

***Facteurs favorisants et obstacles à l'adhésion
des programmes de prévention des chutes chez
les personnes âgées***

Travail de Bachelor

COSTA SOUSA Catarina N°16871337

DA COSTA ARROJA Sonia N°16871311

DA SILVA PIRES Dora N°16872657

Directrice : Mme MAUPETIT Christine - Professeure HES, Haute École de Santé Genève

Membre du jury externe : Mme THÉVENOT Odile - Spécialiste clinique aux Hôpitaux Universitaires de Genève.

Genève, juillet 2019

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, en juillet 2019

Costa Sousa Catarina *Catarina S.*

Da Costa Arroja Sonia *Arroja*

Da Silva Pires Dora *Dora Pires*

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier :

Mme Maupetit, directrice de ce travail de Bachelor, pour son soutien, sa disponibilité et ses conseils.

Mr Bobbink, pour son aide et sa disponibilité lors des séminaires de recherche.

Les bibliothécaires, pour leur aide lors de la recherche d'articles et leurs éclairages concernant la bibliographie.

Mme Thevenot, notre jury, pour l'intérêt porté à notre travail.

Mme Panico pour la relecture de notre travail.

Notre famille et nos amis pour le soutien, la patience et l'encouragement apportés tout au long du travail.

RÉSUMÉ

Introduction

L'accroissement constant de la population âgée entraîne l'augmentation du nombre de chutes. Or, en raison des nombreuses conséquences qu'elle engendre, notamment chez les aînés, il est important de savoir prévenir la chute. Cependant, les études montrent que la population âgée n'est pas assez sensibilisée à cette problématique, ce qui mène à des taux faibles de participation aux programmes de prévention. Il est donc capital de comprendre quels sont les obstacles rencontrés et quels seraient les facteurs favorisant l'adhésion à la prévention des chutes chez les personnes du troisième âge.

Méthode

Sur les bases de données PUBMED et CINAHL, une sélection d'articles scientifiques publiés entre 2009 et 2018 a été effectuée afin de répondre à la question de recherche suivante : "Quels sont les facteurs favorisant et les obstacles à l'adhésion d'un programme de prévention des chutes chez les personnes âgées ?".

Résultats

Les résultats mettent en évidence plusieurs facteurs favorisant et obstacles concernant l'adhésion des personnes âgées aux programmes de prévention des chutes. De plus, ils décrivent les représentations des chutes chez les personnes âgées et leurs préférences concernant différents programmes de prévention. Tout cela permet aux infirmières d'accompagner les personnes concernées et d'utiliser des programmes personnalisés afin d'augmenter cette adhésion.

Conclusion

Ce travail met en évidence plusieurs facteurs favorisant et obstacles à l'adhésion de la prévention des chutes chez les personnes âgées. Toutefois, il est possible d'agir sur ces obstacles.

Il est du rôle infirmier de les identifier pour travailler en partenariat avec la personne et, ainsi, lui proposer un programme personnalisé qui réponde à ses besoins et attentes, menant à l'adhésion recherchée.

Mots-clés :

Français	Anglais
Personne âgée	Aged
Chutes	Falls
Prévention	Prevention
Adhésion	Adhesion / engagement
Perceptions / représentations	Perceptions / representations
Activité physique	Physical activity

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADL	Activity of Daily Living
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BPA	Bureau de Prévention des Accidents
CHEOPS	Chutes et ostéoporose
FNIHS	Foundation for the National Institut of Health Sarcopenia
HEdS	Haute École de Santé - Genève
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IF	Impact factor
IMAD	Institut genevois de soins à domicile
IMC	Indice de masse corporelle
NZ	Nouvelle-Zélande
OFS	Office Fédéral des Statistiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MIF	Mesure de l'indépendance fonctionnelle
MMSE	Mini Metal State Examination
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association

Table des matières

Déclaration	2
Remerciements	3
Résumé.....	4
Liste des abréviations.....	6
Liste des tableaux.....	9
Liste des figures.....	9
Introduction	10
1. Problématique.....	10
1.1. Question de recherche initiale	11
2. État des connaissances	11
2.1. Le vieillissement et ses incidences	11
2.2. La chute	12
2.3. Ses conséquences.....	12
2.4. Les stratégies de prévention des chutes	13
2.5. Le rôle infirmier auprès de patients chuteurs	13
3. Théorie de Peplau.....	14
3.1. Modèle théorique retenu	14
3.2. Situer la théorie	15
3.2.1. Métaconcepts	15
3.2.2. Les assomptions.....	16
3.2.3. Les rôles de l'infirmière	17
3.2.4. Phases de la relation patient-soignant	18
3.3. Liens entre la théorie et la problématique de la chute	18
3.3.1. Les métaconcepts	18
3.3.2. Les phases de la théorie de Peplau.....	19
3.4. Question de recherche finale	20

4. Méthode	20
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	20
4.2. Diagramme de flux	24
5. Résultats	25
5.1. Les recherches	26
5.1.1. Type de recherches retenues	26
5.1.2. La répartition géographique	27
5.2. Analyse critique des articles retenus	27
5.2.1. Facteurs favorisant l'adhésion de la prévention des chutes	27
5.2.2. Obstacles à l'adhésion de la prévention des chutes	29
5.2.3. Programmes de prévention des chutes	30
5.3. Tableau comparatif	31
6. Discussion	52
6.1. Facteurs favorisant l'adhésion de la prévention des chutes	52
6.2. Obstacles à l'adhésion de la prévention des chutes	53
6.3. Programmes de prévention des chutes	54
7. Conclusion	55
7.1. Recommandations	55
7.1.1. Clinique	55
7.1.2. Recherche	56
7.1.3. Enseignement	56
7.2. Apports et limites du travail	57
8. Références.....	58
9. Annexes	62
9.1. Annexe 1 : Tableau des facteurs de risque des chutes.....	62
9.2. Annexe 2 : Effets du vieillissement sur les risques de chutes	63
9.3. Annexe 3 : Tableau des conséquences des chutes	64
9.4. Annexe 4 : Niveaux de preuve des facteurs de risque	65
9.5. Annexe 5 : Déterminants influençant l'adhésion	66

9.6.	Annexe 6 : Les barrières les plus fréquentes à l'adhésion chez la personne âgée ..	66
9.7.	Annexe 7 : Exemple de fiche et grille de lecture.....	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : PICOT	21
Tableau 2 : Mots-clés	22
Tableau 3 : Équations de recherche	23
Tableau 4 : Synthèse des thèmes	25
Tableau 5. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	32

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de Flux	24
-----------------------------------	----

INTRODUCTION

Lors de nos différents stages, nous avons été confrontées à la problématique des chutes. Nous avons toutes constaté que la chute est un évènement fréquent chez la population âgée et que l'infirmière a un rôle à jouer dans ce syndrome gériatrique. Ainsi, nous nous sommes intéressées à la prévention des chutes chez la personne âgée pour réaliser notre travail de Bachelor. Pour cela, notre travail débute par la mise en évidence d'une problématique et par un point sur les connaissances la concernant. Nous présentons ensuite la théorie de Peplau ainsi que ses liens avec notre problématique. Nous poursuivons avec la méthodologie utilisée pour la sélection des articles et l'analyse de ces derniers. Puis, nous abordons les résultats et, dans la partie discussion, les liens possibles avec la théorie infirmière et notre interprétation personnelle. Enfin, nous proposons une conclusion ainsi que les apports et limites de ce travail. Pour terminer, nous suggérons des recommandations pour la pratique, l'enseignement et la recherche.

1. PROBLÉMATIQUE

Le nombre de personnes âgées est en constante augmentation. En effet, de nos jours, les personnes ont une espérance de vie de plus en plus élevée et cela partout dans le monde : entre 2015 et 2050 le pourcentage des personnes de plus de 60 ans augmentera de 12 à 22%. Cela signifie que d'ici 2050 la population mondiale âgée de plus de 60 ans atteindra deux milliards de personnes contre 900 millions en 2015 (OMS, 2018). En Suisse, la proportion des personnes de plus de 65 ans va augmenter de 26% en 2045 contre 18% en 2015 (OFS, 2016). Au niveau genevois, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans a augmenté de 5,1 à 16,5% entre 1880-2018 (République et canton de Genève, 2018).

Une des conséquences de l'accroissement de la population âgée est l'augmentation du nombre de chutes, puisque les aînés sont les personnes les plus à risque. En effet, dans le monde, 646 000 personnes perdent la vie suite à une chute et, chaque année, 37,3 millions de personnes ont besoin de soins médicaux en raison d'une chute. Les chutes sont la deuxième cause de décès accidentel dans le monde (OMS, 2018).

En Suisse, chaque année, 280'000 personnes âgées de plus de 65 ans chutent, ce qui entraîne des conséquences pouvant s'avérer sérieuses (BPA, 2018).

Ainsi, les chutes sont un problème majeur de santé publique avec une incidence en constante augmentation.

Selon un sondage effectué auprès des seniors, seuls 15% des plus de 75 ans pensent que les chutes se soldent très souvent par des blessures qui nécessitent un traitement médical (BPA, 2014).

L'infirmière joue un rôle capital dans la prévention des chutes (Stubbs, 2011). Il existe de nombreux facteurs de risque qui mènent la personne âgée à chuter ; cependant, la plupart d'entre eux sont modifiables.

Il existe des stratégies de prévention qui agissent sur les facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques (annexe 1). Cependant, l'adhésion par les personnes âgées à ces stratégies est faible (Elskamp, Hartholt, Patka, Beeck & Van der Carmmen, 2012).

1.1. Question de recherche initiale

Quelles sont les différentes stratégies de prévention des chutes chez les personnes âgées ?

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

L'état des connaissances porte sur différentes thématiques liées à la problématique des chutes : celle du vieillissement et ses incidences, la chute et ses conséquences ainsi que les stratégies de prévention et le rôle infirmier.

2.1. Le vieillissement et ses incidences

Le terme de vieillissement s'applique aux personnes de 65 ans et plus et se définit par "un processus progressif, très lent mais irréversible, marqué de changements qui s'étalent sur plusieurs années. Ces modifications touchent les cellules, les organes et les systèmes du corps humain" (Voyer, 2013).

Étant donné l'accroissement du nombre de personnes âgées et de l'augmentation de leur espérance de vie, il devient important de mieux appréhender les mécanismes du vieillissement, qui devient une problématique de santé publique. Ces dernières années, l'objet des principales recherches effectuées est l'allongement de l'espérance de vie sans déficience. Il est souvent difficile de différencier les effets du vieillissement physiologique et les conséquences des diverses pathologies qui sont plus nombreuses chez les personnes âgées, telles que l'arthrose, l'AVC, le Parkinson, la sarcopénie¹ et les maladies cardiorespiratoires (De Jaeger, 2018).

À partir de 50 ans, une perte musculaire progressive se déclenche ce qui entraîne par la suite une sarcopénie. Celle-ci a une prévalence élevée : elle touche entre 5 et 13% des plus de 65 ans. Elle est souvent découverte trop tard, lors d'une perte des capacités fonctionnelles ou d'une chute (Laszlo, 2016).

Il existe bien d'autres effets liés au vieillissement qui sont décrits à l'annexe 2.

¹La FNIHS définit la sarcopénie comme étant la diminution de la masse et de la force musculaire, associée à un ralentissement moteur (Laszlo, 2016).

2.2. La chute

“On entend par chute un évènement à l’issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment” (OMS, 2018).

C’est un problème de santé publique et un marqueur de fragilité chez la personne âgée. Elle est considérée comme un syndrome gériatrique à part entière en raison de l’augmentation des maladies liées à celle-ci et du taux de mortalité qu’elle engendre (Espolio Desbaillet, 2010).

2.3. Ses conséquences

Les chutes entraînent une augmentation de la durée des séjours à l’hôpital et des coûts de santé. Elles peuvent causer des blessures telles que des fractures, une incapacité et des décès prématurés. Elles peuvent aussi causer des blessures psychologiques et engendrer une peur de tomber. Cette dernière peut entraîner une altération de l’état de santé en provoquant un déclin fonctionnel, un isolement social, une dépression et même un placement en établissement médico-social (Khow & Visvanathan, 2017).

Lorsqu’une personne chute, qu’elle n’arrive pas à se relever toute seule et passe plus d’une heure par terre, elle a plus de risque de développer des séquelles psychologiques, ce qui peut engendrer une perte de confiance en elle, une altération de l’image de soi ou un sentiment d’insécurité. Tout cela peut contribuer à l’apparition du syndrome post-chute. Ce syndrome a une composante motrice, qui entraîne des troubles de la posture et de la démarche, et une composante psychologique accompagnée d’une anxiété importante surtout lorsque la personne se tient debout. Cela peut provoquer une inhibition psychomotrice importante provoquant un blocage de tous les automatismes de l’équilibre et de la marche. À plus long terme, il est possible qu’un syndrome de désadaptation motrice se manifeste par des pertes d’équilibre qui peuvent compromettre la station debout ou un syndrome de peur de chuter entraînant la personne à rester enfermée chez elle par crainte de retomber. Ce syndrome doit être pris en charge le plus rapidement possible pour préserver l’indépendance de la personne. La peur de tomber a une incidence importante sur la perte de l’indépendance, l’entrée en établissement médico-social et sur la qualité de vie (Bloch, 2015). Le tableau à l’annexe 3 regroupe les conséquences d’une chute au niveau fonctionnel, social et psychologique.

2.4. Les stratégies de prévention des chutes

Plusieurs stratégies de prévention des chutes existent (annexe 4). En Suisse, plusieurs programmes de prévention des chutes sont proposés pour la population âgée. La ligue suisse contre le rhumatisme propose des visites à domicile avec un physiothérapeute ou ergothérapeute afin d'évaluer le risque de chutes et de donner des recommandations et des conseils. Elle assure un suivi quelques semaines après la première visite. Le BPA, la SUVA, Concordia et l'équilibre en marche proposent sur leur site internet plusieurs programmes d'exercice physique pour prévenir les chutes, à faire chez soi. Certaines de ces organisations travaillent en collaboration. Au niveau genevois, Cité Générations et la HEdS travaillent ensemble et proposent des ateliers d'éducation animés par des étudiants en physiothérapie. Ces ateliers comprennent des apports théoriques et des exercices pratiques afin de sensibiliser la population âgée. De plus, la ville d'Onex propose, sur son site internet, des exercices physiques tirés des recommandations du BPA. Au niveau hospitalier, les HUG proposent un programme nommé CHEOPS, qui inclut plusieurs professionnels (ergothérapeutes, physiothérapeutes, infirmières, médecins, diététiciennes, assistantes sociales), ainsi que plusieurs interventions pour la prévention des chutes telles que le traitement des facteurs intrinsèques et une révision des médicaments, une prise en charge de la fragilité osseuse et une mise en place de vitamine D, une rééducation intensive avec des programmes d'exercices individuels et en groupe, plusieurs ateliers, une adaptation des moyens auxiliaires et des chaussures puis des visites à domicile par un ergothérapeute. Enfin, l'IMAD propose aux soignants une formation de deux jours sur les chutes lors de laquelle ils bénéficient de cours théoriques et de mises en situation autour de vignettes cliniques. De plus, le programme CHEOPS y est présenté.

2.5. Le rôle infirmier auprès de patients chuteurs

Il est du rôle infirmier d'identifier si une personne est à risque de chute, d'estimer les facteurs de risques, de planifier, de mettre en œuvre des mesures propres à chaque patient afin de réduire les risques de chutes et de prévenir les blessures. Pour cela, des diagnostics infirmiers peuvent être posés, tels que :

- Motivation à améliorer son pouvoir d'action
- Motivation à améliorer la prise en charge de la santé (NANDA, 2015).

L'infirmière doit évaluer les mesures de prévention mises en place et documenter le dossier du patient régulièrement. De plus, elle possède des outils qui l'aident à dépister les personnes à risque de chutes (Fondation pour la sécurité des patients, 2008). Parmi ces outils, il y a différentes échelles et tests (Stratify, Morse, MIF, Time Up and Go, etc)

ainsi que le raisonnement clinique infirmier qui permet d'évaluer l'état clinique du patient au quotidien.

Selon Phaneuf (2011), les soins infirmiers ne peuvent être dissociés d'une relation de confiance. En effet, la confiance est un sentiment qui apporte de la sécurité, de l'assurance et de l'espoir, ressentis indispensables aux soins. De plus, une bonne communication, le respect de l'autre et l'écoute sont des concepts clés d'une relation de confiance. Celle-ci peut mener à une relation d'aide et de partenariat dans les soins. Établir une telle relation permet au soignant de devenir une personne ressource.

Un autre rôle de l'infirmière est celui de promotrice de la santé. En effet, elle s'engage à soutenir la qualité de vie et les intérêts des patients et de leurs proches. Dans sa pratique, elle encourage les patients à utiliser des ressources afin de prévenir ou surpasser la maladie. Elle est amenée à faire de la promotion et prévention de la santé ainsi que de l'éducation thérapeutique (Ledergerber, s.d.). En effet, l'infirmière pratique l'éducation thérapeutique afin de promouvoir l'adhésion aux traitements (médicaments, différentes thérapies, programmes de prévention...).

L'adhésion thérapeutique est un facteur important à promouvoir chez la personne âgée. La littérature souligne que la fréquence de non-adhésion chez la personne âgée ayant des pathologies chroniques concerne 40 à 60% de cette population (Schneider, Locca, Bugnon & Conzelmann, 2006). L'adhésion thérapeutique est influencée par différents facteurs déterminants, tels que le sentiment d'efficacité personnelle, la connaissance et compréhension des risques de la maladie, les attentes face au traitement, les bénéfices perçus du traitement, des barrières et des leviers, comme il est démontré dans le schéma à l'annexe 5 (Schneider, Herzig, Hampai & Bugnon, 2013). Toutefois, les barrières à l'adhésion sont multiples (annexe 6), il s'agit de les identifier et redéfinir un plan thérapeutique adapté aux besoins du patient (Schneider et al., 2006).

3. THÉORIE DE PEPLAU

Pour guider la pratique infirmière autour de la problématique des chutes chez la personne âgée, nous avons choisi la théorie de Hildegarde Peplau.

3.1. Modèle théorique retenu

Dans cette théorie, l'infirmière est amenée à travailler en partenariat avec le patient afin d'établir un lien de confiance avec celui-ci. Elle doit aider la personne à comprendre ce qu'elle vit et ses besoins lors d'un problème de santé. C'est grâce à cela que l'infirmière pourra mettre en place une prise en soins personnalisée adaptée à la personne et ainsi lui permettre de retrouver un état de santé optimal, ou éviter une péjoration de celui-ci.

3.2. Situer la théorie

Peplau fait partie du paradigme de l'intégration. Dans ce dernier, l'infirmière centre son approche sur la personne et tenant compte de ses ressentis et ses besoins. Elle doit aussi prendre en soins la personne de manière holistique, c'est-à-dire dans sa globalité. Selon cette théorie, la relation entre soigné et soignant est définie comme thérapeutique, car elle permet d'améliorer l'état de santé de la personne. Le patient est actif dans sa prise en soins par sa collaboration avec les soignants (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2017).

Peplau fait partie des théoriciennes inscrites dans l'école de l'interaction, dans laquelle le soin est un processus interactif entre la personne soignée et l'infirmière. Cela signifie que l'interaction entre le patient et le soignant est au cœur du soin. L'infirmière doit être sûre de ses valeurs pour pouvoir établir une relation thérapeutique engagée vis-à-vis de son patient. Peplau est la pionnière de l'école de l'interaction (Pepin et al., 2017).

La théorie de Peplau, théorie des relations interpersonnelles, fait partie des théories intermédiaires (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). Ces dernières sont moins abstraites que les théories à large spectre. En effet, ce sont des théories plus concrètes et donc facilement applicables dans la pratique.

3.2.1. Métaconcepts²

3.2.1.1. La personne

Selon Peplau, la personne est décrite comme un être bio-psycho-socio-spirituel. Celle-ci est en constant changement et développement, ce qui engendre des besoins en continu. La personne est capable de transformer ses angoisses en énergie pour pouvoir satisfaire ses besoins. Elle a donc la capacité de comprendre ce qui lui arrive et d'y faire face (Pepin et al., 2017). Peplau dit que la personne doit recevoir des soins empreints de respect, de dignité, de confidentialité et d'éthique.

3.2.1.2. Le soin

Selon Peplau, le soin est une relation entre une personne qui présente un besoin et une infirmière capable de les satisfaire. L'infirmière doit connaître ses propres valeurs et ses besoins pour s'engager dans la relation thérapeutique avec la personne (Pepin et al., 2017). Pour elle, le soin et l'intervention infirmière sont des processus thérapeutiques qui impliquent respect, croissance, apprentissage et une force de développement, tant pour le patient que pour l'infirmière (Pepin et al., 2017). Le soin est donc un processus

² Métaconcept = métaparadigme : vue d'ensemble d'une discipline. Le métaparadigme infirmier explique les concepts centraux de la discipline et leurs relations (Pépin, 2010).

interpersonnel, thérapeutique et éducatif. Il a un impact sur le développement de la maturité de la personne. Cela permet à la personne de se diriger vers une vie constructive, créative, productive, personnelle et communautaire (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).

3.2.1.3. *La santé*

Selon Peplau, la santé représente une évolution continue de la personnalité. Elle considère la maladie comme une expérience qui peut permettre le développement de la personne si elle en comprend la signification (Pepin et al., 2017). La maladie est vue comme un « déséquilibre » plus grand que les petits déséquilibres que l'on vit au quotidien. Selon la théorie de Peplau, l'infirmière est amenée à aider la personne à comprendre ce qu'elle vit et ses besoins lors d'un problème de santé.

3.2.1.4. *L'environnement*

Selon la théoricienne, l'environnement est lié à la culture de la personne (Pepin et al., 2017). Il est donc important d'en tenir compte lors des soins. De plus, selon elle, la culture influence la personnalité (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). Elle explique aussi que l'environnement est un groupe de personnes significatives avec qui la personne interagit selon sa culture » (Pepin et al., 2017).

3.2.2. *Les assomptions*³

Il existe plusieurs assomptions dans la théorie de Peplau. Cependant nous avons choisi celles qui correspondent le mieux à notre sujet :

- La façon d'agir de l'être humain se base sur la signification et l'interprétation que celui-ci donne aux événements et au climat qui se dégage de la relation patient-soignant (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).
- La qualité de la relation patient-soignant est dépendante de la posture de l'infirmière, de ses connaissances, de ses compétences et des concepts théoriques (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).
- Les obstacles qui empêchent la satisfaction d'un besoin ou d'un objectif peuvent être source de frustration et engendrer l'inquiétude, la colère et l'insécurité (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).
- Dans les relations interpersonnelles, il existe une interaction entre les attentes et les perceptions du patient et celles de l'infirmière (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).

³ Assomption : proposition reconnue comme véridique, sans démonstration. (Pépin, 2010)

3.2.3. Les rôles de l'infirmière

Peplau identifie, dans sa théorie, six rôles infirmiers différents :

3.2.3.1. Rôle d'étrangère

Ce rôle est présent lors des premières rencontres avec le patient. En effet, l'infirmière ne connaît pas encore le patient mais elle va apprendre à le connaître en lui accordant respect, intérêt et l'accepter tel qu'il est (Peplau, 1995).

3.2.3.2. Rôle de leader

Parfois, l'infirmière sera amenée à jouer le rôle de leader envers le patient ou l'équipe soignante. En effet, si elle veut que le travail en équipe puisse apporter de l'aide au patient, elle devra exercer un leadership démocratique en accordant respect, dignité et valeur au patient afin de le rendre actif dans la prise en soins (Peplau, 1995).

3.2.3.3. Rôle de personne ressource

L'infirmière est une personne ressource pour le patient dans la mesure où elle va pouvoir l'aider à comprendre certains aspects liés à sa santé/maladie. Cependant, le surplus de conseils peut démotiver le patient. Il est alors important que l'infirmière repère les moments propices à l'apprentissage. Au long de sa pratique, l'infirmière apprend à distinguer les questions qui méritent des réponses franches et factuelles et celles qui mettent en jeu des sentiments et nécessitent donc des réponses plus élaborées (Peplau, 1995).

3.2.3.4. Rôle de substitut

Le patient associe parfois l'infirmière à quelqu'un d'autre : une figure maternelle, une autre infirmière qu'il a croisé dans le passé, etc. Il se peut alors que le patient se comporte avec l'infirmière comme il a l'habitude de se comporter avec la personne à qui il l'associe. L'infirmière peut alors favoriser le dialogue afin de comprendre quel sentiment elle lui évoque. Cela permet au patient de revivre ou examiner des sentiments vécus antérieurement et en même temps, cela permet aussi à l'infirmière de montrer à son patient qui elle est (Peplau, 1995).

3.2.3.5. Rôle de conseillère, d'assistance psychosociale

Le rôle d'assistance psychosociale chez l'infirmière est d'aider la personne à comprendre ses sentiments face à ce qui lui arrive. Dans les soins infirmiers, l'assistance psychosociale est le fait d'aider la personne à intégrer dans sa mémoire ce qui se passe actuellement pour que l'expérience soit intégrée au lieu d'être dissociée de ses autres expériences de vie (Peplau, 1995).

3.2.3.6. *Rôle éducatif*

L'enseignement part des savoirs du patient et s'étend autour de son envie d'obtenir et de pouvoir appliquer une information médicale complémentaire (Peplau, 1995).

3.2.4. Phases de la relation patient-soignant

3.2.4.1. *Phase d'orientation*

Cette phase est importante car elle va permettre le développement de la relation entre le soignant et le patient. En effet, les rôles et les attentes de chacun ne sont pas encore définis. Durant cette période, soignant et patient apprennent à se connaître et développent un lien de confiance. De plus, le patient va exprimer son besoin d'aide envers le soignant, et celui-ci va l'aider à la satisfaction de son besoin en travaillant en partenariat. Les diagnostics et les résultats attendus sont alors mis en évidence (Parker & Smith, 2015).

3.2.4.2. *Phase de travail*

Durant cette phase, le patient apprend à utiliser la relation infirmière-patient et les ressources disponibles afin de satisfaire ses besoins de santé. L'infirmière va adopter différents rôles pour accompagner le patient durant sa prise en soins. À ce moment, le patient se trouve entre la dépendance et l'indépendance ; c'est à l'infirmière de l'aider à progresser vers un état d'indépendance. Le patient est actif dans sa prise en soins et exploite les services mis à sa disposition (Parker & Smith, 2015).

3.2.4.3. *Phase de résolution*

Dans cette phase, le patient continue de progresser vers l'indépendance. Les besoins de santé s'estompent progressivement et des nouveaux projets apparaissent. Lorsque le patient se sent prêt, il peut alors agir librement et devenir indépendant (Parker & Smith, 2015).

3.3. Liens entre la théorie et la problématique de la chute

3.3.1. Les métaconcepts

3.3.1.1. *La personne*

Lorsqu'un évènement, tel qu'une chute, se produit, il peut causer une succession de changements dans la vie de la personne âgée (hospitalisation, institutionnalisation, peur...). L'infirmière doit alors l'aider à comprendre sa chute. C'est là que l'interaction patient-soignant est intéressante, car la personne va pouvoir discuter de ses besoins spécifiques avec l'infirmière et ainsi trouver la solution la plus adaptée.

3.3.1.2. *Le soin*

Lors d'une chute, il est important de travailler en partenariat avec le patient, car c'est lui qui se connaît le mieux. C'est en apprenant sur ses habitudes que l'infirmière va pouvoir repérer les facteurs de risque de la chute et ainsi mettre en place des mesures de prévention personnalisées, en collaboration avec le patient. L'aspect éducatif du soin réside dans l'enseignement au patient, ce qui permet le développement personnel de ce dernier.

3.3.1.3. *La santé*

Après une chute, il est important que la personne exprime son vécu pour y donner un sens et pouvoir ensuite exprimer ses besoins. En effet, c'est grâce à cela que l'infirmière pourra envisager avec elle des stratégies de prévention personnalisées en fonction de ses besoins et ainsi lui permettre de retrouver un état de santé optimal ou éviter une péjoration de celui-ci.

3.3.1.4. *L'environnement*

L'environnement du patient est pour lui une ressource importante. Il est donc nécessaire que l'infirmière prenne en compte sa culture, ses représentations, ses valeurs ainsi que son lieu de vie pour répondre de manière satisfaisante à ses besoins. Pour cela, des mesures adaptées à chaque personne doivent être mises en place, comme l'adaptation du domicile en lien avec les facteurs de risque.

3.3.2. *Les phases de la théorie de Peplau*

3.3.2.1. *Phase d'orientation*

L'infirmière va construire une relation de confiance avec le patient afin de pouvoir explorer la problématique des chutes. Lorsque l'infirmière rencontre un patient ayant chuté, elle va être amenée à faire sa connaissance. À partir de l'anamnèse, elle va pouvoir connaître son histoire de vie avec ses antécédents de chutes, ses habitudes de mobilité, son alimentation, etc., de façon à repérer ses facteurs de risque de chute. Pour cela, elle favorisera l'expression des ressentis et des besoins du patient afin d'en apprendre davantage sur son vécu de la ou les chute(s). Dans cette phase, il y a une mise en place de diagnostics infirmiers, d'objectifs de prise en soins et de résultats attendus.

3.3.2.2. *Phase de travail*

Lors de cette phase, l'infirmière va construire un partenariat avec le patient afin de travailler sur les chutes en faisant de la prévention et en soignant les éventuelles conséquences de sa chute. L'infirmière est amenée à adopter plusieurs rôles, tels que

le rôle de personne ressource et le rôle éducatif. Le rôle de personne ressource vise à aider le patient à comprendre certains aspects de sa chute. Le rôle éducatif consiste à identifier les connaissances du patient et les informations qu'il souhaiterait obtenir en complément. Par la suite, le patient devient de plus en plus actif dans sa prise en soins et va pouvoir utiliser les ressources qui lui sont proposées (physiothérapie, ergothérapie, diététique, psychologue, etc...). Avec une prise en soins personnalisée, le patient va pouvoir progressivement évoluer vers un état d'indépendance.

3.3.2.3. *Phase de résolution*

Dans cette phase, le patient continue de progresser vers l'indépendance : les éventuelles conséquences de la chute se résolvent, il y a mise en place de nouveaux objectifs, tels que la programmation d'un retour à domicile et la reprise du quotidien. La personne peut utiliser ses ressources et stratégies personnelles pour ainsi devenir indépendante.

3.4. Question de recherche finale

Quels sont les facteurs favorisants et les obstacles à l'adhésion d'un programme de prévention des chutes chez les personnes âgées ?

4. MÉTHODE

Concernant la méthodologie de ce travail, il s'agit d'une analyse d'articles scientifiques. Notre étude vise à analyser les connaissances actuelles en lien avec la prévention des chutes chez le sujet âgé, dans le but d'aider les infirmières à mieux cerner cette problématique, afin de leur donner des pistes d'action et de les orienter vers les recherches méritant d'être exploitées davantage.

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

La première étape consiste à identifier les mots-clés selon la méthode PICOT (population cible, intervention, comparateur/contexte, outcome et temporalité). Elle permet de cibler les recherches dans les bases de données à partir des mots-clés identifiés.

Tableau 1 : PICOT

P opulation / Pathologie	Adultes de plus de 60 ans
I ntervention	Prévention des chutes
C ontexte	Dans la communauté
O utcome	Comprendre pourquoi les personnes âgées adhèrent ou n'adhèrent pas à un programme de prévention des chutes
T emporalité	-

Dans la deuxième étape, les mots-clés ont été traduits du français à l'anglais avec le thesaurus HeTOP pour obtenir des Mesh Terms. Étant donné que tous les mots n'étaient pas intégrés dans le thesaurus HeTOP, ceux-ci ont été retranscrits en traduction libre. De plus, des mots supplémentaires ont été ajoutés à ceux qui sont définis par le PICOT afin d'élargir notre champ de recherche.

Tableau 2 : Mots-clés

Concept / Thème	HeTOP français (Termes du trésaurus MeSH)	HeTOP anglais (Termes du trésaurus MeSH)	Mots clés en anglais (Lorsqu'il n'y a pas de MeSH term)	Termes CINAHL (CINAHL headings)
Personnes âgées	sujet âgé	aged	older adults	aged
Chutes	chutes	accidental falls	falls	accidental falls
Motivation				motivation
Activité physique				physical activity
Attitudes	attitude	attitude		
Représentations	représentation		representation	
Perceptions	perception	perception		
Prévention	prévention		prevention	
Peur	peur	fear		

Ensuite, les bases de données Cinahl et PubMed ont été choisies car elles possèdent des articles scientifiques. De plus, Cinahl regroupe des articles spécifiques aux soins infirmiers. Les mots précédemment traduits ont été connectés par des opérateurs booléens AND ou OR afin d'élaborer des équations de recherche et ainsi obtenir des articles scientifiques en lien avec notre sujet. Des filtres ont également été ajoutés pour affiner la recherche (langue, date, texte intégral). De plus, différents critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis afin de sélectionner des articles pertinents pour l'analyse :

Critères d'inclusion :

- Personnes âgées de plus de 60 ans
- Population composée d'hommes et de femmes
- Personnes âgées ayant déjà chuté ou à risque de chute
- Personnes autonomes⁴

⁴ Autonomie : L'autonomie est caractérisée par la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de pouvoir choisir et décider librement en fonction de son propre jugement (Université médicale virtuelle, 2008-2009).

Critères d'exclusion :

- Personnes ayant des troubles cognitifs
- Personnes dépendantes⁵
- Articles datant de moins de dix ans (2009-2019)
- Articles rédigés dans une autre langue que le français, anglais et portugais
- Articles non disponibles dans son intégralité
- Articles comportant des sujets trop précis (ex : chutes liées à une maladie spécifique ou un problème de santé précis, articles dont la population était composée que de femmes, contexte trop spécifique).

Tableau 3 : Équations de recherche

Base de données	Équation	Filtres	Nombre d'articles
PubMed	(((((attitude[MeSH Terms]) OR representation) OR perception[MeSH Terms])) AND ((aged[MeSH Terms]) OR older adults)) AND prevention) AND ((falls) OR accidental falls[MeSH Terms])	Moins de 10 ans Anglais + Français + Portugais Texte en entier gratuit	Sans filtres : 731 Moins de 10 ans : 426 Anglais : 409 Anglais + français : 411 Anglais + français + portugais : 412 Texte en entier gratuit : 137
PubMed	((aged[MeSH Terms]) AND accidental falls[MeSH Terms]) AND fear[MeSH Terms]	Moins de 10 ans Anglais Anglais + français Anglais + français + portugais Texte en entier gratuit	Sans filtres : 623 Moins de 10 ans : 437 Anglais : 404 Anglais + français : 406 Anglais + français + portugais : 408 Texte en entier gratuit : 120
CINAHL	(MH "Motivation") AND (MH "Accidental Falls") AND (MH "Aged") AND (MH "Physical Activity")	Exclusion des articles Medline 2009 - 2017	Sans filtres : 20 Exclusion des articles Medline : 11 2009-2017 : 11

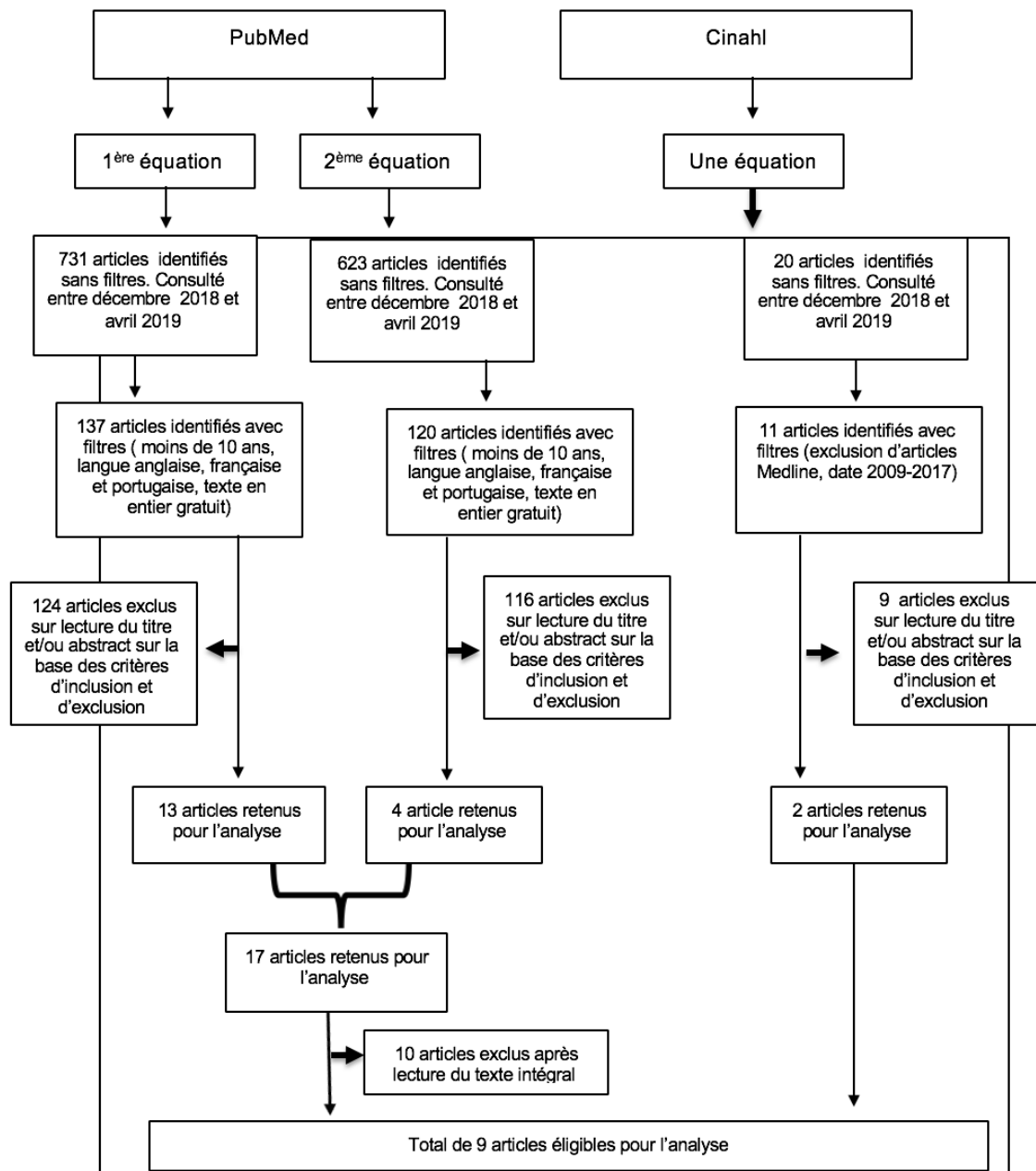
⁵ Dépendance : La dépendance est l'impossibilité d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne (Université médicale virtuelle, 2008-2009).

4.2. Diagramme de flux

Le diagramme de flux est un outil qui permet de mettre en évidence la synthèse du processus d'identification des articles. Il présente les équations de recherches avec les différentes phases de sélection des articles.

Il est important de garder une trace des recherches effectuées afin de pouvoir les reproduire à tout moment et obtenir les mêmes résultats. C'est pourquoi cet outil est indispensable à ce travail.

Figure 1: Diagramme de Flux



Une fois les articles sélectionnés, une fiche et une grille de lecture (exemple à l'annexe 7) sont réalisées pour chacun d'entre eux : il s'agit d'une synthèse des points importants de chaque article.

Chacune d'entre nous a analysé le même premier article afin de viser une homogénéité. Par la suite, nous nous sommes réparti l'analyse des huit articles. Nous avons relu ensemble les fiches de lecture. Une fois les neuf fiches terminées, un tableau comparatif des neuf études a été réalisé.

5. RÉSULTATS

Après la lecture des résultats des neuf articles, nous avons identifié trois thèmes et 11 sous-thèmes. Ces derniers regroupent les idées principales des auteurs.

Tableau 4 : Synthèse des thèmes

Thèmes	Facteurs favorisant l'adhésion de la prévention des chutes						Obstacles à l'adhésion de la prévention des chutes					Programmes de prévention des chutes			
	Facteurs personnels	F. environnementaux	Comportements	Typologie des P.A.	Professionnels	Proches	Être informé	Facteurs personnels	F. environnementaux	Proches	Être informé	Peur de chuter	Caractéristiques	Perceptions	Type de programme
Elskamp, A. (2012)				X				X			X		X	X	X
Dorresteyjn, T. (2012)				X									X	X	X
Sandlund, M. (2018)	X				X	X	X	X	X				X	X	
De Groot, G. (2011)	X	X			X			X	X		X		X	X	X
Morsch, P. (2016)	X										X		X		
Miller, C. T. (2018)					X			X	X				X		X
Tuvemo, S. (2018)			X	X											
Hutton, L. (2009)	X	X			X	X	X	X	X	X			X	X	X
Gaxatte, C. (2011)											X				

5.1. Les recherches

5.1.1. Type de recherches retenues

Concernant les neuf études que nous avons sélectionnées :

- Six sont de type qualitatif descriptif
- Deux sont de type quantitatif descriptif
- Un qualitatif et quantitatif (multi-méthode)

Les différents types de recherches sont décrits ci-dessous selon Fortin & Gagnon (2016) :

- La recherche qualitative consiste en une description de l'expérience de chacun. Cette dernière prend en compte les expressions verbales et les comportements des individus.
- La recherche qualitative descriptive vise à décrire des événements sans avoir une méthodologie qualitative particulière.
- La recherche quantitative se définit par une approche objective du sujet étudié. Elle cherche à quantifier des données pour obtenir des mesures précises qui seront soumises à des tests statistiques.
- La recherche descriptive quantitative a pour but de définir les caractéristiques d'une population ou d'événements et d'en faire une vision générale (Fortin & Gagnon, 2016).
- La recherche multi-méthode consiste à combiner plusieurs méthodes de recherche dont chacune garde ses qualités bien distinctes. Les résultats de cette dernière sont ensuite triangulés pour former un ensemble complet (Tashakkori, 2010).

Comme nous avons pu le voir dans le diagramme de flux, notre sujet fait l'objet de nombreuses études dans différentes revues professionnelles. Parmi les revues dans lesquelles nous avons sélectionné nos articles, huit sur neuf possèdent un niveau de visibilité (impact factor) plus ou moins important. L'IF indique le nombre moyen de citations de chaque article publié par la revue. Il s'agit d'un moyen permettant de mesurer la pertinence des revues scientifiques. Ainsi, une revue ayant un IF élevé est plus pertinente que celles qui ont un IF plus faible ou inexistant.

Les revues desquelles proviennent nos articles sont indiquées ci-dessous, ainsi que leur IF respectif :

- Age and Ageing : IF 4.013
- Annals of Physical and Rehabilitation Medicine : IF 3.432
- Experimental Gerontology : IF 3.224

- BioMed Research International : IF 2.583
- Clinical Interventions in Aging : IF 2.505
- Journal of applied Gerontology : IF 1.992
- Scandinavian Journal of Occupational Therapy : IF 1.162
- Ciência & Saúde Coletiva : IF 0,78
- NZ Journal of Physiotherapy : IF inexistant

Certaines des revues choisies ont un IF faible, toutefois le fait qu'elles en aient un est un bon signe. De plus, une revue utilisée n'a pas de IF, cependant l'article nous semblait pertinent pour notre revue.

5.1.2. La répartition géographique

Concernant les études retenues, six d'entre elles sont situées en Europe (deux des Pays-Bas, deux de Suède, une de Norvège et une de France). Une étude a été faite au Brésil et les deux dernières proviennent d'Océanie plus précisément d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Au vu de cette répartition géographique, nous constatons que la plupart des études se situent en Europe. Cela peut vouloir dire que leurs résultats peuvent être applicables à la Suisse en raison de sa position géographique et du contexte socioculturel. Trois autres études sont localisées dans d'autres continents, ce qui enrichit nos recherches, car nous pouvons comparer les résultats à ceux des études menées en Europe.

5.2. Analyse critique des articles retenus

5.2.1. Facteurs favorisant l'adhésion de la prévention des chutes

5.2.1.1. Facteurs personnels

Le grand âge, le statut de vivant seul, un niveau d'éducation élevé, un état de santé général moins bien perçu, des antécédents de chutes, des préoccupations liées aux chutes et l'évitement des activités (Dorresteyn, Zijlstra, Van Eijs, Vlaeyen & Kempen, 2012) peuvent être des facteurs personnels favorisant l'adhésion de la prévention, tout comme le fait de préserver sa santé, traiter une blessure ou une maladie et avoir des astuces personnelles (accompagnement d'un proche, se mettre au défi, ...) (Sandlund et al., 2018). L'indépendance fonctionnelle (De Groot & Fagerström, 2011 & Hutton et al., 2009), le fait d'avoir déjà participé à un groupe d'exercices physiques et une grande préoccupation vis-à-vis de la santé sont aussi des facteurs favorisant (De Groot & Fagerström, 2011). Le fait de vivre une chute provoque chez certaines personnes une prise de conscience (Morsch, Myskiw & De Carvalho Myskiw, 2016).

5.2.1.2. *Facteurs environnementaux*

Le fait d'avoir un transport (De Groot & Fagerström, 2011) et un lieu approprié et proche du domicile (Hutton et al., 2009) sont des facteurs favorisants.

5.2.1.3. *Comportements*

L'évitement des activités dangereuses, l'utilisation des moyens auxiliaires, l'ajustement du comportement lors des activités, être actif, avoir un mode de vie sain, adapter son environnement et avoir l'aide d'une personne sont des moyens de prévenir les chutes (Tuvemo Johnson, Martin, Anens, Johansson & Hellström, 2018).

5.2.1.4. *Typologie des personnes âgées*

Les personnes très actives utilisent plus fréquemment des stratégies d'adaptation comportementales que les personnes moins actives. Ces dernières ont plus recours aux modifications du domicile, à l'utilisation des moyens auxiliaires et aux aides pour les AVQ que les personnes plus actives (Tuvemo Johnson et al., 2018).

5.2.1.5. *Professionnels*

L'encouragement par les professionnels de la santé est un facteur favorisant l'adhésion à la prévention des chutes (De Groot & Fagerström, 2011, Miller, Teychenne & Maple, 2018, Sandlund et al., 2018 & Hutton et al., 2009). Avoir des professionnels formés et disponibles lors du programme, être encouragés par ces derniers ainsi qu'être conseillé par un médecin sont des facteurs qui motivent les personnes âgées à la participation (Miller et al., 2018).

5.2.1.6. *Proches*

L'encouragement des proches est un facteur de motivation (Sandlund et al., 2018 & Hutton et al., 2009).

5.2.1.7. *Être informé*

Pouvoir bénéficier de bilans médicaux pendant les programmes de prévention est un facteur favorisant l'adhésion (Elskamp et al., 2012). L'accès aux informations concernant les chutes motive les personnes âgées (Elskamp et al., 2012, Sandlund et al., 2018 & Hutton et al., 2009).

5.2.2. Obstacles à l'adhésion de la prévention des chutes

5.2.2.1. Facteurs personnels

Les différents niveaux de compétences entre les participants, l'état de santé réduit et les douleurs (De Groot & Fagerström, 2011 & Hutton et al., 2009), les problèmes de santé, les sentiments de vulnérabilité et de fragilité et une mauvaise autodiscipline (Sandlund et al., 2018), les coûts liés aux programmes (Miller et al., 2018 & Hutton et al., 2009) sont des obstacles à l'adhésion de la prévention.

5.2.2.2. Facteurs environnementaux

Le manque de temps et de transports (Miller et al., 2018, Elskamp et al., 2012 & Hutton et al., 2009), les distances à parcourir et les problèmes de stationnement sont des obstacles identifiés (Elskamp et al., 2012 & Hutton et al., 2009) et les conditions météorologiques sont également un obstacle (De Groot & Fagerström, 2011, Elskamp et al., 2012, Hutton et al., 2009 & Sandlund et al., 2018).

5.2.2.3. Proches

Le manque de soutien des proches peut freiner l'adhésion à la prévention (Hutton et al., 2009).

5.2.2.4. Être informé

De Groot & Fagerström (2011), considèrent que le manque d'informations est un frein à l'adhésion de la prévention.

5.2.2.5. Peur de chuter

Elle peut encourager ou compromettre la participation (Elskamp et al., 2012). Certains participants ont peur de chuter mais ne modifient pas les facteurs de risque, car ils préfèrent continuer à faire leurs AVQ (Morsch et al., 2016). La peur de chuter est plus présente chez les femmes, les personnes ayant un antécédent de chutes ou des troubles de l'équilibre, les patients multi chuteurs et ceux qui ont déjà vécu des séjours au sol prolongé après une chute. Chez cette population, l'utilisation des moyens auxiliaires est plus élevée. 75% des personnes ont peur de tomber chez elles, 98% ont peur de tomber à l'extérieur. 70% des personnes sortent de chez elles, néanmoins seules 35% sortent seules. Plus d'un tiers des personnes ne sortent plus de chez elles par peur et 82% des personnes évitent de sortir par peur de tomber (Gaxatte et al., 2011).

5.2.3. Programmes de prévention des chutes

5.2.3.1. Caractéristiques

Avoir un programme personnalisé (Sandlund et al., 2018 & Miller et al., 2018), du matériel adapté et pouvoir essayer des nouveaux exercices sont des facteurs favorisant (Miller et al., 2018). Un programme à domicile est préféré par les participants (Elskamp et al., 2012). Les participants préfèrent un programme à domicile plutôt qu'un programme par internet (Dorresteijn et al., 2012). Certains participants préfèrent les exercices adaptés à chacun et un programme en groupe favorisant le contact social (De Groot & Fagerström, 2011 & Hutton et al., 2009). Certains préfèrent les exercices en groupe et d'autres en individuel (Hutton et al., 2009).

5.2.3.2. Perceptions

Les personnes plus âgées, avec une mauvaise perception de leur santé, des préoccupations concernant les chutes, des antécédents de chutes et ayant restreint leurs activités sont moins favorables à un programme de groupe que les personnes plus jeunes ayant une bonne perception de leur santé générale (Dorresteijn et al., 2012). L'exercice physique est le meilleur moyen d'améliorer la santé (De Groot & Fagerström, 2011). De plus, il suscite un sentiment de satisfaction chez les participants (Sandlund et al., 2018 & Hutton et al., 2009). L'activité physique permet d'avoir confiance en soi ; à l'inverse, le manque de confiance en soi va compromettre l'adhésion (Hutton et al., 2009). Certains participants pensent que la prévention consiste uniquement en des conseils et qu'elle n'est donc pas utile. De plus, ils pensent que la chute est un événement inévitable. (Elskamp et al., 2012). Quelques participants pensent que "prendre soin de soi" suffit à prévenir les chutes (Morsch et al., 2016).

5.2.3.3. Types de programme

- IMPROVeFALL : consiste en un retrait, si possible, de médicaments augmentant le risque de chutes avec un suivi d'un an (Elskamp et al., 2012).
- Six formats de programmes supervisés par une infirmière communautaire et composés de huit séances chacun :
 - un programme à domicile
 - un programme qui associe des appels téléphoniques et des visites à domicile
 - un programme par téléphone
 - un programme par télévision
 - un programme par internet
 - un programme en groupe (Dorresteijn et al., 2012).

- Un programme composé d'exercices physiques en groupe dans la localité des participants (De Groot & Fagerström, 2011).
- Un programme d'exercices physiques stimulants étroitement supervisés au cours d'une seule séance. Ce programme comporte un test d'efficacité de la marche sur tapis roulant, un exercice d'équilibre, un cours d'agilité et un exercice de résistance à la marche (Miller et al., 2018).
- Un programme composé de cours de Tai-chi durant 20 semaines (Hutton et al., 2009).

5.3. Tableau comparatif

Les neuf articles retenus ont été lus, analysés et synthétisés dans des fiches et des grilles de lecture (modèle en annexe 7). Ces fiches ont ensuite été synthétisées dans un tableau comparatif ci-dessous.

Tableau 5. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs/ Année/ Pays/ Titre/ Revue	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Résultats	Étique et limites
<p>Elskamp et al. (2012) Rotterdam, Pays-Bas</p> <p>Why older people refuse to participate in falls prevention trials : A qualitative study</p> <p>Experimen-tal Gerontolo-gy</p>	<p>Adultes âgés de ≥ 65 ans vivant dans la communauté qui se sont rendus aux urgences à cause d'une chute et qui ont refusé de participer à une étude sur la prévention des chutes (étude IMPROveFALL). Étude qualitative descriptive</p>	<p>Explorer les raisons pour lesquelles les personnes âgées refusent de participer à une étude sur la prévention des chutes.</p>	<p>15 entretiens téléphoniques ont été réalisés puis retranscrits sur Word. Le but est de sélectionner des personnes âgées qui refusent de participer à l'étude IMPROveFALL. Ces entretiens téléphoniques ont été menés sur la base d'un guide d'entrevue structuré qui a été élaboré avant le début de l'étude. Ce guide explore une multitude de facteurs (les perceptions positives et négatives de participer à l'étude et les opinions perçus sur la participation des autres personnes à l'étude).</p>	<p><u>Impression générale des essais de prévention des chutes :</u> Les non-participants à l'étude ont eu l'impression que la prévention des chutes consiste uniquement à donner des conseils. Il a été mentionné que la prévention des chutes était utile pour les personnes âgées ayant des problèmes de mobilité, d'équilibre ou de vertige mais selon les non-participants, ces personnes tireraient davantage parti d'un appareil de marche que d'une formation à la prévention des chutes. De plus, selon les non-participants, la formation à la prévention des chutes n'aurait aucun effet dans leurs cas.</p> <p><u>Perceptions par les non-participants des raisons d'accepter de participer à un essai de prévention des chutes :</u> Les non-participants pensent que les personnes accepteraient de participer à l'étude sur la prévention des chutes, lorsqu'il s'agit d'un bilan médical pour déterminer s'il existe de nouveaux problèmes médicaux et lorsque des conseils sont donnés sur la manière d'empêcher une nouvelle chute. Ils mentionnent également, que la participation devrait fournir des informations précieuses sur la manière d'améliorer les connaissances scientifiques des personnes âgées. Une autre raison positive de participer est que certaines personnes ont peur de retomber.</p> <p><u>Raisons pour refuser de participer à un essai de prévention des chutes:</u> Les raisons de refuser de participer peuvent être divisées en cinq catégories : facteurs personnels, d'études, environnementaux, hospitaliers et liés au transport (tableau 2). Facteurs personnels : Les non-participants à l'étude ont souligné qu'ils connaissent la raison de leur chute et que les stratégies de prévention ne peuvent pas empêcher une nouvelle chute (« Il est de notre responsabilité de faire attention et de ne pas tomber, ce n'est pas un problème qui peut être évité »). D'autre part, certaines personnes ont déclaré qu'elles se sentent « trop saines » pour participer à cette étude et que, par conséquent, la prévention des chutes ne leur est pas utile. Cependant, l'importance de l'intervention a été reconnue et recommandée pour d'autres personnes âgées qui en ont plus besoin. De plus, la participation a été refusée car les patients ont leur propre</p>	<p>Étique : Les interviews des personnes ont débuté après un consentement verbal. De plus, l'Institutional Review Board de l'Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, a approuvé l'étude.</p> <p>Limites : Une limite identifiée dans l'étude, est le fait que toutes les personnes interrogées ont été recrutées dans un seul hôpital. Certaines réponses peuvent donc éventuellement être spécifiques à cette région, telles que les problèmes de stationnement ou la grande distance à parcourir entre le parking et l'hôpital.</p>

				<p>médecin qui effectue des examens médicaux similaires. Une autre raison de refuser est que certaines personnes sont « fatiguées » de consulter des professionnels de la santé pour leurs propres problèmes de santé et / ou ceux du partenaire, d'autres ont déjà trop de médecins différents et ne veulent pas qu'un nouveau médecin les évalue. Certains patients ont peur de tomber à nouveau et préfèrent ne pas quitter leur domicile. En outre, un manque de temps a été mentionné pour refuser la participation.</p> <p>Facteurs d'études : La distance de déplacement, les problèmes de stationnement et la distance à parcourir entre le parking et l'hôpital ont également été cités pour justifier le refus de la participation.</p> <p>Facteurs environnementaux : Les prévisions météorologiques jouent également un rôle, lorsqu'il y a des conditions météorologiques mauvaises ou excellentes, les patients préfèrent ne pas se rendre à l'hôpital.</p> <p>Facteurs hospitaliers : Les patients ont mentionné que l'hôpital universitaire où les recherches ont été effectuées est trop grand et que s'y rendre ne leur convient pas en raison de la distance qui sépare le parking et l'hôpital.</p> <p>Facteurs liés au transport : Les patients ont également expliqué que c'est difficile de se rendre à l'hôpital pour une étude lorsqu'il existe des problèmes liés à la mobilité. Le transport est également un problème. Certains patients plus âgés dépendent d'un proche pour le transport, mais ils ne veulent pas toujours demander à un proche ou utiliser les transports en commun.</p> <p>Si l'étude avait eu lieu à domicile, toutes les personnes ont répondu positivement pour la participation. Pour améliorer le recrutement des personnes âgées, il a été suggéré par les non-participants, d'organiser le transport ou d'effectuer des visites à domicile. Il serait également utile de sensibiliser les personnes âgées à l'importance de la prévention des chutes avec des dépliants supplémentaires, une couverture médiatique et des articles. Outre toutes les raisons invoquées pour justifier la non-participation des personnes âgées aux programmes de prévention des chutes, les personnes âgées ne comprennent souvent pas l'utilité de ces programmes ou alors elles ont une perception différente concernant ces programmes. Il semble difficile de passer outre les idées préexistantes. Cela signifie que les explications doivent être clarifiées pour ce sujet particulier et pour ce groupe d'âge, c'est-à-dire les personnes âgées qui ont récemment subi une chute et qui ont fréquenté un service des urgences.</p>	
--	--	--	--	--	--

Auteurs/ Année/ Pays/ Titre/ Revue	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Résultats	Étique et limites
<p>Dorresteijn et al. (2012) Maastricht, Pays-Bas</p> <p>Older people's preferences regarding programme formats for managing concerns about falls</p> <p>Age and Ageing</p>	<p>Personnes âgées de 70 ans et plus vivant dans la communauté du sud des Pays-Bas.</p> <p>Étude quantitative, transversale et descriptive.</p>	<p>Explorer les préférences des personnes âgées vivant dans la communauté sur six différents formats de programme axés principalement sur la gestion des problématiques liées aux chutes.</p>	<p>Entre mars et décembre 2009, un court questionnaire a été envoyé au hasard à 5755 personnes âgées de 70 ans et plus vivant dans la communauté du sud des Pays-Bas. Ce questionnaire évalue la volonté de participer à l'un des six formats de programme de gestion des problématiques liées aux chutes : en groupe, à domicile, par téléphone, à domicile et par téléphone, par télévision ou par internet. Les six formats de programme sont composés de huit séances chacun et sont supervisés par une infirmière communautaire. Ce questionnaire évalue aussi les préoccupations liées aux chutes et si les personnes évitent certaines activités à cause du risque de chute.</p>	<p>Sur les 5755 questionnaires envoyés, 2997 ont été retournés, (taux de réponse : 52,1%). 499 questionnaires étaient incomplets donc 2498 ont été inclus dans les analyses. Les non-répondants et les questionnaires exclus (n=3257) différaient significativement des répondants (n=2498). L'âge moyen des répondants était de 77,6 ans et le sexe (60,7% d'hommes et 56,6% de femmes).</p> <p>Le grand âge, vivre seul, un niveau d'éducation élevé, un état de santé général moins bien perçu, plusieurs chutes au cours des six derniers mois, des niveaux élevés concernant les préoccupations liées aux chutes et l'évitement des activités sont significativement liés à la préférence de participer à au moins un des formats proposés.</p> <p>Les personnes préfèrent participer à un programme à domicile (21,5%) plutôt qu'à un programme par internet (9,4%). Concernant les autres formats de programmes, les taux sont de 18,7% pour le programme qui associe des visites à domicile et des appels téléphoniques, 17,7% pour le programme par téléphone, 17,5% pour le programme par télévision et 17,2% pour le programme en groupe.</p> <p>Les personnes âgées de 80 ans et plus, avec une mauvaise perception de leur santé, des préoccupations concernant les chutes, qui ont déjà eu plusieurs chutes et qui évitent les activités sont moins en faveur d'un programme de groupe que les personnes plus jeunes et qui ont une bonne perception de leur santé générale. Les programmes par téléphone et par internet sont associés à un niveau d'éducation élevé. Les personnes avec beaucoup de préoccupations concernant les chutes, préfèrent le programme à domicile ou le programme qui associe des visites à domiciles et par téléphone. Les femmes plus âgées, avec un faible niveau d'éducation sont moins en faveur d'un programme par internet.</p> <p>63% des répondants n'ont manifesté aucun intérêt à participer à l'un des six formats de programme proposés.</p>	<p>Étique : L'éthique médicale du Comité de l'hôpital universitaire de Maastricht a approuvé cette étude.</p> <p>Limites : Une limite identifiée dans l'article, est le fait que la volonté de participer à un format de programme peut ne pas refléter la participation réelle, car les personnes qui s'inquiètent beaucoup des chutes peuvent éprouver des tensions importantes en ce qui concerne la participation à un programme dans lequel elles sont confrontées à leurs préoccupations et ainsi abandonner la participation au cours du programme.</p>

Auteurs/ Année/ Pays/ Titre/ Revue	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Résultats	Étique et limites
<p>Sandlund et al. (2018) Suède</p> <p>Gender Perspective on Older People's Exercise Preferences and Motivators in the Context of Falls Prevention: A Qualitative Study</p> <p><i>BioMed Research International</i></p>	<p>Femmes et hommes de plus de 70 ans vivant au sein de la communauté en Suède.</p> <p>Étude qualitative, inductive et descriptive.</p>	<p>Explorer les préférences et les facteurs de motivation de l'exercice physique dans le contexte de la prévention des chutes, chez les femmes et les hommes plus âgés vivant dans la communauté.</p>	<p>Cette étude est basée sur des ateliers comprenant des discussions en groupe avec 18 personnes âgées vivant dans la communauté, avec ou sans antécédents de chutes. Les participants ont été sélectionnés et divisés en deux groupes. L'échantillonnage visait à former un groupe hétérogène en ce qui concerne les habitudes d'exercice, les conditions de vie et les expériences de chutes. 18 participants (10 femmes et 8 hommes) ont été inclus dans l'étude.</p>	<p>Les participants ont donné de nombreux exemples d'activités physiques qu'ils aiment pratiquer, comme la marche, le vélo, les séances d'entraînement, la gymnastique, l'aérobic aquatique, le ski, la danse, la marche, le tennis de table et le Qigong. Les résultats ont été présentés en six catégories avec des sous-catégories. De façon générale, les différences individuelles sont plus diverses que les différences entre les femmes et les hommes.</p> <p>Motivations et obstacles à commencer la pratique de l'exercice physique : Les motivations discutées au sein des groupes sont les suivantes : préserver la santé, traiter une blessure ou une maladie, l'encouragement par des professionnels ou des proches et les informations. Les obstacles discutés au sein des groupes sont les suivants : les problèmes de santé, une mauvaise autodiscipline, les barrières environnementales, un sentiment de vulnérabilité et les attentes de la société.</p> <p>Le fait de rester en bonne santé était un facteur de motivation majeur pour les hommes comme pour les femmes. Cependant, il y avait des différences dans la façon dont les hommes et les femmes ont expliqué leurs raisons. Les femmes ont parlé de préserver la santé comme une nécessité pour pouvoir gérer leurs responsabilités dans la vie quotidienne, tandis que les hommes parlaient de préserver la santé pour garder la forme. Une blessure ou une maladie susceptible de s'améliorer par un exercice continu, a été évoquée par les deux sexes comme étant une motivation pour commencer à pratiquer de l'exercice. Les conseils des professionnels et des proches ont été considérés comme une force motrice pour commencer à faire des exercices par les deux sexes. De plus, les informations dans les médias peuvent inspirer certains participants à s'exercer. Les obstacles communs, définis par les femmes et les hommes, sont une faible autodiscipline, les barrières environnementales (par exemple la météo) et les sentiments de vulnérabilité ou de fragilité. L'expérience des fractures et la peur de chuter ont été particulièrement ressenties comme une barrière pour les femmes et les ont amenées à être plus prudentes dans leurs activités. Des opinions sont apparues selon lesquelles les médias représentent souvent les personnes âgées comme des personnes passives, ce qui peut avoir une incidence sur le point de vue des personnes âgées. Au contraire, d'autres participants ont exprimé que les personnes âgées</p>	<p>Étique : L'étude a été approuvée par le comité régional de révision éthique d'Umeå en Suède.</p> <p>Limites : Cette méthodologie d'action participative, appréciative et réflexive peut entraîner une sous-estimation des pensées et des expériences négatives, qui pourraient également être importantes. De plus, la transférabilité des résultats peut être limitée car la plupart des participants étaient des employés à la retraite, avaient en général un niveau d'éducation élevé, avaient principalement beaucoup de ressources avec leurs expériences professionnelles antérieures et partageaient une motivation pour l'exercice physique. Il était aussi parfois difficile de savoir si les participants parlaient d'activité physique en général ou de prévention des chutes en particulier. En Suède, les personnes âgées sont encouragées à rester actives pour éviter les problèmes de santé. Les résultats de cette étude ne peuvent donc pas être généralisés aux pays où la norme culturelle de l'exercice, la norme de genre et les attitudes à l'égard des activités en plein air chez les personnes âgées diffèrent.</p>

				<p>sont aujourd'hui considérées comme actives et qu'elles ont plus de possibilités et de ressources que les personnes plus âgées des générations précédentes.</p> <p>Adhésion et maintien :</p> <p>Les facteurs d'importance pour l'adhésion et le maintien de l'exercice physique qui ont émergé dans l'analyse des discussions des groupes sont les suivants : les préférences du programme d'exercice physique sont personnelles, le sentiment de satisfaction et d'efficacité des exercices, les moyens pour augmenter le plaisir et les astuces personnelles pour maintenir la routine d'exercice physique. Tous les participants ont indiqué que les exercices devaient être adaptés à l'individu afin de stimuler l'observance. Les participants qui ont l'habitude de pratiquer une activité physique semblent préférer les programmes de formation, tandis que les plus inexpérimentés estiment qu'un exercice intégré dans les activités quotidiennes convient mieux. La confirmation de l'efficacité d'un exercice est un facteur de motivation important pour les deux sexes. De plus, avoir un instructeur qui encourage est stimulant pour les personnes. Les discussions de groupes ont révélé l'importance d'utiliser des moyens pour augmenter le plaisir, c'est-à-dire des dimensions qui pourraient contribuer au plaisir et motiver les participants plus âgés à continuer à être actifs, comme par exemple la musique, du matériel d'exercice et l'humour. Bien que les participants aient généralement apprécié la musique pendant leurs exercices, ils ont toutefois souligné que la musique devait être adaptée à leur âge et que le rythme devait être en lien avec les exercices exécutés. De plus, les activités en plein air ont souvent été qualifiées comme étant très motivantes par les deux sexes. L'utilisation d'appareils d'exercice était considérée comme un élément de motivation dans un contexte d'exercice. Cependant, les femmes ont souvent remarqué qu'elles ne souhaitaient pas acheter d'équipements alors que les hommes préféraient un équipement spécifique et des résultats quantifiables. L'humour a été souligné comme une source d'inspiration importante. Les participants ont mentionné plusieurs astuces ou stratégies visant à maintenir les exercices et à prévenir les défaillances et les rechutes. Ces astuces impliquaient l'accompagnement (conjoint, amis), la routine, les défis, les chiens (cela permet de rester actif), la nature et les stratégies de sécurité. De plus, fixer des objectifs, ainsi que commencer par un objectif qui semble réalisable, a également été proposé comme un moyen puissant pour franchir le pas.</p>	
--	--	--	--	--	--

Auteurs/ Année/ Pays/ Titre/ Revue	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Résultats	Étique et limites
<p>De Groot, G. & Fagerström, L. (2011) Norvège</p> <p>Older adult's motivating factors and barriers to exercise to prevent falls</p> <p><i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i></p>	<p>Personnes âgées (âge moyen de 83 ans) ayant participé à une étude antérieure qui avait pour but d'introduire l'exercice physique une fois les patients sortis de l'hôpital, laquelle a eu un taux d'abandon élevé.</p> <p>Étude qualitative descriptive.</p>	<p>Décrire les facteurs motivants et les obstacles qui empêchent les personnes âgées d'adhérer à des exercices en groupe dans leur localité visant à prévenir les chutes et ainsi comprendre comment les soignants peuvent stimuler l'observance.</p>	<p>Données recueillies lors d'entretiens semi-structurés (n=10). Ces entretiens ont été enregistrés, transcrits puis analysés à l'aide d'une analyse descriptive du contenu en quatre étapes (méthode de Malterud en 4 étapes (2003)).</p>	<p>1) La possibilité de succès :</p> <p>Confiance en soi : Les participants pensaient tous être capables de participer à des groupes d'exercices. L'indépendance fonctionnelle était un facteur de motivation important pour l'assiduité.</p> <p>Contrôle de sa santé : Le niveau d'indépendance variait beaucoup dans le groupe. Les participants plus fragiles parlaient de leur capacité à gérer les activités de la vie quotidienne avec difficultés. Les participants avec un niveau de fonctionnement plus élevé décrivaient le contrôle de l'équilibre et la capacité à marcher.</p> <p>Perception de sa santé : Tous les participants avaient au moins deux maladies chroniques et une condition physique réduite. Sept participants décrivaient néanmoins leur santé comme « assez bonne ».</p> <p>Nombreux d'entre eux pensaient que la mobilité physique réduite découlait de leurs problèmes psychologiques. Tous les participants décrivaient les troubles de l'équilibre comme étant le problème principal dans leur vie quotidienne.</p> <p>Exercice : Le temps écoulé entre l'entretien et le dernier cours d'exercice en groupe variait entre quelques mois et plus d'un an. Deux participants suivaient activement les cours au moment de l'entretien. Les cinq participants ayant déjà participé à des cours en communauté étaient plus motivés à adhérer à nouveau à un groupe d'exercices comparés à ceux qui n'y avaient jamais participé. Deux personnes ne voulaient pas participer à quelconque cours d'exercices dans le futur.</p> <p>Soutien des professionnels de la santé : quatre patients ont été conseillés par un physiothérapeute à participer aux groupes d'exercices, trois ont été conseillés par un médecin traitant et un par une infirmière. La plupart d'entre eux pensaient que les professionnels de la santé devaient informer les patients des avantages de l'exercice physique afin de donner un « coup de pouce » pour commencer.</p> <p>2) Importance de l'objectif :</p> <p>Préoccupations concernant la santé : Tous les participants étaient préoccupés par leur santé. Leur préoccupation a motivé certains à rester actifs. Certains d'entre eux ont exprimé de la préoccupation face à une trop grande inactivité : ils ont commencé à sentir une raideur.</p> <p>Connaissances : Quatre participants ont décrit les avantages de l'activité physique sur l'équilibre et la force. Six participants ont aussi décrit une amélioration de l'état général. Quatre participants ont décrit le contact social comme un avantage. Deux participants n'ont décrit</p>	<p>Étique : Cette étude a été approuvée par le Comité régional pour l'éthique de la recherche médicale en Norvège et menée conformément à la Déclaration d'Helsinki.</p> <p>Limites : Les résultats auraient pu être renforcés en incluant des participants de plusieurs municipalités. Le temps entre l'interruption de l'exercice et l'entretien varie pour tous les participants. Les quatre premiers candidats étaient en meilleure santé que les autres. Le fait que l'intervieweur était l'ancien chef de l'étude antérieure à laquelle la moitié des participants ont participé.</p>

			<p>aucun avantage par rapport à l'exercice physique. Certains disent que les instructions d'un physiothérapeute conduisent à des méthodes d'exercice plus correctes.</p> <p>Souhait de s'améliorer : La plupart des participants souhaitent améliorer leur santé et pensent que l'exercice physique est le meilleur moyen pour atteindre cet objectif. Ils trouvent important que l'exercice soit adapté à leur niveau de fonctionnement.</p> <p>Exercice de groupe : Tous les participants préfèrent l'exercice en groupe. Certains d'entre eux disent que ça les motive de ne pas être seuls. Pour quelques-uns, l'interaction sociale est leur objectif principal. Cependant, le fait d'avoir plusieurs niveaux de compétences les met en décalage les uns par rapport aux autres lors des exercices.</p> <p>3) Coûts :</p> <p>État de santé réduit : C'était le principal obstacle à la participation aux exercices en groupe. Les facteurs physiques étaient les vertiges, les tremblements, une douleur, de la somnolence, une diminution de la force et de l'endurance. Les barrières psychologiques étaient le manque d'initiative, une expérience antérieure déplaisante et la dépression. Nombreux participants décrivent un mélange de facteurs physiques et psychologiques qui entravent l'observance liée à l'activité physique en groupe.</p> <p>Peur de tomber : Les participants n'ont pas fait de lien entre les anciennes chutes et la peur de tomber. Avoir des moyens auxiliaires, une alarme ou être prudent sont des facteurs qui aident à atténuer la peur de chuter. Les chutes inexplicables, la force réduite et la peur de ne pas pouvoir se relever sont des facteurs qui augmentent la peur de chuter.</p> <p>L'expérience négative : Certains participants ont dit que l'exercice ne leur convenait pas car c'était trop douloureux et qu'ils étaient physiquement incapables de l'effectuer.</p> <p>Économie : Pour la plupart d'entre eux leur situation économique ne constituait pas un obstacle.</p> <p>4) Inclination à rester sédentaire</p> <p>Saisons : Les entretiens ont été menés en hiver et donc la plupart des personnes ne voulaient pas sortir par peur de tomber sur la glace. Seulement deux participants étaient actifs en hiver. Cette période était aussi propice à la dépression.</p> <p>Accessibilité : Certains participants n'avaient pas la possibilité de faire de l'exercice régulièrement. Seuls deux des cinq qui s'étaient exercés précédemment ont continué l'exercice. Nombreux participants ne savaient pas si ces exercices en groupe étaient disponibles dans leur municipalité ou non.</p>	
--	--	--	--	--

				<p>Environnement : Tous les participants ont déclaré qu'un transport en taxi était nécessaire et que le fait que les cours soient l'après-midi était un point positif.</p> <p>5) Interprétation sur la manière dont les professionnels de la santé peuvent stimuler l'adhésion au traitement</p> <p>Les professionnels de la santé peuvent encourager les personnes âgées à participer aux groupes d'exercice physique. Les résultats décrits montrent que l'information et l'éducation stimulent la confiance chez les personnes âgées et les motivent. L'environnement social est un facteur important pour les stimuler. Renforcer l'accessibilité augmentera aussi l'observance.</p>	
--	--	--	--	--	--

Auteurs/ Année/ Pays/ Titre/ Revue	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Résultats	Étique et limites
<p>Morsch, P., Myskiw, M., & De Carvalho Myskiw, J. (2016) Brésil (Porto Alegre)</p> <p>Fall's problematization and risk factors identification through older adult's narrative</p> <p><i>Ciência & Saúde Coletiva</i></p>	<p>Personnes âgées de plus de 60 ans, hommes et femmes, non institutionnalisés, habitant à Porto Alegre et/ou des professeurs d'université. Etude qualitative.</p>	<p>Analyser à partir des récits des personnes âgées, la manière dont elles perçoivent et transforment la chute en un problème de santé et comment la connaissance des facteurs de risque devient importante dans leurs vies.</p>	<p>Les auteurs ont utilisé des données recueillies lors d'entretiens semi-structurés qui ont été retranscrits. L'analyse des données s'est faite en trois parties : La pré-analyse, le triage par thèmes, la codification et la catégorisation</p>	<p><i>La problématique des chutes</i></p> <p>Durant les entretiens, les participants ont été questionnés sur l'incidence des chutes qu'ils ont vécu. Cinq des participants ont nié avoir chuté néanmoins lorsqu'ils poursuivent leur discours ils finissent par raconter des expériences de chutes. La façon dont les chutes se transforment en un problème digne de prévention pour les personnes âgées est le thème central de cette catégorie, car les chutes sont des événements présents au quotidien des personnes âgées et celles-ci ne pensent pas à faire de la prévention. Sept sous-catégories ont été faites par rapport au discours des participants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La reconnaissance de la possibilité de chute et ses conséquences (n=45) : beaucoup de participants disent ne pas avoir peur de tomber et que le fait de chuter peut arriver à tout le monde n'identifiant pas la chute comme un problème aux conséquences sérieuses principalement chez les personnes âgées. D'un autre côté, les autres participants disent avoir peur de chuter mais ne changent pas leurs activités et habitudes pour autant, car le maintien de l'indépendance et la réalisation des activités de la vie quotidienne sont des facteurs prépondérants pour eux, même si cela les expose au risque de chutes. 2) L'apprentissage par procuration (n=34) : la personne âgée va reconnaître la chute comme un problème lorsque quelqu'un de son entourage chute et se fait mal. Plusieurs participants ont identifié la chute comme un problème lorsque quelqu'un de la famille a souffert des conséquences d'une chute. 3) L'expérience de chute précédente et ses conséquences (n=29) : les participants considèrent les chutes comme un problème lorsqu'ils vivent l'expérience eux-mêmes ou leurs proches. 4) « Failli tomber » (n=3) : Trois participants ont déjà failli tomber. 5) Informations reçues (n=22) : les informations reçues viennent, le plus souvent, des médias comme la télévision. 6) Informations demandées (n=6) : seuls deux participants ont demandé des informations concernant les chutes. 7) Comparaison avec d'autres groupes d'âge (n=3) : Certains pensent que la chute peut survenir à n'importe quel stade de la vie, quelles que soient les conséquences qu'elles peuvent entraîner chez les aînés. <p><i>Quels sont les facteurs de risque perçus par les personnes âgées ?</i></p>	<p>Étique : Toutes les personnes âgées ont accepté de participer à l'étude et ont signé la convention de consentement libre et éclairé. La recherche est pleinement conforme aux principes de la Déclaration d'Helsinki et a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université pontificale catholique de Rio Grande do Sul. Pour assurer la confidentialité, les intervieweurs ont reçu un codage selon l'ordre des entretiens.</p> <p>Limites : La difficulté de généralisation des résultats, car il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes ce qui réduit l'hétérogénéité de l'étude.</p>

				<p>Chez les participants, la prise de conscience du problème des chutes ne suit pas la logique de cause à effet avec les facteurs de risque. Il a donc fallu chercher dans le contenu des récits des personnes âgées, les facteurs identifiés comme risque de chute. Quatre sous-catégories ont donc été faites :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Facteurs de risque extrinsèques (n=58) : ce sont ceux qui ont été le plus mentionnés par les participants comme potentiellement causeurs de chutes. Les exemples relevés sont : les trous dans la rue, les chaussures inadéquates, les escaliers sans main courante et les tapis. Les participants reconnaissent ces facteurs de risque, néanmoins ils n'adaptent pas leur environnement pour autant. 2) Facteurs de risque intrinsèques (n=47) : les plus décrits sont les maladies chroniques et les douleurs notamment aux genoux et à la colonne vertébrale ainsi que les changements physiologiques dus au vieillissement (acuité visuelle, équilibre). Dix personnes pensent que l'âge joue un rôle dans le risque de chutes. 3) Facteurs de risque comportementaux (n=58) : « Prendre soin de soi » est un terme qui est revenu plusieurs fois dans les entretiens. Les personnes âgées pensent que prendre soin de soi est la méthode de prévention la plus efficace face aux chutes. De part ce fait, ils se sentent protégés contre les chutes. <p>Facteurs de risque multifactoriels (n=7) : Sept participants ont déclaré que les chutes sont la conséquence de plusieurs facteurs de risque.</p>	
--	--	--	--	--	--

Auteurs/ Année/ Pays/ Titre/ Revue	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Résultats	Étique et limites
<p>Miller, C. T., Teychenne, M., & Maple, J. L. (2018) Australie (Melbourne)</p> <p>The perceived feasibility and acceptability of a conceptually challenging exercise training program in older adults</p> <p><i>Clinical interventions in aging</i></p>	<p>Personnes âgées de plus de 60 ans vivant dans la zone urbaine autour de Melbourne et fréquentant des cliniques médicales locales. Critères d'exclusion: personnes âgées institutionnalisées, problèmes cardiovasculaires graves ou instables, hypertension non contrôlée, troubles musculo-squelettiques ou neurologiques graves. Étude qualitative descriptive.</p>	<p>Étudier la faisabilité et l'acceptabilité perçues d'exercices stimulants sur le plan physique et conceptuel conçus pour améliorer les performances physiques, conserver l'autonomie et réduire les risques de chutes chez les personnes âgées.</p>	<p>La récolte de données a été faite à partir d'entretiens semi-structurés qui ont été enregistrés et transcrits. Les auteurs ont choisi une analyse de données par thématique : Lecture des recherches. Codage des données dans des sous-catégories. Création des principales catégories et regroupage des codes/sous-catégories. Définition des thèmes en reliant des idées communes (catégories/sous-catégories). Nomination des thèmes clés.</p>	<p>Trois thèmes clés dont six sous-thèmes ont été identifiés : Thème 1 : Sécurité et confiance Le personnel Avoir du personnel pour gérer le programme était un sous-thème majeur identifié comme influençant leur confort dans le programme. Le traitement du personnel : Féliciter les participants pour leurs accomplissements et les encourager, favorisait le confort lors du programme. La qualification du personnel : Le fait d'avoir du personnel formé influençait le sentiment de sécurité des participants. Présence physique : Cela permettait aux participants de pouvoir essayer des exercices et de se mettre au défi en sécurité. Les caractéristiques de conception du programme L'équipement : la majorité des participants disaient se sentir à l'aise pour se mettre au défi sans avoir peur de tomber. Aussi, ils pouvaient atteindre des objectifs plus ambitieux grâce aux équipements de sécurité. Personnalisation individuelle : l'adaptation du programme à chacun a créé un sentiment de facilité pour les participants : chaque exercice était structuré en fonction de leurs capacités individuelles. Familiarité : La répétition des exercices permettait de diminuer l'anxiété initiale et l'appréhension des exercices stimulants. Quelques participants ont ajouté que certains exercices ressemblaient à ceux qu'ils avaient pu faire par le passé mais avec un élément supplémentaire. La modélisation : Les personnes qui avaient pu assister à la fin de l'entraînement de la personne précédente expliquaient que le fait de regarder quelqu'un terminer l'activité leur donnait de la confiance en eux. Thème 2 : Acceptabilité Disposition préalable Appel d'essayer quelque chose de nouveau : expérimenter des exercices que personne n'a jamais fait a été considéré par certains comme un motif de participation attrayant. Plusieurs participants ont démontré de l'enthousiasme à l'idée de sortir de leur routine ou « zone de confort ». Les résultats</p>	<p>Étique : Cet article a eu l'approbation du comité d'éthique de la recherche humaine de l'Université Deakin en novembre 2015.</p> <p>Limites : La structure de certaines questions pouvait limiter la réponse des participants. Les entretiens qualitatifs peuvent être soumis à des réponses sociales souhaitables des participants. De même, il existe une possibilité de biais du chercheur lors de l'analyse de données qualitatives. Cependant, les chercheurs ont utilisé deux méthodes de triangulation pour minimiser cette possibilité.</p>

				<p>Découvrir leur niveau de capacités : La plupart des participants ont été surpris par ce qu'ils ont pu réaliser pendant les exercices exigeants. Ils se sont sentis mis au défi et ont été agréablement surpris.</p> <p>La satisfaction : La plupart des participants étaient satisfaits du programme. Certains ont ajouté que s'ils n'appréciaient pas un programme d'exercices ils n'y participeraient probablement pas régulièrement.</p> <p>La préférence pour les exercices conceptuellement stimulants : Suite au programme certains participants préféraient les « nouveaux » exercices par rapport aux exercices traditionnels qu'ils avaient pu expérimenter antérieurement. De plus, certains désiraient intégrer ces exercices à leur programme normal de prévention de chutes.</p> <p>Thème 3 : La participation de la population</p> <p>Barrières</p> <p>Le coût : bien que certains participants étaient d'accord de payer un tel programme d'autres ne l'étaient pas. Certains participants pensaient qu'un tel programme devrait être couvert par les fonds de santé.</p> <p>La localisation : bien que les participants aient apprécié le programme et y ont vu des avantages, certains n'étaient pas disposés à se déplacer trop loin pour pouvoir y accéder.</p> <p>Temps : le temps était aussi une barrière à cause du manque de temps libre de certains et du moment de la journée ou le programme était proposé.</p> <p>Leviers</p> <p>Recommandation du médecin : quelques participants ont suggéré que si un médecin recommanderait le programme cela augmenterait les participations.</p> <p>Le bouche-à-oreille : la publicité par le bouche-à-oreille était l'approche la plus adoptée pour encourager les personnes âgées à la participation.</p>	
--	--	--	--	--	--

Auteurs/ Année/ Pays/ Titre/ Revue	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Résultats	Étique et limites
<p>Tuvemo & al. (2018) Uppsala, Suède</p> <p>Older Adult's Opinions on Fall Prevention in Relation to Physical Activity Level.</p> <p><i>Journal of Applied Gerontology</i></p>	<p>Pour l'élaboration de cette étude, 262 personnes âgées de 75 à 98 ans vivant dans la communauté en Suède ont été sélectionnées. Etude transversale, descriptive et comparative, combinant une recherche qualitative et quantitative.</p>	<p>Explorer et décrire les opinions des personnes âgées sur les mesures importantes à prendre pour prévenir les chutes et analyser les différentes opinions concernant les mesures préventives prises par les personnes âgées physiquement actives par rapport aux personnes moins actives.</p>	<p>Les auteurs ont utilisé un questionnaire avec plusieurs questions ouvertes. L'échantillon était divisé en personnes très actives physiquement (n = 135) et moins actives (n = 124). Toutes les réponses ont été lues individuellement par les auteurs puis redistribuées dans des catégories et fusionnées pour former des sous-catégories de thèmes.</p>	<p>Deux types de réponses ont été identifiées : les stratégies personnelles autorenforçantes (ou l'évitement), et les stratégies qui nécessitent une aide ou une modification de l'environnement.</p> <p>Il y a huit catégories d'action pour prévenir les chutes qui ont émergé. Les catégories sont les suivantes : moyens auxiliaires, éviter les dangers, stratégies d'adaptation comportementale, être physiquement actif, mode de vie sain, modifications à l'intérieur du domicile, modifications à l'extérieur du domicile et demander de l'aide. Chaque catégorie contient trois à dix sous-catégories, qui sont présentées par ordre d'importance dans le tableau 2 (p. 66). Des exemples de réponses pour chaque sous-catégorie sont données.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les moyens auxiliaires. Cette catégorie faisait référence à divers types de moyens auxiliaires perçus comme utiles pour prévenir les chutes ou avoir un sentiment de sécurité. Les quatre sous-catégories étaient les suivantes : dispositifs de marche, chaussures adaptées, autres dispositifs, téléphones et alarmes. 2. Éviter les dangers. Cette catégorie exprimait l'évitement total ou partiel d'activités dangereuses ou la prise de risque en général pour prévenir les chutes. Les sous-catégories émergées sont les suivantes : éviter les escaliers ou les échelles, éviter de marcher ou de faire du vélo et éviter de prendre des risques de façon générale. 3. Stratégies d'adaptation comportementale. La catégorie des stratégies d'adaptation comportementale exprimait les mesures à prendre pour ajuster le comportement dans une situation ou activité qui est en cours ou à venir afin de réduire le risque de chute. Les neuf sous-catégories étaient les suivantes : attention visuelle, adaptation du rythme, prudence au cours de l'activité, mise en place d'un contrôle postural, prudence générale, réflexion avant l'action, évitement du stress, perspicacité et compréhension et stratégies en cas de chute. 4. Être physiquement actif. Cette catégorie comprenait des énoncés concernant divers types d'activité physique et l'évitement de la sédentarité pour prévenir les chutes. Les huit sous-catégories étaient les suivantes : exercice, entraînement de l'équilibre, marche, vélo, entraînement de la force, gymnastique ou danse, maintien de l'activité et éviter la sédentarité. 5. Mode de vie sain. Cette catégorie exprimait qu'il fallait un maintien du comportement favorable à la santé. Les sous-catégories suivantes ont émergé : mode de vie sain de façon générale, habitudes alimentaires 	<p>Étique : Les personnes qui désiraient participer à l'étude ont signé un consentement par écrit. L'étude a été approuvée par le comité régional de révision de l'éthique d'Uppsala en Suède.</p> <p>Limites : La limite d'un taux d'activité physique élevé dans cette étude a été fixée à « plus de trois heures d'activité par semaine », soit 30 minutes de plus par semaine que les 150 minutes recommandées par semaine (Chodzko-Zajko et al., 2009). Le niveau d'activité physique pratiqué est souvent surestimé (Dyrstad, Hansen, Holme et Anderssen, 2014; Rzewnicki, Vanden Auweele et de De Bourdeaudhuij, 2003). Donc, il est probable que les estimations de niveau 3 (1 à 3 heures d'activité physique par semaine) représentent souvent moins de 150 minutes par semaine au lieu des valeurs recommandées supérieures à 150 minutes par semaine et donc le niveau 4 a été défini comme limite pour les taux d'activité physique élevé.</p>

			<p>saines, prise de conscience face aux médicaments, bilans de santé et repos.</p> <p>6. Modifications à l'intérieur du domicile. Cette catégorie était la catégorie la plus représentée et comprenait des réponses sur l'adaptation et la modification de l'environnement du domicile. Les dix sous-catégories étaient les suivantes : tapis, barres d'appui et mains courantes, marche des seuils de porte, retrait de barrières, échelles et tabourets, éclairage, dispositifs antidérapants, adaptations de salle de bain, escaliers et ascenseurs et modifications du domicile.</p> <p>7. Modifications à l'extérieure du domicile. Cette catégorie décrivait l'adaptation et la modification de l'environnement extérieur. Les sous-catégories étaient les suivantes : entretien et adaptation des surfaces de marche, dégagement de la neige et du givre et garde-corps des escaliers.</p> <p>8. Chercher de l'aide. Cette catégorie exprimait qu'il fallait une aide d'une personne pour prévenir les chutes ou renforcer la sécurité. Les quatre sous-catégories étaient les suivantes : aide ou soutien d'aide à domicile, aide ou soutien en général, aide ou soutien de parents et voisins et soutien pour des tâches spécifiques.</p> <p>Différences d'opinions entre les personnes âgées très actives physiquement et les personnes moins physiquement actives : Toutes les réponses ont été divisées en deux groupes, une personne âgée physiquement très active ou une personne physiquement moins active. La répartition des opinions différait considérablement entre les deux groupes dans les huit catégories ($p = .028$, tableau 3) p. 68-69. Les « stratégies d'adaptation comportementale » représentent 28,2% de l'ensemble des réponses des personnes âgées ayant un niveau élevé d'activité physique et 19,9% des réponses des personnes ayant un niveau d'activité physique plus faible.</p> <p>Les « modifications intérieures du domicile » représentent 26,4% des réponses de personnes très actives et 40,7% de celles de personnes moins physiquement actives.</p> <p>La catégorie « être physiquement actif » représente 12,3% et 8,1% des réponses de personnes ayant des niveaux d'activité physique élevés et faibles. Aucune différence n'a été constatée entre les deux groupes en termes de catégories « moyens auxiliaires », « éviter les dangers », « mode de vie sain » et « modifications à l'extérieur ».</p> <p>Seules deux personnes dans la présente étude (0,7%) ont mentionné la gestion des médicaments comme une action importante dans la prévention des chutes.</p> <p>Les personnes les moins actives physiquement avaient plus tendance à avoir besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, à utiliser des moyens auxiliaires et à vivre dans des appartements que les personnes</p>	
--	--	--	--	--

				<p>très physiquement actives. Le degré d'auto-efficacité liée aux chutes était significativement plus bas chez les personnes moins actives physiquement. Dans le groupe très actifs, les chutes au cours des six derniers mois étaient moins fréquentes. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes concernant l'âge, le sexe, habiter avec une autre personne ou le niveau d'éducation (p. 64).</p>	
--	--	--	--	---	--

Auteurs/ Année/ Pays/ Titre/ Revue	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Résultats	Étique et limites
<p>Hutton & al. (2009) Otago, Dunedin, Nouvelle-Zélande.</p> <p>The perceptions of physical activity in an elderly population at risk of falling: a focus group study.</p> <p>New Zealand Journal of Physiotherapy</p>	<p>L'âge moyen des participants est de 73 ans (entre 68 et 81 ans), le sexe étant majoritairement féminin (90% de femmes). Tous les participants sont d'origine européenne néo-zélandaise. Ce sont des participants issus d'un vaste essai contrôlé randomisé portant sur l'efficacité du tai-chi dans la réduction des chutes chez les personnes âgées</p> <p>Étude quantitative descriptive.</p>	<p>Comprendre les perceptions que les personnes âgées à risques de chute ont sur l'activité physique et de mettre en évidence les domaines à prendre en compte pour permettre une participation optimale à l'activité physique.</p>	<p>Après avoir testé la résistance et l'équilibre, les participants ont été randomisés en groupes de Tai Chi une à deux fois par semaine ou dans un groupe de contrôle de la flexibilité une fois par semaine. Un ensemble de questions semi-structurées a été mis au point. 5 groupes de discussion ont été formés en fonction de la disponibilité des participants et de leur implication actuelle dans l'activité physique. Chaque session a été enregistrée sur une bande audio et transcrite manuellement. Les chercheurs ont analysé les réponses en lisant individuellement. Il y a des messages clés qui en sont ressortis et qui ont été classés par thèmes. Les chercheurs ont ensuite mis les résultats en communs et les ont regroupés en 4 thèmes. Des citations ont été identifiées pour illustrer et valider chacun des thèmes clés.</p>	<p><u>En vue de l'activité physique :</u> Tous les participants des cinq groupes ont affirmé que l'activité physique est importante. Cependant son degré d'importance varie, de même que l'interprétation de ce qui constitue une activité physique. Selon un avis, une participation aux activités quotidiennes, qu'il s'agisse de tâches ménagères, de passe-temps, de jardinage ou de promenade suffit pour être considérée comme une activité physique, tandis que d'autres estiment qu'être actif physiquement implique une participation à des activités en plus de faire les tâches quotidiennes ou une activité physique impliquant tout le corps. Les participants ont perçu la régularité de l'exercice comme un élément important pour obtenir et conserver des avantages pour leur santé. Des exercices pratiques appris en cours ou un niveau plus poussé dans des activités individuelles ou en groupe ont été encouragés. Les cours d'exercices communautaires sont généralement perçus comme une bonne forme d'activité physique, offrant de nombreux avantages et particulièrement utiles pour les personnes qui débutent l'exercice physique ou pour la communauté. Certains participants ont estimé que l'activité physique est une nécessité, même si certains ont estimé qu'en tant que citoyens plus âgés, ils doivent faire attention à leurs limites pour éviter les effets indésirables de l'activité physique. Les personnes âgées sédentaires qui commencent des activités considèrent cela comme étant une tâche très difficile. Les participants ont indiqué que ceux qui ne participent pas déjà à une activité physique ne sont pas intéressés ou sont limités par des contraintes financières. Un participant a estimé que l'amélioration des systèmes de financement pour davantage de programmes communautaires bénéficierait à la prévention des chutes chez les personnes âgées et réduirait à leur tour la charge de santé des personnes âgées.</p> <p><u>Obstacles et motivations :</u> Les participants ont donné des idées qui forment souvent à la fois un obstacle et un promoteur d'activité physique. Par exemple, le concept d'activité de groupe a été défini par certains comme étant leur méthode d'activité favorite, tandis que d'autres ont trouvé plus attrayant l'activité individuelle. L'idée d'un environnement en groupe a été très soutenue comme étant un promoteur de l'activité physique, la plupart des participants ont commenté ce qui les motivent. L'ambiance</p>	<p>Étique : Les participants ont été contactés par téléphone et, après avoir donné leur consentement éclairé, ils ont été affectés à un groupe de discussion. Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université d'Otago (numéro de référence 06/045).</p> <p>Limites : Cette étude est basée sur des personnes âgées à risque de chutes ayant déjà participé à un programme d'exercice physique dans une ville qui se situe dans le sud de la Nouvelle-Zélande. De ce fait, elle n'est pas applicable à l'ensemble de la population. Pour des raisons de logistique, il n'a pas été toujours possible de former des groupes selon le degré d'activité physique. C'est pourquoi, il n'est pas évident de savoir si les opinions des participants sont influencées ou non par la composition du groupe, bien qu'il soit possible de distinguer les perceptions des deux classifications de groupe lors de l'analyse des données.</p>

			<p>agréable et sociable des cours et la présence d'un bon animateur qui interagit bien avec les participants sont des éléments énoncés comme étant un promoteur en plus.</p> <p>Certains participants ont exprimé des expériences passées positives qui ont favorisé leur désir soit de commencer une nouvelle forme d'activité physique, soit de les faire progresser. Un autre facteur de motivation pour encourager la participation a été d'être invité ou accompagné par un ami, alors que certains ont été incités à assister à des cours d'exercices communautaires après avoir vu des annonces dans le journal local. Plusieurs participants ont mentionné que les professionnels de la santé, en particulier les médecins généralistes, pourraient mettre en place plus d'actions pour encourager les personnes âgées à faire de l'activité physique.</p> <p>En plus de l'environnement, le style et la composition des groupes ont également été exploré.</p> <p>Il a été constaté que les groupes d'exercice physique doivent être relativement petits et composés de participants du même âge. Bien que tous les participants n'aient pas exprimé leurs préoccupations concernant les groupes, certains les ont jugés trop difficiles, compétitifs ou peu attrayants, ce qui a entravé à leur participation. Ressentir de la pression due au fait de ne pas réussir à suivre le cours ou être incapable de suivre le rythme du groupe fait que quelques participants se sentent mal à l'aise et certains disent qu'il serait idéal d'avoir des cours où il est possible de choisir le rythme. D'autres ont exprimé vouloir faire de l'exercice avec du matériel de gymnastique en présence de personnes plus jeunes.</p> <p>Un participant a fait ressortir que certains membres de sexe masculin dans les groupes, ont peut-être été gênés par les exercices de tai-chi, parce qu'ils les considèrent comme une activité à prédominance féminine.</p> <p>Les autres facteurs qui ont été évoqués sur les activités de groupe sont : l'accès, la disponibilité et l'emplacement. Selon l'avis général, les cours d'exercices doivent se dérouler dans un établissement approprié, relativement proche des lieux d'habitations des participants, bien que l'une des participantes, fidèle au groupe, soit disposée à faire 30 minutes pour se déplacer.</p> <p>Les facteurs affectant l'accès sont : la disponibilité et le coût du transport, la distance parcourue, les parkings et les contraintes saisonnières. Les transports publics posent de nombreux obstacles, notamment les horaires de bus qui ne correspondent pas aux horaires des cours, la nécessité de prendre plusieurs bus et les contraintes météorologiques qui empêchent de se rendre à pied ou d'arriver à des arrêts de bus. Une suggestion constructive a été faite : les sites de</p>	
--	--	--	--	--

			<p>groupes d'exercices devraient être situés dans les itinéraires de bus publics. Un participant a exprimé des inquiétudes quant à la conservation de son permis de conduire, l'indépendance de la conduite leur facilitant la participation. Un autre participant est souvent à la maison et ne peut pas conduire temporairement à cause d'une opération qui l'empêche d'assister à des cours d'exercice. Le lieu de résidence peut également être un obstacle, que ce soit pour participer à une activité de groupe ou individuelle. Dans la région où a été menée la recherche, ces barrières environnementales sont généralement liées au fait d'être en campagne.</p> <p>Pour la majorité des participants, la notion de temps passée est présentée comme un obstacle majeur à l'activité au niveau du groupe et des individus, car ils ont des engagements professionnels, personnels et sociaux qui limitent le temps disponible pour la pratique d'une activité physique. Cependant, quelques participants qui sont à la retraite trouvent plus de temps disponible pour faire de l'exercice. Les cours de tai-chi auxquels les participants ont assisté ont duré 20 semaines. Pour certains, c'est l'idéal et une nécessité, alors que d'autres estiment que l'engagement est trop long.</p> <p>Les obstacles personnels incluent la douleur et la pathologie, la peur des effets indésirables, la baisse de confiance en soi après une chute et le manque de motivation. Les participants atteints de pathologies ont deux visions de l'activité physique. Certains y voient un promoteur d'activité physique et en tirent ensuite des bénéfices, tandis que d'autres signalent des effets indésirables tels que la douleur, pour lesquels ce programme serait à proscrire. Des événements tels que la maladie d'un conjoint ou le fait de ne pas être soutenu par la famille peuvent également rendre la participation difficile.</p> <p><u>Avantages :</u></p> <p>Les participants de l'étude ont tiré beaucoup d'avantages personnels avec l'activité physique. Les avantages les plus décrits sont ceux liés à la réduction des chutes et des blessures associées à la chute, à savoir l'amélioration de l'équilibre et de la sensibilité. La majorité des participants ont signalé un meilleur équilibre grâce à un gain de force et de temps de réaction. Une prise de conscience accrue englobe la reconnaissance de soi dans son environnement, la modification de son environnement pour minimiser les problèmes d'équilibre et les actions à prendre lorsque son équilibre est compromis.</p> <p>Les participants ont indiqué une amélioration de la mobilité, de la santé générale, de la posture, du contrôle du poids et de la réduction de la douleur. L'interaction sociale et L'enthousiasme sont perçus comme des avantages des activités de groupe pendant et en dehors des cours. L'activité physique évoque</p>	
--	--	--	---	--

				<p>également des sentiments de satisfaction et d'accomplissement, une vigilance et une stimulation mentale accrue, une plus grande confiance en soi, une plus grande indépendance, un moyen de se détendre et d'améliorer le sommeil.</p> <p><u>Comportements :</u></p> <p>Plusieurs changements ou adaptations du comportement ont été identifiés par les participants à l'étude à la suite d'une activité physique ou afin de permettre la poursuite de l'activité physique. Les comportements les plus couramment adoptés sont : augmenter la netteté des lieux et prendre les mesures appropriées pour assurer la sécurité.</p> <p>Certains participants ont signalé une implication continue ou alternative dans une activité physique de groupe organisée, y compris des groupes de marche, cours de Tai Chi, sports de loisirs et aquagym.</p> <p>Parmi les participants qui ne participent pas actuellement à une activité physique individuelle ou en groupe, certains ont indiqué les comportements qu'ils souhaiteraient adopter ou qu'ils envisageraient d'adopter à l'avenir. Les principales raisons de ne pas poursuivre l'activité physique sont notamment le manque de confiance en soi, les engagements professionnels, familiaux et sociaux, les responsabilités, l'accès difficile aux cours en raison de la situation géographique selon le domicile et les raisons médicales ou les hospitalisations.</p>	
--	--	--	--	---	--

Auteurs/ Année/ Pays/ Titre/ Revue	Population / Type d'étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode/ Instrument de mesure	Résultats	Étique et limites
<p>Gaxatte & al. (2011) Lille, France</p> <p>Fear of falling as seen in the Multidisciplinary falls consultation</p> <p><i>Elsevier Masson</i></p>	<p>Il y a 635 personnes d'un âge moyen de 80,6 ans. Étude prospective des patients s'étant présentés à la consultation multidisciplinaire de la chute. N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite comme une étude quantitative descriptive.</p>	<p>Déterminer la prévalence de la peur de chuter chez les personnes âgées, estimée par une échelle dichotomique « Avez-vous peur de chuter ? Oui/Non ». Les objectifs secondaires sont d'établir les éléments associés à la peur de tomber et de préciser les répercussions de celle-ci sur l'activité « sortir de chez soi ».</p>	<p>Tous les patients ont été examinés par plusieurs médecins. Les éléments récoltés se composent de données sociodémographiques (âge, sexe, mode et lieu de vie, niveau d'études, profession), les antécédents médicaux et le traitement habituel. Le poids et la taille ont été mesurés afin de calculer l'IMC. L'autonomie est déterminée par la ADL et les fonctions cognitives sont évaluées par le MMSE. Les circonstances des chutes et leur nombre sont déterminées.</p>	<p>Il y a un nombre de 641 patients qui se sont rendus à la consultation de la chute entre 1995 et 2006. Il y a 89% des patients qui affirment avoir eu au moins une chute au cours des six derniers mois. La peur de tomber a pu être évaluée chez 635 patients, permettant de relever une prévalence de 79% (502 patients). Les caractéristiques de ces patients sont retranscrites dans le tableau 2 (p. 251). Cette peur de chuter était plus présente chez les femmes que chez les hommes ($p < 0,0005$). Un antécédent de chute et le nombre de chutes dans les six mois précédant la consultation étaient liés de manière considérable à la peur de tomber. Un séjour au sol prolongé (supérieur à une heure) a été plus fréquemment identifié chez les patients ayant peur de tomber (34%) que chez ceux n'ayant pas peur de tomber (11%) ($p < 0,0001$). Un trouble de l'équilibre a aussi été plus souvent retrouvé chez les patients ayant peur de tomber ($p = 0,03$). Le sexe féminin et un séjour prolongé au sol apparaissent comme des facteurs de risque indépendants de la peur de tomber (tableau 3). L'utilisation d'un moyen auxiliaire est significativement plus importante dans le groupe ayant peur de tomber ($p = 0,02$). Il n'y a pas eu de différence significative concernant la dépression entre les deux groupes, mais il existe une différence importante quant à l'usage d'un traitement antidépresseur (tableau 3). Parmi les 502 patients affirmant avoir une peur de tomber, 374 (75%) déclarent avoir peur de tomber à l'intérieur de chez eux, 493 (98%) déclarent avoir peur de tomber à l'extérieur de chez eux. Parmi les 625 patients (données non disponibles pour dix des 635 patients), 438 (70%) ont révélé sortir de chez eux, mais seulement 218 patients (35%) ont déclaré sortir seuls à pied de leur domicile. Près d'un tiers des patients rencontrés ($n = 184$) ne sortent plus de leur domicile. Les données indiquent un rapprochement entre la peur de tomber et la capacité des patients à sortir seuls de chez eux, indépendamment de la présence de troubles de la marche (Tableau 4), mais expliquée en partie par la présence de troubles de l'équilibre. Il y a 150 patients (31%) ayant peur de tomber, qui ont indiqué sortir seuls (Fig. 2), alors qu'ils sont 68 (53%) chez ceux n'ayant pas peur de tomber ($p < 0,0001$). Il y a 82% des patients ayant peur de tomber qui confient éviter de sortir par peur de tomber. A six mois, il n'a pas été mis en évidence de différence significative en termes de récurrence de chute, d'institutionnalisation, de décès entre les patients reconnaissant une peur de tomber et ceux ne l'exprimant pas.</p>	<p>Étique : Non explicite</p> <p>Limites : L'une des limites de cette étude est le manque de données comparatives six mois après la première évaluation sur la prévalence de la peur de tomber, sur l'aptitude des patients à sortir de leur domicile et sur la fréquence de leurs sorties. Enfin, l'échéance de six mois comme visite de suivi est intéressante pour évaluer la récurrence ou non de chute, mais elle est probablement trop restreinte pour observer une association entre la peur de tomber et l'institutionnalisation.</p>

6. DISCUSSION

Les résultats montrent qu'il existe plusieurs facteurs favorisant et obstacles à la prévention des chutes. De plus, les préférences en matière d'interventions de prévention sont aussi variées. Les résultats identifiés dans le chapitre précédent sont maintenant analysés et discutés au regard de la théorie de Peplau et de la problématique.

6.1. Facteurs favorisant l'adhésion de la prévention des chutes

Dans les différents articles, des facteurs influençant la prévention des chutes ont été mentionnés. Dans les articles de Dorresteijn et al. (2012), De Groot & Fagerström (2011), Sandlund et al. (2018) et Hutton et al. (2009), le fait d'avoir une santé réduite ou l'intention de préserver une bonne santé sont des facteurs favorisant communs. Cela démontre que le maintien d'un bon état de santé physique est un facteur important pour les personnes âgées. Néanmoins, certaines ne veulent pas changer des habitudes de vie qui les mettent à risque de chutes, d'où l'importance de faire de la prévention chez ces patients (Morsch et al., 2016).

Dans la théorie de Peplau, l'infirmière peut adopter différents rôles. Lorsque celle-ci se trouve face à un patient qui ne veut pas modifier son quotidien à risque de chutes, elle devrait utiliser le rôle éducatif. Celui-ci permet au patient de s'exprimer quant à ses connaissances et ressentis sur la chute. L'infirmière pourra alors le guider vers des pratiques préventives tout en tenant compte de ses habitudes et de son envie de préserver une bonne santé.

Les études menées par De Groot & Fagerström (2011), Miller et al. (2018) et Sandlund et al. (2018) soulignent l'importance de personnaliser et d'adapter les interventions de prévention à chaque patient. Peplau indique dans sa théorie que l'infirmière doit inclure le patient dans sa prise en soins et le rendre actif dans la prise de décisions. En effet, lorsque les préférences du patient sont prises en compte celui-ci est plus susceptible de se sentir écouté et impliqué dans sa prise en soins et sera donc plus disposé à s'engager dans la prévention des chutes.

Peplau dit dans sa théorie que l'environnement est lié à des personnes significatives qui interfèrent avec la personne. Dans les articles de De Groot & Fagerström (2011) et Miller et al. (2018) l'encouragement par les professionnels est très important pour les participants. De plus, Hutton et al. (2019) et Sandlund et al. (2018) ajoutent que l'encouragement des proches ainsi que les informations (télévision, journaux) sont aussi des facteurs importants.

6.2. Obstacles à l'adhésion de la prévention des chutes

Lors de la lecture des différents articles, nous avons identifié plusieurs contraintes individuelles, toutefois communes à certains participants, telles que les coûts liés aux programmes de prévention, le manque de transports et de temps libre, les distances à parcourir ainsi que la météo (Elskamp et al., (2012), De Groot & Fagerström (2011), Miller et al., (2018), Sandlund et al., (2018) et Hutton et al., (2009)). Cela montre que cette population présente des contraintes socio-économiques et environnementales qui compromettent la participation, ce qui montre que, même si les personnes veulent participer à la prévention, elles n'ont pas toujours la possibilité d'y parvenir. En Suisse, certains obstacles identifiés dans les articles ne sont pas significatifs. En effet, lors de nos recherches, plusieurs programmes de prévention à domicile ont été trouvés, ce qui signifie que les contraintes liées aux déplacements n'existent pas dans ces cas. De plus, un programme dans la commune a été trouvé : celui-ci n'accueille que des personnes habitant dans les environs ce qui n'engendre pas les contraintes de transports et de longs déplacements.

Elskamp et al. (2012) mentionnent dans leur article que la peur de chuter peut être autant un obstacle qu'un facteur de motivation à la prévention des chutes. En effet, certaines personnes âgées évitent de sortir par peur de chuter, ce qui compromet la participation à la prévention ; pour d'autres au contraire la peur de tomber mène à l'adhésion de la prévention. Il est donc démontré que la peur de tomber est perçue différemment par chacun, c'est pourquoi il est nécessaire de repérer les ressentis du patient afin de travailler avec lui sur ses représentations. Le partenariat avec le patient est un des principaux concepts mentionnés par Peplau dans sa théorie, c'est pourquoi l'infirmière qui guide sa pratique selon cette théorie est amenée à utiliser le rôle d'éducatrice et à travailler en collaboration avec le patient sur son vécu, ses besoins et ses ressentis afin de comprendre comment l'aider au mieux et l'amener vers la prévention des chutes.

Selon le sondage effectué par le BPA, seuls 15% des personnes âgées de plus de 75 ans pensent que les chutes provoquent des conséquences importantes nécessitant un traitement médical (BPA, 2014). Dans les articles de Morsch et al. (2016) et Elskamp et al. (2012), il est dit que certains participants banalisent les chutes en affirmant que la prévention n'est pas utile et que "prendre soin de soi" est suffisant. De ce fait, nous constatons que les personnes âgées ne sont pas assez sensibilisées à la problématique des chutes et leurs conséquences. Ce manque d'informations peut les mettre à risque de chutes. L'infirmière qui s'inspire de la posture de Peplau est dans ce cas amenée à

utiliser le rôle de personne ressource. Elle va devoir repérer les moments propices à l'apprentissage (lorsque son patient sera prêt à en parler) afin d'aider le patient à comprendre les risques qu'il prend et leurs conséquences dans son quotidien.

6.3. Programmes de prévention des chutes

Concernant les préférences quant au lieu des interventions de prévention, des divergences ont été constatées entre les différents articles. Dans l'article de Elskamp et al. (2012), les participants préfèrent les programmes individuels à domicile, alors que dans l'article de De Groot & Fagerström (2011), les participants préfèrent les exercices en groupe car cela favorise le contact social. De plus, dans les articles de Hutton et al. (2009) et Dorresteijn et al. (2012), les participants ont des préférences différentes : certains préfèrent les cours en groupe et d'autres en individuel. L'infirmière inspirée de la théorie de Peplau, va dans un premier temps (phase d'orientation) identifier les besoins de son patient et ainsi savoir ce qui lui convient le mieux. Par la suite, lors de la phase de travail, l'infirmière va accompagner son patient vers différents programmes de prévention en tenant compte de ses besoins et ses préférences afin d'obtenir une prise en charge personnalisée et efficace.

7. CONCLUSION

Au vu des résultats, il est important de considérer les chutes comme un problème de santé publique en constante augmentation. Ce travail met en évidence qu'il existe plusieurs facteurs favorisant et obstacles à l'adhésion de la prévention des chutes chez les personnes âgées. Toutefois, ces obstacles peuvent être perçus de manière positive, car il est possible de les modifier. Il est du rôle autonome infirmier d'en tenir compte. La théorie de Peplau s'avère appropriée pour la prise en soins de cette population, car elle cherche à établir un plan de soins individualisé et centré sur les besoins et ressentis de chacun.

7.1. Recommandations

En vue d'améliorer l'adhésion à la prévention des chutes chez les personnes âgées, nous proposons différentes recommandations sur le plan clinique, de recherche et de l'enseignement.

7.1.1. Clinique

Concernant la pratique infirmière, nous avons constaté que la prévention des chutes doit se baser sur des explications théoriques suivies de différents programmes de prévention qui ne sont pas forcément adaptés aux attentes des patients. Or, nous pouvons remarquer par notre analyse d'articles que la personnalisation du programme de prévention des chutes à chacun est un point capital pour favoriser l'adhésion. Pour ce faire, des entretiens individuels et en groupe devraient être menés par les infirmières avec les personnes à risque afin de comprendre quels sont les représentations de celles-ci et ainsi les accompagner dans leur situation. De plus, nous avons constaté qu'au niveau suisse, beaucoup de programmes de prévention sont effectués en individuel, à domicile ; cependant, dans nos articles, plusieurs participants préfèrent des programmes en groupe et soulignent que cela favorise le contact social. Pour une plus grande variété de programmes et d'horaires à proposer, et afin de convenir à une majorité de personnes, il serait judicieux de mettre en place des interventions à visée préventive dans plusieurs communes et des transports communs dédiés à ces interventions.

Les recherches montrent l'importance de l'encouragement et les informations données par les professionnels de la santé pour favoriser l'adhésion à la prévention. Il est donc important que les professionnels travaillent sur la prévention en donnant des informations et en sensibilisant la population au sujet des chutes.

7.1.2. Recherche

De nombreuses études existent sur le sujet de la prévention des chutes, néanmoins ces dernières se basent majoritairement sur les aspects physiopathologiques ainsi que sur l'efficacité des types de stratégies. Nous pensons que davantage d'études sur les perceptions et les représentations des personnes âgées liées à leurs chutes et leur vécu concernant les interventions proposées devraient être menées, afin de mieux comprendre pourquoi ces personnes adhèrent ou non à la prévention des chutes. Ainsi, les soignants comprendraient comment se positionner et sensibiliser les personnes qui n'y adhèrent pas. De plus, lors de nos recherches, aucun article suisse n'a été trouvé, ce qui semble signifier que peu d'études sur le sujet ont été menées en Suisse. Il serait intéressant de comparer une ou plusieurs études suisses avec celles des autres pays. Enfin, lorsqu'on parle de chutes, les articles sont souvent issus de revues pour les physiothérapeutes. Il serait utile d'avoir plus d'articles destinés aux infirmières pour guider notre pratique.

7.1.3. Enseignement

Au vu de l'ampleur de la problématique des chutes, il serait important d'approfondir cette thématique dans la formation des soins infirmiers en mettant l'accent sur l'importance de la prévention chez les aînés. Il serait également pertinent de mettre en lien le cours sur les chutes avec une théorie de soins, telle que celle de Peplau, pour illustrer une prise en charge et l'accompagnement du patient inspirés d'une posture infirmière qui engloberait autant l'aspect théorique que le relationnel, puisque le nombre de maladies chroniques augmente et que le suivi se fait sur le long terme. Enfin, le fait d'inclure des témoignages de personnes âgées victimes de chute(s) avec des conséquences lors du cours y relatif pourrait sensibiliser davantage les futurs soignants et notamment les futurs infirmiers. Une simulation avec une personne âgée à risque de chutes pourrait être proposée au cours de la formation infirmière afin de confronter les étudiants à cette problématique.

7.2. Apports et limites du travail

Par cette analyse d'articles, nous pensons avoir mis en évidence les principaux facteurs de motivation ainsi que des obstacles à l'adhésion de la prévention des chutes chez le sujet âgé. Ces résultats peuvent être utilisés dans la pratique infirmière afin d'améliorer la prise en charge des chutes autant au niveau hospitalier qu'au niveau domiciliaire et institutionnel. De plus, nous pensons avoir apporté une façon différente d'aborder ce sujet, en se basant sur la relation et le partenariat établis entre le patient et le soignant. Notre travail est basé sur des lectures scientifiques et d'actualité, ce qui renforce la pertinence de notre sujet dans le milieu de la santé et auprès des professionnels tels que les infirmiers.

Malgré les apports identifiés, notre travail présente toutefois des limites. Premièrement, nous n'avons utilisé que deux bases de données et plusieurs de nos articles ne sont pas spécifiques aux soins infirmiers. Deuxièmement, un des neuf articles n'a pas été approuvé par un comité d'éthique, ce qui signifie qu'il n'est pas certain que la recherche se soit déroulée conformément aux principes scientifiques et éthiques. Troisièmement, les résultats ne sont pas généralisables à la population, car ce travail ne se base que sur neuf articles scientifiques. Par ailleurs, les résultats de ce travail ne sont pas applicables à toutes les personnes âgées. En effet, nous avons exclu les personnes ayant une démence, car ces dernières ne seraient pas toujours en mesure d'exprimer leurs ressentis concernant la problématique.

8. RÉFÉRENCES

- Bloch, F. (2015). Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. *Elsevier Masson SAS*, 15(88), 188-190. doi :10.1016/j.npg.2015.02.001
- Bourdessol, H. & Pin, S. (2005). *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. France : éditions Inpes.
- Bureau de prévention des accidents. (2014). *Les chutes font de plus en plus de victimes chez les seniors*. Accès <https://www.bfu.ch/fr/le-bpa/communication/médias/habitat/chutes/les-chutes-font>
- Bureau de prévention des accidents. (2018). *Chutes*. Accès <https://www.bfu.ch/fr/conseils/prévention-des-accidents/habitat/chutes/chutes/chutes>
- De Groot, G., Fagerström, L. (2011). Older adult's motivating factors and barriers to exercise to prevent falls. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 153–160. Doi : [10.3109/11038128.2010.487113](https://doi.org/10.3109/11038128.2010.487113)
- De Jaeger, C. (2018). *Physiologie du vieillissement*. Accès : <http://www.institutdejaeger.com/sites/default/files/PHYSIOLOGIE-DU-VIEILLISSEMENT-EMC-2017.pdf>
- Dorresteijn T.A.C., Zijlstra G.A.R., Van Eijs Y.J.J., Vlaeyen J.W.S. & Kempen G.I.J.M. (2012). Older people's preferences regarding programme formats for managing concerns about falls. *Age and Ageing*, 41, 474-481. doi: 10.1093/ageing/afs007
- Elskamp A.B.M., Hartholt K.A., Patka P., van Beeck Ed F. & van der Cammen T.J.M. (2012). Why older people refuse to participate in falls prevention trials: A qualitative study. *Experimental Gerontology*, 47, 342-345. doi : 10.1016/j.exger.2012.01.006
- Espolio Desbaillet Y. (2010). *Prise en charge pratique des chutes des personnes âgées*. Accès : <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-270/Prise-en-charge-pratique-des-chutes-des-personnes-agees>

- Fawcett, J. & Desanto-Madeya, S. (2013). Contemporary nursing knowledge, analysis and evaluation of nursing models and theories (Third ed.). Philadelphia : F.A. Davis Company
- Fondation pour la sécurité des patients. (2008). *Prévention des chutes*. Accès https://www.securitedespatients.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Archiv/Sturzpraevention/2_SR_2_Sturzpraevention_F_160725.pdf
- Fortin, M & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd). Montréal : Chenelière Education.
- Gaxatte C., Nguyen T., Chourabi F., Salleron J., Pardessus V., Delabrière I., Thévenon A. & Puisieux F. (2011). Fear of falling as seen in the Multidisciplinary falls consultation. *Elsevier Masson*, 248-258. Doi: 10.1016/j.rehab.2011.04.002
- Hutton L., Frame R., Maggo H., Shirakawa H., Mulligan H., Waters D., & Hale L. (2009). The perceptions of physical activity in an elderly population at risk of falling: a focus group study. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 37(2), 85–92. Accès <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105429879&site=ehost-live>
- Khaw, S.F & Visvanathan, R. (2017). Falls in the aging population. *Elsevier Inc*, 33(3), 357 - 368. doi:10.1016/j.cger.2017.03.002
- Laszlo, A. (2016). *Sarcopénie du sujet âgé : connaissances et bénéfices de l'exercice physique*. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-538/Sarcopenie-du-sujet-age-connaissances-et-benefices-de-l-exercice-physique>
- Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (S.d.). Compétences spécifiques finales pour les filières d'études HES du domaine de la santé. Accès https://www.curaviva.ch/files/3BWCYB8/competences_finales.pdf?fbclid=IwAR0
- Matarese, M. & Ivziku, D. (2016). Falls risk assessment in older patients in hospital. *Nursing Standard*, 30(48), 53-60. doi:[10.7748/ns.2016.e10345](https://doi.org/10.7748/ns.2016.e10345)
- Miller, C. T., Teychenne, M., & Maple, J. L. (2018). The perceived feasibility and acceptability of a conceptually challenging exercise training program in older adults. *Clinical interventions in aging*, 13, 451–461. doi:10.2147/CIA.S154664

Morsch, P., Myskiw, M., & De Carvalho Myskiw, J. (2016). Falls' problematization and risk factors identification through older adults' narrative. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3565-3574. doi : <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.06782016>

Nanda International (2015). *Diagnostics infirmiers -Définitions et Classification 2015-2017*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson

Office fédéral de la statistique. (2016). *Population: panorama*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.234523.html>

Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Les chutes*. Accès <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Vieillesse et santé*. Accès <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Parker, M.E. & Smith, M.C., (2015). *Nursing theories, Nursing practices third Edition*. Philadelphie: David Plus

Peplau, H. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEditions

Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^{ème} ed.). Montréal : Chenelière Education

Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière* (4^{ème} ed.). Montréal : Chenelière Education

Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement*. Montréal : Chenelière Education

Piot-Ziegler, C., Cuttelod, T. & Santiago Delefosse, M. (2007). Définir "la peur de tomber" chez les personnes âgées à domicile. Etude qualitative. *Bulletin de psychologie*, 492(6), 515-525. doi: 10.3917/bupsy.492.0515.

République et canton de Genève. (2018). *Informations statistiques*. Accès https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2018/informations_statistiques/autres_themes/is_population_13_2018.pdf

Schneider, M.-P., Herzig, L., Hampai, D.-H. & Bugnon, O. (2013). Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire. *RevMed Suisse*, 9, 1032-1036 Accès

<https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-386/Adhesion-therapeutique-du-patient-chronique-des-concepts-a-la-prise-en-charge-ambulatoire>

Schneider, M.-P., Locca, J.-F., Bugnon, O. & Conzelmann, M. (2006). L'adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire : quels déterminants et quel soutien? *RevMed Suisse*, 2, 31120. Accès : <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-56/31120>

Sandlund M., Pohl P., Ahlgren C., Skelton D.A., Melander-Wikman A., Bergvall-Kareborn B. & Lundin-Olsson L. (2018). Gender Perspective on Older People's Exercise Preferences and Motivators in the Context of Falls Prevention: A Qualitative Study. *BioMed Research International*, 16, 1-11. doi : 10.1155/2018/6865156

Stubbs, B. (2011). Do nurses and their assistants hold the key to reducing falls in institutionalised older adults? *International psychogeriatrics*, 23(7), 1189-90. doi:10.1017/S104161021000236X

Tashakkori, A. (2010). *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2nd ed.). Los Angeles: SAGE.

Tuvemo Johnson S., Martin C., Anens E., Johansson A. & Hellström K. (2018). Older Adult's Opinions on Fall Prevention in Relation to Physical Activity Level. *Journal of Applied Gerontology*, 58-78. doi : 10.1177/0733464815624776

Université médicale virtuelle. (2008-2009). *Autonomie et vieillissement*. [Support de cours]. Accès <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf>

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2e éd.). Saint-Laurent : ERPI.

9. ANNEXES

9.1. Annexe 1 : Tableau des facteurs de risque des chutes

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
<ul style="list-style-type: none">- polymédication- maladies chroniques- modifications de l'état mental- troubles cognitifs- antécédents de chutes- incontinence urinaire- hypotension- faiblesse musculaire- marche lente- problèmes des pieds (ulcérations, déformations)	<ul style="list-style-type: none">- manque d'éclairage- sols glissants- chaussures et/ou vêtements pas adaptés- moyens auxiliaires de marche <p style="text-align: right;">(Matarese & Ivziku, 2016)</p>

9.2. Annexe 2 : Effets du vieillissement sur les risques de chutes

Tableau 20.1 Effets du vieillissement sur les risques de chutes

Caractéristiques	Effets du vieillissement
Vue	<ul style="list-style-type: none"> • Baisse de l'acuité visuelle centrale • Rétrécissement du champ visuel périphérique • Diminution de la sensibilité vis-à-vis des contrastes • Baisse de l'accommodation • Diminution de la discrimination des couleurs • Réduction de la perception de la profondeur • Baisse de la récupération de la vision après un éblouissement • Réduction du diamètre de la pupille
Appareil vestibulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la capacité à déterminer l'orientation du corps dans l'espace
Proprioception	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du seuil de sensibilité des mécanorécepteurs
Muscles	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l'endurance • Perte de puissance musculaire • Baisse de la résistance • Diminution de la vitesse de la contraction musculaire • Réduction de la flexibilité
Démarche	<ul style="list-style-type: none"> • Baisse de rapidité des pas • Réduction de la hauteur et de la longueur des pas • Augmentation de la variabilité des pas • Augmentation de la proportion du temps où les deux pieds sont en contact avec le sol
Système nerveux central	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du délai de réaction • Diminution de la coordination entre les groupes de muscles effecteurs
Système ostéoarticulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Cyphose dorsale entraînant un déplacement du centre de gravité vers l'avant • Altération du cartilage, d'où réduction de la mobilité articulaire et perte de souplesse des articulations • Porosité des os

(Phaneuf, 2011)

9.3. Annexe 3 : Tableau des conséquences des chutes

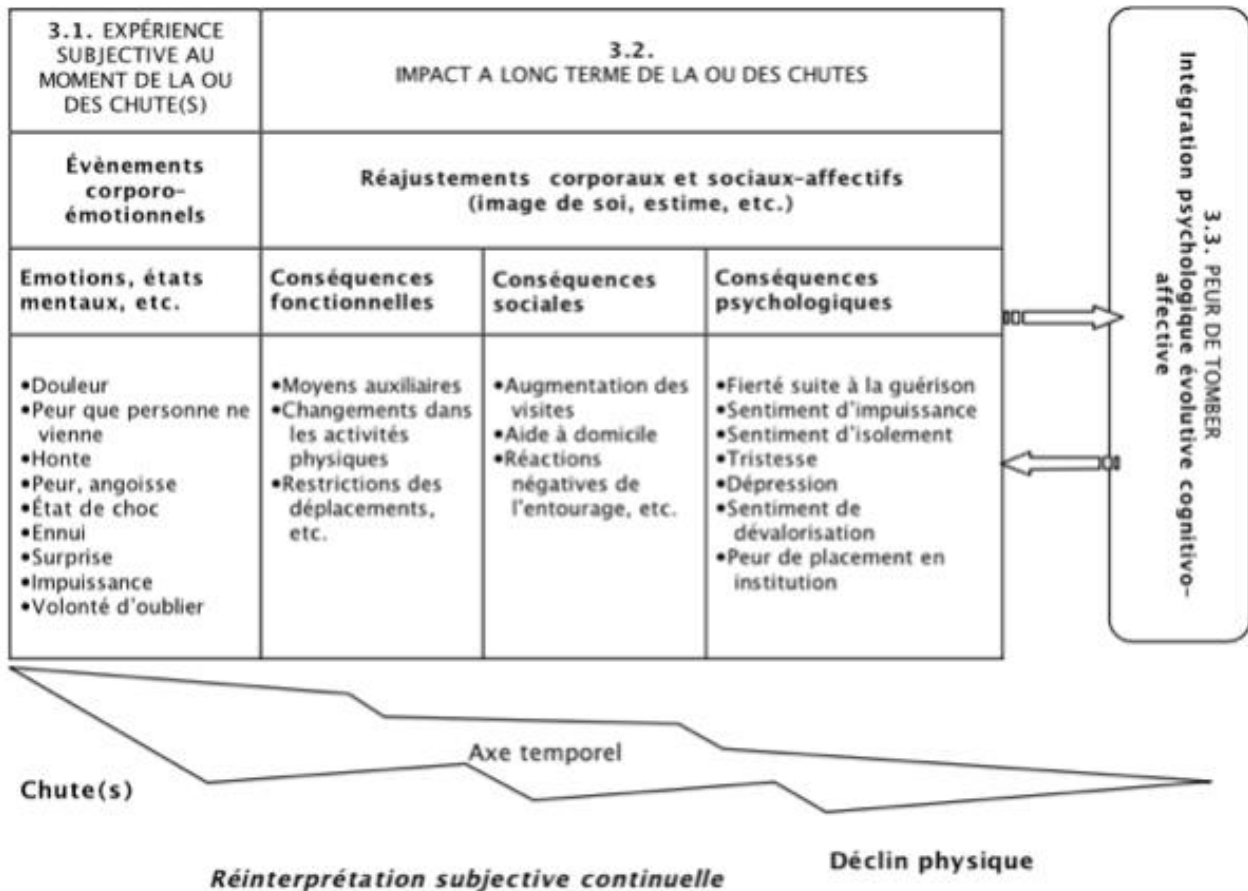


Tableau 2. Organisation thématique des catégories et lien avec le modèle corporo-socio-psychologique (Santiago-Delefosse, 2011, 2004).

(Piot-Ziegler et al., 2007)

9.4. Annexe 4 : Niveaux de preuve des facteurs de risque

TABLEAU VI

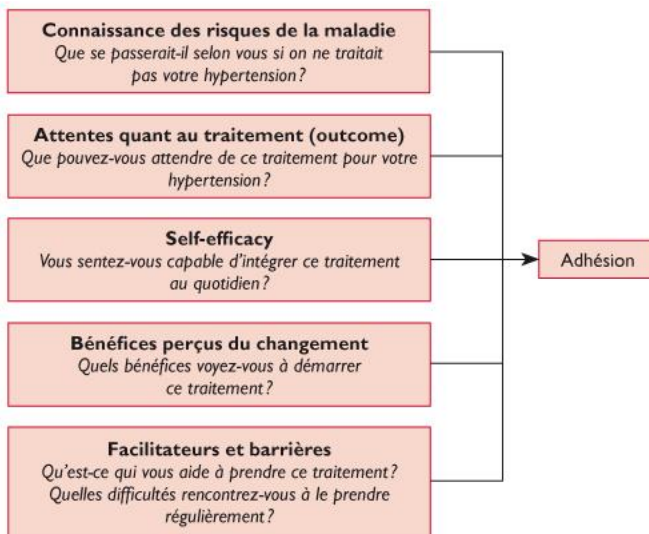
Facteurs de risque et niveau de preuve de la relation entre chaque facteur et le risque de chute

	Niveau de preuve		
	Élevé	Modéré	Faible
Facteurs sociodémographiques			
Âge avancé	X		
Sexe féminin	X		
Isolement			X
Facteurs liés à la personne âgée			
Troubles de l'équilibre, de la force ou de la marche	X		
Pathologies chroniques :			
affections de l'appareil locomoteur (arthrose, problèmes aux pieds...)		X	
troubles sensoriels (cataracte, neuropathie...)		X	
affections neurologiques (séquelles d'un AVC, Parkinson...)	X		
altération des facultés cognitives et démences	X		
dépression		X	
incontinence urinaire		X	
Pathologies aiguës :			
hypotension		X	
déshydratation ou dénutrition		X	
infection urinaire		X	
Facteurs liés aux comportements			
Médicaments :			
utilisation de 4 médicaments ou plus	X		
psychotropes (tous types)	X		
cardiovasculaires (anti-arythmiques, type quinidine)		X	
Risques liés aux activités quotidiennes :			
port de lunettes inappropriées		X	
port de chaussures inappropriées			X
prise de risque ou mauvaise utilisation de moyens auxiliaires			X
Sédentarité			X
Peur de chuter		X	
Histoire de chute	X		
Dénutrition :			
dénutrition chronique			X
carences en micronutriments			X
Consommation d'alcool			X
Facteurs liés à l'environnement			
Dangers du domicile			X
Dangers de l'environnement extérieur			Non connu

Inspiré de Lord, Sherrington et al. (2002).

(Bourdesol & Pin , 2005)

9.5. Annexe 5 : Déterminants influençant l'adhésion



(Schneider et al., 2013)

9.6. Annexe 6 : Les barrières les plus fréquentes à l'adhésion chez la personne âgée

Tableau 1. Les barrières les plus fréquentes à l'adhésion chez la personne âgée	
Maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Représentation de la maladie différente de celle du professionnel • Perception médiocre de son propre état de santé • Mauvaise qualité de vie
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Plurimédication (engendrant confusion, effets secondaires et interactions souvent indétectés) • Posologie non adaptée (par exemple, en cas d'insuffisance rénale) • Fréquents changements de traitements (notamment durant les hospitalisations) • Forme galénique inadaptée (taille des comprimés, difficulté à s'auto-administrer un collyre, goût d'une spécialité, difficulté à compter des gouttes à boire) • Forme pharmaceutique inadéquate (si deux packagings industriels se ressemblent notamment pour les génériques, si deux noms commerciaux de médicaments ou si des comprimés différents sont quasi identiques) • Désagrèments (par exemple, trop de médicaments ou de prises journalières, diurèse)
Patient	<ul style="list-style-type: none"> • Déficits cognitifs <ul style="list-style-type: none"> – Incompréhension de la nécessité du traitement – Mauvaise compréhension des posologies et modes d'administration du traitement – Troubles mnésiques, confusion • Etat psychologique et/ou émotionnel <ul style="list-style-type: none"> – Dépression, déni, anxiété, désespoir, «pill-fatigue», etc. • Déficits fonctionnels <ul style="list-style-type: none"> – Perte de la dextérité manuelle (par exemple, arthrite, maladie de Parkinson) – Problème de vision et d'audition • Isolement social • Problèmes financiers
Relation patient-professionnel des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'empathie, de communication et d'information au sujet de la maladie et de son traitement • Patient n'est pas partenaire des décisions thérapeutiques • Patient qui n'ose ou ne veut pas parler de ses problèmes d'adhésion • Plusieurs médecins et pharmaciens consultés

(Schneider et al., 2006)

9.7. Annexe 7 : Exemple de fiche et grille de lecture

Older adult's motivating factors and barriers to exercise to prevent falls

Article:

De Groot, G., Fagerström, L. (2011). Older adult's motivating factors and barriers to exercise to prevent falls. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 153–160. Doi : [10.3109/11038128.2010.487113](https://doi.org/10.3109/11038128.2010.487113)

DEMARCHE DESCRIPTIVE

LE CONTEXTE DE REALISATION ET DE PUBLICATION DE L'ETUDE :

› Auteurs

Guðrun Cathrine Lindgren de Groot : travaille au Telemark Hospital Norway ; Buskerud University College Norway.¹ (Profession ?)

Lisbeth Fagerström est professeure en sciences de la santé (PhD) à l'université d'Åbo Akademi et au collège universitaire Sørøst-Norge en Norvège. Elle a aussi été nommée vice de l'université Åbo Akademi de Vaasa.²

› Nom et type de revue

Scandinavian Journal of Occupational Therapy

Il s'agit d'une revue internationalement reconnue qui traite de la recherche en ergothérapie dans le monde entier et en particulier dans les pays nordiques. Tout manuscrit de cette revue est soumis à une évaluation initiale par l'éditeur puis, s'il le juge approprié, un examen par des arbitres experts indépendants et anonymes est fait. Toutes les évaluations par les pairs sont en double aveugle.³

› Lieu de l'étude

Cette étude a été faite en Norvège, dans le sud-est.

¹ <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/11038128.2010.487113>

² https://www.researchgate.net/profile/Lisbeth_Fagerstroem

³ <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?show=aimsScope&journalCode=iocc20>

OBJECTIFS DE L'ARTICLE ET CADRE THÉORIQUE

▸ **Objet de recherche**

Le but de cette étude est de décrire les facteurs motivants et les obstacles qui empêchent les personnes âgées d'adhérer à des exercices en groupe dans leur localité visant à prévenir les chutes et ainsi comprendre comment les soignants peuvent stimuler l'observance. (p.153)

▸ **Question de recherche**

Implicite : Comment les professionnels de la santé peuvent-ils stimuler l'observance des personnes âgées concernant l'exercice physique pour réduire les chutes ?

▸ **Hypothèses de travail**

Les professionnels de la santé peuvent améliorer l'observance des personnes âgées en lien avec les exercices physiques en communauté pour réduire les chutes. (p.153)

▸ **Cadre théorique**

Les auteurs de cet article ont construit le cadre théorique à partir de plusieurs études, notamment celle de Yardley et al. (2006). (p.153,154)

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

▸ **Outils pour la récolte de données**

Les auteurs ont utilisé des données recueillies lors d'entretiens semi-structurés (n=10). Ces entretiens ont été enregistrés, transcrits puis analysés à l'aide d'une analyse descriptive du contenu en quatre étapes (méthode de Malterud (2003)).

Étape 1 : Se familiariser avec le contenu dans son contexte.

Étape 2 : Relever et classer les sections pertinentes pour la recherche selon l'équation de motivation et les séparer par catégories.

$$\text{Motivation} = \frac{\text{Perceived chance of success} \times \text{Perceived importance of the goal}}{\text{Perceived costs} \times \text{Inclination to remain sedentary}}$$

Étape 3 : Condenser les catégories en faisant un résumé du texte. (Le résumé était constitué de citations des participants)

Étape 4 : Créer des énoncés descriptifs et les décrire dans un texte intégral.

▸ **Population de l'étude**

La population étudiée sont les personnes âgées ayant déjà participé à une étude antérieure qui avait pour but d'introduire l'exercice physique une fois les patients sortis de l'hôpital, celle-ci a eu un taux d'abandon élevé (76%).

• **Critères d'inclusion**

- a) Une représentation égale des deux sexes et une variation d'âge (n= 5 hommes et 5 femmes)
- b) Une représentation égale des personnes qui craignaient de tomber (n=5) et de celles qui ne le craignaient pas (n=5).
- c) Une variation de la distance parcourue entre le domicile et les locaux d'activités de groupe (n= 5 vivaient à proximité et n= 5 ne vivaient pas à proximité).

• **Type d'analyse**

C'est une étude qualitative de type descriptive puisqu'elle vise à décrire les facteurs de motivation et les obstacles qui empêchent les personnes âgées à s'engager dans des groupes d'exercice physique dans la communauté locale.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

• **Résultats**

1) La possibilité de succès :

- Confiance en soi : Les participants pensaient tous être capables de participer à des groupes d'exercices. L'indépendance fonctionnelle était un facteur de motivation important pour l'assiduité.
- Contrôle de sa santé : Le niveau d'indépendance variait beaucoup dans le groupe. Les participants plus fragiles parlaient de leur capacité à gérer les activités de la vie quotidienne avec difficultés. Les participants avec un niveau de fonctionnement plus élevé décrivaient le contrôle de l'équilibre et la capacité à marcher.
- Perception de sa santé : Tous les participants avaient au moins deux maladies chroniques et une condition physique réduite. Sept participants décrivaient néanmoins leur santé comme « assez bonne ». Nombreux d'entre eux pensaient que la mobilité physique réduite découlait de leurs problèmes psychologiques. Tous les participants décrivaient les troubles de l'équilibre comme étant le problème principal dans leur vie quotidienne.
- Exercice : Le temps écoulé entre l'entretien et le dernier cours d'exercice en groupe variait entre quelques mois et plus d'un an. Deux participants suivaient activement les cours au moment de l'entretien. Les cinq participants ayant déjà participé à des cours en communauté étaient plus motivés à adhérer à nouveau à un groupe d'exercices comparés à ceux qui n'y avaient jamais participé. Deux personnes ne voulaient pas participer à quelconque cours d'exercices dans le futur.
- Soutien des professionnels de la santé : quatre patients ont été conseillés par un physiothérapeute à participer aux groupes d'exercices, trois ont été conseillés par un médecin traitant et un par une infirmière. La plupart d'entre eux pensaient que les professionnels de la santé devaient informer les patients des avantages de l'exercice physique afin de donner un « coup de pouce » pour commencer.

2) Importance de l'objectif :

- Préoccupations concernant la santé : Tous les participants étaient préoccupés par leur santé. Leur préoccupation a motivé certains à rester actifs. Certains d'entre eux ont exprimé de la préoccupation face à une trop grande inactivité : ils ont commencé à sentir une raideur.
- Connaissance : Quatre participants ont décrit les avantages de l'activité physique sur l'équilibre et la force. Six participants ont aussi décrit une amélioration de l'état général.

Quatre participants ont décrit le contact social comme un avantage. Deux participants n'ont décrit aucun avantage par rapport à l'exercice physique. Certains disent que les instructions d'un physiothérapeute conduisent à des méthodes d'exercice plus correctes.

- Souhait de s'améliorer : La plupart des participants souhaitent améliorer leur santé et pensent que l'exercice physique est le meilleur moyen pour atteindre cet objectif. Ils trouvent important que l'exercice soit adapté à leur niveau de fonctionnement.
- Exercice de groupe : Tous les participants préfèrent l'exercice en groupe. Certains d'entre eux disent que ça les motive de ne pas être seuls. Pour quelques-uns, l'interaction sociale est leur objectif principal. Cependant, le fait d'avoir plusieurs niveaux de compétences les met en décalage les uns par rapport aux autres lors des exercices.

3) Coûts :

- État de santé réduit : C'était le principal obstacle à la participation aux exercices en groupe. Les facteurs physiques étaient les vertiges, les tremblements, une douleur, de la somnolence, une diminution de la force et de l'endurance. Les barrières psychologiques étaient le manque d'initiative, une expérience antérieure déplaisante et la dépression. Nombreux participants décrivent un mélange de facteurs physiques et psychologiques qui entravent l'observance liée à l'activité physique en groupe.
- Peur de tomber : Les participants n'ont pas fait de lien entre les anciennes chutes et la peur de tomber. Avoir des moyens auxiliaires, une alarme ou être prudent sont des facteurs qui aident à atténuer la peur de chuter. Les chutes inexplicables, la force réduite et la peur de ne pas pouvoir se relever sont des facteurs qui augmentent la peur de chuter.
- L'expérience négative : Certains participants ont dit que l'exercice ne leur convenait pas car c'était trop douloureux et qu'ils étaient physiquement incapables de l'effectuer.
- Économie : Pour la plupart d'entre eux leur situation économique ne constituait pas un obstacle.

4) Inclination à rester sédentaire

- Saisons : Les entretiens ont été menés en hiver et donc la plupart des personnes ne voulaient pas sortir par peur de tomber sur la glace. Seulement deux participants étaient actifs en hiver. Cette période était aussi propice à la dépression.
- Accessibilité : Certains participants n'avaient pas la possibilité de faire de l'exercice régulièrement. Seuls deux des cinq qui s'étaient exercés précédemment ont continué l'exercice. Nombreux participants ne savaient pas si ces exercices en groupe étaient disponibles dans leur municipalité ou non.
- Environnement : Tous les participants ont déclaré qu'un transport en taxi était nécessaire et que le fait que les cours soient l'après-midi était un point positif.

5) Interprétation sur la manière dont les professionnels de la santé peuvent stimuler l'adhésion au traitement

Les professionnels de la santé peuvent encourager les personnes âgées à participer aux groupes d'exercice physique. Les résultats décrits montrent que l'information et l'éducation stimulent la confiance chez les personnes âgées et les motivent. L'environnement social est un facteur important pour les stimuler. Renforcer l'accessibilité augmentera aussi l'observance.

Conclusion générale : La recherche conclut que la motivation des personnes âgées à faire de l'exercice est plus importante s'il existe un objectif de prévention de la santé et des risques pour la santé. Seulement deux personnes sur dix sont actives ce qui rejoint les résultats des autres études sur le mode de vie sédentaire des personnes âgées, cependant la majeure partie des participants souhaitent devenir plus actifs. Les participants disent

qu'une information adéquate des professionnels de la santé les motive à participer dans des groupes d'exercice physique.

Tous les participants préfèrent les exercices en groupe.

Les facteurs de motivation mis en évidence sont : rester physiquement indépendants, améliorer sa santé, améliorer l'équilibre et la capacité de marcher. Les barrières mises en évidence sont : la santé réduite, le manque de motivation, une expérience désagréable lors d'un exercice précédent et des facteurs environnementaux (transport et glace, saison). Le mauvais équilibre est un facteur qui est devenu très évident dans cette étude.

ÉTHIQUE

Cette étude a été approuvée par le Comité régional pour l'éthique de la recherche médicale (REK) en Norvège et menée conformément à la Déclaration d'Helsinki. (p.154)

DÉMARCHE INTERPRÉTATIVE

APPORTS DE L'ARTICLE

Cet article démontre l'importance de l'implication des professionnels de la santé dans la promotion de l'exercice physique chez les personnes âgées. Il faut tenir compte de l'environnement de la personne âgée et mettre en place les moyens nécessaires à chacune pour que ces dernières puissent adhérer aux exercices de groupe.

LIMITES

Dans l'article : Les résultats auraient pu être renforcés en incluant des participants de plusieurs municipalités. Le temps entre l'interruption de l'exercice et l'entretien varie pour tous les participants. Les quatre premiers candidats étaient en meilleure santé que les autres. Le fait que l'intervieweur était l'ancien chef de l'étude antérieure à laquelle la moitié des participants ont participé. (p.159)

Personnelles : Il s'agit d'un petit échantillon.

PISTES DE RÉFLEXION

Les professionnels de la santé devraient informer et éduquer activement les personnes âgées sur les avantages des exercices pour la santé.

La prévention des chutes est un rôle des soignants très important.

Les physiothérapeutes ou les autres professionnels en charge de l'exercice physique devraient recruter des personnes âgées ayant le même niveau fonctionnel dans le même groupe d'exercices.

Les personnes âgées sont motivées de différentes façons par différents facteurs : il faut donc les identifier. (p.159)

Grille de lecture

Auteurs/année	<p>Older adult's motivating factors and barriers to exercise to prevent falls - Scandinavian Journal of Occupational Therapy</p> <p>Gudrun Cathrine Lindgren de Groot et Lisbeth Fagerström.</p> <p>Étude réalisée en Norvège en 2011</p>
Population / Type d'étude	<p>Des personnes âgées (âge moyen de 83 ans) ayant déjà participé à une étude antérieure qui avait pour but d'introduire l'exercice physique une fois les patients sortis de l'hôpital. Cette dernière a eu un taux d'abandon élevé.</p> <p>C'est une étude qualitative descriptive.</p>
But de l'étude	<p>Le but de cette étude est de décrire les facteurs motivants et les obstacles qui empêchent les personnes âgées d'adhérer à des exercices en groupe dans leur localité visant à prévenir les chutes et ainsi comprendre comment les soignants peuvent stimuler l'observance.</p>
Intervention/Méthode/ Instruments de mesure	<p>Les auteurs ont utilisé des données recueillies lors d'entretiens semi-structurés (n=10). Ces entretiens ont été enregistrés, transcrits puis analysés à l'aide d'une analyse descriptive du contenu en quatre étapes (méthode de Malterud (2003)).</p> <p>Étape 1 : Se familiariser avec le contenu dans son contexte.</p> <p>Étape 2 : Relever et classer les sections pertinentes pour la recherche selon l'équation de motivation et les séparer par catégories.</p> $\text{Motivation} = \frac{\text{Perceived chance of success} \times \text{Perceived importance of the goal}}{\text{Perceived costs} \times \text{Inclination to remain sedentary}}$ <p>Étape 3 : Condenser les catégories en faisant un résumé du texte. (Le résumé était constitué de citations des participants)</p> <p>Étape 4 : Créer des énoncés descriptifs et les décrire dans un texte intégral.</p>
Résultats	<p>1) La possibilité de succès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confiance en soi : Les participants pensaient tous être capables de participer à des groupes d'exercices. L'indépendance fonctionnelle était un facteur de motivation important pour l'assiduité. - Contrôle de sa santé : Le niveau d'indépendance variait beaucoup dans le groupe. Les participants plus fragiles parlaient de leur capacité à gérer les activités de la vie quotidienne avec difficultés. Les participants avec un niveau de fonctionnement plus élevé décrivaient le contrôle de l'équilibre et la capacité à marcher.

	<ul style="list-style-type: none"> - Perception de sa santé : Tous les participants avaient au moins deux maladies chroniques et une condition physique réduite. Sept participants décrivaient néanmoins leur santé comme « assez bonne ». Nombreux d'entre eux pensaient que la mobilité physique réduite découlait de leurs problèmes psychologiques. Tous les participants décrivaient les troubles de l'équilibre comme étant le problème principal dans leur vie quotidienne. - Exercice : Le temps écoulé entre l'entretien et le dernier cours d'exercice en groupe variait entre quelques mois et plus d'un an. Deux participants suivaient activement les cours au moment de l'entretien. Les cinq participants ayant déjà participé à des cours en communauté étaient plus motivés à adhérer à nouveau à un groupe d'exercices comparés à ceux qui n'y avaient jamais participé. Deux personnes ne voulaient pas participer à quelconque cours d'exercices dans le futur. - Soutien des professionnels de la santé : quatre patients ont été conseillés par un physiothérapeute à participer aux groupes d'exercices, trois ont été conseillés par un médecin traitant et un par une infirmière. La plupart d'entre eux pensaient que les professionnels de la santé devaient informer les patients des avantages de l'exercice physique afin de donner un « coup de pouce » pour commencer. <p>2) Importance de l'objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préoccupations concernant la santé : Tous les participants étaient préoccupés par leur santé. Leur préoccupation a motivé certains à rester actifs. Certains d'entre eux ont exprimé de la préoccupation face à une trop grande inactivité : ils ont commencé à sentir une raideur. - Connaissance : Quatre participants ont décrit les avantages de l'activité physique sur l'équilibre et la force. Six participants ont aussi décrit une amélioration de l'état général. Quatre participants ont décrit le contact social comme un avantage. Deux participants n'ont décrit aucun avantage par rapport à l'exercice physique. Certains disent que les instructions d'un physiothérapeute conduisent à des méthodes d'exercice plus correctes. - Souhait de s'améliorer : La plupart des participants souhaitent améliorer leur santé et pensent que l'exercice physique est le meilleur moyen pour atteindre cet objectif. Ils trouvent important que l'exercice soit adapté à leur niveau de fonctionnement. - Exercice de groupe : Tous les participants préfèrent l'exercice en groupe. Certains d'entre eux disent que ça les motive de ne pas être seuls. Pour quelques-uns, l'interaction sociale est leur objectif principal. Cependant, le fait d'avoir plusieurs niveaux de compétences les met en décalage les uns par rapport aux autres lors des exercices. <p>3) Coûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - État de santé réduit : C'était le principal obstacle à la participation aux exercices en groupe. Les facteurs physiques étaient les vertiges, les tremblements, une douleur, de la somnolence, une diminution de la force et de l'endurance. Les barrières psychologiques étaient le manque d'initiative, une expérience antérieure déplaisante et la dépression. Nombreux participants décrivent un mélange de facteurs physiques et psychologiques qui entravent l'observance liée à l'activité physique en groupe.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Peur de tomber : Les participants n'ont pas fait de lien entre les anciennes chutes et la peur de tomber. Avoir des moyens auxiliaires, une alarme ou être prudent sont des facteurs qui aident à atténuer la peur de chuter. Les chutes inexplicables, la force réduite et la peur de ne pas pouvoir se relever sont des facteurs qui augmentent la peur de chuter. - L'expérience négative : Certains participants ont dit que l'exercice ne leur convenait pas car c'était trop douloureux et qu'ils étaient physiquement incapables de l'effectuer. - Économie : Pour la plupart d'entre eux leur situation économique ne constituait pas un obstacle. <p>4) Inclination à rester sédentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saisons : Les entretiens ont été menés en hiver et donc la plupart des personnes ne voulaient pas sortir par peur de tomber sur la glace. Seulement deux participants étaient actifs en hiver. Cette période était aussi propice à la dépression. - Accessibilité : Certains participants n'avaient pas la possibilité de faire de l'exercice régulièrement. Seuls deux des cinq qui s'étaient exercés précédemment ont continué l'exercice. Nombreux participants ne savaient pas si ces exercices en groupe étaient disponibles dans leur municipalité ou non. - Environnement : Tous les participants ont déclaré qu'un transport en taxi était nécessaire et que le fait que les cours soient l'après-midi était un point positif. <p>5) Interprétation sur la manière dont les professionnels de la santé peuvent stimuler l'adhésion au traitement</p> <p>Les professionnels de la santé peuvent encourager les personnes âgées à participer aux groupes d'exercice physique. Les résultats décrits montrent que l'information et l'éducation stimulent la confiance chez les personnes âgées et les motivent. L'environnement social est un facteur important pour les stimuler. Renforcer l'accessibilité augmentera aussi l'observance.</p>
Limites	<p>Les résultats auraient pu être renforcés en incluant des participants de plusieurs municipalités. Le temps entre l'interruption de l'exercice et l'entretien varie pour tous les participants. Les quatre premiers candidats étaient en meilleure santé que les autres. L'intervieweur était l'ancien chef de l'étude antérieure à laquelle la moitié des participants ont participé (p.159).</p>