

Quelle place pour l'activité physique dans les EHPAD?

Quelle solution au Canada?

Mylène Aubertin-Leheudre; PhD (Chaire T1 Canada)

UQAM (Dpt des Sciences de l'AP) – CRIUGM

Directrice du laboratoire du muscle et de sa fonction



Fonds de la recherche
en santé

Québec



Réseau Québécois
de Recherche sur
le Vieillessement



Canadian
Frailty
Network

Réseau canadien
des soins aux
personnes fragilisées

Mitacs

INNOVATION.CA

CANADA FOUNDATION
FOR INNOVATION

FONDATION CANADIENNE
POUR L'INNOVATION



MEDTEQ

L'INNOVATION POUR LA SANTÉ
INNOVATION FOR HEALTH



National Institute
on Aging



IRSC
CIHR



INSPIRE
VIEILLIR EN BONNE SANTÉ



GRAPA
CENTRE DE RECHERCHE
EN ACTIVITÉ PHYSIQUE
ADAPTEE

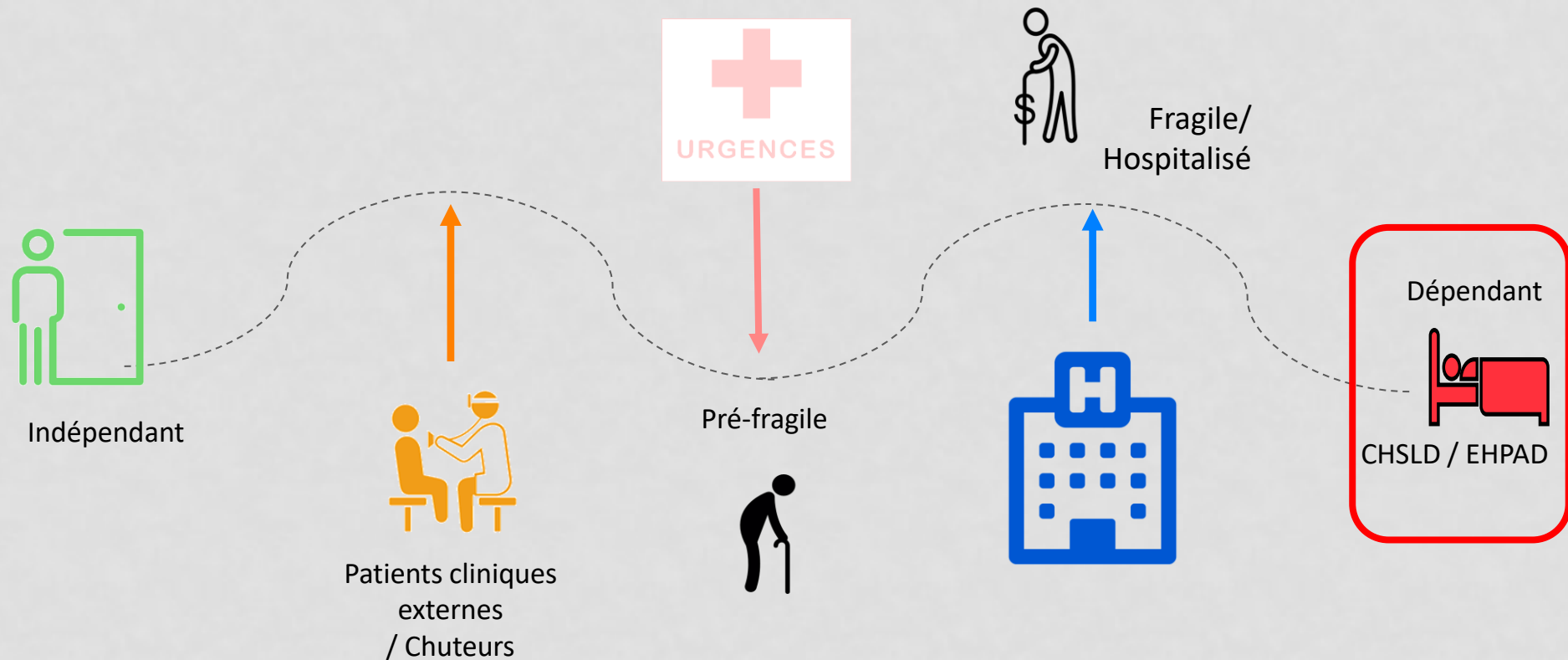
UQÀM

Centre de recherche
iugm
Institut universitaire
de gériatrie de Montréal

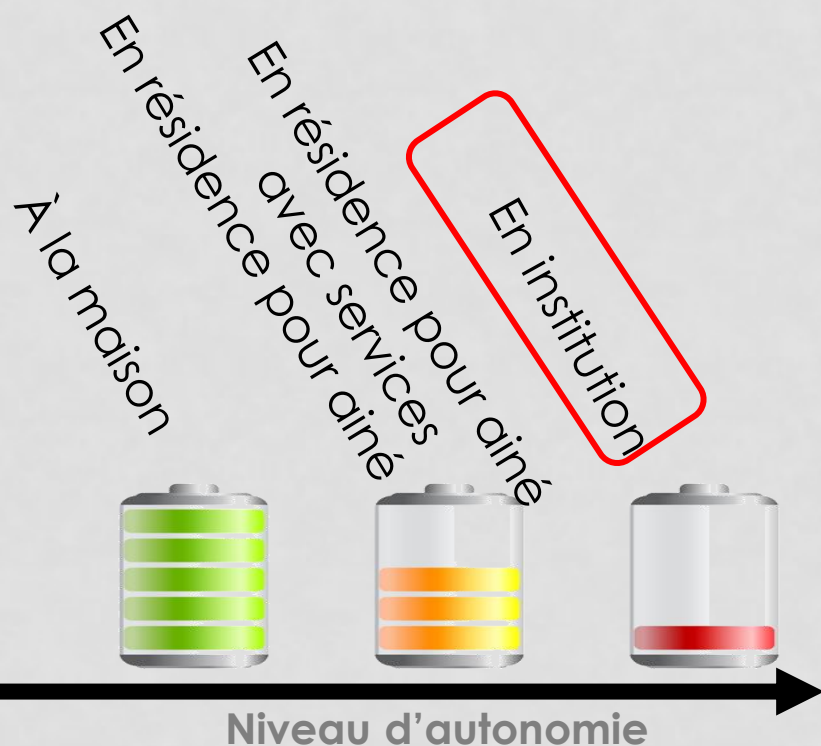
CONFLIT D'INTÉRÊT

- Aucun conflit d'intérêt

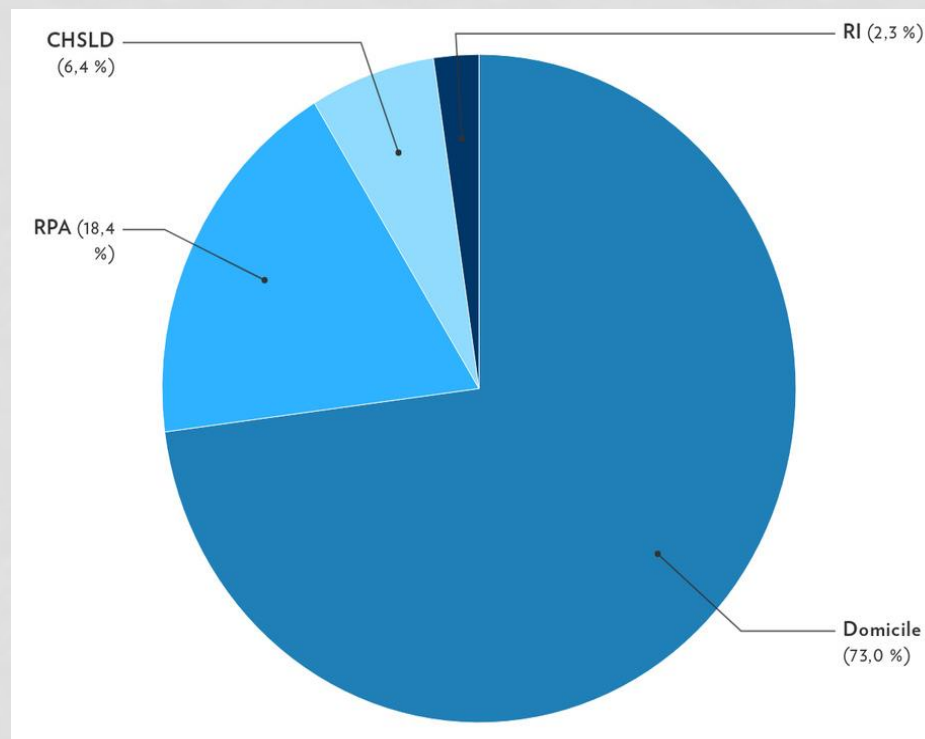
PARCOURS DE SOIN & DE VIE



PORTRAIT POPULATION EN CHSLD (EHPAD)

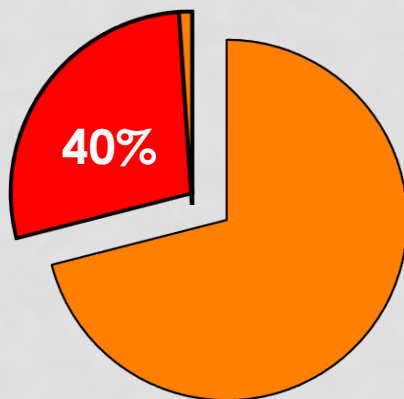
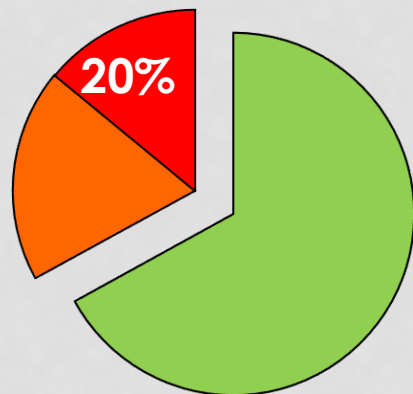


Lieu de vie (CHSLD/ ENPAD):
65 +: 2,4 % & 85 +: 11%



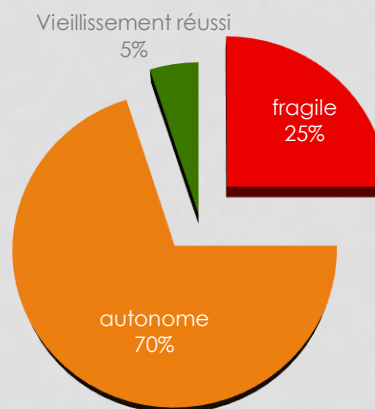
PORTRAIT DE LA SANTÉ PHYSIQUE EN CHSLD/ EHPAD

SARCOPENIE



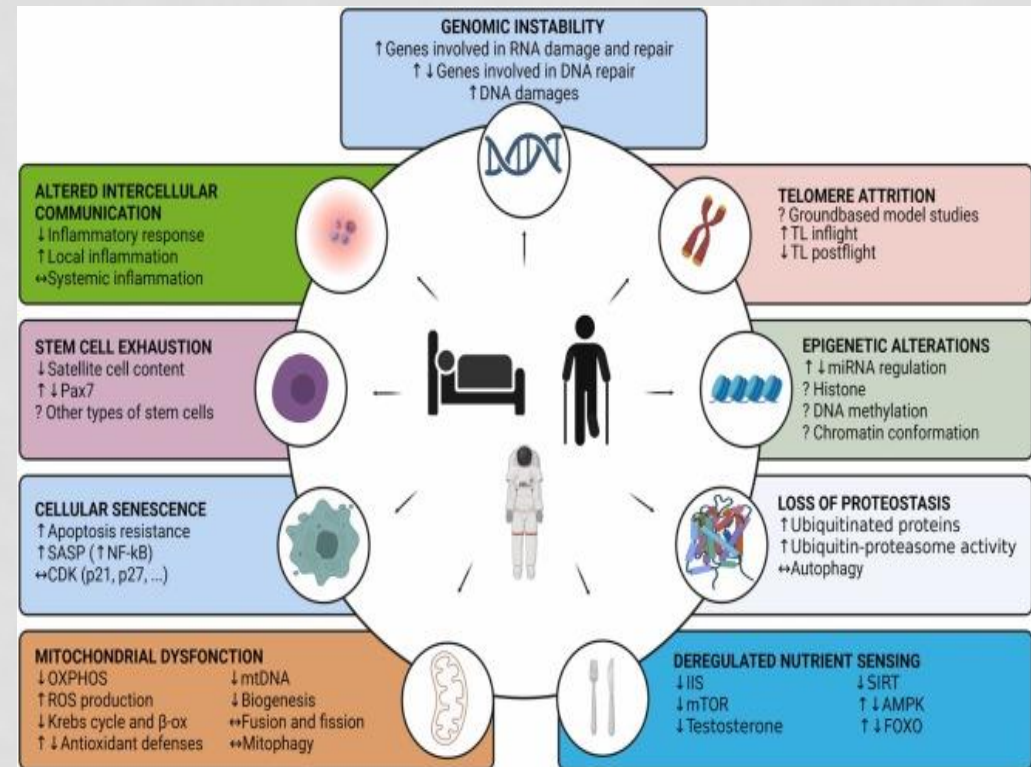
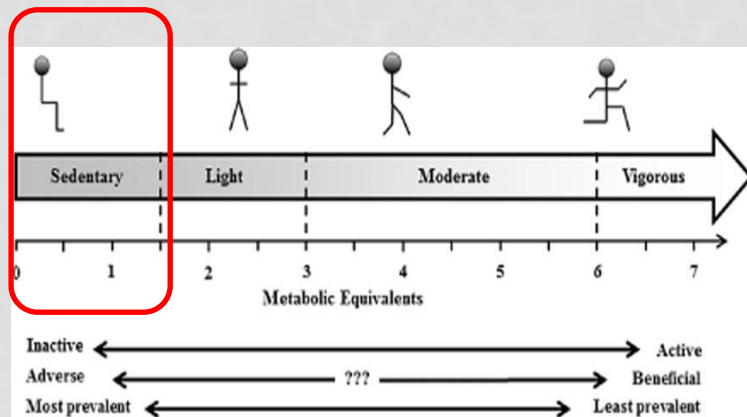
AUTONOMIE

PA en perte d'autonomie
dans la communauté = 40%

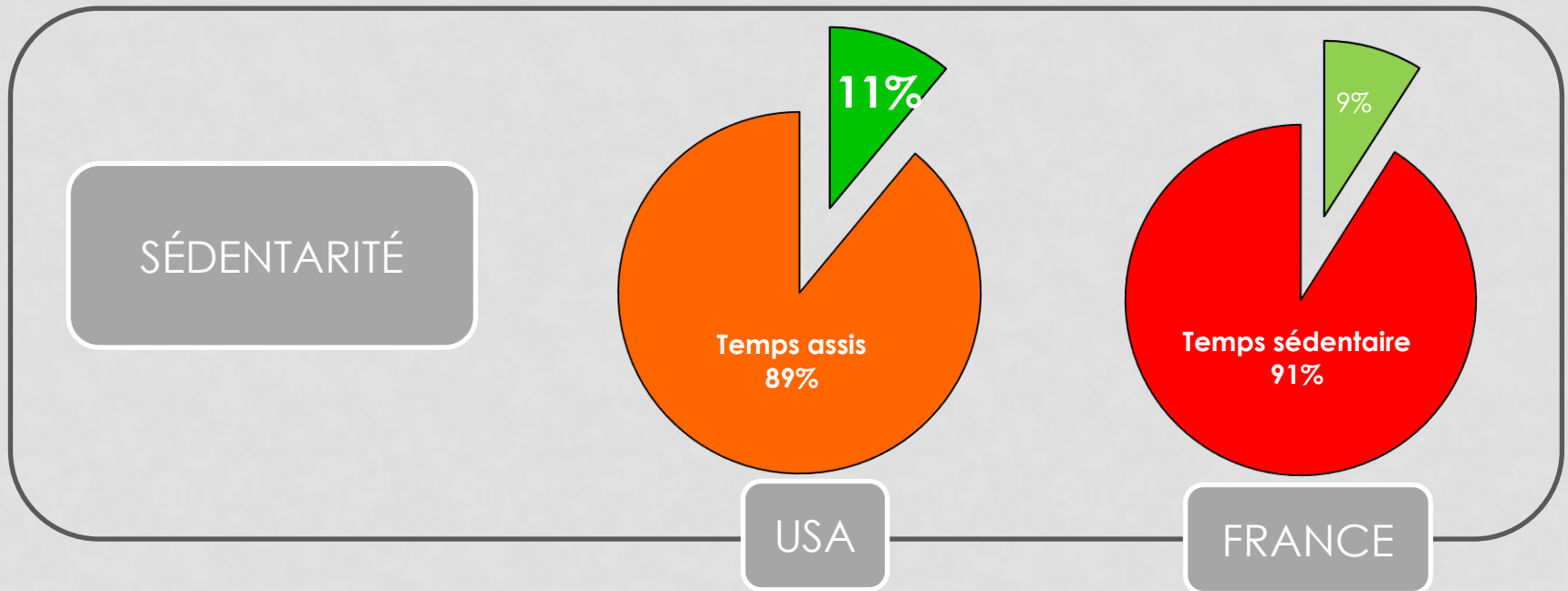


PA en perte d'autonomie en
EHPAD= 63%

SÉDENTARITÉ = BIOMARQUEUR DU VIEILLISSEMENT



NIVEAU DE SÉDENTARITÉ EN CHSLD / EHPAD



- ❑ Au Québec, les résidents en CHSLD passent **85 % du temps en sédentarité** (METs < 1,5).

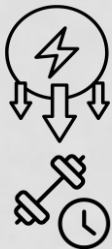
NIVEAU D'AP DES ÂÎNÉS EN CHSLD



- ❑ **> 30 %** des résidents en CHSLD = diminution de leur activité physique depuis leur institutionnalisation.



- ❑ résidents en CHSLD = **1 300 pas par jour.**



- ❑ L'activité physique en CHSLD (max: 15%):
 - ❑ 12 % = AP de faible intensité ($METs > 1,5 - < 3$),
 - ❑ 2 % = AP d'intensité modérée ($METs > 3$);
 - ❑ 1 % = AP d'intensité vigoureuse ($METs > 5$).

SÉDENTARITÉ *CHRONIQUE*



Sedentary exposure	N	Age adjusted B* (95% CI)
<i>TV time</i>		<i>Hand grip (kg)</i>
<2 hrs/d	306	Reference
2<4 hrs/d	1127	-0.47 (-1.19, 0.25)
4<6 hrs/d	952	-1.07 (-1.81, -0.34)
≥6 hrs/d	998	-1.54 (-2.26, -0.81)
<i>p-trend</i>		<0.001

Plus de télévision =
moins de muscle et moins de force

EFFET DE LA SÉDENTARITÉ / INACTIVITÉ SUR LA SANTÉ PHYSIQUE

sédentarité



- 1500 pas



+ 6h

alitement

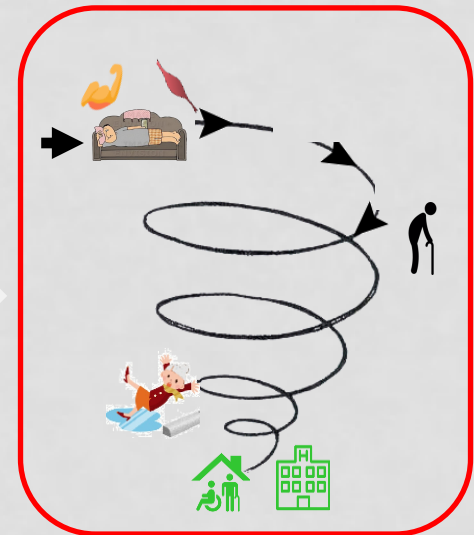
force musculaire



Masse musculaire:



Cercle vicieux du Déclin



AP = RECOMMANDATION

Recommandations spécifiques aux EHPAD:

En terme AP:

- ❑ **Fréquence:** 2 sessions/sem
- ❑ **Durée:** 35 -45min/session
- ❑ **Type d'exercices (1/3):**
Endurance / force et flexibilité

Minimum pour améliorer la santé physique = 8 semaines + adapté / individualisé au niveau des résidents

En terme de sédentarité:

Min: 3 périodes/ j
Durée: 2 à 5 min/période

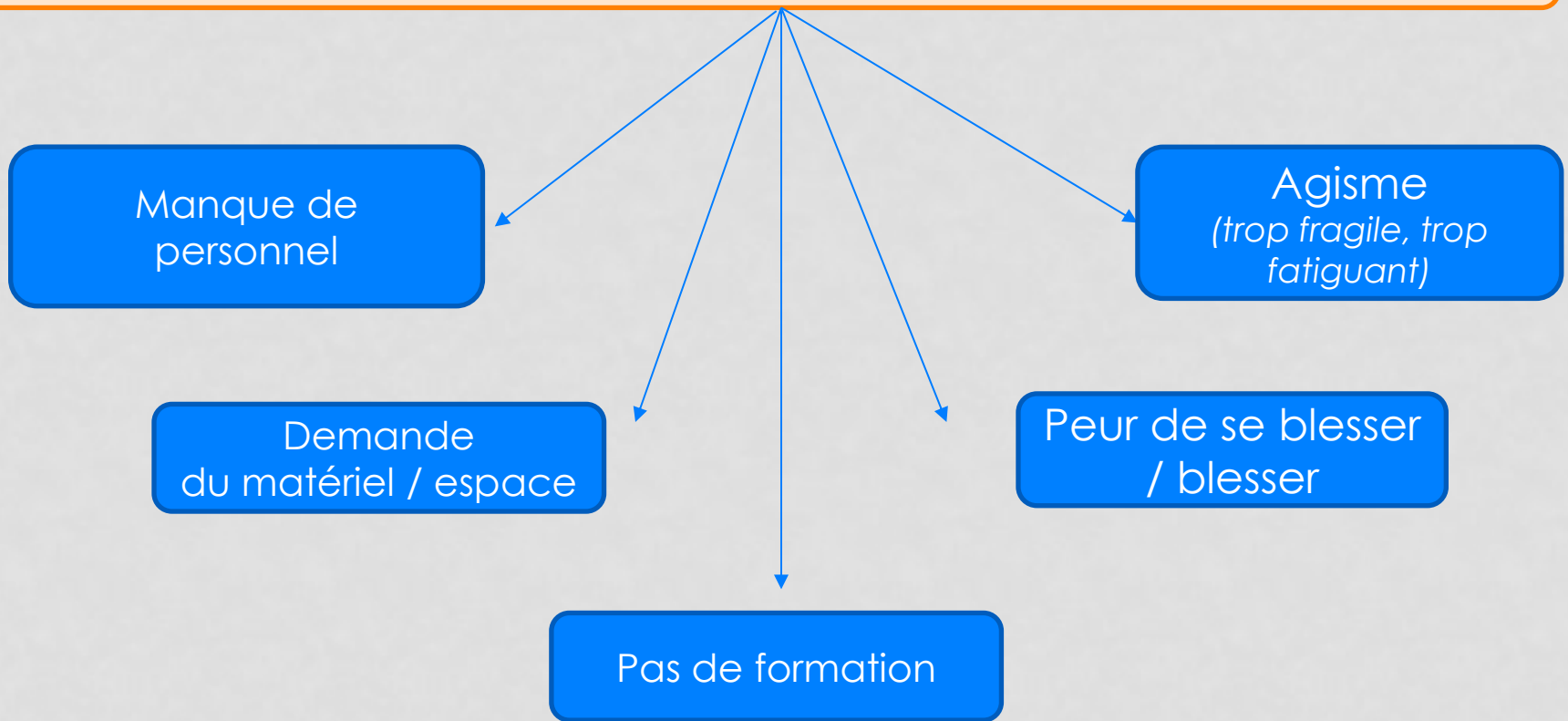
EVERY MOVE COUNTS

Being active has significant health benefits for hearts, bodies and minds, whether you're walking, wheeling or cycling, dancing, doing sport or playing with your kids.



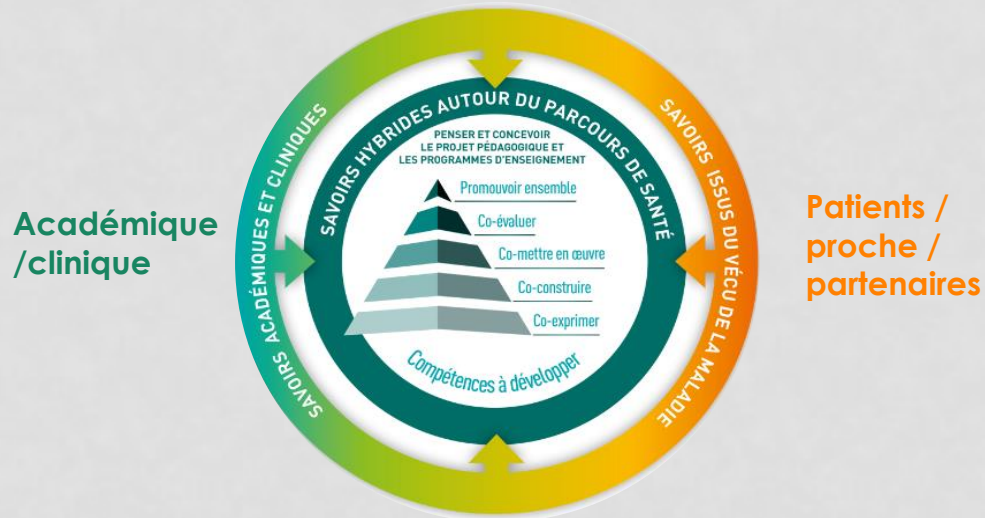
AP EN CHSLD/ EHPAD

Pourtant, l'AP est peu prescrite ou implémentée (~ 5%)



QUELLE SOLUTION ?

Co-construction



Prof en
réadapt

KIN

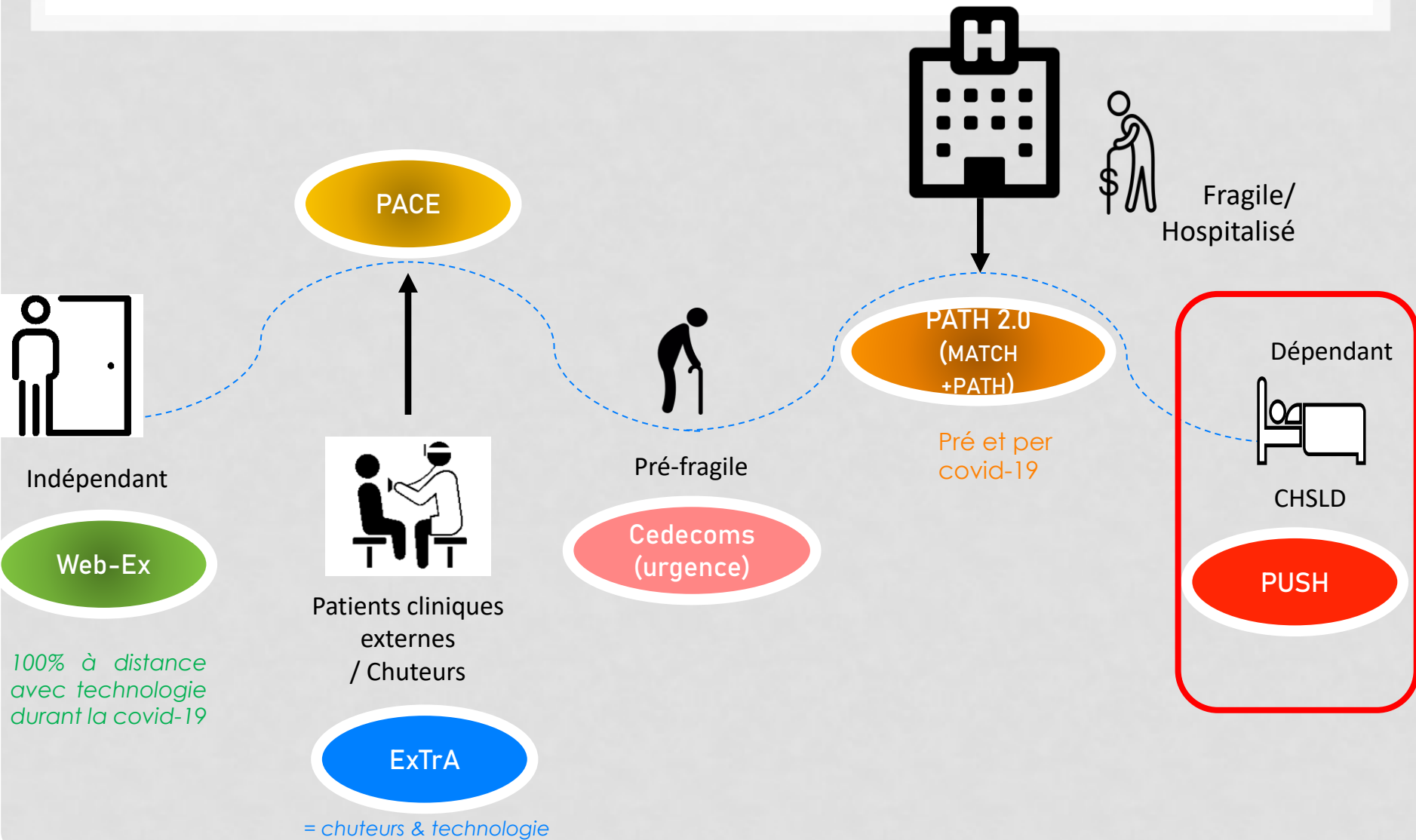
Inf

MD

Équipe
Recherche

PUSH

LES PROGRAMMES D'INTÉGRATION DE L'AP DANS LE PARCOURS DE SOIN OU DE VIE



PUSH: IMPLEMENTATION POUR RÉSIDENTS MOBILES (1/2)

Arbre décisionnel PUSH subjectif			
Q1.	Êtes-vous capable de vous lever de votre chaise seul(e) ?	Oui, sans appui 1	Oui, avec appui 0
		NON Passer à Q4	
Q2.	Avez-vous de la difficulté à porter/transporter 10lbs? (*3 bouteilles d'1,5L, ou 1 sac à patates)	Aucune difficulté 2	Un peu de difficulté 1
		Beaucoup ou je ne suis pas capable 0	
Q3.	Avez-vous de la difficulté à monter les escaliers (10 escaliers)	Aucune difficulté 2	Un peu de difficulté 1
		Beaucoup ou je ne suis pas capable 0	
Q4.	Êtes-vous capable de vous tenir debout sans aide durant 10 sec. ?	Oui 1	
		Non 0	
Q5.	Êtes-vous capable de marcher tout en maintenant une discussion ?	Oui, je peux parler en marchant 2	Oui, mais je dois arrêter pour répondre 1
		Non, je ne suis pas capable 0	
Q6.	Combien de fois êtes-vous tombé dans la dernière année	Jamais 2	Moins de 3 fois 1
		4 ou plus 0	
Q7.	La plupart du temps, vous marchez :	Sans aide 2	Avec une aide 1
		Ne marche pas 0	
Objectif de marche (à chaque jour)			
☐ Score entre 1 et 3 : 10 min			
☐ Score entre 4 et 6 : 15 min			
☐ Score entre 7 et 9 : 20 min			
☐ Score entre 10 et 12 : 30 min			
Programme d'exercices			
☐ Score 0 ou 1 : Programme BLANC		☐ Score 8 ou 9 : Programme ORANGE	
☐ Score 2 ou 3 : Programme ROUGE		☐ Score 10 ou 11 : Programme VERT	
☐ Score 4 ou 5 : Programme MAUVE		☐ Score 12 : Programme BLEU	
☐ Score 6 ou 7 : Programme JAUNE			
Niveau de soutien (Mise en action des exercices)			
☐ MMSE : $\geq 26/30$ = Aucun support requis			
☐ MMSE : 21-25/30 = Support occasionnel			
☐ MMSE : 18-20/30 = Support de l'aidant ou l'équipe de soins			
☐ MMSE : $< 18/30$ avec capacité de collaborer = Support de l'aidant ou de l'équipe de soins			

Date d'évaluation : _____
Nom du personnel de soin : _____

ARBRE DÉCISIONNEL PUSH – Résidents en mesure de se tenir debout

TESTS	POSITION	CRITÈRES	SCORE	
Cardio-musculaire				
Test du nombre de lever de chaise en 30 secondes	Avec appui	A	0 lever	
		B	< 5 levers	
		C	5 à 9 levers	
	Sans appui	D (Si pertinent, essayer sans appui)	≥ 10 levers	
		E (Si ≤ 2 , prendre le score avec appui)	3 à 5 levers	
		F	≥ 5 levers	
Équilibre (Debout, sans aide)				
- ATTENTION -				
*Si le score Cardio-musculaire est de 0 ou 1, seulement prendre en compte le score d'équilibre à pieds joints				
Pieds joints		< 10 secondes	0	
		≥ 10 secondes	1	
Pieds Semi-tandem		< 10 secondes	2	
		≥ 10 secondes	3	
Pieds tandem		≥ 3 secondes	4	
SCORE TOTAL (Score Cardio-musculaire + Score Équilibre) :			/8	
Programme d'exercice PUSH				
☐ Score 0 ou 1 : Remplir l'arbre décisionnel pour les résidents alités ou au fauteuil				
☐ Score 2 ou 3 : Programme JAUNE				
☐ Score 4 ou 5 : Programme ORANGE				
☐ Score 6 ou 7 : Programme VERT				
☐ Score 8 : Programme BLEU				
Objectif de marche				
Test 4 mètres – vitesse de marche confortable :				
☐ Si le sujet ne peut pas marcher : Capacité de marche à travailler (Objectif à réévaluer)				
☐ Si oui : distance vitesse de marche obtenue : _____ m/sec				
Vitesse de marche	<0.4 m/sec	>0.4m/sec - <0.6m/sec	>0.6m/sec - <0.8m/sec	>0.8m/sec
Objectif de marche totale / jour	5 min	10 min	15 min	20 min

* * Veuillez-vous référer à la feuille des équivalences pour marcheurs si vous souhaitez avoir un objectif de marche en mètres et non en minutes

Basé sur des critères spécifiques pour les résidents vivant en EHPAD
(Buckinx , Aubertin-Leheudre JFA 2023)

PUSH: IMPLEMENTATION POUR RÉSIDENTS EN FAUTEUIL (1/2)

Date d'évaluation : _____
Nom du personnel de soin : _____

ARBRE DÉCISIONNEL PUSH – Résidents *alités ou au fauteuil*

TESTS	CRITÈRES	SCORE
1. <u>Maintien de l'équilibre en position assise, sans support (yeux ouverts)</u>	Impossible d'être assis pendant 10 secondes	0
	Capable d'être assis, pendant 10 secondes, avec ou sans supervision	1
	Capable d'être assis, pendant 30 secondes, avec ou sans supervision	2
	Capable d'être assis, pendant 60 secondes mais nécessite une supervision	3
	Capable d'être assis, et pendant 60 secondes et ne nécessite pas de supervision	4
< 2 points au test #1 : Fin de l'évaluation et attribution du Programme blanc ≥ 2 points au test #1 : Poursuivre avec le test #2		
2. <u>Maintien de l'équilibre en position assise, sans support (yeux ouverts), avec les bras comme levier (position de départ : mains appuyées sur les genoux)</u>	Ne peut prendre la position de départ, mais est capable d'être assis avec les mains appuyées de chaque côté de l'assise	0
	Capable d'être assis avec les mains sur les genoux (position de départ)	1
	Capable d'être assis en position de départ et de croiser les bras sur la poitrine	2
	Capable d'être assis en position de départ et de lever un bras (coude en extension) jusqu'à 90 degrés de flexion de l'épaule	3
	Capable d'être assis, en position de départ et de lever un bras (coude en extension), tout en soulevant un objet de 2 lb (livre ou en bracelet), jusqu'à 90 degrés de flexion de l'épaule	4
< 2 points au test #2 : Fin de l'évaluation et attribution du Programme blanc ≥ 2 points au test #2 : Poursuivre avec le test #3		
3. <u>Ramasser un objet au sol (ex : une pantoufle) qui est placé à 3 po/ ~7.5 cm devant les orteils du patient, en position assise</u>	Incapable d'essayer/besoin d'aide pour ne pas perdre l'équilibre ou tomber	0
	Incapable de ramasser l'objet et a besoin d'aide lors de l'essai	1
	Incapable de ramasser l'objet mais se rend à 1-2 po (2,5 à 5 cm) de l'objet et garde l'équilibre sans aide	2
	Capable de ramasser l'objet mais nécessite une supervision pour maintenir l'équilibre	3
	Capable de ramasser l'objet sans perdre l'équilibre et sans supervision	4

Date d'évaluation : _____
Nom du personnel de soin : _____

TESTS	CRITÈRES		SCORE	
< 2 points au test #3 : Fin de l'évaluation et attribution du Programme rouge ≥ 2 points au test #3 : Poursuivre avec le test #4				
4. <u>Poser les pieds de façon alternée sur un objet de 3-3,5 po/ ~8 cm de hauteur (ex : dictionnaire), qui est placé à 6 po/ ~15 cm devant les orteils du patient</u>	Besoin d'aide pour ne pas tomber/ incapable d'essayer	0		
	Capable de compléter > 2 pas avec une aide minimale	1		
	Capable de réaliser 4 pas sans aide mais avec supervision	2		
	Capable d'être assis sans aide et de faire 8 pas > 20 secondes, mais avec supervision	3		
	Capable d'être assis et d'effectuer 8 pas en 20 secondes, sans aide et sans supervision	4		
< 2 points au test #4: Fin de l'évaluation et attribution du Programme mauve ≥ 2 points au test #4 : Poursuivre avec le test #5				
5. <u>Capable de réaliser 2 demis levés d'une chaise avec appui</u>	☐ OUI ↓ Programme jaune ☐ NON ↓ Programme mauve			
OBJECTIF DE DÉPLACEMENT				
Test de propulsion en FR sur 10m – vitesse de déplacement confortable :				
☐ Si le sujet ne peut pas se déplacer : Capacité de déplacement à travailler (Objectif à réévaluer)				
☐ Si oui : distance vitesse de déplacement obtenue : _____ m/sec				
Vitesse de déplacement en fauteuil roulant	<0.33 m/sec	>0.33m/sec - <0.53m/sec	>0.53m/sec - <0.73m/sec	>0.73m/sec
Objectif de déplacement / jour	5 min	10 min	15 min	20 min

* Veuillez-vous référer à la feuille des équivalences pour personnes en fauteuil si vous souhaitez avoir un objectif de déplacement en mètres et non en minutes

PUSH: IMPLEMENTATION (1/2)

Programme d'exercice PUSH

- ☐ Score 0 ou 1 : Remplir l'arbre décisionnel pour les résidents *alités ou au fauteuil*
- ☐ Score 2 ou 3 : Programme JAUNE
- ☐ Score 4 ou 5 : Programme ORANGE
- ☐ Score 6 ou 7 : Programme VERT
- ☐ Score 8 : Programme BLEU

5. Capable de réaliser 2 demis levés d'une chaise avec appui

☐ OUI



Programme jaune

☐ NON



Programme mauve

Date : _____

Nom / Name : _____

PRESCRIPTION

Programme d'exercices PUSH / Push exercises program

☐ COULEUR / COLOR :

- ☐ Bleu/Blue
- ☐ Vert/Green
- ☐ Jaune/Yellow
- ☐ Orange/Orange
- ☐ Rouge/Red
- ☐ Violet/Purple
- ☐ Blanc/White

☐ FREQUENCE / FREQUENCY:

- ☐ À pratiquer *tous les jours* / to practice every day
- ☐ À pratiquer *au moins 2 fois par jour* / to practice at least 2 times per day

Temps de marche (déplacement) quotidien / Daily walking (mobility) time*

- ☐ 5 minutes
- ☐ 10 minutes
- ☐ 15 minutes
- ☐ 20 minutes

*with or without wheelchair

Nom du médecin / Physician name : _____

Option possible mais pas obligatoire

Date : _____

Nom / Name : _____

PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Je vous prescris :

Un **programme d'activité physique adaptée** (journalier, pendant semaines)

Une séance **d'évaluation et d'enseignement** par un professionnel

Raison de la prescription :

Amélioration de votre qualité de vie

Médecin / Physician : _____

PUSH: IMPLEMENTATION (2/2)

Objectif de marche

Test 4 mètres – vitesse de marche confortable :

☐ Si le sujet ne peut pas marcher : Capacité de marche à travailler (Objectif à réévaluer)

☐ Si oui : distance vitesse de marche obtenue : _____ m/sec

Vitesse de marche	<0.4 m/sec	>0.4m/sec -<0.6m/sec	>0.6m/sec -<0.8m/sec	>0.8m/sec
Objectif de marche totale / jour	5 min	10 min	15 min	20 min

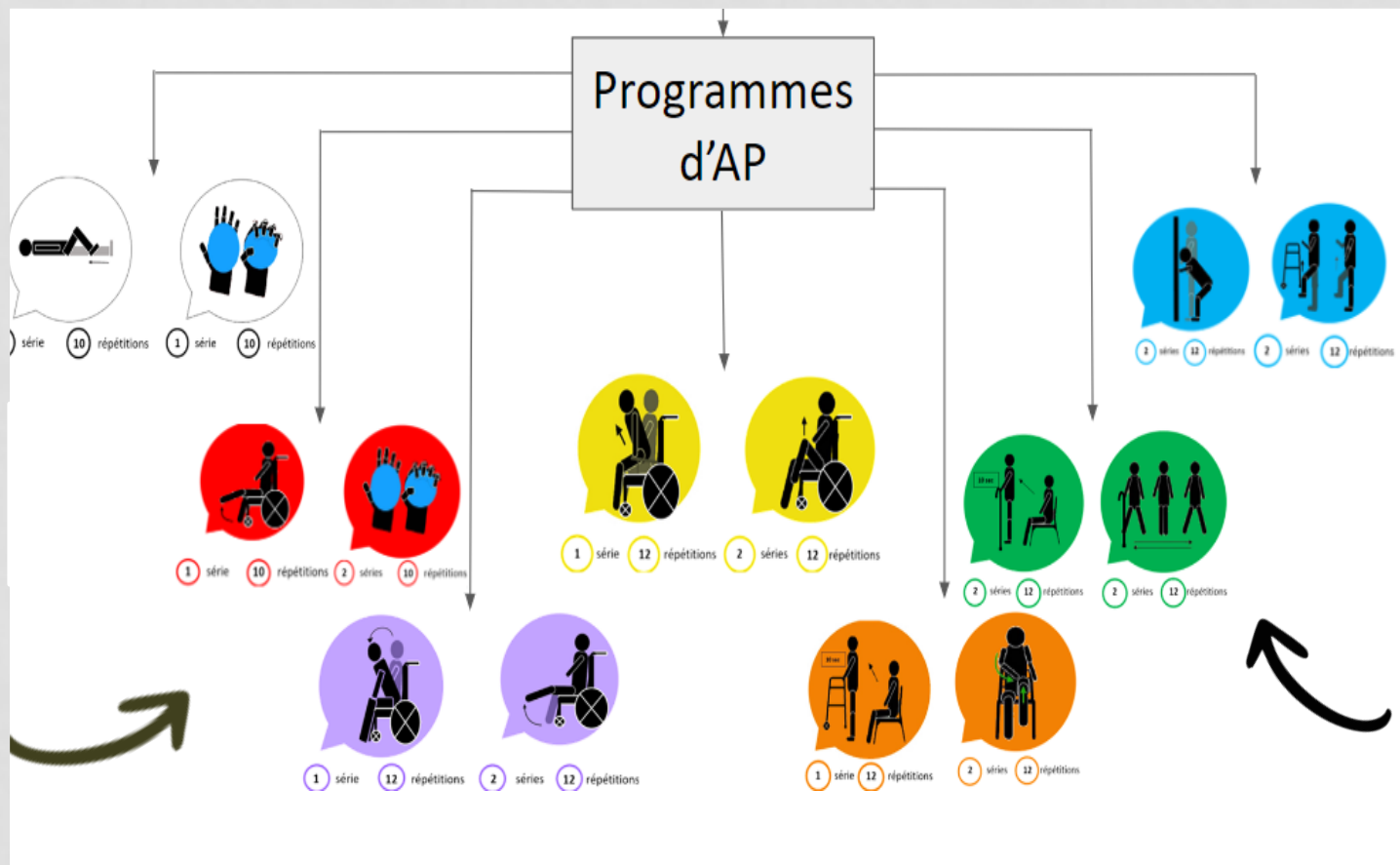
OU

☐ Si oui : distance vitesse de déplacement obtenue : _____ m/sec

Vitesse de déplacement en fauteuil roulant	<0.33 m/sec	>0.33m/sec - <0.53m/sec	>0.53m/sec - <0.73m/sec	>0.73m/sec
Objectif de déplacement / jour	5 min	10 min	15 min	20 min



PUSH: IMPLEMENTATION (2/2)



PUSH: IMPLEMENTATION

CAHIER SUIVI (2/2)

DATE :

Effectuez ces exercices 2 fois par jour

Exercice 1



1 série 12 répétitions

Exercice 2



2 séries 12 répétitions

Déplacement



_____ min

Exercice 1	Indiquer si l'EX 1 a été fait	Indiquer la raison pour laquelle la séance n'a pas été réalisée
Séance 1	Non Oui Séries : _____ Rép. : _____	Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible
Séance 2	Non Oui Séries : _____ Rép. : _____	Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Exercice 2	Indiquer si l'EX 2 a été fait	Indiquer la raison pour laquelle la séance n'a pas été réalisée
Séance 1	Non Oui Séries : _____ Rép. : _____	Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible
Séance 2	Non Oui Séries : _____ Rép. : _____	Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Déplacement	Indiquer le nombre de minutes effectuées	Indiquer la raison pour laquelle le déplacement n'a pas été réalisé
Séance 1		Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible
Séance 2		Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Niveau de difficulté				Niveau d'appréciation				Douleur perçue			
								0	1	2	3



PUSH: IMPLEMENTATION

CAHIER SUIVI (2/2)

DATE :

Effectuez ces exercices 2 fois par jour

Exercice 1



2 séries 12 répétitions

Exercice 2



2 séries 12 répétitions

Marche



_____ min

Exercice 1	Indiquer si l'EX 1 a été fait	Indiquer la raison pour laquelle la séance n'a pas été réalisée
Séance 1	Non Oui Séries : _____ Rép. : _____	Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible
Séance 2	Non Oui Séries : _____ Rép. : _____	Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Exercice 2	Indiquer si l'EX 2 a été fait	Indiquer la raison pour laquelle la séance n'a pas été réalisée
Séance 1	Non Oui Séries : _____ Rép. : _____	Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible
Séance 2	Non Oui Séries : _____ Rép. : _____	Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Marche	Indiquer le nombre de minutes effectuées	Indiquer la raison pour laquelle la marche n'a pas été réalisée
Séance 1		Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible
Séance 2		Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Niveau de difficulté



Niveau d'appréciation



Douleur perçue

0

1

2

3



PUSH: IMPLEMENTATION

BANDEAU CHAMBRE (2/2)

(Afficher sur la porte)



Nom de la personne ou
numéro de chambre

EFFECTUEZ CES EXERCICES 2 FOIS PAR JOUR

EXERCICE 1



1 série 12 répétitions

EXERCICE 2



2 séries 12 répétitions

MARCHE



___ min / ___ mètres
___ nb de couloirs (___m)

(Indiquez la modalité à parcourir. Si cela est nb de couloir ajoutez la longueur du couloir)

NIVEAU DE SOUTIEN



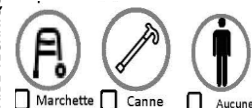
NIVEAU DE SOUTIEN



NIVEAU DE SOUTIEN



AIDE TECHNIQUE

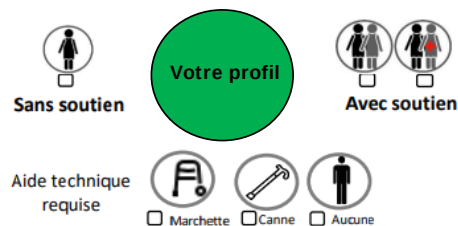


PUSH: IMPLEMENTATION

CONSIGNE DES EXERCICES (2/2)



Programme d'exercices



Temps de marche

2 fois par jour: ___ min / ___ mètres
 ___ nb de couloirs (___ m)

(Indiquez la modalité à parcourir. Si cela est nb de couloir ajoutez la longueur du couloir)

Exercice 1

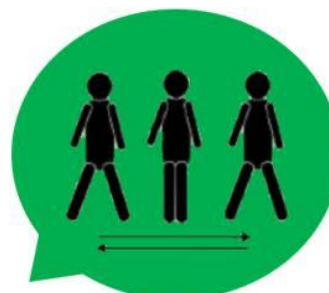


2 séries 12 répétitions

Consignes Exercice 1

- ☐ Commencez en position assise, bien adossé à votre chaise.
- ☐ Levez-vous de la chaise. Si possible, aidez-vous le moins possible de vos mains.
- ☐ Restez debout pour 10 secondes avant de vous rasseoir.
- ☐ Répétez le mouvement 12 fois.

Exercice 2



2 séries 12 répétitions

Consignes Exercice 2

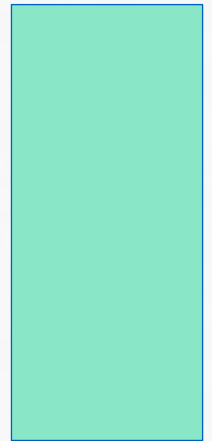
- ☐ Tenez-vous debout, à proximité d'un support.
- ☐ Déplacez votre pied gauche sur votre gauche, puis déplacez le pied droit dans le même sens.
- ☐ Retournez en position initiale.
- ☐ Déplacez ensuite votre pied droit sur votre droite, puis déplacez le pied gauche dans le même sens.
- ☐ Répétez ce mouvement 12 fois de chaque côté.

Effectuez ces exercices 2 fois par jour



PUSH IMPLANTABLE ?

OBJECTIF



OBJECTIFS

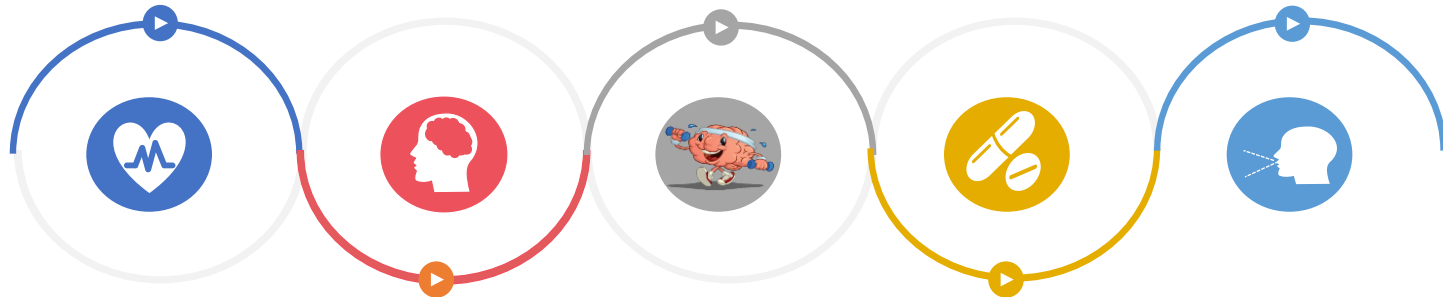
1. Évaluer la **faisabilité**  **utilisabilité**  **acceptabilité**    pour le milieu et pour le résident;
2. Explorer la **durée optimale du soin PUSH** pour induire des effets pour le résident et le milieu comparativement au soin usuel;
3. **Prévenir le déconditionnement** chez une population vulnérable;
4. **Freiner le déclin des capacités fonctionnelles** chez les aînés en CHSLD

POPULATION: CRITÈRES D'INCLUSION

Être un résident âgé de plus de 65 ans

Être en mesure de pratiquer de l'activité physique de façon sécuritaire tel qu'évalué par l'équipe de soins

Être collaborateur



Être en mesure de donner son consentement libre et éclairé à la participation au projet de recherche et à la participation au programme d'activité

Ne pas être en soins de fin de vie signifié par le médecin

LE CONSENTEMENT



RÉSIDENT - GROUPE PUSH

CONSENTEMENT VERBAL AU SOIN ET À ÊTRE CONTACTÉ POUR LA RECHERCHE

RÉSIDENT OU SON MANDATAIRE

Lire les informations suivantes, **durant la vague PUSH**, pour le résident éligible :

I- Le centre d'hébergement offre une nouvelle pratique de soins développée avec une équipe de recherche qui consiste à administrer des exercices à faire tous les jours. Pour pouvoir vous offrir ce soin, un membre de l'équipe de la réadaptation aura comme mandat de vous évaluer, via des tests physiques, afin de vous enseigner le programme le plus adapté à votre état de santé.

Consentez-vous à ce soin?

☐ Oui

☐ Non



II- De plus, afin de mieux adapter ce soin à chacun de nos résidents, nous aimerions utiliser d'autres données sur votre santé issues de votre dossier médical.

Y consentez-vous ?

☐ Oui

☐ Non

II- Même si vous avez refusé le soin, nous aimerions utiliser des données sur votre santé issues de votre dossier médical.

Y consentez-vous ?

☐ Oui

☐ Non

III-Finalement, notre collaboration avec l'équipe de recherche vise à nous aider à implanter cette nouvelle pratique de soin de façon optimale.

Dans ce cadre, vous serez invité à répondre à des questionnaires additionnels à ceux usuellement utilisés dans notre CHSLD.

Acceptez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche/professionnel de la réadaptation vous contacte pour cet aspect? :

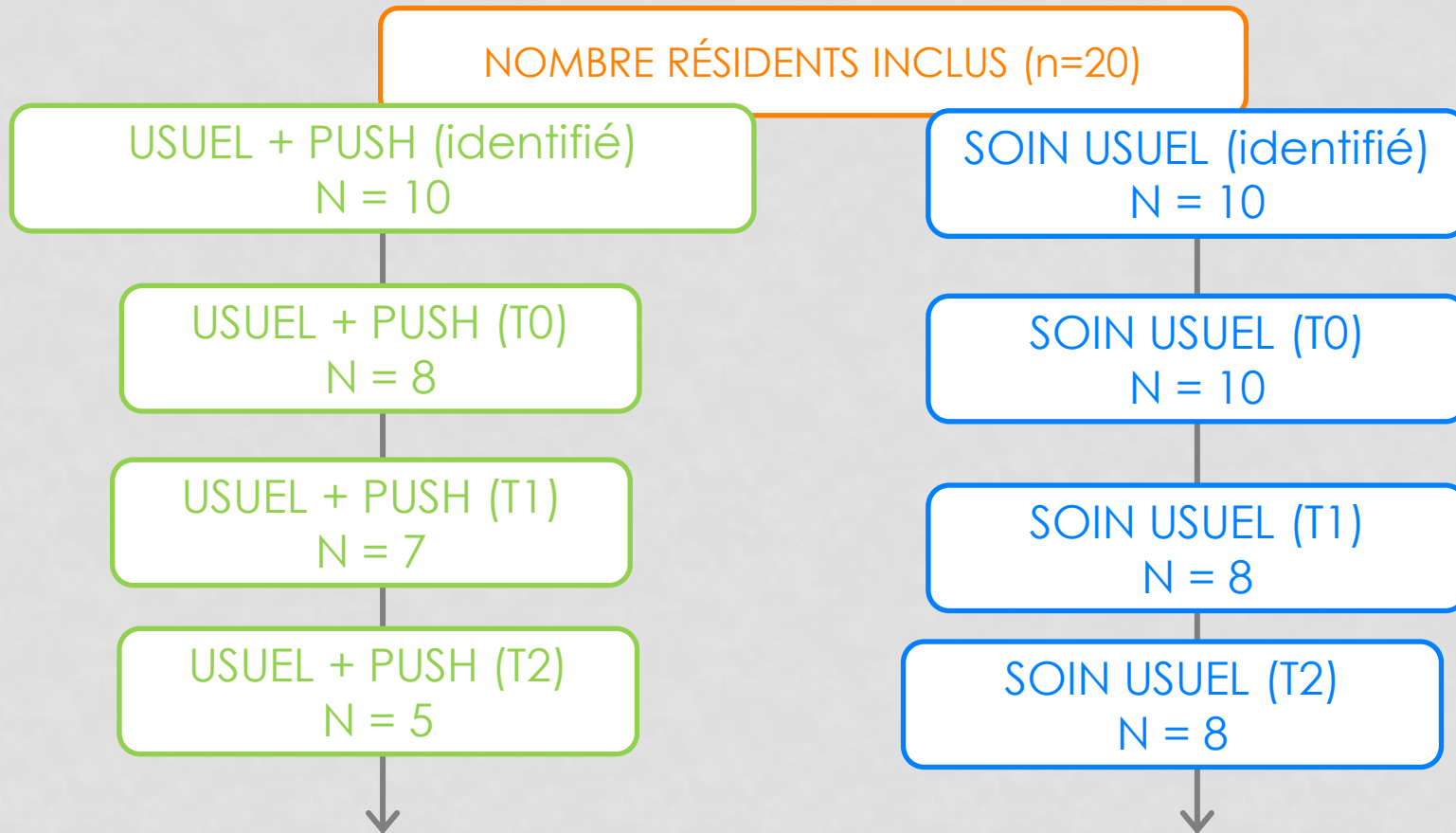
☐ Oui

☐ Non

Nom et initiale du membre de l'équipe

Date et heure

POPULATION



CARACTÉRISTIQUE GÉNÉRALE

	Groupe contrôle (n)	Groupe PUSH (n)	Significativité
N (hommes)	10 (4)	10 (4)	NA
Âge	81,5 ± 6,0	85,4 ± 9,2	0,105
IMC (kg/m2)	27,1 ± 7,9	25,3 ± 6,4	0,579
Berg (/56)	42,3 ± 2,1 (3)	31,3 ± 7,3 (6)	0,048
SBS (/44)	38,0 ± 4,7 (5)	35,5 ± 4,7 (8)	0,354
4MWT (m/s)	0,51 ± 0,13 (4)	0,54 ± 0,24 (6)	0,610
WPT-F (m/s)	0,43 (1)	0,43 ± 0,53 (2)	1,00
TAD30s (rép)	7,0 ± 3,0 (3)	4,8 ± 2,2 (6)	0,262
Préhension main droite (kg)	17,6 ± 8,4 (5)	10,9 ± 8,3 (6)	0,177

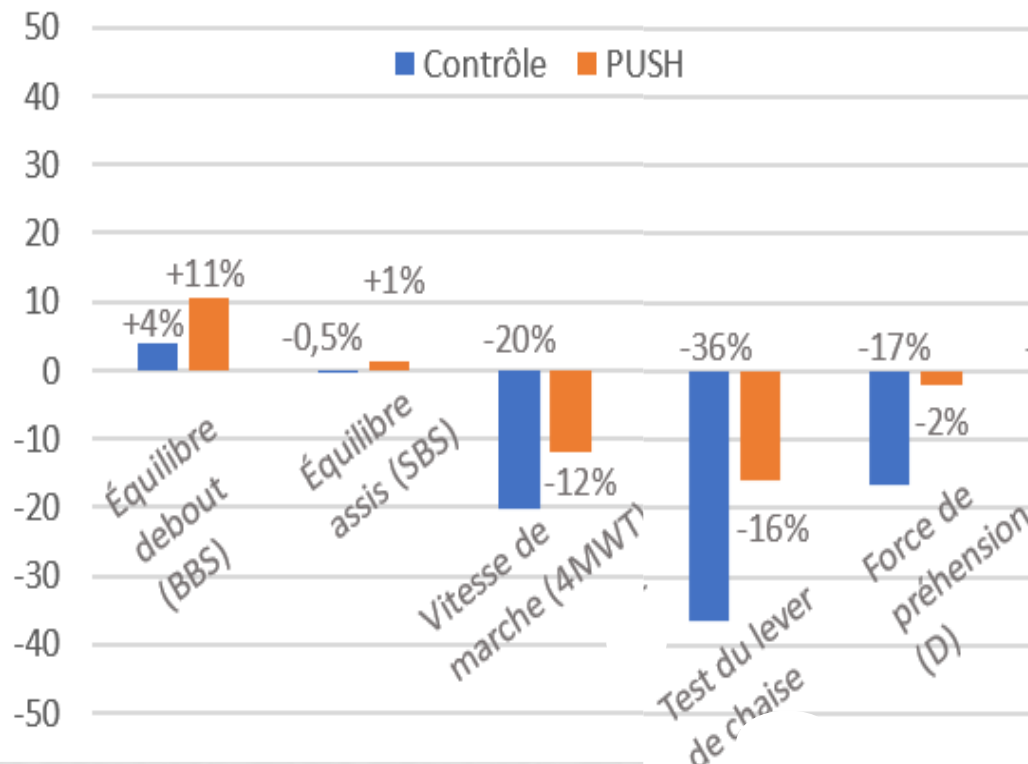
À l'inclusion, le groupe PUSH a significativement moins d'équilibre que le groupe Usuel

EFFET DE L'INTERVENTION (T0 VS T2)

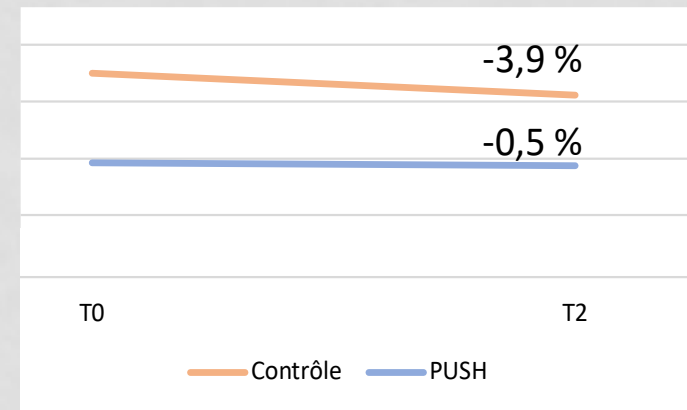
Progression de la capacité physique $\Delta T0-T2$								
Groupes	Participant	Berg (/56)	SBS (/44)	4MWT (m/s)	WPT-F (m/s)	TAD30s (rép)	Préhension main droite (kg)	Préhension main gauche (kg)
Contrôle	Différence moyenne $\pm$ ET	+ 0,3 $\pm$ 6,1	- 0,2 $\pm$ 6,8	- 0,10 $\pm$ 0,06	+ 0,20	- 2,0 $\pm$ 1,0	- 3,4 $\pm$ 2,5	- 3,6 $\pm$ 2,6
PUSH	Différence moyenne $\pm$ ET	+ 3,8 $\pm$ 8,1	+ 0,5 $\pm$ 4,6	- 0,06 $\pm$ 0,21	- 0,07 $\pm$ 0,19	+ 0,6 $\pm$ 3,7	+ 0,2 $\pm$ 2,1	- 0,2 $\pm$ 2,8
Significativité entre les groupes (Test de Mann Withney)		0,548	0,354	1,00	0,667	0,262	0,126	0,073

EFFET DE L'INTERVENTION (T0 VS T2)

Progression T2-T0



Capacité physique



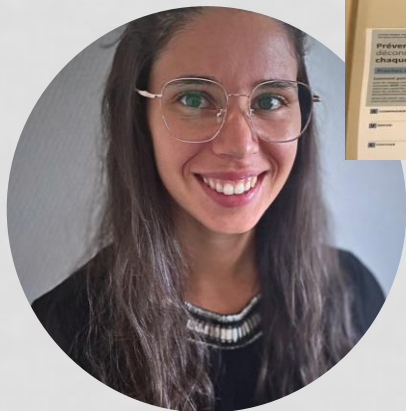
RETOUR DES ÉQUIPES DE SOINS / RÉSIDENTS ET PA

Le programme d'exercices aide pour ce qui est des capacités fonctionnelles des participants du groupe PUSH. En outre pour ce qui est de la tâche du « assis-debout » et de la marche. La collaboration, la complétion des cahiers de suivi et l'assiduité du personnel pour la réalisation des exercices sont les enjeux principaux. Une différence au niveau de la fonctionnalité des résidents est tout de même observable.

Certains participants du groupe PUSH ont mentionné éprouver du plaisir à faire leurs exercices. Certains affirment également que les exercices ne sont pas trop difficiles et qu'ils se sentent à l'aise de faire ce qu'il peuvent en fonction de leur forme du moment.

Certains proches aidant des participants du groupe PUSH ont mentionné être contents que leur proche soit bien pris en charge au niveau de leur forme physique, qu'il ne soit pas « abandonné ». Ils sont emballés et rassurés par le projet.

MERCI



& le CHSLD Bagoteville – CIUSSS Saguenay Lac St Jean

DURÉE DE L'ÉTUDE

PROJET PILOTE FAISABILITÉ (Phase II-a)

1 an avec des mesures tous les 3 mois (5 mesures)



PROJET EVALUATION (Phase II-b)

6 mois avec des mesures tous les 2 mois (4 mesures)

MODIFICATIONS

PROJET PILOTE FAISABILITÉ (Phase II-a)



PROJET EVALUATION (Phase II-b)

❑ Pour le résident ou la famille (cadre de la recherche)=
2 questionnaires (dont 1 sur la qualité de vie)

❑ Pour les équipes de soin (obligatoire)=
Que les AD à chaque 2 mois pour adapter la prescription

MODIFICATIONS DES SUIVIS

(Modification entre Phase de Faisabilité et Phase d'évaluation)

❑ Pour les équipes de soin (cadre de la recherche) =

DATE : _____

Effectuez ces exercices 2 fois par jour

Exercice 1

2 séries 12 répétitions

Exercice 1 Indiquez si l'ex 1 a été fait Indiquer la raison pour laquelle la séance n'a pas été réalisée

Séance 1 Non Oui Séries : _____ Rép : _____ Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Séance 2 Non Oui Séries : _____ Rép : _____ Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Exercice 2

2 séries 12 répétitions

Exercice 2 Indiquez si l'ex 2 a été fait Indiquer la raison pour laquelle la séance n'a pas été réalisée

Séance 1 Non Oui Séries : _____ Rép : _____ Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Séance 2 Non Oui Séries : _____ Rép : _____ Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Marche

_____ min

Marche Indiquez le nombre de minutes effectuées Indiquer la raison pour laquelle la marche n'a pas été réalisée

Séance 1 _____ Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Séance 2 _____ Je n'ai pas envie Je ne suis pas capable Aide non disponible

Niveau de difficulté

● ● ● ●

Niveau d'appréciation

😊 😊 😐 😞

Douleur perçue

0 1 2 3

Unité : _____

Professionnel : _____

PUSH

Semaine (date: JJ/MM/AA): _____

Résidents	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dim
Nom/ chambre :	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐
Obj marche : _____ min	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐
Nom/ chambre :	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐
Obj marche : _____ min	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐
Nom/ chambre :	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐
Obj marche : _____ min	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐
Nom/ chambre :	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐	Séance 2 Oui ☐ Non ☐	Séance 1 Oui ☐ Non ☐
Obj marche : _____ min	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐	Marche (min): Objetif marche: Oui ☐

Consignes : 1) Indiquez le 1^{er} jour de la semaine afin de se repérer dans le temps; 2) Indiquez le nom (ou initial) ou la chambre de la personne programme; 3) Indiquez l'objectif de marche dans la première case si dans la semaine vous cochez la case oui pour atteindre l'objectif de marche si à chaque jour le temps de marche (minutes); 4) cochez oui ou non si la séance d'exercice a été faite. Chaque annoté-on peut être rétroactive.

Suivi d'acceptabilité - spécificité du programme

PUSH

ÉVALUATION ACCEPTABILITÉ - SPÉCIFICITÉ :
Temps: 2-4-6 mois (encerclez la période)

Date (JJ/MM/AA): _____

Professionnel (nom/ rôle): _____

Résident: _____

1) Pouvez-vous m'indiquer la **difficulté** que vous avez ressentie lors de votre programme quotidien durant les 2 derniers mois **en encerclez la couleur correspondante**

● ● ● ●

Commentaires : _____

2) Pouvez-vous m'indiquer le **niveau de douleur** que vous avez ressentie lors de votre programme quotidien durant les 2 derniers mois **en encerclez l'image correspondante**

😊 😊 😐 😞

Commentaires : _____

3) Pouvez-vous m'indiquer le **niveau de satisfaction** que vous avez ressentie lors de votre programme quotidien durant les 2 derniers mois **en encerclez le pouce correspondant**

😊 😊 😐 😞

Commentaires : _____

4) Pouvez-vous m'indiquer le **niveau de motivation** que vous avez ressentie lors de votre programme quotidien durant les 2 derniers mois **en encerclez le pouce correspondant**

👍 👎

Commentaires : _____

Document produit par le laboratoire LMPD. Ne pas utiliser ou reproduire sans autorisation

PROJET PILOTE
(Phase II-a)

PROJET ÉVALUATION
(Phase II-b)

MESURES D'ADHÉRENCE

(Modification entre Phase de Faisabilité et Phase d'évaluation)

❑ Par l'équipe de recherche (cadre de la recherche)=
Suivi de l'adhérence (à tous les 2 mois via un suivi global)

Date : _____
Nom du résidents: _____



Bilan de l'adhérence / à l'AP: 2 - 4 - 6 mois (encerclez la période)

A) Dans les 2 derniers mois, avez-vous fait les exercices ?

- ☐ Oui (passez à la question 1 à 4)
☐ Non (passez à la question 5)

Si oui

1. En moyenne, combien de fois par semaine (inscrivez la réponse en nombre)

2. En moyenne, avez-vous fait tous les exercices ?

- ☐ Oui
☐ Non

3. Est-ce que cette fréquence a été stable durant les 2 mois ?

- ☐ oui
☐ non elle a augmenté dans le temps (pas beaucoup les premières semaines et plus dernièrement)
☐ non elle a diminué dans le temps (beaucoup les premières semaines et moins dernièrement)

4. Vous faites vos exercices :

- ☐ Seul
- En tout temps
 - Majoritairement
 - rarement
 - Pas du tout
- ☐ Accompagné par un proche
- En tout temps
 - Majoritairement
 - rarement
 - Pas du tout
- ☐ Accompagné par un membre du personnel
- En tout temps
 - Majoritairement
 - rarement
 - Pas du tout

Date : _____
Nom du résidents: _____



Si non

5. Pourquoi ne faites-vous pas vos exercices ?

- ☐ j'oublie de les faire
☐ personne pour m'aider
☐ j'aime pas ça
☐ manque de motivation
☐ manque de temps
☐ peur de les faire
☐ autre (indiquer la raison) : _____

B) Dans les 2 derniers mois, avez-vous fait votre marche ?

- ☐ Oui (passez à la question 1 à 4)
☐ Non (passez à la question 5)

Si oui

1. Combien de fois par semaine (écrire en chiffre)

2. En moyenne, combien de temps durait votre marche (en min) ?

3. Est-ce que cette fréquence a été stable durant les 2 mois ?

- ☐ oui
☐ non, elle a augmenté dans le temps (pas beaucoup les premières semaines et plus dernièrement)
☐ non, elle a diminué dans le temps (beaucoup les premières semaines et moins dernièrement)

4. Vous faites vos marches:

- ☐ Seul
- En tout temps
 - Majoritairement
 - rarement
 - Pas du tout
- ☐ Accompagné par un proche
- En tout temps
 - Majoritairement
 - rarement
 - Pas du tout
- ☐ Accompagné par un membre du personnel
- En tout temps
 - Majoritairement

Date : _____
Nom du résidents: _____



- rarement
- Pas du tout

Si non

5. Pourquoi ne faites-vous pas votre marche ?

- ☐ j'oublie de les faire
☐ personne pour m'aider
☐ j'aime pas ça
☐ manque de motivation
☐ manque de temps
☐ peur de les faire
☐ autre (indiquer la raison) : _____

C) Depuis les 2 derniers mois, faites-vous d'autres activités physiques que le programme d'exercice ?

- ☐ Non
☐ Oui (passez à la question 1)

Si oui

Quel type d'activité physique pratiquiez-vous ? (inscrivez le nom de l'activité physique, le type, l'intensité la durée, la fréquence et si nouvelle)

Activités	Types	Intensité	durée séance(min)	Nombre /semaine	La faisiez-vous avant ?
1-	O - Aérobie O - Résistance O - Corps & esprits	O- Légère (je peux discuter facilement) O- Modéré (je peux discuter difficilement) O- Intense (je ne peux pas discuter)			O- Oui O- Non
2-	O - Aérobie O - Résistance O - Corps & esprits	O- Légère (je peux discuter facilement) O- Modéré (je peux discuter difficilement) O- Intense (je ne peux pas discuter)			O- Oui O- Non
3-	O - Aérobie O - Résistance O - Corps & esprits	O- Légère (je peux discuter facilement) O- Modéré (je peux discuter difficilement) O- Intense (je ne peux pas discuter)			O- Oui O- Non
4-	O - Aérobie O - Résistance O - Corps & esprits	O- Légère (je peux discuter facilement) O- Modéré (je peux discuter difficilement) O- Intense (je ne peux pas discuter)			O- Oui O- Non

MESURES: SATISFACTION (SUS)

(Modification entre Phase de Faisabilité et Phase d'évaluation)

□ Par l'équipe de recherche (cadre de la recherche)=

Résident/ famille = Satisfaction / à l'outil PUSH (à la fin de l'intervention)

Équipe de soins = Satisfaction / à l'outil PUSH (à la fin des inclusions)



Satisfaction / Questionnaire SUS via équipe recherche**

** ce questionnaire est à poser pour le résident et le proche aidant (si c'est le cas à la fin des 6 mois) et pour les autres à la fin de l'inclusion

Date (JJ/MM/AA) : _____

Nom & Prénom : _____

Fonction du répondant: Résident – Proche Aidant – Équipe réadaptation – Équipe de soin – Gestionnaire

Nom du Milieu associé: _____

1. Je voudrais utiliser ce système (ou\$! PUSH) fréquemment

- ☐ Pas du tout d'accord
☐ Pas d'accord
☐ Ni d'accord, ni pas d'accord
☐ D'accord
☐ Tout à fait d'accord

2. Je trouve ce système (ou\$! PUSH) inutilement complexe

- ☐ Pas du tout d'accord
☐ Pas d'accord
☐ Ni d'accord, ni pas d'accord
☐ D'accord
☐ Tout à fait d'accord

3. Je pense que ce service (ou\$! PUSH) est facile à utiliser

- ☐ Pas du tout d'accord
☐ Pas d'accord
☐ Ni d'accord, ni pas d'accord
☐ D'accord
☐ Tout à fait d'accord



8. J'ai trouvé ce système (ou\$! PUSH) très lourd à utiliser

- ☐ Pas du tout d'accord
☐ Pas d'accord
☐ Ni d'accord, ni pas d'accord
☐ D'accord
☐ Tout à fait d'accord

9. Je me sentais très en confiance en utilisant ce système (ou\$! PUSH)

- ☐ Pas du tout d'accord
☐ Pas d'accord
☐ Ni d'accord, ni pas d'accord
☐ D'accord
☐ Tout à fait d'accord

10. J'ai besoin d'apprendre beaucoup de choses avant de pouvoir utiliser ce système

- ☐ Pas du tout d'accord
☐ Pas d'accord
☐ Ni d'accord, ni pas d'accord
☐ D'accord
☐ Tout à fait d'accord

Questions sur le programme d'activité physique pour le résident ou son proche

11. Avez-vous aimé le programme d'activité physique prescrit ?

- ☐ Insa8sfait
☐ Peu sa8sfait
☐ Sa8sfait
☐ Très sa8sfait



12. Pensez-vous que le niveau du programme d'AP prescrit était adapté à votre santé ?

- ☐ Totalement adapté
☐ Adapté
☐ Peu adapté
☐ Pas du tout adapté

13. Pensez-vous que le programme d'AP prescrit a permis d'améliorer votre santé ?

- ☐ Pas du tout d'accord
☐ Pas d'accord
☐ D'accord
☐ Tout à fait d'accord

14. Avez-vous chuté en exécutant les exercices prescrits ?

- ☐ Oui (passez à la quesBon 15)
☐ Non (passez à la quesBon 17)

Si oui

15. Combien de fois

16. Dans quelles circonstances ?

17. Qu'est-ce que vous avez aimé dans le programme et quels sont les facteurs qui ont facilités votre participation au programme?

L'IMPLANTATION DE PUSH EN RÉSUMÉ

Arbre décisionnel :

Passation de l'arbre décisionnel objectif (obligatoire)

Passation de l'arbre décisionnel subjectif (optionnel)

Prescription des programmes:

Feuille de prescription générale (optionnel)

Feuille de prescription spécifique (optionnel)

Programmes d'AP :

Feuille expliquant les exercices à remettre au patient ou à mettre dans sa chambre (obligatoire)

Feuille récapitulatif à placer sur frigo (optionnel mais fortement conseillé aide à faire réaliser seul les EX)

Bandeau identification programme devant porte pour équipe de soin (optionnel mais aide pour l'encouragement)

Adhérence au choix du milieu (optionnel mais fortement recommandé):

- ☐ Feuille de suivi journalière dans les duo tang
- ☐ Feuille global de suivi
- ☐ Évaluation adhérence à tous les 2 mois (minimum selon nous soit durant la réévaluation pour réajuster PROGRAMME via AD/ aidera à quantifier ou chiffrer la mise en place en AAPA- prévention déconditionnement)

Satisfaction (seulement dans le cadre du projet de recherche)

- ☐ Feuille d'évaluation journalière dans les duo tang
- ☐ Évaluation à tous les 2 mois (soit période de réévaluation)

Évaluation famille (seulement pour projet de recherche)

Évaluation KIN/TRP/Physio (pour projet de recherche donc optionnel sauf AD obligatoire pour ajuster les programmes aux 2 mois)

EFFET DE L'INTERVENTION (T0 VS T1)

Progression de la capacité physique $\Delta T1-T0$								
Groupes	Participant	Berg (/56)	SBS (/44)	4MWT (m/s)	WPT-F (m/s)	TAD30s (rép)	Préhension main droite (kg)	Préhension main gauche (kg)
Contrôle	Différence moyenne $\pm$ ET	- 2,6 $\pm$ 4,3	+ 0,3 $\pm$ 1,6	- 0,06 $\pm$ 0,15	- 0,10	- 0,9 $\pm$ 2,1	- 2,1 $\pm$ 1,6	- 0,9 $\pm$ 1,8
PUSH	Différence moyenne $\pm$ ET	+ 0,8 $\pm$ 6,3	- 0,8 $\pm$ 5,2	+ 0,03 $\pm$ 0,16	- 0,09	- 1,1 $\pm$ 3,1	- 0,5 $\pm$ 2,0	- 0,3 $\pm$ 2,4
Significativité entre les groupes (Test de Mann Withney)		0,429	0,397	0,394	1,00	1,00	0,295	0,710

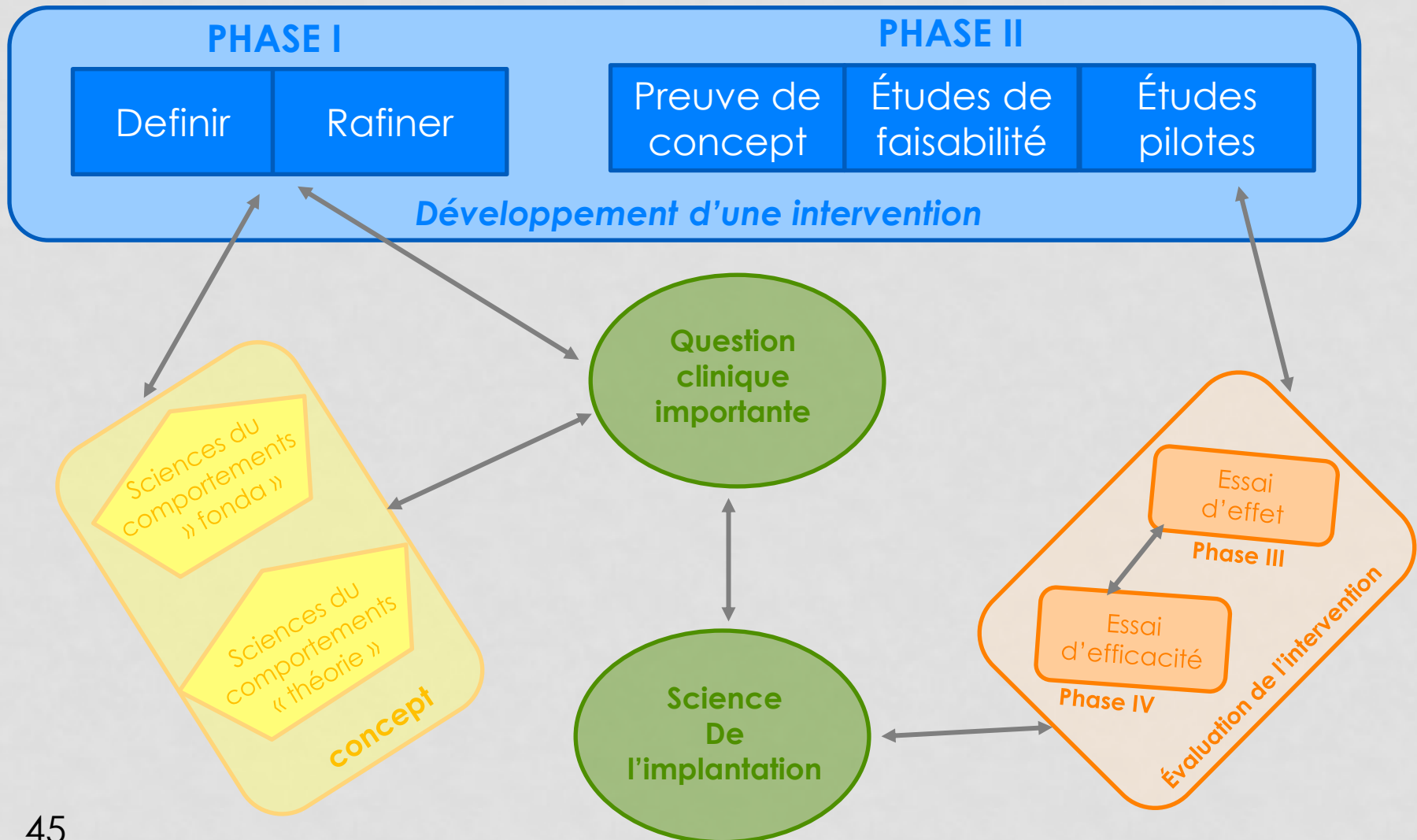
EFFET DE L'INTERVENTION (T1 VS T2)

Progression de la capacité physique $\Delta T2-T1$								
Groupes	Participant	Berg (/56)	SBS (/44)	4MWT (m/s)	WPT-F (m/s)	TAD30s (rép)	Préhension main droite (kg)	Préhension main gauche (kg)
Contrôle	Différence moyenne $\pm$ ET	+ 5,0 $\pm$ 6,3	- 3,2 $\pm$ 6,1	- 0,04 $\pm$ 0,13	+ 0,30	- 1,9 $\pm$ 2,0	- 1,9 $\pm$ 2,3	- 3,1 $\pm$ 3,3
PUSH	Différence moyenne $\pm$ ET	+ 3,0 $\pm$ 9,9	+ 1,3 $\pm$ 3,6	- 0,09 $\pm$ 0,15	- 0,12	+ 0,4 $\pm$ 1,8	- 0,0 $\pm$ 2,6	+ 0,1 $\pm$ 1,6
Significativité entre les groupes (Test de Mann Withney)		0,905	0,284	0,476	1,00	0,250	0,432	0,065

RECOMMANDATION EN CHSLD

- ❑ **Nombre de séance:** 2 séances d'AP combinées (équilibre, flexibilité, résistance, aérobie, exercices fonctionnels) par semaine.
- ❑ **Durée des séances:** 35 à 45 minutes par séance.
- ❑ **Durée de l'intervention:** > 8 semaines et idéalement 12 à 16 semaines

ESSENCE & PERSPECTIVES



LES 4 ÉTAPES PUSH

