Expliquez l'impact de cet écart : |
| | | |

E) Adhésion : Quels sont les progrès du participant en lien avec l'objectif fixé lors de la dernière rencontre? Quelle a été la facilité d'adhésion du participant à la rencontre ainsi qu'aux objectifs établis lors de la dernière rencontre?

F) Autres commentaires ou observations : Quelles ont été les forces et les faiblesses de l'intervention ainsi que les difficultés de mise en application? Quelles pourraient être des suggestions d'amélioration?

Grille d'évaluation de la fidélité à l'intervention

| | Réalisé | Non réalisé |
|--|---------|-------------|
| Phase 1 | | |
| Phase 2 | | |
| Phase 3 | | |
| Déterminer le stade de changement et les niveaux de conviction et de confiance | | |
| Intervenir avec les principes de l'EM en fonction du stade | | |
| Phase 4 | | |
| Nombre | | |
| Durée | | |
| Lieu | | |
| Fréquence | | |

Annexe K. Carnet d'activité physique des participants

Chaque minute compte!

Voici votre carnet d'activité physique. Il comprend deux sections, soit le plan d'action et le journal d'activité physique. Lors de chaque rencontre, nous remplirons ensemble le plan d'action afin de noter un objectif à atteindre, les avantages de réaliser cet objectif, les inconvénients, les barrières possibles et les stratégies à utiliser pour y arriver. Par la suite, je vous laisserai le carnet et vous aurez à inscrire dans la section journal le type d'activité effectué chaque jour dans la colonne qui correspond à son intensité. La légende ci-dessous peut vous aider à identifier la colonne dans laquelle inscrire votre activité.

- Activité légère : marche lente, vélo à basse vitesse, danse sociale (lente), badminton récréatif, bowling, étirement
- Activité physique modérée : marche, vélo ou nage rapide, aquagym, laver la voiture, danser, jardiner, monter/descendre escaliers, tâches ménagères, soulever des charges <20kg
- Activité physique intense : marche, vélo ou nage à vive allure, courir, monter une côte, aérobic, sports, soulever des charges >20kg

Indiquez le type d'activité, le lieu, la durée ainsi que vos sentiments suite à cet accomplissement. Si vous éprouvez un sentiment plutôt positif, par exemple de la fierté, de la satisfaction ou du bien-être suite à l'activité, inscrivez un ☺. Si vous éprouvez plutôt un sentiment négatif tel que du désespoir, de la fatigue intense ou de l'inconfort, inscrivez un ☹. Nous regarderons ensemble ce carnet lors de chaque rencontre puis je le recueillerai à la fin du projet.

Plan d'action



Objectif atteint

Objectif non atteint

Si non, raison probable :

| | | Activité physique légère | Activité physique modérée | Activité physique intense |
|-----------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| LUNDI | Durée : | | | |
| | Description (activité/lieu) : | | | |
| | Sentiment : | | | |
| MARDI | Durée : | | | |
| | Description (activité/lieu) : | | | |
| | Sentiment : | | | |
| MERCREDI | Durée : | | | |
| | Description (activité/lieu) : | | | |
| | Sentiment : | | | |
| JEUDI | Durée : | | | |
| | Description (activité/lieu) : | | | |
| | Sentiment : | | | |
| VENDREDI | Durée : | | | |
| | Description (activité/lieu) : | | | |
| | Sentiment : | | | |
| SAMEDI | Durée : | | | |
| | Description (activité/lieu) : | | | |
| | Sentiment : | | | |
| DIMANCHE | Durée : | | | |
| | Description (activité/lieu) : | | | |
| | Sentiment : | | | |

Annexe L. Tableau de fidélité à l'intervention selon les séances d'EM

Tableau de fidélité à l'intervention selon les séances d'EM

| | <i>Participants</i> | <i>Oui</i> | <i>Non</i> | <i>Écart</i> |
|-----------------|---------------------|------------|------------|---|
| <i>Séance 1</i> | 1 | | X | Durée moindre |
| | 2 | X | | |
| | 3 | | X | Durée prolongée |
| | 4 | | X | Durée prolongée |
| | 5 | X | | |
| <i>Séance 2</i> | 1 | | X | Durée prolongée et stade de changement non évalué |
| | 2 | X | | |
| | 3 | | X | Fréquence |
| | 4 | X | | |
| | 5 | X | | |
| <i>Séance 3</i> | 1 | X | | |
| | 2 | X | | |
| | 3 | X | | |
| | 4 | X | | |
| | 5 | X | | |
| <i>Séance 4</i> | 1 | | X | Durée moindre |
| | 2 | X | | |
| | 3 | | X | Durée prolongée |
| | 4 | | X | Durée prolongée |
| | 5 | X | | |
| <i>Séance 5</i> | 1 | X | | |
| | 2 | X | | |
| | 3 | X | | |
| | 4 | X | | |
| | 5 | X | | |