

JULIE MERCIER

**INTENTION DES INFIRMIÈRES D'UTILISER  
L'EXERCICE PHYSIQUE MUSCULAIRE COMME  
MOYEN D'INTERVENTION POUR MAINTENIR  
OU AMÉLIORER L'AUTONOMIE  
FONCTIONNELLE DE LA PERSONNE ÂGÉE EN  
CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE  
LONGUE DURÉE**

Mémoire présenté  
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval  
dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières  
pour l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES  
UNIVERSITÉ LAVAL  
QUÉBEC

2008

**INTENTION DES INFIRMIÈRES D'UTILISER L'EXERCICE PHYSIQUE  
MUSCULAIRE COMME MOYEN D'INTERVENTION POUR  
MAINTENIR OU AMÉLIORER L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE DE  
LA PERSONNE ÂGÉE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE  
LONGUE DURÉE**

**Résumé**

La présente étude vise à identifier les facteurs qui expliquent la motivation des infirmières à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention afin de maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle des aînés qui vivent en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Des variables issues de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988, 1991) et de la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1977, 1980) ont été utilisées aux fins de cette étude. Un questionnaire a été administré à 216 infirmières licenciées travaillant auprès de l'organisme Vigi Santé Ltée. Les résultats de l'analyse de régression hiérarchique effectuée auprès de 69 répondants qui ont retourné le questionnaire indiquent que la perception de contrôle, la norme morale et l'importance des facteurs facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement expliquent 83 % de la variance de l'intention des infirmières. Cette étude permet d'identifier des pistes de recherche pour favoriser l'utilisation de l'exercice physique musculaire en vue de favoriser la mobilité des aînés vivant en CHSLD.

## Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier ma directrice de maîtrise Mme Camille Gagné, pour la qualité de son enseignement et son support académique apporté. Son expertise et son intérêt marqué envers la recherche ont considérablement contribué à l'accomplissement de ce projet.

Également, je souhaite remercier l'organisme Vigi Santé ltée quant à leur participation à la collecte de données ainsi qu'à leur soutien tout au long de l'étude. Leur implication à ce projet s'inscrit dans leur approche où «*l'humain est au cœur de notre agir*».

## Table des matières

Résumé.....	ii
Remerciement.....	iii
Table des matières.....	iv
Table des figures.....	v
Table des tableaux.....	vi
Table des graphiques.....	vi
Chapitre 1 – Le problème de recherche.....	1
Introduction.....	2
Problématique.....	3
Terminologie .....	4
Concept d'autonomie fonctionnelle.....	4
Activité physique et concepts apparentés.....	11
Exercice physique et autonomie fonctionnelle.....	11
Effet du PRT sur les indicateurs de la limitation fonctionnelle.....	15
Effet du PRT sur les indicateurs de la diminution fonctionnelle .....	15
Effet du PRT sur les indicateurs de l'incapacité fonctionnelle.....	16
Rôle des infirmières dans le maintien de l'autonomie fonctionnelle et de l'actualisation des capacités fonctionnelles des résidents en CHSLD.....	17
Chapitre 2 – La recension des écrits.....	22
Chapitre 3 – Le cadre théorique.....	27
Buts et questions de recherche.....	31
Chapitre 4 – Méthodologie.....	32
Population à l'étude.....	33
Échantillon.....	33
Taille d'échantillon.....	33
Mesure des variables psychosociales de l'infirmière.....	34
Procédure de collecte de données.....	36
Analyse statistique.....	38
Chapitre 5 – Résultats.....	39
Analyse qualitative de contenu.....	40

Caractéristiques de l'échantillon.....	44
Participants.....	44
Fidélité.....	46
Statistiques descriptives.....	47
Prédiction de l'intention.....	48
Chapitre 6 – Discussion.....	54
Norme subjective.....	55
Attitude.....	56
Norme morale.....	57
Habitude.....	58
Perception de contrôle .....	59
Importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement.....	60
Variables sociodémographiques.....	62
Limites de l'étude.....	63
Conclusion.....	67
Références.....	69
ANNEXE 1.....	80
ANNEXE 2.....	88
ANNEXE 3.....	91
ANNEXE 4.....	101
ANNEXE 5.....	107
ANNEXE 6.....	126

### **Table des figures**

Figure 1 : Processus d'incapacité en interaction avec les facteurs de risque et la qualité de vie.....	8
Figure 2: Adaptation de la TCP de Ajzen (1991).....	30

## **Table des tableaux**

Tableau 1.0 :	Objectifs d'étude et indicateurs respectifs de la méta analyse du Cochrane Musculoskeletal Injuries Group.....	13
Tableau 1.1 :	Portrait des trois études menées en soins de longue durée.....	81
Tableau 5.0 :	Croyances saillantes et modales des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de la personne âgée en CHSLD.....	40
Tableau 5.1 :	Caractéristiques des participants selon le groupe d'âge et le niveau de scolarité.....	45
Tableau 5.2 :	Coefficient Alpha de Cronbach des différentes variables théorique.....	46
Tableau 5.3 :	Scores moyen, minimums et maxima des variables du cadre théorique.....	47
Tableau 5.4 :	Matrice de corrélation de Spearman entre les différentes variables théoriques.....	48
Tableau 5.5 :	Résultats de l'analyse de régression hiérarchique pour les variables prédites de l'intention.....	50

## **Table des graphiques**

Graphique 5.0 :	Analyse multivarié (MANOVA) des items p1 à p6 entre les groupes qui ont intention élevé et intention faible.....	53
-----------------	--	----

## **Chapitre 1 – Le problème de recherche**

## **Introduction**

Ce mémoire porte sur l'identification des facteurs qui expliquent la motivation des infirmières à utiliser l'activité physique musculaire comme moyen d'intervention, afin de maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle des aînés qui vivent en soins de longue durée. Le mémoire comporte six chapitres principaux. Les trois premiers chapitres présentent la problématique, la recension des écrits, le cadre théorique, les buts et questions de recherche. Le quatrième chapitre aborde la méthodologie retenue. Les chapitres cinq et six sont consacrés à la présentation et à l'interprétation des résultats. Il se termine avec la présentation des conclusions générales de l'étude.



## Problématique

La perte d'autonomie fonctionnelle est un état de santé préoccupant qui touche un grand nombre de personnes âgées qui habitent en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSDL). En effet, la majorité des placements en soins de longue durée est reliée à la présence de maladies chroniques et à une diminution des capacités fonctionnelles (Connelly, 2000; Baum, Jarjoura, Polen, Faur & Rutecki, 2003; Lebel, Kergoat, Latour & Leclerc, 1999). En outre, 50 % du taux de mortalité en hébergement est associé à une perte de limitations fonctionnelles (Clark, Dion & Barker, 1990). Certaines études attestent que le manque d'activité physique (Lord & Castell, 1994; Schroll, 1994) joue un rôle prépondérant dans le dysfonctionnement à l'âge avancé (Kino-Québec, 2002). En contrepartie, plusieurs études démontrent que l'exercice physique musculaire contribue à stabiliser ou à contrôler la perte des capacités fonctionnelles chez la personne âgée en perte d'autonomie (Rosemond & Mercer, 2002; Connelly, 2000; Chin A Paw, Poppel, Twisk & Willem, 2006; Bastone & Filho, 2004, Kino-Québec, 2002; Buchner, 1997). Il est intéressant de noter qu'une personne âgée de 80 ans pratiquant quotidiennement des exercices physiques musculaires se compare, en regard de la force musculaire des membres inférieurs, à une personne inactive âgée de 20 ans (Kino-Québec, 2002). Par ailleurs, il est souvent considéré à tort que cette diminution musculaire n'est qu'une conséquence normale du vieillissement (Kino-Québec, 2002), alors qu'elle résulte d'une inactivité physique persistante qui accompagne l'âge avancé (Kino-Québec, 2002). Lorsque l'inactivité physique s'échelonne sur plusieurs années, il y a diminution de la force musculaire ce qui peut mener à d'importantes limitations motrices et à l'incapacité. La force musculaire d'une personne âgée inactive de 80 ans est 40 % moins élevée que celle observée à ses 20 ans (Latham, Anderson, Bennett & Stretton, 2006) et sa masse musculaire est réduite d'environ 60 % (Kino-Québec, 2002). Ce phénomène d'atrophie musculaire est appelé sarcopénie. La sarcopénie, particulièrement des membres inférieurs, donne lieu à une réduction de la vitesse de marche, de la capacité à marcher et de l'équilibre conduisant à une augmentation des limitations fonctionnelles et des chutes chez la personne âgée en CHSLD (Tinetti,

Speechley & Ginter 1988; Kino-Québec, 2002). Seul l'exercice physique musculaire peut retarder et même renverser le déclin de la masse musculaire lié à la sarcopénie, responsable de l'incidence de plusieurs maladies chroniques (Kino-Québec, 2002).

Le renforcement musculaire devient donc une composante incontournable dans les programmes d'exercice physique puisque la force et l'endurance associées au renforcement musculaire jouent un rôle de premier ordre dans la réalisation de multiples activités quotidiennes (Kino-Québec, 2002). L'exercice physique musculaire constitue ainsi un moyen efficace et sécuritaire d'augmenter la masse musculaire, la force et l'endurance musculaire, la densité osseuse et de façon générale, l'autonomie fonctionnelle (la capacité d'exécuter une tâche) (Kino-Québec, 2002).

Il va sans dire que dans le cas d'une mise en activité tardive, l'avantage d'adopter un comportement axé sur l'exercice physique musculaire réside non pas dans une longévité accrue, mais dans l'amélioration ou le maintien des habiletés fonctionnelles, favorisant ainsi la qualité de vie (Kino-Québec, 2002), laquelle peut avoir une influence sur la perception de la santé et la mortalité. En effet, l'étude de Statistique Canada « Bien vieillir en santé » (Ramage-Morin, 2005) a fait ressortir les principaux facteurs associés à l'auto-évaluation positive de l'état de santé des personnes âgées vivant en établissement de santé au Canada. Il est intéressant de souligner que le degré d'autonomie fonctionnelle représente un déterminant significatif d'une auto-évaluation positive de l'état de santé. Il est raisonnable de croire que les personnes âgées qui peuvent se déplacer dans la résidence, effectuer des transferts entre lit et fauteuil, se donner des soins personnels sans l'aide d'autrui sont plus susceptibles d'évaluer positivement leur état de santé, ce qui aurait une incidence sur la mortalité. En effet, l'étude « Bien vieillir en santé » a également démontré que les personnes âgées qui évaluent positivement leur état de santé présentent un risque de mortalité plus faible. Ainsi, les efforts déployés quant aux interventions infirmières envers l'exercice physique musculaire pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle sont susceptibles d'aider les personnes âgées vivant en établissement de santé à évaluer leur état

de santé positivement ou plus positivement et contribuer ainsi à la qualité de l'exercice infirmier en CHSLD.

Or, malgré les effets bénéfiques de l'activité physique de type musculaire, en pratique, peu d'infirmières en milieu CHSLD semblent prioriser ces exercices physiques pour améliorer ou maintenir l'autonomie fonctionnelle des résidents (Robbin, Pender, Conn, Frenn, Neuberger, Nies, Topp & Wilbur, 2001). Le manque d'interventions infirmières axées sur l'exercice physique musculaire entraîne souvent une exacerbation des maladies chroniques accentuant ainsi les limitations fonctionnelles (Van Haastregt, Van Rossum, Diederiks, Voorhoever, Witte, & Crebolder, 2000). Le but de cette étude est de comprendre pourquoi les infirmières font peu appel à l'exercice physique musculaire pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent en CHSLD.

Dans un premier temps, la notion d'autonomie fonctionnelle et d'activité physique ainsi que leurs concepts apparentés seront présentés. Dans un deuxième temps, le type d'exercice physique nécessaire pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle sera abordé. Ensuite, le rôle de l'infirmière dans le maintien et l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle des résidents en CHSLD sera discuté. Une recension des écrits portant sur les facteurs qui affectent la motivation des infirmières à utiliser l'exercice physique musculaire pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle des résidents sera présentée. Le cadre théorique de l'étude de même que les objectifs seront ensuite présentés.

## **Terminologie**

### Concept d'autonomie fonctionnelle et concepts apparentés

On constate dans la littérature scientifique que l'autonomie fonctionnelle représente un construit s'exprimant à travers plusieurs dimensions qui touchent généralement les sphères physique, psychologique et sociale de la personne (Voyer, 2006). Or, il ne semble pas y avoir consensus entre les auteurs concernant les dimensions précises de l'autonomie

fonctionnelle ni sur l'appellation de ces dimensions. À titre d'exemple, le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle [S.M.A.F.] (Hébert, Guilblault & Pinsonnault, 2005), qui semble le seul instrument élaboré en français pour mesurer plusieurs dimensions de l'autonomie fonctionnelle, reconnaît les cinq dimensions suivantes : les activités de vie quotidienne (AVQ : soin d'hygiène personnelle, manger, etc.), la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les activités de vie domestique (AVD : faire l'épicerie, magasiner, etc.). Certains auteurs ont suggéré l'ajout d'une dimension sociale au SMAF (Pinsonnault, Desrosiers, Dubuc, Kalfat, Colvez & Delli-Colli, 2003).

Par ailleurs, d'autres auteurs (Zabel, 2000; Bastone & Filho, 2004) font appel à la dimension «performance», laquelle semble en fait rejoindre la dimension mobilité du SMAF. On constate en outre qu'il est fréquent d'étudier l'autonomie fonctionnelle en ne faisant appel qu'à un nombre limité de dimensions associées au construit. Des auteurs par exemple vont rendre compte de l'autonomie fonctionnelle en faisant appel à des indicateurs qui touchent seulement la dimension des AVQ (Hoon, 2006) ou celle de la mobilité (Connelly, 2000). De façon générale, les dimensions les plus souvent étudiées semblent être les AVQ, les AVD et la mobilité. Enfin, il ne semble pas y avoir consensus entre les auteurs concernant les indicateurs à utiliser pour rendre compte des différentes dimensions de l'autonomie fonctionnelle. Néanmoins, les indicateurs suivants semblent être les plus souvent utilisés pour rendre compte des dimensions AVQ, AVD et mobilité. En ce qui a trait aux AVQ, les indicateurs les plus souvent utilisés chez les personnes âgées en soins de longue durée sont ceux de l'index de Barthel (Malhoney & Barthel, 1965) et réfèrent au fait de s'habiller, prendre son bain, utiliser la toilette, manger, etc. Les indicateurs suivants sont souvent utilisés pour mesurer les AVD : utiliser le téléphone, exécuter les tâches domestiques légères, préparer les repas, etc. En ce qui concerne la mobilité, les indicateurs suivants sont fréquemment utilisés : le « Time up & Go test » (Podsiadlo & Richardson 1991) où la personne se lève d'une chaise avec accoudoirs, se déplace sur trois mètres, fait demi-tour et revient s'asseoir sur la chaise. Cette épreuve est chronométrée et notée en secondes (Vincent, 2004); la rapidité à se lever d'une chaise notée en seconde; la vitesse de

marche. Une difficulté perçue à l'un de ces tests peut représenter un signe de détérioration dans un ou plus de ces paramètres. (Newnham, 1995).

En outre, à ces dimensions se greffent des variables telles la diminution fonctionnelle, la limitation fonctionnelle et l'incapacité fonctionnelle (Nagi, 1991; Richmond, Tzah Tang, Tulman, Fawcett & McCorkle, 2004). Ces variables identifient le niveau d'autonomie fonctionnelle et traitent d'un processus réversible exprimé par une perte, par un maintien ou par une amélioration de l'autonomie fonctionnelle. Ces variables sont utilisées dans les deux principaux modèles reconnus internationalement traitant de l'autonomie fonctionnelle, soit le modèle de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] qui repose sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps [ICIDH] (1980) et le modèle de la limitation fonctionnelle ou modèle de Nagi (1991).

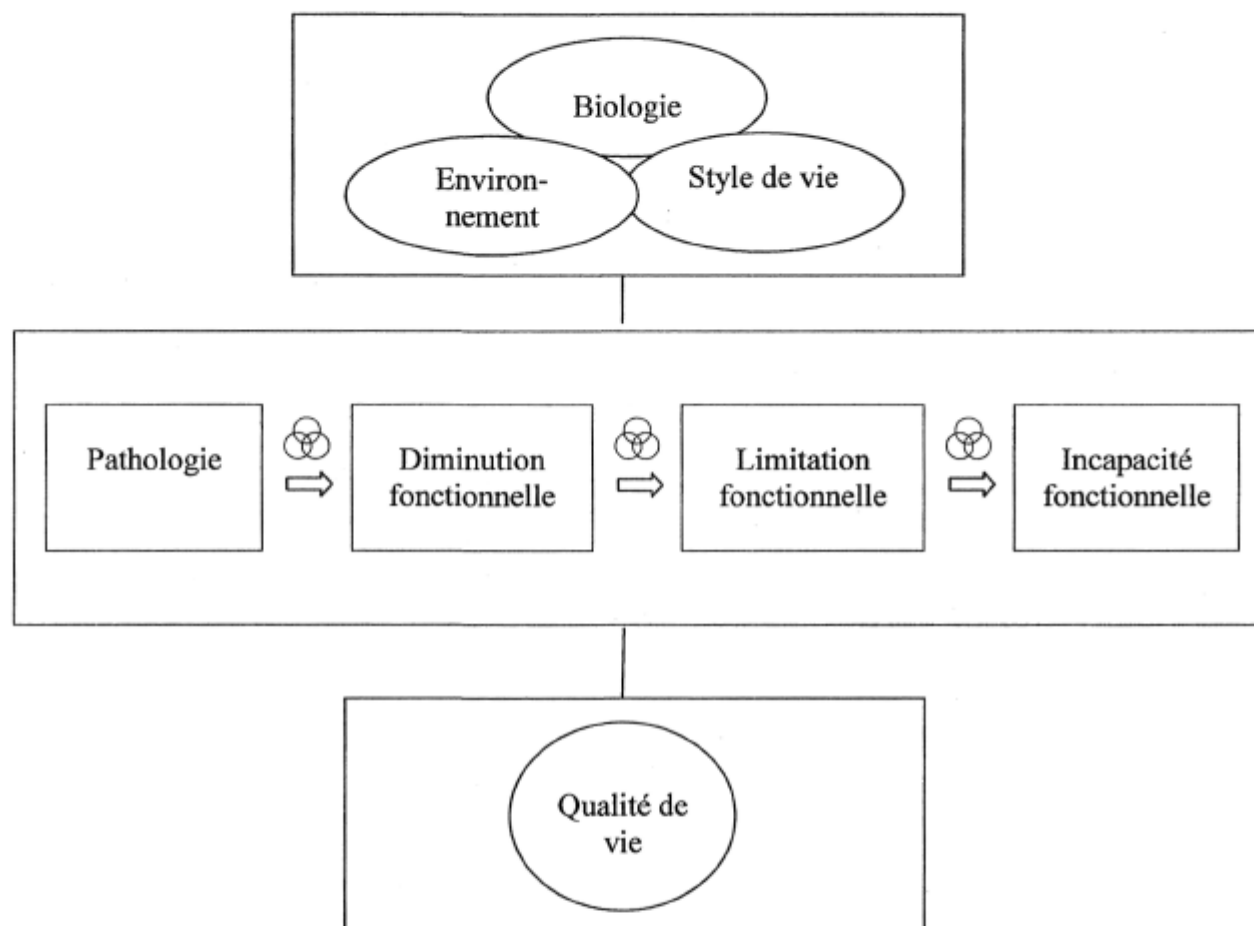
Ces deux cadres conceptuels (ICIDH, 1980; Nagi, 1991) possèdent chacun quatre concepts de base. Dans l'ICIDH (1980), les quatre concepts sont : la maladie, la diminution, l'incapacité, et le handicap. Dans le modèle Nagi (1991), les quatre concepts sont : la pathologie, la diminution, la limitation fonctionnelle et l'incapacité. Par ailleurs, les deux cadres conceptuels reconnaissent l'influence de l'environnement physique et social sur les caractéristiques personnelles.

Le ICIDH (OMS, 1980) est une version complémentaire à la Classification internationale des maladies (World Health Organisation's International Classification of diseases) de l'OMS. Son intention initiale fut de structurer l'information qui a trait aux conséquences des maladies. Or, plusieurs critiques ont été formulées à l'égard de l'ICIDH. Selon plusieurs auteurs, l'ICIDH n'est ni un système de classification de personne ni un instrument de mesure. De plus, plusieurs le considèrent comme une intrusion du corps médical dans les aspects sociaux de la vie, voire une «médicalisation de la condition invalidante» (Committee on a National Agenda for Prevention of Disabilities, 1991). Qui plus est, l'ICIDH traite du terme «handicap» dans sa classification et traditionnellement, ce

terme se réfère à une limitation dans l'exécution, plaçant l'individu en position de désavantage. À cet effet, les personnes avec une condition invalidante le considèrent comme un terme négatif (Committee on a National Agenda for Prevention of Disabilities, 1991). Ainsi, le terme handicap, communément utilisé dans les concepts de qualité de vie contribue à étiqueter négativement la qualité de vie d'un individu avec une condition invalidante, sans que celui-ci ne se considère de prime abord, dans une situation défavorable. Enfin, le manque de cohérence conceptuelle semble être un problème avec quelques-unes des classifications de l'ICIDH. En effet, certaines d'entre elles portent à confusion puisque certaines limitations du rôle social (ex. : le rôle familial, le rôle professionnel) sont classées comme des « comportements d'incapacité » alors qu'elles devraient, selon certains auteurs, être considérées comme des « handicaps professionnels » (occupation handicap) ou des « handicaps d'intégration sociale » (Committee on a National Agenda for Prevention of Disabilities, 1991).

Récemment, un groupe de travail de l'Institut de médecine aux États-Unis s'est inspiré des modèles de Nagi (1991) et de l'OMS (1980). Ce Comité suggère un nouveau cadre conceptuel alternatif qui ne focalise pas sur les conséquences de la maladie et qui n'utilise pas le terme handicap. Il mise plutôt sur l'acceptation et la popularité de l'ICIDH (1980) ainsi que sur la terminologie du cadre conceptuel de Nagi (1991). Le modèle adapté du Comité attribue une dimension biopsychosociale plus universelle puisqu'il tient en compte non seulement de diverses dimensions de la personne (physique, psychique, social et fonctionnelle) mais en plus des composantes ajoutées de l'environnement physique et social (facteurs de risques) ainsi que la qualité de vie. La Figure 1 présente le processus d'incapacité en interaction avec les facteurs de risque et la qualité de vie (Committee on a National Agenda for Prevention of Disabilities, 1991).

Figure 1. Processus d'incapacité en interaction avec les facteurs de risque et la qualité de vie (Committee on a National Agenda for Prevention of Disabilities, 1991)



Selon le modèle d'incapacité de Nagi (1991), le terme *autonomie fonctionnelle* réfère à la capacité d'exécution d'une personne face à ses activités planifiées et celles attendues des normes sociales communément appelées activités de vie quotidienne (AVQ; hygiène personnelle, s'habiller, manger, etc.) et activités de la vie domestique (AVD; faire l'épicerie, cuisiner, faire le ménage, etc.). Selon le modèle conceptuel d'incapacité proposé par le Comité (1991), l'autonomie fonctionnelle comporte quatre variables inter reliées identifiant ces écarts entre la capacité d'exécution attendue des normes sociales et celles effectivement exécutées par la personne : la pathologie incluant la maladie chronique; la diminution des capacités fonctionnelles; la limitation fonctionnelle; l'incapacité

fonctionnelle. Ces quatre variables sont issues d'un processus qui peut être réversible. Puisque chaque stade peut fluctuer, il y a possibilité d'intervenir à chacun d'eux pour en améliorer ou en maintenir l'état. Par exemple, par des exercices de réadaptation il est possible pour un individu ayant des limitations fonctionnelles, d'améliorer ses capacités fonctionnelles et de retrouver une plus grande autonomie fonctionnelle. Lorsque ce processus se détériore, on parle alors de perte d'autonomie fonctionnelle. À ces variables du processus d'incapacité s'ajoute une dimension biospsychosociale où l'on traite des facteurs de risques d'ordre biologique, environnemental (social et physique), comportemental et de style de vie ainsi que le concept de la qualité de vie.

La maladie chronique par définition est une mauvaise condition de santé persistante dont ses manifestations peuvent évoluer au fil du temps (Baszanger, 1986). Elle est potentiellement invalidante. Plusieurs maladies chroniques sont associées au processus du vieillissement et contribuent à diminuer les capacités fonctionnelles.

Pour sa part, la diminution des capacités fonctionnelles indique une perte ou une anomalie locale de nature anatomique, physiologique, mentale ou émotionnelle, qui peut être réversible. D'après le modèle d'incapacité du Comité (1991), on y retrouve trois catégories distinctes. La pathologie active ou le processus de la maladie, qui par définition amène à une diminution des capacités fonctionnelles puisqu'il induit des conséquences anatomiques, physiologiques, mentales ou émotionnelles. Également, les pertes résiduelles provenant d'une maladie chronique (ex. : neuropathie reliée au diabète) ou les anomalies résultant d'un épisode de santé critique (ex. : une amputation suite à un accident de la route, une paralysie résiduelle suite à un AVC, etc.). Puis, les anomalies non associées à un épisode de santé ou maladie chronique (ex. : formation congénitale). Aussi, toutes les maladies conduisent à des diminutions de capacités fonctionnelles, mais les diminutions de capacités fonctionnelles ne proviennent pas toutes d'une maladie.



Quant à la limitation fonctionnelle, elle est la manifestation d'une ou plusieurs diminutions de capacités fonctionnelles, elle n'est pas toujours fatale puisqu'elle peut parfois être évitée. Par exemple, la difficulté à lever une boîte (limitation fonctionnelle) peut être causée par une diminution des capacités cardiaques ou une diminution des capacités musculaires ou les deux à la fois. Pour leur part, ces diminutions de capacités peuvent résulter, par exemple, d'une maladie cardiaque ou d'une atrophie musculaire (sarcopénie) ou aux deux conditions de santé à la fois. Ainsi, la limitation fonctionnelle se réfère à l'expression qu'ont une ou plusieurs diminutions de capacités fonctionnelles sur l'organisme entier et représente un écart modéré de l'autonomie fonctionnelle. Parfois, plusieurs diminutions de capacités fonctionnelles sont nécessaires pour être en présence d'une limitation fonctionnelle.

L'incapacité fonctionnelle se réfère au rôle social plutôt qu'au fonctionnement de l'organisme. Elle représente un écart élevé entre le niveau d'exécution d'une personne face à ses activités planifiées et celles attendues des normes sociales. Ces rôles ou tâches sont organisés à l'intérieur de sphères de la vie quotidienne comme celle de la famille ou des relations interpersonnelles, celle du travail, celle de l'éducation et celle de la capacité à prendre soin de soi. Ainsi, ce ne sont pas toutes les diminutions de capacités ou les limitations fonctionnelles qui vont conduire à un constat d'incapacité, mais plutôt la signification ou l'écart qui leur est accordé en fonction des différents rôles attendus et générés à l'intérieur de ces sphères. En d'autres mots, le traitement accordé à l'incapacité fait état de *patterns* comportementaux réfléchis, attendus des normes sociales et manifestés lors de l'exécution des AVQ et AVD.

En plus de ces quatre variables, d'autres composantes contribuent à façonner la dimension et la sévérité de l'incapacité. Entre autres, l'âge, le milieu socioéconomique, le sexe, l'environnement et les valeurs sociétales, donnant parfois lieu à l'émergence de stéréotypes, d'inégalités ou de discriminations sociales. Par exemple, une société peut percevoir le vieillissement comme un processus de détérioration plutôt qu'un stade de développement,

traduisant ainsi une forme d'âgisme. Par conséquent, la perception stéréotypée que l'âge, les maladies chroniques et l'incapacité sont directement associés au vieillissement peut limiter la réalisation d'interventions visant l'actualisation des capacités fonctionnelles et le maintien bénéfique d'une vie autonome en âge avancé.

En somme, le modèle d'incapacité du Comité (1991) permet une meilleure compréhension du construit de l'autonomie fonctionnelle s'exprimant à travers plusieurs dimensions. À ces dimensions se greffent des variables identifiant différents niveaux d'autonomie fonctionnelle et traitant du processus réversible pouvant mener à la perte d'autonomie fonctionnelle.

#### Activité physique et concepts apparentés

L'activité physique est définie comme tout mouvement produit par l'appareil musculosquelettique qui résulte en une dépense énergétique (Pate, Pratt, Blair, Haskell, Macera, Bouchard, Buchner, Ettinger, Heath & King, 1995). Pour sa part, l'exercice physique musculaire est une extension de l'activité physique. Elle consiste en des mouvements définis, exécutés dans le but d'améliorer ou maintenir la souplesse, la force et l'endurance (Pate et al., 1995). Elle est planifiée, structurée et répétitive.

#### **Exercice physique et autonomie fonctionnelle**

Il y a une pénurie d'études expérimentales portant sur l'influence de l'exercice physique sur l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en soins de longue durée (Connelly, 2000). Malgré ce nombre limité, une méta analyse fut effectuée par le Cochrane Musculoskeletal Injuries Group (Latham et al., 2006).

Cette méta analyse d'études randomisées contrôlées (Latham et al., 2006) portait sur l'efficacité de programmes progressifs de résistance et de renforcement musculaire (PRT :

*program resistance training*) des membres inférieurs sur le niveau d'incapacité fonctionnelle et sur la limitation fonctionnelle, telles que définies par le modèle Nagi (1991). Un programme PRT est un entraînement visant à augmenter la force par le biais de mouvements exécutés contre une force externe spécifique qui est augmentée graduellement au fur et à mesure que l'individu devient plus fort (Latham et al., 2006). La résistance peut être fournie par l'utilisation de bandes élastiques, de poids libres, un appareil de musculation, etc. Le PRT peut s'appliquer sur une base individuelle ou encore lors d'activités de groupe. Bien que les études recensées dans la méta analyse puissent avoir appliqué un PRT sur différents groupes de muscles, les résultats rapportés dans la méta analyse ne concernent que l'effet du PRT appliqué aux membres inférieurs. La clientèle ciblée dans la méta analyse était âgée de 60 ans et plus, comportant ou non des problèmes de santé et vivant dans la communauté ou en établissement pour soins de longue durée. Plus précisément, cette étude a évalué l'efficacité du programme PRT sur deux indicateurs de l'incapacité fonctionnelle, quatre indicateurs de la limitation fonctionnelle et deux indicateurs de la diminution fonctionnelle. Pour l'incapacité fonctionnelle, l'évaluation des AVQ suivant l'indice de Barthel et la dimension physique de la qualité de vie du HRQOL ont été mesurées. Parmi les quatre indicateurs de la limitation fonctionnelle figure la vitesse de marche, faisant état de la force musculaire, du contrôle neuromusculaire et de la flexibilité des membres inférieurs en mètre par seconde; le « *timed up-and-go test* »; la rapidité à se lever d'une chaise notée en seconde qui évalue la force musculaire des quadriceps; l'équilibre suivant l'échelle Berg et le « *functional reach test* ». En ce qui a trait aux deux indicateurs qui traitent de la diminution fonctionnelle on retrouve l'évaluation de la force musculaire isokinétique et isométrique mesurée à l'aide d'un dynamomètre suivant une seule répétition et la capacité aérobie en fonction du VO<sub>2</sub>max suivant un test de marche de six minutes. Le Tableau 1.0 représente les objectifs de l'étude en lien avec leurs indicateurs respectifs.

Tableau 1.0 Objectifs d'étude et indicateurs respectifs de la méta analyse (Latham et coll., 2006)

Objectifs	Indicateurs
Évaluer l'effet d'un PRT sur la diminution fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Force musculaire (isokinetic + isométric avec dynamomètre, le test d'une répétition maximum)</li> <li>➤ Capacité aérobie (6 min. de marche + VO2 max)</li> </ul>
Évaluer l'effet d'un PRT sur la limitation fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Équilibre (échelle de Berg + test de l'atteinte fonctionnelle)</li> <li>➤ Vitesse de marche</li> <li>➤ Timed «up-and-go» test</li> <li>➤ Rapidité à se lever d'une chaise</li> </ul>
Évaluer l'effet d'un PRT sur l'incapacité fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ AVQ (Barthel Index)</li> <li>➤ HRQOL (dimension physique)</li> </ul>

Seules les études ayant testé l'effet spécifique du PRT en faisant appel à un devis expérimental ou quasi expérimental (c.-a.-d. assignation des répondants aux groupes de comparaison qui ne se fait pas de façon aléatoire) ont été retenues dans la méta analyse.

Au total, 66 études randomisées contrôlées ont été recensées dont 28 d'entre elles comportaient des participants ayant des problèmes de santé et des limitations fonctionnelles. Quinze de ces 28 études incluaient des participants avec des conditions spécifiques de santé telle des problèmes d'ostéo-arthrite (Baker, Nelson, Felson, Layne, Sarno & Roubenoff, 2001; Ettinger, Burns, Messier, Applegate, Rejeski & Morgan, 1997; Maurer, Stern, Kinossian, Cook & Schumacher, 1999; Schilke, Johnson, Housh & O'Dell 1996), de trouble artériel périphérique (Hiatt, Wolfel, Meier & Regensteiner, 1994;

McGuigan, Bronks, Newton, Sharman, Graham & Cody, 2001), de récente attaque cardiaque (Moreland, 2001), de maladie pulmonaire obstructive chronique (Simpson, 1992), de dépression (Singh, Clemens & Fiatarone, 1997), de faible densité osseuse (Parkhouse, Coupland & Vanderhoek, 2000), d'obésité (Ballor, Harvey-Berino, Ades, Cryan & Calles-Escandon, 1996), d'insuffisance rénale chronique (Castaneda, Gordon Uhlin, Levery & Kehayias & Dwyer, 2001) et de pontage coronarien (Maiorana, Briffa, Goodman & Hung 1997). Dans les autres études, les participants n'avaient pas de problème spécifique de santé, mais étaient considérés fragiles ou avec des limitations fonctionnelles (Chandler, Duncan, Kochersberg & Strudenski, 1998; Fiatarone, O'Neill, Ryan, Clements, Solares, & Nelson, 1994; Fiatarone, O'Neill, Doyle & Clements, 1997; Hennessey, Chromiak, Della Ventura, Reinert & Puhl, Kiel, 2001; Jette, Lachman, Giorgetti, Assman, Harris & Levenson, 1999; Latham, Anderson, Lee, Bennett, Moseley & Cameron, 2002; McMurdo & Johnstone 1995; Mihalko & McAuley, 1996; Newnham, 1995; Skelton & McLaughlin, 1996; Westhoff, Stemmerik & Boshuizen, 2000). Trois de ces études (Annexe 1) ont été effectuées en institution de soins de longue durée (Fiatarone, 1994; Mihalko, 1996; Newnham, 1995).

La majorité des études de la méta analyse étaient supervisées à temps plein par une équipe multidisciplinaire constituée d'infirmières, d'éducateurs physiques, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de médecins. La fréquence des exercices variait entre deux et trois fois par semaine. Par contre, la durée de l'entraînement différait d'une étude à l'autre ainsi que le nombre d'exercices par programme, allant d'un seul exercice à plus de 14. Aussi, la majorité des programmes (38 études) s'échelonnait sur huit à 12 semaines et les bienfaits du programme suivant son arrêt se maintenaient de deux à 78 semaines. Pour 27 études, la durée du programme était supérieure à 12 semaines. Par contre, une durée de programme supérieure à 12 semaines ne rapportait pas d'effet bénéfique supplémentaire comparativement à un programme de 12 semaines. De plus, le niveau d'intensité élevé rapportait une efficacité plus importante sur la force musculaire comparé au niveau d'intensité faible à modéré. La majorité des études dont les participants avaient des problèmes de santé ou des limitations fonctionnelles, a reçu un programme d'intensité

faible à modéré comparativement aux participants en santé qui ont reçu un programme d'intensité élevé.

La plupart des études comportaient un nombre restreint de participants, inférieur à 40 personnes au total. Onze études rapportaient un échantillon de 100 personnes ou plus au total (groupe expérimental PRT et groupe contrôle). Aussi, certaines études, autres que les trois études effectuées en soins de longues durées, rapportaient un grand nombre de personnes ayant abandonné l'étude (Donald, Pitt, Armstrong & Shuttleworth, 2000; Topp, Mikesky, Dayhoff & Holt, 1996). Pour les études dont le nombre de non-répondants était comparé entre le groupe contrôle et le groupe expérimental, il y avait jusqu'à 61 % de plus d'abandons dans le groupe expérimental (219) comparativement au groupe contrôle (148). Les résultats de ces études randomisées contrôlées sont présentés ci-dessous.

#### Effet du PRT sur les indicateurs de la limitation fonctionnelle

Les résultats indiquent un effet significatif modéré quant à l'augmentation de la vitesse de marche (14 études dont deux études menées en soins de longue durée, 798 participants,  $WMD^1 = 0,07$  m/s (95 % CI 0,04 à 0,09) et un effet significatif modéré à élevé quant à la rapidité à se lever d'une chaise (4 études,  $n = 185$ ,  $SMD^2 = -0,67$  (95 % CI -1,31 à -0,02). Les résultats ne démontrent pas d'effet significatif sur l'équilibre/le contrôle postural (12 études, 789 participants  $SMD = 0,11$  (-0,03 à 0,25), le temps de marche (4 études, 81 participants,  $WMD = 0,77$  sec, 95 % CI -0,65 à 2,20) ni sur le «timed up-and-go test» (6 études,  $n = 494$ ; 95 % CI -2,80 à 0,35).

#### Effet du PRT sur les indicateurs de la diminution fonctionnelle

Les résultats indiquent qu'un programme PRT a un effet significatif modéré à élevé (41 études, 195 participants,  $SMD : 0,68$  (95 % CI 0,52 à 0,84) sur l'augmentation de la force

<sup>1</sup> WMD= Différence moyenne pondérée (représente un indice de l'effet de grandeur lorsque les mêmes unités de mesures sont utilisées).

<sup>2</sup> SMD : Différence de moyenne standardisée (représente un indice de l'effet de grandeur lorsque les unités de mesures utilisées diffèrent).

musculaire des muscles extenseurs des jambes chez les personnes âgées de 60 ans et plus en santé ou avec des problèmes de santé ou des limitations fonctionnelles. Un effet significatif positif sur la capacité aérobie a aussi été observé, mais dans les cas seulement où le test de six minutes de marche était utilisé comme indicateur (6 études,  $n = 212$ ; WMD : 53,69 mètres, 95 % CI 27,03 à 80,36).

#### Effet du PRT sur les indicateurs de l'incapacité fonctionnelle

Les résultats ne démontrent pas d'effet significatif sur la dimension physique du HRQOL ni sur les AVQ. Deux analyses ont été effectuées séparément puisque 10 études ( $n = 722$ ) ont utilisé une échelle de mesure où le score le plus élevé représentait une faible incapacité/meilleure fonction (SMD 0,01 (95 % CI -0,14 à 0,16) alors que six études ( $n = 559$ ) ont utilisé une échelle de mesure où le score le plus élevé représentait une forte incapacité/faible fonction (SMD -0,17 (95 % CI -0,53 à 0,19). Dans les deux analyses, aucun effet significatif ne fût rapporté.

Ainsi, les résultats de la méta analyse indiquent qu'un programme PRT (résultats rapportés pour les membres inférieurs seulement) permet d'améliorer la force musculaire, la capacité aérobie et la mobilité, tel que l'indique les résultats obtenus à deux indicateurs de la mobilité soit la vitesse de marche et la rapidité à se lever d'une chaise. Les résultats obtenus dans les études menées plus spécifiquement dans les établissements de soins de longue durée indiquent qu'un programme PRT intensif permet d'augmenter la force musculaire (Fiatarone et coll., 1994; Newnham, 1995; Mihalko & McAuley, 1996), la vitesse de marche (Fiatarone et al., 1994; Newnham, 1995), la puissance pour monter les escaliers (Fiatarone et al., 1994) et le niveau d'activité physique (Fiatarone et al., 1994). Le PRT permettrait en outre de diminuer le temps requis pour se lever d'une chaise, marcher trois mètres et se rasseoir (Newnham, 1995). Enfin, l'étude de Mihalko et McAuley (1996) indique qu'un programme PRT intensif appliqué spécifiquement aux membres supérieurs contribue à améliorer la force, la satisfaction envers la vie et la capacité à effectuer des AVQ.

L'efficacité du PRT reposerait sur l'augmentation de la force musculaire suite à l'action du muscle qui agit contre une résistance externe et cela, en fonction de trois paramètres. La fréquence qui équivaut au nombre de répétitions et des séances nécessaires pour obtenir un effet escompté, l'intensité qui est relative au niveau d'endurance cardiovasculaire et de force musculaire requise pour obtenir un effet escompté puis la durée de l'exercice en fonction du temps nécessaire pour obtenir un effet escompté (American Association of Cardiology and Pulmonary Rehabilitation, 1995). Ainsi, la personne âgée qui participe à un PRT devient plus forte, plus résistante ce qui semble favoriser son autonomie fonctionnelle.

### **Rôle des infirmières dans le maintien de l'autonomie fonctionnelle et de l'actualisation des capacités fonctionnelles des résidents en CHSLD.**

Un nombre important d'auteurs reconnaît l'importance du rôle de l'infirmière dans le maintien de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées (Voyer, 2006; OIIQ, 2001; Lauzon & Adam, 1996). L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] (2000, 2002) considère d'ailleurs le maintien de l'autonomie et de l'actualisation des capacités fonctionnelles de la personne âgée comme l'un des dix-huit indicateurs de la qualité de l'exercice infirmier en milieu CHSLD. Bien qu'il soit admis que le maintien de l'autonomie et l'actualisation des capacités fonctionnelles des personnes âgées en CHSLD relèvent des soins infirmiers, le rôle précis des infirmières à cet égard demeure toutefois confus. Cette confusion semble en partie causée par une méconnaissance de la nature des interventions susceptibles d'avoir un impact significatif sur le maintien de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. En effet, plusieurs modes d'interventions sont suggérés dans la littérature pour favoriser l'autonomie fonctionnelle des résidents. Ainsi, on suggère aux infirmières d'exagérer les mouvements effectués lors du bain, au moment du brossage des dents ou des cheveux, lors de l'habillage, etc., afin de favoriser l'activité physique (le mouvement) des personnes âgées (Voyer, 2006). On suggère en outre d'encourager le patient à faire lui-même, à l'assister, plutôt que de faire à sa place (Voyer, 2006; McCloskey & Bulechek, 2000), d'effectuer des exercices passifs (Voyer, 2006; McCloskey



& Bulechek, 2000), d'élaborer des programmes de marche (Voyer, 2006; OIIQ, 2001) ou de créer un environnement propice à la mobilité en veillant par exemple à ce qu'il n'y ait pas d'objet qui limite la circulation, etc., (McCloskey & Bulechek, 2000). Bien que ces interventions puissent être associées à l'acte infirmier, peu d'études permettent de vérifier leur influence sur l'autonomie fonctionnelle des résidents en CHSLD. À ce jour, une seule étude semble avoir vérifié l'effet spécifique de la marche sur l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. À cet égard, l'étude de MacRae, Asplund, Schnelle, Ouslander, Abrahamse et Morris (1996), qui fait appel à un devis expérimental, indique qu'un programme de marche quotidien effectué sur 12 semaines n'a pas eu d'effet significatif sur la mobilité, le niveau d'activité physique et la qualité de vie des résidents. Selon Connelly (2000), les AVQ ne stimulent pas suffisamment la personne âgée en vue de maintenir la force musculaire et la mobilité fonctionnelle. Par ailleurs, les évidences disponibles actuellement ne laissent pas croire que des exercices d'étirements ou isométriques ont un impact positif sur le maintien de l'autonomie fonctionnelle de personnes âgées résidant en CHSLD (Lazowski et al., 1999). Sur la base des connaissances disponibles actuellement, il semble qu'un programme PRT serait la méthode à privilégier pour maintenir ou favoriser la mobilité chez les personnes âgées en CHSLD. Or, quel est le rôle de l'infirmière par rapport aux programmes d'exercices physiques visant à augmenter la résistance et le renforcement du tonus musculaire (PRT)? Actuellement, il n'existe pas de guide de conduites cliniques reconnues en science infirmière concernant les exercices physiques musculaires dispensés aux personnes âgées (Kelly, 2002). Par contre, si aucune approche proactive promouvant l'exercice physique musculaire n'est prise en compte dans les soins infirmiers de longue durée, la majorité de la clientèle en capacité de se mobiliser risque de passer la majeure partie de son temps assise, conduisant inévitablement à des limitations fonctionnelles (MacRae et al., 1996). Selon Voyer (2006), les infirmières sont les mieux placées pour cibler les interventions et les priorités de soins. Ce sont souvent elles qui détectent le problème, le préviennent et participent à son traitement. En ce sens, l'infirmière pourrait être celle qui détecte qu'un résident bénéficierait d'un PRT. En interdisciplinarité, un PRT pourrait être élaboré. Le soutien d'un physiothérapeute serait fort pertinent puisque la présence de poids ou de bandes élastiques est requise (McCloskey & Bulechek,

2000). L'infirmière peut aussi participer au traitement en veillant au « *monitoring* » du PRT auprès d'une personne âgée atteinte d'un problème cardiaque, et ce, en mesurant des paramètres comme la fréquence cardiaque et la tension artérielle, tout en observant et en surveillant la tolérance à l'exercice. En somme, l'infirmière est la mieux placée pour faire en sorte que les résidents puissent bénéficier d'un PRT.

L'élaboration d'interventions infirmières orientées vers un programme PRT visant à limiter, contrer et prévenir les limitations fonctionnelles qui conduisent aux principales causes d'incapacités physiques chez les personnes âgées en CHSLD, est cohérente au modèle conceptuel de Virginia Henderson, modèle qui demeure à ce jour le plus utilisé en soins infirmiers dans les CHSLD.

Le modèle conceptuel de Virginia Henderson traite de l'indépendance dans la satisfaction des besoins fondamentaux (Gasse & Guay, 1994; Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette & Major, 1994). Besoins hiérarchiques en partant des besoins physiologiques et de sécurité allant jusqu'aux besoins plus complexes tels que l'appartenance et les besoins d'amour et d'estime de soi (Kérouac et al., 1994). En fait, Henderson affirme que la *personne* est un tout complexe présentant 14 besoins fondamentaux en complémentarité avec les dimensions d'ordre biophysiques et psychosocioculturelles. Les besoins retrouvés sont le besoin de respirer, de boire et manger, d'éliminer, de se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir la température du corps, être propre et protéger ses téguments, éviter les dangers, communiquer avec ses semblables, agir selon ses croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser, se recréer et apprendre. La vision holistique du modèle conçoit la personne comme un être biopsychosocial représenté comme un tout. Conséquemment, un besoin insatisfait risque d'avoir des répercussions sur d'autres besoins. Par exemple, une limitation dans la mobilité traduite par l'incapacité de se lever d'un fauteuil (insatisfaction dans le besoin de se mouvoir) peut avoir des conséquences nuisibles sur le besoin d'éliminer du fait de l'incapacité à se lever du fauteuil pour se rendre à la salle de bain ou même sur les besoins d'éviter les dangers et d'être propre, manifesté par la peur d'aller dans le bain et d'en

ressortir, ou encore du besoin de se vêtir et dévêtir par l'incapacité de se lever du bord du lit pour enfiler des pantalons. Par conséquent, selon Henderson toute personne tend vers l'indépendance dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux et désire atteindre cette indépendance (Henderson, 1960). Selon elle, un besoin est une nécessité plutôt qu'un manque.

Conformément à Henderson, le soin infirmier concerne l'aide apportée aux personnes dans l'exécution des activités liées à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. Le rôle de l'infirmière est donc de maintenir et de rétablir l'indépendance dans la satisfaction du besoin de la personne (Boittin, Lagoutte & Lantz, 2002), dit autrement, maintenir l'individu dans le courant de la vie (Boittin et al., 2002). Pour ce faire, une grande importance est accordée à la réalisation de l'individu vers son autonomie. Henderson insiste également sur le rôle préventif de l'infirmière en plus de son rôle de conseillère et d'éducatrice de la santé. Un mode d'intervention dont dispose l'infirmière est celui de renforcer et d'augmenter la force en réponse au besoin de se mouvoir et de conserver une bonne posture (Boittin et al., 2002; Kérouac et al., 1994).

Le jugement clinique de l'infirmière porte sur la reconnaissance des besoins non satisfaits et des sources de difficulté qui s'y rattachent. Elle fait appel aux professionnels de l'équipe multidisciplinaire pour satisfaire les besoins de la personne, car sa compétence ne peut suffire dans le vaste domaine de la santé (Boittin et al., 2002).

D'après l'interprétation de Henderson, la santé représente la capacité que possède une personne de fonctionner de manière indépendante en regard de ses 14 besoins fondamentaux. L'environnement, selon Henderson, est la nature ou le milieu qui agit positivement ou négativement sur la personne. Dans cette pensée, l'infirmière s'efforce de fournir un milieu de soutien sécuritaire à la santé (Kérouac et al., 1994).

Par conséquent, l'application de ce modèle conceptuel pour la démarche de soins en CHSLD répond à plusieurs indicateurs de qualité de l'OIIQ, dont celui du maintien et de l'actualisation des capacités fonctionnelles de la personne âgée. Qui plus est, la représentation holistique et dynamique de ce modèle, qui prédomine en science infirmière, concorde harmonieusement avec le modèle du processus d'incapacité (Committee on a National Agenda for Prevention of Disabilities, 1991). En effet, chacun d'eux conçoit d'une part la dimension biopsychosociale de la personne comme une entité et l'influence qu'a l'environnement sur cette dimension (Henderson, 1960; Committee on a National Agenda for Prevention of Disabilities, 1991), et d'autre part, le processus réversible de l'état de santé puisqu'il est possible d'intervenir sur les besoins fondamentaux (Henderson, 1960) de la personne et par conséquent sur son niveau d'incapacité pour en améliorer ou en maintenir son état (Committee on a National Agenda for Prevention of Disabilities, 1991 ).

Malheureusement, dans la pratique en ce qui a trait au maintien et à l'amélioration des capacités fonctionnelles de la personne âgée, il existe peu d'interventions orientées vers l'exercice physique musculaire. Puisqu'il a été démontré que l'exercice physique visant à augmenter la résistance et le renforcement du tonus musculaire (PRT) constitue une intervention en soins infirmiers susceptible de favoriser la mobilité des personnes âgées en CHSLD, il s'avère pertinent de comprendre pourquoi les infirmières font peu appel à ce type d'exercices physiques.

## **Chapitre 2 – La recension des écrits**

Une recherche exhaustive effectuée sur les bases de données Medline, Cochrane Library, Cinhal, Age Line, Psychinfo n'a permis de répertorier aucune étude permettant de comprendre pourquoi les infirmières font relativement peu appel aux exercices physiques musculaires comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée.

Néanmoins, plusieurs auteurs ont soulevé certains facteurs pouvant nuire à l'intention des infirmières face à l'adoption d'un comportement axé sur l'exercice physique auprès des aînés en soins de longue durée. Entre autres, certains évoquent le manque de temps nécessaire à l'application d'un programme d'exercice physique (Robbin et coll., 2001). Cependant, comme le note Connelly (2000) augmenter ou maintenir les capacités fonctionnelles de la personne âgée permettrait de réduire le nombre d'intervenants pour les soins personnels et les déplacements, le nombre d'interventions reliées aux soins de plaies de pression, celles reliées au contrôle d'une douleur provenant de contracture suite à une immobilisation prolongée, etc. Selon Connelly (2000), il est aussi possible que les infirmières fassent peu appel à l'exercice physique musculaire parce qu'elles questionnent la capacité des aînés à compléter un programme d'exercice. En effet, des professionnels de la santé estiment qu'une moins bonne condition de santé est une contre-indication à l'exercice physique et que les personnes âgées n'ont plus la résistance et la force nécessaire pour participer à un programme d'exercice physique (Lazowski et al., 1999), que cela amène un risque de chute et ce, malgré le fait que des études démontrent le contraire (Lazowski et al., 1999; Connelly, 2000). Il est intéressant de noter à cet égard qu'il a été reconnu scientifiquement que même les exercices de faibles intensités sont profitables auprès de cette clientèle (Connelly, 2000). En outre, il est de plus en plus reconnu que la sédentarité cause davantage de préjudices à la santé des aînés, dont l'augmentation du risque de chute causé par une perte des capacités musculaires (MacRae et al., 1996; Frontera, Meredith, O'Neill, Knuttgen, & Evans, 1988). Contrairement aux croyances

populaires, les muscles de la personne âgée de 60 ans et plus ont une capacité d'adaptation, et ce, même à un âge très avancé (Frontera et al. 1988).

Il se pourrait en outre que les infirmières soient peu enclines à utiliser l'exercice physique par crainte que les médicaments représentent une contre-indication à l'exercice physique (Connelly, 2000). Or, le fait de suivre une thérapie médicamenteuse ne représente pas une contre-indication à la pratique régulière d'un programme d'exercice physique musculaire. Pour la majorité des médicaments (antihistaminique, anticholinergique, bêtabloquant, diurétique, etc.), il faut prévoir un apport liquidien supplémentaire et éviter l'exercice en période de temps chauds et humides. Lorsqu'il y a consommation de médicaments causant la somnolence (par exemple les anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs), un suivi plus étroit et une surveillance constante en prévention des chutes sont nécessaires (Kino-Québec, 2002). Dans tous les cas, une évaluation par le médecin des complications potentielles s'avère sécuritaire.

Le manque de connaissances en ce qui a trait aux types d'exercices physiques à favoriser selon les différentes maladies chroniques pourrait expliquer que les infirmières fassent peu appel à l'exercice physique comme moyen d'intervention (Connelly, 2000). Pour promouvoir l'exercice physique, l'infirmière doit notamment être en mesure de reconnaître les facteurs de risques afin d'intervenir. Il est à noter toutefois, que les résultats des études démontrent, que les personnes âgées en perte d'autonomie ont la capacité de participer sur une base régulière à un programme progressif d'exercice de renforcement du tonus musculaire (Lazowski et al., 1999) et ce, même avec une santé précaire. En effet, être atteint d'une cardiopathie, de diabète, d'ostéoporose, de dépression, de démence, de maladie pulmonaire chronique, d'insuffisance rénale, d'insuffisance vasculaire périphérique ou d'arthrite ne représente pas une contre-indication à l'exercice. En fait, les contre-indications à l'exercice physique chez cette clientèle sont les mêmes que chez les jeunes adultes (Mazzeo, Cavanagh & Evans, 1998). À ce jour, aucune littérature portant sur l'exercice physique en soins de longue durée chez les personnes en perte d'autonomie de 80

à 100 ans ne rapporte quelconque incident considérable au niveau cardiaque, d'infarctus du myocarde, d'hypertension, d'exacerbation du contrôle métabolique ni de mort subite. En contrepartie, la sédentarité représente un danger proéminent face à la perte d'autonomie fonctionnelle et sa morbidité. Sans équivoque, un programme d'exercice physique visant le renforcement du tonus musculaire vient bonifier l'état de santé pour lequel la médication ne pourrait substituer.

Selon certains auteurs, l'exercice physique musculaire est peu utilisé en soins de longue durée parce que la direction des soins ne reconnaît pas les bénéfices pour leur clientèle d'un programme d'exercice physique musculaire dans leur milieu (Kinion, Christie & Villella, 1993). Sans conteste, le support des administrateurs quant à l'instauration et au maintien de tels programmes semble vital (Kinion et al., 1993).

Finalement, l'attitude des soignants envers la personne âgée (OIIQ, 2000) pourrait également expliquer le manque de motivation des infirmières d'utiliser l'exercice physique en soins de longue durée. Le manque de respect de la dignité de la personne âgée en CHSLD figure parmi l'une des trois causes reportées dans le mémoire de l'OIIQ (2000) sur l'exploitation des aînés. La piètre qualité et l'insuffisance des soins observées en CHSLD (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004; OIIQ, 2000) accélère la perte d'autonomie et augmente la vulnérabilité des personnes âgées (Voyer, 2006). Or, il est évidemment plus facile d'abuser d'individus fragiles que d'individus plus autonomes (Rumak & Ravenda, 1997). Indubitablement, une telle approche engendre directement des séquelles physiologiques et psychologiques et amorce le processus de la perte d'autonomie fonctionnelle. L'aîné peut se retrouver isolé ou victime d'une contention physique. Au Québec, une étude de Roberge et Beauséjour (1988) a établi la prévalence de la contention physique en milieu CHSLD de 88 % à 31 %. L'état de cette situation a conduit à l'instauration de politiques ministérielles visant à réduire l'utilisation de la contention physique. Brower (1991) indique que le recours à la contention implique de nombreuses complications physiques reliées à l'immobilisation telles une rigidité musculaire, une perte



d'amplitude des mouvements, une contracture des articulations et une déminéralisation osseuse. Tous ces facteurs contribuent à augmenter la perte d'autonomie fonctionnelle de la personne âgée, sans en minorer l'ampleur de l'atteinte au niveau psychologique.

Le maternage de la personne âgée peut aussi nuire à l'expression de son autonomie fonctionnelle. Il se manifeste principalement par une plus grande dépendance aux soins et une vulnérabilité accrue envers une prise en charge totale de son autonomie par le personnel soignant. Il est aussi troublant de constater que c'est généralement lors de ces prises de contrôle que la personne âgée adopte un comportement d'abandon, de laisser aller menant à la sédentarité (Kane, Caplan, Urv-Wong, Freeman, Aroska & Finch, 1997). Ce portrait peu encourageant met en évidence l'apparition d'importantes carences sur le plan psychologique. Dans l'ensemble, les déficits se traduisent par une faible estime de soi en plus d'une grande difficulté à s'affirmer et à résoudre des problèmes (Kane, Caplan, Urv-Wong, Freeman, Aroska & Finch, 1997). Par conséquent, le maternage favorise la perte d'autonomie fonctionnelle (Arcand et al., 1997).

Il importe de mentionner que l'effet des variables mentionnées ci-dessus sur la motivation des infirmières à utiliser l'exercice physique pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle des résidents vivant en CHSLD n'a pas été vérifié empiriquement. En outre, aucun modèle théorique n'a guidé le choix de ces variables. Or, les programmes les plus efficaces visant à changer un comportement reposent sur une identification préalable des déterminants de ce comportement (Kok, Mullen & Van den Born, 1997). Plusieurs modèles théoriques peuvent être utilisés à cet effet.

## **Chapitre 3 – Le cadre théorique**

La Théorie du comportement planifié (TCP) (Ajzen, 1988, 1991) sert d'assise théorique principale à cette étude. La TCP, qui est un prolongement de la Théorie de l'action raisonnée (TAR) de Fishbein & Ajzen (1975), est reconnue comme l'une des plus performantes dans la prédiction et la compréhension du comportement (Godin & Kok, 1996).

Selon la TCP, deux principales variables détermineraient le comportement, soit l'intention (Int) et la perception du contrôle (PBC = *perceived behavior*). L'intention est la motivation ou la volonté d'une personne à réaliser un comportement (Ajzen & Fishben, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). Elle est définie comme la perception de la probabilité d'adopter un comportement (Ajzen & Fishben, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). Pour sa part, la perception du contrôle (PBC) est la perception du degré de facilité ou de difficulté avec lequel un comportement peut être adopté (Ajzen & Fishben, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). La présence de PBC confère à la TCP une visée plus générale que la TAR (1975) (théorie qui précède la TCP). En effet, en prenant en compte la perception du contrôle du répondant, la TCP permet l'étude de comportements qui ne sont pas entièrement volitifs, c'est-à-dire sous le contrôle total de la personne, comme c'est le cas dans la TAR.

Selon la TCP, l'intention d'adopter ou non un comportement est déterminée par trois construits principaux, soit l'attitude à l'égard du comportement (Aact), la norme subjective (SN) et la perception du contrôle (PBC), qui fut définie plus tôt. L'attitude désigne l'évaluation plus ou moins favorable de l'adoption d'un comportement (Ajzen, 1988, 1991). La norme subjective réfère à la perception du sujet que des personnes ou des groupes de personnes importantes pour lui approuveraient ou désapprouveraient l'adoption du comportement (Ajzen, 1988, 1991).

Selon la TCP, chaque construit direct (Aact, SN, PBC) est déterminé par deux variables indirectes. Ainsi, l'attitude est fonction des croyances comportementales (b), soit les

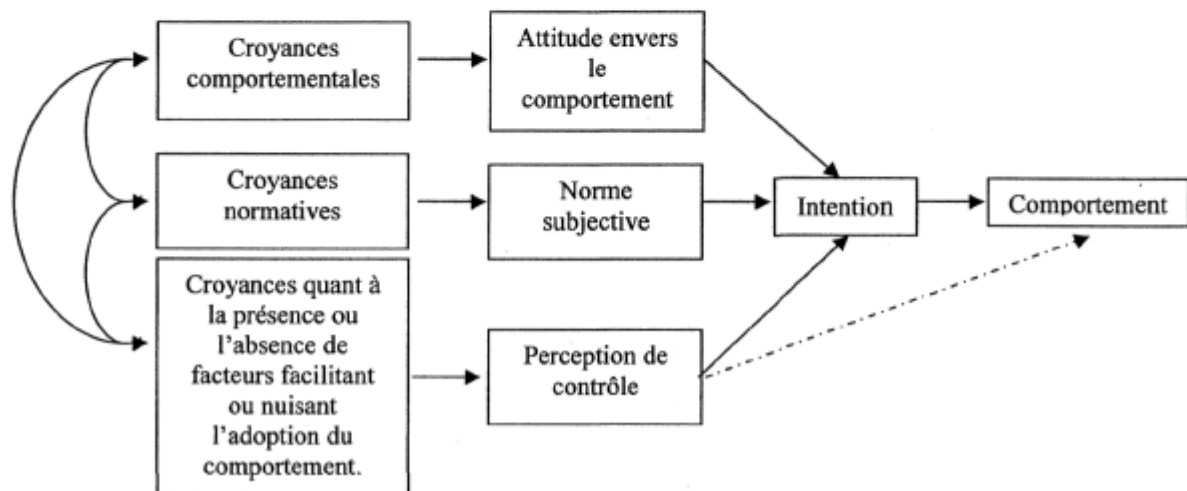
croyances concernant les conséquences associées à l'adoption du comportement et l'évaluation de la valeur accordée à ces conséquences (e). La norme subjective est déterminée par les croyances normatives (nb) soit les croyances du sujet concernant les chances qu'une personne ou groupe de personnes importantes pour lui pense qu'il devrait adopter ou non le comportement (Ajzen, 1988, 1991) et la motivation à se conformer (mc) soit la motivation du sujet à se conformer ou non à ce que pense une personne ou un groupe de personnes (Ajzen, 1988, 1991). Quant à PBC, il est déterminé par les croyances de la personne (c) relatives à la présence ou l'absence de facteurs facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement, et à l'importance accordée à ces facteurs (p).

Si le but d'une étude consiste essentiellement à déterminer l'intention, Ajzen (1991) suggère de mesurer seulement les trois variables directes soit l'attitude envers le comportement (Aact), la norme subjective (SN) et la perception de contrôle (PBC). Toutefois, une étude de Godin, Gagné & Sheeran (2004) a démontré que l'importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement (p) permet d'augmenter de façon significative le pourcentage de variance expliqué lorsque celle-ci est perçue comme un déterminant direct de l'intention. Pour cette raison, la variable (p) est considérée comme une variable directe de la TCP dans cette étude. En outre, une étude plus approfondie des déterminants associés à l'Aact, SN et PBC, qui implique la mesure de (b), (e), (nb), (mc), (c), et (p), permet d'identifier les variables susceptibles à utiliser en vue de modifier l'intention et le comportement ciblé (Valois, Godin & Desharnais, 1991). Cependant, une étude de Gagné et Godin (2000) démontre que l'utilisation de (b), (nb) et (p) seraient aussi efficace que l'utilisation de l'ensemble des variables indirectes. Pour cette raison, seules les croyances comportementales (b), les croyances normatives (nb) et l'importance accordée aux croyances de la perception de contrôle (p) seront mesurées dans le cadre de cette étude.

Selon la TCP, les variables comme les variables sociodémographiques, les connaissances, etc. n'exerceraient pas une influence directe sur l'intention ou leur comportement. Leur influence serait plutôt indirecte, en agissant potentiellement sur les variables indirectes ou

directes. La Figure 2 présente une adaptation de la TCP sans la présence de *e*, *mc* et *c*, comme le suggère l'étude de Gagné et Godin (2000).

Figure 2 : Adaptation de la TCP de Ajzen (1991)



Des études démontrent qu'un certain nombre de variables peuvent ajouter significativement à la prédiction de l'intention comportementale. Un certain nombre de variables, issues de la théorie des comportements interpersonnels (TCI; Triandis, 1977, 1980) se sont avérées particulièrement intéressantes à cet effet. Il a en effet été démontré que la norme morale (PNB) (Boyd & Wandersman, 1991; Conner & Armitage, 1998; Parker, Manstead & Stradling, 1995), l'habitude (H) (Conner & Armitage, 1998) et les rôles sociaux perçus (RB) (Conner & Armitage, 1998; Armitage & Conner, 1999) ajoutent significativement à la prédiction de l'intention après que l'influence des variables de la TCP ait été prise en compte. La norme morale réfère à des règles personnelles que se donne l'individu sans être fonction de l'opinion perçue des autres (Gagné & Godin, 1999). Les rôles sociaux perçus concernent le degré auquel un répondant perçoit qu'il est approprié de réaliser le comportement pour des individus occupant une position donnée (pouvant être similaire à la sienne) dans la structure sociale (Gagné & Godin, 1999). L'habitude se définit par le degré d'automatisme d'un comportement dans une situation donnée (Gagné & Godin, 1999).

### **Buts et questions de recherche**

Le but de cette étude consiste d'une part à identifier les déterminants individuels de la prédiction de l'intention des infirmières à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de la personne âgée. D'autre part, cette étude vise à déterminer sur quelles croyances saillantes devraient reposer les programmes d'interventions visant à modifier l'intention des infirmières à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de la personne âgée en CHSLD. Les questions de recherche sont les suivantes :

Question 1 : Est-ce que les variables directes de la TCP, soit l'attitude envers le comportement, la norme subjective, la perception de contrôle et l'importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement déterminent l'intention d'utiliser l'exercice musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de la personne âgée en CHSLD?

Question 2 : Est-ce que la norme morale et l'habitude ajoutent significativement à la prédiction de l'intention après que l'influence des variables directes de la TCP ait été prise en compte?

Question 3 : Sur quelles croyances saillantes devrait reposer un programme d'intervention visant à modifier l'intention des infirmières à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité la personne âgée en CHSLD?

## **Chapitre 4 – Méthodologie**

## **Population à l'étude**

La population est constituée d'infirmières licenciées travaillant dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), privé/conventionné, dans la province de Québec.

## **Échantillon**

Un échantillon d'infirmières volontaires a été utilisé. L'échantillon a été recueilli en sollicitant la participation de toutes les infirmières licenciées ( $n = 216$ ) travaillant auprès de l'Organisme Vigi Santé ltée, qui regroupe 14 CHSLD privés/conventionnés dans la province de Québec. Toutes les infirmières qui ont accepté de participer et qui ont rempli le questionnaire ont été retenues pour l'étude.

## **Taille d'échantillon**

Le calcul de la taille d'échantillon s'est effectué en fonction d'une régression hiérarchique. Selon les formules de Cohen (1988), un échantillon de 149 répondants s'avérait nécessaire pour détecter l'effet de deux groupes de variables dans la prédiction de la variable dépendante (l'intention); le premier groupe de variable était formé de quatre variables de la TCP (attitude, norme subjective, perception du contrôle et l'importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement) avec un  $R^2$  égal à 41 %. Cette valeur est obtenue de la méta analyse de Godin et Kok (1996) qui indique que les variables de la TCP expliquent, en moyenne, 41 % de la variance de l'intention de divers comportements liés à la santé. Le second groupe était formé de deux variables issues de la théorie du comportement interpersonnel (habitude et norme morale) avec un  $R^2$  partiel de



6 % ( $\alpha = 0,05$ , puissance = 80 %). Des études indiquent qu'il est raisonnable de croire que les variables de la TCI peuvent ajouter 6 % à l'explication de la variance de l'intention (soit 2 % par l'habitude (Ajzen, 1991), 3 % par la norme morale (Beck & Ajzen, 1991) et 1 % par les rôles perçus (Conner & Armitage, 1998)). Postulant un taux de réponse de 73 % (taux de réponse observé dans l'étude Werner et Mendelsson, 2001, qui fait appel à la TAR pour étudier l'intention des infirmières à utiliser les mesures de contrôle physique), il fut estimé qu'il serait nécessaire de faire appel à 204 infirmières pour obtenir la taille d'échantillon nécessaire aux analyses.

### **Mesure des variables psychosociales de l'infirmière**

Selon Fihnsbein et Ajzen (1975), les variables psychosociales doivent être mesurées par rapport à un comportement. Dans le cadre de cette étude, les variables ont été mesurées en référence à la mise en situation suivante : « *Madame A vient d'être admise au CHSLD. Vous êtes l'infirmière qui procède à son évaluation d'admission. Lors de l'évaluation, vous constatez que madame A est en mesure de se déplacer où elle veut à l'aide d'une canne. Vous constatez aussi qu'elle présente certaines pertes cognitives, mais qu'elle est capable de suivre des directives simples.* » Ainsi, le comportement retenu a été : utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A. Cette définition du comportement prend en compte les récentes études qui démontrent que l'exercice physique musculaire a un effet significatif positif sur le maintien et l'amélioration de la mobilité chez la clientèle âgée (Cochrane, 2001). L'intention (I), l'habitude (H), l'attitude (Aact), la norme subjective (SN), la perception de contrôle (PBC), les croyances comportementales (b), les croyances normatives (nb), les croyances liées au contrôle (p) et la norme morale (PNB) perçue par l'infirmière d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de la personne âgée, ont été mesurés à l'aide d'un questionnaire. Selon Ajzen & Fihnsbein (1975), le contenu des items visant à mesurer les croyances saillantes b, p, nb, ne doit pas être déterminé par les chercheurs, mais par les individus de la population visée. Ces

informations ont été obtenues à l'aide d'un questionnaire (Annexe 3) auprès de 24 infirmières de la population cible, mais différentes de celles qui ont participé à l'étude principale. Ce questionnaire comportait 11 questions (Annexe 3). Il a été administré par l'étudiante lors d'une formation théorique continue, auprès d'infirmières employées de Vigi Santé ltée, qui s'est tenue à la fin mars 2007. Les infirmières ont été invitées à compléter le questionnaire chez elle et à le retourner dans l'enveloppe pré affranchie et pré adressée à l'étudiante. Elles ont été libres de participer ou non à l'étude et leur décision n'a pu affecter leur rendement à la formation continue puisqu'il n'y avait aucune évaluation de cette formation.

Comme le suggèrent Ajzen (1991) et Triandis (1980), ces questions interrogeaient le répondant concernant la perception des avantages et les désavantages associés à l'adoption du comportement, les personnes ou groupes de personnes importantes pour le répondant qui approuveraient ou désapprouveraient la réalisation du comportement, les barrières perçues et conditions facilitantes à l'adoption du comportement. La taille d'échantillon ( $n = 24$ ) pour le développement du questionnaire a permis d'atteindre le niveau de saturation des données (Deslauriers & Kérisit, 1997). L'analyse de contenu de l'information a été réalisée par deux juges experts. Un accord final fut négocié quant aux thèmes extraits et leur importance. Les croyances les plus fréquemment mentionnées furent retenues et utilisées pour fixer le contenu des items visant à mesurer *b*, *nb*, *p*. En ce qui concerne la mesure de *I*, *Aact*, *SN*, *PBC*, *PNB*, et *H* les items développés par Gagné & Godin (1999) ont été utilisés (au moins trois items pour chaque construit), lesquels ont satisfait aux critères de formulation suggérés par les auteurs des construits. Comme le suggèrent Fishbein et Ajzen (1975) un différenciateur sémantique avec six niveaux de réponse a été utilisé pour mesurer *Aact*, alors qu'une échelle de type Likert à six choix de réponses a été utilisée pour mesurer les autres construits. La clarté du questionnaire (clarté des directives et des questions, niveau de langage, niveau de difficulté des questions, etc.) a ensuite été vérifiée auprès de cinq infirmières de la population cible. Pour ce faire, le questionnaire (Annexe 5), un coupon-réponse et un formulaire de consentement (Annexe 4) ont été distribués lors d'une

formation théorique continue, qui s'est déroulée vers la fin avril 2007. Les infirmières furent libres de participer ou non et cela n'a pas affecté leur rendement à la formation continue puisqu'il n'y avait aucune évaluation de cette formation. Les infirmières furent invitées à compléter, chez elles, la lettre de consentement, le coupon-réponse et le questionnaire et à retourner le consentement signé avec le coupon réponse dans une enveloppe pré affranchie et pré adressée à l'étudiante. Via le carton réponse, l'infirmière spécifiait si elle acceptait ou non d'être contactée pour une courte entrevue téléphonique d'environ 10 minutes. Dans l'affirmative, elle était invitée à laisser un numéro de téléphone où elle pouvait être rejointe et à préciser le moment où elle désirait être contactée. Dans l'entrevue, l'étudiante a demandé à l'infirmière d'exprimer, en ses mots ce qui était attendu d'elle dans le questionnaire (compréhension des directives du questionnaire) et aux deux premières questions (compréhension des questions). Enfin, l'étudiante demanda de préciser si le questionnaire comprenait des questions ou mots plus difficiles à interpréter.

Aucune modification ne fut apportée au questionnaire. Les infirmières qui participaient à la pré expérimentation du questionnaire ont été différentes de celles ayant complété le questionnaire et elles n'ont pas été sollicitées pour l'étude principale. Il est à noter que la démarche permettant de développer un questionnaire qui mesure les variables psychosociales est très bien connue et a été appliquée avec succès dans plusieurs recherches antérieures (voir par exemple Gagné & Godin, 2000).

### **Procédure de collecte de données**

Une entente de collaboration écrite a d'abord été établie entre l'étudiante et la responsable de la Direction du développement clinique et des services spécialisés de Vigi Santé Itée. En outre, les directions des soins des 14 CHSLD furent informés sur la nature et les objectifs de l'étude ainsi que la démarche de collecte de données lors d'une réunion du Comité de gestion clinique où siégeaient tous ces directeurs.

De façon plus spécifique, le questionnaire a été administré aux infirmières en utilisant une approche similaire à celle proposée par Dillman (1978). Par le passé, cette approche s'est avérée efficace en fournissant, un taux de réponse de 79 % parmi les dentistes du Québec (Godin, Naccache, Brodeur & Alary, 1999). Le matériel nécessaire à la collecte de données, c'est-à-dire une lettre d'introduction signée par l'étudiante, un formulaire d'information signée par l'étudiante faisant mention de l'anonymat à la participation à l'étude, le questionnaire et une enveloppe de retour pré affranchie et pré adressée à l'étudiante, mais qui n'identifie pas le répondant, ont été acheminés par envoi postal dans des enveloppes grand format au domicile des infirmières employées de Vigi Santé ltée. La direction de Vigi Santé ltée a procédé à l'envoi postal de ces enveloppes. Les participantes ont eu à compléter le questionnaire et à le retourner en utilisant l'enveloppe de retour pré affranchie et pré adressée à l'étudiante. Environ 20 minutes étaient nécessaires pour remplir le questionnaire. Un rappel par courrier interne s'est effectué, la semaine suivant l'envoi du questionnaire. De façon plus spécifique la secrétaire de chacun des 14 CHSLD a remis à chaque infirmière une enveloppe identifiée à son nom. Cette enveloppe comprenait une lettre de rappel et un questionnaire supplémentaire. Il était prévu que deux semaines étaient nécessaires pour effectuer le rappel auprès de l'ensemble des infirmières par courrier interne (vers la 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> semaine). Le délai total alloué pour recueillir l'ensemble des enveloppes retour cachetées anonymes était de deux semaines (vers la 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> semaine). La collecte de données s'est donc échelonnée sur un total de six semaines. La participation à l'étude principale, impliquant seulement de remplir le questionnaire anonyme, était conforme au consentement implicite, retenu pour cette étude. Concernant le traitement des informations confidentielles relatives aux entrevues téléphoniques pour le prétest (noms et numéros de téléphone des infirmières), ces données furent conservées pour la durée de l'étude seulement et détruites par déchiqueteuse par la suite. Quant aux informations recueillies lors des entrevues téléphoniques, les questionnaires reçus (questionnaire des croyances saillantes et le questionnaire principal) ainsi que les consentements signés, ils ont été conservés sous clé dans un tiroir de filière situé chez l'étudiante responsable de l'étude et seront détruits par déchiqueteuse cinq ans suivant la fin de l'étude. Aucune adresse n'a

été obtenue et connue de l'étudiante ni de la directrice de maîtrise puisque l'employeur a effectué lui-même l'envoi postal aux infirmières. L'employeur n'a exigé aucune demande spécifique à l'étudiante pour effectuer la recherche auprès de son personnel.

### **Analyse statistique**

Des analyses statistiques descriptives ont d'abord été effectuées (moyenne, écart-type, distribution de fréquence, etc.). Une analyse de la régression multiple hiérarchique a ensuite été réalisée afin d'identifier les déterminants de l'intention des infirmières à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention. Ainsi, la variable dépendante fut l'intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité fonctionnelle. Dans un premier temps, l'effet de quatre variables indépendantes a été testé, soit Aact, SN, PBC et P qui sont les variables directes de la TCP. Dans un deuxième temps, l'effet des variables externes à la TCP (PNB et H) a été vérifié afin de déterminer si ces variables ajoutent significativement à la prédiction de l'intention une fois l'influence des variables de la TCP prises en compte. Enfin, une analyse de la variance multivariée a été appliquée afin de comparer les groupes ayant une intention forte et faible en regard des croyances saillantes (b, nb ou p) liées aux construits directes qui se sont relevés des prédicteurs significatifs de l'intention. Les analyses furent effectuées à l'aide du logiciel statistique SAS, version 9.1.3.

## **Chapitre 5 – Résultats**

## Analyse qualitative de contenu

Le Tableau 5 présente les résultats de l'analyse de contenu effectuée par les deux juges experts suite à la présentation de six questions à 24 répondantes issues de la population cible. Rappelons que les questions interrogeaient le répondant concernant la perception des avantages et les désavantages associés à l'adoption du comportement, les personnes ou groupes de personnes importantes pour le répondant qui approuveraient ou désapprouveraient la réalisation du comportement, les barrières perçues et les conditions facilitantes à l'adoption du comportement. L'analyse de ces informations permet de déterminer les croyances saillantes modales (c.-à-d. importantes pour les répondants de l'étude) et ainsi fixer le contenu des items visant à mesurer les variables indirectes. Plusieurs approches sont possibles pour identifier les croyances saillantes modales. Nous avons retenu celle suggérée par Gagné & Godin (1999) qui consiste à retenir les croyances ayant la plus grande fréquence jusqu'à ce que le total des fréquences retenues corresponde à 75 %.

Tableau 5.0 : Croyances saillantes et modales des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de la personne âgée en CHSLD.

Croyances saillantes vs modales*	Fréquence de mention	Fréquence %
• <b>Avantages/Désavantages</b>		
Maintenir l'autonomie*	16	17
Augmenter/Maintenir * la force musculaire	11	12
Maintenir la mobilité*	10	11
Favoriser l'élimination*	7	7

Croyances saillantes vs modales*	Fréquence de mention	Fréquence %
• <b>Avantages/Désavantages (suite)</b>		
Diminution du risque de plaies*	4	4
Permettre une activité sociale*	4	4
Se sentir plus valorisé	3	3
Qualité de vie	3	3
Risque de chutes	3	3
Peut augmenter la fatigue	2	2
Améliorer son endurance	2	2
Augmenter la circulation	2	2
Maintenir la vivacité d'esprit	2	2
Diminution de la solitude	2	2
Prévenir les chutes	2	2
Maintien de l'indépendance	2	2
Favorise bon maintien postural	1	1,1
Diminue détérioration musculo-osseuse	1	1,1
Maintien de l'agilité	1	1,1
Meilleure intégrité de la peau	1	1,1
Meilleure digestion	1	1,1
Conservation de l'appétit	1	1,1
Équilibre santé mentale	1	1,1
Augmentation de la concentration	1	1,1
Meilleure adaptation dans son milieu	1	1,1
Diminution du risque d'embonpoint	1	1,1
Améliore l'équilibre	1	1,1
Prévient fracture	1	1,1
Augmente la forme	1	1,1
Augmente la santé	1	1,1



<b>Croyances saillantes vs modales*</b>	<b>Fréquence de mention</b>	<b>Fréquence %</b>
<b>• Avantages/Désavantages (suite)</b>		
Risque de fracture	1	1,1
Danger de se blesser	1	1,1
Diminution de la collaboration aux soins après séance d'exercice r/a fatigue	1	1,1
L'épuisement ressenti après une séance d'exercice peut rendre la personne moins réceptive aux exercices subséquents	1	1,1
Déranger les autres	1	1,1
Risque d'augmenter l'agitation	1	1,1
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

**• Personnes qui approuvent ou désapprouvent**

Famille*	20	23
Préposé aux bénéficiaires*	11	13
Résident*	10	11
Infirmière*	10	11
Physiothérapeute*	8	9
Ergothérapeute*	6	7
Infirmière auxiliaire	5	6
Médecin	5	6

---

<b>Croyances saillantes vs modales*</b>	<b>Fréquence de mention</b>	<b>Fréquence %</b>
<b>• Personnes qui approuvent ou désapprouvent (suite)</b>		
Technicienne en réadaptation physique	5	6
Récréologue	2	2
Éducateur spécialisé	1	1
Collègues	1	1
La direction	1	1
La coordination	1	1
Ma famille	1	1
Psychologue	1	1
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

---

<b>• Facteurs facilitant ou nuisant</b>		
Manque de temps*	12	21
État de santé précaire*	8	14
Déficit cognitif*	8	14
Absence de coopération du résident*	6	10
Manque d'intervenants*	5	9
Personnel formé*	5	9
Douleur	4	7
Salle attitrée	3	5
Matériel disponible	2	3
Résident alité	1	2
Phase terminale	1	2
L'âge	1	2

<b>Croyances saillantes vs modales*</b>	<b>Fréquence de mention</b>	<b>Fréquence %</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Facteurs facilitant ou nuisant (suite)</b></li> </ul>		
Trop grande stimulation provoquée en cours d'exercice	1	2
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

\* croyances modales

Si on avait appliqué le critère des fréquences cumulatives atteignant 75 % pour choisir les croyances saillantes comportementales modales, il aurait été nécessaire d'en retenir 14. Or, certaines d'entre elles étaient mentionnées relativement peu souvent. Il fut donc décidé de faire appel à un autre critère de sélection des croyances suggérées par Fisbhein et Ajzen (1980), soit celui qui consiste à retenir les croyances atteignant un pourcentage donné. Aux fins de cette étude, nous avons retenu les croyances comportementales mentionnées au moins 4 % des fois. Ainsi, en appliquant ce critère, on retrouve six croyances saillantes comportementales modales. En ce qui concerne les croyances saillantes normatives modales, nous avons retenu un critère de 72 % plutôt que 75 %, car dans le cas contraire, il aurait été alors nécessaire de retenir des croyances relativement moins souvent choisies en comparaison des autres de la liste.

## **Caractéristiques de l'échantillon**

### **Participants**

Au décompte, sur les 216 questionnaires envoyés, 72 infirmières ont retourné le questionnaire complété qu'elles avaient reçu. Le taux de participation d'ensemble des

infirmières a été de 33,3 %. Soixante-neuf questionnaires ont été retenus aux fins des analyses; deux questionnaires ont été retirés puisqu'ils étaient incomplets (données manquantes) et un questionnaire a été retiré pour données aberrantes (valeur de résidus standardisés supérieure à plus ou moins 2) (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1992). Il ne s'avère malheureusement pas possible de comparer les répondants avec les non-répondants afin d'estimer si les caractéristiques des uns diffèrent de celles des autres et vérifier ainsi si l'échantillon est biaisé.

L'échantillon était constitué de 88 % de femmes et 12 % d'hommes. Les infirmières répondantes se retrouvaient surtout dans la catégorie d'âge  $\geq 50$  ans et la moyenne des années d'expérience était de 19,91 avec un écart type de 9,70. Le Tableau 5.1 présente les caractéristiques de cet échantillon.

Tableau 5.1 : Caractéristiques des participants selon le groupe d'âge et le niveau de scolarité.

Caractéristiques des participantes	<i>n</i>	%
• Groupe d'âge		
20 – 30 ans	3	4,35
31 – 40 ans	18	26,09
41 – 50 ans	21	30,43
Plus de 50 ans	27	39,13
• Niveau de scolarité		
Collégial	51	73,91
Baccalauréat	17	24,64
Maîtrise	1	1,45
Doctorat	0	0,00

## Fidélité

Le Coefficient alpha de Cronbach a été utilisé pour évaluer la consistance interne des items rattachés aux variables du modèle. Une valeur égale ou supérieure à 0,70 était jugée satisfaisante (la valeur minimale acceptable est de 0,70 selon Nunnally & Bernstein 1994). Le Tableau 5.2 présente les résultats obtenus pour chacune des variables, tous satisfaisants avec un résultat minimum de 0,83 pour l'intention et un résultat maximum de 0,97 pour les croyances comportementales. Il est à noter que des valeurs supérieures à 0,90 à l'alpha de Cronbach suggèrent une certaine redondance des items, mais ne justifie pas leur élimination.

Tableau 5.2 : Coefficient Alpha de Cronbach des différentes variables théoriques.

Variables	Non standardisé	Standardisé
1. Intention	0,83	
2. Attitude		0,92
3. Norme subjective	0,87	
4. Perception de contrôle	0,89	
5. Norme morale	0,91	
6. Importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement	0,89	
7. Habitude <sup>a</sup>	0,96	
8. Croyances normatives	0,93	
9. Croyances comportementales		0,97

Note <sup>a</sup> : coefficient de Spearman, car deux items mesurent l'habitude.

### Statistiques descriptives

Le score moyen de l'intention a été de  $4,82 \pm 1,2$ , le score minimum a été de 1,00 et le score maximum de 6,75. L'ensemble des scores moyens, minimums et maximums des autres variables est présenté au Tableau 5.3. Les résultats démontrent que la moyenne des scores a été très élevée pour les croyances comportementales, l'intention et les croyances normatives. À l'opposé, on observe les scores moyens les plus faibles pour la perception de contrôle et l'habitude. De façon générale, les scores moyens pour les autres variables indépendantes servant à prédire l'intention ont été élevés.

Tableau 5.3 : Scores moyens, minimums et maximums des variables du cadre théorique.

Variables	Score moyen	Écart-type	Score min.	Score max.
<b>Variables directes de la TCP</b>				
• Intention	4,82	1,21	1,00	6,75
• Attitude	4,57	0,85	1,67	6,00
• Norme subjective	4,43	0,99	1,50	6,00
• Perception de contrôle	3,86	0,98	1,00	6,00
• Importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement	4,22	0,87	1,00	5,83
<b>Variables indirectes de la TCP</b>				
• Croyances comportementales	5,01	0,91	1,00	6,00
• Croyances normatives	4,77	0,88	1,00	6,00
<b>Variables empruntées de la TCI</b>				
• Habitude	2,04	1,09	1,00	4,50
• Norme morale	4,63	1,07	1,00	6,00

Note : les scores pouvaient varier théoriquement entre 1 et 6 pour Aact, Sn, PBC, Pnb, b, p et nb, entre 1 et 6,75 pour Int et entre 1 et 4,5 pour hab.

### Prédiction de l'intention

Les corrélations entre les principales variables à l'étude apparaissent au Tableau 5.4. Une matrice de corrélation de Spearman, a été utilisée puisque les variables indépendantes du cadre théorique ne sont pas distribuées normalement. Toutes ces variables sont significativement associées à l'intention ( $p < 0,00$ ). Les résultats indiquent que la norme subjective, la perception de contrôle, l'importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant et la norme morale (variable empruntée de la TCI), démontrent une forte relation avec l'intention. À l'inverse, l'habitude, autre variable empruntée de la TCI, démontre une association légèrement plus faible avec l'intention, comparativement aux autres variables.

Tableau 5.4 : Matrice de corrélation de Spearman entre les différentes variables théoriques.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Intention	1,00								
2. Attitude	0,64	1,00							
3. Norme subjective	0,74	0,64	1,00						
4. Perception de contrôle	0,74	0,62	0,76	1,00					
5. Norme morale	0,72	0,59	0,65	0,53	1,00				
6. Importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement	0,73	0,66	0,68	0,64	0,69	1,00			
7. Habitude	0,58	0,38	0,52	0,57	0,48	0,50	1,00		
8. Croyances normatives	0,69	0,53	0,70	0,65	0,48	0,67	0,54	1,00	
9. Croyances comportementales	0,65	0,55	0,74	0,50	0,71	0,65	0,31	0,62	1,00

Les corrélations sont toutes significatives à  $p < 0,00$

Les postulats de la régression hiérarchique ont été vérifiés et ils ont tous été satisfaits. D'abord, la linéarité de la relation entre chaque variable indépendante et la variable dépendante a été vérifiée par une méthode visuelle, en examinant le nuage de points entre chaque variable indépendante et les résidus. En second, la normalité de la distribution des résidus a été vérifiée avec le test de Shapiro-Wilk ( $p = 0,46$ ). L'homogénéité de la variance des résidus a été vérifiée à l'aide du test de White (1980) ( $p = 0,42$ ). Finalement, la multicolinéarité a été vérifiée en considérant l'ordre de grandeur des corrélations entre les variables indépendantes ( $\leq 0,80$ ) et la tolérance ( $1-R^2 > 0,19$ ).

Le Tableau 5.5 présente les résultats de l'analyse de la régression hiérarchique effectuée. Le premier groupe de variables testées par le modèle relevait de la TCP et a permis d'expliquer 80 % de la variance de l'intention (attitude, norme subjective, perception contrôle et importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement) ( $F(4,64) = 70,56$   $p < 0,00$ ). Parmi ces variables, seules la perception du contrôle ( $p = 0,00$ ), l'importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant ( $p = 0,00$ ) et l'attitude ( $p = 0,03$ ) représentent des déterminants significatifs de l'intention. La deuxième étape de l'analyse de régression hiérarchique a permis de tester l'influence des variables empruntées de la TCI, soit l'habitude et la norme morale, qui ont permis d'ajouter 4 % à la prédiction de l'intention, et ce, après que l'influence des variables directes de la TCP ait été prise en compte ( $F(6,62) = 59,67$   $p < 0,00$ ). Les variables qui ressortent des déterminants significatifs de l'intention à cette deuxième étape sont la norme morale ( $p = 0,00$ ), la perception du contrôle ( $p = 0,01$ ) puis l'importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement ( $p = 0,02$ ). Finalement, un troisième groupe de variables constituées des données démographiques (âge, sexe, années d'expérience et niveau de scolarité) fut testé. Aucune de ces variables ne s'est révélée significative ( $p > 0,05$ ) ( $F(7,61) = 52,00$   $p < 0,00$ ). Le modèle a été relancé en prenant en compte uniquement les variables qui se sont révélées significatives dans chacun des groupes de variables testés auparavant. Les résultats indiquent que les principaux déterminants de l'intention des infirmières étaient par ordre d'importance : la perception du contrôle ( $p < 0,00$ ), la norme morale ( $p < 0,00$ ) et l'importance accordée aux facteurs facilitante ou



nuisant ( $p = 0,00$ ) pour un  $\beta$  standardisé respectif de 0,42, 0,34 et 0,25. Ces variables permettent d'expliquer 83 % de la variance de l'intention ( $p = 0,00$ ) ( $F = (3,65) = 115,70$   $p < 0,00$ ).

Tableau 5.5 : Résultats de l'analyse de régression hiérarchique pour les variables prédites de l'intention.

Variables	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$
Étape 1			
1. Attitude	0,24	0,11	0,17*
2. Norme subjective	0,16	0,12	0,13
3. Perception de contrôle	0,48	0,13	0,39**
4. Importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement	0,44	0,12	0,32**
Étape 2			
1. Attitude	0,12	0,10	0,09
2. Norme subjective	0,15	0,11	0,12
3. Perception de contrôle	0,36	0,13	0,29**
4. Importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement	0,28	0,12	0,19*
5. Norme morale	0,34	0,09	0,30**
6. Habitude	0,06	0,07	0,05
Étape 3			
1. Perception de contrôle	0,54	0,10	0,44**
2. Importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement	0,33	0,11	0,24**
3. Norme morale	0,36	0,09	0,32**
4. Âge	- 0,08	0,09	-0,06
5. Sexe	- 0,30	0,19	-0,08
6. Expérience	- 0,01	0,01	-0,05
7. Niveau de scolarité	0,11	0,10	0,05

## Étape 4

1. Perception de contrôle	0,51	0,10	0,42
2. Importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement	0,35	0,11	0,25
3. Norme morale	0,39	0,09	0,34

Note. Les résultats de la deuxième étape sont les mêmes lorsqu'on retient dans le modèle seulement les variables qui ont été significatives à l'étape 1.

Le  $R^2 = 0,80$  pour l'étape 1;  $R^2 = 0,84$  pour l'étape 2;  $R^2 = 0,84$  pour l'étape 3. Il y a une différence statistiquement significative entre les  $R^2$  des étapes 1 et 2 ( $p = 0,00$ ) mais non pas entre ceux des étapes 2 et 3 ( $p = 0,19$ ).

\* $p \leq 0,05$

\*\* $p \leq 0,01$

Suivant ces résultats, une analyse de la variance multivariée (MANOVA) a été effectuée sur les items p1 à p6 (associés à la variable de l'importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement) afin de déterminer sur quelles variables indirectes devraient porter une intervention visant à modifier l'intention des infirmières face à l'utilisation de l'exercice physique musculaire en CHSLD. Ainsi, les répondants ont été catégorisés en deux groupes selon leur intention faible ou élevée. Pour ce faire, la variable int2 impliquant neuf niveaux de réponse a été ramenée à six niveaux de réponses comme pour les autres, en faisant l'opération suivante : l'option 1-2 = 1, 3-4 = 2 et 5 = 3, 6-7 = 4, 8 = 5, 9 = 6. Par la suite, une dichotomisation a été effectuée (ceux avec intention élevée = 1-2-3 et ceux avec intention faible = 4-5-6). Au total, 49 personnes avaient une intention élevée et 20 personnes avaient une intention faible.

Quant aux deux principaux postulats de la MANOVA soit la normalité multivariée des résidus et l'homogénéité des matrices de variance-covariance, ils ont été vérifiés et les résultats indiquent que les postulats ne sont pas satisfaits.

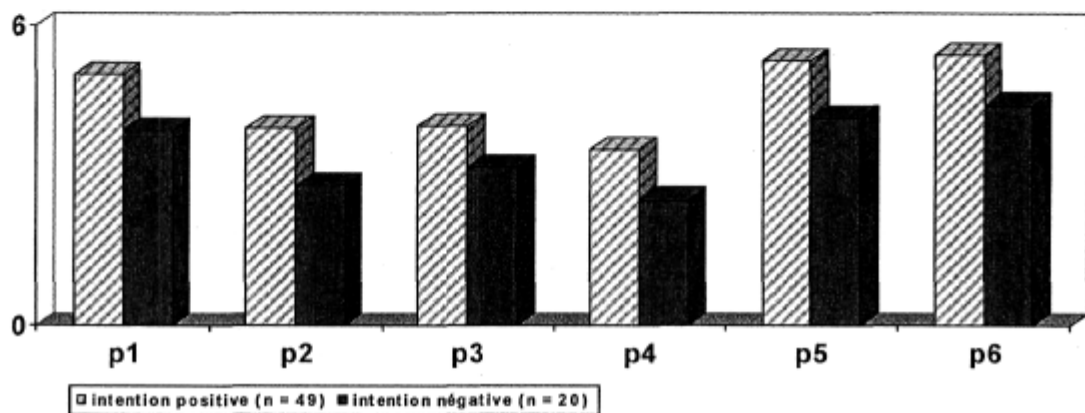
En ce qui concerne la normalité multivariée des résidus des variables dépendantes, celle-ci suppose au départ que chaque variable dépendante doit être distribuée normalement (de manière univariée). Or, le test significatif de Shapiro-Wilk indique qu'aucune n'est distribuée normalement (le  $p$  varie entre  $p = 0,00$  et  $p = 0,00$ ). Cependant, des auteurs indiquent que le test est robuste à la violation de ce postulat (Kirk, 1982). En outre, Mardia (1971, dans Tabachnick & Fidell, 2001) précise que lorsque le nombre d'individus dans chacun des groupes n'est pas le même et qu'il y a plusieurs variables dépendantes, le test est robuste s'il y a au moins 20 individus dans chacune des cellules, condition qui est satisfaite dans la présente étude puisque 49 personnes avaient une intention élevée et 20 personnes avaient une intention faible.

En ce qui concerne le test d'homogénéité des matrices de variances-covariances, celui-ci suppose au départ qu'il y a homogénéité des variances pour chaque variable dépendante. Or, dans cette étude, il n'y a pas d'homogénéité des variances pour les items un et trois puisque  $p < 0,25$  (Bertrand, 1986). Ainsi, les auteurs mentionnent que le fait de violer le postulat est acceptable si le groupe avec la plus grande variance comporte aussi le plus grand nombre de personnes (Kirk, 1982). Toutefois, pour l'item p1, l'écart type de ceux qui ont intention positive ( $n = 49$ ) est de 0,75 et l'écart type de ceux qui ont intention négative ( $n = 20$ ) est de 1,29. Donc, la variance la plus grande est associée au plus petit groupe. Le même phénomène s'applique pour l'item p6 : pour le groupe présentant une intention positive ( $n = 49$ ), l'écart type est de 0,67 et il est de 1,31 pour le groupe avec une intention négative ( $n = 20$ ). Dans une telle situation, où le  $p$  se retrouve biaisé (groupe avec le plus grand nombre de personnes se retrouve avec la plus petite variance), Tabachnick et Fidell (2001) suggèrent de travailler avec un alpha plus sévère. Cela peut se faire en appliquant par exemple l'approche de Bonferroni (voir Glass & Hopkins, 1996). Cette approche consiste à diviser l'alpha par le nombre de comparaisons à faire, dans ce cas-ci  $0,05/6 = 0,01$ . Ainsi, en appliquant ce critère très sévère ( $p < 0,01$  plutôt que  $p < 0,05$ ), les résultats démontrent une différence statistiquement significative entre les groupes qui ont intention élevée et intention faible pour chacun des items p1 à p6. Le Graphique 5.0 rapporte les

résultats au test de MANOVA. La signification du modèle a été vérifiée avec le critère de Pillai : Pillai = 0,33  $F(6,62) = 5,09$ ;  $p < 0,00$ .

plutôt qu'avec le lambda de Wilks puisque les variances ne sont pas homogènes (Tabachnick & Fidell, 2001).

Graphique 5.0 : Analyse multivariée (MANOVA) des items p1 à p6 entre les groupes qui ont intention élevée et intention faible.



Scores possibles des items : 1 (Tout à fait improbable) à 6 (Tout à fait probable)

Le graphique démontre que les déficits cognitifs (p1), le manque de temps (p2), la détérioration de l'état de santé du résident (p3), le manque de personnel (p4), la coopération du résident (p5) ainsi que le manque de formation du personnel (p6), représentent tous des barrières que les infirmières ayant une intention plus faible perçoivent comme étant difficilement surmontables.

## **Chapitre 6 – Discussion**

Le but de cette étude visait d'une part à déterminer si les variables directes de la TCP soit l'attitude envers le comportement, la norme subjective, la perception de contrôle et l'importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement pouvaient déterminer l'intention des infirmières d'utiliser l'exercice musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de la personne âgée en CHSLD. Les résultats de l'étude ont ainsi démontré que, dans le modèle final retenu, deux de ces variables, soit la perception de contrôle et l'importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement, déterminent l'intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de la personne âgée en CHSLD. En contrepartie, l'attitude et la norme subjective, autres variables directes de la TCP, ne se sont pas révélées déterminantes de l'intention.

### **Norme subjective**

Les résultats de cette étude indiquent que la norme subjective n'est pas un déterminant de l'intention. Cela peut être lié au fait que la direction des soins ne reconnaît pas les bénéfices pour leur clientèle d'un programme d'exercice physique musculaire dans leur milieu (Kinion, Christie & Villella, 1993). Sans conteste, le support des administrateurs quant à l'instauration et au maintien de tels programmes semble vital (Kinion et al., 1993). Il pourrait donc s'avérer pertinent de sensibiliser ces personnes qui sont aux postes de pouvoir et qui peuvent, par conséquent, exercer une influence sur ce qui est valorisé ou non dans un milieu.

Le fait que la norme subjective ne soit pas un déterminant significatif de l'intention n'est pas si étonnant dans la perspective où plusieurs études ayant utilisé la TCP pour prédire le comportement auprès d'adultes indiquent que ce facteur est non significatif ou du moins qu'il est le prédicteur le moins important de l'intention (Armitage & Conner, 2001). Selon Albarrcin, Kumkale et Johson (2004), Ravis et Sheeran (2003) l'influence de la norme

subjective serait plus importante chez les jeunes. En outre, plusieurs auteurs suggèrent que le faible pouvoir prédictif de la composante normative serait dû à la façon dont ce construit est conceptualisé dans la TCP; cette conceptualisation ne faisant pas état des différentes façons que l'influence sociale peut se manifester (Conner & Armitage, 1998; Terry, Hogg & White, 1999). À cet effet, des auteurs suggèrent d'établir une différence entre les normes sociales injonctives (qui correspond aux croyances normatives dans la TCP) et les normes descriptives sociales, qui concernent la perception du comportement des autres (Cialdini, Reno & Kallgren, 1990). L'étude de Ravis et Sheeran (2003) indique que la norme descriptive explique 5 % de la variance de l'intention une fois pris en compte les effets des variables de la TCP. Selon Courneya & McAlex (1995), il pourrait aussi s'avérer pertinent de mesurer le support social, c'est-à-dire, l'assistance ou l'information reçue par le biais de contact formel ou informel d'individus ou groupes (Wallston et al, 1983, p. 369). Il serait pertinent de prendre en considération ces facteurs dans une étude ultérieure.

## **Attitude**

Les répondants de l'étude affichent en moyenne une attitude positive envers le fait d'utiliser l'exercice physique musculaire pour maintenir ou améliorer la mobilité de la personne âgée en CHSLD. Malgré tout, ce facteur ne se relève pas un déterminant de l'intention. Cette attitude positive peut surprendre un peu puisque selon L'OIIQ (2000) plusieurs infirmières démontrent plutôt une attitude orientée vers l'âgisme. D'après Tremblay (dans Voyer, 2006), le manque de connaissance sur le processus normal du vieillissement peut avoir contribué au développement d'une attitude marquée vers de l'âgisme. Ce phénomène prédispose une attitude centrée vers le maternage, c'est-à-dire, prendre en charge et faire à la place de la personne âgée, limitant ainsi son autonomie. Cette attitude inspire une façon de voir qui va quelque peu à l'encontre de celle que suppose l'utilisation de l'exercice physique musculaire, puisque celle-ci vise à rendre la personne aînée plus autonome. Il serait donc intéressant de vérifier dans des études futures si les infirmières de la population visée par cette étude démontrent ou non une attitude orientée

vers l'âgisme et comment une telle attitude est liée à l'attitude envers l'utilisation de l'exercice physique musculaire. Car il n'est pas impossible que la mesure d'attitude utilisée dans le cadre de cette étude (de même que la mesure des autres construits) ait été entachée par le biais de la désirabilité sociale. Ainsi peut-être que l'attitude réelle des infirmières envers l'exercice physique musculaire n'est pas aussi forte que celle observée dans le cadre de cette étude et que c'est une attitude orientée vers l'âgisme qui domine chez les infirmières de la population visée.

### **Norme morale**

D'autre part, cette étude visait également à évaluer si la norme morale et l'habitude, variables empruntées de la TCI, ajoutaient significativement à la valeur de prédiction de l'intention après que l'influence des variables directes de la TCP ait été prise en compte. Les résultats ont démontré que seule la norme morale est significative. Elle a permis d'ajouter 4 % à la valeur de prédiction de l'intention. Cela va dans le sens des résultats de l'étude de Conner et Armitage (1998) qui indique que la norme morale ajoute en moyenne 4 % à l'explication de la variance de l'intention une fois que l'influence des variables de la TCP a été prise en compte. Des auteurs suggèrent que la norme morale aurait une influence plus importante dans l'adoption de comportement ayant une incidence morale ou éthique (Beck & Ajzen, 1991; Gorsuch & Otberg, 1983; Kurland, 1995), c'est-à-dire, des comportements dont l'adoption soulève un questionnement éthique (est-ce acceptable ou non d'agir ainsi sur le plan éthique? Est-ce que cela convient à l'être humain?). Étant donné l'attitude d'un certain nombre d'infirmières qui seraient orientées vers l'âgisme et considérant qu'il existe un manque de respect de la dignité de la personne âgée en CHSLD (OIIQ, 2000), on peut croire que certains pourraient se questionner sur la nécessité, l'acceptabilité ou le besoin de recourir à l'exercice physique musculaire afin de favoriser la mobilité des aînés en CHSLD. Dans cette perspective, le comportement à l'étude comporte une certaine incidence éthique.



La norme morale réfère à des règles et valeurs personnelles que se donne l'individu sans être fonction de l'opinion des autres (Fishbein & Ajzen, 1975). Donc, il s'avère cohérent de croire que le fait de recourir aux valeurs personnelles et morales des infirmières pour promouvoir l'adoption du comportement aura un effet significatif sur leur intention de l'adopter.

Étant donné que la norme morale constitue un déterminant fort important (en fait le deuxième plus important) dans le cadre de cette étude, il serait important de mieux comprendre les facteurs qui définissent la norme morale afin de pouvoir intervenir sur ces facteurs et agir sur la norme morale des infirmières en CHSLD concernant l'utilisation de l'exercice physique musculaire auprès des aînés. À cet effet, les travaux de Blondeau et ses collègues (2004) s'avèrent pertinents puisqu'ils cherchent à identifier les déterminants de la norme morale. Ceux-ci ont identifié trois déterminants potentiels de la norme morale soit l'autonomie, la bienfaisance et la justice. Les résultats indiquent que la bienfaisance (agir dans le meilleur intérêt des autres, désir de faire le bien) explique 50 % de la variance de la norme morale. Ainsi, une façon de modifier la norme morale serait d'amener les individus à considérer la bienfaisance au moment d'adopter le comportement. Il serait intéressant dans des études futures de vérifier si les construits identifiés par Blondeau et ses collègues (2004) (autonomie, bienfaisance, justice) permettent d'expliquer la norme morale des infirmières par rapport au fait d'utiliser l'exercice physique musculaire pour augmenter l'autonomie des aînés résidant en CHSLD.

## **Habitude**

Les résultats de la présente étude indiquent que l'habitude ne constitue pas un déterminant de l'intention d'utiliser l'exercice physique musculaire pour maintenir ou améliorer la mobilité des aînés qui résident en CHSLD, ce qui va à l'encontre des résultats de plusieurs études qui démontrent que cette variable ajoute significativement à la prédiction de

l'intention une fois prise en compte l'influence des variables de la TCP (Conner & Armitage, 1998; Ouellet & Wood, 1998). Cependant, sur la base des résultats descriptifs de cette étude, il semble cohérent que l'habitude ne soit pas un déterminant significatif de l'intention. En effet, la grande majorité des infirmières de la population visée ne semble pas intégrer l'exercice physique musculaire dans leurs interventions. Plusieurs raisons peuvent expliquer que les infirmières n'aient pas l'habitude de ce comportement. Les résultats de la présente étude indiquent notamment une corrélation de 0,57 entre l'habitude et la perception de contrôle. Ainsi, les infirmières pourraient en partie ne pas avoir l'habitude du comportement parce qu'elles perçoivent ne pas avoir le contrôle sur son adoption. Il serait pertinent d'étudier plus en détail les différents facteurs qui expliquent que les infirmières adoptent ou pas ce comportement.

### **Perception de contrôle**

Les résultats de cette étude indiquent que la perception de contrôle serait le facteur qui influence le plus les infirmières à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention. Ces résultats vont dans le sens des résultats de plusieurs autres études dans lesquelles la perception du contrôle s'avère le plus important ou l'un des plus importants prédicteurs de l'intention comportementale (Armitage & Conner, 2001; Godin & Kok, 1996; Sheeran & Taylor, 1999). D'après les résultats de l'étude, les infirmières sembleraient qualifier de difficile l'adoption de l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention. La revue des facteurs facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement présentée ci-dessous permettra de mieux comprendre ce qui fait que les répondants perçoivent avoir relativement peu de contrôle sur l'adoption du comportement.

## **Importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement**

Les résultats de cette étude indiquent que les facteurs nuisant ou facilitant l'adoption du comportement sont des déterminants directs de l'intention. Ces résultats vont dans le même sens que ceux observés dans l'étude de Godin, Gagné et Sheeran (2004), qui ont fait l'analyse secondaire de huit banques de données ayant utilisé la théorie du comportement planifié pour prédire divers comportements liés à la santé. Ces auteurs ont démontré que l'importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement permet d'augmenter de façon significative le pourcentage de variance expliqué lorsque cette variable est utilisée comme un déterminant direct de l'intention.

Suivant le troisième but de cette étude à savoir sur quelles croyances saillantes devrait reposer un programme d'intervention visant à modifier l'intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité la personne âgée en CHSLD; une analyse multivariée (MANOVA des items p1 à p6) des facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement a été effectuée. Les résultats de l'analyse ont démontré que les infirmières considèrent que les facteurs suivants constituent des facilitateurs ou des obstacles à l'adoption du comportement. Par ordre d'importance, il s'agit de la formation des employés, la coopération du résident, l'état cognitif du résident, la diminution de l'état de santé, le manque de temps puis le manque de personnel.

Le manque de formation nécessaire à l'application de ce type d'intervention représenterait l'obstacle majeur perçu par les infirmières. De façon générale, la formation actuelle des infirmières en gérontologie semble déficiente (Voyer, 2006). En effet, une étude canadienne effectuée en 1993 avait évalué les composantes de la formation des infirmières auprès de 20 directions d'écoles canadiennes et de 31 experts du domaine des soins infirmiers gériatriques. Parmi ce nombre, seulement 41 % détenait un diplôme de deuxième

cycle et environ 60 % pratiquait en soins de longue durée. L'étude rapporte que les écoles de soins infirmiers ne pouvaient dispenser une formation adéquate en gériatrie puisque seulement 5 % des enseignants détenaient une formation de deuxième ou troisième cycle dans ce domaine. Le manque de formation et d'expertise du corps professoral dans ce domaine mine l'élaboration de programmes de formation répondant de façon satisfaisante aux rôles de l'infirmière en soins gériatriques, ce qui peut avoir une incidence sur la qualité des soins dispensés aux aînés. Il est aussi malheureux de constater que des études plus récentes démontrent que la situation n'a pas changé (Baumbush & Andrusyszyn, 2002). Cette situation peut avoir contribué à une stagnation des connaissances et de l'expertise clinique des infirmières favorisant un milieu de soins moins attirant pour la relève. Relève qui provient de l'ère de la technologie où l'innovation et le défi de la création sont nécessaires. Ce manque d'intérêt pour le domaine du vieillissement serait une conséquence plutôt qu'une cause de la faible place que les programmes de formation accordent à la gériatrie (Voyer, 2006).

Le manque d'intérêt pour le domaine du vieillissement peut aussi avoir un impact sur un autre facteur facilitant ou nuisant l'adoption du comportement perçu par les infirmières, soit le manque de personnel. Le constat peu encourageant de l'augmentation des départs à la retraite (la majorité des répondantes de l'étude était âgée de 50 ans et plus), s'ajoutant à la pénurie des infirmières et à l'augmentation des admissions en CHSLD; peuvent contribuer à la perception des infirmières quant au manque de personnel soignant et par conséquent au manque de temps. Réciproquement, Robbin et al., (2001) cite le manque de temps évoqué par les infirmières dans leur étude traitant des recherches en activité physique effectuées en science infirmière, comme obstacle possible à l'application d'un programme d'exercice physique.

Selon Connelly (2000), le manque d'intervention infirmière orientée vers l'exercice physique musculaire repose sur leurs croyances entretenues du manque de capacité des aînés à participer à un programme d'exercice. Toujours selon Connelly (2000), les

infirmières croient qu'une moins bonne condition de santé est une contre-indication à l'exercice physique et que les personnes âgées n'ont plus la résistance et la force nécessaire pour compléter ce genre programme. La pensée de cette auteure figure parmi deux facteurs nuisant à l'adoption du comportement cités plus haut soit la diminution de l'état général et l'état cognitif du résident. Ce dernier étant étroitement lié à l'autre facteur nuisant qui traite de la coopération du résident.

Tous ces facteurs perçus nuisibles de la part des infirmières, c'est-à-dire la formation des employés, la coopération du résident, l'état cognitif du résident, la diminution de l'état de santé, le manque de temps puis le manque de personnel, ne semblent pas sous le contrôle de l'infirmière. Deux instances sont davantage concernées, soit les administrateurs de la santé quant à l'effectif de personnel requis dans leur établissement (directement lié au manque de temps), puis les centres d'enseignements universitaires et collégiaux quant au contenu des programmes d'enseignement en gériatrie et l'actualisation des connaissances des infirmières. En effet, si les infirmières étaient mieux formées au fait qu'il n'y a pas de contre indication à l'exercice physique musculaire auprès de cette clientèle qui diffère de la clientèle jeune adulte (notamment sur les déficits cognitifs), il se pourrait que leur crainte à l'égard de l'état de santé du résident et de sa coopération à participer à un programme d'exercice physique musculaire s'estompe. De ce fait, pour changer le comportement des infirmières face à l'adoption de l'exercice physique musculaire dans leurs interventions, il semble important d'intervenir auprès de ces instances qui ont davantage le pouvoir d'agir sur ces facteurs perçus nuisibles.

### **Variables sociodémographiques**

En ce qui concerne les résultats non significatifs des variables sociodémographiques, ceux-ci concordent également avec la TCP. En effet, selon la TCP, ces variables n'exerceraient pas une influence directe sur l'intention ou leur comportement. Leur influence serait plutôt indirecte, en agissant potentiellement sur les variables indirectes ou directes.

Ainsi la norme morale (TCI), la perception de contrôle (TCP) et l'importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement (TCP) ont permis de prédire 84% de la variance de l'intention. Ce qui représente un pourcentage élevé se comparant avantageusement à d'autres études faisant appel à plusieurs variables provenant de modèles théoriques différents. À titre d'exemple, l'étude de Ravis, Sheeran et Armitage (2006), utilisant un modèle intégrateur (TCP avec variables ajoutées du modèle Prototype/bien-être) a prédit ~ 56 % à 67 % de la variance de l'intention. Il en est de même pour Perugini et Bagozzi (2001), ajoutant à la TCP la variable désir, a permis d'expliquer ~ 49 % de la variance de l'intention. Pour sa part l'étude Evans et Norman (2003), ajoutant à la TCP les variables de la norme morale, l'affect anticipé et l'identité a rendu une prédiction de 37 % de la variance de l'intention, puis White, Robinson, Young, Anderson, Hyde, Greenbank, Rolfe, Keane, Vardon et Baskerville (2007) ont expliqué 36 % de la variance de l'intention en ajoutant les variables sur les normes d'un groupe et la norme de l'image à la TCP. De façon générale, les théories utilisées permettent d'expliquer en moyenne 41 % de la variance de l'intention de divers comportements liés à la santé (Godin & Kok, 1996; Armitage & Conner, 2001). De ce fait, le modèle utilisé dans cette étude s'est avéré fort performant avec une prédiction de la variance de l'intention de 83 %. Il demeure toutefois important de préciser que cette comparaison s'est effectuée avec des études qui ont été réalisées auprès d'autres populations et d'autres comportements que ceux utilisés dans le cadre de la présente étude.

### **Limites de l'étude**

L'interprétation des résultats peut cependant être nuancée par l'influence potentielle de certains biais notamment la désirabilité sociale, l'échantillonnage (biais de sélection), le mode de distribution et la situation temporelle (taux de réponse).

La désirabilité sociale constitue un biais possible à cette étude. Ce phénomène fait référence à un besoin d'approbation sociale (Crowne & Marlowe, 1960). Une personne faisant face à une situation d'évaluation ou perçue similaire à celle-ci qui lui semble présenter un enjeu (ex. : compléter un questionnaire pour une étude), tend à déformer plus ou moins intentionnellement l'image de soi dans un courant jugé favorable (Gough, 1952). Conçue initialement comme une caractéristique générale de la société, la désirabilité sociale est également reconnue aujourd'hui sous la perspective d'une dimension de gestion de l'impression qui renverrait à une autoprésentation de la personne visant volontairement à rendre une image favorable de soi dans des environnements qui incitent plus particulièrement à tromper et/ou manipuler autrui (Juhel & Rouxel, 2005). Compte tenu les dénonciations actuelles en regard des mauvais traitements infligés aux personnes âgées par le personnel soignant, il est possible qu'une partie des répondantes aient répondu en faveur de l'utilisation de l'activité physique musculaire chez les aînés même si cela ne représentait pas leur position réelle, parce qu'elles percevaient qu'il était plus désirable socialement de répondre ainsi.

Dans le même ordre d'idée, un biais de sélection est possible puisque la participation des infirmières était volontaire. De sorte qu'il est plausible que les infirmières qui ont participé à l'étude avaient des prédispositions favorables envers l'exercice physique musculaire, la mobilité de la personne âgée ou encore son autonomie. Qui plus est, le faible taux de réponse vient nuancer les résultats quant à leur représentation de la population visée. Comparativement aux études antérieures ayant utilisé la TCP auprès d'infirmières, le taux de réponse de cette étude est faible (33 %). Une recension d'études récentes effectuées auprès d'infirmières indique des taux de réponse variant entre 54 % à 90 %. C'est le cas entre autres de l'étude de Ko, Feng, M.-C., Chiu, Wu, Feng, J.-Y., et Pan (2004), sur l'intention et le volontariat des infirmières à prendre soins des patients atteints du syndrome respiratoire aigu sévère [SRAS] en Taiwan pour un taux de réponse de 90 %. Également, l'étude de Werner et Mendelson (2001) portant sur l'intention des infirmières d'utiliser les mesures de contrôle auprès de la personne âgée avec un taux de réponse de 73,2 %. Aussi, l'étude de Godin, Naccache, Morel et Ébacher (2000), étudiant les déterminants des

infirmières d'adhérer aux précautions universelles relatives aux ponctions veineuses avec un taux de réponse de 67 %. Puis, l'étude de Puffer & Rashidian (2004) sur l'intention des infirmières d'utiliser les guides cliniques avec un taux de réponse de 54,5 %. Finalement, l'étude de Edwards, Nash, Najman, Yates, Fentiman, Dewar, Walsh, McDowell et Skerman (2001) pour un taux de réponse de 55 %. Toutefois, dans l'étude de O'Boyle, Henley et Larson (2001), où l'adhérence aux recommandations de l'hygiène des mains auprès des infirmières était étudiée, le taux de réponse fut de seulement 21 %. Ces études ont été effectuées dans divers pays dont la Taiwan, Israël, les États-Unis et le Canada et ont fait appel à différents modes d'administration.

En plus du mode de distribution, il se peut qu'une situation temporelle ait influencé le taux de réponse de l'étude. En effet, la collecte de données s'est effectuée suivant une épidémie de gastroentérite massive où tous les centres de Vigi Santé ltée furent touchés. Cette situation a conduit à un épuisement du personnel, une surcharge de travail (temps supplémentaire) en plus d'un taux d'absentéisme élevé. Cette période difficile pour le personnel soignant a pu influencer négativement leur participation à l'étude. Bien qu'il était précisé dans la lettre d'introduction et le feuillet d'information que cette étude n'était pas conduite par Vigi Santé ltée et ni aux fins de celle-ci, il est également possible que certains employés aient refusé de participer à l'étude. Associant ainsi une exigence supplémentaire de la part de l'employeur et une surcharge de travail à leur emploi du temps. Toutefois, il est difficile de situer exactement le degré de cette limite puisqu'elle n'a pu être évaluée et que ce sont des interprétations subjectives de la situation.

Il importe néanmoins de mentionner que malgré le taux de réponse beaucoup moins élevé que celui prévu, une analyse de la puissance statistique effectuée a posteriori avec le logiciel Gower (Erdfelder & Faul, 1997) indique une puissance statistique de 0,99 pour l'analyse de la régression, ce qui est fort satisfaisant. Ainsi, bien qu'un nombre beaucoup moins élevé de répondants que celui prévu ait été obtenu, les variables ont permis



d'expliquer un pourcentage de variance de l'intention beaucoup plus élevé que celui estimé au départ, ce qui explique malgré tout l'obtention d'une puissance statistique adéquate.

## Conclusion

À notre connaissance, cette étude est la première qui identifie les facteurs pouvant expliquer l'intention des infirmières à utiliser l'exercice physique musculaire pour augmenter ou maintenir l'autonomie des aînés résidants en CHSLD. Le modèle de prédiction s'est avéré très performant en expliquant 83 % de la variance de l'intention des infirmières. Les résultats indiquent que les principaux déterminants de l'intention sont la norme morale, la perception du contrôle et l'importance accordée aux facteurs qui facilitent ou nuisent à l'adoption du comportement.

Une intervention visant à modifier l'intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire devrait donc porter sur la modification de leur norme morale, de leur perception de contrôle et de leur importance accordée aux facteurs facilitant ou nuisant l'adoption du comportement. Quant à ce dernier déterminant sur lequel une analyse multivariée (MANOVA) a été effectuée, les résultats ont démontré que la formation du personnel soignant pourrait permettre d'atténuer les craintes ou règles préconçues des infirmières face à l'application de l'exercice physique musculaire auprès de cette clientèle. Une meilleure formation pourrait augmenter les connaissances quant aux éléments à considérer dans l'élaboration et l'application d'un programme d'exercice physique musculaire (l'exercice versus les pathologies, l'exercice versus les médicaments, etc.) et sur les capacités des aînés à faire de l'exercice physique musculaire en fonction de leur état de santé et de leur état cognitif et les contre-indications à l'exercice physique musculaire. Qui plus est, cela favoriserait peut-être la diminution du maternage par la valorisation du maintien et de l'amélioration de l'autonomie de la personne âgée.

Certaines études ont révélé qu'il était possible de modifier favorablement l'attitude de la relève infirmière envers les aînés notamment en augmentant les connaissances en gérontologie (Voyer, 2006). Une plus grande attention accordée aux soins des aînés dans les milieux de formation pourrait favoriser l'orientation des prises de décisions des

administrateurs de CHSLD portant sur l'organisation et la dispensation des soins. Selon certains auteurs, l'exercice physique est peu utilisé en soins de longue durée parce que la direction des soins ne reconnaît pas les bénéfices pour leur clientèle d'un programme d'exercice physique musculaire dans leur milieu (Kinion, Christie & Villella, 1993). Sans conteste, le support des administrateurs quant à l'instauration et au maintien de tels programmes semble vital (Kinion et al., 1993).

L'amélioration des programmes d'enseignements pourrait susciter davantage l'intérêt envers la gérontologie et la gériatrie en science infirmière, favoriser l'amélioration continue de la qualité des soins dans le milieu clinique en plus de favoriser la rétention des nouvelles infirmières pour ce domaine. Le contexte incontournable de l'augmentation démographique de la population vieillissante et de l'augmentation de la longévité confronte la relève infirmière à dispenser davantage de soins auprès de cette clientèle et par conséquent à recevoir une formation spécialisée dans ce domaine d'activité. Une mise à jour des programmes d'enseignement pourrait être l'occasion de mettre sur pied un programme interdisciplinaire centré sur le maintien ou le développement des capacités fonctionnelles de la personne âgée, tel un programme de résistance musculaire favorisant sa mobilité fonctionnelle.

## Références

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Open University Press. Milton Keynes.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Albarracin, D., Kumkale, G. T. & Johnson, B. T. (2004). Influences of social power and normative support on condom use decisions : a research synthesis. *Aids care*, 16 ( 6), 700-723.
- Alexander, N.B., Galecki, A.T., Grenier, M.L., Nyquist, L.V., Hofmeyer, M.R., Grunawalt, J.C., Medell, J.L. & Fry-Welch, D. (2001). Task-specific resistance training to improve the ability of activities of daily living-impaired older adults to rise from a bed and from a chair. *Journal of American geriatrics society*, 49, 1418-1427.
- American Association of Cardiology and Pulmonary Rehabilitation (1995). *Guidelines for cardiac Rehabilitation and secondary prevention programs*. Third edition; Champaign
- Armitage, C. J., & Conner, M. (1999). Distinguishing perception of control from self-efficacy : predicting consumption of a low fat diet using the theory of planned behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (1), 72-90.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior : a meta-analytic review. *British journal of social psychology*, 40, 471-499.
- Baker, K.R., Nelson, M.E., Felson, D.T., Layne, J.E., Sarno, R. & Roubenoff, R. (2001). The efficacy of home based progressive strength training in older adults with knee osteoarthritis: A randomized controlled trial. *The journal of Rheumatology*, 28 , 1655-1665.
- Ballor, D.L., Harvey-Berino, J.R., Ades, P.A., Cryan, J. & Calles-Escandon, J. (1996). Constrasting effects of resistance and aerobic training on body composition and metabolism after diet-induced weight loss. *Metabolism: Clinical & experimental*, 45 (4), 336-340.

- Bastone, C. & Filho, W.J., (2004). Effect of an exercise program on functional performance of institutionalized elderly. *Journal of rehabilitation research & development*, 4 (5), 659-668.
- Baszanger, I., (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie*, 27 (1), 3-27.
- Baum, E.E., Jarjoura, D., Polen, A.E., Faur, D. & Rutecki, G., (2003). Effectiveness of a group exercise program in a long-term care facility : a randomized pilot trial. *Journal of the American medical directors association*, 4, 74-80.
- Baumbusch, J.L. & Andrusyszyn, M.A. (2002). Gerontological content in canadian baccalaureate nursing programs: cause for concern? *Canadian journal of nursing research*, 3 (1), 119-129.
- Beck, L., & Ajzen, I (1991). Predicting dishonest actions using the theory of planned behaviour. *Journal of Research in Personality*, 5, 285-301.
- Bertrand, R. (1986). *Pratique de l'analyse statistique des données*. Presses de l'Université du Québec. Sillery, Québec.
- Blondeau, D., Godin, G. Gagné, C., Martineau, I. (2004). Do ethical principles explain moral norm ? A test for consent to organ donation. *Journal of Applied Biobehavioural Research*, 94, 230-243.
- Boittin, I., Lagoutte, M. & Lantz, M-C. (2002). Virginia Henderson: 1897-1996 biographie et analyse de son oeuvre. *Recherche en soins infirmiers* 68, 5-16.
- Boyd, B., & Wandersman, A. (1991). Predicting undergraduate condom use with the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitude-behaviour models : implications for public health interventions. *Journal of Applied Social Psychology*, 21 (22), 1810-1830.
- Brower, H.T. (1991). The alternatives to restraints. *Journal of gerontological nursing*, 17 (2), 18-22.
- Buchner, D., (1997). Preserving mobility in older adult. *Successful aging. West J Med*, 167, 258-264.
- Cambon, L. (2006). La fonction évaluative de personologie, vers la mise en évidence de deux dimensions de la valeur: la désirabilité sociale et l'utilité sociale. *Psychologie française*, 51, 285-305.

- Castaneda, C., Gordon, P.L., Uhlin, K.L., Leverly, A.S., Kehayias, J.J., Dwyer, J.T. (2001). Resistance training to counteract the catabolism of a low-protein diet in patients with chronic renal insufficiency. *Anal of internal medicine*, 135 (11), 965-976.
- Chandler, J.M., Duncan, P.W., Kochersberger, G. & Studenski, S. (1998). Is lower extremity strength gain associated with improvement in physical performance and disability in community-dwelling elders. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 79 (1), 24-30.
- Chin A Paw, M.J.M., Van Poppel, M.N.M., Twisk, J.W.R. & Van Mechelin, W., (2005). Once a week not enough, twice a week not feasible? A randomized controlled exercise trial in long-term care facilities. *Patient education and counselling*, 10, 1-10.
- Cialdini, R. R., Reno, R. R. & Kallgren, C. A. (1990). A focus theory of normative conduct recycling the concept of norms to reduce littering in public places. *Journal of Personality and social Psychology*, 58, 1015-1026.
- Clark, L.P., Dion, D.M. & Barker, W.H., (1990). Taking to bed: rapid functional decline in an intermediate care facility. *Journal of the American geriatrics society*, 38, 967-972.
- Cohen, J. (1923). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Deuxième édition. Hillsdale, N.J. : L. Erlbaum Associates, 1988.
- Committee on a National Agenda for the Prevention of disabilities, (1991). *Disability in america*. Division of health promotion and disease prevention. Institute of medicine. Eds: National academy press. Washington.
- Connelly, D.M., (2000). Resisted exercise training of institutionalized older adults for improved strength and functional mobility: A review. *Topics in geriatric rehabilitation*, 15 (3), 6-28.,
- Conner, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the theory of planned behaviour : a review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28 (15), 1429-1464.
- Courneya, K.S., & McAuley, E. (1995). Cognitive mediators of the social influence-exercise adherence relationship : a test of the theory of planned behaviour. *Journal of Behavioural Medicine*, 18 ( 5), 499-515.
- Dillman (1978). *Mail and telephone survey. The total design method*. New-York. John Wiley & Sons.

- Donald, I.P., Pitt, K., Armstrong, E. & Shuttleworth, H., (2000). Preventing falls on an elderly care rehabilitation ward. *Clinical rehabilitation*, 14 (2), 178-185.
- Edwards, H.E, Nash, R.E, Najman, J.M, Yates, P.M, Fentiman, B.J, Dewar, A, Walsh, A.M, McDowell, J.K & Skerman, H.M. (2001). Determinants of nurses' Intention to administer opioids for pain relief. *Nurs Health Sci*, 3 (3), 149-159.
- Erdfelder, E., & Faul, F. (1997). How to use G\*Power. [Http://www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower/how\\_to\\_use\\_gpower.html](http://www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower/how_to_use_gpower.html).
- Evan, D., & Norman, P. (2003). Predicting adolescent pedestrians' road-crossing intentions: an application and extension of the theory of planned behaviour. *Health education research*, 18, 267-277.
- Fiatarone, M.A., O'Neil, E.F., Ryan, N.D., Clements, K.M., Solares, G.R. & Nelson, M.E., (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New England journal of medicine*, 330 (25), 1769-1775.
- Fiatarone, M.A., O'Neil, E.F., Doyle, R.N. & Clements, K.M., (1997). Efficacy of home- based resistance training in frail elder. Abstracts of the 16<sup>th</sup> Congress of the *International Association of Gerontology*. Bedford Park, South Australia: World Congress of Gerontology Inc., 323, Abstract 985.
- Fishbein, M. & Ajzen, I., (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Frontera, W.R., Meredith, C.N., O'Neill, K.P., Knuttgen, G.H. & Evans, W.J. (1988). Strength conditioning in older men: skeletal muscle hypertrophy and improved function. *Journal of applied physiology*, 64 (3), 1038-1044.
- Gagné, C. & Godin, G. (2000). The theory of planned behaviour: some measurement issues concerning belief-based variables. *Journal of Applied Social Psychology*, 30 (10), 2173-2193.
- Gasse, J.M. & Guay, L. (1994). *Des modèles conceptuels en soins infirmiers*. Éditions ESKQ : Paris.
- Glass, G.V. & Hopkins, D. K. (1996). *Statistical methods in education and psychology*. Third edition. Allyn and Bacon.
- Godin, G., Gagné, C. & Sheeran, P. (2004). Does perceived behavioural control mediate the relationship between power beliefs and intention? *British journal of health psychology*, 9, 557-568.

- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behaviour : A review of its applications to health-related behaviours. *American Journal of Health Promotion*, 11 (2), 87-98.
- Godin, G., Naccache, H., Brodeur, J. M., & Alary (1999). *Understanding the intention of dentists to provide dental care to HIV/AIDS patients*. Community Dentistry and oral epidemiology.
- Godin, G., Naccache, H., Morel, S. & Ebacher, M-F. (2000). Déterminants of nurses' adherence to universal precautions for venipunctures. *American Journal infection control*, 28 (5), 359-364.
- Hair, JF, Anderson, R. E., Tathman, R. L., & Black, W. C. (1992). *Multivariate data analysis with Readings*. Third edition. Macmillan Publishing Company.
- Hébert, R., Guilbeault, J. & Pinsonnault, E. (2005). *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Guide d'utilisation*. Sherbrooke : Centre d'expertise de l'institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Henderson, V. (1960). *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Conseil national des infirmières. Édition révisé en 1969.
- Hennessey, J.V., Chromiak, J.A., Della Ventura, S., Reinert, S.E., Puhl, J. & Kiel, D.P., (2001). Growth hormone administration and exercise effects on muscle fibre type and diameter in moderately frail older people. *Journal of the American geriatrics society*, 49 (7), 852-858.
- Hiatt, W.R., Wolfel, E.E., Meier, R.H. & Regensteiner, J.G., (1994). Superiority of treadmill walking exercise versus strength training for patients with peripheral arterial disease. *Circulation*, 90 (4), 1866-1874.
- Hoon, A., (2006). Functional decline of the elderly in a nursing home. *Singapore medical journal*, 47(3), 219-224.
- Jette, A.M., Lacham, M., Giorgetti, M.M., Assman, S.F., Harris, B.A. & Levenson, C. (1999). Exercise – it's never too late: The strong-for-life program. *American journal of public health*, 89 (1), 66-72.
- Juhel, J. & Rouxel, G. (2005). Effets du contexte d'évaluation sur les dimensions de la désirabilité sociale. *Psychologie du travail et des organisations*, 11, 59-68.
- Kane, R.A., Caplan, A.L., Urv-Wong, E.K., Freeman, I.C. Aroskar, M.A. & Finch, M. (1997). Everyday matters in the lives of nursing home residents: wish for and perception of choice and control. *Journal of the American geriatrics society*, 45 (9), 1086-1093.



- Kerouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière : conceptions et stratégies*. Éditions Maloine : Paris.
- Kirk, R. E. (1982). *Experimental design*. Deuxième édition. Procedure for the behavioural science.
- Kinion, E.S., Christie, N. & Villella, A.M. (1993). Promoting activity in the elderly through interdisciplinary linkages. *Nursingconnections*, 6 (3), 19-26.
- Kino-Québec, (2002). *L'activité physique, déterminant de la qualité de vie des personnes âgées de 65 ans et plus*. Bibliothèque nationale du Québec.
- Ko, N-Y., Feng, M-C., Chiu, D-Y., Wu, M-H., Feng, J-Y & Pan, S-M. (2004). Applying theory of planned behaviour to predict nurses' intention and volunteering to care for SARS patients in Southern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci*, 20 (8), 389-398.
- Kok, G., Mullen, P.D., & van den Borne, B. (1997). Effectiveness of health education and health promotion: meta-analyses of effect studies and determinants of effectiveness. *Patient Education and Counseling*, 30(1), 19-27.
- Latham, N., Anderson, C., & Stretton, C., (2006). Progressive resistance strength training for physical disability in older people. *The Cochrane database of systematic reviews*, issue 2, 1-136.
- Latham, N., Anderson, C., Lee, A., Bennett, D., Moseley, A.M. & Cameron, I.D., (2003). A randomized, controlled trial of quadriceps resistance exercises and vitamin D in hospitalised frail elderly: the frailty interventions trial in elderly subjects (FITNESS). *Journal of the American geriatrics society*, 51 (3), 291-299.
- Lauzon, S. & Adam, E. (1996). *La personne âgée et ses besoins*. Erpi : St-Laurent, Québec.
- Lazowski, D., Ecclestone, N.A., Myers, A.M., Paterson, D.H., Tudor-Locke, C., Fitzgerald, C., Jones, G., Shima, N. & Cunningham, D.A., (1999). A randomized outcome evaluation of group exercise programs in long-term care institutions. *The journal of gerontology*, 54 a (12), M621-M627.
- Lebel, P., Kergoat, M-J. & Leclerc, J. (1999). Évaluer la fragilité de la personne âgée pour mieux la réadapter. *Le médecin du Québec*, 34 (8), 30-33.
- Lord, S.R. & Castell, S., (1994). Effect of exercise on balance, strength and reaction time in older people. *Australian journal of physiotherapy*, 40, 83-88.

- MacRae, P.G., Asplund, L.A., Schnelle, J.F., Ouslander, J.G., Abrahamse, A. & Morris, C., (1996). A walking program for nursing home resident: effects on walk endurance, physical activity, mobility, and quality of life. *Journal of the American geriatrics society*, 44 (2), 175-180.
- Mahoney, F.I & Barthel, D.W., (1965). Functional evaluation: The Bartel Index. *Md State medical journal*, 14, 61-65.
- Maiorana, A.J., Briffa, T.G., Goodman, C. & Hung, J., (1997). A controlled trial of circuit weight training on aerobic capacity and myocardial oxygen demand in men after coronary artery bypass surgery. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, 17 (4), 239-247.
- Maurer, B.T., Stern, A.G., Kinossian, B., Cook, K.D. & Schummacher, H.R., (1999). Osteoarthritis of the knee: isokenetic quadriceps exercise versus and educational intervention. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 80 (10), 1293-1299.
- Mazzeo, R.S., Cavanagh, P. & Evans, W.J., (1998). American college of sports medicine position stand on exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports exercise*, 30, 992-1008.
- McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. (2000). *Nursing interventions classification*. Université de l'Iowa.
- McGuian, M.R., Bronks, R., Newton, R.U., Sharman, M.J., Graham, J.C. & Cody, D.V., (2001). Resistance training patients with peripheral arterial disease: effect on myosin isoforms, fiber type distribution and capillary supply to skeletal muscle. *Journal of gerontology series A, Biological sciences & medical sciences*, 56 (5), 425-428.
- McMurdo, M.E. & Johnston, R., (1995). A randomized controlled trial of a home exercise programme for elderly people with poor mobility. *Age and Ageing*, 24 (5), 425-428.
- Mihalko, S.L. & McAuley, E. (1996). Strength training effects on subjective well-being and physical function in the elderly. *Journal of aging and physical activity*, 4, 56-68.
- Moreland, J. (2001). Personal communication.
- Newnham, J., (1995). *The effects of strengthening program on muscle function and mobility skills in an elderly institutionalized population (Thesis)*. School of physical and occupational therapy, McGill University: Montréal.

- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*, 3e Ed., McGraw-Hill: New-York.
- O'Boyle, C.A., Henly, S.J. & Larson, E. (2001). Understanding adherence to hand hygiene recommendations: the theory of planned behaviour. *American Journal infection control*, 29 (6), 352-360.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, (2002). *L'exercice infirmier en soins de longue durée*. Bibliothèque nationale du Québec.
- Ouellet, J. A., & Wood, w. (1998). Habit and intention in everyday life : The multiple processes by which past behaviour predicts future behaviour. *Psychological bulletin*, 124 (1), 54-74.
- Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G.W. & King, A.C. (1995). Physical and public health. A recommendation from de the Centers for disease Control and Prevention and the American College of Sports. *Journal of the American medical association* 273 (5), 402-407.
- Parkhous, W.S., Coupland, D.C., Li, C. & Vanderhoek, K.J. (2000). IGF-1 bioavailability is increased by resistance training in older women with low bone mineral density. *Mechanism of ageing and development*, 113 (2), 75-83.
- Parker, D., Manstead, A. & Stradling, S. G. (1995). Extending the theory of planned behaviour : the role of personal norm. *British Journal of Social Psychology*, 34, 127-137.
- Perugini, M. & Bagozzi, R.P. (2001). The role of desires and anticipated emotions in goal- directed behaviours: broadening and deepening the theory of planned behaviour. *British journal of social psychology*, 40, 79-98.
- Pinsonnault, E., Desrosiers, J., Dubuc, N., Kalfat, H., Colvez, A. & Delli-Colli, N., (2003). Functional autonomy measurement system : Development of a social subscale. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 37 (3), 223-233.
- Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The time «up and go» test: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American geriatrics society*, 39, 142-148.
- Puffer, S., Rashidian, A. (2004). Practice nurses' intentions to use clinical guidelines. *Journal of Advanced Nursing*, 47(5), 500-509.
- Ramage-Morin, P.L. (2005). Bien vieillir en établissement de santé. *Supplément aux rapports sur la santé*, 16, 51-61.

- Richmond, T., Tzah Tang, S., Tulman, J., Fawcett, J. & McCorkle, R. (2004). *Measuring function (chapter 8)*. Dans *Instruments for clinical health-care research, Third edition*. Jones and Bartlett publishers: Massachusetts.
- Rivis, A., Sheeran, P. (2003). Descriptive norms as an additional predictor in the theory of planned behaviour : a meta-analysis. *Current psychology : developmental, learning, personality, social*. 22 (3), 218-233.
- Rivis, A., Sheeran, P. & Armitage, C.J. (2006). Augmenting the theory of planned behaviour with the prototype/willingness model: predictive validity of actor versus abstainer prototypes for adolescents' health-protective and health-risk intention. *British journal of health psychology*, 11, 483-500.
- Robbins, L.B., Pender, N.J., Conn, V.S., Frenn, M.D., Neuberger, G.B., Nies, M.A., Topp, R. V. & Wilbur, J., (2001). Physical activity research in nursing. *Journal of nursing scholarship*, 4, 315-321.
- Roberge, R. & Beauséjour, R. (1988). L'usage des contentions en milieu d'hébergement pour les personnes âgées. *Canadian journal on aging*, 7 (4), 372-376.
- Rosemond, C. & Mercer, V.S., (2002). Educational programs to maximize function and mobility in long-term care: the carol woods experience. *Topics in geriatric rehabilitation*, 17 (4), 42-52.
- Rumak, H. & Ravenda, J. (1997). *Brisons le silence : Dévoiler les mauvais traitements infligés dans les institutions*. New York : Institut Rocher.
- Schilke, J.M., Johnson, G.O., Housh, T.J. & O'Dell, J.R. (1996). Effect of muscle-strength training on the functional status of patients with osteoarthritis of the knee joint. *Nursing research*, 45 (2), 68-72.
- Singh, N.A., Clements, K.M. & Fiatarone, M.A. (1997). A randomised trial of progressive resistance training in depressed elders. *Journal of gerontology. Series A. Biological sciences & medical sciences*, 52 (1), M-27-M35.
- Skelton, D.A. & McLaughlin, A.W. (1996). Training functional ability old age. *Physiotherapy*, 82 (3), 159-167.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Allyn & Bacon.
- Terry, D. J., Hogg, M. A., & White, K. M. (1999). The theory of planned behaviour : self- identify, social idetiy and group norm. *British Journal of social Psychology*, 28, 225-244.

- Tinetti, M.E., Speechley, M. & Ginter, S.F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England journal medical*, 319, 1701-1711.
- Topp, R. Mikesky, A., Dayhoff, N.E. & Holt, W. (1996). Effect of resistance training on strength, postural control and gait velocity in older adults. *Clinical nursing research*, 5(4), 407-421.
- Triandis, H.C. (1977). *Interpersonal behaviour*. Brook/Cote, Monterey, CA.
- Triandis, H.C. (1980). Values, attitudes and interpretation behaviour. In H. Howe & M. Page (Eds.), *Nebraska symposium on motivation*, 1979, Lincoln: University of Nebraska Press.
- Van Haastregt, J., Van Rossum, E., Diederiks, J., Voorhoever, P., Witte, L. & Crebolder, H. (2000). Preventing falls and mobility problems in community-dwelling elders: The process of creating a new intervention. *Geriatric Nursing*, 21(6), 309-314.
- Valois, P. & Godin, G., (1991). The importance of selecting appropriate adjective pairs for measuring attitude based on the semantic differential method. *Quality & quantity*, 25, 57-68.
- Valois, P., Godin, G. & Desharnais, R., (1991). Théories de prédiction du comportement. *Monographies en mesure et évaluation et groupe de recherche sur les aspects psycho-sociaux de la santé*, 4 (1), Bibliothèque nationale du Québec.
- Vincent, Y., (2003). *Évaluation du risque de chute chez la personne âgée marchant avec ou sans aide technique dans un service de soins de longue durée. (Mémoire)*. Université de Clermont, Faculté de médecine.
- Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Erpi : St-Laurent, Québec.
- Wallston, B., Alahna, S., DeVellis, B., & DeVellis, R. F. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, 2 (4), 367-391.
- Werner, P. & Mendelson, G., (2001). Nursing staff member's intentions to use Physical restraints with older people : testing the theory of reasoned action. *Nursing theory and concept development or analysis*, 35 (5), 784-791.
- Westhof, M.H., Stemmerik, L. & Boshuizen, H.C. (2000). Effects of a low-intensity strength-training program on knee-extensor strength and functional ability of frail older people. *Journal of aging an physical activity*, 8 (4), 325-342.

White, H. (1980), A Heteroskedasticity-Consistent Covariance Matrix Estimator and a Direct Test for Heteroskedasticity. *Econometrics*, 48, 817-838.

White K.M., Robinson, N.G., Young, R.M., Anderson, P.J., Hyde, M.K., Greenbank, S., Rolfe, T., Keane, J., Vardon, P. & Baskerville, D. (2007). Testing an extended theory of planned behaviour to predict young people's sun safety in a high risk area. *British journal of health psychology*, 18 may en presse.

World Health Organisation (1980). *International classification of impairments, Disabilities ,and handicaps*. Genève.

Zabel, R.J., (2000). Special feature: rehabilitee of selected performance measures in older adults residing in long-term care. *Topics in geriatric rehabilitation*, 15 (4), 61-67.

**Annexe 1**  
**Études menées en soins de longue durée**

Le Tableau 1.1 brosse un portrait des trois études menées en soins de longue durée (Latham et al., 2006).

Auteur	Devis	Participants	Interventions	Variables dépendantes	Test statistique	Résultats <sup>1</sup>
<b>1. Mihalko et McAuley 1996</b>	Randomisé groupe contrôle	<u>Lieu</u> : Etats-Unis <u>Milieu</u> : soins de longue durée ou résidence pour personnes âgées <u>N</u> : 29 (gr. PRT). <u>Échantillon</u> : Pers. âgée qui se déplacent seules ou avec aide mécanique <u>Age</u> : ~ 82,7 ans (SD 7,7) <u>Critères d'inclusion</u> : Non reporté	<b>Rx groupe</b> <u>Types d'exercices</u> : Un exercice pour cinq muscles des membres supérieurs <u>Équipement</u> : Haltères de 1 à 20 livres <u>Intensité</u> : Élevé	Changement entre le prétest et le post test (huit semaines d'intervalle) sur : -force musculaire des membres supérieurs (cinq muscles : pectoraux, dorsaux, deltoïdes, biceps, triceps) -Perception du bien-être	-Analyse de la covariance -Analyse de la variance multivariée	- ↑ force musculaire de cinq muscles des membres supérieurs - ↑ de la satisfaction envers la vie -↑ de la capacité à effectuer des AVQ



Auteur	Devis	Participants	Interventions	Variables dépendantes	Test statistique	Résultats
		<p><u>Critères d'exclusion :</u> Non reporté</p>	<p><u>Fréquence :</u> 3 fois/sem.</p> <p><u>Répétitions/Séries :</u> 10-12 répétitions</p> <p><u>Durée :</u> 8 semaines</p> <p><u>Supervision :</u> Non reporté</p> <p><u>Adhérence :</u> Non reporté</p> <p><b>Groupe contrôle</b> <i>n</i> = 29</p> <p>Programme de flexibilité</p>	<p>-Échelle de satisfaction envers la vie</p> <p>-Capacité à effectuer vingt AVQ</p>		

Auteur	Devis	Participants	Interventions	Variables dépendantes	Test statistique	Résultats
<b>2.Fiatarone et al. 1994</b>	Randomisé Groupe contrôle (factorisation)	<u>Lieu</u> : États-Unis <u>Milieu</u> : établissement de soins de longue durée <u>N</u> : 100 <u>Échantillon</u> : résidents en établissement de soins de longue durée <u>Âge</u> : ~ 87 ans <u>Critères d'inclusion</u> : > 70 ans, habitant en établissement de soins	<b>Rx groupe</b> <u>Types d'exercices</u> : 2 exercices au niveau des membres inférieurs (extenseurs genoux et hanches) <u>Équipement</u> : Appareils d'entraînement (weight training machines) <u>Intensité</u> : Élevé (80 % de la charge maximale pouvant être levée en une seule fois)	Changement entre le prétest et le post test (une semaine d'intervalle) sur : -Force (poids maximum pouvant être levé correctement en une seule fois) -Vitesse de marche sur une distance de 6.1 mètres (moyenne obtenue suite à deux essais) -Puissance pour	Analyse de la variance et analyse de la covariance à mesures répétées (ajustement pour âge, sexe, force initiale, l'hypertension, statut fonctionnel). Comparaison à posteriori avec le test de Tukkey.	- ↑ de la force musculaire - ↑ de la vitesse de marche - ↑ de la puissance pour monter les escaliers - ↑ du niveau d'activités physiques

Auteur	Devis	Participants	Interventions	Variables dépendantes	Test statistique	Résultats
		<p>de longue durée, capable de marcher sur 6 m</p> <p><u>Critères d'exclusion :</u> trouble cognitif sévère, soins palliatif, maladie chronique ou sévère instable, insulino-dépendant, diète d'amaigrissement ou programme de résistance musculaire en cours, anomalie musculo-squelettique ou cardiovasculaire.</p>	<p><u>Fréquence :</u> 3 fois / semaine</p> <p><u>Répétitions/Séries :</u> 8 répétitions / 3 séries</p> <p><u>Durée :</u> 10 semaines</p> <p><u>Supervision :</u> continue</p> <p><u>Adhérence :</u> 97 %</p> <p><b>Groupe contrôle</b> <i>n</i> = 51</p> <p>Participe à 3 activités de leur choix offertes par un récréologue.</p>	<p>monter les escaliers (meilleure valeur obtenue à deux essais à la montée de quatre marches avec rampe).</p> <p>-Niveau d'activités physiques (appareil qui capte le nombre de mouvements des membres inférieurs. Porté durant trois jours. La moyenne sur</p>		

Auteur	Devis	Participants	Interventions	Variables dépendantes	Test statistique	Résultats <sup>1</sup>
<b>3.Newnham 1995</b>	Randomisé Groupe contrôle	<u>Lieu</u> : Canada <u>Milieu</u> : établissement de soins de longue durée <u>N</u> : PRT, $n = 12$ <u>Échantillon</u> : Résidents habitant en soins de longue durée <u>Âge</u> : ~ 81 ans <u>Critères d'inclusion</u> : $\geq 70$ ans, capable de se mobiliser seul avec ou sans aide mécanique jusqu'à 40 m à $< 0,9$ m/s, peut répondre à au moins 3 exercices démontrés	<b>Rx groupe</b> <u>Types d'exercices</u> : Exercices des membres supérieurs et inférieurs <u>Équipement</u> : poulies <u>Intensité</u> : 80 % <u>Fréquence</u> : 3 fois /semaine <u>Répétitions/Séries</u> : 10 répétitions/ 3 séries	une période de 24h est utilisée dans les tests statistiques) Changement entre le prétest et le posttest (12 semaines d'intervalle) sur : - Force musculaire dynamique (extenseurs des genoux, des épaules, fléchisseurs du coude) (poids maximum pouvant être levé	Multiple Régression	- $\uparrow$ de la force musculaire dynamique des extenseurs du genou - $\uparrow$ de la force isométrique de l'épaule droite - $\uparrow$ de la vitesse de marche - $\uparrow$ «timed up- and-go test»

Auteur	Devis	Participants	Interventions	Variables dépendantes	Test statistique	Résultats
		<p><u>Critères d'exclusion :</u> Atteint de parkinson ou ACV, participation à un programme d'exercice de</p>	<p><u>Durée :</u> 12 semaines (36 sessions) <u>Supervision :</u> Continue en salle d'entraînement dans le centre de soins de longue durée.</p>	<p>correctement en une seule fois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Force isométrique (extenseurs des genoux, des épaules, fléchisseurs du coude (évalué avec un dynamomètre)</li> <li>- «timed up-and-go test»</li> <li>- vitesse de</li> </ul>		

Auteur	Devis	Participants	Interventions	Variables dépendantes	Test statistique	Résultats
		renforcement musculaire dans la dernière année, condition médicale instable.	<u>Adhérence :</u> 86 % <b>Groupe contrôle</b> <i>n</i> = 12	marche sur 30 mètres		

<sup>1</sup>. Résultats pour lesquels une différence statistiquement significative a été observée entre les groupes

**Annexe 2**  
**Lettre de collaboration**  
**Lettre d'introduction**

Dollard-des-Ormeaux, le \_\_février 2007

Direction du développement clinique et des services professionnels  
Vigi Santé ltée  
197, Thornhill  
Dollard-des-Ormeaux (Québec)

Objet: lettre de collaboration

À qui de droit,

La présente est pour confirmer la collaboration de Vigi Santé ltée à l'étude intitulée *Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en CHSLD*.

Nous estimons que notre participation permettra de faciliter le travail de collecte des données dans les 14 CHSLD de Vigi Santé ltée, par l'envoi postal des questionnaires aux infirmières à l'emploi de Vigi Santé ltée et par l'accessibilité du courrier interne pour le rappel. Il nous fera plaisir de contribuer à cette étude fort pertinente dans un contexte où la majorité des placements en soins de longue durée est reliée à une perte d'autonomie fonctionnelle.

En espérant le tout conforme à vos attentes, je vous prie de recevoir l'expression de mes sentiments les meilleurs.

---

Signature de la personne responsable  
Direction du développement clinique et des services professionnels  
Vigi Santé ltée.



Madame, Monsieur,

Dollard-des-Ormeaux, 1 mai 2007

La perte d'autonomie fonctionnelle est un état de santé préoccupant qui touche un grand nombre de personnes âgées qui habitent en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). En effet, la majorité des placements en soins de longue durée est reliée à la présence de maladies chroniques et à une diminution des capacités fonctionnelles.

Plusieurs études démontrent que l'exercice physique musculaire contribue à stabiliser ou à contrôler la perte des capacités fonctionnelles chez la personne âgée en perte d'autonomie. En effet, l'exercice physique musculaire constitue un moyen efficace et sécuritaire d'augmenter la masse musculaire, la force et l'endurance musculaire, la densité osseuse et de façon générale, l'autonomie fonctionnelle (la capacité d'exécuter une tâche).

Nous sollicitons votre participation pour une étude qui vise à mieux comprendre ce qui peut motiver les infirmiers (ères) à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de la personne âgée, capable de marcher seule ou avec l'aide d'une marchette ou d'une canne, suivant son admission en CHSLD. Cette recherche est menée par Julie Mercier, étudiante à la maîtrise en Sciences Infirmières, de l'Université Laval, sous la responsabilité de la professeure Camille Gagné (Ph.D.).

Les résultats de cette étude permettront d'avoir un portrait d'ensemble de l'opinion des infirmières de Vigi Santé ltée quant à l'utilisation de l'exercice physique musculaire auprès de la personne âgée en CHSLD, de faire une analyse critique des facteurs qui favorisent ou nuisent au recours de l'exercice physique pour favoriser la mobilité de la personne âgée et de formuler des recommandations quant au développement d'intervention adaptée au contexte des CHSLD.

Ainsi, dans cette enveloppe, vous retrouverez un formulaire d'information sur l'étude et un questionnaire à compléter. Le nombre de personnes qui répondront au questionnaire influencera la qualité de cette étude. C'est pourquoi votre participation est importante. Il est à noter qu'aucune donnée confidentielle à caractère personnelle (adresse, numéro de téléphone) ne sera connue de l'étudiante ou de la professeure responsable puisque l'employeur Vigi Santé ltée effectue lui-même l'envoi postal aux infirmières. Également, l'employeur ne sera pas informé de votre décision d'accepter ou non de participer à l'étude.

Je vous remercie à l'avance pour la collaboration que vous apporterez à cette importante étude qui s'inscrit dans la perspective du mieux-être de la personne âgée et de la reconnaissance du rôle de l'infirmière dans l'atteinte de ce mieux-être.

---

Julie Mercier

Étudiante à la maîtrise avec mémoire en sciences infirmières de l'Université Laval

**Annexe 3**  
**Feuillet d'information croyances saillantes**  
**Questionnaires croyances saillantes**

Titre de la recherche : Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

## FEUILLET D'INFORMATION

### Présentation

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de recherche de maîtrise avec mémoire de Julie Mercier, sous la direction de Camille Gagné (Ph.D.), de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre connaissance des renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but du projet de recherche, ses procédures, ses avantages, et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à Mme Julie Mercier, étudiante, ses coordonnées figurent à la fin du document.

### Nature de l'étude

Cette recherche vise à mieux comprendre ce qui influence l'intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité des personnes âgées, capables de marcher seules ou avec l'aide d'une marchette ou d'une canne, au cours des trente premiers jours suivants leur admission au CHSLD. L'exercice physique musculaire est un entraînement visant à augmenter la force par le biais de mouvements exécutés contre une force externe spécifique qui est augmentée graduellement au fur et à mesure que l'individu devient plus fort. La résistance peut être fournie par l'utilisation de bandes élastiques, des poids libres, un appareil de musculation, etc. Les résultats de cette étude permettront de déterminer à quels niveaux (individus, organisation) il faut intervenir et comment il faut le faire pour aider les infirmières qui le désirent à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention.

### Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à remplir un questionnaire qui portera sur les éléments suivants :

- Les croyances saillantes des infirmières (les croyances comportementales, les croyances normatives, les croyances liées au contrôle et les croyances liées au rôle) concernant l'utilisation de l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité des personnes âgées capables de marcher seules ou avec l'aide d'une marchette ou d'une canne, suivant leur admission au CHSLD ;
- données sociodémographiques (âge, nombre d'années d'expérience, scolarité, sexe).

Remplir le questionnaire devrait prendre environ 10 minutes.

Le questionnaire ainsi qu'une enveloppe pré affranchie et pré adressée au nom de l'étudiante chercheuse vous est remis lors d'une formation continue. Vous êtes invités à remplir le questionnaire à votre domicile et à le retourner le plus tôt possible.

Note : le féminin est utilisé seulement pour alléger le texte

Projet approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Laval no d'approbation 2007-044, le 21 mars 2007

initiales \_\_\_\_\_

Titre de la recherche : Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

### **Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à la participation**

Il n'y a aucun bénéfice raisonnable anticipé lié à la participation à cette recherche.

Il n'y a aucun risque connu lié à la participation à cette recherche. En effet, votre décision de participer ou non à cette étude demeure inconnue et ne causera aucun préjudice à votre participation à la journée de formation continue puisqu'il n'y a aucune évaluation pour cette formation.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Votre collaboration est très importante pour la bonne marche de cette étude, mais il est entendu que vous êtes libres de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation en tout temps, sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision.

### **Confidentialité et gestion des données**

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- Toutes les réponses fournies par les infirmières demeureront confidentielles et ne seront jamais diffusées sur une base individuelle. Seuls l'étudiante, la directrice de recherche de l'étude et un assistant de recherche dont le travail consiste à l'analyse des résultats, auront accès aux données recueillies ;
- les questionnaires complétés et reçus seront conservés sous clé, dans une filière située chez l'étudiante responsable de l'étude et seront détruits par déchiqueteuse cinq ans suivant la fin de l'étude ;
- l'employeur Vigi Santé ltée ne sera pas informé de votre acceptation ou refus de participer à l'étude.

### **Consentement**

Le fait de compléter le questionnaire et de le retourner dans l'enveloppe pré affranchie et préalablement adressée à l'étudiante, mais qui n'identifie pas le répondant, constitue votre consentement implicite, libre et éclairé, à participer à l'étude. Aucune signature n'est requise et votre anonymat est préservé.

### **Pour des renseignements supplémentaires**

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Mme Julie Mercier étudiante responsable du projet de recherche, au numéro de téléphone suivant : (514) 684-0930

Note : le féminin est utilisé seulement pour alléger le texte

Projet approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Laval no d'approbation 2007-044, le 21 mars 2007

initiales \_\_\_\_\_

Titre de la recherche : Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

### Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de cette étude et je vous remercie d'y accorder votre temps.

### Signature

Par ce feuillet d'information, j'ai expliqué au participant le but, la nature, l'absence d'avantage, l'absence de risque et d'inconvénient lié à sa participation au projet de recherche. J'ai aussi expliqué que toutes les informations qui seront fournies dans le cadre de cette étude seront strictement confidentielles et que le participant conserve son droit de se retirer de l'étude en tout temps, sans aucun préjudice. Je m'engage à répondre au meilleur de ma connaissance aux questions qui pourraient m'être posées et à vérifier par le fait même la compréhension du participant.

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiante

### Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins  
Bureau 3320  
Université Laval,  
Québec (Québec)  
G1K 7P4

Renseignements – Secrétariat : (418) 656-3081  
Télécopieur : (418) 656-3846  
Courriel : ombuds@ombuds.ulaval.ca

### Copie du participant

Note : le féminin est utilisé seulement pour alléger le texte

Projet approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Laval no d'approbation 2007-044, le 21 mars 2007

initiales \_\_\_\_\_



**ÉTUDE SUR LES CROYANCES DES INFIRMIÈRES**

**CONCERNANT L'UTILISATION DE L'EXERCICE PHYSIQUE MUSCULAIRE**

**COMME MOYEN D'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES EN CHSLD**

**QUESTIONNAIRE**

**CONSIGNES POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE**

1. Le questionnaire porte sur l'utilisation de l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention auprès de la personne âgée en CHSLD.
2. Vous devez répondre aux questions **EN N'UTILISANT QUE QUELQUES MOTS OU PHRASES COURTES**. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Le plus important est d'écrire ce que vous pensez réellement.
3. Il n'est pas nécessaire d'avoir déjà utilisé l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention auprès de la personne âgée en CHSLD pour répondre aux questions.
4. Les réponses que vous donnerez sont anonymes.
5. Vous devez répondre à chacune des six questions en référence à la mise en situation et à la définition décrite à la page suivante.

### MISE EN SITUATION

Madame A., vient d'être admise au CHSLD. Vous êtes l'infirmière qui procède à son évaluation d'admission. Lors de l'évaluation vous constatez que madame A est en mesure de se déplacer où elle veut, mais à l'aide d'une canne. Vous constatez aussi qu'elle présente certaines pertes cognitives, mais elle est capable de suivre quelques directives simples.

### DÉFINITION

Les exercices physiques musculaires sont des mouvements exécutés contre une force externe (bandes élastiques, poids libres, appareil de musculation, etc.) qui est augmentée graduellement, dans le but d'augmenter la force de l'individu.

### VOTRE TÂCHE

Les contraintes que vivent les infirmières en CHSLD sont telles qu'elles ne peuvent pas nécessairement accomplir ce qu'elles souhaiteraient. Leurs croyances personnelles font aussi en sorte qu'elles privilégient certaines approches ou interventions plutôt que d'autres. Nous vous demandons de répondre aux questions en référence à ce que vous pensez réellement concernant madame A, compte tenu vos croyances personnelles et les contraintes liées à votre travail



## QUESTIONS

- Quel(s) avantage(s) voyez-vous à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de madame A?

---

---

---

---

- Quel(s) désavantage(s) voyez-vous à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de madame A?

---

---

---

---

- Selon vous, quelle(s) personne(s) ou quel(s) groupe(s) de personne(s), importantes pour vous approuveraient que vous utilisiez l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de madame A?

---

---

---

---

- Selon vous, quelle(s) personne(s) ou quel(s) groupe(s) de personne(s) importantes pour vous désapprouveraient que vous utilisiez l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de madame A?

---

---

---

---

- Indiquez les facteurs (conditions, contextes, etc.) qui pourraient vous inciter à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de madame A?

---

---

---

---

- Indiquez les facteurs (conditions, contextes, etc.) qui pourraient vous inciter à ne pas utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de madame A?

---

---

---

---

- Comment décririez-vous l'infirmière qui utilise l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de madame A?

---

---

---

---

### CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Quel est votre sexe?

Femme

Homme

2. Quel âge avez-vous?

Entre 20 – 30 ans

Entre 31 – 40 ans

Entre 41 – 50 ans

Plus de 50 ans

3. Depuis combien de temps pratiquez-vous la profession d'infirmière?

Entre 0 à 5 ans

Entre 6 à 10 ans

Plus de 10 ans

4. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

Collégial

Baccalauréat

Maîtrise

Doctorat

**Merci de votre précieuse collaboration!**

**Annexe 4**  
**Formulaire de consentement**  
**Coupon-réponse**

Titre de la recherche : Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### Présentation

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de recherche de maîtrise avec mémoire de Julie Mercier, sous la direction de Camille Gagné (Ph.D.), de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre connaissance des renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but du projet de recherche, ses procédures, ses avantages, et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à Mme Julie Mercier, étudiante, ses coordonnées figurent à la fin du document.

### Nature de l'étude

Cette recherche vise à mieux comprendre ce qui influence l'intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité des personnes âgées, capables de marcher seules ou avec l'aide d'une marchette ou d'une canne, au cours des trente premiers jours suivants leur admission au CHSLD. L'exercice physique musculaire est un entraînement visant à augmenter la force par le biais de mouvements exécutés contre une force externe spécifique qui est augmentée graduellement au fur et à mesure que l'individu devient plus fort. La résistance peut être fournie par l'utilisation de bandes élastiques, des poids libres, un appareil de musculation, etc. Les résultats de cette étude permettront de déterminer à quels niveaux (individus, organisation) il faut intervenir et comment il faut le faire pour aider les infirmières qui le désirent à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention.

### Déroulement de la participation

Lors d'une formation continue, un questionnaire, un coupon-réponse ainsi qu'une enveloppe pré affranchie et pré adressée au nom de l'étudiante chercheuse vous seront remis.

Votre participation à cette recherche consiste, dans un premier temps, à remplir à domicile un questionnaire qui portera sur les éléments suivants :

- les variables psychosociales des infirmières (intention, habitude, attitude, perception de contrôle, norme subjective, norme morale, rôles sociaux perçus, croyances comportementales, croyances normatives, croyances liées au contrôle) concernant l'utilisation de l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité des personnes âgées capables de marcher seules ou avec l'aide d'une marchette ou d'une canne, au cours des trente premiers jours suivants leur admission au CHSLD ;
- données sociodémographiques (âge, nombre d'années d'expérience, scolarité, sexe).

Note : le féminin est utilisé seulement pour alléger le texte

Projet approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Laval **no d'approbation 2007-044**, le 21 mars 2007  
initiales \_\_\_\_\_

Titre de la recherche : Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Remplir le questionnaire devrait prendre environ 20 minutes.

Par la suite, nous vous invitons à remplir le coupon-réponse et à signer la présente lettre de consentement et à nous les retourner dans l'enveloppe pré affranchie et pré adressée qui est fournie ci-joint. Via le coupon-réponse, vous indiquez que vous acceptez d'être contactée pour une courte entrevue. Dans l'affirmative, vous êtes invitées à laisser un numéro de téléphone et à préciser le moment où l'étudiante chercheuse peut vous rejoindre pour une entrevue téléphonique. L'entrevue téléphonique, d'environ 5 minutes, vise à déterminer la clarté des questions et des directives du questionnaire. Pendant l'entrevue, l'étudiante chercheuse vous demandera d'exprimer, en vos mots, ce que vous percevez qu'il est attendu de vous dans le questionnaire (compréhension des directives du questionnaire) et aux deux premières questions (compréhension des questions). Enfin, l'étudiante chercheuse vous demandera de préciser si le questionnaire contient des questions ou des mots plus difficiles à interpréter.

En somme, si vous acceptez de participer à l'étude, vous devez d'abord répondre au questionnaire et le conserver. Ensuite, vous devez retourner dans l'enveloppe pré affranchie et pré adressée à l'étudiante chercheuse, le coupon-réponse complété autorisant votre acceptation d'être contactée par téléphone, de même que le présent formulaire de consentement signé. Nous apprécierions que vous complétiez et retourniez le coupon-réponse et le formulaire de consentement signé le plus tôt possible.

#### **Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à la participation**

Il n'y a aucun bénéfice raisonnable anticipé lié à la participation à cette recherche.

Il n'y a aucun risque ou inconvénient connu lié à la participation à cette recherche. En effet, votre décision de participer ou non à cette étude demeure inconnue et ne causera aucun préjudice à votre participation à la journée de formation continue puisqu'il n'y a aucune évaluation pour cette formation.

#### **Participation volontaire et droit de retrait**

Votre collaboration est très importante pour la bonne marche de cette étude, mais il est entendu que vous êtes libres de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation en tout temps, sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision.

#### **Confidentialité et gestion des données**

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- Seules l'étudiante et la directrice de recherche auront accès aux noms et aux numéros de téléphone des participantes ayant remis le coupon-réponse et la lettre de consentement, et ce, pour la durée de la recherche seulement ;

Note : le féminin est utilisé seulement pour alléger le texte

Projet approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Laval **no d'approbation 2007-044**, le 21 mars 2007  
initiales \_\_\_\_\_

Titre de la recherche : Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

- toutes les réponses fournies par les infirmières dans le questionnaire et lors de l'entrevue téléphonique demeureront confidentielles et ne seront jamais diffusées sur une base individuelle. Seules l'étudiante et la directrice de recherche de l'étude auront accès aux données recueillies ;
- les questionnaires complétés, les formulaires de consentement signés ainsi que les informations recueillies lors de l'entrevue individuelle seront conservés sous clé, dans une filière située chez l'étudiante responsable de l'étude et seront détruits par déchiqueteuse cinq ans suivant la fin de l'étude ;
- l'employeur Vigi Santé Itée ne sera pas informé de votre acceptation ou refus de participer à l'étude.

### Pour des renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Mme Julie Mercier étudiante responsable du projet de recherche, au numéro de téléphone suivant : (514) 684-0930

### Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de cette étude et je vous remercie d'y accorder votre temps.

### Signatures

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à la recherche intitulée «Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'étudiante de cette recherche m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, de la participante

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Note : le féminin est utilisé seulement pour alléger le texte

Projet approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Laval **no d'approbation 2007-044**, le 21 mars 2007  
initiales \_\_\_\_\_

Titre de la recherche : Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiante

### Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins  
Bureau 3320  
Université Laval,  
Québec (Québec)  
G1K 7P4

Renseignements – Secrétariat : (418) 656-3081  
Télécopieur : (418) 656-3846  
Courriel : [ombuds@ombuds.ulaval.ca](mailto:ombuds@ombuds.ulaval.ca)

**Copie du participant**

Note : le féminin est utilisé seulement pour alléger le texte

Projet approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Laval **no d'approbation 2007-044**, le 21 mars 2007  
initiales \_\_\_\_\_



**COUPON RÉPONSE**

Par ce coupon-réponse, j'accepte d'être contactée pour une courte entrevue téléphonique visant à vérifier la clarté et les directives du questionnaire que j'ai complété portant sur l'étude «*Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)*». Voici mes disponibilités pour me rejoindre ainsi que mon numéro de téléphone.

Date (s) ou journée (s) : \_\_\_\_\_

Heure (s) : \_\_\_\_\_ (S.V.P. indiquez *am* et/ou *pm*)

Téléphone : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, de la participante.

\*S.V.P RETOURNEZ CE COUPON-RÉPONSE SIGNÉ AINSI QUE LA LETTRE DE CONSENTEMENT SIGNÉE DANS L'ENVELOPPE PRÉADRESSÉE ET PRÉAFFRANCHIE DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS.

**Annexe 5**  
**Feuillet d'information questionnaire principal**  
**Questionnaire principal**

Titre de la recherche : Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

## FEUILLET D'INFORMATION

### Présentation

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de recherche de maîtrise avec mémoire de Julie Mercier, sous la direction de Camille Gagné (Ph.D.), de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre connaissance des renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but du projet de recherche, ses procédures, ses avantages, et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à Mme Julie Mercier, étudiante, ses coordonnées figurent à la fin du document.

### Nature de l'étude

Cette recherche vise à mieux comprendre ce qui influence l'intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité des personnes âgées, capables de marcher seules ou avec l'aide d'une marchette ou d'une canne, au cours des trente premiers jours suivants leur admission au CHSLD. L'exercice physique musculaire est un entraînement visant à augmenter la force par le biais de mouvements exécutés contre une force externe spécifique qui est augmentée graduellement au fur et à mesure que l'individu devient plus fort. La résistance peut être fournie par l'utilisation de bandes élastiques, des poids libres, un appareil de musculation, etc. Les résultats de cette étude permettront de déterminer à quels niveaux (individus, organisation) il faut intervenir et comment il faut le faire pour aider les infirmières qui le désirent à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention.

### Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à remplir un questionnaire qui portera sur les éléments suivants :

- les variables psychosociales des infirmières (intention, habitude, attitude, perception de contrôle, norme subjective, norme morale, rôles sociaux perçus, croyances comportementales, croyances normatives, croyances liées au contrôle) concernant l'utilisation de l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité des personnes âgées capables de marcher seules ou avec l'aide d'une marchette ou d'une canne, au cours des trente premiers jours suivants leur admission au CHSLD.
- données sociodémographiques (âge, nombre d'années d'expérience, scolarité, sexe).

Remplir le questionnaire devrait prendre environ 20 minutes.

### Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à la participation

Il n'y a aucun bénéfice raisonnable anticipé lié à la participation à cette recherche. Il n'y a aucun risque connu lié à la participation à cette recherche.

Note : le féminin est utilisé seulement pour alléger le texte

Projet approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Laval **no d'approbation 2007-044**, le 21 mars 2007

initiales \_\_\_\_\_

Titre de la recherche : Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Votre collaboration est très importante pour la bonne marche de cette étude, mais il est entendu que vous êtes libres de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation en tout temps, sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision.

### **Confidentialité et gestion des données**

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

- Seules l'étudiante et la directrice de recherche auront accès à la liste des noms, et ce, pour la durée de la recherche seulement ;
- une enveloppe pré affranchie et préalablement adressée à l'étudiante, mais qui n'identifie pas le répondant, est utilisée pour le retour du questionnaire, assurant l'anonymat du participant ;
- toutes les réponses fournies par les infirmières demeureront confidentielles et ne seront jamais diffusées sur une base individuelle. Seules l'étudiante et la directrice de recherche de l'étude auront accès aux données recueillies ;
- les questionnaires complétés et reçus seront conservés sous clé, dans une filière située chez l'étudiante responsable de l'étude, et ce, pendant cinq ans et seront ensuite détruits ;
- l'employeur Vigi Santé ltée ne sera pas informé de votre acceptation ou refus de participer à l'étude.

### **Consentement**

Le fait de compléter le questionnaire et de le retourner dans l'enveloppe pré affranchie et préalablement adressée à l'étudiante, mais qui n'identifie pas le répondant, constitue votre consentement implicite, libre et éclairé, à participer à l'étude. Aucune signature n'est requise et votre anonymat est préservé.

### **Pour des renseignements supplémentaires**

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Mme Julie Mercier étudiante responsable du projet de recherche, au numéro de téléphone suivant : (514) 684-0930

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de cette étude et je vous remercie d'y accorder votre temps.

Note : le féminin est utilisé seulement pour alléger le texte

Projet approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Laval **no d'approbation 2007-044**, le 21 mars 2007

initiales \_\_\_\_\_

Titre de la recherche : Intention des infirmières d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

### Signature

Par ce feuillet d'information, j'ai expliqué au participant le but, la nature, l'absence d'avantage, l'absence de risque et d'inconvénient lié à sa participation au projet de recherche. J'ai aussi expliqué que toutes les informations qui seront fournies dans le cadre de cette étude seront strictement confidentielles et que le participant conserve son droit de se retirer de l'étude en tout temps, sans aucun préjudice. Je m'engage à répondre au meilleur de ma connaissance aux questions qui pourraient m'être posées et à vérifier par le fait même la compréhension du participant.

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiante

### Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins  
Bureau 3320  
Université Laval,  
Québec (Québec)  
G1K 7P4

Renseignements – Secrétariat : (418) 656-3081  
Télécopieur : (418) 656-3846  
Courriel : ombuds@ombuds.ulaval.ca

### Copie du participant

Note : le féminin est utilisé seulement pour alléger le texte

Projet approuvé par le Comité d'éthique de l'Université Laval no d'approbation 2007-044, le 21 mars 2007

initiales \_\_\_\_\_



**ÉTUDE SUR LES DÉTERMINANTS DE LA MOTIVATION DES INFIRMIÈRES**

**À UTILISER L'EXERCICE PHYSIQUE MUSCULAIRE**

**COMME MOYEN D'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES EN  
CHSLD**

**QUESTIONNAIRE**

**CONSIGNES POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE**

- 1. Certaines questions peuvent vous sembler répétitives. Toutefois, il est très important de répondre à toutes les questions.**
- 2. Prenez le temps de lire attentivement chaque question. Vous devez répondre en choisissant l'option de réponse qui exprime le mieux votre opinion.**
- 3. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse.**
- 4. Les réponses que vous donnerez sont anonymes.**
- 5. Vous devez répondre à chacune des questions en référence à la mise en situation et à la définition qui sont décrites à la page suivante.**

### MISE EN SITUATION

**Madame A vient d'être admise au CHSLD. Vous êtes l'infirmière qui procède à son évaluation d'admission. Lors de l'évaluation, vous constatez que madame A est en mesure de se déplacer où elle veut à l'aide d'une canne. Vous constatez aussi qu'elle présente certaines pertes cognitives, mais qu'elle est capable de suivre des directives simples.**

### DÉFINITION

**L'exercice physique musculaire est un entraînement visant à augmenter la force par le biais de mouvements exécutés contre une force externe spécifique qui est augmentée graduellement au fur et à mesure que l'individu devient plus fort. La résistance peut être fournie par l'utilisation de bandes élastiques, des poids libres, un appareil de musculation, etc.**

### VOTRE TÂCHE

**Les contraintes que vivent les infirmières en CHSLD sont telles qu'elles ne peuvent pas nécessairement accomplir tout ce qu'elles souhaiteraient. Leurs croyances personnelles font aussi en sorte qu'elles privilégient certaines approches ou interventions plutôt que d'autres. Nous vous demandons de répondre aux questions en référence à ce que vous pensez réellement concernant madame A, compte tenu vos croyances personnelles et les contraintes liées à votre travail.**



1. Pour moi, utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A serait... [cochez la case appropriée pour chacun des six énoncés suivants (a à f)]

a)  Tout à fait désagréable     Très désagréable     Plutôt désagréable     Plutôt agréable     Très agréable     Tout à fait agréable

b)  Tout à fait dévalorisant     Très dévalorisant     Plutôt dévalorisant     Plutôt valorisant     Très valorisant     Tout à fait valorisant

c)  Tout à fait irréaliste     Très irréaliste     Plutôt irréaliste     Plutôt réaliste     Très réaliste     Tout à fait réaliste

d)  Tout à fait inutile     Très inutile     Plutôt inutile     Plutôt utile     Très utile     Tout à fait utile

e)  Tout à fait insatisfaisant     Très insatisfaisant     Plutôt insatisfaisant     Plutôt satisfaisant     Très satisfaisant     Tout à fait satisfaisant

f)  Tout à fait imprudent     Très imprudent     Plutôt imprudent     Plutôt prudent     Très prudent     Tout à fait prudent

2. Les personnes les plus importantes pour moi pensent que je devrais utiliser l'exercice physique musculaire pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait improbable	Très improbable	Plutôt improbable	Plutôt probable	Très probable	Tout à fait probable

3. La plupart des personnes qui sont importantes pour moi me recommanderaient d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A...

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait improbable	Très improbable	Plutôt improbable	Plutôt probable	Très probable	Tout à fait probable

4. Si j'utilisais l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A, la plupart des personnes importantes pour moi...

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Désapprouveraient totalement	Désapprouveraient fortement	Désapprouveraient légèrement	Approuveraient légèrement	Approuveraient fortement	Approuveraient totalement

5. Pour moi, utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A serait...

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Extrêmement difficile	Très difficile	Plutôt difficile	Plutôt facile	Très facile	Extrêmement facile

6. Je me sens capable d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

7. Si je voulais, je pourrais facilement utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

8. Il n'en tient qu'à moi d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

9. J'utiliserais l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

10. Les chances sur 100 que j'utilise l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A seraient...

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	51-60%	61-70%	81-90%	91-100%

11. Utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A serait agir en accord avec mes valeurs morales.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

12. Mes valeurs personnelles m'inciteraient à utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

13. C'est dans mes principes d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

14. J'essayerais d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

15. Selon vous, parmi les 5 infirmières que vous connaissez le mieux, combien utiliseraient l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 infirmière	1 infirmière	2 infirmières	3 infirmières	4 infirmières	5 infirmières

16. J'aurais l'intention d'utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait improbable	Très improbable	Plutôt improbable	Plutôt probable	Très probable	Tout à fait probable

17. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'exercice physique musculaire comme moyen pour maintenir ou améliorer la mobilité d'une personne âgée suite à son admission en CHSLD?

<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Oui, en suivant un horaire fixe	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Oui, en suivant un horaire variable	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Non
---	---	--

18. Au cours des 12 derniers mois, j'ai utilisé l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité d'une personne âgée suite à son admission en CHSLD...

<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Très souvent	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Souvent	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Quelquefois	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jamais
---	--	--	---

19. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous utilisé l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité d'une personne âgée suite à son admission en CHSLD?

<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Aucune fois (0%)	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> environ 1 fois sur 4 (25%)	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> environ 1 fois sur 2 (50%)	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> environ 3 fois sur 4 (75%)	<input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> tout le temps (100%)
--	--	--	--	--

20. Utiliser l'exercice physique musculaire comme moyen pour maintenir ou améliorer la mobilité d'une personne âgée suite à son admission en CHSLD fait partie de ma routine (journalière, hebdomadaire ou mensuel).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

21. Si j'utilisais l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A, cela permettrait :

a) de maintenir l'autonomie de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait improbable	Très improbable	Plutôt improbable	Plutôt probable	Très probable	Tout à fait probable

b) d'augmenter/maintenir la force musculaire de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait improbable	Très improbable	Plutôt improbable	Plutôt probable	Très probable	Tout à fait probable

c) d'offrir une activité sociale à madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

d) de favoriser l'élimination de madame A.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

e) de diminuer le risque de plaies de madame A.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

f) de maintenir la mobilité de madame A.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout à fait en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Tout à fait en accord

22. J'utiliserais l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A, même si elle présente un déficit cognitif.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout à fait improbable	Très improbable	Plutôt improbable	Plutôt probable	Très probable	Tout à fait probable



23. J'utiliserais l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A, même si je manquais de temps.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait improbable	Très improbable	Plutôt improbable	Plutôt probable	Très probable	Tout à fait probable

24. J'utiliserais l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A, même si son état de santé diminuait.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait improbable	Très improbable	Plutôt improbable	Plutôt probable	Très probable	Tout à fait probable

25. J'utiliserais l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A même s'il manquait de personnel.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait improbable	Très improbable	Plutôt improbable	Plutôt probable	Très probable	Tout à fait probable

26. Si madame A coopérait, j'utiliserais l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer sa mobilité.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait improbable	Très improbable	Plutôt improbable	Plutôt probable	Très probable	Tout à fait probable

27. Si le personnel ainsi que moi-même étions formés, j'utiliserais l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tout à fait improbable	Très improbable	Plutôt improbable	Plutôt probable	Très probable	Tout à fait probable

28. La famille de madame A approuverait/désapprouverait que j'utilise l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer sa mobilité.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Désapprouverait totalement	Désapprouverait fortement	Désapprouverait légèrement	Approuverait légèrement	Approuverait fortement	Approuverait totalement

29. Madame A approuverait/désapprouverait que j'utilise l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer sa mobilité.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Désapprouverait totalement	Désapprouverait fortement	Désapprouverait légèrement	Approuverait légèrement	Approuverait fortement	Approuverait totalement

30. Les préposés aux bénéficiaires approuveraient/désapprouveraient que j'utilise l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Désapprouveraient totalement	Désapprouveraient fortement	Désapprouveraient légèrement	Approuveraient légèrement	Approuveraient fortement	Approuveraient totalement

31. Les infirmières approuveraient/désapprouveraient que j'utilise l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désapprouveraient	Désapprouveraient	Désapprouveraient	Approuveraient	Approuveraient	Approuveraient
totalemment	fortement	légèrement	légèrement	fortement	totalemment

32. Les physiothérapeutes approuveraient/désapprouveraient que j'utilise l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désapprouveraient	Désapprouveraient	Désapprouveraient	Approuveraient	Approuveraient	Approuveraient
totalemment	fortement	légèrement	légèrement	fortement	totalemment

33. Les ergothérapeutes approuveraient/désapprouveraient que j'utilise l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour maintenir ou améliorer la mobilité de madame A.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désapprouveraient	Désapprouveraient	Désapprouveraient	Approuveraient	Approuveraient	Approuveraient
totalemment	fortement	légèrement	légèrement	fortement	totalemment

34. Quel âge avez-vous?

- Entre 20 – 30 ans
- Entre 31 – 40 ans
- Entre 41 – 50 ans
- Plus de 50 ans

35. Depuis combien de temps exercez-vous la profession d'infirmière?

\_\_\_\_\_ année (s)

36. Quel est votre sexe?

- Femme
- Homme

37. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- Collégial
- Baccalauréat
- Maîtrise
- Doctorat

**Merci de votre précieuse collaboration!**

**Annexe 6**  
**Lettre de rappel**

## LETTRE DE RAPPEL/REMERCIEMENT

Dollard-des-Ormeaux, le 9 mai 2007

Vous avez reçu récemment un questionnaire visant à connaître votre opinion concernant l'utilisation de l'exercice physique musculaire comme moyen d'intervention pour améliorer ou maintenir la mobilité de la personne âgée en CHSLD. Si vous avez déjà complété et retourné le questionnaire, je profite de cette occasion pour vous remercier de votre collaboration. Sinon, je vous invite à prendre quelques minutes de votre temps pour le faire et à retourner le questionnaire dans les prochains jours.

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration. Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

---

Julie Mercier, inf. Bac.  
Étudiante à la maîtrise en Sciences Infirmières,  
Université Laval.