

Travail de Bachelor

Présenté à :

Madame Neri Céline, directrice du travail

Quelles sont les interventions infirmières pour prévenir ou retarder la perte d'autonomie des personnes âgées à mobilité réduite vivant à domicile ?

**Dacic Elisa
N°21641832**

**Maranesi Meg
N°21642285**

**Uslu Özge
N°21642350**

Lieu d'activité :

Neuchâtel

Juillet / 2024

Table des matières

Lexique	1
Résumé du Travail de Bachelor.....	2
Problématique	3
Concepts abordés.....	3
Méthode	4
Résultats.....	4
Conclusion	4
Mots-clés	5
Remerciements.....	6
Chapitre 1 : Introduction.....	8
1.1 Nature du travail	9
1.2 Plan.....	9
Chapitre 2 : Problématique.....	11
2.1 Introduction à la problématique.....	12
2.2 Émergence de la question de départ	12
2.3 Revue exploratoire.....	14
2.3.1 Fragilité et vulnérabilité aux soins à domicile.....	17
2.3.2 Autonomie et vieillissement	20

2.3.3 Qualité de vie des personnes âgées.....	22
2.3.4 Qualité des soins.....	25
2.3.5 Adaptation.....	26
2.3.6 Interviews	27
2.4 Pertinence de la question de départ	28
2.4.1 Le métaparadigme infirmier.....	29
2.4.2 Les modes de savoirs infirmiers	33
2.5 Concepts retenus comme pertinents	37
2.6 Perspectives/propositions pour la pratique infirmière.....	38
Chapitre 3 : Champ disciplinaire infirmier	39
3.1 Ancrage disciplinaire	40
3.1.1 Quatre concepts du métaparadigme.....	40
3.1.2 Philosophie et école de pensée	41
3.2 Structure de la théorie	42
3.3 Concepts de la théorie.....	43
3.3.1 Les stimuli	43
3.3.2 Processus de coping	43
3.3.3 Les réponses	44
3.3.4 Les modes adaptatifs	44

3.4 Pertinence pour la discipline infirmière et la question de recherche	45
.....	
Chapitre 4 : Méthode	47
Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion	53
Résumé des articles	54
Article n°1.....	54
Article n°2.....	55
Article n°3.....	56
Article n°4.....	57
Article n°5.....	58
Article n°6.....	60
Article n°7.....	61
Article n°8.....	63
Article n°9.....	64
Article n°10.....	66
Article n°11.....	67
Article n°12.....	69
Synthèse des résultats des articles.....	71
Perspectives/propositions pour la pratique et recommandations	74
Interventions infirmières	74

Lien avec le cadre théorique.....	76
Chapitre 6 : Conclusion	77
Apport du travail de Bachelor	78
Limites.....	80
Perspectives pour la recherche	80
Chapitre 7 : Références.....	83
Chapitre 8 : Appendice.....	92

Liste des figures

Figure 1 : <i>Fonctionnement des systèmes</i> (Roy, 2009)	42
---	----

Lexique

ANR : Agence Nationale de la Recherche

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

EMS : Établissement Médico-Social

NOMAD : Neuchâtel Organise le Maintien à Domicile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OFS : Office Fédéral de la Statistique

OFSP : Office Fédérale de la Santé Publique

PFP : Période de Formation Pratique

PICOT : Population, Intervention, Comparaison, Outcome (résultat),
Temporalité

RAI-HC : Resident Assessment Instrument Home Care

SEP : Sclérose En Plaques

SMART : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporel

Résumé du Travail de Bachelor

Problématique

Ce travail de Bachelor vise à déterminer les interventions infirmières qui pourraient permettre de prévenir ou retarder la perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile.

La suisse détient l'une des espérances de vie les plus élevées d'Europe. Le souhait de nombreuses personnes est de vivre à domicile en gardant une bonne autonomie (Tahar Chaouche & Gardijan, 2021). Avec l'âge, le déclin fonctionnel augmente et les personnes ont un risque accru de perdre leur autonomie (Carrère, 2020). Des problèmes de santé ou une diminution du réseau social peuvent survenir, rendant le maintien à domicile plus difficile. Le vieillissement de la population représente un défi pour la société, qui doit pouvoir adapter son système de soin pour promouvoir des actions de santé visant à maintenir la qualité de vie des personnes âgées souhaitant rester à domicile (Tahar Chaouche & Gardijan, 2021).

Afin de répondre à cette problématique, les auteures ont procédé à une recherche de littérature qui a permis de développer les sujets concernant la question de recherche.

Concepts abordés

Différents concepts sont abordés en lien avec la question de recherche, notamment l'autonomie, la mobilité, la prévention et la promotion de la santé, le vieillissement ainsi que la qualité de vie. Ceux-ci permettent d'orienter les

premières recherches dans la littérature en lien avec la problématique de ce travail.

Méthode

La question de recherche est formulée selon la méthodologie PICOT (Mazurek Melnyk & Fineout-Overholt, 2018), qui a permis d'entrer les mots clés dans les bases de données scientifiques suivantes : Medline, PubMed, Cihnal et Embase. Les articles obtenus grâce aux différentes équations de recherches ont été triés et sélectionnés afin de retenir uniquement ceux en lien avec la problématique de ce travail. Les articles ont été analysés à l'aide de la grille de Tétreault (Tétreault et al., 2013).

Résultats

Les articles démontrent l'importance d'apporter diverses stratégies permettant de réduire la perte d'autonomie chez la personne âgée. Ces interventions incluent notamment des programmes d'exercices physiques, des stratégies nutritionnelles, des activités sociales et des formations pour les proches aidants. De plus, l'importance de personnaliser les soins selon les besoins personnels des individus a été relevée.

Conclusion

En conclusion, les différents facteurs facilitants et contraignants rencontrés lors de l'élaboration de ce travail de Bachelor sont exposés dans ce chapitre. De plus, les limites de l'étude sont abordées et prises en considération pour l'interprétation des résultats. Enfin, les perspectives pour

la recherche, la pratique ainsi que la formation sont élaborées. Ce sont des éléments essentiels qui ont influencé la réalisation de ce document.

Mots-clés

Perte d'autonomie, personnes âgées, mobilité réduite, domicile, vieillissement, intervention, promotion et prévention de la santé et indépendance.

Remerciements

Remerciements

Les auteures de ce travail tiennent à remercier chaleureusement plusieurs intervenants, sans qui ce travail n'aurait pas pu être réalisé. Tout d'abord, Madame Céline Neri pour son précieux soutien et accompagnement tout au long de la rédaction de ce travail. Son professionnalisme, sa disponibilité et sa bienveillance ont rendu possible l'aboutissement de ce projet.

De plus, les auteures remercient également Madame Julie Oudet, infirmière-cheffe et responsable des soins à domicile de l'Armée du Salut et Madame Damaris Fuligno Iyi-Ewuare, infirmière praticienne formatrice à NOMAD pour le temps qu'elles nous ont accordé ainsi que leur expertise. Les entrevues réalisées ont permis de cibler la problématique principale de ce travail.

Pour terminer, ce projet a été relu plusieurs fois par des membres de la famille des auteures et celles-ci tiennent particulièrement à les remercier pour leur investissement et leur soutien apportés durant toute la période d'élaboration de ce projet.

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Nature du travail

Afin de terminer cette dernière année de formation en soins infirmiers au sein de la Haute École Arc santé de Neuchâtel, il est demandé d'effectuer un travail de Bachelor. Ce dernier synthétise les compétences acquises, notamment sur la recherche scientifique et l'interprétation des résultats, durant les trois années de formation. Effectivement, depuis quelques années, l'infirmier est davantage sollicité à fonder sa pratique sur des résultats probants. La rédaction de ce travail a pour but de répondre à la question de recherche spécifique en lien avec la problématique sélectionnée. Les différentes recherches menées sur des résultats probants permettent une meilleure intégration et une compréhension de la thématique et le lien avec la pratique infirmière. Ce travail permet également aux auteures d'être forgées en tant que futures professionnelles de la santé.

1.2 Plan

Pour effectuer ce travail, il est demandé de choisir une thématique rattachée à la discipline infirmière et d'en ressortir une problématique qui sera suivie tout au long de la démarche. À cet effet, une revue exploratoire de la littérature est réalisée. Ainsi, cela permet l'investigation du sujet, de percevoir l'ampleur du phénomène et de mettre en avant les principaux concepts. Ensuite, il s'agit de faire des liens avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier et avec les modes de savoirs infirmiers qui seront approfondis dans le chapitre suivant afin d'ancrer la question de recherche dans le champ

disciplinaire infirmier. La suite du travail concerne la méthodologie. Cette partie permet de sélectionner des articles scientifiques, en lien avec le thème choisi, à l'aide des bases de données scientifiques à disposition et de les analyser. À la suite de ces analyses d'articles, une synthèse est rédigée afin d'exposer les différents résultats. Pour terminer ce travail, une conclusion est rédigée et comprend les limites du travail, les perspectives pour la recherche ainsi que les éléments facilitants et contraignants.

Chapitre 2 : Problématique

2.1 Introduction à la problématique

Dans ce chapitre, la problématique est définie et met en évidence les différentes étapes qui ont permis d'élaborer la question de recherche, pertinente et utile à la profession infirmière.

2.2 Émergence de la question de départ

Il était clair depuis le départ qu'il était important d'aborder un sujet que chacune avait déjà rencontré durant ses périodes de formation pratiques, afin que ce travail puisse proposer des solutions concrètes qui pourraient être appliquées dans la pratique quotidienne. Le sujet de ce travail a pu être affiné à partir de différents thèmes non étudiés pour un travail de Bachelor et faisant l'unanimité du groupe, en regroupant des concepts intéressants pour chacune des étudiantes. Finalement, une question de départ a été formulée : « Perte d'autonomie des personnes âgées à domicile, comment la prévenir ou la retarder ? ».

Effectivement, il semble primordial selon les auteures de parler de l'autonomie, car c'est une notion qui est devenue, au fil de l'évolution de la profession, au centre du soin. Pour la plupart des personnes âgées, leur désir est de rester le plus longtemps possible dans leur habitation tout en conservant un maximum d'autonomie possible. De plus, le sujet de l'autonomie est en lien avec un besoin accru au niveau de la prévention et la promotion de la santé, ceci permettrait en effet de retarder les entrées en établissement médico-social (EMS) et ainsi réduire les dépenses publiques (Baertschi et coll., 2015).

Le point commun que partagent les auteures de ce travail est la prise en soin de la personne âgée. En effet, les différentes expériences de chacune sont orientées vers une prise en soin de la personne âgée principalement. C'est pourquoi le sujet de la recherche s'oriente sur cette tranche d'âge de la population. Il y a beaucoup de connaissances et d'expériences partagées entre les membres du groupe. Ceci a permis d'enrichir ce travail, d'avoir la meilleure collaboration possible. Lors des différentes pratiques professionnelles, les auteures ont été amenées à travailler dans des structures de soins à domicile et se sont questionnées sur la manière de retarder la perte d'autonomie à domicile afin que ces personnes puissent vivre de manière indépendante le plus longtemps possible. De plus, il est important de parler du côté personnel de ce travail, car chaque auteure est touchée personnellement par la prise en charge de la personne âgée à domicile. En effet, certains membres de la famille des auteures bénéficient d'aide de la part des soins à domicile.

Avec l'avancée en âge, la personne voit diminuer ses capacités dans plusieurs domaines (physique, psychologique, affectif et social) ce qui a d'importantes répercussions sur l'autonomie. En effet, les habitudes de vie sont bouleversées par les événements de vie indésirables auxquels les personnes sont de plus en plus confrontées avec le temps. Par conséquent, les tâches d'adaptation sont de plus en plus nombreuses (Rapin, 2004).

La diminution de la qualité de vie d'une personne est définie par plusieurs facteurs : la multimorbidité, la fragilité intellectuelle, la diminution des

capacités fonctionnelles comme l'audition, la vue ou encore la mobilité. Cette fragilisation peut augmenter l'impact défavorable sur la vie sociale (Rapin, 2004). Par exemple, une perte du rôle social ainsi qu'une diminution de la faculté d'adaptation à un monde évolutif (Rapin, 2004).

Pendant des décennies, la personne soignée était définie par sa passivité. Le médecin, doté d'expertise, était respecté et la personne se soumettait aux décisions de celui-ci. Au fil du temps, l'autonomie du bénéficiaire de soins est valorisée et est au cœur de la relation soignant soigné. Le bénéficiaire de soins est au centre d'une prise en soins holistique (Baertschi et al., 2015). Le soignant a comme rôle de l'accompagner dans son processus d'empowerment. Le terme « client » remplace de plus en plus « patient », le consommateur de soins est un client. Les professionnels de santé travaillant aux soins à domicile sont accueillis chez lui, invités, tolérés, refusés, ignorés parfois (Rapin, 2004).

2.3 Revue exploratoire

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), entre 2015 et 2050, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans ne cessera d'augmenter, et sera presque doublé (OMS, 2022). Les pays du monde entier font face à des défis majeurs pour préparer leurs systèmes sociaux et de santé face à la mutation géographique et les personnes vivant de plus en plus longtemps. En Suisse, le vieillissement de la population gagnera une forte importance, ce qui représente un défi majeur pour le système de santé ou encore l'économie du pays. Le nombre de personnes âgées ne cessera d'augmenter, notamment en

lien avec une prolongation de l'espérance de vie ou encore un bon environnement physique et social (bons comportements de santé ou encore aménagement de l'environnement) (OMS, 2022). Plusieurs facteurs affectent le vieillissement et l'autonomie de la personne. En effet, les personnes souffrant de maladies chroniques sont les principales concernées. Plus de 80% des personnes âgées vivant en Suisse souffrent d'une ou de plusieurs maladies chroniques et bon nombre de personnes éprouvent des difficultés à trouver une aide appropriée, à accepter la maladie ou encore à préserver leur autonomie. Ce sont souvent les proches, appelés « proches aidants » qui assument la prise en charge (OMS, 2022).

D'après l'OMS, la décennie du vieillissement en bonne santé (2021-2030) vise à réduire les inégalités en matière de santé et à améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et de leurs communautés grâce à une action collective dans quatre domaines : changer notre façon de penser, de ressentir et d'agir en fonction de l'âge et face à l'âgisme ; renforcer les communautés de manière à favoriser les capacités des personnes âgées ; fournir des soins intégrés centrés sur la personne et des services de santé primaires adaptés aux personnes âgées ; et fournir aux personnes âgées qui en ont besoin l'accès à des soins de longue durée de qualité (OMS, 2022).

De plus, l'OMS a développé le concept de « Vieillir en bonne santé » qui consiste à évaluer la santé des personnes âgées selon de nouveaux critères. Il est important de comprendre qu'ils ne visent pas à recouvrir entièrement la

santé, mais à ce que ces personnes puissent utiliser au mieux leurs ressources. Ce qui signifie de parvenir à gérer leurs problèmes sociaux, physiques et émotionnels en dépit d'une maladie chronique. Ainsi, en agissant elles-mêmes à des ajustements, elles vont augmenter leur qualité de vie (OMS, 2022).

D'après l'enquête suisse sur la santé (OFS, 2019), le processus de vieillissement est inévitable, et il fait partie intégrante de la vie. Cependant, plusieurs facteurs de conditions de vie peuvent être favorables à « un bon vieillissement », notamment des ressources psychosociales adéquates ainsi que certains comportements de santé. Par exemple, adopter une alimentation saine, maintenir une activité sportive régulière, éviter le tabac ou encore limiter la consommation d'alcool. À cela s'ajoutent des ressources sociales, notamment un soutien, ainsi que des ressources psychosociales. Tout ceci impacte positivement la santé globale de chaque individu.

Selon l'OFS, la santé des personnes âgées diffère en fonction de leur environnement de vie. En effet, chez les personnes âgées vivant à domicile, les limitations dans les activités de la vie quotidienne et les problèmes de mobilisation entraînent un besoin accru d'assistance et de soins. En Suisse, le nombre de centenaires s'élève à 1948 en 2022, soit une progression de 3,2 % par rapport à l'année précédente (Office fédéral de la statistique, 2023a).

De plus, plus de 98% des personnes âgées de 65 à 79 ans vivent à leur domicile et près de 85% des personnes âgées de 80 ans et plus vivent également à leur domicile. Ces chiffres peuvent s'expliquer notamment par le

fait que l'accompagnement à domicile est plus avantageux que l'EMS. (Meier et al., 2020)

2.3.1 Fragilité et vulnérabilité aux soins à domicile

Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution (Armi & Guilley, 2004).

Selon Bee et Boyd, « l'âge est un déterminant majeur de fragilité, mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (Bee & Boyd, 2011).

Comme mentionné ci-dessus, la population actuelle ne cesse de vieillir dans le système de santé suisse. Ainsi, les professionnels de la santé des soins à domicile sont des acteurs importants pour le repérage précoce des personnes à risque d'évènements indésirables de santé. Il est vrai que chez les personnes âgées de plus de 65 ans, ces risques semblent plus élevés. Cependant, le personnel soignant ne dispose pas d'instrument permettant de repérer en première intention la fragilité des personnes vivant à domicile. Un projet est en cours à la Haute École de Santé de Genève (Ludwig & Busnel, 2020), il se nomme « fraXity » et vise à remédier à ce manque en développant des outils de repérage précoce à partir de données collectées au moyen de questionnaire de santé, dont le « Resident Assessment Instrument Home-Care » (RAI-HC) qui est recommandé en Suisse pour l'évaluation des besoins de santé des

bénéficiaires de soins à domicile. Le RAI-HC est une méthode d'évaluation globale, qui aide à fonder un plan d'intervention sur l'identification des besoins, des ressources et des préférences du patient. Cet outil, commun à tous les soins à domicile de Suisse, aide aussi à faciliter le dialogue médecins – professionnels des soins à domicile. C'est un outil implanté dans tous les services de soins à domicile en Suisse. Basé sur une évaluation globale standardisée (Minimum Data Set), il permet d'établir un plan de prise en charge individualisé et aussi de suivre tous les indicateurs de qualité concernant la prise en charge des personnes, l'aspect financier et planifier toutes les ressources au niveau du système de soins.

C'est une procédure complète qui est composée d'une grille d'évaluation, afin de recueillir des données de qualité et fiables. Il comprend un logiciel, qui génère des échelles et tableaux afin d'établir une liste des problématiques et donc établir un plan d'intervention.

- 1) Une grille d'évaluation structurée qui permet de recueillir des données de qualité en termes de fiabilité et validité
- 2) Un logiciel qui génère des échelles et des tableaux d'alarme qui permettent de dresser une liste des problèmes et partant de là, de rédiger un plan d'intervention
- 3) Un manuel de l'utilisateur qui contient tous les guides d'analyse par problème et contribue à la formation des professionnels

- 4) Des indicateurs de qualité qui permettent de suivre et évaluer les effets d'une intervention chez une personne soignée, de faire des comparaisons transversales entre services d'aide et de soins à domicile ou des comparaisons chronologiques
- 5) Un système de case-mix qui permet d'identifier des groupes de patients consommateurs de ressource et de faire des projections en termes de planification de service de santé

En somme, cette méthode permet d'établir le plan de prise en charge de la personne de manière individualisée, tout en prenant en compte les aspects financiers ou de qualités afin de planifier les ressources du système de soins.

Concernant les soins à domicile en Suisse, une évaluation globale et multidimensionnelle de la personne est réalisée, avec une analyse afin de déterminer un plan d'intervention. Ensuite, les prestations sont réalisées, puis évaluées dans un second temps.

En reprenant l'étude « fraXity » qui est en cours de développement, ses résultats fourniront aux professionnels des soins à domicile une méthodologie qui permettra de calculer des indicateurs de fragilité et de complexité à partir d'évaluation de routine effectuées avec le RAI-HC. Ainsi, des recommandations de bonne pratique pour le repérage des personnes fragiles et l'optimisation de leurs prises en soins avec des propositions adaptées de stratégies préventives de la perte d'indépendance et d'évènements indésirables. Il est intéressant, par cette étude, de voir l'importance de développer de nouvelles

recommandations pour aider le personnel soignant dans la prise en charge à domicile (Ludwig & Busnel, 2020).

2.3.2 Autonomie et vieillissement

Avant d'évoquer l'autonomie et le vieillissement, il est nécessaire de faire un aparté sur le concept d'empowerment. Effectivement, c'est un processus qui permet aux individus d'acquérir un meilleur contrôle de leurs actions et de leurs décisions qui influent sur leur santé (Cultures&Santé asbl, 2014). Ce concept a été importé dans le champ de la santé pour expliquer plusieurs phénomènes de pouvoir dans les relations soignantes. Il devrait permettre à ces personnes de dépasser un sentiment d'impuissance (powerlessness) pour acquérir un sentiment de contrôle sur leur vie et la maladie, retrouver un sentiment de sécurité et à mieux se définir avec la maladie. En d'autres termes, l'empowerment est un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés et aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie (Cultures&Santé asbl, 2014).

Chez la personne âgée, ce concept est fondamental et est étroitement lié au concept de vieillissement et de perte d'autonomie. En effet, on sait que l'espérance de vie est en constante augmentation dans les pays développés et tend à se rapprocher de la longévité maximale de l'espèce humaine. Il existe de nombreuses théories explicatives de ce phénomène de vieillissement. Elles peuvent être divisées en deux familles : celles qui font appel à des mécanismes

liés au hasard (stochastiques) et celles qui mettent en cause une programmation génétique du vieillissement (Jaeger & Cherin, 2013). Le vieillissement normal provoque des modifications au niveau de tous les systèmes et organes du corps (système cardiaque, digestif, nerveux, urinaire, respiratoire, immunitaire, peau). Ces dernières années, l'espérance de vie croît, mais la mort est inévitable. En effet, la détérioration de l'organisme est progressive et affecte tous les systèmes. Le vieillissement mène à la vulnérabilité aux infections, aux cancers et à d'autres pathologies liées à l'âge.

De plus, la perte d'autonomie joue un rôle clé dans le vieillissement. Effectivement, chez la personne âgée, elle se caractérise par l'incapacité partielle ou totale à effectuer de manière autonome certains actes de la vie quotidienne (AVQ) (Arotoky, 2021). La personne devient de plus en plus dépendante pour réaliser ces gestes. La vieillesse est la raison principale pour laquelle la personne perd son autonomie. Comme évoqué plus haut, c'est une phase obligatoire de la vie et plus l'âge avance, plus la personne se trouve amenée à perdre son autonomie. Évidemment, la perte d'autonomie n'est pas seulement le résultat d'un déclin dû à la vieillesse. Elle peut être liée à d'autres causes également, par exemple, l'apparition de pathologies, la présence d'un handicap ou encore d'accidents. De ce fait, une dépendance s'installe progressivement ou soudainement. Il est important de prendre en charge ces personnes, car les difficultés peuvent s'aggraver (Arotoky, 2021). C'est pourquoi il faut détecter les signes annonciateurs afin de prévenir et diminuer

les conséquences. Par conséquent, le risque d'hospitalisations et d'institutionnalisations est augmenté aussi. Afin de contrer cela, des actions infirmières seront à mettre en place.

Pour une majeure partie de la population, le vieillissement et surtout ses conséquences constituent une préoccupation croissante. Chacun souhaite « conserver son cadre domestique, son autonomie, son estime de soi et sa place dans la société » (OMS, 2011).

2.3.3 Qualité de vie des personnes âgées

Selon l'OMS, la qualité de vie est la perception subjective de sa propre situation de vie qui est évaluée dans le contexte culturel et les systèmes de valeurs dans lesquels on vit et par rapport à ses propres objectifs, attentes, normes et préoccupations (OMS, 2012). Plusieurs recherches ont été lancées par l'OMS sur la conceptualisation et l'évaluation de cette dernière. L'une d'elles a recensé et défini un certain nombre d'aspects correspondant à différents grands domaines et a formulé des questions bien précises à poser aux bénéficiaires de soins. Il est ressorti de cette étude qu'en général, tenir compte de la qualité de vie subjective des patients a toutes les chances d'entraîner une amélioration de la qualité des soins. Toutefois, c'est probablement en incitant le personnel soignant à transcender les maladies, les incapacités et les symptômes que l'instrument proposé qui mesure la qualité de vie, présente la plus grande possibilité d'application. Il peut aider à cibler les besoins des patients et ainsi, permettre aux professionnels de la santé de

proposer des interventions qui correspondent aux attentes des personnes prises en charge. En tenant compte des besoins et des envies de chacun et en considérant l'individu dans sa globalité (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996).

En outre, la qualité de vie des personnes âgées est étroitement liée au processus du deuil physique auquel celles-ci doivent faire face.

Le deuil physique est un processus émotionnel et psychologique que les individus vivent lorsqu'ils font face à une perte ou à une altération significative de leur propre intégrité physique. Il est souvent associé à des expériences telles que des maladies graves, des blessures graves, des amputations ou d'autres conditions qui entraînent des changements permanents dans le corps. Ces changements cruciaux dans la vie des patients altèrent leur mobilité et des réajustements de leur quotidien deviennent inévitables. Le deuil physique peut impliquer différentes phases similaires à celles du « deuil classique », telles que le choc initial, le déni, la colère, la tristesse et éventuellement l'acceptation. Les personnes peuvent ressentir une gamme complexe d'émotions liées à la perte de leur santé physique, de leur capacité fonctionnelle ou de leur apparence corporelle. De plus, cela peut également inclure des ajustements psychologiques et sociaux importants, car les personnes en deuil physique doivent souvent réévaluer leur identité, leurs relations sociales et leur place dans la société en fonction de leur nouvelle réalité physique. Le soutien psychologique, médical et social est bénéfique

pour aider les individus à faire face à ces changements et à intégrer leur nouvelle réalité (Régnier & Saint-Pierre, 2007).

En somme, l'état physique de la personne âgée influence la qualité de vie de celle-ci (Stefanacci, 2022). Lorsque cette condition physique diminue, la personne âgée traverse un processus de deuil des différentes pertes physiques inhérentes au vieillissement, ce qui impacte par ailleurs sa qualité de vie (Marchand, 2008). En effet, celle-ci englobe des changements significatifs comme énoncés plus haut.

2.3.3.1 Proche aidant

Selon l'Association des proches aidants, un proche aidant est « une personne qui soutient un proche atteint dans sa santé, son autonomie. Il assure à titre non professionnel un soutien (de près ou de loin, régulier ou irrégulier) pour l'aider dans ses difficultés et assurer sa sécurité » (Associations des proches aidants, 2023). Ceux-ci sont généralement des membres de la famille, mais il peut s'agir également d'un ami, d'un voisin ou autre. En résumé, ils apportent leur aide lorsque nécessaire : effectuer des tâches administratives ou ménagères, accompagner la personne à un rendez-vous, prodiguer des soins corporels, etc. (Office Fédéral de la santé publique, 2020).

Ainsi, ils sont d'une grande importance pour le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées. Cependant, il est important de les soutenir et les soulager afin qu'ils ne s'épuisent pas sur le long terme. La plupart des proches aidants demandent de l'aide pour assurer les soins et le soutien à leurs proches

souvent tardivement et donc ils sont souvent au bord de l'épuisement ou en situation de crise avec la personne aidée. Souvent, ils font face à des difficultés financières et les offres de décharge ne répondent pas à leurs besoins. De nombreuses études ont démontré que les proches aidants risquent leur santé mentale et physique et ce sont des personnes qui consomment davantage de médicaments (anxiolytiques, analgésiques, somnifères ou antidépresseurs) ou ont des consultations très régulières chez le médecin (Ludwig et al., 2021).

2.3.4 Qualité des soins

D'après la revue d'aide et soins à domicile, la qualité des soins de santé est considérée comme essentielle à la sécurité, la santé et la satisfaction des patients, des proches et des collaborateurs (Morf, 2021). Il semble nécessaire d'avoir une vision globale de la qualité des soins comme l'a eu le professeur Avedis Donabedian. Ce dernier faisait la différence entre la qualité des résultats, des structures et des processus. En d'autres termes, les services doivent être orientés vers les besoins des bénéficiaires de soins tout en se référant aux dernières normes et en respectant la confidentialité des données. De plus, le personnel soignant et la direction devraient montrer une attitude professionnelle, une bonne organisation, une bonne communication au sein de l'équipe et des matériaux de soins de qualité. Finalement, les résultats devraient être satisfaisants pour les bénéficiaires de soins et leur autonomie préservée au mieux. Évidemment, le coût entre en compte également. Les

soignants devraient travailler de façon efficiente et garantir la transparence des finances (Morf, 2021).

2.3.5 Adaptation

Ce concept se réfère à la capacité d'un individu, d'un groupe ou d'un système à s'ajuster et à réagir de manière adéquate aux changements de l'environnement. Pour faire face à divers stimuli, cela implique des ajustements continus. Il est crucial de comprendre qu'il peut être lié à la capacité d'assimiler de nouvelles informations, de développer de nouvelles compétences et de modifier le comportement en fonction de l'expérience. Roy le décrit comme la manière dont un individu répond aux stimuli pour maintenir son intégrité et sa stabilité (Roy, 2009). L'adaptation exige des changements sur plusieurs aspects tels que les aspects physiques, psychologiques, sociaux et spirituels dans la vie de l'individu.

En relation avec la question centrale de ce travail et la population ciblée, ce concept se rapporte à la capacité de ces individus à ajuster leur mode de vie, leurs routines et leur environnement pour relever les défis physiques, psychologiques et sociaux associés au vieillissement. Premièrement, les défis physiques englobent tous les changements liés au vieillissement, tels que la perte de force musculaire et la diminution de la flexibilité. Cela peut inclure des ajustements dans les activités quotidiennes, l'utilisation d'aides techniques et des modifications de l'environnement domestique (avec l'intervention d'un ergothérapeute et d'un architecte) pour faciliter la mobilité. Deuxièmement,

l'adaptation psychologique concerne l'acceptation de la retraite, la perte de proches ou les changements cognitifs. Ces aspects peuvent nécessiter la participation à des activités sociales, la recherche de loisirs et la mise en place de stratégies pour faire face au stress et à l'isolement. Troisièmement, l'adaptation sociale souligne l'importance des relations sociales pour la santé émotionnelle des personnes âgées, comme la participation à des activités communautaires, le maintien des contacts avec la famille et les amis, et le développement de nouveaux réseaux sociaux en fonction d'intérêts communs.

En résumé, l'adaptation des personnes âgées à domicile est un processus multidimensionnel impliquant des ajustements physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. L'objectif est de maximiser l'indépendance et le bien-être des personnes âgées tout en faisant face aux défis associés au vieillissement (Roy, 2011).

2.3.6 Interviews

Afin de compléter la revue exploratoire et de préciser davantage notre question de recherche initiale, il a été primordial de mener des entretiens avec des infirmières expérimentées du terrain, offrant ainsi une perspective contemporaine sur la situation des soins aux personnes âgées à domicile. L'une d'entre elles occupe le poste d'infirmière responsable des soins à domicile au sein de l'Armée du Salut, tandis que l'autre exerce en tant qu'infirmière praticienne formatrice au sein de l'organisation « Neuchâtel Organise le Maintien à Domicile » (NOMAD) dans la région de Marin-Epagnier.

Ces entretiens ont permis de constater que les problématiques variées à domicile présentent des similitudes tant dans le secteur privé que dans le secteur public. En effet, les cas les plus fréquemment rencontrés concernent les personnes âgées ayant subi une chute, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une sclérose en plaques (SEP), entraînant des difficultés significatives voire une incapacité à réaliser les activités quotidiennes telles que les tâches ménagères, la douche, la mobilité ou la marche (Office fédéral de la statistique, 2023c).

Ces individus partagent tous une caractéristique commune, à savoir une altération de la mobilité. De plus, l'aspect social a été abordé sous divers angles. En premier lieu, il ressort que les réunions interdisciplinaires revêtent une importance cruciale pour garantir une prise en charge globale du bénéficiaire de soins. En second lieu, outre les services de soins à domicile, diverses organisations telles que Caritas, La Croix-Rouge, Pro Senectute ou encore le Mouvement des Aînés existent actuellement pour contribuer au bien-être des personnes soignées. Cependant, la question financière revient régulièrement, entravant parfois la mise en place de certaines démarches.

2.4 Pertinence de la question de départ

Dans ce chapitre, l'intérêt de ce travail pour le soin infirmier est explicité. Pour cela, les auteures vont présenter les liens qui unissent la question de recherche à travers les quatre concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984) ainsi que les différents modes de savoirs infirmiers (Carper, 1978).

2.4.1 Le métaparadigme infirmier

Selon Kuhn, la notion de « paradigme » désigne les grands courants de pensées, ou façon de voir et comprendre le monde (Kuhn, 1970). Selon Fortin et Gagnon, un paradigme est « un système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et l'action » (Fortin & Gagnon, 2016).

Selon Fawcett, philosophie et paradigme sont des synonymes. En effet, un paradigme permet de formuler des questions et donne un cadre qui va guider la résolution de problèmes en soins infirmiers (Fawcett, 1984).

Le métaparadigme infirmier lui fait référence à « la manière dont les phénomènes qui concernent les soins infirmiers sont structurés et organisés », les quatre concepts du métaparadigme infirmier sont l'être humain, la santé, l'environnement et les soins infirmiers.

2.4.1.1 L'être humain

Il peut être défini comme « une personne malade ou en santé avec des composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles, sociales et spirituelles » (Pépin et al., 2010). Chaque être humain interagit constamment avec son environnement (valeurs, proches, culture), il possède des besoins qui évoluent constamment, cependant, il a pleinement la capacité de prendre des décisions en lien avec sa santé. Plus la personne s'adapte à son environnement plus elle arrivera composer avec ses différents soucis de santé.

En lien avec la perte de l'autonomie de la personne âgée, plusieurs aspects vont affecter la personne, notamment une diminution des capacités physiques, psychiques et sociales. Les proches peuvent également être touchés, car ils sont très impliqués dans la prise en charge de la personne soignée et cela les impacte physiquement et moralement.

2.4.1.2 Les soins infirmiers

Les soins infirmiers comprennent les soins autonomes et collaboratifs à des individus de tout âge, groupe, famille ou encore communauté, quel que soit le contexte, la maladie ou la santé. Les soins infirmiers comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, et regroupent des soins aux personnes malades, en situation de handicap et en fin de vie (Conseil International des Infirmières, n.d.).

Ils permettent de faciliter les transitions qui optimisent le sentiment de bien-être, quels que soient les personnes, l'âge, la culture, la santé et l'environnement.

Les infirmières ont pour objectif d'accompagner et de soutenir les êtres humains de manière holistique. Pour ce faire, elles doivent tenir compte de leur état de santé, du contexte de la prise en charge et dans l'environnement dans lequel ils vivent.

Dans le cadre de la perte d'autonomie à domicile, les soins infirmiers visent à mettre en place, en partenariat avec le patient, des stratégies d'adaptation face aux perturbations que ce dernier expérimente, afin qu'il

garde le plus haut niveau d'autonomie possible. Pour assurer la qualité, la continuité et la coordination de la prise en soins, les infirmiers doivent collaborer avec les différents groupes professionnels. Cela garantit une approche intégrée pour répondre aux multiples besoins de la personne âgée.

2.4.1.3 La santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2011). La santé est composée d'actions ou de démarches qui sont bénéfiques pour l'être humain. Cependant, la définition est relativement abstraite, car la santé est propre à chaque individu et elle peut dépendre de l'environnement de la personne ou encore de sa culture, et est donc souvent différente. La santé prend également en compte la maladie, car une personne malade peut tout de même être en bonne santé outre sa pathologie (OMS, 2011).

La santé dans le contexte de la perte d'autonomie à domicile va au-delà de l'absence de maladie. Effectivement, elle englobe la gestion des symptômes, la prévention des complications et la promotion du bien-être de l'individu. Les professionnels de la santé, quels qu'ils soient, doivent prendre en compte les aspects physiques, mentaux et sociaux de la personne, selon une approche dite, holistique.

2.4.1.4 L'environnement

Ce concept est très vaste et général. Cependant, l'environnement est en interaction continu avec l'être humain, chacun à un effet sur l'autre. Selon Fawcett, l'environnement est plutôt culturel, social, politique, géographique et économique. Ces facteurs sont liés à la santé des êtres humains (Carper, 1978).

L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) montre clairement un lien entre la santé de la population et les différents déterminants sociaux. Plusieurs facteurs de risques entrent en jeu (tabac, jeux, écrans, alcools) ainsi que des facteurs de protection (activité physique régulière et alimentation) et influent sur la santé des personnes (Office Fédéral de la santé publique, 2022).

Dans le contexte de la perte d'autonomie à domicile, l'environnement peut être considéré à la fois comme une aide, mais aussi comme un obstacle. En effet, l'environnement reste l'endroit le plus familier, mais celui-ci doit être adapté aux besoins du patient afin de favoriser au mieux sa sécurité et son bien-être, et nécessitera éventuellement des aménagements. Par ailleurs, les proches, qui peuvent être impliqués dans la gestion des soins, font également partie du contexte environnemental et seront impactés par la situation. De plus, il est nécessaire de mettre en place des mesures qui empêcheront les patients de s'isoler socialement parlant.

2.4.2 Les modes de savoirs infirmiers

Différents auteurs ont contribué à l'élaboration des modes de savoirs infirmiers ; c'est Carper qui a élaboré les quatre premiers : le mode personnel, le mode esthétique, le mode éthique et le mode empirique (Carper, 1978). D'autres auteurs, tels que Chinn et Kramer, proposent d'ajouter un mode : le mode émancipatoire. Les modes de savoirs infirmiers sont donc des connaissances acquises par les infirmières, à travers des études ou de la pratique clinique (Chinn & Kramer, 2015).

2.4.2.1 Le mode personnel

Le mode personnel se fonde sur l'expérience personnelle de l'infirmière, tant dans sa vie personnelle que professionnelle ainsi que son impact sur la relation qu'elle entretient avec le soigné (Pépin et al., 2010). Cela englobe la compréhension de soi et de l'autre. Chinn et Kramer suggèrent à l'infirmière de se poser plusieurs questions : « est-ce que je sais ce que je fais » et « est-ce que je fais ce que je sais », pour ainsi se montrer authentique, ouverte et en présence vraie (Chinn & Kramer, 2015).

Dans le cadre de la perte d'autonomie à domicile, le plus important dans la relation de soins sera d'être authentique et avoir une attitude ouverte envers le bénéficiaire de soins. Il s'agit de se décentrer de sa propre perspective et se montrer ouvert à connaître entièrement l'autre. Ceci implique de connaître le patient, son vécu, ses antécédents, ses proches ou encore ses différentes ressources sociales.

Ce mode fait également référence à nos propres représentations et au lieu affectif qui peut se développer avec une personne soignée. À quel moment l'infirmière décide-t-elle que l'autonomie de la personne est trop entravée et que le maintien n'est plus possible ? Cela renvoie également au fait que cette prise de décision peut impacter la confiance avec le patient, et touche directement à la mission soignante ainsi qu'au sentiment de loyauté. Ces propos sont tirés des interviews réalisés avec les infirmières, qui jouent un rôle crucial dans les prises de décisions pour la santé et le bien-être de la personne soignée.

2.4.2.2 Le mode esthétique

Ce savoir se traduit par l'appréciation d'une situation et nécessite des ressources créatives pour rejoindre l'autre et ainsi transformer son expérience. Ce mode est lié à la beauté d'un geste ou encore l'intensité d'une réaction profonde. L'infirmière doit alors se poser les questions suivantes : « qu'est-ce que cela signifie » et « comment est-ce significatif ? » (Carper, 1978).

Le mode esthétique correspond donc à tout l'aspect artistique de la profession, plus précisément imaginer ce qui n'est pas encore. En lien avec la question de départ, l'infirmière à domicile doit être capable d'anticiper. Il faut imaginer ce que le patient ressent, tout en imaginant un monde selon ses propres perceptions. Le tout, sans se mettre à la place de l'autre. L'empathie joue un rôle important dans ce processus. C'est l'aspect « intuitif » de l'infirmière.

2.4.2.3 Le mode éthique

Ce mode prend en compte tout ce qui est juste et correct pour le patient, en s'appuyant sur des principes et des codes. Il faut choisir la situation qui contient le moins de contraintes possible, ou alors elles peuvent être améliorées ou même acceptées. Dans ce mode, les questions à se poser sont « est-ce juste ? » ou « est-ce responsable ? » (Chinn & Kramer, 2015).

Dans le contexte de la question de départ, cela oblige l'infirmière à se questionner sur ses propres valeurs. Il s'agit de porter des jugements à chaque instant sur ce qui devrait être fait, ce qui est bon et responsable. Ce processus dirige la façon dont les infirmières se comportent moralement dans leurs pratiques, ce qu'elles choisissent comme étant fondamental. La notion d'acharnement thérapeutique joue un rôle important tout comme le respect de la culture, de la religion. Le tout en prenant en compte les quatre principes éthiques (Beauchamp, 2008) qui sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Ceci, afin d'assurer un maintien à domicile le plus longtemps possible, dans les meilleures conditions possibles (Pépin et coll., 2010).

2.4.2.4 Le mode empirique

Le mode empirique est rattaché aux différentes recherches quantitatives ou qualitatives, à la pratique ainsi que l'observation (Pépin et coll., 2010). Les savoirs au sein des sciences infirmières ne cessent d'évoluer et donc le défi est d'être constamment à jour dans les techniques de soin et de suivre la

nouveauté. Les deux questions à se poser selon Chinn et Kramer sont : « qu'est-ce que c'est ? » et « comment cela fonctionne-t-il ? », ceci dans le but de se positionner dans les différentes nouvelles théories explicatives (Chinn & Kramer, 2015).

Concernant la question de départ, ce mode correspond à toute la recherche concernant les domaines des sciences humaines et des médecines alternatives. En d'autres termes cela fait référence à l'analyse et la compréhension de l'infirmière sur les processus sociaux, politiques, et économiques qui contribuent grandement aux problèmes liés au maintien à domicile des personnes âgées. Comme il a été mentionné précédemment, le processus de vieillissement débute de plus en plus tard et le maintien des personnes âgées à domicile est de plus en plus avancé. Il va de soi que l'infirmière doit donc prendre en compte tous ces facteurs pour assurer une prise en charge optimale de la personne soignée.

2.4.2.5 Le mode sociopolitique ou émancipatoire

Ce mode englobe dans la prise en soins soignants soignés tout le vécu et la situation sociale, politique de la personne soignée et du soignant. Le rôle de l'infirmière est d'ouvrir les horizons et d'appliquer différents rôles afin de bien communiquer et travailler en multidisciplinarité. Les questions que Chinn et Kramer se sont posées sont : « quelles sont les barrières à la liberté », « qui bénéficie » et « qu'est-ce qui ne va pas dans ce tableau ». Ceci permet aux

soignants d'avoir une réflexion constante et de prendre position sur les plans d'action (Chinn & Kramer, 2015).

En lien avec la problématique, l'infirmière, en raison de sa proximité avec la personne soignée ainsi que la famille joue un rôle social important. En effet, elle se doit d'analyser les problématiques, de planifier des soins et de mettre en place une gestion partagée avec les personnes concernées et leurs proches. Elle doit avoir la capacité d'examiner de manière critique et ainsi adopter les changements nécessaires au niveau social, politique ou culturel.

2.5 Concepts retenus comme pertinents

Dès lors, la revue exploratoire finalisée, plusieurs concepts ont été retenus comme pertinents afin de définir une question de recherche précise et explicite. Après de multiples réflexions sur la pertinence exploratoire, plusieurs concepts ont émergé et ainsi retenu l'attention des auteures. Ceux-ci sont l'adaptation, le vieillissement, l'autonomie ainsi que la vulnérabilité.

Ces derniers ont été expliqués et approfondis dans le point **2.3 de la recherche exploratoire**. En résumé, l'ensemble des éléments issus de la revue exploratoire et des entretiens ont permis de cibler le sujet du travail de Bachelor. Étant donné que la population la plus touchée au sein des soins à domicile du canton de Neuchâtel est celle des personnes à mobilité réduite, il a semblé nécessaire d'adapter la question de recherche.

Ainsi, celle-ci prend désormais la forme suivante : « Quelles sont les interventions infirmières pour prévenir ou retarder la perte d'autonomie des personnes âgées à mobilité réduite vivant à domicile ? »

2.6 Perspectives/propositions pour la pratique infirmière

L'OFS a projeté plusieurs scénarii concernant l'évolution de la population en Suisse. En effet, ils estiment qu'en 2050, il y aura environ deux personnes en âge de travailler pour chaque personne en âge d'être à la retraite. Ils affirment également que la part des personnes âgées d'années en années sera conséquente, avec plus d'un million de personnes entre 65 et 79 ans (Office fédéral de la statistique, 2023b). Ces différentes statistiques permettent aux auteurs de ce travail d'imaginer que les premières lignes soignantes seront de plus en plus confrontées à une population vieillissante et ainsi, à une prise en charge plus lourde.

Le but de la problématique est d'exposer l'ampleur du phénomène de la perte d'autonomie de la personne âgée à domicile. Il en est ressorti à travers nos recherches et interviews que certains aspects sont développés dans les centres de soins à domicile, mais que très peu sont exploités ou applicables à la vie quotidienne.

Chapitre 3 : Champ disciplinaire infirmier

Afin de contextualiser la problématique de recherche dans le champ disciplinaire des sciences infirmières, la théorie de soins qui a été choisie est le modèle d'adaptation de Callista Roy, une théoricienne en sciences infirmières titulaire d'une maîtrise en soins infirmiers pédiatriques. Au cours de sa carrière, elle a été particulièrement impressionnée par les capacités de résilience et d'adaptation observées chez les enfants dont elle a pris soin.

En 1970, une première version du modèle d'adaptation a été présentée dans son ouvrage intitulé « *Adaptation, a conceptuel Framework for nursing* ». Dès lors, le modèle a fait l'objet de divers développements et des recherches récentes sont en cours pour évaluer les effets de son application dans la pratique. Depuis 1987, Callista Roy occupe la fonction de professeure en soins infirmiers au sein de l'institution Boston College. (Alligood & Tomey, 2010)

3.1 Ancrage disciplinaire

En ce qui concerne l'ancrage disciplinaire de cette théorie, Callista Roy définit clairement les quatre concepts du métaparadigme, ils sont décrits dans le sous-chapitre suivant.

Cette théorie s'inscrit dans « *Nursing conceptual models* », soit une théorie conceptuelle infirmière (Pépin et al., 2010).

3.1.1 Quatre concepts du métaparadigme

Environnement : l'environnement est défini comme les conditions, influences et circonstances qui entourent et affectent l'individu et/ou les

groupes. Les différents changements dans l'environnement poussent la personne à changer et donc à apporter des réponses adaptatives.

Santé : La santé est liée au concept d'adaptation et à l'idée selon laquelle les réponses adaptatives favorisent l'intégrité. Les individus et les groupes sont considérés comme des systèmes adaptatifs qui interagissent en permanence avec leur environnement. La santé est donc un processus, un état d'être et une mutualité qui reflètent l'individu et son environnement.

Soins infirmiers : Roy affirme que les soins infirmiers sont une profession de santé qui se concentre sur les modèles de la vie humaine. Elle met en avant l'accent sur la promotion de la santé des individus, des groupes, des familles et de la société en général. Les soins infirmiers ont pour but d'élargir les capacités d'adaptation de l'individu et améliorent donc la transformation de la personne et de son environnement. De plus, l'objectif est de promouvoir l'adaptation, afin de contribuer à la santé, à la qualité de vie ainsi qu'à une mort dans la dignité.

Personne : les humains sont des systèmes holistiques et adaptatifs. Le système humain est un tout qui fonctionne en unité, et ceci comprend les individus, les familles, les organisations ainsi que la communauté.

3.1.2 Philosophie et école de pensée

Le modèle de Roy fait partie du paradigme de l'intégration (Roy, 2009). Selon Meleis (Meleis, 2011) et Pépin, Ducharme & Kérouac (Pépin et al., 2010) le modèle d'adaptation de Roy fait partie de l'école des effets souhaités.

3.2 Structure de la théorie

Afin d'avoir une base sur laquelle s'appuyer, la théorie a utilisé des hypothèses philosophiques, scientifiques et culturelles qui ont évolué dans le temps (Roy, 2009).

Roy décrit les personnes en termes de systèmes adaptatifs holistiques et ainsi, trois notions sont à mettre en avant. Premièrement, l'holisme qui explicite le principe selon lequel les personnes fonctionnent comme un tout unifié de comportements. Deuxièmement, l'adaptation qui est la démarche et le résultat par lesquels les individus utilisent leurs savoirs, leurs connaissances et leurs choix consciemment pour favoriser l'intégration humaine et celle de l'environnement. C'est le moyen par lequel les personnes maintiennent leur équilibre et leur bien-être. La dernière notion est le système qui fait référence à un ensemble de parties reliées de manière à pouvoir fonctionner comme un tout. En somme, c'est un processus dans lequel se trouvent des entrées (inputs), des sorties (outputs) et des mécanismes de contrôle et de régulation (feedback processes) (Roy, 2009).

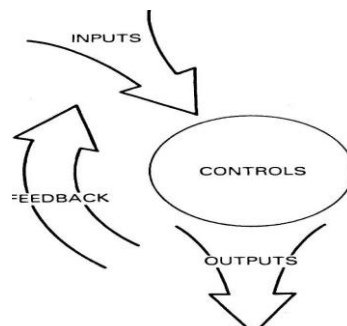


Figure 1 : *Fonctionnement des systèmes* (Roy, 2009)

3.3 Concepts de la théorie

Ce modèle est constitué de différents concepts, dont les stimuli et les niveaux d'adaptation, les processus de coping et les réponses (Roy, 2009).

3.3.1 Les stimuli

Les stimuli sont au nombre de trois et font référence aux types d'entrées (inputs) qui pourraient éventuellement déstabiliser le système. C'est-à-dire les sollicitations de l'environnement auxquelles l'individu doit s'adapter. Cela provoque une réponse, qui est le point d'interaction entre le système humain et l'environnement. Le stimulus focal peut être interne ou externe et confronte le plus rapidement et de la manière la plus marquée le système humain. Il s'agit des maladies directes du patient. Le stimulus contextuel participe à l'effet du premier, cependant il n'est pas au centre de l'attention. Enfin le stimulus résiduel qui a un effet peu clair sur la situation. Les niveaux d'adaptation constituent également les entrées du système humain. Ils font partie des stimuli internes et permettent d'établir le niveau de coping des systèmes humains. Ces derniers donnent la capacité à un individu de répondre positivement à une situation. Il en existe trois sortes : intégré, compensatoire et compromis (Roy, 2009).

3.3.2 Processus de coping

Le concept suivant concerne les processus de coping, qui sont des manières innées (réponses automatiques déterminées génétiquement) ou acquises (développées au travers des apprentissages et des expériences de la

vie) d'interagir, de répondre et d'influencer l'environnement qui change. Ceux-ci sont distingués dans deux sous-systèmes : sous-système de coping régulateur qui implique les systèmes nerveux, chimiques et endocriniens, et le sous-système relié à la cognition qui inclut la perception et le traitement de l'information, l'apprentissage, le jugement et les émotions (Roy, 2009).

3.3.3 Les réponses

Finalement, les réponses se rapportent aux comportements des individus face aux stimuli de l'environnement. Elles peuvent être adaptatives ou, au contraire, inefficaces. Ces comportements sont observés au travers de quatre catégories : les modes adaptatifs. Ces derniers permettent les interactions avec l'environnement et représentent les domaines dans lesquels les individus peuvent ajuster leurs comportements pour s'y adapter. Ces modes comprennent : le mode physiologique, le mode du concept de soi, le mode des fonctions et du rôle et le mode de l'interdépendance (Roy, 2009).

3.3.4 Les modes adaptatifs

Le premier mode prend en considération les processus physiques et chimiques impliqués dans le fonctionnement et les activités des organismes vivants. Il inclut cinq besoins physiologiques, composés de l'oxygénation, la nutrition, l'activité et le repos, l'élimination et la protection, et quatre processus complexes, composés de l'équilibre hydrique, électrolytique, acido-basique, la fonction neurologique, la fonction endocrine et le sens. Le mode du concept de soi est composé de sentiments et de croyances vis-à-vis de soi à un moment

donné. Celui-ci est divisé en deux champs : soi physique qui concerne l'image corporelle et soi personnel qui concerne l'idéal du soi, l'estime de soi et le soi éthique-moral-spirituel. Selon la théoricienne, ce mode est régi par trois processus qui sont le développement de soi, la perception de soi et le centrage de soi. Le troisième mode expose les rôles que l'individu occupe au sein de la société. Il s'agit de l'intégrité sociale. Ce mode adaptatif est dirigé par deux processus. En premier lieu se trouve le développement du rôle : processus qui consiste à ajouter de nouveaux rôles au fil du développement de la personne. Il concerne l'apprentissage des attentes face au rôle. En second lieu réside la prise de rôle : processus qui consiste à chercher ou à anticiper le comportement d'un individu en le voyant dans un rôle qui lui est attribué. Le dernier mode fait référence aux relations interdépendantes qu'une personne entretient avec autrui. Selon Roy, ces dernières suscitent la volonté et la capacité à donner aux autres et recevoir d'eux tout ce qu'une personne peut donner tels que l'amour, le respect, les valeurs, les connaissances, les compétences, le temps, et cetera (Roy, 2009).

3.4 Pertinence pour la discipline infirmière et la question de recherche

Les auteures de ce travail ont opté pour la théorie de Callista Roy, ayant constaté, au terme d'une série de recherches, que celle-ci s'alignait le plus sur la problématique de recherche. Par ailleurs, la première section de ce travail s'est consacrée à l'analyse approfondie du concept d'adaptation, ce qui a

naturellement conduit à l'intégration de cette notion clé faisant référence à cette théorie. Effectivement, Roy définit l'objectif soignant comme étant la promotion de la santé des individus (Roy, 2009). Cette notion se relie étroitement à la problématique de ce travail, qui est de trouver des interventions infirmières adaptées pour réduire la perte d'autonomie des personnes âgées à mobilité réduite, vivant à domicile.

Chapitre 4 : Méthode

Dans le présent chapitre, les auteures ont ciblé leur question de recherche à l'aide de la méthodologie PICOT (Mazurek Melnyk & Fineout-Overholt, 2018). Il a été nécessaire d'effectuer quelques corrections et ajustements à ce stade, afin d'obtenir une question bien construite et cohérente avec la thématique de départ. Pour rappel, elle se construit de la manière suivante :

P : Le P concerne la population cible que les auteures vont étudier.

I : Le I correspond à l'intervention infirmière, l'intérêt de la question.

C : Le C est facultatif. Il fait référence à une comparaison entre deux interventions afin de démontrer/vérifier des différences entre ces deux dernières.

O : Le O est le résultat, l'évènement que l'on peut mesurer.

T : Le T est facultatif, il fait référence à la notion de temporalité.

Ainsi et comme mentionné précédemment, la question de recherche est la suivante :

« Quelles sont les interventions infirmières pour prévenir ou retarder la perte d'autonomie des personnes âgées à mobilité réduite vivant à domicile ? »

P (population)	Personnes âgées à mobilité réduite vivant à domicile
I (intervention, intérêt)	Prévention de la perte d'autonomie
C (comparaison)	/
O (résultat, évènement mesuré)	Maintien à domicile
T (temporalité)	/

Cette question est de type « intervention », car son but principal est de déterminer et définir les interventions infirmières existantes à ce jour pour prévenir ou retarder la perte d'autonomie à domicile.

Une fois la question PICOT (Mazurek Melnyk & Fineout-Overholt, 2018) clairement définie ainsi que les mots-clés qui y sont associés, les auteures se sont tournées vers les bases de données qui mettent à disposition de nombreux articles scientifiques. À noter qu'il est important d'utiliser des méthodes particulières en fonction des bases de données choisies. Effectivement, il faut donc des Mesh term (pour les bases de données Pubmed et Medline), des descripteurs Cinahl (pour la base de données Cinahl) et des descripteurs Psychinfo (pour la base de données Psychinfo). Il n'est donc pas possible d'utiliser les mêmes mots-clés dans toutes les bases de données car elles ont chacune des descripteurs différents.

Dans le tableau ci-dessous, les recherches effectuées ainsi que les résultats obtenus dans chacune des bases de données sont répertoriées. Il convient de noter que ces articles remplissent les critères de sélections suivant : un niveau de preuve élevé selon la pyramide de Schmidt et Brown (Schmidt & Brown, 2015), une publication datant de moins de dix ans et un facteur d'impact (impact factor) conforme aux normes. Toutefois, un des articles date de 2013. Il a été jugé pertinent pour ce travail, c'est pourquoi il été conservé.

	Mots-clés (FR)	Mots-clés (AN)	Descripteurs Mesh (Medline)	Descripteurs Mesh (Pubmed)	Descripteurs Cinhal
P	Personnes âgées	Elderly people	Aged, aged 80 and over	Aged, aged 80 and over	Aged, aged 80 and over
	Mobilité réduite	Reduced mobility	Mobility limitation Restraint, physical	Mobility limitation Restraint, physical	Restraint physical
	Vivant à domicile	Living at home	Independent living	Independent living	Aged in place
I	Prévention de la perte d'autonomie Intervention	Prevention Intervention	Health promotion Early intervention, Educational	Health promotion Early intervention, Educational	Health promotion, prevention, education
C	-	-	-	-	-
O	Maintien à domicile	Home maintenance	Home, aging in place, independent living	Home, aging in place, independent living	Home
T	-	-	-	-	-

Base de données	Équations recherche	Nb articles trouvés	Nb articles retenus selon titre	Nb articles retenus selon résumé
Medline	Health Promotion/ or Early Intervention, Educational/ and Mobility Limitation/ or Restraint, Physical/ and Independent Living/	2	1	1
Pubmed	((("Health Promotion"[Mesh]) OR "Early Intervention, Educational"[Mesh]) AND "Mobility Limitation"[Mesh]) OR "Restraint, Physical"[Mesh]) AND "Independent Living"[Mesh]	5	4	2
	("Health Promotion"[Mesh]) AND "Mobility Limitation"[Mesh]	36	17	5
	(((((("Health Promotion"[Mesh]) OR "Early Intervention, Educational"[Mesh]) AND "Mobility	174	40	19

	Limitation"[Mesh]) OR "Restraint, Physical"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]) OR "Aged, 80 and over"[Mesh]) AND "Independent Living"[Mesh]) AND "Qualitative Research"[Mesh]			
Cinhal	("aged or aged 80 and overt) AND ("aged in place) OR ("health promotion" NAD ("physical restraint)	36	18	4
Embase	('aged in place' OR (('aged'/exp OR aged) AND in AND place)) AND ('walking difficulty'/exp OR 'walking difficulty') AND ('prevention'/exp OR prevention) AND [2014-2024]/p	12	3	3

Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion

Concernant la synthèse des résultats, un résumé des différents articles analysés est d'abord présenté. Ensuite, une synthèse des résultats est proposée en lien avec la thématique de la question PICOT, c'est-à-dire « *Quelles sont les interventions infirmières pour prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées à mobilité réduite vivant à domicile* ». Pour conclure ce chapitre, des recommandations pour la pratique sont proposées permettant ainsi de répondre à la question de recherche.

Résumé des articles

Article n°1

Effect of the Active Aging-in-place-Rehabilitation Nursing Program: A Randomized Controlled Trial (Faria et al., 2023)

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé réalisé au Portugal. Le facteur d'impact est de 2.4. Cette étude, évalue l'effet des programmes de soins infirmiers de vieillissement actif à domicile. Elle est centrée sur la capacité fonctionnelle et les modes de vie des personnes âgées fragiles. Un comité d'éthique a approuvé cette étude dans laquelle les personnes âgées ont été inscrites de manière volontaire. Cette étude a été menée en deux groupes (un groupe contrôle et un groupe d'intervention) auprès de 30 personnes inscrites dans une unité de soins et le programme a duré douze semaines (séance de sport/gymnastique douce à domicile). Les résultats démontrent une amélioration de la fragilité multidimensionnelle, de l'équilibre et de la perception de l'effort. Des améliorations significatives ont été observées dans

les habitudes d'activités physiques, dans les relations sociales, ainsi que dans la gestion du stress. Il y a une corrélation positive entre l'exercice régulier et la diminution de la fragilité. De manière générale, l'adhésion au programme était positive malgré l'arrêt de certains candidats. Ceci s'explique par le fait que des stratégies individualisées devraient être davantage développées en fonction des besoins des personnes âgées. De plus, une implication pluridisciplinaire est recommandée, notamment en faisant intervenir des infirmières en réadaptation ou encore des équipes de santé familiale.

Article n°2

Unmet Needs for Help With Mobility Limitations Among older Adults Aging in Place: The role of Rurality (Henning-Smith et al., 2023)

Cet article expose une étude quantitative avec analyse bivariée, réalisée aux États-Unis sans approbation d'un comité d'éthique. Cependant, les chercheurs ont mis en avant le respect du secret professionnel. Le facteur d'impact est de 2.3. Le but de cette étude est d'identifier les différents besoins en termes de mobilité physique, notamment chez les personnes vivant en milieu rural, en comparaison aux personnes vivant en milieu urbain. L'hypothèse de cette recherche est que la personne âgée vivant en milieu rural est davantage exposée à des problèmes de santé chroniques, des limitations physiques dans leur lieu de vie y compris dans leur environnement proche. Ceci augmente le risque de réduction de mobilité physique et de relations sociales et limite l'accès aux soins. L'objectif de l'étude est de détecter les

besoins de mobilité non satisfaits, en prenant en compte des caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé de la personne ainsi que la qualité de son environnement. Les résultats de cette étude confirment les hypothèses émises par les chercheurs : les personnes âgées ont des besoins non satisfaits en matière de mobilité et en raison de l'emplacement de leur lieu de vie, elles ne reçoivent pas un soutien approprié. La difficulté liée à l'accès au logement est la principale cause de perte de l'autonomie, laissant la personne face à des difficultés physiques, sans disposer des ressources nécessaires.

Article n°3

Oasis Senior Supportive Living: Description of a Novel Aging-in-Place Model in Ontario (Mills et al., 2023)

Il s'agit d'une étude qualitative qui décrit les expériences des personnes âgées vivant à domicile ayant participé à un programme, et qui met l'accent sur l'alimentation et la nutrition. Cette étude a été réalisée au Canada, et publiée dans une revue dont le facteur d'impact est de 0.7. Une approbation éthique a été obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche de l'université de Queen's. Ce programme leur a permis d'adopter un mode de vie plus sain, une meilleure alimentation, une augmentation des interactions sociales et une diminution du risque nutritionnel. Le programme a été mis en place dans l'objectif de renforcer et de maintenir les communautés de personnes âgées en bonne santé en adoptant les déterminants les plus importants qui sont : l'exercice physique et la nutrition. Le but est de permettre aux seniors de rester

à la maison et de vieillir dans les meilleures conditions possibles. La recherche répond à l'objectif visé par les chercheurs car ils remarquent que le changement d'alimentation offre aux personnes âgées une amélioration de la socialisation, notamment en préparant ou en partageant un repas ensemble. De plus, ces personnes sont exposées à un mode de vie plus sain, ce qui confirme que l'autonomie est meilleure lorsque le risque nutritionnel est réduit.

Article n°4

Perceptions About Technologies That Help Community-Dwelling Older Adults Remain at Home: Qualitative study (Verloo et al., 2020)

Cet article est une étude qualitative réalisée en Suisse qui analyse les perceptions des personnes âgées vivant à domicile, basée sur différentes technologies afin d'aider au maintien à domicile (bracelet de détection des chutes, moyens auxiliaires, systèmes de surveillance etc.). Cette étude a été publiée dans une revue dont le facteur d'impact s'élève à 5.8 et elle a été approuvée par un comité d'éthique de la recherche sur l'être humain dans le canton de Vaud. Elle a pour but de comprendre les sentiments des personnes âgées vivant dans la communauté avec des aidants (professionnels ou proches aidants,) qui permettent de rester à domicile le plus longtemps possible. Il est constaté que les outils informatiques sont difficiles d'utilisation pour les personnes âgées fragiles, notamment pour celles atteintes de troubles cognitifs. Les technologies sont sous-utilisées et trop inconnues par cette population. Une partie du groupe choisi considère que les instruments

technologiques ne sont pas un moyen utile pour rester à domicile, contrairement aux proches aidants et professionnels, qui constituent un réel atout pour eux. Les personnes âgées interrogées préfèrent les équipements auxiliaires, particulièrement en cas de mobilité réduite, de risque de chute important ainsi que des systèmes de surveillance afin d'assurer la sécurité à domicile.

Article n°5

Non-Exercise Physical Activity and Survival English Longitudinal Study of Ageing (Hamer et al., 2014)

L'approbation éthique de cette étude quantitative longitudinale a été obtenue auprès de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR). Le facteur d'impact est de 4.3, et l'article date de 2014. Cette étude est axée sur l'activité physique non liée à l'exercice physique sportif et la survie des personnes âgées au Royaume-Uni. La présente étude vise à évaluer les associations dose-effet constatées entre l'activité physique non sportive et la survie, sur une période de suivi de huit ans. Cette évaluation est basée sur une analyse des variations temporelles afin de mieux comprendre l'impact de l'activité « non liée à l'exercice physique sportif » sur la survie des personnes âgées. En sélectionnant les participants en fonction de critères communs tels que leur date de naissance (avant le 29 février 1952) et leur participation antérieure à une étude longitudinale anglaise sur le vieillissement (ELSA), les chercheurs ont pu constituer un échantillon représentatif de 10 426 personnes. Les

données sur l'activité physique non liée à des exercices sportifs ont été collectées régulièrement lors des entretiens de suivi (tous les deux ans) permettant ainsi d'évaluer les changements dans les niveaux d'activité physique au fil du temps. Les résultats de l'étude ont confirmé l'existence d'une association dose-effet entre l'activité physique non liée à l'exercice sportif et la mortalité, les avantages les plus significatifs étant observés chez les participants ayant une grande activité non liée à des exercices sportifs comme, cuisiner, faire ses courses, monter les marches d'escalier de chez soi ou encore, sortir les poubelles.

Pour ces raisons, les auteurs de cette étude longitudinale suggèrent que les personnes âgées peuvent tirer des bénéfices pour leur santé en participant à une activité physique non liée au sport régulier, même si les avantages les plus notables sont observés lors d'une activité plus intense. Cette recherche met donc en évidence l'importance de maintenir un mode de vie actif pour favoriser la santé et la longévité chez les personnes âgées.

Étant donné que les objectifs actuels en matière d'activité physique sportive semblent être difficiles à atteindre pour la plupart des personnes âgées, il serait souhaitable d'encourager l'instauration d'activités plus douces dans leur vie quotidienne. Ainsi, les résultats de cette étude revêtent une importance particulière pour la santé publique et soulignent l'importance de l'éducation thérapeutique des patients. Effectivement, il est donc primordial de prévenir et de renseigner le patient sur les bénéfices à rester actif dans les

actes de la vie quotidienne pour lui permettre de rester autonome à domicile le plus longtemps possible.

Article n°6

Mobility Disability in Older Adults: At the Intersection of People and Places
(Satariano et al., 2016)

Cette étude quantitative provenant de Californie et datant de 2016, publiée dans une revue dont le facteur d'impact est de 4.6. De plus, elle est soutenue par des accords de coopération du programme des centres de recherche sur la prévention. Cette dernière aborde plusieurs thèmes liés à la santé des personnes âgées, en mettant l'accent sur la corrélation entre un handicap au niveau de la mobilité, les caractéristiques du quartier d'habitation et la fonction des membres inférieurs. Les objectifs de l'étude sont clairement définis, ils visent à explorer si des aspects spécifiques du quartier peuvent atténuer ou aggraver l'impact du handicap lié à la mobilité sur la fonction physique des membres inférieurs chez les personnes âgées. La recherche repose sur un échantillon représentatif de 884 personnes âgées, recrutées à partir de différentes organisations de services aux États-Unis.

La méthodologie adoptée combine d'une part des entretiens pour recueillir des données sur les caractéristiques du quartier, la fonction physique et cognitive, la dépression et la marche. Et d'autre part, des évaluations objectives de la capacité fonctionnelle des membres inférieurs. Les résultats révèlent des associations significatives entre le handicap lié à la mobilité et la

fonction des membres inférieurs, modérés par diverses caractéristiques du quartier telles que la proximité des services, les obstacles à la marche et le temps de trajet nécessaire pour se rendre aux destinations. Ces résultats soulignent aussi l'importance de prendre en compte l'environnement physique dans la promotion du bien-être des personnes âgées.

Dans la discussion, les résultats sont contextualisés par rapport à d'autres études similaires, mettant en évidence la cohérence des résultats obtenus avec les travaux antérieurs, tout en soulignant les particularités de cette recherche. Les recommandations émises suggèrent des implications pratiques importantes, notamment en ce qui concerne la conception de quartiers favorables aux personnes âgées et l'amélioration des interventions visant à renforcer leur capacité fonctionnelle.

Évidemment, des limites sont également mentionnées, notamment en ce qui concerne la représentativité de l'échantillon et le caractère transversal de la conception de l'étude, qui limite la possibilité d'établir des relations de causalité. Néanmoins, les conclusions de l'article soulignent l'importance de prendre en compte les caractéristiques individuelles et environnementales dans la promotion du bien-être des personnes âgées, ouvrant la voie à des recherches futures plus approfondies et des interventions mieux adaptées.

Article n°7

Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE Study randomized clinical trial (Pahor et al., 2014)

Cette étude est un essai clinique randomisé nommé LIFE, mené en 2014 aux États-Unis sur une cohorte de personnes âgées vulnérables. L'impact facteur est de 63.1 et le protocole de l'étude a été approuvé par les comités d'examen institutionnel. L'échantillon se compose de 1635 personnes sédentaires, présentant des limitations physiques (définies par un score inférieur ou égal à neuf au test de performance physique abrégé). L'objectif est d'examiner l'effet d'un programme d'activité physique structuré par rapport à un programme d'éducation à la santé sur la prévention du handicap majeur lié à la mobilité. Ainsi, les résultats ont démontré une réduction significative du risque de handicap majeur lié à la mobilité dans le groupe d'activité physique, mettant en évidence l'efficacité de cette intervention pour préserver la fonction motrice chez les personnes âgées à risque de chute. Bien que l'activité physique n'ait pas influencé le taux d'hospitalisations ni la mortalité, les avantages potentiels de cette intervention en termes de santé et de qualité de vie sont mis en évidence dans cette étude.

Pour conclure, cet essai contrôlé randomisé relève un défi majeur de santé publique. Effectivement, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter et la préservation de la capacité à vivre de manière indépendante revêt une importance toujours plus grande. La recherche a donc permis de répondre favorablement à l'objectif, qui est d'affirmer qu'un programme structuré d'activité physique d'intensité modérée réduit le handicap majeur lié à la

mobilité sur une période de 2.6 ans chez les personnes vulnérables, comparativement à un programme d'éducation à la santé.

Article n°8

Implementation of a community walking program (Walk-on!) for functionally limited older adults (Nicklas et al., 2020)

Cette étude américaine récente vise à évaluer les bénéfices de la mise en place d'un programme de marche communautaire, « Walk-on ! », pour les personnes âgées souffrant de limitations fonctionnelles. L'impact facteur est de 3.3 et la liste des questions posées au groupe de discussion a été approuvée par le comité d'éthique. Cette étude a pour objectif de recueillir des données sur sa faisabilité et son acceptabilité. Ce programme « Walk-on ! » est dirigé par un instructeur et a été conçu pour améliorer la capacité de marche, l'équilibre, la confiance, l'endurance et éviter l'isolement social chez les adultes âgés présentant un risque de perte de mobilité. Après une sélection de participants selon des critères d'inclusions et d'exclusions précis, 49 personnes ont été retenues pour participer à cette étude. Quant au programme, il comprend des sessions de marche sur une longue distance deux fois par semaine pendant douze semaines. Il comprend également des évaluations initiales et des objectifs personnalisés. Dans l'objectif de récolter le plus de données pertinentes pour les résultats de cette étude, des outils de collecte de données ont été utilisés tels que des tests de fonction physique standardisés, des enquêtes de satisfaction et des groupes de discussion.

Les résultats démontrent une satisfaction élevée des participants et des améliorations significatives de la fonction physique. Cependant, les auteurs reconnaissent que l'étude présente certaines limites importantes telles que l'absence de groupe témoin et des résultats limités à court terme (l'expérience ne dure que douze semaines). De plus, des recherches futures sont nécessaires pour évaluer l'efficacité à long terme du programme et ses implications économiques. Par exemple, une étude randomisée et contrôlée serait pertinente pour tester pleinement son efficacité.

En conclusion, le programme de marche « Walk-on ! » est prometteur pour l'avenir, mais nécessite une évaluation plus approfondie pour guider sa mise en œuvre à plus grande échelle et maximiser ses avantages pour la santé des personnes âgées avec des limitations fonctionnelles.

Article n°9

TRialing Individualized Interventions to prevent Functional decline in at-risk older adults (TRIIFL): study protocol for a randomized controlled trial nested in a longitudinal observational study (Grimmer et al., 2013)

Il s'agit de l'unique article datant de plus de dix ans. Bien qu'il dépasse les critères de sélection, les auteures ont décidé de le choisir pour son intérêt. Le facteur d'impact s'élève à 2.0. L'autorisation éthique a été obtenue de la direction de l'hôpital et de la direction du service des urgences du site de recherche, et l'approbation éthique a été accordée par le Comité d'éthique de la recherche humaine de l'Université d'Australie du Sud.

Ce protocole quantitatif, élaboré en Australie, concerne le déclin fonctionnel et ses conséquences. L'étude vise à trouver de nouvelles approches pour maintenir l'indépendance et recherche plusieurs objectifs. Premièrement, il s'agit de déterminer si une intervention précoce, centrée sur la personne, diminue la probabilité et/ou le taux de déclin fonctionnel chez les personnes âgées vivant dans la communauté au cours des douze mois suivants le passage aux urgences. Deuxièmement, l'étude cherche à démontrer qu'un déclin fonctionnel naissant peut être identifié dans les quatre semaines suivant la sortie des urgences. L'étude n'étant pas encore publiée, cet article décrit simplement le protocole de celle-ci. À ce titre, un essai contrôlé randomisé sera mené sur douze mois, intégré dans une étude longitudinale sur treize mois. L'échantillon comprend 570 participants pour l'étude longitudinale et 100 participants randomisés dans les différents groupes d'essai. Le suivi se fera par appels téléphoniques après un, quatre, sept, et treize mois. Ces participants seront répartis dans deux groupes à des fins de comparaison. Le groupe expérimental recevra une intervention précoce et individualisée et le groupe contrôle ne recevra aucune intervention. Les variables dépendantes incluent le taux de déclin fonctionnel, la qualité de vie, les chutes récentes et l'usage des services de santé. Les résultats ne sont pas définis. Toutefois, l'étude présente plusieurs attentes, notamment que le groupe cible verra une réduction de son déclin fonctionnel par rapport au groupe témoin. Par conséquent, les participants constateront une diminution des chutes et de l'utilisation des services de santé, ce qui réduira également le coût des soins

de santé. En somme, si les résultats s'avèrent positifs, une approche proactive de collaboration pourra être mise en place et les personnes âgées obtiendront une qualité de vie meilleure tout en gardant leur indépendance le plus longtemps possible. Ainsi, l'étude propose d'intégrer les interventions dans les pratiques infirmières pour les personnes âgées à risque.

Article n°10

Supporting physical activity for mobility in older adults with mobility limitations (SuPA Mobility): study protocol for a randomized controlled trial (Rice et al., 2023)

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de la Colombie-Britannique. Le consentement éclairé et écrit de tous les participants sera obtenu. Le facteur d'impact s'élève à 2.0.

Ce protocole avec un devis quantitatif est issu du Canada. Il vise à évaluer l'effet d'une intervention de coaching en termes d'activité physique chez les personnes âgées à mobilité réduite, afin de prévenir les limitations et de maximiser la durée de vie en bonne santé. La publication de l'étude étant prévue pour 2026, seul le protocole de celle-ci est disponible. Pour atteindre ses objectifs, l'étude utilisera un essai contrôlé randomisé incluant 290 participants souffrant de limitations de mobilité, divisés en deux groupes. Un groupe recevra un coaching en activité physique et l'autre groupe recevra une éducation sur le vieillissement en bonne santé durant 26 semaines, qui sera suivi par une période de suivi de 26 semaines. Durant les interventions de

coaching, les entretiens motivationnels seront menés avec l'application des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et définis dans le temps (SMART). Les thèmes abordés durant l'éducation porteront sur la prévention des chutes, la fixation d'objectifs, la nutrition, le sommeil et la pleine conscience. Les résultats seront présentés une fois les données récoltées et analysées. Dans le but d'améliorer leur qualité de vie, une amélioration quant à la mobilité chez les personnes âgées ainsi qu'une augmentation du temps d'activité physique (de modérée à vigoureuse) sont attendues. De plus, cette étude évaluera les effets du coaching sur les résultats de santé secondaires, c'est-à-dire les niveaux d'activité physique, la vitesse de marche, la capacité à effectuer une marche de 400 mètres, la fonction cognitive, la fatigue, la force musculaire, la mobilité fonctionnelle et environnementale, l'humeur, la qualité de vie, le sommeil et les chutes. Cela renforce la vision selon laquelle l'activité physique est bénéfique pour les personnes âgées souffrant de limitations de mobilité. De ce fait, l'étude recommande de mettre en œuvre cette stratégie qui pourrait réduire la charge personnelle et sociétale imposée par la mobilité réduite.

Article n°11

For whom is a health-promoting intervention effective? Predictive factors for performing activities of daily living independently (Dahlin-Ivanoff et al., 2016)

Cet article suédois comporte un devis quantitatif. Le facteur d'impact s'élève à 3.4. L'étude a été approuvée par le conseil régional d'éthique de

Göteborg et tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.

Un programme de promotion de la santé, appelé « personnes âgées dans la zone à risque », a été conçu dans le but d'apporter de l'aide aux personnes âgées afin qu'elles préservent leur indépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) le plus longtemps possible et de favoriser le maintien à domicile. Afin de retarder la dépendance, le programme fournit des interventions préventives. Comme celui-ci génère des résultats positifs, cette étude permet d'identifier l'efficacité de ces interventions ainsi que d'identifier les facteurs prédictifs de maintien de l'indépendance dans les AVQ dans le cadre du programme de promotion de la santé. Le second objectif de cette étude vise à cibler la catégorie de la population devant bénéficier d'une intervention de promotion de la santé. L'étude consiste en un essai randomisé contrôlé avec une répartition aléatoire auprès de 459 participants attribués dans trois groupes. L'article présente deux groupes contrôles et un groupe témoin respectivement : visite préventive à domicile, réunions de groupe et groupe témoin. Cette étude consiste en une analyse secondaire des données longitudinales de l'essai contrôlé randomisé du programme de promotion de la santé. Les données ont été collectées au départ, après un an et après deux ans de suivi afin d'évaluer les résultats des interventions sur l'indépendance dans les AVQ. Treize variables indépendantes, huit liées à la santé, quatre démographiques et une liée au format de la promotion de la santé ont été

analysées par régression logistique. La régression logistique montre que les personnes âgées vivant seules et sans fatigue dans les activités de mobilité, sont plus susceptibles de maintenir leur indépendance dans les AVQ après un an de suivi dans le groupe contrôle. Toutefois, pour le groupe témoin, le fait d'être moins fragile était le seul facteur à un an et aucune variable n'a été démontrée après deux ans. Ainsi, les résultats montrent l'importance d'orienter les interventions de promotion de la santé à la population adéquate nécessitant des interventions. Dans ce cas, il serait intéressant de proposer ces programmes dans le futur.

Article n°12

Healthy Ageing in Place: Enablers and Barriers from the Perspective of the Elderly. A Qualitative Study (Bosch-Farré et al., 2020)

L'article présent est publié dans une revue scientifique possédant un facteur d'impact qui s'élève à 4.6. L'approbation éthique pour mener l'étude a été reçue du comité d'éthique de l'Institut. Tous les participants ont volontairement accepté de participer avec un consentement écrit, ils ont reçu des informations orales et écrites sur l'étude, et ils ont été assurés de la confidentialité de toutes les informations.

L'objectif de cette étude, développée en Espagne, vise à explorer le concept du vieillissement sur place, ainsi que les facteurs facilitants et entravants le vieillissement en bonne santé du point de vue des personnes âgées. Cela permettra par la suite de mettre en place des politiques et

interventions qui visent à promouvoir un vieillissement sain dans le milieu de vie. Cette étude utilise une conception qualitative générique avec une approche naturaliste constructiviste. Les discussions de groupe (focus groups) ont été privilégiées pour collecter les données auprès de 71 participants âgés de 62 à 92 ans. Afin d'examiner ces discussions, une analyse thématique inductive et déductive a été choisie. Les résultats se divisent en trois thèmes ; (1) significations et connotations du vieillissement et de la qualité de vie ; les participants ont défini la qualité de vie comme un état de bien-être général incluant une bonne condition physique et mentale, un soutien familial et une stabilité financière ; (2) vieillissement au sein de la communauté ; l'importance du soutien social et familial, de l'accès aux services de santé et de la participation active dans la communauté ont été relevés comme cruciaux pour le vieillissement en bonne santé ; (3) facilitateurs et obstacles au vieillissement à domicile ; les facteurs facilitant le vieillissement sur place incluent l'autonomie, la santé, le soutien social et l'adaptation du logement. Les obstacles identifiés comprennent la mauvaise santé, la perte d'autonomie, les problèmes financiers et la solitude. La recherche atteint son objectif en explorant les perceptions des personnes âgées sur le vieillissement à domicile et en identifiant les facteurs qui facilitent ou entravent ce processus. Elle met en évidence l'importance de la santé, du soutien social, et de l'adaptation environnementale afin de permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles avec une bonne qualité de vie. Ces résultats offrent une base solide pour le

développement de politiques et d'interventions ciblées visant à promouvoir le vieillissement à domicile.

Synthèse des résultats des articles

Après avoir résumé les différents articles sélectionnés, les auteures ont mis en évidence les principales thématiques qui émergent de ces analyses. Ces dernières sont développées ci-dessous et permettent de synthétiser les douze articles analysés. Ces sujets rappellent volontairement les concepts explorés dans la littérature. À travers l'évolution de ce travail, le souhait des auteures est de renforcer, voire confirmer les recherches antérieures et en fin de compte, d'établir des liens. Cela vient renforcer la pertinence de la conclusion. Les quatre thèmes retenus sont :

- L'environnement
- La mobilité physique réduite
- L'autonomie
- Le vieillissement

L'environnement est l'un des marqueurs les plus importants concernant le maintien à domicile de la personne âgée. Les différents articles analysés attestent que les personnes vivant dans un domicile non adapté, mal aménagé ou loin du centre-ville rencontrent des difficultés dans leur maintien à domicile de manière autonome. Ces difficultés peuvent être diverses comme monter sur les trottoirs, vivre loin des commerces, monter les escaliers ou encore ne pas avoir d'ascenseur dans l'immeuble. Il a été démontré que des moyens

auxiliaires et informatiques, par exemple, peuvent contribuer à une amélioration du lieu de vie et ainsi permettre aux personnes âgées de maintenir une indépendance. Dans les mêmes perspectives, des ajustements de l'environnement peuvent être réalisés, comme remplacer une baignoire par une douche ou installer des mains courantes par exemple. Du point de vue relationnel, les personnes âgées valorisent la présence d'un réseau social et le soutien de leurs proches afin de favoriser un environnement propice. Avoir des voisins bienveillants est également bénéfique. La conception d'espaces de vie pour les activités physiques non sportives et d'environnements adaptés encourage un mode de vie actif pour les personnes âgées et facilite la réalisation de leurs AVQ en toute autonomie et sécurité. L'environnement contribue également au maintien d'une qualité de vie correcte, tout en préservant la personne âgée et son état de santé.

La mobilité physique réduite est associée à une augmentation des taux de mortalité, de morbidité, mais également à des taux d'institutionnalisation élevés. Les limitations de la mobilité sont accentuées avec l'âge, ce qui nécessite la mise en place de stratégies appropriées. La plupart des articles analysés considèrent l'activité physique comme un moyen bénéfique pour promouvoir, voire améliorer la mobilité et réduire les risques de limitations majeurs. En effet, les programmes de promotion de la santé physique sont notamment des interventions qui démontrent des résultats positifs pour maintenir l'indépendance des personnes âgées à mobilité réduite vivant à

domicile. Il est particulièrement recommandé d'appliquer ces programmes dans le futur. L'environnement physique est crucial pour la mobilité et le bien-être des personnes âgées. Des quartiers bien conçus peuvent aider à atténuer les effets négatifs des handicaps de mobilité.

L'autonomie et le maintien de l'indépendance offrent un sentiment de satisfaction et une meilleure qualité de vie. De ce fait, les articles mettent en avant l'importance des interventions de promotion de l'indépendance et du maintien de l'autonomie de la personne âgée.

Le vieillissement à domicile doit être considéré. En effet, sur l'ensemble des articles analysés, cette notion prend une place importante et impacte grandement la qualité de vie des personnes âgées. Vieillir chez soi fait référence à la capacité de vivre dans son propre domicile en toute sécurité, de manière indépendante et confortable. Différents facteurs facilitateurs et des obstacles au vieillissement à domicile ont été identifiés. En effet, les conditions du domicile, le soutien des proches, l'accès aux services de santé ainsi que le réseau social sont des notions à considérer pour vieillir en bonne santé à domicile. Ces éléments encouragent une volonté de vivre en privilégiant la qualité de vie.

En conclusion, ces articles fournissent une base solide pour explorer différentes stratégies et interventions permettant de prévenir ou de retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées à mobilité réduite vivant à

domicile. Les différentes interventions émanant des articles seront nommées dans les pages suivantes.

Perspectives/propositions pour la pratique et recommandations

Pour approfondir les résultats présentés ci-dessus, les auteures se sont interrogées sur leurs implications pour la recherche, pour la pratique infirmière et pour la pratique clinique. En ce qui concerne la pratique clinique, c'est-à-dire les interventions envisageables à partir des résultats, il a été pertinent de les associer à la théorie de soins utilisée dans ce travail. Pour rappel, la théorie choisie est celle du modèle d'adaptation de Roy. Ainsi, ce chapitre établit certains liens en ce sens.

Interventions infirmières

1. Éducation thérapeutique spécifique

- Évaluer les besoins et les capacités des patients à mobilité réduite pris en charge à domicile.
- Identifier les obstacles et les facteurs facilitants afin de prévenir le risque de chute de ces personnes, souffrant déjà d'une mobilité réduite.
- Renforcer les connaissances et les compétences nécessaires au maintien à domicile, favoriser le plus possible des activités physiques non liées à un exercice sportif étant donné que celles-ci maintiennent de bonnes conditions physiques chez la personne âgée.
- Informer et enseigner des méthodes de prévention (risque de chute, moyens auxiliaires, etc.).

- Utiliser des techniques de changement de comportement pour augmenter l'activité physique et améliorer la mobilité.

2. Favoriser le travail en pluridisciplinarité

- Inclure les physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières spécialisées en réadaptation et infirmières à domicile dans la prise en soins.

3. Développement d'un partenariat soignant-soigné

- Intégrer pleinement les résultats de recherches scientifiques actuelles dans la prise en charge afin d'augmenter la qualité des soins.

4. Planification de soins personnalisés

- Effectuer des évaluations de santé en collaboration avec le bénéficiaire de soins et sa famille.
- Fixer des objectifs à court, moyen et long terme adaptés aux besoins spécifiques de la personne.
- Proposer au patient de suivre un programme de promotion de la santé afin de garder au maximum son autonomie.
- Cibler et adapter les interventions aux besoins spécifiques des personnes âgées pour maximiser leur efficacité.
- Prendre en compte les limites, les habitudes et le rythme de chaque personne.
- Cibler la bonne population afin de prodiguer des interventions spécifiques adéquates.

Pour conclure, les interventions infirmières citées ci-dessus poursuivent un objectif commun : réduire la perte d'autonomie et maintenir l'indépendance à domicile des personnes âgées à mobilité réduite. Il est important de reconnaître que chaque prise en charge est différente et qu'il faut l'adapter au autant que possible aux besoins du patient. De plus, il est crucial d'inclure la personne soignée dans la prise en charge infirmière, ce qui permet de développer et favoriser son empowerment individuel.

Lien avec le cadre théorique

La théorie de Callista Roy, sélectionnée en lien avec notre question de recherche, met en avant l'importance de la prévention pour améliorer ou maintenir la santé. Roy se concentre sur l'évaluation de l'efficacité des réponses des individus aux divers stimuli perçus, en examinant quatre modes adaptatifs. Ainsi, il devient plus facile d'identifier les problèmes et de mettre en place des mesures de prévention en tenant compte des modes adaptatifs, qu'ils soient efficaces ou inefficaces.

Chapitre 6 : Conclusion

Pour conclure, ce travail de Bachelor a permis d'approfondir la thématique du maintien à domicile des personnes âgées en répondant à la question de recherche : « *Quelles sont les interventions infirmières pour prévenir ou retarder la perte d'autonomie des personnes âgées à mobilité réduite vivant à domicile ?* ». Pour ce faire, les différentes bases de données ont été explorées au moyen des mots-clés de la formulation PICOT afin de sélectionner les articles répondant le mieux à la question. Les résultats des études analysées ont mis en évidence des recommandations pour la pratique.

Ce chapitre abordera d'une part les facteurs facilitants ainsi que les obstacles rencontrés lors de l'élaboration de ce travail de Bachelor. D'autre part, les limites ainsi que les perspectives principales pour la recherche, la clinique et la formation seront exposées.

Apport du travail de Bachelor

L'élaboration de ce travail a offert aux auteures une opportunité précieuse d'améliorer et de renforcer leurs connaissances en matière de recherche scientifique et clinique. En effet, au fil de l'avancement du projet, la recherche dans les bases de données s'est effectuée de manière fluide, favorisant la réflexion critique des auteures lors de questionnements professionnels. Ce travail représente une étape cruciale dans leur processus de professionnalisation, facilitant l'adoption et l'intégration d'une pensée critique essentielle à maintenir tout au long de leur carrière. De plus, il encourage les auteures à mener une réflexion clinique approfondie et à

rechercher des soins et des actions fondés sur des preuves, adaptés aux diverses situations rencontrées, en prenant en compte les paramètres spécifiques de chaque patient, tels que son stade de développement, ses compétences, ses connaissances et ses ressources.

En revanche, les horaires irréguliers liés à la Période de Formation Pratique (PFP) ont constitué une contrainte notable, rendant parfois difficile la planification des rencontres. De surcroît, l'identification de la problématique s'est avérée complexe, bien qu'une fois cette étape franchie, le travail ait pu progresser de manière fluide. À l'inverse, plusieurs éléments facilitateurs ont marqué cette recherche. Premièrement, le fait que les auteures aient déjà suivi une formation ensemble a mis en évidence une complémentarité bénéfique dans l'élaboration de ce travail. En effet, chacune a pu apporter ses compétences personnelles et professionnelles. Deuxièmement, l'entraide, la cohésion, une communication efficace et un professionnalisme rigoureux ont permis une collaboration harmonieuse. Les retours réguliers de la directrice du travail de Bachelor ont également été déterminants, assurant un rythme de travail soutenu et permettant de respecter les échéances imposées.

En conclusion, cette expérience a non seulement enrichi les compétences des auteures, mais elle a également posé les bases d'une pratique professionnelle fondée sur la rigueur scientifique et la collaboration efficace, des atouts indispensables pour leur future carrière.

Limites

Les limites relevées dans les articles incluent le manque de recherches secondaires ou l'approfondissement de certaines thématiques. Les auteurs des articles mentionnent qu'il s'agit de sujets pour lesquels de nouvelles expériences méritent d'être réalisées ou approfondies.

Les auteures ont constaté que les articles analysés proviennent majoritairement d'Amérique ou d'Europe, et non de Suisse. Ceci peut être perçu comme une limite de ce travail, car les résultats peuvent soulever des questions sur leur transférabilité au système de santé suisse. Toutefois, les auteures pensent que les interventions infirmières proposées restent applicables dans la pratique.

Perspectives pour la recherche

L'analyse des articles scientifiques a permis de mettre en lumière diverses perspectives pour la recherche en lien avec les interventions visant à prévenir la perte d'autonomie à domicile. Les études ont révélé que les interventions établies peuvent être appliquées dans la pratique infirmière, mais les personnes âgées font face à diverses contraintes liées à leur mode de vie, à leur environnement ou à un manque de ressources financières ou sociales. De plus, la recherche en lien avec ce thème mérite d'être davantage développée au niveau suisse, afin que cela puisse être transposé et adapté aux besoins de notre système de soins.

De surcroît, certaines perspectives relatives à la clinique et à la formation peuvent être intégrées. En effet, il serait opportun d'une part d'instaurer des formations continues spécifiques au maintien à domicile des personnes âgées. D'autre part, inclure autant que possible les proches aidants dans la prise en charge en leur proposant des formations sur le maintien à domicile des personnes âgées serait envisageable et judicieux.

Sur le plan clinique, les auteures de ce travail, actuellement en dernière année de formation, ont souhaité approfondir leur réflexion. À cette fin, elles ont mené une discussion pour déterminer et envisager la mise en place d'autres interventions infirmières, en s'appuyant sur leurs nombreuses périodes de formation pratique dans le milieu des soins. Bien qu'elles ne soient pas issues de la littérature analysée dans ce travail, les interventions suivantes ont été relevées comme pertinentes par les auteures :

Favoriser le travail en pluridisciplinarité

- Assurer une continuité des soins, principalement dans les transmissions des données, afin de favoriser une prise en charge globale et de qualité des personnes âgées à mobilité réduite.
- Établir des réseaux pluridisciplinaires incluant tous les professionnels de la santé partageant un objectif commun.

Développement d'un partenariat soignant-soigné

- Développer l'empowerment du patient afin qu'il devienne acteur de sa santé et qu'il s'autonomise dans la prise de décision en lien avec la gestion et l'acceptation de la perte de son autonomie.
- Développer une alliance thérapeutique avec le patient afin de former un véritable partenariat de soins.
- Transmettre de manière transparente les informations actuelles au bénéficiaire de soins sur son état de santé et son évolution.

Chapitre 7 : Références

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2010). *Nursing Theorists and Their Work* (7th ed.). Mosby Elsevier. <https://doi.org/10.1177/0894318412437963>
- Armi, F., & Guilley, E. (2004). Frailty in the oldest age: Definition and impact on service's exchanges. *Gérontologie et Société*, 109(2), 47–61. <https://doi.org/10.3917/gs.109.0047>
- Arotoky, R. (2021). *Perte d'autonomie : Conséquences et prévention (3 outils)*. Groupe Santépour tous. <https://www.lombafit.com/perte-autonomie/#isolement>
- Associations des proches aidants. (2023). *Association des proches aidants*. Association Des Proches Aidants. <https://proches-aidants.ch/>
- Baertschi, B., Berthiau, D., Bizouarn, P., Dabouis, G., Derrendinger, I., Dubin, J., Durand, G., Jean, M., Lardic, J.-M., Mennesson, D., Mennesson, S., Moutel, G., & Taranto, P. (2015). *L'autonomie à l'épreuve du soin*. Editions nouvelles Cécile Default.
- Bee, H., & Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie. Psychologie du développement humain* (4e ed.). Pearson ERPI.
- Bosch-Farré, C., Malagón-Aguilera, M. C., Ballester-Ferrando, D., Bertran-Noguer, C., Bonmatí-Tomás, A., Gelabert-Vilella, S., & Juvinyà-Canal, D. (2020). Healthy ageing in place: enablers and barriers from the perspective of the elderly. A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 1–23.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17186451>

Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>

Carrère, A. (2020). Vivre à domicile ou en institution : quels sont les déterminants de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ? *Regards*, N° 57(1), 127–139. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0127>

Chinn, P., & Kramer, M. (2015). *Knowledge Development in Nursing: Theory and Process* (St Louis: Elsevier (ed.); 9th ed.).

Conseil International des Infirmières. (n.d.). *Définitions des soins infirmiers*. <https://www.icn.ch/fr/qui-sommes-nous>

Cultures&Santé asbl. (2014). *L'empowerment (n°4)*. Cultures&Santé Asbl. <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/31-lempowerment-n-4.html>

Dahlin-Ivanoff, S., Eklund, K., Wilhelmson, K., Behm, L., Häggblom-Kronlöf, G., Zidén, L., Landahl, S., & Gustafsson, S. (2016). For whom is a health-promoting intervention effective? Predictive factors for performing activities of daily living independently. *BMC Geriatrics*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0345-8>

Faria, A. da C. A., Martins, M. M. F. P. S., Ribeiro, O. M. P. L., Ventura-Silva,

- J. M. A., Fonseca, E. F., Ferreira, L. J. M., & Laredo-Aguilera, J. A. (2023). Effect of the Active Aging-in-Place–Rehabilitation Nursing Program: A Randomized Controlled Trial. *Healthcare (Switzerland)*, *11*(2), 1–16. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020276>
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image the Journal of Nursing Scholarship*, *16*(3), 84–89. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e ed.). Montréal, Québec : Chenelière éducation. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1042088ar>
- Grimmer, K., Luker, J., Beaton, K., Kumar, S., Crockett, A., & Price, K. (2013). TRIaling individualized interventions to prevent functional decline in at-risk older adults (TRIIFL): Study protocol for a randomized controlled trial nested in a longitudinal observational study. *Trials*, *14*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-266>
- Hamer, M., De Oliveira, C., & Demakakos, P. (2014). Non-exercise physical activity and survival: English Longitudinal Study of Ageing. *American Journal of Preventive Medicine*, *47*(4), 452–460. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.044>
- Henning-Smith, C., Lahr, M., Mulcahy, J., & MacDougall, H. (2023). Unmet

Needs for Help With Mobility Limitations Among Older Adults Aging in Place: The Role of Rurality. *Journal of Aging and Health*, 35(9), 623–631.
<https://doi.org/10.1177/08982643231151777>

Jaeger, & Cherin. (2013). Les théories du vieillissement. *Médecine & Longévité*.

Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions* (2e ed.). Chicago, IL : University of Chicago Press.

Ludwig, C., & Busnel, C. (2020). Derivation of a frailty index from the interRAI-HC to assess frailty among older adults receiving home care and assistance (the “fraXity” study). *Advances in Geriatric Medicine and Research*, 2(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.20900/agmr20200013>

Ludwig, C., Oulevey Bachmann, A., & Tétreault, S. (2021). *Proches aidant·e·s: des alliés indispensables aux professionnels de la santé*. Georg.
<https://www.georg.ch/proches-aidant-e-s-allies-indispensables>

Marchand, M. (2008). Regards sur la vieillesse. *Le Journal Des Psychologues*, 22–26. <https://doi.org/10.3917/jdp.256.0022>

Mazurek Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2018). *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice* (4th editio). Wolters Kluwer.

Meier, F., Brunner, B., Hedinger, S., Lenzin, G., & Carlander, M. (2020). Étude « Accompagnement des seniors à domicile : besoins et coûts ». In *Pro*

Senectute. 20201001 Summary Studie Betreuung zu Hause_f.pdf

Meleis, A. I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5th ed.).

Philadelphia: Wol Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Mills, C. M., Parniak, S., Depaul, V. G., & Donnelly, C. (2023). Oasis Senior

Supportive Living: Description of a Novel Aging-in-Place Model in Ontario.

Canadian Journal of Dietetic Practice and Research, 84(2), 119–122.

<https://doi.org/10.3148/cjdpr-2022-040>

Morf, K. (2021). Les diverses facettes de la qualité dans l'ADS. *Aide et Soins à*

Domicile Magazine, 10.

Nicklas, B. J., Chmelo, E. A., Sheedy, J., & Moore, J. B. (2020). Implementation

of a Community Walking Program (Walk On!) for Functionally-Limited

Older Adults. *Journal of Frailty and Aging*, 9(3), 165–171.

<https://doi.org/10.14283/jfa.2020.12>

Office Fédéral de la santé publique. (2020). *Protection financière des proches*

aidants. OFSP. FR_BAG_1.PDF

Office Fédéral de la santé publique. (2022). *Egalité des chances et santé*.

[https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-](https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html)

[fakten-zu-chancengleichheit.html](https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html)

Office fédéral de la statistique. (2023a). *Centenaires selon l'état civil, au*

31.12.2022.

OFS.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/vieillesse>

ment/centenaires.assetdetail.26905508.html

Office fédéral de la statistique. (2023b). *La population de la Suisse en 2022*.

OFS. https://www.bfs.admin.ch/news/fr/2023-0325#id_811b88f0916686d27357fccd7e1f4de5

Office fédéral de la statistique. (2023c). *Personnes vivant en établissement médico-social en 2022*. OFS.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/personnes-agees.assetdetail.28705794.html>

OFS. (2019). *Enquête suisse sur la santé 2017: Ressources et comportements*

en matière de santé chez les seniors. OFS. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/10027511>

OMS. (2011). *Organisation Mondiale de la Santé*.

OMS. (2012). *Organisation Mondiale de la Santé*.

OMS. (2022). *Vieillesse et santé*. OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Pahor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., Blair, S., Bonds, D. E., Church, T. S., Espeland, M. A., Fielding, R. A., Gill, T. M., Groessl, E. J., King, A. C., Kritchevsky, S. B., Manini, T. M., Mcdermott, M. M., Miller, M. E., Newman, A. B., Rejeski, J. W., Sink, K. M., & Williamson, J. D. (2014). Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*,

311(23), 2387–2396. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.5616>.Effect

Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière* (Chenelière éducation (ed.); 3rd ed.).

Rapin, C.-H. (2004). *Stratégies pour une vieillesse réussie*. Médecine & Hygiène.

Régnier, R., & Saint-Pierre, L. (2007). *Surmonter l'épreuve du deuil* (Quebecor (ed.); 4th ed.).

Rice, J., Li, L. C., Davis, J. C., Pahor, M., Madden, K., Wei, N., Wong, H., Skelton, D. A., McCormick, S., Falck, R. S., Barha, C. K., Rhodes, R. E., Loomba, S., Sadatsafavi, M., & Liu-Ambrose, T. (2023). Supporting physical activity for mobility in older adults with mobility limitations (SuPA Mobility): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 24(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07798-9>

Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (Pearson (ed.); 3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Roy, C. (2011). Extending the Roy Adaptation Model to Meet Changing Global Needs. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 345–351. <https://doi.org/10.1177/0894318411419210>

Satariano, W. A., Kealey, M., Hubbard, A., Kurtovich, E., Ivey, S. L., Bayles, C. M., Hunter, R. H., & Prohaska, T. R. (2016). Mobility disability in older adults: At the intersection of people and places. *Gerontologist*, 56(3),

525–534. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu094>

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2015). *Evidence-Based Practice for Nurses: Appraisal and Application of Research*. Jones & Bartlett Learning.

Stefanacci, R. G. (2022). *Qualité de vie des personnes âgées*. Le Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gériatrie/vieillessement-et-qualité-de-vie/qualité-de-vie-des-personnes-âgées>

Tahar Chaouche, A., & Gardijan, N. (2021). Dépendance, isolement et négligence dans le vieillissement. *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*, 21(35–36), 600–603. <https://doi.org/10.4414/fms.2021.08795>

Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>

Verloo, H., Kampel, T., Vidal, N., & Pereira, F. (2020). Perceptions about technologies that help community-dwelling older adults remain at home: Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6). <https://doi.org/10.2196/17930>

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). Quelle qualité de vie ? *Forum Mondial de La Santé*, 17(4). <https://doi.org/https://apps.who.int/iris/handle/10665/54757>

Chapitre 8 : Appendice

Appendice A

Effect of the Active Aging-in-place-Rehabilitation Nursing Program: A Randomized Controlled Trial
(Faria et al., 2023)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). - Effect of the active aging-in-place-rehabilitation nursing program: A randomized controlled trial - Effet du programme de soins infirmiers de réadaptation active vieillir à domicile : un essai contrôlé randomisé ▪ Quels sont les thèmes abordés ? - La fragilité des personnes âgées, la qualité de vie des personnes âgées ▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? <p>Oui, le titre réfère directement à la population âgée vivant à domicile</p>
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). - Ana da Conceicao Alves Faria, enseignante à l'institut des sciences biomédicales à l'université de Porto + travaille à l'administration santé au nord de la région de Porto. - Maria Manuela F.P.S Martins, Infirmière à Porto dans un centre de recherche - Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro Infirmière à Porto dans un centre de recherche - Joao Miguel Almeida Ventura Silva, enseignant à l'institut des sciences biomédicales à Porto + travaille au centre hospitalier universitaire de Sao Joao au Portugal - Esmeralda Faria Fonscesa, infirmière au centre hospitalier universitaire de sao Joao - Luciano José Moreira Ferreira, infirmier au centre hospitalier universitaire de Sao Joao - José Alberto Laredo-Aguilera, infirmier au centre hospitalier universitaire de Sao Joao + chercheur dans un groupe de recherche multidisciplinaire en soins à l'université de Castille La Manche, Espagne.
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les mots-clés ? <p>Personnes âgées, fragilité, mode de vie, exercice physique réadaptation et soins infirmiers</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. - Objectifs : évaluer l'effet du programme de soins infirmiers de vieillissement actif en place et réadaptation, sur la capacité fonctionnelle et les modes de vies des personnes âgées fragiles.

	<ul style="list-style-type: none"> - Méthodologie : Essai contrôlé randomisé en deux groupes menés auprès de 30 personnes âgées fragiles inscrites dans une unité de soins au Portugal, entre 2021 et 2022. Le programme a duré 12 semaines et les séances se sont déroulées au domicile des patients. - Résultats : Après le programme, il y a eu une amélioration de la fragilité multidimensionnelle et physique, de la capacité fonctionnelle de l'équilibre et de la perception de l'effort dans le groupe expérimental. Il y a eu des améliorations significatives dans les habitudes d'activité physiques, le comportement relationnel et la gestion du stress.
--	--

Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques

Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - L'objectif de l'étude est d'évaluer l'effet d'un programme de soins infirmiers, se basant sur le vieillissement actif et la réadaptation des modes de vie des personnes âgées fragiles.
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les concepts les plus importants ? <ul style="list-style-type: none"> - La fragilité chez les personnes âgées

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie	
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ? <ul style="list-style-type: none"> - L'exercice physique, la fragilité ▪ Quels sont les buts et/ou questions et/ou objectifs de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - Le but est de savoir si la fragilité multidimensionnelle de la personne âgée peut être améliorée/diminuée à l'aide de la mise en place de programmes (exercices physiques, etc.) ▪ Si applicable : quelles sont les hypothèses de recherche ? /
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? <ul style="list-style-type: none"> - C'est un essai contrôlé, randomisé en simple aveugle et en deux groupes (expérimental et contrôle). ▪ Si applicable : préciser la procédure expérimentale ▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.

	Oui, un comité d'éthique a approuvé l'étude dans laquelle les personnes âgées ont été inscrites et la participation au programme était volontaire de la part des participants.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la population visée ? Les personnes âgées fragiles (répondantes aux critères d'inclusion) ▪ Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection). <ul style="list-style-type: none"> - 30 personnes âgées fragiles inscrites dans une unité de soins de santé participent à l'étude. Toutes avaient déjà participé à une précédente étude (au cours de laquelle le profil de fragilité avait pu être identifié). Elles répondaient toutes à des critères d'inclusion établis, évalués à l'aide d'outils et d'échelles. ▪ Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ? <ul style="list-style-type: none"> - Être âgé de 65 ans ou plus, - Présenter une fragilité, - Ne présenter aucun déficit cognitif, - Marcher avec ou sans aide, - Présenter une dépendance légère à modérée, - Ne présenter aucune contre-indication à l'exercice physique, - Ne pas être institutionnalisées, - Être inscrite dans une unité de soins au Portugal - Accepter de faire partie du programme de réadaptation mis en place ▪ Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.). <ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas de justificatif précis, il fallait uniquement faire partie d'une précédente étude (composée de 300 personnes), afin de pouvoir évaluer la fragilité de la personne âgée. ▪ Si applicable : y a-t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ? <ul style="list-style-type: none"> - Les participants ont été répartis au hasard, 15 dans un groupe expérimental, 15 dans un groupe contrôle par tirage au sort, effectué par un chercheur indépendant (rapport de 1 :1).
Choix des outils de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les instruments de mesure ? <ul style="list-style-type: none"> - Indicateur de fragilité de Tilburg (TFI) = évalue l'indicateur de fragilité - Indice de Barthel = évaluer la dépendance de la personne ▪ Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.). /

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?). - Les deux groupes ont été évalués à deux moments différents (au début et après le programme de 12 semaines) au domicile des participants par un chercheur indépendant du programme. - Les évaluations des deux groupes se sont terminées en même temps, une évaluation a été réalisée au début et à la fin du programme pour le GE et GC, toujours dans un rapport de 1 :1. ▪ Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ? - La fragilité la capacité fonctionnelle, l'équilibre, la perception et le mode de vie.
Interventions programmes applicable)	ou (si	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ? - Avant de définir le programme d'intervention, une étude descriptive, corrélationnelle et transversale a permis d'analyser le profil de fragilité des personnes âgées vivant à domicile (et dans la région où le programme a été mis en place). - Sur la base de ces données et d'une revue intégrative sur les programmes d'exercices individualisés à domicile + les éléments qui composent ces programmes, les chercheurs ont construit le PAA-RNP. Ils ont obtenu une validité de groupe en mai 2021 et la dernière étape constituait la mise en œuvre du AAP-RNP (Active Aging in Place-Rehabilitation Nursing Programm) - Ce programme a été développé sur 12 semaines et comprenait 24 séances individuelles (2x/sem) d'une durée de 60 minutes chacune. ▪ De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ? - 2x par semaine les personnes participantes au programme reçoivent des séances.
Méthode d'analyse des données		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ? - Afin de traiter les données, les chercheurs ont utilisé un traitement statistique à l'aide d'un programme SPSS Statistics. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour caractériser l'échantillon et calculer les valeurs moyennes de chaque instrument en tenant compte des deux moments de l'évaluation. - Des statistiques inférentielles ont été utilisées afin de comparer les valeurs des échelles aux deux moments (au départ et après le programme).
Résultats		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ? ▪ Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ?

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) ? ▪ Quels sont les autres résultats importants ?
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? <ul style="list-style-type: none"> - Les 30 personnes âgées qui ont participé à l'expérience ont un âge moyen de 81 ans (entre 71 et 86 ans). La majorité des personnes étaient des femmes (70%), veuves (63,3%) et n'avaient pas terminé l'école primaire. En ce qui concerne l'état de santé, en moyenne les personnes âgées souffraient de maladies (hypertension, troubles de la vision et de l'audition) et consommaient plus ou moins 6 médicaments. - Tous les participants (GE) ont adhéré aux 24 sessions du programme avec 90% de bénéfice significatif observé par rapport aux soins habituels entre les deux moments d'évaluation. - Il y a eu des améliorations statistiquement significatives ($p < 0,05$) de fragilité multidimensionnelle et physique. - Des améliorations ont également été observées au niveau de l'aptitude fonctionnelle, dans la force de préhension et dans la perception subjective de l'effort. Il y a eu une amélioration de l'équilibre et de la perception subjective de l'effort. - L'amélioration dans l'autonomie et dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) est plus importante que celle de l'indépendance dans les AVQ. - Les variables pour lesquelles les changements sont les plus positifs se sont produites notamment dans le comportement relationnel, les habitudes d'activité physique et la gestion du stress. Il y eut une amélioration dans l'adhésion des habitudes nutritionnelles et de comportement préventif. Dans le groupe contrôle, il n'y a pas eu de changements significatifs. ▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ? <ul style="list-style-type: none"> - L'efficacité du programme d'intervention a montré des améliorations significatives dans la fragilité, la capacité fonctionnelle et le mode de vie des participants, montrant une corrélation positive entre l'exercice régulier et la diminution de fragilité. - Les résultats ont également mis en évidence des améliorations dans la force musculaire, la flexibilité, l'équilibre et la performance physique globale des participants après le programme. ▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ?

	<ul style="list-style-type: none"> - Les exercices personnalisés à domicile sont faisables et bénéfiques et ils devraient être inclus et mis en œuvre par les infirmières dans la communauté en tant qu'agents principaux de promotion de la santé. - Des stratégies individualisées devraient être développées en fonction des besoins de chaque personne âgée, ce qui améliorera leur adhésion à un programme. Les équipes de santé familiales et les infirmières de réadaptation devraient être affectées à ce genre de projet afin que les personnes âgées puissent avoir une meilleure qualité de vie. ▪ De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ? ▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> - Parmi les limites de l'étude, les chercheurs mentionnent que l'échantillon était restreint (en raison de la pandémie COVID-19) et qu'ils n'incluaient qu'une seule région du Portugal. - À l'avenir, il serait utile de mettre en œuvre ce programme dans un autre contexte, avec un échantillon plus large et davantage d'infirmières de réadaptation.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> - La recherche démontre que les programmes d'exercices supervisés, individualisés et progressifs à plusieurs composantes, réalisés au domicile des personnes âgées et axés sur la motivation et l'engagement au vu d'un changement de comportement permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. ▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> - Les interventions de courte durée et peu coûteuses permettent d'améliorer la fragilité, le mode de vie et les capacités fonctionnelles des personnes âgées. - Les exercices personnalisés à domicile sont faisables et bénéfiques et ils devraient être inclus et mis en œuvre par les infirmières dans la communauté en tant qu'agents principaux de promotion de la santé. - Des stratégies individualisées devraient être développées en fonction des besoins de chaque personne âgée, ce qui améliorera leur adhésion à un programme. Les équipes de santé familiales et les infirmières de réadaptation devraient être affectées à ce genre de projet afin que les personnes âgées puissent avoir une meilleure qualité de vie.

Appendice B

Unmet Needs for Help With Mobility Limitations Among older Adults Aging in Place: The role of Rurality (Henning-Smith et al., 2023)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). <ul style="list-style-type: none"> - Unmet Needs for Help With Mobility Limitations Among Older Adults Aging in Place: The Role of Rurality - Besoins non satisfaits en matière d'aide aux personnes à mobilité réduite chez les personnes âgées vivant à domicile : Le rôle de la ruralité ▪ Quels sont les thèmes abordés ? <ul style="list-style-type: none"> - Les besoins non satisfaits, la mobilité réduite, le milieu rural ▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes à mobilité réduite vivant en ruralité
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> • Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <ul style="list-style-type: none"> - Carrie Henning-Smith, associate professor, division of health policy & management, University of Minnesota, USA - Megan Lahr, associate professor, division of public health administration and policy, University of Minnesota, USA - John Mulcahy, associate professor, division of health policy and management, University of Minnesota, USA - Hannah Macdougall, assistant professor in the school of social work, university of Minnesota, USA
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les mots-clés ? <ul style="list-style-type: none"> - Rural, logement, vieillissement sur place, mobilité réduite
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : identifier les différences entre les besoins de mobilité non satisfaits chez les personnes âgées vivant en milieu rural et celles vivant en milieu urbain. - Méthodologie : Utilisation d'une étude (étude nationale sur les tendances en matière de santé et vieillissement), en limitant les analyses sur les personnes qui n'avaient pas déménagé depuis le début de l'étude. Ensuite, analyse bivariable afin de détecter les différences entre les zones rurales et urbaines dans les besoins de mobilité non satisfaits, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques, de l'état de santé et des caractéristiques du logement. - Résultats : les personnes vivant en ruralité étaient associées à une probabilité plus élevée de besoins de

	mobilité non satisfaits chez les personnes âgées vieillissant à domicile.
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse). <ul style="list-style-type: none"> L'étude repose sur des recherches antérieures principalement.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> Identifier les différences entre les besoins de mobilité non satisfaits chez les personnes âgées vivant en milieu rural et celles vivant en milieu urbain.
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les concepts les plus importants ? <ul style="list-style-type: none"> Les besoins non satisfaits, vivre en ruralité

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE	
Méthodologie	
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ? <ul style="list-style-type: none"> La variable dépendante de cette étude était les besoins de mobilité non satisfaits. Cette évaluation était basée sur un composite de trois variables différentes : les besoins non satisfaits d'aide à la mobilité extérieure (ne sont pas sortis en raison de difficultés et d'un manque d'aide), les besoins non satisfaits d'aide à la mobilité intérieure (ne se sont pas déplacés à l'intérieur de la maison en raison de difficultés et d'un manque d'aide) et les besoins non satisfaits de transfert (ne sont pas sortis du lit en raison de difficultés et d'un manque d'aide). Tout besoin non satisfait d'aide à la mobilité a été évalué par une réponse affirmative à une ou plusieurs de ces trois variables. Quels sont les buts et/ou questions et/ou objectifs de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> Le but est d'identifier les besoins non satisfaits des personnes âgées vivant en ruralité (mobilité extérieure, mobilité intérieure et réalisation des transferts). Si applicable : quelles sont les hypothèses de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> Deux hypothèses sont émises par les chercheurs : Les personnes âgées rurales auront moins de ressources financières, un logement moins accessible et plus de problèmes de santé sous-jacents que les personnes âgées urbaines. Les personnes âgées en milieu rural qui vieillissent chez elles auront de plus grands besoins non satisfaits en matière d'aide à la mobilité réduite, ce qui indique un

	<p>besoin de ressources et de soutien supplémentaire (vis-à-vis de la population urbaine)</p>
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? ▪ Si applicable : préciser la procédure expérimentale <ul style="list-style-type: none"> - Pour cette étude, les chercheurs utilisent les données de la 9e ronde de l'étude nationale sur les tendances en matière de santé et de vieillissement (NHATS, 2022). L'étude nationale sur les tendances en matière de santé et de vieillissement (NHATS) est une enquête représentative à l'échelle nationale auprès des bénéficiaires de Medicare âgés de 65 ans et plus, qui est menée chaque année à l'aide d'entretiens en personne depuis 2011. - L'échantillon a été reconstitué en 2015 (cycle 5), de sorte que l'échantillon était à nouveau représentatif à l'échelle nationale des bénéficiaires de Medicare âgés de 65 ans et plus (NHATS, 2022). - L'enquête sur les mesures d'adaptation fonctionnelles des répondants suit les répondants de façon longitudinale afin de mieux comprendre les changements dans l'état fonctionnel, les mesures d'adaptation fonctionnelles liées à l'utilisation d'appareils, les modifications apportées au domicile, les modalités de prestation de soins et les changements de résidence, y compris l'admission en établissement. - Pour cette étude, l'analyse a été limitée aux personnes âgées qui n'avaient pas déménagé depuis le début de l'étude, ce qui signifie qu'elles avaient été dans le même logement depuis leur inscription à l'étude (n = 3343). ▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. <ul style="list-style-type: none"> - Non justifié, outre le secret professionnel
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la population visée ? <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées vivant dans un milieu rural ▪ Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection). <ul style="list-style-type: none"> - Les participants sont issus des données du Cycle 9 de la national health and aging trends study (une autre étude). - L'échantillon a été reconstitué en 2015 et était composé de personnes de 65 ans et plus ▪ Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ? <ul style="list-style-type: none"> - Les chercheurs ont limité l'étude aux personnes qui n'avaient pas déménagé depuis le début de l'étude, ce qui signifie qu'elles étaient restées dans le même logement depuis l'inscription à l'étude de base (N=3343). ▪ Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si applicable : y a -t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ?
Choix des outils de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les instruments de mesure ? ▪ Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.). ▪ De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?). ▪ Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ? → Des comparaisons bivariées ont été effectuées entre les personnes âgées rurales et urbaines.
Interventions ou programmes applicables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ? ▪ De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ?
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ? <ul style="list-style-type: none"> - Test du chi carré pour les variables catégorielles - Test T pour les variables continues - Modèle de régression logistique pour les besoins non satisfaits, en ajoutant les caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques du logement et l'état de santé
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ? <ul style="list-style-type: none"> - Des personnes âgées de minimum 65 ans vivant en ruralité/urbanité qui n'avaient pas déménagé depuis le début de leur inscription à la première étude. ▪ Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ? ▪ Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) ? ▪ Quels sont les autres résultats importants ? <ul style="list-style-type: none"> - 30% des personnes âgées vivent seules en milieu rural - Les personnes âgées vivant en milieu rural représentaient 18% de l'échantillon - La majorité des personnes âgées ont entre 69 et 79 ans et vivent seules - Les personnes âgées vivant en milieu rural étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents de crise cardiaque, de maladie cardiaque, de démence probable (ce qui confirme en partie l'hypothèse 1) - Il n'y a pas de différences statistiques pour les autres maladies chroniques - Les personnes vieillissant dans un milieu rural à domicile ont des besoins de mobilité non satisfaits, présent à l'intérieur et l'extérieur du lieu de vie

Discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? ▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ? ▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. <p>→ Les personnes vivant en milieu rural sont plus susceptibles d'avoir des difficultés à se déplacer à l'intérieur de l'environnement domestique, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.</p> <p>→ Cela pourrait avoir des conséquences sur la qualité de vie, car cela limite les activités de la vie quotidienne (préparation des repas, entretien de la maison p.ex).</p>
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - Il faut redoubler d'efforts pour assurer un vieillissement à domicile sécuritaire et confortable ▪ De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ? ▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> - La mesure binaire de l'emplacement rural/urbain (bien que cela soit utile pour faire la lumière sur les différences et les disparités entre les régions rurales et urbaines, il est moins utile pour comprendre les variations régionales et les différences selon le degré de ruralité). De plus, les comtés sont une mesure brutale de la ruralité et les comtés peuvent contenir à la fois des zones urbaines et rurales. - La taille relativement petite de l'échantillon de personnes âgées vivant en milieu rural qui vieillissent chez elles dans l'enquête nationale sur les droits de l'homme, il n'est pas possible d'examiner en détail les inégalités selon la race et l'origine ethnique. Il s'agit d'une omission importante, car le racisme structurel a une incidence sur l'accès au logement et les résultats en matière de santé chez les personnes âgées. Enfin, nous présentons des informations sur les caractéristiques du logement, mais pas sur la qualité du logement, dans cette étude. Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur toutes ces dimensions, en particulier compte tenu de la population croissante de personnes âgées dans les zones rurales dans un contexte de défis croissants en matière de logement et de soins de santé.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? ▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> - La plupart des personnes âgées préfèrent vieillir chez elles dans les régions rurales et urbaines. Les résultats montrent que les personnes âgées ont des besoins non satisfaits, notamment d'aide et de mobilité, ce qui indique que tout le

	<p>monde ne reçoit pas un soutien approprié dans son environnement.</p> <ul style="list-style-type: none">- De plus, les personnes âgées vivant en milieu rural présentent une mauvaise santé et des logements moins accessibles.- Les personnes âgées sont sensibles aux environnements et ont moins de possibilités d'aménager leur logement.
--	--

Appendice C

Oasis Senior Supportive Living: Description of a Novel Aging-in-Place Model in Ontario (Mills et al., 2023)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). - Oasis Senior Supporting Living: Description of a Novel Aging-in-place Model in Ontario - Oasis personnes âgées : description d'un modèle de vieillissement chez soi en Ontario. ▪ Quels sont les thèmes abordés ? - Le vieillissement à domicile, l'activité physique, l'alimentation et les interactions sociales. ▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? - Oui, les personnes âgées souhaitant vieillir à domicile, qui vivent dans des collectivités
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). - Christine Marie Mills, diététicienne, professeur à l'université de Queens au Canada - Simone Parniak, titulaire d'une Bachelor en Sciences de la santé, chercheuse à l'institut de Queen's University, Canada - Vincent G.Depaul, professeur à l'université de Queens au Canada - Catherine Donnelly, ergologue, professus en thérapie de réadaptation à l'université de Queena, Canada
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les mots-clés ? - Aînés - Vieillir chez soi - Collectivité de retraités formée naturellement, NORC (naturally occuring retirement community), - NORC-SSP (naturally occuring retirement community, -supportive services programm)
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. - Objectifs : Décrire l'expérience des personnes âgées qui ont participé au programme (NORC-SSP), et leurs perceptions en mettant l'accent sur l'alimentation et la nutrition. - Méthodologie : Avec une approche qualitative, des entrevues ont été menées auprès des participants d'oasis afin de comprendre leur expérience avec ce programme (accès soit sur la nutrition, l'activité physique ou la socialisation) - Résultats : l'instauration de repas collectifs offrait des opportunités de socialisation et les personnes âgées étaient exposées à une alimentation plus saine et équilibrée.

Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse). - L'étude repose sur des constats théoriques. En effet, les auteurs affirment par le biais de recherche que la majorité des personnes âgées souhaitent vieillir chez elles au sein de leur communauté. La population âgée est également le groupe géographique qui connaît la plus grande croissance au Canada. Les personnes âgées de plus de 65 ans courent un risque nutritionnel et un apport alimentaire insuffisant. Ceci induit donc une hausse des hospitalisations et de la mortalité.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? - Le but de cette étude est de décrire l'expérience des personnes âgées qui ont participé à ce programme innovant de vieillissement sur place, en particulier leurs perceptions des trois piliers de l'oasis, en mettant l'accent sur la nutrition et l'alimentation. - (Définition de l'oasis : Le programme Oasis Senior Supportive Living Inc. est conçu pour renforcer et maintenir des communautés saines de personnes âgées en abordant les déterminants importants du vieillissement en bonne santé tels que l'isolement, la nutrition, la forme physique et le sens du but. Il a été développé comme une solution innovante pour accompagner le bien-vieillir à la maison. Oasis est fondée pour servir les personnes âgées qui, avec un certain soutien, sont capables de vivre de manière indépendante. C'est un concept qui reconnaît l'importance de l'autodétermination et propose des programmes basés sur les besoins et les souhaits identifiés des membres d'Oasis. Oasis cherche à permettre aux seniors de rester à la maison et de vieillir dignement).
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les concepts les plus importants ? - Les personnes âgées et l'état nutritionnel.

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE	
Méthodologie	
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question. - Cet article ne possède pas de question de recherche spécifique, mais les chercheurs souhaitent identifier les ressentis des patients membres de l'oasis face aux activités proposées.
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ?

	<ul style="list-style-type: none"> - Ce sont des entretiens semi-structurés ▪ Le rôle du chercheur est-il défini ? (Par ex, le chercheur reconnaît-il son influence potentielle dans la recherche ? De quelle manière participe-t-il à l'étude ? Etc.). <ul style="list-style-type: none"> • Oui après les entretiens, les membres de l'équipe se sont concertés afin d'élaborer une liste préliminaire des sujets liés aux 3 piliers de l'oasis. Ils ont examiné les transcriptions et affiné les sujets. Finalement, une liste des thèmes décrivant les 3 piliers a été élaborée. Chaque membre s'est vu attribuer une tâche spécifique. ▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. <ul style="list-style-type: none"> - Oui, les règles éthiques sont respectées, car une approbation a été obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche de l'université de Queens. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits manuellement.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ? Les personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile, membres de communauté de retraites naturelles (NORC), comme des appartements protégés par exemple. ▪ Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ? /
Choix des outils de collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ? ▪ Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ? <ul style="list-style-type: none"> - La collecte des données a été réalisée par le biais d'entretien semi-structuré. Ils ont été menés par téléphone et l'outil Nvivo12 a été utilisé afin d'analyser les transcriptions.
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la méthode d'analyse utilisée ? ▪ Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?) ▪ Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?) ▪ Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.). -
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ? <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats sont présentés en reprenant les thèmes principaux de l'étude (programmes de renutrition, cuisines collectives et l'éducation nutritionnelle). ▪ Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude) <ul style="list-style-type: none"> - Les programmes de nutrition sont proposés de manière différente selon le site de l'oasis. Deux programmes comprenaient des cuisines communes et des repas collectifs

	<p>et un comprenait l'éducation nutritionnelle (dispensée par des nutritionnistes ou diététiciens).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les repas collectifs ont permis aux membres de l'oasis de varier leur alimentation et cela élargit le régime alimentaire. - Les cuisines communautaires offraient des opportunités de socialisation, une variété de régimes et beaucoup de plaisir à cuisiner. <p>Dans l'ensemble, les programmes ont aidé les membres à améliorer leur alimentation et nutrition.</p> <p>Le programme offrait également des activités physiques et le programme variait selon le besoin des participants.</p>
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? / ▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> - Les activités proposées permettent un maintien à domicile, un environnement de vie solidaire et les personnes âgées peuvent identifier leurs besoins et déterminer les services et activités qui y répondent le mieux. ▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)].
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - Une des recommandations est que les diététiciens peuvent soutenir les personnes âgées souhaitant vieillir chez elles en étant favorables à la mise en place de ce genre de programme, soit en y travaillant directement soit en promouvant la sensibilisation de ces programmes. - De plus, étant donné que la nutrition est un des piliers de l'oasis, les diététiciens peuvent s'assurer que les programmes de nutrition sont fondés sur des données probantes et appropriées. ▪ De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ? <ul style="list-style-type: none"> - Les NORC peuvent soutenir le vieillissement à domicile, grâce aux programmes proposés, qui peuvent être appliqué dans d'autres NORC. ▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> - Un seul homme a participé à l'étude.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> - La recherche répond à l'objectif, car les possibilités de socialisation sont identifiées comme un avantage important. Les repas collectifs offrent des occasions de socialisation et exposent les personnes à un mode de vie plus sain. Il a été constaté que manger seul est associé à un risque nutritionnel accru et ces programmes diminuent le risque.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> - Au niveau nutritionnel, 10 des 13 participants ont déclaré que les repas collectifs offraient des occasions de tisser des liens sociaux. Les repas collectifs ont également permis aux membres de varier leur alimentation, avec des repas différents chaque semaine. - Les membres peuvent également préparer des repas dans des cuisines collectives afin de les emporter à domicile, ce qui offrait également une occasion de socialisation. Plusieurs participants déclaraient avoir une cuisine beaucoup plus équilibrée et riche. - Au niveau de l'activité physique, de nombreux exercices de groupe sont proposés avec du matériel à disposition. Principalement, les personnes ont déclaré être plus actives et plus heureuses. - Pour terminer, au niveau social, les activités proposées (jeux, artisanat, pause-café) permettaient de rassembler les personnes et de se socialiser, ce qui évitait l'isolement de la personne âgée.
--	--

Appendice D

Perceptions About Technologies That Help Community-Dwelling Older Adults Remain at Home: Qualitative study (Verloo et al., 2020)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). <ul style="list-style-type: none"> - Perceptions about technologies that help community-dwelling older adults remain at home : Qualitative study - Perceptions sur les technologies qui aident à vivre dans la communauté des personnes âgées restant à domicile : Une étude qualitative ▪ Quels sont les thèmes abordés ? <ul style="list-style-type: none"> - Les outils technologiques et le maintien à domicile ▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Les personnes âgées vivant à domicile, les soignants informels et les soignants professionnels.
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <ul style="list-style-type: none"> - Henk Verloo : école des sciences de la santé, HES-SO Valais, Sion (Suisse) + Hôpital universitaire de Lausanne (service de psychiatrie et vieillesse) - Thomas Kampel La source, Faculté des sciences infirmières, HES-SO, Lausanne - Nicole Vidal Conseil départemental de la Haute-Savoie (Annecy, France) - Filipa Pereira école des sciences de la santé, HES-SO Valais, Sion (Suisse)
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les mots-clés ? <ul style="list-style-type: none"> - Technologie, Géron technologie, photo-élicitation, les soignants informels, déficience cognitive, soignants professionnels, entretiens, groupes de discussion, analyse du contenu, déficience physique et fragilité.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre les perceptions des personnes âgées vivant dans la communauté (CDOA), de leurs soignants informels (IC) et des soignants professionnels (SP) sur les technologies qui peuvent garder les personnes âgées à la maison. <p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cette étude qualitative a utilisé des entretiens personnels, des groupes de discussion et des entretiens de photo-élicitation pour mieux comprendre les perceptions d'un

	<p>échantillon de commodité de (68 personnes âgées, 21 caregivers informels et 32 aidants professionnels.</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une partie des personnes âgées ne considéraient pas les instruments technologiques comme un moyen utile pour les aider à rester à domicile. Cependant, les avis des soignants informels et formels étaient plus positifs. - Les personnes âgées préféraient les technologies qui facilitent les activités de la vie quotidienne ainsi que les technologies liées à la sécurité pour détecter les chutes et aider à localiser les personnes âgées désorientées. - Les professionnels caregivers ont préféré les systèmes intégrés de communication et d'information pour améliorer la collaboration entre toutes les parties prenantes, des logements équipés de technologies afin de gérer les soins complexes. Surtout, des équipements auxiliaires pour transférer les personnes à mobilité réduite et des systèmes de surveillance pour assurer la sécurité à domicile.
--	---

Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques

Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse). <ul style="list-style-type: none"> - L'étude repose sur plusieurs données statistiques et une autre étude. Il est constaté par les auteurs que la population européenne vieillit rapidement et que la plupart des pays vont faire face à un nombre croissant de personnes âgées fragiles. - Dans une étude mentionnée, certaines technologies pourraient contribuer à maintenir un niveau d'autonomie malgré des maladies liées à l'âge. Ces dernières améliorent la cohésion sociale, aident les aidants formels et informels et réduisent certains effets du vieillissement.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'ensemble, cette étude visait à examiner et à comprendre les perceptions et l'utilité de ces technologies chez les patients vieillissant à domicile, physiquement et cognitivement dépendants de leurs caregivers informels et professionnels.
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les concepts les plus importants ? <ul style="list-style-type: none"> - Les technologies comme moyen de rester à domicile.

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question.
-------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que les moyens technologiques permettent-ils aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile ?
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? <ul style="list-style-type: none"> - Étude multicentrique avec utilisation d'une conception qualitative pour collecter les données. ▪ Le rôle du chercheur est-il défini ? (Par ex, le chercheur reconnaît-il son influence potentielle dans la recherche ? De quelle manière participe-t-il à l'étude ? Etc.). ▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. <ul style="list-style-type: none"> - Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud. Les participants ont donné leur consentement éclairé à l'écrit.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ? <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées vivant à domicile, les caregivers informels et professionnels. ▪ Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ? <ul style="list-style-type: none"> - Les critères de sélection des participants se basaient sur leur état fonctionnel : La personne âgée était indépendante et soutenue des services de repas et de nettoyage, la personne âgée a une déficience physique ou cognitive légère à modérée. - La population étudiée était composée d'hommes et de femmes, âgée de plus de 65 ans, résidant dans le département français de la Haute-Savoie ou dans le canton du Valais. Elle devait disposer d'une prescription médicale ou une indication de soins à domicile. <p>Les personnes qui étaient incapables de comprendre et de parler le français ainsi que celles qui n'ont pas la capacité de discernement pour consentir ont été exclues.</p>
Choix des outils de collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ? ▪ Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ? <ul style="list-style-type: none"> - Après avoir donné un consentement éclairé, l'infirmière de l'étude a collecté les données sociodémographiques, professionnelles et sur l'état de santé des participants (uniquement les personnes âgées), et mené des entretiens. <p>La collecte des données se réalisait de la manière suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pour les personnes âgées vivant à domicile, il y avait des entretiens semi-structurés individuels, une photo élicitation (interview) pour la récolte de données qualitatives et une photo élicitation pour la récolte de données quantitatives. 2) Pour les caregivers informels, il y avait des entretiens semi-structurés individuels, une photo élicitation (interview) pour

	<p>la récolte de données qualitatives et une photo élicitation pour la récolte de données quantitatives.</p> <p>3) Pour les caregivers formels, il y a eu un focus group et, une photo élicitation (interview) pour la récolte de données qualitatives et une photo élicitation pour la récolte de données quantitatives.</p>
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la méthode d'analyse utilisée ? • Les résultats ont été analysés à l'aide d'outils et d'entretiens. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?) • L'équipe au complet (discussion de 8h afin de convenir des thèmes principaux). <ul style="list-style-type: none"> ○ Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (NVIVO, MAXQDA, autre ?) - Des statistiques descriptives ont été compilées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques, sanitaires et professionnelles des participants ainsi que les technologies sélectionnées. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide d'IBM Statistical Package for the Social Sciences. - Les entretiens personnels, les PEI et les discussions du groupe FG ont été transcrits et analysés à l'aide d'une approche d'analyse de contenu qualitative à l'aide du logiciel NVivo 12. Les PEI ont été analysés en parallèle à l'aide d'un processus itératif transversal et en développant des thématiques émergentes. Ils ont adopté l'approche décrite par Graneheim et Lundman pour assurer la fiabilité des résultats. - Les transcriptions des entretiens ont été lues plusieurs fois pour avoir une idée de l'ensemble. Compte tenu du contexte, les unités de sens ont été condensées en descriptions proches de celles du contenu des transcriptions et, dans la mesure du possible, d'une interprétation de leur sens sous-jacent (le contenu latent). - Les données ont été condensées pour l'analyse et l'examen de leur contenu sur la base du guide d'entretien individuel. Une fois condensées, les unités de signification ont été considérées comme un tout et ont été abstraites en thèmes. Un processus de réflexion et de discussion de 8 heures par l'équipe de recherche a abouti à un ensemble de thèmes convenus. - Les résultats ont été présentés à la lumière des catégories tirées des entretiens condensés, et les événements sélectionnés ont été illustrés par des exemples significatifs, y compris des transcriptions des entretiens. - Pour des raisons de confidentialité, les rapports ont considéré les CDOA, les IC et les PC comme 3 groupes, sans distinction de centres de santé ou de nationalités

	<ul style="list-style-type: none"> • Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.). /
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ? Les résultats sont présentés de deux manières différentes. Premièrement des tableaux sont présentés avec toutes les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des populations de l'étude (caregivers informels, professionnels et personnes âgées. - Ensuite, des extraits de retranscriptions sont relevés et classés par les chercheurs (ressentis des personnes, interrogations, incompréhensions, points positifs, etc.) ▪ Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude) <ul style="list-style-type: none"> - La plupart des participants avaient des résultats positifs et négatifs. Les attitudes positives étaient souvent liées aux technologies qui garantissaient la continuité d'une mobilité à moindre coût avec des fonctions avancées (bracelet GPS). - Les attitudes négatives étaient souvent associées avec le risque de devenir dépendant de la technologie et le risque d'interactions moindres ou plus faibles. - La plupart des soignants informels estimaient être dépassés par la technologie.
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? <ul style="list-style-type: none"> - Oui, il contient tous les thèmes et sous-thèmes les plus souvent apparus lors des interviews selon les groupes de participants (l'utilité et la signification de la technologie pour répondre aux besoins, les stratégies visant à faciliter l'utilisation de la technologie par les utilisateurs directs et les intervenants de soutien et enfin, l'acceptabilité de l'utilisation de la technologie pour rester à la maison chez les utilisateurs directs et indirects. ▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats montrent que les technologies ne sont pas encore bien intégrées aux soins quotidiens des personnes fragiles ou à déficiences cognitives. Même si la technologie peut offrir des solutions, les participants ont encore trop peu de connaissance ▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. /
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - Il semble important pour les chercheurs de continuer à chercher des preuves empiriques de la pertinence et de l'efficacité des nouvelles technologies. La technologie

	<p>permettra d'optimiser la prise en charge des problèmes de santé et de ralentir la perte d'autonomie, ce qui renforcera les soins de santé à domicile.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats confirment également que des efforts doivent être faits afin d'adapter les technologies aux personnes âgées. <p>Ces progrès peuvent être réalisés grâce à une coopération étroite entre les différents experts en santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ? ▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ? -
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? ▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> - La recherche a démontré que les aides technologiques sont souvent sous-utilisés dans les soins quotidiens à domicile et que les personnes sont réticentes à l'utilisation de ces dernières par peur de perte de relation sociale ou de développer « une addiction » liée à cette utilisation. - Des efforts doivent être faits pour adapter les technologies aux besoins des bénéficiaires et de leur aidants formels et informels.

Appendice E

Non-Exercise Physical Activity and Survival English Longitudinal Study of Ageing (Hamer et al., 2014)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

Identification du titre et du résumé

Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). <ul style="list-style-type: none"> - Anglais : Non-Exercise Physical Activity and Survival, English Longitudinal Study of Ageing. - Français : Activité physique sans exercice et survie, Étude longitudinale anglaise sur le vieillissement. • Quels sont les thèmes abordés ? <ul style="list-style-type: none"> - L'activité physique non-exercice, la survie et la mortalité, les personnes âgées, le temps • Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> - Oui, aux personnes âgées.
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> • Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <ul style="list-style-type: none"> - Mark Hamer (Londres, PhD) titulaire d'un doctorat en physiologie de l'exercice et a suivi une formation postdoctorale au département d'épidémiologie et de santé publique. - Cesar de Oliveira (Londres, PhD) - Panayotes Demakakos (Londres, PhD) Doctorat dans le département d'épidémiologie et de santé publique
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les mots-clés ? <ul style="list-style-type: none"> - Activité physique, survie, vieillissement, activité non-exercice, comorbidités, facteurs psychosociaux, tabagisme, obésité, mortalité, étude épidémiologique, santé publique,
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. <ul style="list-style-type: none"> - <u>Objectifs</u> : Examiner les associations dose-effet entre l'activité physique et la survie à l'aide d'une analyse des variations temporelles afin de comprendre l'importance de l'activité "non physique" pour la survie des personnes âgées. - <u>Méthodologie</u> : Les participants proviennent d'une étude longitudinale anglaise sur le vieillissement. L'échantillon utilisé est représentatif d'hommes et de femmes âgés de plus de 50 ans vivant en Angleterre. - Les données des participants ont été couplées aux dossiers de décès des registres du National Health Service de 2002 à 2011. Des modèles de risques proportionnels de Cox ont été utilisés pour estimer le

	<p>risque de décès en fonction des estimations de l'activité physique variant dans le temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les analyses ont été menées en 2013. – <u>Résultats</u> : Sur un suivi moyen de 7,8 ans, il y a eu 1896 décès. Dans des modèles ajustés pour les comorbidités, les facteurs psychosociaux, le tabagisme et l'obésité, il y avait une association dose-effet entre l'activité physique variable dans le temps et la mortalité (plus grand bénéfice de survie chez les participants activement vigoureux). – Cependant, participer à une activité physique de faible intensité (dit non-exercice) était également associé à un risque plus faible de mortalité. Les modèles variables dans le temps ont produit des estimations plus fortes et plus robustes que les modèles utilisant une seule mesure de l'activité physique au début de l'étude.
--	--

Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques

Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse). <ul style="list-style-type: none"> – Cette étude repose principalement sur des données statistiques issues d'études précédentes. Les auteurs justifient l'élaboration de cette étude comme un besoin de clarifier les effets des différentes intensités d'activité physique, y compris les activités non-exercice, sur la survie des adultes plus âgés, en s'appuyant sur des données statistiques préliminaires pour guider la recherche.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : comme mentionné ci-dessus, les objectifs de recherche liée à cette étude longitudinale sont d'examiner les associations dose-effet entre l'activité physique et la survie à l'aide d'une analyse des variations temporelles afin de comprendre l'importance de l'activité "non physique" pour la survie des personnes âgées.
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les concepts les plus importants ? <ul style="list-style-type: none"> - Premièrement, cette étude examine l'impact de différents niveaux d'activité physique sur la survie chez les adultes plus âgés. - Deuxièmement, l'objectif principal est de comprendre comment l'activité physique, en particulier les activités non-exercice, affecte la survie des participants. - Troisièmement, cette recherche vise à fournir des informations pertinentes pour orienter les recommandations en matière d'activité physique chez les adultes plus âgés afin d'améliorer leur santé et leur espérance de vie.

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ? Les variables retenues comme importantes sont : <ul style="list-style-type: none"> - L'activité physique non liée à l'exercice (ex. : marche, jardinage ...) - La survie - Les comorbidités - Facteurs psychosociaux - Tabagisme, obésité • Quels sont les buts et/ou questions et/ou objectifs de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les bienfaits des activités physiques non-exercices - Fournir des recommandations de santé publique • Si applicable : quelles sont les hypothèses de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'hypothèse de recherche mentionnée
Devis	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? <ul style="list-style-type: none"> - Pas de devis de l'étude. • Si applicable : préciser la procédure expérimentale • Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. <ul style="list-style-type: none"> - Oui, elles ont été respectées, car chaque participant a donné leur plein consentement éclairé pour participer à l'étude et l'approbation éthique a été obtenue auprès de l'Agence nationale de la recherche (ANR).
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la population visée ? <ul style="list-style-type: none"> - Homme et femme nés avant le 29 février 1952 • Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection). <ul style="list-style-type: none"> - Les participants ont été tirés de l'étude longitudinale anglaise sur le vieillissement (ELSA). • Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ? <ul style="list-style-type: none"> - <u>Inclusion</u> : homme et femme nés avant le 29 février 1952, qui ont déjà participé à une enquête sur la santé en Angleterre. - <u>Exclusion</u> : personnes qui n'ont pas consenti au couplage des données de mortalité et ceux dont les valeurs de base étaient manquantes dans l'une ou l'autre des variables utilisées dans l'analyse. • Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.). <ul style="list-style-type: none"> - L'échantillon analytique comprend 10'426 personnes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Si applicable : y a -t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ? <ul style="list-style-type: none"> - Pas de répartition des participants en groupe dans cette étude
Choix des outils de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les instruments de mesure ? <ul style="list-style-type: none"> - Des graphiques, des modèles ... ▪ Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.). <ul style="list-style-type: none"> - « Cox proportional hazards regression model » a été utilisé pour examiner les associations entre l'activité physique et le décès - « Graphique des estimations du risque cumulatif de Nelson-Aalen » pour évaluer l'hypothèse des risques proportionnels. - Toutes les analyses ont été effectuées avec SPSS, version 20. • De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?). <ul style="list-style-type: none"> - Les données sur l'activité physique ont été collectées au début de l'étude et lors de toutes les entrevues de suivi à l'aide de trois questions sur la fréquence de participation à des activités physiques vigoureuses, modérées et douces (plus d'une fois par semaine, une fois par semaine, une à trois fois par mois, ou presque jamais). - Les questions sur l'activité physique ont été répétées tous les 2 ans lors du suivi, permettant une évaluation des changements dans les niveaux d'activité physique au fil du temps. - Pour savoir si l'association entre l'activité physique et la survie variait entre les participants plus jeunes et plus âgés, les auteurs ont effectué des analyses en sous-groupes selon deux catégories d'âge, 50-69 ans et ≥ 70 ans. Ils ont estimé des modèles non ajustés, ajustés séquentiellement pour l'âge, puis le sexe et l'état matrimonial, puis la SEP et les maladies chroniques variables dans le temps. - Les modèles entièrement ajustés ont été également ajustés pour le tabagisme variable dans le temps, les symptômes dépressifs élevés, l'IMC et le tour de taille. Pour des raisons de comparaison, dans des analyses supplémentaires, ils ont estimé les mêmes modèles en n'utilisant que les mesures de base de l'activité physique et des covariables. - Enfin, pour s'assurer que l'association entre l'activité physique et la mortalité n'était pas biaisée par un

		<p>handicap physique, ils ont estimé le modèle entièrement ajusté uniquement pour les participants qui n'ont signalé aucune limitation de mobilité au début</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ? <ul style="list-style-type: none"> - Dépendante : la mortalité - Indépendante : niveau d'exercice physique, facteurs de contrôle (comorbidité, psychosociaux, habitudes de vie, IMC)
Interventions programmes applicable)	ou (si	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ? <ul style="list-style-type: none"> - Voir ci-dessous • De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ? <ul style="list-style-type: none"> - Cette évaluation s'est basée sur une analyse des variations temporelles.
Méthode d'analyse des données		<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ? <ul style="list-style-type: none"> - Comme mentionné ci-dessus, les auteurs de cette étude ont utilisé des graphiques, des modèles déjà conçus et toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de SPSS, version 20
Résultats		<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ? <ul style="list-style-type: none"> - Voir ci-dessus • Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> - Non, pas de précision • Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) ? - • Quels sont les autres résultats importants ? <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats de l'étude ont confirmé l'existence d'une association dose-effet entre l'activité physique non liée à l'exercice et la mortalité, les avantages les plus significatifs étant observés chez les participants vigoureusement actifs
Discussion		<ul style="list-style-type: none"> • Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? <ul style="list-style-type: none"> - Le résumé des résultats montre que sur une période moyenne de 7.8 ans de suivi, il y a eu 1896 décès. • Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ? <ul style="list-style-type: none"> - Cette étude a montré que devenir ou rester sédentaire est significativement associé à un risque de mortalité accru par rapport au maintien d'une activité physique. • Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. <ul style="list-style-type: none"> - Conformément à une étude récente de la cohorte de Framingham, les données récoltées dans cette étude

	<p>longitudinale soutiennent l'idée qu'une seule évaluation de l'activité physique sous-estime les véritables effets. Effectivement, il a été observé des estimations plus fortes dans les modèles variables dans le temps.</p>
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - Voir conclusion • De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ? <ul style="list-style-type: none"> - Étant donné que les directives actuelles en matière d'activité physique ne semblent pas réalisables pour la majorité des personnes âgées, il serait souhaitable que les participants plus âgés puissent bénéficier de l'incorporation d'activités plus douces dans leur vie quotidienne. Ainsi, les résultats portent un message important pour la santé publique. • Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> - Premièrement, les maladies chroniques étaient basées sur l'autodéclaration d'un diagnostic médical. - Deuxièmement, l'activité physique a été évaluée de manière grossière, bien que les mêmes questions aient été utilisées pour chaque participant. - Troisièmement, comme le questionnaire sur l'activité physique était relativement rudimentaire et ne demandait pas le temps d'activité physique, mais seulement la fréquence, il était difficile d'obtenir des données significatives. - Cependant, les auteurs mentionnent qu'ils ont cherché à minimiser les biais potentiels en contrôlant les covariables et à réduire le risque de causalité inverse en ajustant les comorbidités.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> • De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées bénéficient de bienfaits pour la santé en participant à une activité physique régulière "non-exercice", bien que les plus grands avantages soient observés pour une activité plus vigoureuse • Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> - Voir ci-dessus

Appendice F

Mobility Disability in Older Adults: At the Intersection of People and Places (Satariano et al., 2016)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

Identification du titre et du résumé

Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). <ul style="list-style-type: none"> - Anglais : Mobility Disability in Older Adults: At the Intersection of People and Places - Français : Handicap de mobilité chez les personnes âgées : À l'intersection des personnes et des lieux • Quels sont les thèmes abordés ? <ul style="list-style-type: none"> - Handicap de mobilité chez les personnes âgées. - Influence des caractéristiques du quartier - Évaluation de la fonction physique et cognitive - Impact sur la dépression et la marche - Évaluation objective de la capacité fonctionnelle des participants. - Implications pour la réadaptation et les soins de santé • Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> - Il se réfère à une population précise qui est les personnes âgées en situation de handicap de mobilité
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> • Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <ul style="list-style-type: none"> - William A. Satariano, PhD, MPH, School of Public Health, University of California, Berkeley - Melissa Kealey, PhD, MPH, School of Public Health, University of California, Berkeley - Alan Hubbard, PhD, School of Public Health, University of California, Berkeley - Elaine Kurtovich, MPH, PT, School of Public Health, University of California, Berkeley - Susan L. Ivey, MD, MHSA, School of Public Health, University of California, Berkeley - Constance M. Bayles, PhD, Center for Social and Urban Research, University of Pittsburgh, Pennsylvania. - Rebecca H. Hunter, MEd, Center for Health Promotion and Disease Prevention, University of North Carolina, Chapel Hill - Thomas R. Prohaska, PhD College of Health and Human Services, George Mason University, Fairfax, Virginia.
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les mots-clés ? <ul style="list-style-type: none"> - Handicap de mobilité - Personne âgée (fonctions physiques, cognitives, marche dépression) - Quartier

	<ul style="list-style-type: none"> - Forces musculaires des membres inférieurs
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. <ul style="list-style-type: none"> - <u>Objectifs</u> : Le handicap de mobilité est associé à une mauvaise fonction des membres inférieurs chez les personnes âgées. Cette étude examine si des types spécifiques de caractéristiques de quartier modèrent cette association. - <u>Méthodologie</u> : Cette étude est basée sur un échantillon de 884 personnes (âgées de ≥ 65 ans). Celles-ci ont été identifiées à travers des organisations de services (dans les comtés d'Alameda, CA ; Cook, IL ; Allegheny, PA ; et Wake et Durham, NC.). - Premièrement, les entretiens en personne portent sur les caractéristiques du quartier, la fonction physique et cognitive, la dépression et la marche. - Deuxièmement, la capacité fonctionnelle est évaluée à l'aide de mesures objectives de la force musculaire des membres inférieurs, de l'équilibre et de la vitesse de marche. - Et troisièmement, le handicap de mobilité, principal résultat de l'étude, est mesuré par le niveau autodéclaré de difficulté à marcher sur 2 à 3 pâtés de maisons du quartier. - <u>Résultats</u> : les résultats démontrent que parmi les personnes âgées ayant une mauvaise fonction musculaire des membres inférieurs, celles qui déclarent être moins proches des biens et services et rencontrer des obstacles à la marche signalent plus de handicaps de mobilité que les autres personnes âgées. En revanche, parmi les personnes âgées ayant une bonne fonction musculaire des membres inférieurs, la prévalence du handicap de mobilité est faible et il existe peu d'associations entre les perceptions du quartier et le handicap de mobilité.

Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques

Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse). <ul style="list-style-type: none"> - La justification de cette étude repose sur une base solide combinant des constats théoriques, des observations et des données statistiques. Cela permet de comprendre au mieux l'association entre le handicap de mobilité, la fonction des membres inférieurs et les caractéristiques du quartier chez les personnes âgées.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - Comme cité ci-dessus, étant donné que le handicap de mobilité est associé à une mauvaise fonction des

	membres inférieurs chez les personnes âgées. Cette étude examine si des types spécifiques de caractéristiques de quartier modèrent cette association.
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les concepts les plus importants ? <ul style="list-style-type: none"> - Handicap de mobilité chez les personnes âgées - Fonction des membres inférieurs - Caractéristique du quartier - Fonction physique et cognitive - Dépression et marche - Effets modérateurs Ces concepts jouent un rôle essentiel pour comprendre la relation complexe entre la santé physique, les caractéristiques environnementales et le handicap de mobilité chez les personnes âgées. Ainsi, ces concepts vont permettre aux auteurs de répondre de manière adéquate et justifiée à la question de recherche de cet article.

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ? <ul style="list-style-type: none"> - Handicap de mobilité (mesuré par le niveau de difficulté rapporté à marcher sur 2-3 pâtés de maisons du quartier) - Fonction du bas du corps (à évaluer à l'aide de mesures objectives) - Caractéristique du quartier (proximité des biens, obstacles, ...) - Dépression (variable qui peut influencer le processus de mobilité) - Variables démographiques (âge, sexe, ...) Quels sont les buts et/ou questions et/ou objectifs de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer l'impact des caractéristiques du quartier sur la mobilité - Explorer les interactions entre les caractéristiques physiques et les caractéristiques du quartier. - Identifier les déterminants des incapacités de mobilité - Informer les programmes de réhabilitation - Promouvoir des politiques de santé publique Si applicable : quelles sont les hypothèses de recherche ? Pas d'hypothèse de recherche
Devis	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? Pas de devis Si applicable : préciser la procédure expérimentale

	<ul style="list-style-type: none"> • Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. <ul style="list-style-type: none"> - Oui, un consentement éclairé a été obtenu avant l'interview
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la population visée ? <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées à mobilité réduite • Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection). <ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des données utilisé pour cette étude provient de l'étude sur la marche du Réseau de recherche du vieillissement en bonne santé (HAN). L'échantillon se compose de 884 personnes. Toutes identifiées par le biais d'organisations pour personnes âgées dans le comté d'Alameda, en Californie ; le comté de Cook, en Illinois ; le comté d'Allegheny, en Pennsylvanie ; et les comtés de Wake et Durham, en Caroline du Nord. • Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ? <ul style="list-style-type: none"> - <u>Inclusion</u> : âge ≥ 65 ans, anglais parlé et résidence à l'adresse actuelle depuis 12 mois ou plus sans projet de déménagement au cours des 3 prochains mois. - <u>Exclusion</u> : Toute condition chronique ou grave pouvant limiter la participation à une activité physique légère à modérée non supervisée, une restriction de la marche en extérieur sur ordonnance médicale, une incapacité autodéclarée à marcher en extérieur en raison d'un problème médical ou des signes de déficience cognitive suffisants pour empêcher la réalisation de l'interview et du journal de marche. • Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.). <ul style="list-style-type: none"> - Quinze participants par organisation pour personnes âgées ont été ciblés pour l'inscription. Finalement, les participants ont été recrutés à partir de 77 organisations pour personnes âgées différentes, ce qui a contribué à garantir que les résidences des participants étaient situées dans une grande variété de types de quartiers. • Si applicable : y a-t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ? <ul style="list-style-type: none"> - Non pas de répartition spécifique des participants.
Choix des outils de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les instruments de mesure ? • Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.). • De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?).

		<ul style="list-style-type: none"> - Les participants éligibles ont été interviewés dans les organisations pour personnes âgées (78,7 %) ; au domicile du participant (17,4 %) ; ou dans un autre endroit (3,9 %). Un consentement éclairé a été obtenu avant l'interview • Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ? <ul style="list-style-type: none"> - Les données comprenaient un ensemble standard de covariables : site de l'étude, âge, sexe, race, revenu du ménage, niveau d'éducation, accès à une voiture et nombre d'années à l'adresse résidentielle actuelle
Interventions programmes applicable)	ou (si	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ? <ul style="list-style-type: none"> - Voir ci-dessous • De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ? <ul style="list-style-type: none"> - Voir ci-dessous
Méthode des données	d'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ? <ul style="list-style-type: none"> - Des entretiens qui comprenaient un questionnaire et des évaluations directes des performances physiques. - Le questionnaire incluait des facteurs démographique, socio-économique, l'historique des conditions chroniques et des symptômes ; l'historique des chutes et des blessures ; la fonction physique et les activités de la vie quotidienne, la fonction cognitive, les sentiments généraux et une version modifiée de l'échelle de dépression. - De plus, des mesures directes de performance étaient également incluses, basées sur des mesures de vitesse de marche, d'équilibre et de force du bas du corps
Résultats		<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ? <ul style="list-style-type: none"> - Âge \geq 65 ans, anglais parlé et résidence à l'adresse actuelle depuis 12 mois ou plus sans projet de déménagement au cours des 3 prochains mois. • Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> - Non, ne contient pas plus d'information que les critères d'inclusions et d'exclusions • Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) ? • Quels sont les autres résultats importants ? <ul style="list-style-type: none"> - 26.4 des répondants signalent des difficultés à marche dans 2 à 3 pâtés de maison du quartier. - Parmi les 17 modèles de quartier, des interactions significatives ont été trouvées pour quatre variables : - Obstacles majeurs à la marche (pas d'obstacles vs obstacles majeurs),

	<ul style="list-style-type: none"> - Mixité d'utilisation des sols/accessibilité aux services (accessibilité élevée aux services vs accessibilité faible aux services) - Temps de marche jusqu'à des destinations spécifiques (court temps de marche jusqu'aux destinations vs long temps de marche jusqu'aux destinations). Aucune interaction significative n'a été trouvée entre la fonction du bas du corps - Type de bâtiments du quartier (commercial/mixte vs résidentiel) - Aucune interaction significative n'a été trouvée entre la fonction du bas du corps - Dans chacun des quatre modèles, les personnes dans le quartile inférieur de la fonction du bas du corps étaient plus susceptibles que celles dans le quartile supérieur de signaler des difficultés à marcher dans 2 à 3 pâtés de maisons du quartier, suggérant un effet principal pour la capacité. De plus, l'environnement importait davantage à ceux dans le quartile inférieur de la fonction du bas du corps. - En d'autres termes, l'impact additif des éléments perçus du quartier est plus grand chez ceux ayant le plus faible niveau de fonction du bas du corps
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> • Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? <ul style="list-style-type: none"> - Oui, il contient les informations nécessaires pour répondre à la question de départ. Voir ci-dessous. • Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ? <ul style="list-style-type: none"> - Elle répond favorablement, voir ci-dessous • Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. <ul style="list-style-type: none"> - La corrélation entre une fonction réduite du bas du corps et un handicap de mobilité signalé chez les personnes âgées est modérée par des facteurs de quartier, ce qui est cohérent avec d'autres études dans ce domaine
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - A) cela implique pour la pratique de suggérer de nouvelles stratégies pour mieux concevoir les quartiers - B) pour la recherche, elle ouvre des portes à des études longitudinales plus affinées. Elles devraient également explorer plus en détail les similitudes et les différences entre les évaluations autodéclarées et objectives des facteurs de quartier, ainsi que les mécanismes biologiques, comportementaux et sociaux sous-jacents à ces associations. • De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?

	<ul style="list-style-type: none"> - Cette recherche permet une base de programmes innovants de réadaptation basés sur le lieu et de programmes de sortie d'hôpital pour les personnes âgées nouvellement diagnostiquées et traitées pour des affections de santé chroniques. • Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> - Oui, lié à la population étudiée. En effet, étant donné que cette étude n'est pas basée sur la population dans son ensemble, cela est un biais. - De plus, l'étude étant transversale, elle ne permet pas de tirer des conclusions sur la causalité ou sur la sélection du quartier de résidence en fonction du niveau de marche. Malgré les limites exposées, l'étude présente plusieurs points forts, notamment la diversité géographique des participants et l'utilisation de mesures directes de la fonction du bas du corps.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> • De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> - Elle a répondu favorablement, mais demande des recherches supplémentaires. • Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> - Cet article démontre bien qu'il y a une corrélation entre une fonction réduite du bas du corps et un handicap de mobilité signalé chez les personnes âgées est modérée par des facteurs de quartier, ce qui est cohérent avec d'autres études dans ce domaine. Parmi les personnes âgées ayant une mauvaise fonction du bas du corps, celles percevant leur quartier comme "propice à la marche", en fonction du nombre de destinations accessibles à pied, du temps pour s'y rendre et des obstacles à la marche, étaient moins susceptibles de signaler un handicap de mobilité. - Les résultats sont confirmés par d'autres études longitudinales plus sophistiquées, cela aura des implications importantes pour la promotion de la santé publique dans les populations vieillissantes. Les interventions environnementales peuvent donc contribuer à atténuer les déficiences, les limitations, les handicaps et peut-être les coûts des soins de santé associés à une population vieillissante de plus en plus diversifiée. - Enfin, les résultats soulignent l'importance de l'association entre la fonction du bas du corps et la difficulté autodéclarée de marche, et donc la nécessité de continuer à améliorer les stratégies pour renforcer la capacité fonctionnelle des individus, ce qui pourrait conduire à des interventions multiformes innovantes qui se concentrent à la fois sur les personnes et les lieux.

Appendice G

Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE Study randomized clinical trial (Pahor et al., 2014)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). <ul style="list-style-type: none"> - Anglais : Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE Study randomized clinical trial - Français : Effet de l'activité physique structurée sur la prévention du handicap majeur lié à la mobilité chez les personnes âgées : essai clinique randomisé LIFE Study • Quels sont les thèmes abordés ? <ul style="list-style-type: none"> - L'âge, la vulnérabilité, le handicap, la qualité de vie et bien d'autres. • Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> - Oui, il se réfère aux personnes âgées à mobilité réduite
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> • Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <ul style="list-style-type: none"> - Marco Pahor, MD1, - Jack M. Guralnik, MD, PHD1,2, - Walter T. Ambrosius, PhD3, - Steven Blair, PED4, - Denise E. Bonds, MD5, - Timothy S. Church, MD, PhD, MPH6, - Mark A. Espeland, PhD3, - Roger A. Fielding, PhD7, - Thomas M. Gill, MD8, - Erik J. Groessl, PhD9, - Abby C. King, PhD10, - Stephen B. Kritchevsky, PhD3, - Todd M. Manini, PhD1, - Mary M. McDermott, MD11, - Michael E. Miller, PhD3, - Anne B. Newman, MD, MPH12, - W Jack Rejeski, PhD3, - Kaycee M. Sink, MD, MAS3, - Jeff D. Williamson, MD, MHS3 for the LIFE Study investigators*
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les mots-clés ? <ul style="list-style-type: none"> - Activité physique structurée, handicap majeur de la mobilité. Personne âgée, essai clinique randomisé, ...

Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. <ul style="list-style-type: none"> – Objectifs : cette étude a pour objectif de tester l'hypothèse selon laquelle un programme d'activité physique structurée à long terme est plus efficace qu'un programme d'éducation à la santé (également appelé programme de vieillissement réussi) pour réduire le risque de handicap majeur lié à la mobilité
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse). <ul style="list-style-type: none"> – La pertinence de cette étude se base sur le fait que chez les personnes âgées, la mobilité réduite est fréquente et constitue un facteur de risque indépendant de morbidité, d'hospitalisation, d'invalidité et de mortalité. Des preuves limitées suggèrent que l'activité physique peut aider à prévenir les troubles de la mobilité. Cependant, il n'existe pas d'essais cliniques définitifs visant à déterminer si l'activité physique prévient ou retarde l'incapacité de mobilité.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – Comme mentionné ci-dessus, l'objectif de cette étude est de tester l'hypothèse selon laquelle un programme d'activité physique structurée à long terme est plus efficace qu'un programme d'éducation à la santé (également appelé programme de vieillissement réussi) pour réduire le risque de handicap majeur lié à la mobilité
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les concepts les plus importants ? <ul style="list-style-type: none"> – Plusieurs concepts sont présents dans cette étude comme l'âge avancé, la prévention de la mobilité, l'activité physique structurée et le suivi à long terme.

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ? <ul style="list-style-type: none"> – Oui, L'âge, la vulnérabilité, le handicap, la qualité de vie et bien d'autre • Quels sont les buts et/ou questions et/ou objectifs de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – But : de tester si un programme structuré et de longue durée d'activité physique modérer était plus efficace qu'un programme d'éducation a la santé • Si applicable : quelles sont les hypothèses de recherche ?
-------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Dans l'étude LIFE, les auteurs ont émis l'hypothèse que par rapport à un programme d'éducation à la santé, un programme d'activité physique structurée à long terme réduirait le risque de handicap de mobilité majeur. - Cette hypothèse s'est avérée confirmée à la fin de l'étude.
Devis	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? <ul style="list-style-type: none"> - Non il n'est pas bien détaillé, il est juste mentionné que les participants ont été remboursés de leurs frais de transport, ce qui a ajouté un coût à l'intervention. • Si applicable : préciser la procédure expérimentale • Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. <ul style="list-style-type: none"> - Oui, les règles éthiques ont bien été respectées. Effectivement, le protocole de l'étude a été approuvé par les comités d'examen institutionnels de tous les sites participants. De plus, un consentement éclairé écrit a été obtenu de tous les participants à l'étude. - Enfin, l'essai a été surveillé par un comité de surveillance des données et de sécurité nommée par l'Institut National sur le Vieillissement. L'essai est enregistré sur ClinicalTrials.gov.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la population visée ? <ul style="list-style-type: none"> - Des personnes âgées vénérables. • Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection). • Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ? <ul style="list-style-type: none"> - Inclusion : hommes et femmes sédentaires âgés de 70 à 89 ans provenant de communauté urbaine, suburbaine et rurale aux États-Unis. Personne capable de marcher 400m en moins de 15min sans s'asseoir, se pencher ou avoir besoin d'aide ou d'un déambulateur - Exclusion : personnes présentant des déficiences cognitives • Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.). <ul style="list-style-type: none"> - Échantillon volontaire de 1635 hommes et femmes sédentaires, présentant des limitations physiques (définies par un score inférieur ou égal à 9 au test de performance physique abrégé. Tout en étant capable de parcourir 400m. • Si applicable : y a-t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ? <ul style="list-style-type: none"> - Oui, étant donné que c'est un essai contrôle randomiser. Il y a un groupe qui a reçu un programme d'activité physique structuré et l'autre, un programme d'éducation

		à la santé. Ceci a permis aux auteurs de mesurer l'effet de ces deux programmes sur la prévention du handicap majeur lié à la mobilité.
Choix des outils de collecte des données		<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les instruments de mesure ? <ul style="list-style-type: none"> - Cette étude présente des forces importantes, comme notamment le critère de jugement principal du handicap de mobilité majeur est mesuré de manière objective, qui est un critère fiable, bien validé et important sur le plan clinique de la santé publique chez les personnes âgées. • Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.). • De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?). • Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ?
Interventions programmes applicable)	ou (si	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ? <ul style="list-style-type: none"> - Tous les six mois lors de visites cliniques, les participants ont été évalués. Des évaluations à domicile, par téléphone et par procuration ont été tentées s'ils ne pouvaient pas se rendre à la clinique. - Les participants ont été randomisés à un programme structuré d'activité physique d'intensité modérée (n=818) réalisé en centre et à domicile, comprenant des activités d'aérobic, de musculation et de flexibilité, ou à un programme d'éducation à la santé (n=817) comprenant des ateliers sur des sujets pertinents pour les personnes âgées et des exercices d'étirement des membres supérieurs. • De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ? <ul style="list-style-type: none"> - Les principales évaluations comprenaient des informations démographiques et de contact autodéclarées, un historique médical et d'hospitalisation, un inventaire des médicaments, un ECG, un examen physique, un questionnaire sur la qualité du bien-être, l'utilisation des soins de santé, l'activité physique évaluée avec le questionnaire CHAMPS (Community Healthy Activities Model Program for Seniors) et avec accéléromètre sur des périodes de 7 jours. Des tests cognitifs, le test de marche de 400m, le SPPB ; le poids corporel, la pression artérielle et la fréquence cardiaque. Ces mesures ont été répétées lors du suivi à des intervalles variés. - Chaque mesure s'est vu attribuer un score catégorique allant de 0 (incapacité à terminer le test) à 4 (meilleure performance). Un score récapitulatif allant de 0 (performeurs les plus mauvais) à 12 (performeurs les

	meilleurs) a été calculé en additionnant les trois scores composants.
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ? <ul style="list-style-type: none"> - Elles sont sous forme de test, où un score était attribué selon la performance de la personne
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ? <ul style="list-style-type: none"> - Voir ci-dessus • Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> - Réponse ci-dessus • Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) ? • Quels sont les autres résultats importants ? <ul style="list-style-type: none"> - Le handicap de mobilité persistant a été réduit de manière significative dans le groupe d'activité physique ($HR=0,72$), ce qui indique que l'activité physique non seulement prévient l'apparition d'un handicap de mobilité majeure, mais favorise également une amélioration de la récupération chez ceux qui perdent leur mobilité
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> • Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? <ul style="list-style-type: none"> - Oui, l'étude LIFE a montré que sur une période de 2,6 ans l'intervention d'activité physique, comparée à l'intervention d'éducation à la santé a significativement réduit le handicap de mobilité majeur. • Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ? <ul style="list-style-type: none"> - L'étude, qui était alimentée sur la base d'une réduction des risques de 21% à 24%, a atteint un rapport de risque de 0,82 et une différence de risque absolue de 5,4%. - Selon l'hypothèse de départ, la taille de l'effet ait légèrement inférieur à celle prévue par les auteurs. En effet, celle-ci est cliniquement pertinente étant donné l'impact majeur sur la santé du handicap de mobilité et le manque d'interventions éprouvé pour prévenir de cela chez les populations âgées et vulnérables. - De plus, dans l'étude LIFE, l'activité physique n'a pas diminué le taux d'hospitalisation • Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. <ul style="list-style-type: none"> - Selon la connaissance, l'étude LIFE est l'essai randomisé le plus vaste et le plus long portant sur l'activité physique chez les personnes âgées.
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ?

	<p>A. Pour la recherche, d'autres études sont nécessaires pour évaluer les effets de l'activité physique sur la mortalité et les hospitalisations chez les personnes âgées vulnérables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ? • Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> - Les auteurs de cette étude n'ont pas pu déterminer si les participants exclus en raison de leur niveau élevé de fonction physique ou de déficits cognitifs graves bénéficieraient également de l'activité physique. De plus les participants ne représente pas forcément toutes les personnes présentes dans la communauté. Puis, la durée de suivi moyenne pour cette étude est de 2,6 ans ce qui est relativement court par rapport à la cohorte qui est estimée à 9 ans en moyenne. Idéalement, il serait utile d'évaluer l'effet de l'intervention sur la qualité des années de vie restantes.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> • De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> - La recherche a permis de répondre à l'objectif visé de manière à affirmer qu'un programme structuré d'activité physique d'intensité modérée réduit le handicap majeur lié à la mobilité sur une période de 2.6 ans chez les personnes vulnérables comparé à un programme d'éducation à la santé. • Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> - Premièrement, l'activité physique peut révéler des symptômes entraînant une détection plus précoce de conditions médicales sous-jacentes. En effet, les personnes âgées sédentaires présentant une dysfonction ventriculaire gauche subclinique peuvent observer des symptômes d'insuffisance cardiaque lorsqu'elles commencent une activité physique modérée. - Deuxièmement, le contact plus fréquent du groupe d'activité physique et les tests des signes vitaux à chaque session d'intervention ont conduit à un taux plus élevé de reconnaissance des événements de santé. - Cependant, les résultats des hospitalisations n'étaient pas significativement différents entre ceux ayant un score <8 et ceux ayant un score de 8 ou 9. Enfin, les auteurs peuvent affirmer qu'il n'y a pas d'association causale entre l'activité physique et les hospitalisations.

Appendice H

Implementation of a community walking program (Walk-on!) for functionally limited older adults (Nicklas et al., 2020)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). <ul style="list-style-type: none"> - Anglais : Implementation of a community walking program (Walk-on !) for functionally-limited older adults. - Français : mise en place d'un programme de marche communautaire (Walk-on !) pour les personnes âgées souffrant d'un handicap fonctionnel. • Quels sont les thèmes abordés ? <ul style="list-style-type: none"> - Faisabilité du programme, bénéfices physique, bien-être mental et social • Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> - Oui, les personnes âgées souffrant d'un handicap fonctionnel
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> • Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <ul style="list-style-type: none"> - B.J. NICKLAS (Department of Internal Medicine, Section on Gerontology and Geriatric Medicine, Winston-Salem, NC, USA) - E.A. CHMELO (Department of Internal Medicine, Section on Gerontology and Geriatric Medicine, Winston-Salem, NC, USA) - J. SHEEDY (Department of Internal Medicine, Section on Gerontology and Geriatric Medicine, Winston-Salem, NC, USA) - J.B. MOORE (Department of Family & Community Medicine, Department of Epidemiology & Prevention, Department of Implementation Science, Wake Forest School of Medicine, Winston-Salem, NC, USA.)
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les mots-clés ? <ul style="list-style-type: none"> - Implementation; mobility disability; physical activity
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. <ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : cette étude permet de récolter des données sur la faisabilité et l'acceptabilité d'un programme de marche communautaire appelé « Walk On ! » pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles. De plus, elle évalue les changements de fonction physique chez les participants.

	<ul style="list-style-type: none"> - Méthodologie : Les sessions de marche longue distance se déroulaient pendant 1h, 2x par semaine et pendant 12 semaines. - Résultats : La satisfaction à l'égard du programme était élevée (100% le recommanderaient à d'autres) et les résultats du groupe de discussion étaient extrêmement positifs.
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> • La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse). <ul style="list-style-type: none"> - La justification de cette étude se fait sur des constats théoriques, des focus groups, des observations ainsi que des faits concrets.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> - Comme mentionné ci-dessus, cette étude a pour but de récolter des données sur la faisabilité et l'acceptabilité d'un programme de marche communautaire appelé « Walk On ! » pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles. De plus, elle évalue les changements de fonction physique chez les participants.
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les concepts les plus importants ? <ul style="list-style-type: none"> - Les concepts principaux relevés sont la faisabilité du programme de marche communautaire, les limitations fonctionnelles des personnes âgées, ainsi que l'efficacité du programme.

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE	
Méthodologie	
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question. <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que le programme de marche communautaire peut être mis en œuvre efficacement chez les personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles.
Devis	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? • Le rôle du chercheur est-il défini ? (Par ex, le chercheur reconnaît-il son influence potentielle dans la recherche ? • De quelle manière participe-t-il à l'étude ? Etc.). <ul style="list-style-type: none"> - Le chercheur ne participe pas directement à l'étude • Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. <ul style="list-style-type: none"> - Oui, d'une part les instructeurs sont formés pour être attentifs aux signes et signaux de détresse (essoufflement extrême, fatigue excessive, transpiration anormale, etc.)

	<p>qui sont des signes qu'un participant devrait être encouragé à se reposer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De plus, la liste des questions de groupe de discussion a été approuvée par le comité d'éthique.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ? <ul style="list-style-type: none"> - Oui, les personnes âgées à mobilité réduite • Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ? <ul style="list-style-type: none"> - Inclusion : personnes qui ont appelé pour exprimer leur intérêt pour « Walk-on ! » - Exclusion : être exempts de fractures actuelles, avoir la capacité de se déplacer, comprendre et être en mesure de suivre les instructions en anglais, fournir leur propre moyen de transport
Choix des outils de collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ? Il y a les tests pour la mesure de la fonction physique : <ul style="list-style-type: none"> - Le test de marche de six minutes, qui fait référence à la distance parcourue durant une période de 6 minutes. - Le test de la "montée et descente" (TUG), qui mesure de la mobilité et de l'agilité, évalue le temps nécessaire pour se lever d'une chaise, marcher sur trois mètres, tourner autour d'un cône, revenir et s'asseoir sur la chaise. - la batterie de performance physique réduite (SPPB), - Les résultats des trois tests sont notés de 0 (incapacité à effectuer la tâche) à 4 et additionnés pour un score total de 0 à 12 • Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ? <ul style="list-style-type: none"> - 1h, 2x par semaine pendant 12 semaines. - Le premier jour, les participants remplissent une décharge de responsabilité et un formulaire de définition d'objectifs. Les instructeurs utilisent ces informations pour fixer des objectifs qui sont augmentés de 10% chaque semaine (lorsque cela est approprié). - Ensuite, un jour de chaque semaine est axé sur l'amélioration de l'endurance à la marche, les participants étant encouragés à rester en mouvement et à augmenter leur durée de marche. L'autre jour de la semaine est consacré à l'amélioration de la confiance en marchant.
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la méthode d'analyse utilisée ? <ul style="list-style-type: none"> - Au niveau des mesures de satisfaction : - Chaque participant remplit une enquête à la fin de chaque session qui porte sur la satisfaction à l'égard du programme. - Au niveau du groupe de discussion : - Quelques personnes ont accepté de participer à un groupe de discussion d'une heure conçu pour recueillir des

	<p>données au niveau de leur satisfaction à l'égard du programme et les obstacles ont la participation.</p> <p>→ Ce groupe de discussion était animé par deux facilitateurs formés et a été enregistré. Un scribe a été désigné pour prendre des notes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?) • Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (N'VIVO, MAXQDA, autre ?) <ul style="list-style-type: none"> - Non, pas de logiciel utilisé. - Cependant, les changements dans les mesures de la fonction physique avant et après leur participation ont été analysés à l'aide de t-tests. Les fréquences des réponses de satisfaction ont été résumées en pourcentage. Les réponses du groupe de discussion sont rapportées, mais non décomptées ni analysées. • Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.). <ul style="list-style-type: none"> - Aucune information à ce propos
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ? <p>Ils sont présentés par thème :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Changement dans la fonction physique</u> : - Globalement, il y a eu des améliorations significatives dans chacune des mesures, les participants ont augmenté leur distance et amélioré leur score SPPB. Ils ont aussi augmenté leur vitesse de marche habituelle et diminué leur temps de montée et de descente. De plus, parmi ceux qui étaient capables de réaliser le test de lever de chaise, les résultats montrent une diminution significative du temps pour réaliser 5 levers de chaise sans les bras. - <u>Enquête de satisfaction</u> : - L'étude démontre un très haut degré de satisfaction à l'égard du programme. La seule personne qui n'était pas satisfaite de la durée du programme aurait souhaité qu'il soit offert pendant une période plus longue. - <u>Résultats du groupe de discussion</u> - Dans l'ensemble, les réponses étaient positives avec quelques suggestions pour améliorer le programme. • Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude) <ul style="list-style-type: none"> - Voir résultat ci-dessous
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> • Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? <ul style="list-style-type: none"> - Oui, par thème comme mentionné ci-dessus • Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?

	<ul style="list-style-type: none"> - La recherche répond favorablement à la question de recherche. Cependant, il est nécessaire d'effectuer des recherches futures pour approfondir ces propos • Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs études ont été comparées dans cette étude. Cependant, aucun programme d'activité physique basé sur des preuves actuellement disponibles pour les personnes âgées ne met l'accent sur la marche sur une longue distance dans un cadre de soutien. En effet, toutes les recherches mentionnées prônent les avantages évidents d'une activité de marche continue pour une meilleure qualité de vie chez la personne âgée. - En d'autres termes, des essais cliniques dans des contextes de recherche contrôlés montrent que les interventions basées sur la marche améliorent la fonction des personnes âgées, même chez celles ayant des capacités compromises (par exemple, mauvais équilibre, utilisation de dispositifs de marche d'assistance, démarche lente, voûtée ou hésitante). Notamment, l'étude LIFE (Lifestyle Interventions and Independence for Elders) portant sur 1635 personnes âgées présentant des limitations physiques a montré qu'une intervention basée sur la marche réduisait l'apparition d'un handicap majeur de mobilité.
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ? <ul style="list-style-type: none"> A. Pour la pratique, cette étude sert de preuve du concept de « Walk on ! » B. Pour la recherche, elle ouvre les portes à d'autres recherches futures. En effet, des résultats de santé à plus long terme, plus centrés sur le patient et plus pertinents pour cette population de personnes âgées, doivent être évalués dans des recherches futures. - De plus, les recherches futures doivent informer l'évolutivité, y compris les coûts économiques de la prestation, et établir les obstacles pertinents, les supports et l'infrastructure nécessaires pour mettre en œuvre un tel programme. • De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ? <ul style="list-style-type: none"> - Une mise en place du programme « Walk-on ! » • Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> - Cette étude présente plusieurs limites. Premièrement, l'absence d'un groupe témoin et d'une conception randomisée empêche de conclure que les améliorations fonctionnelles ont été causées par le programme.

	<ul style="list-style-type: none"> - Deuxièmement, la nature des frais de service du programme limite l'échantillon inscrit. - Troisièmement, les résultats se limitent aux changements à court terme (par exemple, 12 semaines).
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> • De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats de l'évaluation initiale de « Walk On ! » montrent une grande faisabilité et acceptabilité du programme, ainsi qu'une efficacité pour améliorer la fonction physique. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer une méthode de diffusion pour une mise en œuvre plus large du programme et pour tester définitivement son efficacité pour améliorer la fonction et d'autres avantages pour la santé • Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> - Les résultats « Walk On! » montrent une bonne faisabilité et une acceptabilité élevée parmi les participants. Les participants ont exprimé une grande satisfaction quant à la fréquence du programme, sa durée, son emplacement/environnement, ses activités et sa progression, ainsi qu'avec leurs capacités de marche et d'équilibre améliorées. - Toutes les mesures de la fonction physique se sont améliorées de 9 à 15 % après la participation à 12 semaines de programme, et les augmentations de la vitesse de marche et du temps de marche de six minutes peuvent être considérées comme des améliorations cliniquement significatives.

Appendice I

TRialing individualized interventions to prevent functional decline in at-risk older adults (TRIIFL): study protocol for a randomized controlled trial nested in a longitudinal observational study (Grimmer et al., 2013)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). <ul style="list-style-type: none"> – TRialing individualized interventions to prevent functional decline in at-risk older adults (TRIIFL): study protocol for a randomized controlled trial nested in a longitudinal observational study – Interventions individualisées pour prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées à risque (TRIIFL) : protocole d'étude pour un essai contrôlé randomisé imbriqué dans une étude observationnelle longitudinale ▪ Quels sont les thèmes abordés ? <ul style="list-style-type: none"> – Déclin fonctionnel, personnes âgées, interventions individualisées et précoces ▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> – Oui, les personnes âgées à risque de déclin fonctionnel. La question traite la prévention du déclin fonctionnel par des interventions individualisées
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <ul style="list-style-type: none"> – Karen Grimmer, Centre international pour les données probantes sur les professions paramédicales, Université d'Australie du Sud, Australie – Julie Luker, Centre international pour les données probantes sur les professions paramédicales, Université d'Australie du Sud, Australie – Kate Beaton, Centre international pour les données probantes sur les professions paramédicales, Université d'Australie du Sud, Australie – Saravana Kumar, Centre international pour les données probantes sur les professions paramédicales, Université d'Australie du Sud, Australie – Alan Crockett, Exercice pour la santé et les performances humaines, Université d'Australie du Sud, Australie – Kay Price, Groupe de recherche sur la sécurité et la qualité dans le domaine de la santé, Université d'Australie du Sud, Australie
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les mots-clés ? <ul style="list-style-type: none"> – Déclin fonctionnel – Vieillissement

	<ul style="list-style-type: none"> – Dépistage – Prévention – Soins centrés sur le patient
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectifs : l'étude vise à démontrer que le déclin fonctionnel naissant peut être identifié à l'aide d'un dépistage téléphonique ▪ L'engagement précoce dans une intervention individualisée centrée sur la personne, réduit, voire arrête le taux de déclin fonctionnel – Méthodologie : c'est un essai contrôlé randomisé sur douze mois, intégré dans une étude longitudinale sur treize mois – Résultats : il s'agit du protocole de l'étude, les résultats ne sont pas encore inclus. Cependant, les attentes sont de notifier une réduction du taux de déclin fonctionnel dans le groupe d'intervention

Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques

Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse). <ul style="list-style-type: none"> – L'étude se repose sur des observations et des faits
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – Est-ce qu'une intervention individualisée peut ralentir ou arrêter le déclin fonctionnel chez les personnes âgées identifiées à risque après une sortie d'hôpital ?
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les concepts les plus importants ? <ul style="list-style-type: none"> – Déclin fonctionnel – Intervention individualisée et centrée sur la personne

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ? <ul style="list-style-type: none"> – Variables indépendantes : type d'intervention (individualisée ou non) – Variables dépendantes : taux de déclin fonctionnel, qualité de vie, chutes récentes, usage des services de santé – Oui, elles sont bien définies grâce aux outils de mesure ▪ Quels sont les buts et/ou questions et/ou objectifs de recherche ?
-------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> – D'étudier si une intervention individualisée peut ralentir ou arrêter le déclin fonctionnel chez les personnes âgées identifiées à risque après une sortie d'hôpital ▪ Si applicable : quelles sont les hypothèses de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – Que les interventions individualisées réduiraient le déclin fonctionnel chez les personnes âgées à risque
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? <ul style="list-style-type: none"> – Essai contrôlé randomisé ▪ Si applicable : préciser la procédure expérimentale <ul style="list-style-type: none"> – Voir « sélection des participants ou objet d'étude » ▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. <ul style="list-style-type: none"> – L'autorisation écrite a été obtenue de la direction de l'hôpital et de la direction des services des urgences du site de recherche, et l'approbation éthique a été accordée par le Comité d'éthique de la recherche humaine de l'Université d'Australie du Sud.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la population visée ? <ul style="list-style-type: none"> – Personnes âgées de 65 ans et plus, qui vivent de manière indépendante et qui sont sorties des urgences ▪ Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection). <ul style="list-style-type: none"> – Les personnes ont été recrutées aux urgences d'un grand hôpital métropolitain d'Adélaïde en Australie du Sud entre avril et juin 2014 en utilisant le processus de recrutement piloté ▪ Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ? <ul style="list-style-type: none"> – Inclusion : 65 ans ou plus, présentés aux urgences pour des problèmes de santé pas grave qui n'entraînent pas une hospitalisation pour des soins supplémentaires – Exclusion : souffrir de maladies transmissibles nécessitant un isolement, crises de santé mentale actuelle, sous détention, diagnostic de démence, incapacité à communiquer en anglais, surdité profonde ▪ Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.). <ul style="list-style-type: none"> – Calculs de taille d'échantillon indiquent que 570 participants sont nécessaires pour l'étude longitudinale avec 100 participants randomisés dans les bras de l'essai. ▪ Si applicable : y a-t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ? <ul style="list-style-type: none"> – Les participants sont randomisés dans un groupe intervention et un groupe contrôle
Choix des outils de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les instruments de mesure ?

		<ul style="list-style-type: none"> – SF12 pour la qualité de vie, AQoL 4D, ADL et iADL pour les capacités fonctionnelles, MMSE pour la cognition ▪ Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.). <ul style="list-style-type: none"> – Échelles standardisées telles que SF12 et AQoL 4D ▪ De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?). <ul style="list-style-type: none"> – La collecte de données se réalisent par appels téléphoniques à un, quatre, sept, treize mois ▪ Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ? <ul style="list-style-type: none"> – Dépendantes : Déclin fonctionnel et qualité de vie. – Indépendantes : Intervention individualisée
Interventions programmes applicable)	ou (si	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ? <ul style="list-style-type: none"> – Intervention centrée sur le patient, réalisée à domicile, visant à maintenir les capacités fonctionnelles. ▪ De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ? <ul style="list-style-type: none"> – Lors de la première visite, une évaluation complète des besoins individuels est réalisée. Un plan de soins est développé en fonction des besoins spécifiques du participant. Cela peut inclure des exercices physiques, des recommandations nutritionnelles, et des conseils sur la gestion des médicaments. Des visites de suivi sont effectuées pour ajuster le plan de soins si nécessaire et pour fournir un soutien continu.
Méthode des données	d'analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ? <ul style="list-style-type: none"> – Tests statistiques
Résultats		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ? <ul style="list-style-type: none"> – Personnes âgées de 65 ans et plus, qui vivent de manière indépendante et qui sont sorties des urgences ▪ Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> – / ▪ Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) ? <ul style="list-style-type: none"> – Les résultats statistiques ne sont pas décrits dans cet article, car il s'agit du protocole de l'étude ▪ Quels sont les autres résultats importants ? <ul style="list-style-type: none"> – Les résultats statistiques ne sont pas décrits dans cet article, car il s'agit du protocole de l'étude
Discussion		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? <ul style="list-style-type: none"> – Les auteurs attendent une diminution du taux de déclin fonctionnel et une amélioration de la qualité de vie des participants. De plus, ils mettent de l'importance dans les interventions précoces

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ? <ul style="list-style-type: none"> – / ▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. <ul style="list-style-type: none"> – Il n'y a pas de comparaison avec d'autres études
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – Si les résultats s'avèrent positifs, ils suggèrent d'intégrer les interventions précoces centrées sur le patient dans les pratiques pour les soins aux personnes âgées ▪ De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ? <ul style="list-style-type: none"> – Les recommandations incluent la mise en place de politiques de santé pour soutenir ces interventions et la nécessité de recherches supplémentaires ▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> – Les limites possibles sont l'évaluation par téléphone, la fidélité des autodéclarations des participants et la généralisation des résultats à d'autres populations
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> – L'étude vise à démontrer l'efficacité des interventions précoces et individualisées pour prévenir le déclin fonctionnel chez les personnes âgées ▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> – Les résultats attendus pourraient impacter les pratiques cliniques et les politiques de santé, améliorant ainsi la qualité de vie des personnes âgées

Appendice J

Supporting physical activity for mobility in older adults with mobility limitations (SuPA Mobility): study protocol for a randomized controlled trial (Rice et al., 2023)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

Identification du titre et du résumé

Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). <ul style="list-style-type: none"> – Supporting physical activity for mobility in older adults with mobility limitations (SuPA Mobility): study protocol for a randomized controlled trial – Soutenir l'activité physique pour la mobilité chez les personnes âgées à mobilité réduite (SuPA Mobility) : protocole d'étude pour un essai contrôlé randomisé ▪ Quels sont les thèmes abordés ? <ul style="list-style-type: none"> – Mobilité réduite, coaching en activité physique, coaching en santé ▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> – La population des personnes âgées ayant des limitations de mobilité
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <ul style="list-style-type: none"> – Jordyn Rice, Département de physiothérapie, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique, Centre for Aging SMART de Vancouver Coastal Health, Canada – Linda C. Li, Département de physiothérapie, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique, Centre for Aging SMART de Vancouver Coastal Health, Recherche Arthritis Canada – Jennifer C. Davis, Centre for Aging SMART de Vancouver Coastal Health, Laboratoire d'économie appliquée de la santé, Faculté de gestion, Université de Colombie-Britannique, Canada – Marco Pahor, Institut sur le vieillissement ; Université de Floride, États-Unis – Kenneth Madden, Centre for Aging SMART de Vancouver Coastal Health, Département de médecine, Faculté médecine, Université de Colombie-Britannique, Canada – Nathan Wei, Département de physiothérapie, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique, Centre for Aging SMART de Vancouver Coastal Health, Canada – Hubert Wong, École de santé publique et des populations, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Canada – Dawn A. Skelton, Ecole des sciences de la santé et de la vie, Centre de recherche sur la santé, Université calédonienne de Glasgow, Royaume-Uni

	<ul style="list-style-type: none"> – Sioban McCormick, Département de physiothérapie, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique, Centre for Aging SMART de Vancouver Coastal Health, Canada – Ryan S. Falck, Département de physiothérapie, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique, Centre for Aging SMART de Vancouver Coastal Health, École de génie biomédical, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Canada – Cindy K. Barha, Département de physiothérapie, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique, Centre for Aging SMART de Vancouver Coastal Health, Faculté de kinésiologie, Université de Calgary, Canada – Ryan E. Rhodes, Ecole des sciences de l'exercice, de l'éducation physique et de la santé, Université de Victoria, Canada – Sohail Loomba, Centre for Aging SMART de Vancouver Coastal Health, Canada – Mohsen Sadatsafavi, Programme des sciences de l'évaluation respiratoire, Faculté des sciences pharmaceutiques, Université de Colombie-Britannique, Canada – Teresa Liu-Ambrose, Département de physiothérapie, Faculté de médecine, Université de Colombie-Britannique, Centre for Aging SMART de Vancouver Coastal Health
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les mots-clés ? <ul style="list-style-type: none"> – Essai contrôlé randomisé, limitations de mobilité, activité physique, coaching en santé
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. <ul style="list-style-type: none"> – Objectifs : évaluer l'effet d'une intervention de coaching en activité physique sur la mobilité des personnes âgées à mobilité réduite – Méthode : un essai contrôlé randomisé auprès de 290 personnes âgées vivant dans la communauté et ayant des limitations de mobilité, âgées de 70 à 89 ans. 145 participants dans le groupe recevant un coaching en activité physique et un groupe contrôle recevant une éducation sur le vieillissement en bonne santé. L'étude durera 26 semaines avec une période de suivi de 26 semaines. – Résultats : les résultats ne sont pas inclus dans l'article, seul le protocole de l'étude est présent
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse).

	<ul style="list-style-type: none"> – La justification de l'étude repose sur des faits et des données statistiques
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – Évaluer l'effet d'une intervention de coaching en activité physique sur la mobilité des personnes âgées à mobilité réduite
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les concepts les plus importants ? <ul style="list-style-type: none"> – Mobilité des personnes âgées, les limitations de mobilité, le coaching en activité physique, le coaching en santé

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ? <ul style="list-style-type: none"> – Variable indépendante : Intervention de coaching en activité physique versus éducation sur le vieillissement – Variables dépendantes : Mobilité (SPPB), temps passé en activité physique, vitesse de marche, capacité à marcher 400 m, fonctions cognitives, mobilité communautaire, fatigue, force musculaire, humeur, qualité de vie, et sommeil. ▪ Quels sont les buts et/ou questions et/ou objectifs de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – Évaluer l'effet d'une intervention de coaching en activité physique sur la mobilité des personnes âgées à mobilité réduite par rapport à une éducation sur le vieillissement ▪ Si applicable : quelles sont les hypothèses de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – L'hypothèse principale est que le coaching en activité physique augmentera le temps passé en activité physique modérée à vigoureuse d'au moins 50 minutes par semaine et améliorera la mobilité mesurée par le Short Physical Performance Battery (SPPB), comparé à un programme d'éducation générale sur le vieillissement.
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? <ul style="list-style-type: none"> – C'est un essai clinique randomisé en groupes parallèles avec une période d'intervention de 26 semaines et un suivi de 26 semaines. ▪ Si applicable : préciser la procédure expérimentale <ul style="list-style-type: none"> – Les participants seront assignés aléatoirement à un groupe de coaching en activité physique ou à un groupe d'éducation sur le vieillissement. Au total, neuf séances de coaching ou d'éducation à la santé seront organisées sur 26 semaines avec une période de suivi de 26 semaines. ▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse.

	<ul style="list-style-type: none"> – Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de la Colombie-Britannique. Le consentement écrit et éclairé de tous les participants sera obtenu.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la population visée ? <ul style="list-style-type: none"> – Les personnes âgées de 70 à 89 ans ayant des limitations de mobilité et vivant dans la communauté ▪ Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection). <ul style="list-style-type: none"> – Le recrutement se passe dans deux cliniques : Clinique de prévention des chutes de l'hôpital général de Vancouver et Clinique d'enseignement de la médecine interne gériatrique de Vancouver. Cela se fait par le biais de bouche à oreille, de conférences publiques et d'annonces dans les centres communautaires et les journaux. ▪ Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ? <ul style="list-style-type: none"> – Inclusion : personnes âgées de 70 à 89 ans, ayant un score égal ou plus petit que 9/12 à la Short Physical Performance Battery (SPPB), sont capables d'effectuer la marche de 400m en moins de quinze minutes sans s'asseoir et sans l'aide d'un tiers ou d'un déambulateur, ont un score égal ou plus grand que 22/30 au Mini Mental State Examination (MMSE), n'ont pas de déficience fonctionnelle significative comme indiqué par un score égal ou plus grand que 6/8 sur l'échelle Lawton et Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale, sont capables de s'engager dans une activité physique de modéré à vigoureux comme déterminé par le Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone et par la famille ou le médecin de l'étude, vivent en communauté et sont en mesure de fournir un consentement éclairé et écrit – Exclusion : diagnostic de démence ou d'accident vasculaire cérébral (AVC), autodéclaration de pratique d'une activité physique de modéré à vigoureux plus de dix minutes par semaine au cours des trois derniers mois, incapacité à comprendre, parler et lire l'anglais de manière compétente ▪ Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.). <ul style="list-style-type: none"> – C'est justifié par un calcul de puissance visant à détecter des différences significatives dans les mesures de mobilité et d'autres résultats secondaires. ▪ Si applicable : y a-t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ? <ul style="list-style-type: none"> – Les participants sont répartis de manière aléatoire en deux groupes : un groupe de coaching en activité

		physique et un groupe d'éducation sur le vieillissement. Cette répartition se fait selon une randomisation 1:1.
Choix des outils de collecte des données		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les instruments de mesure ? <ul style="list-style-type: none"> – Le Short Physical Performance Battery (SPPB) pour la mobilité, des questionnaires sur l'activité physique, des tests de vitesse de marche, et des évaluations de la qualité de vie (EuroQol EQ-5 Domain), de la fonction cognitive, de la fatigue, de la force musculaire, de l'humeur (échelle de dépression) et du sommeil. ▪ Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.). <ul style="list-style-type: none"> – Il y a plusieurs échelles, Cf. article ▪ De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?). <ul style="list-style-type: none"> – Au début de l'étude, après 26 semaines d'intervention, et après une période de suivi de 26 semaines. Les évaluations sont effectuées en personne, par téléphone ou via Zoom. ▪ Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ? <ul style="list-style-type: none"> – Variable indépendante : Intervention de coaching en activité physique versus éducation sur le vieillissement – Variables dépendantes : Mobilité (SPPB), temps passé en activité physique, vitesse de marche, capacité à marcher 400 m, fonctions cognitives, mobilité communautaire, fatigue, force musculaire, humeur, qualité de vie, et sommeil.
Interventions programmes applicable)	ou (si	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ? <ul style="list-style-type: none"> – Intervention de coaching en activité physique et intervention d'éducation sur le vieillissement. Durant les interventions de coaching, les entretiens motivationnels seront pratiqués avec l'application des objectifs SMART. Les thèmes abordés durant l'éducation porteront sur la prévention des chutes, la fixation d'objectifs, la nutrition, le sommeil et la pleine conscience. ▪ De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ? <ul style="list-style-type: none"> – Les interventions seront dispensées par des professionnels tels que des kinésithérapeutes
Méthode d'analyse des données		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ? <ul style="list-style-type: none"> – Tests t pour comparer les groupes – Analyse de variances (ANOVA) – Analyses de régression pour évaluer l'effet des interventions sur les variables dépendantes – Analyses de coût-efficacité
Résultats		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?

	<ul style="list-style-type: none"> – L'échantillon se compose de personnes âgées de 70 à 89 ans ayant des limitations de mobilité. Elles doivent pouvoir marcher 400 mètres en 15 minutes ou moins et avoir un score égal ou moins de 9/12 sur le Short Physical Performance Battery (SPPB). Les participants sont recrutés à partir de la communauté, sans démence ou AVC, et doivent comprendre, parler et lire l'anglais. ▪ Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> – Pas plus de précisions que celles déjà citées ▪ Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) ? <ul style="list-style-type: none"> – Cet article est uniquement le protocole de l'étude, c'est pourquoi les résultats ne sont pas présents ▪ Quels sont les autres résultats importants ? <ul style="list-style-type: none"> – Les résultats montreront si l'étude s'est avérée positive. Les résultats attendus sont de montrer une efficacité des interventions. La qualité de vie, la fonction cognitive, la fatigue, la force musculaire, l'humeur et le sommeil seront améliorés.
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? <ul style="list-style-type: none"> – Une fois l'analyse des données, le résumé des résultats sera présent. Il contiendra les effets principaux de l'intervention de coaching en activité physique et du coaching sur le vieillissement sur la mobilité et les autres résultats mesurés, ainsi que des comparaisons entre les groupes intervention et contrôle. ▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ? <ul style="list-style-type: none"> – L'étude vise à démontrer que le coaching en activité physique peut augmenter le temps passé en activité physique de modérée à vigoureuse et améliorer la mobilité chez les personnes âgées avec des limitations de mobilité. ▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. <ul style="list-style-type: none"> – Les résultats de l'étude seront comparés à l'étude LIFE Study. Cette dernière avait montré des bénéfices de l'activité physique sur la mobilité des personnes âgées
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – Pour la pratique : mettre en œuvre ces programmes de coaching en activité physique pour les personnes âgées à mobilité réduite permettrait de diminuer la charge personnelle et sociétale de cette problématique – Pour la recherche : continuer la recherche afin d'apporter de nouvelles interventions en santé afin de promouvoir

	<p>l'activité physique chez les personnes âgées ayant des limitations de mobilité. Essayer également dans d'autres contextes et populations</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ? <ul style="list-style-type: none"> – Une fois les résultats présentés, des recommandations seront établies. Les auteurs prévoient de diffuser les résultats en organisant des conférences publiques ainsi que des forums, en publiant de ▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> – Pour le moment, les limites/biais de l'étude ne sont pas citées
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> – La recherche répondra à l'objectif visé en apportant des preuves quant à l'efficacité d'un programme de coaching en activité physique pour améliorer la mobilité chez les personnes âgées à mobilité réduite. Les analyses et les résultats permettront de répondre à l'hypothèse de départ soit en la validant soit en la réfutant ▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> – Les résultats attendus sont de montrer une efficacité des interventions. La qualité de vie, la fonction cognitive, la fatigue, la force musculaire, l'humeur et le sommeil seront améliorés.

Appendice K

For whom is a health-promoting intervention effective? Predictive factors for performing activities of daily living independently (Dahlin-Ivanoff et al., 2016)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS

Identification du titre et du résumé

Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). <ul style="list-style-type: none"> – For whom is a health-promoting intervention effective? Predictive factors for performing activities of daily living independently – Pour qui une intervention de promotion de la santé est-elle efficace ? facteurs prédictifs de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ▪ Quels sont les thèmes abordés ? <ul style="list-style-type: none"> – Promotion de la santé, personnes âgées, actes de la vie quotidienne, autonomie/indépendance, facteurs prédictifs ▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> – Le titre met justement en avant le questionnement de la population. Autrement, la question tourne autour des personnes âgées de 80 ans et plus et des facteurs prédictifs de l'indépendance dans leurs activités de la vie quotidienne.
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <ul style="list-style-type: none"> – Synneve Dahlin-Ivanoff, Département de la santé et de la réadaptation, Académie Sahlgrenska de l'Université de Göteborg, Institut des neurosciences et de la physiologie, Centre pour le vieillissement et la santé, Suède – Kajsa Eklund, Département de la santé et de la réadaptation, Académie Sahlgrenska de l'Université de Göteborg, Institut des neurosciences et de la physiologie, Centre pour le vieillissement et la santé, Suède – Katarina Wilhelmson, Institut des neurosciences et de la physiologie, Centre pour le vieillissement et la santé, Département de gériatrie, Hôpital universitaire Sahlgrenska, Suède – Lina Behm, Département des sciences de la santé, Faculté de médecine, Université de Lund, Suède – Greta Häggblom-Kronlöf, Département de la santé et de la réadaptation, Académie Sahlgrenska de l'Université de Göteborg, Institut des neurosciences et de la physiologie, Centre pour le vieillissement et la santé, Suède – Lena Zidén, département de la santé et de la réadaptation, Académie Sahlgrenska de l'Université de Göteborg, Institut des neurosciences et de la physiologie, Suède

	<ul style="list-style-type: none"> – Sten Landahl, Institut des neurosciences et de la physiologie, Centre pour le vieillissement et la santé, Suède – Susanne Gustafsson, Département de la santé et de la réadaptation, Académie Sahlgrenska de l'Université de Göteborg, Institut des neurosciences et de la physiologie, Centre pour le vieillissement et la santé, Suède
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les mots-clés ? <ul style="list-style-type: none"> – Personnes âgées, 80 ans et plus, personnes âgées fragiles, promotion de la santé, activités de la vie quotidienne (AVQ), régression logistique, vieillissement
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. <ul style="list-style-type: none"> – Objectifs : un programme de promotion de la santé pour « personnes âgées dans la zone à risque » a été mis en place afin d'aider les personnes âgées à rester chez elle et donc vieillir chez elle en maintenant l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. L'objectif de cet article est de voir quels sont les facteurs qui permettent le maintien de l'indépendance suite à ce programme. – Méthodologie : l'étude portait sur 459 participants dont 345 dans le groupe programme (174 dans le groupe intervention visite préventive à domicile et 171 dans le groupe intervention réunions de groupe seniors) et 114 dans le groupe témoin. Une régression logistique a été réalisée séparément dans chaque groupe. – Résultats : dans le groupe programme, le fait d'être plus jeune, de vivre seul et l'absence de fatigue dans les activités de mobilité ont prédit un effet positif de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne lors du suivi à un et deux ans. Dans le groupe témoin, le fait d'être moins fragile était le seul facteur prédictif à un an de suivi et aucune variable n'a prédit le résultat à deux ans de suivi.

Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques

Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse). <ul style="list-style-type: none"> – Elle repose sur des observations et des données statistiques
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – L'objectif et la question de recherche sont d'établir quels sont les facteurs permettant de maintenir l'indépendance à la suite d'un programme de promotion de la santé chez les personnes âgées de 80 ans et plus.

Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les concepts les plus importants ? <ul style="list-style-type: none"> – Promotion de la santé chez les personnes âgées, indépendance dans les actes de la vie quotidienne, facteurs prédictifs
---------------------------------------	---

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE	
Méthodologie	
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les variables importantes ? Celles-ci sont-elles bien définies ? <ul style="list-style-type: none"> – Indicateurs démographiques (âge, vivre seul) – Indicateurs de santé (fatigue, fragilité) – Spécificités du programme (type d'intervention) ▪ Quels sont les buts et/ou questions et/ou objectifs de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – L'objectif est d'établir quels sont les facteurs permettant de maintenir l'indépendance à la suite d'un programme de promotion de la santé chez les personnes âgées de 80 ans et plus. ▪ Si applicable : quelles sont les hypothèses de recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – L'hypothèse est que certaines caractéristiques individuelles et contextuelles peuvent prédire l'efficacité des interventions de promotions de la santé pour maintenir l'indépendance dans les AVQ chez les personnes âgées
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? <ul style="list-style-type: none"> – C'est un devis d'essai randomisé contrôlé ▪ Si applicable : préciser la procédure expérimentale <ul style="list-style-type: none"> – Les participants ont été désignés de façon aléatoire dans l'un des trois groupes : intervention par visite à domicile, réunions de groupe et groupe témoin. La répartition a été effectuée en utilisant un échantillonnage aléatoire simple. ▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. <ul style="list-style-type: none"> – Oui, l'étude a été approuvée par le comité d'éthique régional de Göteborg et tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la population visée ? <ul style="list-style-type: none"> – C'est la population de personnes âgées de 80 ans vivant dans la communauté dans deux districts de Göteborg qui sont intacts cognitivement, qui n'ont pas besoin de l'aide d'un tiers pour les AVQ et qui risquent de devenir fragiles. ▪ Comment se réalise la sélection des participants ? (Donner des précisions sur la procédure de sélection). <ul style="list-style-type: none"> – Les participants ont été sélectionnés à partir de registres officiels jusqu'à atteindre la taille prévue de l'échantillon.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Y a-t-il des critères d'inclusion/d'exclusion concernant l'échantillon ? Si oui, quels sont-ils ? <ul style="list-style-type: none"> – Inclusion : 80 ans et plus, risquant de devenir fragile, vivant dans un logement ordinaire, cognitivement intact et n'ayant pas besoin de l'aide d'une autre personne pour les AVQ – Exclusion : pas explicité ▪ Quelles sont les précisions sur la justification de la taille de l'échantillon ? (Est-elle basée sur un calcul de puissance ? Etc.). <ul style="list-style-type: none"> – Afin d'avoir des résultats significatifs entre les différents groupes, il a fallu obtenir une puissance statistique à l'aide d'une grande taille d'échantillon ▪ Si applicable : y a-t-il une répartition des participants en groupe (groupe témoin ou groupe contrôle) ? Si oui, comment cette répartition se réalise-t-elle ? <ul style="list-style-type: none"> – Oui, il y a un groupe intervention par visite à domicile, un groupe intervention réunion de groupe qui forment tous deux le groupe programme et le troisième groupe est le groupe témoin
Choix des outils de collecte des données		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les instruments de mesure ? <ul style="list-style-type: none"> – Échelles et questionnaires ▪ Des précisions sur la cotation des outils sont-elles données ? Si oui, lesquelles ? (Par ex, échelles de Likert à x points, etc.). <ul style="list-style-type: none"> – Pas de données à ce propos ▪ De quelle manière se réalise concrètement la collecte de données ? (Par ex, y a-t-il eu plusieurs temps de collecte de données, etc. ?). <ul style="list-style-type: none"> – Au début, après un an et après deux ans – Au cours d'entretiens structurés en face à face ▪ Quelles sont les variables dépendantes/indépendantes ? <ul style="list-style-type: none"> – Variables dépendantes : niveaux d'indépendance dans les AVQ – Variables indépendantes : l'âge, vivre seul, fatigue pendant les activités de mobilité et la fragilité
Interventions programmes applicables)	ou (si	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ? <ul style="list-style-type: none"> – Visites préventives à domicile qui incluent des conseils personnalisés, des informations sur les services disponibles, des modifications du logement, l'identification des risques de chute – Réunions de groupe de seniors qui permettent l'échange de stratégies afin de maintenir l'indépendance ▪ De quelle manière les interventions sont-elles appliquées ? <ul style="list-style-type: none"> – Présence d'un protocole
Méthode d'analyse des données		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposés (tests, etc.) ?

	<ul style="list-style-type: none"> – Régression logistique, odds ratios et les intervalles de confiance
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ? <ul style="list-style-type: none"> – Âgé de 80 ans et plus, femme en majorité et proportion significative pour les personnes vivant seules ▪ Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> – Âge, sexe, situation de vie et niveau d'éducation ▪ Quels sont les résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$) ? <ul style="list-style-type: none"> – Les résultats montrent que les participants plus jeunes, vivant seuls, et sans fatigue dans les activités de mobilité ont plus de chance de maintenir leur indépendance dans les AVQ suite aux interventions ▪ Quels sont les autres résultats importants ? <ul style="list-style-type: none"> – Les interventions de promotion de la santé se sont avérées positives, principalement pour les personnes vivant seules et plus jeunes
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? <ul style="list-style-type: none"> – Les visites à domicile ont retardé la progression de dépendance dans les AVQ chez les personnes âgées de 80 ans et plus, avec des effets plus marqués chez ceux vivant seuls et plus jeunes ▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ? <ul style="list-style-type: none"> – L'étude a identifié des facteurs prédictifs de l'indépendance après des interventions de promotion de la santé ▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. <ul style="list-style-type: none"> – Se réfère au programme de promotion de la santé « Personnes âgées dans la zone à risque »
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – Pour la pratique : il est recommandé de cibler les interventions de promotion de la santé sur les personnes âgées vivant seules et qui présentent des signes de fragilité – Pour la recherche : de continuer à étudier les facteurs impactant l'efficacité des interventions ▪ De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ? <ul style="list-style-type: none"> – Les suggestions peuvent être appliquées en intégrant des programmes de visites à domicile et des réunions de groupe dans les soins aux personnes âgées, en mettant l'accent sur l'autonomisation et le soutien personnalisé

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> – Une possible variation dans la mise en œuvre des interventions, des biais de sélection liés à la participation volontaire des sujets et les résultats peuvent ne pas être généralisables à d'autres contextes géographiques ou culturels
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> – L'étude a identifié des facteurs prédictifs de l'indépendance après des interventions de promotion de la santé ▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> – Les interventions de promotion de la santé se sont avérées positives, principalement pour les personnes vivant seules et plus jeunes

Appendice L

Healthy Ageing in Place: Enablers and Barriers from the Perspective of the Elderly. A Qualitative Study (Bosch-Farré et al., 2020)

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le titre ? (Nommer le titre et le traduire en français). <ul style="list-style-type: none"> – Healthy Ageing in Place: Enablers and Barriers from the Perspective of the Elderly. A Qualitative Study – Vieillir en bonne santé chez soi : facteurs favorables et obstacles du point de vue des personnes âgées. Une étude qualitative ▪ Quels sont les thèmes abordés ? <ul style="list-style-type: none"> – Vieillissement en bonne santé, vieillissement sur place et qualité de vie, perceptions des personnes âgées ▪ Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? <ul style="list-style-type: none"> – L'étude fait référence aux perceptions des personnes âgées sur le vieillissement en place et en bonne santé. La population visée comprend des personnes âgées de 62 à 92 ans, vivant dans les régions urbaines et rurales de la région de Gérone en Catalogne, Espagne
Auteurs-es	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qui sont les auteurs et quel est leur contexte (préciser leur rattachement/institution/ lieu de travail/ pays). <ul style="list-style-type: none"> – Cristina Bosch-Farré, Groupe de recherche sur la santé et les soins de santé, Département de soins infirmiers, Université de Gérone, Espagne

	<ul style="list-style-type: none"> – María Carmen Malagón-Aguilera, Groupe de recherche sur la santé et les soins de santé, Département de soins infirmiers, Université de Gérone, Espagne – David Ballester-Ferrando, Groupe de recherche sur la santé et les soins de santé, Département de soins infirmiers, Université de Gérone, Espagne – Carme Bertran Noguer, Groupe de recherche sur la santé et les soins de santé, Département de soins infirmiers, Université de Gérone, Espagne – Anna Bonmati-Tomàs, Groupe de recherche sur la santé et les soins de santé, Département de soins infirmiers, Université de Gérone, Espagne – Sandra Gelabert-Vilella, Département de soins infirmiers, Université de Gérone, Espagne – Dolors Juvinyà-Canal, Groupe de recherche sur la santé et les soins de santé, Département de soins infirmiers, Université de Gérone, Espagne
Mots-clés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les mots-clés ? <ul style="list-style-type: none"> – Vieillissement en bonne santé, vieillir chez soi, promotion de la santé, point de vue des personnes âgées
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats. <ul style="list-style-type: none"> – Objectifs : l'étude vise à explorer le phénomène du vieillissement chez soi, ainsi que les catalyseurs et les obstacles qui interagissent dans un vieillissement en bonne santé du point de vue des personnes âgées – Méthodologie : L'étude utilise une conception qualitative générique avec une approche constructiviste naturaliste. Les focus groups ont été menés avec 71 participants répartis dans six groupes de discussion – Résultats : Trois thèmes clés ont été générés sur la perception des personnes âgées sur le vieillissement chez soi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Significations et connotations du vieillissement en bonne santé et qualité de vie ▪ Vieillissement en bonne santé au sein de la communauté ▪ Facilitateurs et obstacles au vieillissement en bonne santé sur place
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La justification de l'étude repose-t-elle sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ? Si oui, quels sont-ils (faire une synthèse). <ul style="list-style-type: none"> – Constats théoriques et des données statistiques sur le vieillissement de la population, en particulier en Europe et en Catalogne.
Objectifs/questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les objectifs et/ou les questions de recherche ?

	<ul style="list-style-type: none"> – Quels sont les facteurs favorables et obstacles du point de vue des personnes âgées pour vieillir sur place en bonne santé ?
Principaux concepts théoriques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les concepts les plus importants ? <ul style="list-style-type: none"> – Vieillesse en bonne santé, vieillissement sur place, qualité de vie, facilitateurs et obstacles

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la question de recherche ? Donner des précisions sur les composantes de la question. <ul style="list-style-type: none"> – Quels sont les facilitateurs et les obstacles perçus par les personnes âgées pour vieillir sur place de manière saine ?
Devis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le devis de l'étude ? Est-il bien détaillé ? <ul style="list-style-type: none"> – Devis qualitatif générique avec une approche naturaliste constructiviste ▪ Le rôle du chercheur est-il défini ? (Par ex, le chercheur reconnaît-il son influence potentielle dans la recherche ? De quelle manière participe-t-il à l'étude ? Etc.). <ul style="list-style-type: none"> – Les chercheurs ont maintenu une attitude réflexive et une position critique vis-à-vis des décisions méthodologiques pour garantir la rigueur et la congruence méthodologique. Ils ont pris en compte les biais potentiels liés à leur position vis-à-vis des participants. ▪ Les règles éthiques sont-elles respectées ? Argumenter la réponse. <ul style="list-style-type: none"> – Le comité d'éthique de l'Institut d'Investigació d'Atenció Primària Jordi Gol a donné son approbation éthique pour mener l'étude. Toutes les procédures étaient conformes à la Déclaration d'Helsinki : tous les répondants ont volontairement accepté de participer avec un consentement écrit ; ils ont reçu des informations orales et écrites sur l'étude ; et ils ont été assurés de la confidentialité de toutes les informations.
Sélection des participants ou objet d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la population visée ? Est-elle bien définie ? <ul style="list-style-type: none"> – Personnes âgées de 62 à 92 ans, connectées à des entités locales de soutien social dans la région de Gérone, en Catalogne, Espagne ▪ Des critères d'inclusion, d'exclusion de cette population sont-ils présentés ? Si oui, quels sont-ils ? <ul style="list-style-type: none"> – Inclusion : hommes et femmes âgés de 65 ans et plus, vivant au sein de leur propre communauté et parlant catalan ou espagnol – Exclusion : personnes souffrant de troubles cognitifs ou refusant de participer à l'étude

Choix des outils de collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les outils de collecte de données ? Sont-ils décrits de façon précise ? <ul style="list-style-type: none"> – Guide semi-structuré avec des questions ouvertes. Les principaux thèmes de recherche (langage théorique) ont été convertis en questions d'entretien dynamiques dans le langage familier des participants. Plusieurs réunions au sein de l'équipe de chercheurs ont été réalisées pour élaborer les 12 questions finales du guide semi-structuré. Les questions étaient en catalan ou en espagnol selon le contexte et la langue de la majorité des participants. ▪ Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ? <ul style="list-style-type: none"> – Cette étude a été réalisée entre juin 2017 et février 2018 selon la technique des focus groups. Au début des séances de FG, les informations sur l'âge et le sexe ont été collectées de manière confidentielle. Chaque séance durait de 60 à 90 minutes et était dirigée par un modérateur et un observateur. Chaque séance a été enregistrée numériquement, avec le consentement écrit du participant.
Méthode d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la méthode d'analyse utilisée ? <ul style="list-style-type: none"> – Analyse thématique inductive et déductive, suivant les six étapes de Braun et Clarke, pour identifier les thèmes et catégories émergentes ▪ Qui procède à l'analyse (les personnes qui y participent sont-elles décrites ? Si oui, de quelle manière ?) <ul style="list-style-type: none"> – Les chercheurs ▪ Un logiciel de classement des données a-t-il été utilisé ? Si oui, lequel ? (NVIVO, MAXQDA, autre ?) <ul style="list-style-type: none"> – Pas explicité ▪ Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur les critères de rigueur scientifiques (triangulation des données, etc.). <ul style="list-style-type: none"> – L'étude a été guidée par les critères consolidés de reporting de la recherche qualitative (COREQ). Les chercheurs ont suivi les critères de réflexivité (attitude critique constante à l'égard des décisions méthodologiques prises pour sauvegarder la rigueur et la congruence méthodologique) et de positionnalité (les hypothèses antérieures des chercheurs concernant la question de recherche ont été prises en compte, les modérateurs du focus group ont considéré leur position en relation avec les caractéristiques communes du groupe, la présence potentielle de relations de pouvoir et les biais de désirabilité sociale qui peuvent survenir dans le cadre d'une séance de groupe)
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière les résultats sont-ils présentés (thèmes, sous-thèmes, etc.) ? <ul style="list-style-type: none"> – Les résultats sont présentés sous forme d'un tableau qui décrit les trois thèmes liés au vieillissement chez soi et les catégories de ces thèmes

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude) <ul style="list-style-type: none"> – Cf. tableau 1 – Significations et connotations du vieillissement en bonne santé et qualité de vie, vieillissement en bonne santé au sein de la communauté, facilitateurs et obstacles au vieillissement en bonne santé sur place
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ? <ul style="list-style-type: none"> – Les résultats montrent que les participants ont identifié le vieillissement chez soi comme un élément essentiel de leur qualité de vie. Plusieurs facteurs permettent de continuer à vivre chez soi tels que la santé, la situation financière et l'environnement familial. Ils mettent principalement en avant les facilitateurs et obstacles au vieillissement en bonne santé. Par ailleurs, il a été remarqué que les femmes mettent l'accent sur la relation avec leurs petits-enfants et les hommes sur les aspects financiers. ▪ Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> – L'étude montre les perceptions des personnes âgées sur les principaux déterminants du vieillissement chez soi : habitat et environnement sûr, revenus suffisants pour vivre, soutien de la famille et des amis et accès aux soins de santé primaires ▪ Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études [(similitudes, différences, etc.) (faire une brève synthèse)]. <ul style="list-style-type: none"> – D'autres études ont permis de souligner des éléments similaires, ce qui apporte une cohérence.
Recommandations & suggestions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont recommandations & suggestions et/ou étapes futures proposées pour a) la pratique et pour b) la recherche ? <ul style="list-style-type: none"> – Pour la pratique : d'apporter une approche plus ciblée, avoir une meilleure connaissance et compréhension du vieillissement au sein de la communauté qui permettra une amélioration des politiques et des promotions de la santé es personnes âgées. De ce fait, celles-ci seraient stimulées à être plus actives, autonomes et intégrées dans leur environnement de vie. – Pour la recherche : la poursuite des études telles que l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) alimenteraient une connaissance plus approfondie des facteurs favorables et des obstacles au vieillissement sur place et plus pertinente pour prévenir ou retarder le placement en institution des personnes âgées. Il est suggéré de réaliser d'autres recherches sur les personnes âgées vivant à domicile, mais non intégrées dans leur communauté, mais également au sujet du vieillissement chez soi chez les personnes âgées socialement défavorisées et les inégalités présentes parmi les personnes âgées.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière les suggestions & recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ? <ul style="list-style-type: none"> – Les recommandations peuvent être appliquées en mettant en place des programmes de promotion de l'autonomie et du bien-être des patients âgées, un réseau de services de santé et sociaux et en fournissant un soutien émotionnel et spirituel pour favoriser leur processus de vieillissement à la maison et d'éviter ou de retarder le placement en institution. ▪ Quelles sont les limites /biais de l'étude ? <ul style="list-style-type: none"> – L'étude est limitée par son focus sur les personnes âgées intégrées dans leur communauté, ce qui pourrait ne pas refléter la réalité de ceux qui sont isolés ou ont un niveau de dépendance élevé. De plus, il manque des données sur le fait de savoir si les participants vivaient seuls ou partageaient leur logement avec d'autres personnes, ce qui aurait pu enrichir les conclusions.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ? <ul style="list-style-type: none"> – En apportant une compréhension approfondie des perceptions des personnes âgées sur le vieillissement en bonne santé à domicile ▪ Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ? <ul style="list-style-type: none"> – Les catalyseurs du vieillissement sur place sont : l'autonomie, l'activité physique, cognitive et sociale, le soutien social et familial, des soins adéquats et un accès aux services de santé et sociaux, un sentiment d'appartenance, une capacité à s'adapter à la nouvelle réalité, des adaptations de la maison et de l'environnement, et la paix intérieure. Les obstacles identifiés au vieillissement sur place étaient la mauvaise santé physique ou émotionnelle, la perte d'autonomie, les problèmes familiaux, la solitude, les difficultés financières, le manque de soins ou d'accès aux services de santé et sociaux et les inquiétudes concernant le contexte social et politique.