

L'impact d'un programme éducatif sur la qualité de vie de personnes âgées autonomes et hypertendues en milieu francophone minoritaire

Par Myriam Taillon

Supervisée par Dr Sanni Yaya, Ph.D., M.Sc. et Dre Marie-Hélène Chomienne, MD, M.Sc.

Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences du programme de
Maîtrise en sciences interdisciplinaires de la santé

École interdisciplinaire des sciences de la santé
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Sommaire

L'hypertension artérielle est une maladie chronique qui affecte près de 50 % des personnes de plus de 65 ans au Canada et de façon disproportionnelle, les communautés en situation minoritaire linguistique. L'objectif du projet était de sensibiliser des personnes de 65 ans et plus, hypertendues, en milieu francophone minoritaire aux facteurs de risque de l'hypertension par des ateliers éducatifs. L'impact de ces ateliers a été mesuré par un questionnaire sur la qualité de vie et des groupes de discussion. Il y a eu 34 participants. Les questionnaires ont révélé une amélioration dans les dimensions physique et mentale de la santé des participants ($p < 0,001$). Les groupes de discussion ont démontré que les participants comprenaient mieux la maladie et avaient modifié certains comportements. Les ateliers ont été reconnus comme très positifs par les participants. En conclusion, ce programme éducatif de 3 mois est efficace, faisable et apprécié chez cette population.

Mots clés : Hypertension artérielle, haute pression, francophone en situation linguistique minoritaire, personnes âgées, prise en charge, programme éducatif

Abstract

Hypertension is a chronic disease that affects nearly 50 % of the people over 65 years of age in Canada and more disproportionately in the communities living in linguistic minority. The objective of the project was to raise awareness of the risk factors of hypertension by educational workshops, to hypertensive seniors in Francophone minority communities. The impact of these workshops was measured by a questionnaire on the quality of life and focus groups. There were 34 participants. The questionnaires revealed improvement in the physical and mental dimensions of health of participants ($p < 0.001$). Focus groups demonstrated a better understanding of the disease along with a change in behaviour. The workshops were positively received by the participants. In conclusion, this 3-month educational program is effective, feasible and much appreciated among this population.

Keywords: Arterial hypertension, high blood pressure, Francophone minority communities, seniors, management, educational program.

Remerciements

Premièrement, j'aimerais commencer par remercier les participants et mes deux superviseurs; Dr Sanni Yaya, qui a toujours répondu à mes nombreuses questions, et Dre Marie-Hélène Chomienne, pour avoir cru autant en moi. Sans vous, je n'y serais certainement pas arrivé. Vous êtes des personnes exceptionnelles et c'était un honneur de travailler avec vous.

J'aimerais aussi remercier les membres de mon comité de thèse; Dre Frédérique Tesson et Dr John Joannis. Merci pour votre support continu, vos bons conseils tout au long de mon cheminement et votre implication dans mon projet.

Un merci spécial à Dr Raywat Deonandan pour l'aide avec le côté statistique, à Dre Angel Foster et Rosanne Blanchet pour le côté qualitatif, ainsi qu'à Aklile Firke pour la traduction anglophone de mon résumé. Votre temps a été très apprécié et je vous suis très reconnaissante.

D'un autre côté, merci à ma mère qui a toujours été là pour me soutenir et me changer les idées dans les moments difficiles. Même si j'ai maintenant 24 ans, je resterais toujours ta petite fille.

À Martin Labre; merci de t'être occupé de la fonctionnalité de mon portable et de mes gadgets électroniques. Si tu n'avais pas été là, je serais sans aucun doute encore en train de chercher comment brancher mon imprimante.

Merci à Marie-Josée qui a sacrifié certaines de ses obligations pour prendre des notes dans les groupes de discussion. Bientôt, ce sera à ton tour de mener ton projet de recherche.

Aussi, merci à mon frère et Dre Drey pour votre enthousiasme et à mes amies pour vos niaiseries.

Avant de terminer, je veux remercier Mousseline et Méo pour votre compagnie pendant l'écriture de cette thèse, sans oublier mes deux hommes : Thomas et Justin Lepage, pour m'avoir donné le sourire lors de découragement.

Finalement, un grand merci au *Consortium national de formation en santé* pour le soutien financier durant l'année scolaire 2014-2015 et merci à l'Université d'Ottawa pour m'avoir permis de mettre en place mon propre projet dans le domaine de mon choix. Je veux finir en remerciant le *Programme éducatif canadien sur l'hypertension*, la *Fondation des maladies du cœur et de l'AVC*, *Santé Canada* et *l'Agence de la santé publique du Canada* pour les nombreuses ressources fournies.

Table des matières

| | |
|---|----------|
| SOMMAIRE/ABSTRACT | II |
| REMERCIEMENTS..... | III |
| LISTE DES FIGURES..... | VIII |
| LISTE DES TABLEAUX..... | IX |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES | X |
| CHAPITRE I | |
| INTRODUCTION | 1 |
| 1.1 Problématique de recherche | 1 |
| 1.2 Objectifs de recherche | 3 |
| 1.3 Questions de recherche..... | 3 |
| 1.4 Hypothèses de recherche | 3 |
| 1.5 Retombées du projet | 3 |
| 1.6 Structure de la thèse | 4 |
| CHAPITRE II | |
| REVUE DE LITTÉRATURE..... | 5 |
| 2.1 La pression artérielle et l’hypertension artérielle | 5 |
| 2.1.1 Définitions et mesure de la pression artérielle | 5 |
| 2.1.2 Les types d’hypertension artérielle | 6 |
| 2.1.3 Le changement des habitudes de vie | 6 |
| 2.2 L’hypertension artérielle et les programmes de prise en charge..... | 8 |
| 2.2.1 L’hypertension artérielle et des programmes de prise en charge chez des personnes âgées..... | 10 |
| 2.2.2 L’hypertension artérielle et des programmes de prise en charge chez des personnes âgées en population minoritaire | 12 |

| | | |
|--|---|----|
| 2.2.3 | L'hypertension artérielle et des programmes de prise en charge chez des personnes âgées en milieu francophone minoritaire | 13 |
| 2.3 | L'hypertension artérielle et les programmes éducatifs..... | 14 |
| 2.3.1 | L'hypertension artérielle et des programmes éducatifs chez des personnes âgées | 16 |
| 2.3.2 | L'hypertension artérielle et des programmes éducatifs chez des personnes âgées en population minoritaire | 17 |
| 2.3.3 | L'hypertension artérielle et des programmes éducatifs chez des personnes âgées en milieu francophone minoritaire | 18 |
| CHAPITRE III | | |
| CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES..... | | |
| 3.1 | Contexte de l'étude | 19 |
| 3.2 | Devis de recherche | 19 |
| 3.3 | Milieu de recherche..... | 20 |
| 3.4 | Population à l'étude | 20 |
| 3.5 | Recrutement et échantillonnage..... | 21 |
| 3.6 | Collecte des données..... | 22 |
| 3.6.1 | Programme éducatif..... | 22 |
| 3.6.2 | Questionnaire | 26 |
| 3.6.3 | Groupes de discussion..... | 29 |
| 3.7 | Analyse des données | 30 |
| 3.7.1 | Analyses statistiques | 30 |
| 3.7.2 | Analyse qualitative : codification et catégorisation | 32 |
| 3.8 | Critères de rigueur : qualités des données et limites..... | 32 |
| 3.9 | Considérations éthiques..... | 33 |

| | |
|--|----|
| CHAPITRE IV | |
| PRÉSENTATION DES RÉSULTATS | 35 |
| 4.1 Volet quantitatif | 35 |
| 4.1.1 Caractéristiques des participants et exploration du sexe | 35 |
| 4.1.2 Raisons qui expliquent l'abandon du programme et distribution | 38 |
| 4.1.3 Participation pour les séances éducatives et groupes de discussion | 39 |
| 4.1.4 Analyses plus approfondies des caractéristiques des participants | 41 |
| 4.1.5 Cohérence interne et données manquantes du questionnaire RAND SF-36 1.0 | 42 |
| 4.1.6 Associations entre certaines caractéristiques des participants et les scores aux dimensions physique et mentale..... | 45 |
| 4.1.7 Différence entre les scores pré/post du questionnaire | 56 |
| 4.2 Volet qualitatif | 59 |
| 4.2.1 Compréhension de la maladie et de ses facteurs de risques | 59 |
| 4.2.2 L'hypertension : de grands défis, dont certains surmontables | 65 |
| 4.2.3 Un programme utile, faisable et apprécié..... | 71 |
| CHAPITRE V | |
| DISCUSSION | 80 |
| 5.1 Sommaire des résultats de l'étude..... | 80 |
| 5.1.1 Amélioration des scores de qualité de vie | 81 |
| 5.1.2 Amélioration perçue des connaissances et changements dans les habitudes | 83 |
| 5.1.3 Défis plus surmontables | 84 |
| 5.1.4 Rôle perçu du programme | 84 |
| 5.2 Limites de la recherche..... | 86 |
| 5.3 Pistes pour recherches futures..... | 87 |
| CHAPITRE VI | |
| CONCLUSION | 88 |
| RÉFÉRENCES | 89 |

| | |
|---|-----|
| ANNEXE 1 | |
| LETTRES DE PERMISSION DES QUATRE RÉSIDENCES..... | 111 |
| ANNEXE 2 | |
| AFFICHE DE RECRUTEMENT..... | 114 |
| ANNEXE 3 | |
| SCRIPT TÉLÉPHONIQUE POUR INVITATION À PARTICIPER AU PROJET..... | 115 |
| ANNEXE 4 | |
| FEUILLE DE CARACTÉRISTIQUES DU PARTICIPANT | 117 |
| ANNEXE 5 | |
| QUESTIONNAIRE..... | 119 |
| ANNEXE 6 | |
| ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ DE L'ÉTUDIANTE BÉNÉVOLE..... | 124 |
| ANNEXE 7 | |
| GUIDES POUR GROUPES DE DISCUSSION..... | 125 |
| ANNEXE 8 | |
| FORMULAIRE DE CONSENTEMENT..... | 129 |
| ANNEXE 9 | |
| APPROBATION ÉTHIQUE..... | 140 |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1. Répartition et pourcentages des raisons qui expliquent l'abandon du programme | 38 |
| Figure 2. Répartition et pourcentages du taux d'abandon selon le lieu de résidence..... | 39 |
| Figure 3. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension physique selon l'âge | 46 |
| Figure 4. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension mentale selon l'âge..... | 46 |
| Figure 5. Graphique illustrant la comparaison des scores des femmes entre avant et après de la dimension physique selon l'âge | 48 |
| Figure 6. Graphique illustrant la comparaison des scores des femmes entre avant et après de la dimension mentale selon l'âge..... | 48 |
| Figure 7. Graphique illustrant la comparaison des scores des hommes entre avant et après de la dimension physique selon l'âge | 49 |
| Figure 8. Graphique illustrant la comparaison des scores des hommes entre avant et après de la dimension mentale selon l'âge..... | 49 |
| Figure 9. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension physique, selon l'indice de masse corporelle | 51 |
| Figure 10. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension mentale, selon l'indice de masse corporelle | 51 |
| Figure 11. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension physique selon l'indice de masse corporelle, des participants d'un niveau d'éducation primaire | 53 |
| Figure 12. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension mentale selon l'indice de masse corporelle, des participants d'un niveau d'éducation primaire..... | 53 |
| Figure 13. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension physique selon l'indice de masse corporelle, des participants d'un niveau d'éducation secondaire et plus | 54 |
| Figure 14. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension mentale selon l'indice de masse corporelle, des participants d'un niveau d'éducation secondaire et plus | 54 |

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1. Échelles et dimensions correspondantes selon les items du questionnaire RAND SF-36 1.0 (Rand Health, 2016)..... | 27 |
| Tableau 2. Transformation des réponses à chaque item du RAND SF-36 1.0, en score de 0 à 100 (Rand Health, 2016) | 28 |
| Tableau 3. Caractéristiques des participants au début du programme, selon la résidence | 36 |
| Tableau 4. Sexe des résidents en septembre pour les cinq endroits étudiés et pourcentage de participation au programme selon celui-ci..... | 37 |
| Tableau 5. Nombre de présences et pourcentages de participation pour chaque séance éducative et chaque groupe de discussion, selon la résidence..... | 40 |
| Tableau 6. Pourcentages de participation pour les séances éducatives et les groupes de discussion dans chacune des résidences | 41 |
| Tableau 7. Pourcentages de cohérence interne du questionnaire RAND SF-36 1.0 administré pré-post, selon certains items choisis ($n = 34$)..... | 42 |
| Tableau 8. Statistiques descriptives des 8 échelles, d'un item et des 2 dimensions du questionnaire RAND SF-36 1.0, administré pré-post ($n = 34$)..... | 44 |
| Tableau 9. Résultats des corrélations de Spearman entre l'âge et les scores du questionnaire RAND SF-36 1.0, avant et après le programme ($n = 34$) | 45 |
| Tableau 10. Résultats des corrélations de Spearman entre l'âge et les scores du questionnaire RAND SF-36 1.0, selon le sexe ($n = 34$)..... | 47 |
| Tableau 11. Résultats des corrélations de Spearman entre l'indice de masse corporelle et les scores du questionnaire RAND SF-36 1.0, avant et après le programme ($n = 34$) | 50 |
| Tableau 12. Résultats des corrélations de Spearman entre l'indice de masse corporelle et les scores du questionnaire RAND SF-36 1.0, selon le niveau d'éducation ($n = 34$)..... | 52 |
| Tableau 13. Résultats d'un test de Kruskal-Wallis entre le sexe, le lieu de résidence et le niveau d'éducation et les scores du questionnaire RAND SF-36 1.0, avant et après le programme ($n = 34$) | 55 |
| Tableau 14. Résultats d'un test de Wilcoxon comparant les scores pré/post du questionnaire RAND SF-36 1.0 ($n = 34$)..... | 56 |
| Tableau 15. Résultats d'un test de Wilcoxon comparant les scores pré/post du questionnaire RAND SF-36 1.0, selon le sexe ($n = 34$)..... | 57 |
| Tableau 16. Résultats d'un test de Wilcoxon comparant les scores pré/post du questionnaire RAND SF-36 1.0, selon l'éducation ($n = 34$)..... | 58 |

Liste des abréviations, sigles et acronymes

| | |
|-------|--|
| AVC | Accident(s) vasculaire(s) cérébral (aux) |
| BP | Douleurs physiques pour <i>Pain</i> |
| FSLM | Francophone(s) en situation linguistique minoritaire |
| GD | Groupe(s) de discussion |
| GH | Perception globale de l'état de santé pour <i>General Health</i> |
| HT | Modifications de l'état de santé au cours de l'année écoulée pour <i>Health change</i> |
| HTA | Hypertension artérielle |
| IMC | Indice de masse corporelle |
| MH | Évaluation de la santé psychique pour <i>Emotional well-being</i> |
| mm Hg | Millimètre(s) de mercure |
| PA | Pression(s) artérielle |
| PAD | Pression artérielle diastolique |
| PAS | Pression artérielle systolique |
| PECH | Programme éducatif canadien sur l'hypertension |
| PF | Activité physique pour <i>Physical functioning</i> |
| RE | Limitations dues à l'état psychique pour <i>Role limitations due to emotional problems</i> |
| RP | Limitations dues à l'état physique pour <i>Role limitations due to physical health</i> |
| SF | Vie et relations avec les autres pour <i>Social functioning</i> |
| VT | Énergie et vitalité pour <i>Energy/fatigue</i> |

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Nous présenterons dans cette partie la problématique de notre recherche. Il s'agira essentiellement de permettre au lecteur de mieux saisir le problème de recherche qui nous occupe et de présenter un ensemble de liens qui démontrent la pertinence de la recherche proposée du point de vue du savoir ainsi que du point de vue social. Par la suite, les objectifs, les questions de recherche et les hypothèses seront abordés, tout comme les retombées du projet. Nous terminerons en décrivant la structure de la thèse.

1.1 Problématique de recherche

L'hypertension artérielle (HTA) est une pathologie complexe qui représente l'un des plus grands problèmes de santé au niveau mondial (Angeli, Reboldi, & Verdecchiac, 2013). Elle pose à la fois un défi pour la médecine (Kaiser, Lotze, & Schäfer, 2014), mais représente aussi un enjeu de santé publique (Campbell *et al.*, 2014; Campbell, Lackland, & Niebylski, 2014). En 2006-2007, près de six millions de Canadiens et de Canadiennes de 20 ans et plus estimaient qu'ils étaient atteints d'HTA (Agence de la santé publique de, 2010). Il est aussi possible que ce nombre de cas soit inférieur à la prévalence réelle, étant donné qu'environ 5 % des personnes qui disaient prendre des médicaments antihypertenseurs affirmaient ne pas souffrir d'HTA et que près de 50 % des personnes hypertendues ignorent faire de l'HTA (Joffres *et al.*, 1997; Tu, Campbell, Chen, Cauch-Dudek, & McAlister, 2007). De plus, au Canada, 34 % des personnes souffrant d'HTA ne contrôlent pas leur maladie (Wilkins *et al.*, 2010). Au niveau mondial, le nombre de personnes qui ne contrôlent pas leur HTA est passé de 605 millions en 1980 à 978 millions en 2008 principalement en raison du vieillissement de la population (Danaei *et al.*, 2011). La prévalence de l'HTA chez les personnes âgées étant beaucoup plus élevée, il est important de porter une attention particulière à la maladie dans cette tranche de population (Brindel *et al.*, 2006).

Les populations en situation minoritaires ont souvent de la difficulté à contrôler leur pression artérielle (PA), pour différentes raisons (Ferdinand, 2006). Entre autres, les maladies cardiovasculaires comme l'HTA continuent d'affecter disproportionnellement le contrôle chez ces populations en raison des barrières linguistiques (Betancourt, Carrillo, & Green, 1999). Même si des progrès importants ont été réalisés dans les dernières années pour réduire le taux de mortalité lié

aux maladies chroniques, les populations en situation minoritaires démontrent une amélioration moins marquée (Francis, 1991). Plus précisément, les francophones ontariens se perçoivent en moins bonne santé que celle de la population de l'ensemble de la province. En 2000-2001, une proportion significativement plus faible de francophone (61 %) que d'anglophones (66 %) considère leur état de santé à un niveau « élevé ». Ils ont aussi une plus grande tendance à souffrir de certaines maladies chroniques, comme l'HTA (11,2 % pour les francophones vs 9,5 % pour les anglophones en Ontario) (Picard *et al.*, 2000; Picard & Allaire, 2005).

Outre la médication, des changements dans les habitudes de vie sont souvent envisagés comme une façon de prévenir et traiter l'HTA. Le *Programme éducatif canadien sur l'hypertension* (PECH) propose entre autres plusieurs méthodes pour améliorer le contrôle de la maladie (Daskalopoulou *et al.*, 2012). En résumé, les voici : 1) maintenir sa consommation de sel à moins de 2000 mg/jour et entre 1500 mg et 2300 mg/jour pour les patients hypertendus ; 2) faire 30 à 60 minutes d'exercice aérobique, quatre à sept jours par semaine ; 3) maintenir un IMC entre 18,5 et 24,9 ainsi qu'une circonférence de taille inférieure à 102 cm pour les hommes et 88 cm pour les femmes ; 4) limiter sa consommation d'alcool à moins de deux verres par jour, n'excédant pas 14 verres par semaines pour les hommes et neuf verres par semaines pour les femmes ; 5) avoir une alimentation réduite en gras saturés et en cholestérol et mettre l'emphase sur les fruits, les légumes, les produits laitiers faibles en gras, les fibres solubles, les grains entiers et les protéines de sources végétales ; et 6) trouver une façon de gérer son stress efficacement (Hypertension Canada, 2016f). Ces recommandations seront détaillées davantage à la section 2.1.3. Plusieurs autres études viennent également appuyer ces recommandations (Appel, 2003; Chobanian *et al.*, 2003; Dickinson *et al.*, 2006; Ebrahim & Davey Smith, 1998; Elmer *et al.*, 2006; Mancia *et al.*, 2007; Whelton *et al.*, 2002; Whitworth, 2003). Par contre, pour arriver à ces changements, la population doit être informée et les personnes affectées doivent comprendre leur maladie. La nécessité d'un programme éducatif entre donc en ligne de compte pour améliorer les connaissances de cette maladie complexe (Dubiel, Cwynar, Januszewicz, & Grodzicki, 2005).

Même si le contrôle de l'HTA s'est nettement été amélioré durant les 20 dernières années, il est nécessaire de continuer d'analyser l'efficacité de la prise en charge afin de prévenir les complications, mais aussi réduire la proportion de la population pour qui la maîtrise de l'HTA reste un défi (Robitaille

et al., 2012). Pour ces raisons, un projet de recherche éducatif a été développé chez une population spécifique, soit les personnes âgées francophones en situation linguistique minoritaire (FSLM).

1.2 Objectifs de recherche

L'objectif général de ce projet de recherche est de sensibiliser et d'informer les personnes âgées, autonomes et hypertendues d'un milieu francophone minoritaire aux facteurs de risque de l'HTA en menant des ateliers éducatifs en face à face. Les objectifs spécifiques consistent à 1) établir une comparaison entre les scores d'un questionnaire de santé sur la qualité de vie, entre avant et après le programme éducatif proposé pour identifier l'impact des ateliers et 2) recueillir les perceptions des participants sur leurs saines habitudes de vie, leurs défis face à l'HTA et sur les séances éducatives qui leur ont été proposées.

1.3 Questions de recherche

En ce qui a trait aux questions de recherche, il s'agit d'examiner, avant et après un programme éducatif :

1. Quelle est la différence entre les scores d'un questionnaire sur la qualité de vie?
2. Comment se comparent les perceptions sur les habitudes de vie?
3. Quels sont les défis que rencontraient les participants face à l'HTA?
4. Comment les participants perçoivent-ils le programme?

1.4 Hypothèses de recherche

Les hypothèses constituent des réponses temporaires, à vérifier, aux questions de recherche posées. Dans le cadre de cette recherche, notre hypothèse principale est la suivante : un programme éducatif offert en français et en face à face sur l'HTA aurait comme effet pour les participants 1) d'améliorer leur qualité de vie, 2) de leur permettre de mieux connaître les habitudes de vie qui contribuent au contrôle de l'HTA, 3) de rendre certains défis ressentis face à l'HTA plus surmontables et 4) de reconnaître le rôle perçu d'un tel programme.

1.5 Retombées du projet

Cette étude permettrait de mieux comprendre, explorer et approfondir les bienfaits d'un programme de prise en charge éducatif adapté aux personnes FSLM. Mettre sur pied un tel programme

contribuerait à explorer les obstacles quotidiens que rencontrent les participants et permettrait de déterminer les contraintes auxquelles fait face cette population en ce qui a trait à la gestion de la maladie. Ce programme permettrait aussi de développer des outils efficaces et disponibles en français afin de combler les besoins de cette population souvent négligée. De plus, ce projet de recherche permettrait d'améliorer les connaissances sur les personnes âgées FSLM. Finalement, les services de santé en français pourraient être informés des résultats, ce qui pourrait aussi promouvoir l'importance de la recherche dans ce domaine.

1.6 Structure de la thèse

Cette thèse vise à examiner si un programme éducatif auprès d'un échantillon de personnes âgées FSLM peut les aider à mieux prendre en charge le contrôle de leur HTA.

Pour commencer, une revue de littérature incluant quelques généralités sur la PA et l'HTA sera présentée. La revue littéraire comprendra aussi la description de plusieurs programmes de prise en charge et éducatifs chez différentes populations, dans le but d'explorer ce qui a déjà été accompli. L'utilité de cette revue de littérature est qu'elle nous permettra de faire le bilan de ce que l'on sait déjà sur la question de recherche. Nous adopterons une posture analytique dans la mesure où notre revue ne consistera pas seulement à faire une liste des auteurs et de leurs idées, mais aussi à identifier des tendances, des orientations, et à discuter des conséquences des choix qui fondent ces orientations, en mettant les auteurs en dialogue entre eux, et en soumettant leurs idées et leurs travaux à la critique.

Une méthodologie détaillée suivra, pour expliquer les démarches qui ont été entreprises afin de procéder à la réalisation du projet. Cette composante de notre recherche est plus concrète et permet de dire comment nous allons nous y prendre pour répondre à la question de recherche, quel type d'informations empiriques allons-nous chercher, où allons-nous les chercher; auprès de qui ou de quoi. Par la suite, les résultats quantitatifs et qualitatifs seront présentés. Le tout se terminera avec une analyse des résultats à l'aide de comparaison des constats antérieurs. Finalement, la thèse sera conclue en résumant l'étude, en exposant les limites et en se prononçant sur des recommandations futures.

CHAPITRE II

REVUE DE LITTÉRATURE

Au cours des dernières années, des connaissances sur la PA et l'HTA se sont dessinées avec l'évolution de la recherche. Plusieurs font d'ailleurs l'objet d'un consensus mondial. La prochaine section abordera quelques-uns de ces fondamentaux, qui sont largement reconnus à ce jour.

Les ressources bibliographiques telles que les livres savants, les journaux scientifiques, les dissertations et thèses sur les sites de la bibliothèque de l'Université d'Ottawa ont été consultés, ainsi que les bases de données Scopus, EBSCOhost, ProQuest, Books@Ovid, Cochrane Library, PubMed et CINHALL. Les mots clés qui ont servi pour cette recherche sont en grande partie ceux qui ont été présentés au résumé. Des articles anglophones et francophones ont été cherchés, peu importe l'année de publication. Lorsqu'une information apparaissait intéressante, la source primaire a été identifiée et cherchée avec la section référence de l'article secondaire. De plus, certains sites internet clés trouvés à l'aide du navigateur Google ont été exploités pour certaines informations plus générales. Les références ont été gérées par l'entremise du logiciel Refworks, aussi disponible pour les étudiants fréquentant l'Université d'Ottawa.

2.1 La pression artérielle et l'hypertension artérielle

2.1.1 Définitions et mesure de la pression artérielle

La PA peut se définir comme étant « la force que le sang exerce sur la paroi de vos artères pendant qu'il circule » qui permet au sang de remplir son rôle de transporteur d'oxygène et d'éléments nutritifs (Hypertension Canada, 2016d). La PA varie; elle est plus élevée lorsque la personne est réveillée, debout et à l'effort ou en situation de stress, puisque le système nerveux la contrôle en grande partie. (Ambrosi, 2006). Elle se mesure en millimètre de mercure (mm Hg) à l'aide d'un tensiomètre (Hypertension Canada, 2016b). On retient deux chiffres; le premier est la pression systolique (PAS) qui correspond à la pression générée dans les artères par le cœur qui se contracte et le deuxième chiffre est la pression diastolique (PAD) qui correspond à la pression dans les artères lorsque le cœur se relâche. La PA est dite normale si elle est inférieure ou égale à 130/85, tout en étant supérieure à 100 mm Hg pour la PAS (Hypertension Canada, 2016c). Au-dessus de 140 pour la PAS ou 90 pour la PAD, on parlera d'HTA, qui correspond à une pression du sang trop forte sur la

paroi des artères pouvant résulter en diverses complications (Ambrosi, 2006; Hypertension Canada, 2016d).

2.1.2 Les types d'hypertension artérielle

Dans la littérature, deux types d'HTA sont généralement reconnus. 1) L'HTA primaire ou essentielle touche la grande majorité des cas et ne possède aucune cause connue et évidente. L'âge, la nutrition, le poids, le manque d'exercice, la consommation d'alcool, le tabac et le stress sont tous des facteurs pouvant contribuer à une élévation de la PA. L'âge est le principal facteur de risque. En effet, le vieillissement s'accompagne d'une perte de l'élasticité des artères. Le surpoids, la sédentarité ou encore l'alimentation (excès en sel, forte consommation d'alcool) peuvent être la cause d'HTA en augmentant le volume de sang circulant dans les artères ou la rigidité des artères. 2) L'HTA secondaire résulte d'une cause médicale (p.ex. maladies rénales, hormonales). Ce type d'HTA est cependant beaucoup moins fréquent (10 % des cas). Pour ces raisons, des modifications du style de vie sont fortement suggérées comme approche dans le traitement à la suite du diagnostic d'une HTA primaire (Société québécoise de l'hypertension artérielle, 2013).

2.1.3 Le changement des habitudes de vie

En premier lieu, il est recommandé de faire de l'exercice physique d'intensité modérée pendant 30 à 60 minutes, pour quatre des sept jours d'une semaine. Cette activité doit se rajouter à la routine quotidienne. Ceci permet de prévenir l'HTA chez les personnes non-hypertendues et permet de réduire la PA chez les personnes hypertendues. L'activité physique agit en tant qu'hypotenseur chronique (Cornelissen & Fagard, 2005; Fagard, 2001; Kelley & Kelley, 2000; Whelton, Chin, Xin, & He, 2002). Ce traitement est pratique lorsqu'il est employé correctement, soit selon le risque cardiovasculaire et selon les envies du patient. Des suivis sont encouragés pour maximiser le changement à long terme des habitudes de vie (Sosner, Gremeaux, Bosquet, & Herpin, 2014).

En deuxième lieu, le maintien du poids est essentiel pour contrôler sa PA. L'indice de masse corporelle (IMC), qui dépend de la taille et du poids, doit être calculé et gardé dans les normes de 18,5 à 24,9. La circonférence de la taille, elle, devrait se situer en dessous du 102 cm pour les hommes et en dessous de 88 cm pour les femmes. Toute personne se situant au-delà de ses normes devrait changer ses habitudes de vie pour contrôler son poids. Ces recommandations sont encore une fois applicables chez les personnes non-hypertendues pour prévenir la survenue d'HTA et permet de réduire la PA

chez les personnes hypertendues. Il est suggéré d'utiliser une approche multidisciplinaire pour y arriver, soit en modifiant son alimentation, en demeurant actif physiquement et en adoptant des saines habitudes de vie. Puis, il n'y a pas d'âge pour se maintenir en forme et changer certaines habitudes de vie non-favorables à la santé, aussi longtemps que les changements sont appropriés à l'état, la condition et la capacité de l'individu. Chez les personnes âgées de plus de 70 ans, le tour de taille est l'indicateur utilisé pour calculer l'obésité abdominale, qui représente un risque cardiovasculaire. Certains recommandent de l'interpréter en fonction de l'âge (100 à 106 cm chez les hommes et 99 cm chez les femmes) (Cutler, 1997; He, Whelton, Appel, Charleston, & Klag, 2000; Molarius, Seidell, Visscher, & Hofman, 2000; Neter, Stam, Kok, Grobbee, & Geleijnse, 2003; Stamler, 1991). Bien que le surpoids puisse être protecteur dans certaines conditions chez les personnes âgées, l'obésité abdominale reste un facteur sévère pour les maladies cardiovasculaires et un contrôle (sans perte de poids rapide ni excessive) par exercice et saine alimentation est recommandé.

Une autre façon de mieux contrôler sa PA est de limiter son absorption d'alcool à deux consommations ou moins par jour ou 14 par semaines pour les hommes et 9 par semaines pour les femmes. La grandeur des consommations dépend du pourcentage d'éthanol retrouvé dans celle-ci (Puddey, Beilin, & Rakic, 1997; Xin *et al.*, 2001). Dans cette même lignée, diverses études ont aussi démontré les bienfaits d'arrêter de fumer pour réduire les risques de mortalité dus à des maladies cardiovasculaires (Kawachi *et al.*, 1994; Primatesta, Falaschetti, Gupta, Marmot, & Poulter, 2001).

En quatrième lieu, des ajustements au niveau de la diète sont fortement suggérés. Pour les gens à risque ou qui souffrent d'HTA, une bonne alimentation se résume à limiter sa consommation de sel (maximum 1500 mg/jour) et de gras, mais aussi d'augmenter sa consommation de fruits et de légumes (Cutler, Follmann, & Scott Allender, 1997; Graudal, Galløe, & Garred, 1998; He & MacGregor, 2003; Law, 1997; Robertson, 2003; Whelton *et al.*, 1998). Il faut absorber beaucoup de fibres solubles, de grains entiers et de protéines de sources végétales qui ne contiennent pas de gras et de cholestérol. Ceci est largement reconnu comme étant de bonnes pratiques dans la littérature (Appel *et al.*, 2006; Vollmer *et al.*, 2001). Nul besoin de prendre des suppléments de potassium, de calcium et de magnésium, si l'alimentation est adéquate. Par ailleurs, le régime DASH (*Dietary Approches to Stop Hypertension*) a fait ses preuves en matière de recommandations alimentaires. Il regroupe entre autres les suggestions des diverses études présentées ci-dessus (Chen, Maruthur, & Appel, 2010; Sacks *et al.*, 2001).

Finalement, des changements au niveau de la gestion du stress sont conseillés puisque l'anxiété et le stress sont reconnus pour augmenter la PA. Des interventions cognitivo-comportementales jumelées avec des techniques de relaxation peuvent être envisagées (García-Vera, Sanz, & Labrador, 2004).

Puisque ces changements d'habitudes de vie peuvent être une étape difficile chez les patients, il est préférable de les accompagner et de les soutenir dans le processus. Malheureusement, peu de programmes de prise en charge de l'HTA parviennent à des solutions durables pour les malades.

2.2 L'hypertension artérielle et les programmes de prise en charge

L'élaboration de programmes servant à mieux surveiller l'HTA est favorisée afin d'encourager les personnes qui en souffrent à modifier leur style de vie (Chobanian *et al.*, 2003). Depuis bon nombre d'années, plusieurs programmes ont déjà été mis en place et étudiés. Des exemples seront résumés dans les prochains paragraphes, afin d'explorer ce qui a déjà été fait.

En 2010, l'équipe de Li *et al.* a effectué une étude contrôlée randomisée chez 1395 patients dans des communautés de Shanghai. Le but était d'évaluer l'efficacité d'interventions à propos du changement des habitudes de vies, sur les valeurs de la PA. L'intervention comprenait entre autres la gestion de la maladie par un professionnel de soins de santé. Comparativement au groupe contrôle, les participants qui prenaient part à l'intervention ont vu leur PAS et leur PAD réduite. Un programme de ce type peut donc mieux contrôler la PA, ce qui peut diminuer les risques de maladies cardiovasculaires.

Puis, Song, Kim et Park (2012) ont exploré l'effet d'un programme de soutien pour l'HTA, dans une région rurale en Corée du Sud, de 2004 à 2009. La démarche impliquait un volet éducatif et pharmacologique, et était gérée par un centre de soins de santé. Le but de l'étude était de regarder le niveau de compréhension acquis sur la maladie. À l'aide de deux entrevues (avant et après l'intervention) chez 207 participants âgés de 40 ans et plus, ils ont découvert que les connaissances se sont significativement améliorées. De plus, le niveau de connaissance dépendait de l'éducation antérieure et les résultats étaient différents selon le sexe. Les hommes ont davantage progressé. Ils ont donc pu conclure que l'adoption de meilleures habitudes de vie pour combattre l'HTA, est efficace avec du support, mais dépend de facteurs qui devraient être considérés lors de l'élaboration de programme.

En 2013, Tobe, Lum-Kwong, Von Sychowski, & Kandukur ont analysé l'implantation d'un programme de sensibilisation nommé *Hypertension Management Initiative*, en Ontario. Le but ultime ici, était de favoriser la responsabilisation et le contrôle de l'HTA chez les professionnels de soins de santé et chez les patients. Grâce à des groupes de discussions (GD) et des questionnaires, les chercheurs ont pu l'évaluer. Comme résultat, des patients de tous âges ont acquis plus de notions sur l'HTA et ont appris à faire l'autogestion de leur propre santé. Ils étaient motivés et prenaient leur santé à cœur. Ils ont apprécié l'assiduité aux rendez-vous et les suivis effectués. Chez les professionnels de la santé, c'était positif puisque le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire s'est amélioré. Les chercheurs ont pu conclure que le programme a permis aux patients d'être plus autonomes et de faire des progrès dans la prise en charge de leur maladie. Pour les professionnels de la santé, ceci leur a permis d'augmenter leur confiance lors du diagnostic de cette maladie puisque le programme s'occupait de former le personnel, leur donnait du support, des outils pour le faire et visait à faciliter leur travail.

Finalement, Chen *et al.* ont évalué en 2014 un programme de responsabilisation, mais cette fois en Chine avec 3191 participants, d'où 43 % étaient des hommes. Le but était d'investiguer la maîtrise de la PA et ses déterminants, dans une intervention établie dans un centre de services de soin de santé communautaire, à Chengdu. Le programme était en place depuis 9 ans. Les patients participaient en moyenne pour deux ans et demi. Comme résultat, les auteurs ont trouvé que la PA était significativement plus basse à la fin de leur participation. Le contrôle de la PA s'était aussi significativement amélioré. L'âge (70 ans et plus), le sexe (féminin), la durée d'adhésion au programme (plus de 33 mois), le bagage du médecin responsable et l'utilisation d'inhibiteurs calciques comme traitement pharmacologique étaient associés à une PA incontrôlée lors du dernier suivi. Pour conclure, ils ont démontré qu'une intervention visant l'acceptation de meilleures habitudes de vie pour l'HTA avec différentes approches est favorable pour mieux contrôler la PA chez des patients hypertendus.

En somme, de nombreux programmes efficaces pour la prise en charge pour l'HTA ont déjà été instaurés partout dans le monde pour combler ce problème de santé publique. Mais, qu'en est-il pour les personnes du troisième âge, spécifiquement?

2.2.1 L'hypertension artérielle et des programmes de prise en charge chez des personnes âgées

Des programmes d'autogestion pour l'HTA chez les personnes âgées ont clairement des bénéfices cliniques (Deakin, Welschen, Nijpels, & Singh, 2006). Des études qui ont suggéré du succès dans le passé et chez cette population seront présentées ci-dessous, afin de se pencher sur les faits accomplis.

Figar *et al.* (2004) ont observé l'efficacité d'un programme de prise en charge pour l'HTA, en Argentine, chez 500 participants âgés et hypertendus. Il était nommé *Antihypertensive Intervention Program in the Elderly*. 250 des participants étaient suivis par des médecins de soins primaires. À l'opposé, 250 recevaient des soins habituels. Le programme incluait des changements organisationnels pour ajouter un bureau, où les patients faisaient mesurer leur PA, prenaient des rendez-vous pour suivre des sessions éducatives et recevaient des conseils verbaux et écrits. Les sessions éducatives mettaient l'emphase sur l'information relative aux facteurs de risques, les bénéfices d'abaisser sa PA chez les personnes âgées, l'importance de la relation avec le corps médical et les interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques possibles. Des mesures de PAS et de contrôle ont été examinées après un an de suivi. Les résultats ont soutenu des diminutions significatives de 7.1 mm Hg pour la PAS et une augmentation de 51 à 67 % pour le contrôle. Ces constats viennent donc appuyer les bienfaits de l'intervention, qui va au-delà d'un simple traitement pharmacologique.

De leur côté, Park *et al.* ont proposé en 2011, un programme intégré nommé *Healthy Aging and Happy Aging* pour les personnes âgées souffrant d'HTA en Corée du Sud. Il était d'une durée de trois mois et mettait l'accent sur l'exercice physique via des bandes élastiques, du counseling individuel et la participation à 12 sessions éducatives. Les résultats de cette étude contrôlée randomisée ont démontré que suite à l'intervention, la PA des participants était significativement plus basse dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle. De plus, les mesures d'auto-efficacité à l'exercice, la santé générale, la vitalité, les interactions sociales, et la santé mentale des participants selon le questionnaire MOS SF-36 étaient statistiquement plus élevées avec le groupe expérimental que dans le groupe de contrôle. Ils ont donc pu conclure que ce programme particulier était utile pour mieux maîtriser la PA, mais aussi pour l'auto-efficacité à l'exercice et pour plusieurs aspects de qualité de vie liée à la santé.

De surcroît, Dye, Williams et Evatt (2015), ont développé un programme de prise en charge pour les personnes de 60 ans et plus, de milieu rural dans la région des Appalaches, aux États-Unis. Leur programme nommé *Health Coaches for Hypertension Control* avait comme but de parfaire la gestion de l'HTA chez les participants via l'éducation et le support. Il était administré par des bénévoles formés de la communauté. Les participants recevaient une première rencontre de base et des suivis d'évaluation de risque pour la santé avec des prises de sang et du matériel éducatif. Ils ont aussi bénéficié d'un podomètre et d'un tensiomètre gratuit. Des résultats ont été récoltés chez 146 participants initialement, après 8 semaines et après 16 semaines. Après 8 semaines, les connaissances sur l'HTA se sont significativement accrues. Les participants étaient aussi prêts à effectuer des changements dans leurs habitudes de vie. Ce progrès a été perpétué jusqu'à la 16^e semaine. De plus, la PAS et le taux de sucre dans le sang étaient mieux contrôlés. Ce programme était donc efficace pour promouvoir la gestion de l'HTA chez cette population.

Finalement, Park et Kim en 2016 ont examiné l'impact d'une démarche de soutien pour l'HTA chez 13 452 personnes âgées (65 ans et plus) coréennes, par le biais de visites d'infirmier(e)s à domicile. Le but était de changer les comportements dans cette population vulnérable. Pour ce faire, les infirmier(e)s d'un centre de santé publique assistaient les personnes âgées avec leur autogestion, en fonction de leurs problèmes de santé, pendant deux à quatre mois. Les résultats basés sur une comparaison pré et post intervention, ont suggéré que les notions sur l'HTA, les valeurs de PA, la gestion de l'alimentation, l'adhésion à la médication et l'estime de soi étaient significativement meilleures. Plusieurs de ces résultats variaient selon le sexe et l'âge. Les chercheurs ont donc pu conclure que ce programme spécifique était utile et aidait pour développer les compétences de cette population pour l'autogestion de l'HTA puisque de nombreux changements de comportements avaient eu lieu.

En conclusion, des programmes de prise en charge dans le but de modifier des habitudes de vie chez des personnes âgées souffrant d'HTA sont envisageables avec des résultats encourageants. Toutefois, les groupes minoritaires sont souvent négligés.

2.2.2 L'hypertension artérielle et des programmes de prise en charge chez des personnes âgées en population minoritaire

Selon les bases de données, peu de recherches ont été effectuées chez l'HTA des personnes âgées en milieu minoritaire. Encore moins d'études sont publiées concernant des interventions ciblant des modifications des habitudes de vie pour réduire l'HTA chez des personnes âgées minoritaires.

Un des minimes projets de recherche qui a documenté du succès à ce niveau est celui de Fernandez, Scales, Pineiro, Schoenthaler et Ogedegbe en 2008, qui a été effectuée chez 65 participants (personnes noires, afro-américaines, latinos ou Hispaniques). Les chercheurs ont testé la faisabilité, l'acceptabilité et les effets d'une intervention basée sur les comportements associés aux habitudes de vie dans une résidence pour personnes âgées. Pour ce faire, les participants ont eu droit à six sessions éducatives et deux sessions de counseling de groupe sur une période de quatre mois. Les résultats ont démontré que cette intervention a permis de réduire statistiquement la PA (réduction de $13,0 \pm 21,1$ mm Hg pour la PAS). Elle a aussi encouragé les participants à prendre des médicaments pour mieux gérer leur maladie. Finalement, ce programme a donné les outils nécessaires aux participants pour modifier leur diète. Cette étude suggère donc que des interventions éducatives sont faisables chez les personnes âgées en situation minoritaire pour mieux contrôler l'HTA.

De plus, Palta *et al.* ont testé, en 2012, le programme nommé *Mindfulness-Based Stress Reduction* chez des personnes du troisième âge, Africaines Américaines de bas revenu, en résidence. Le but ultime de l'étude était de tester la faisabilité du projet chez cette population et de vérifier par la suite, s'il y avait des variations au niveau de la PA entre le groupe intervention et le groupe contrôle. Un seul homme a pris part à l'étude, parmi 20 participants. La PA était mesurée au début du programme et à la fin (après 8 semaines). Comme résultat, les auteurs ont trouvé que la PAS avait diminué pour les deux groupes, après 8 semaines. La PAD, elle, avait diminué dans le groupe intervention et augmenté dans le groupe contrôle. En conclusion, ils ont déterminé que les personnes âgées sont à un stade dans leur vie où des réflexions et des interventions à la résidence sont un moyen prometteur pour réduire leur PA. Par contre, plusieurs études sont encore nécessaires.

En dernier lieu, Kim *et al.* (2014) ont testé l'effet d'un programme de responsabilisation basé sur l'autogestion chez des personnes âgées coréennes américaines qui font de l'HTA, en mettant l'accent sur l'aspect comportemental. 184 participants faisaient partie du groupe expérimental et 185 du groupe contrôle. La moyenne d'âge était de 71 ans. L'intervention comprenait 6 sessions éducatives

à toutes les semaines sur l'autogestion de l'HTA, une formation de littératie en santé, des conseils par appels téléphoniques et de la surveillance de la PA à domicile pendant 12 mois. Les résultats ont suggéré une hausse significative du taux de maîtrise de la PA, qui a passé de 49,5 à 67,9 % après 6 mois chez le groupe expérimental. Des changements significatifs ont aussi été observés avec le temps au niveau du comportement. Les participants du groupe intervention faisait mieux l'autogestion de l'HTA, adhérait plus au médicament et étaient plus connaissant. L'intervention s'est donc avérée positive pour mieux contrôler la PA chez cette population aînée minoritaire.

Somme toute, parmi le peu d'études qui ont évalué la prise en charge de l'HTA chez des personnes aînées en population minoritaire, l'utilisation d'un volet éducatif semble ressortir répétitivement. Par contre, avant de continuer sur cet aspect, il s'avère important d'analyser la situation des personnes aînées FSLM, spécifiquement.

2.2.3 L'hypertension artérielle et des programmes de prise en charge chez des personnes aînées en milieu francophone minoritaire

Selon le Commissariat aux langues officielles du gouvernement du Canada, les communautés de langue officielle en situation minoritaire sont définies comme suit :

Quand on parle de communautés de langue officielle en situation minoritaire, on fait référence aux communautés anglophones du Québec et aux communautés francophones du reste du Canada. Plus deux millions de Canadiens appartiennent à une communauté de langue officielle en situation minoritaire. (Commissariat aux langues officielles, Gouvernement du Canada, 2016)

Les francophones sont donc en minorité en Ontario, même s'il y a quand même un assez grand nombre de Franco-ontariens. Plus précisément, la santé des aînés est considérée comme étant une des plus grandes priorités en matière de recherche chez les FSLM (Kalay, Chomienne, & Farmanova, 2013). Jusqu'à présent, aucune étude proposant une intervention pour analyser la prise de charge de l'HTA chez des personnes aînées FSLM n'a été retrouvée dans les bases de données. Ceux-ci sont ainsi souvent délaissés et mélangés aux anglophones dans les services de soins de santé, bien qu'ils aient des besoins précis et bien différents. Des FSLM souffrant de maladies chroniques ont d'ailleurs déjà rapporté que la communication reste un défi pour eux, ce qui provoque un lien de confiance plus fragile avec le personnel soignant (Chomienne, Benoit, Boudreau, Lemonde, & Dufour, 2012). De plus, les FSLM présentent davantage de problèmes de surpoids et d'inactivité physique comparée à leurs homologues anglophones en Ontario (Gagnon-Arpin, Makvandi, Imbeault, Batal, & Bouchard, 2013).

Au Canada, les FSLM consomment plus d'alcool, fument plus et mangent moins bien. Leur statut socio-économique est aussi inférieur (plus âgés, revenu et niveau d'éducation plus bas, travaillent moins, résident plus les régions rurales) comparativement aux Anglophones (Bouchard *et al.*, 2012). Ainsi, il est clair qu'ils auraient besoin de plus d'éducation et de support pour réussir à changer leurs habitudes de vie. Finalement, ils sont aussi victimes d'inégalités sociales en ce qui a trait à l'accès aux ressources en santé. Le système de santé est mal- adapté, non-accessible et manquant (40 % des FSLM n'ont pas accès aux services en français en Ontario, plus de FSLM n'ont pas de médecins de famille, les FSLM consultent plus souvent et leurs besoins ne sont pas rencontrés) (Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert, & Dubois, 2009; Picard *et al.*, 2000; Picard & Allaire, 2005). Malheureusement, il n'existe pas de données précisément sur les FSLM qui vivent dans les résidences. Pour toutes ces raisons, il serait un atout pour la santé publique d'étudier l'HTA chez les FSLM afin de combler ces besoins.

Précédemment, on a vu à quel point des programmes éducatifs pourraient être bénéfiques pour améliorer la prise en charge de l'HTA. Dans les prochains paragraphes, des études purement éducatives et leurs bienfaits seront discutés.

2.3 L'hypertension artérielle et les programmes éducatifs

Différents programmes éducatifs ont démontré du succès pour mieux contrôler l'HTA. Par contre, ce type d'études est plus rare dans les bases de données, probablement du fait qu'un volet éducatif est souvent inclus dans d'autres programmes de prise en charge. Cette section présente les études en lien avec des interventions faites strictement au niveau éducatif, pour l'HTA.

Fortmann, Winkleby, Flora, Haskell et Taylor ont testé en 1990 l'effet d'un programme éducatif pour l'HTA entre cinq différentes villes en Californie. Le but était d'évaluer les effets du programme sur les risques cardiovasculaires, comme la PA. Pour ce faire, deux villes ont reçu un traitement éducatif par l'entremise des médias, des organismes communautaires et des professionnels de la santé, dans l'objectif d'encourager les individus à connaître leurs valeurs de PA, de faire des suivis s'ils sont hypertendus, d'obtenir un poids idéal, de faire de l'exercice régulièrement et de manger moins de sel. De leur côté, les médecins étaient encouragés à suivre les lignes directrices nationales émises pour le traitement de l'HTA. On leur a aussi remis du matériel éducatif pour leurs patients. Pour évaluer les effets du programme sur les risques cardiovasculaires, des questionnaires ont été utilisés

dans les villes visées. Après cinq ans d'intervention, la PA chez les gens de la ville expérimentale était réduite de 7,4 mm Hg pour la PAS et 5,5 mm Hg pour la PAD dans une ville, et de 5,0 pour la PAS et 3,7 pour la PAD dans l'autre ville. Cette diminution de la PA était significative entre les villes expérimentales et les villes contrôles. En conclusion, les résultats d'interventions communautaires sont prometteurs d'un point de vue santé publique puisqu'ils permettent un changement significatif.

De plus, Roca *et al.* (2003) ont étudié l'utilité d'un programme éducatif simple pour perfectionner le savoir des patients et de leurs proches sur la maladie auprès de 95 sujets. Un questionnaire a été rempli par les participants qui ont aussi reçu une session éducative de 15 minutes donnant des explications sur l'HTA, les signes cliniques, les complications possibles et les traitements. Des brochures ont été distribuées et une séance de questions était organisée pour répondre aux préoccupations des participants. À titre de suivi, le même questionnaire a été rempli quatre mois plus tard. Les résultats ont démontré que les notions sur l'HTA chez les participants se sont enrichies et se sont maintenues après quatre mois. Les auteurs ont conclu qu'une intervention éducative simple et facile d'implantation est utile pour développer les connaissances relativement à l'HTA.

De leur côté, Lauzière, Chevarie, Poirier, Utzchneider et Bélanger (2013) ont proposé un programme éducatif interdisciplinaire spécifiquement pour l'HTA. Le but de leur étude était d'examiner les effets sur la PA, les connaissances, les valeurs anthropométriques, l'adhésion aux médicaments, les facteurs de risques modifiables et la qualité de vie. Pour ce faire, ils ont utilisé une méthode quasi expérimentale. Ils avaient 21 participants dans leur groupe expérimental et 19 dans leur groupe contrôle. La moyenne d'âge était d'environ 70 ans. L'intervention comprenait quatre sessions éducatives hebdomadaires sur l'HTA. Ils ont mesuré des valeurs anthropométriques et de PA au début de l'étude, après 1 mois, après 3 mois et après 6 mois. Les deux groupes ont complété des questionnaires sur leurs notions de base, leurs comportements et sur la qualité de vie aux mêmes intervalles. Comme résultat, ils ont trouvé que la PAS était meilleure chez le groupe expérimental que chez le groupe contrôle. Par contre, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les autres variables étudiées. En conclusion, ils ont pu dire que la participation à une démarche éducative interdisciplinaire est associée à une réduction de la PAS, ce qui contribue à une diminution du risque pour les maladies cardiovasculaires.

Finalement, un programme qui a démontré du succès chez 112 participants a été étudié par Beigi *et al.* (2014). Les patients débutaient le programme en assistant à une rencontre en personne avec un

résident de cardiologie. Le résident expliquait alors les définitions des termes relatifs à l'HTA, les symptômes et les complications de la maladie ainsi que les médicaments possibles pour la traiter. Le résident décrivait aussi dans quelles situations et les raisons pourquoi les suivis étaient nécessaires. Par la suite les participants recevaient du counseling concernant l'exercice et la nutrition. Les participants étaient alors divisés en 10 groupes. Chaque groupe devait participer à deux sessions éducatives d'une heure par mois. Un questionnaire sur la diète était administré avant et après l'intervention. Les auteurs ont conclu que leur programme éducatif était utile pour parfaire les connaissances et la littératie en HTA des participants, augmenter la responsabilisation personnelle et mieux gérer le changement des habitudes de vie.

En somme, informer, éduquer le patient, quel que soit l'âge, sur sa maladie est essentiel à la prise en charge de la maladie par le patient. Une meilleure connaissance facilite l'appropriation du traitement par le patient qui est responsabilisé.

2.3.1 L'hypertension artérielle et des programmes éducatifs chez des personnes âgées

Plus spécifiquement, des programmes éducatifs ont été réalisés chez des personnes âgées, dans le but de mieux maîtriser la PA. En voici 3 exemples.

Morisky, Levine, Green, & Smith en 1982 ont analysé l'effet d'un programme éducatif basé sur la prise en charge de l'HTA. Il impliquait 3 séances. Comme résultat, ils ont trouvé que les personnes âgées (moyenne d'âge de 70 ans) ont fait preuve d'une augmentation significative d'adhérence à la médication et de plus de présence à leurs rendez-vous. Des interventions éducatives chez les personnes âgées seraient donc utiles et efficaces à ce niveau.

Puis, en 2006, Lau *et al.* ont regardé les effets d'un programme éducatif sur la sensibilisation des personnes âgées et sur leur capacité à surveiller eux-mêmes leur PA. La moyenne d'âge des participants était d'environ 75 ans. Il comprenait des séances éducatives dans une pharmacie, sur la lecture des valeurs de PA et sur les risques cardiovasculaires. Les participants devaient assister à au moins une séance. Une analyse transversale a ensuite été réalisée chez 983 participants, à l'aide d'un questionnaire de 32 items. Les résultats ont démontré que plus d'un tiers des participants connaissaient les valeurs de leur dernière prise de PA et leurs cibles. De plus, presque 50 % des participants avaient mesuré leur PA dans la dernière année. Une régression logistique multivariée a révélé que les participants plus âgés et moins éduqués étaient moins enclins à connaître les valeurs

les plus récentes de leur PA. L'âge (80 et moins), le fait de vivre avec quelqu'un et d'être au courant des cibles à atteindre pour leur PA étaient des prédicateurs positifs pour l'auto-surveillance. Donc, ces personnes âgées avaient initialement une mauvaise compréhension de leur lecture de PA et de leurs valeurs cibles, mais un programme éducatif a permis d'améliorer ces aspects.

Finalement, Figar *et al.* ont aussi réalisé en 2006, une étude chez 60 personnes âgées (d'une moyenne d'âge de près de 70 ans) dans le but de comparer l'efficacité de deux différents modèles éducatifs sur la réduction de la PA. Leur étude contrôlée randomisée a comparé des sessions visant le développement de l'autogestion et la responsabilisation du patient et des sessions utilisant un modèle de conformité (les patients seulement suivre les recommandations données). Les auteurs ont obtenu comme résultat que les membres du premier groupe (autogestion/responsabilisation) ont présenté une baisse significative de la PA, 3 mois après l'intervention. À l'opposé, la baisse de la PA n'était pas significative chez le deuxième groupe (modèle de conformité). De surcroît, la PA était contrôlée dans 70 % des cas chez le premier groupe, et seulement dans 45 % pour le deuxième groupe. En conclusion, le modèle visant le développement de l'autogestion et la responsabilisation était plus puissant que le modèle utilisant l'obligation d'obéir. Bref, des programmes éducatifs chez des personnes du troisième âge sont réalisables. Mais encore une fois, qu'en est-il des populations minoritaires?

2.3.2 L'hypertension artérielle et des programmes éducatifs chez des personnes âgées en population minoritaire

On a vu précédemment que les personnes âgées en population minoritaire étaient souvent négligées dans le domaine de la santé. Une des raisons qui expliquent ceci est le fait qu'il y a moins de programmes de prise en charge pour l'HTA adaptés pour eux. De plus, lorsqu'on regarde particulièrement des programmes éducatifs chez cette population, aucune étude n'a été faite à ce niveau, et ce, à notre connaissance. Les personnes âgées en population minoritaire sont donc souvent incluses dans des interventions éducatives générales, n'étudiant pas leurs besoins précisément.

2.3.3 L'hypertension artérielle et des programmes éducatifs chez des personnes âgées en milieu francophone minoritaire

Plus tôt dans ce chapitre, on a vu à quel point les personnes âgées FSLM étaient délaissées en recherche en santé. Comme vous avez sûrement pu le déduire, il n'existe aucune étude dans les bases de données de l'Université d'Ottawa, qui propose un programme éducatif pour la prise en charge de l'HTA chez cette population.

Par ailleurs, plusieurs programmes éducatifs sont déjà disponibles pour cette population. Au Canada, le PECH est populaire, mais il est plus utile pour les professionnels de la santé (Hypertension Canada, 2016e). Pour l'Ontario, la *Fondation des maladies du cœur et de l'AVC* peut aussi fournir des informations utiles face à l'adoption de meilleures habitudes de vie pour l'HTA (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2016a). Malheureusement, ces moyens nécessitent habituellement une aisance avec des navigateurs internet, ce qui n'est pas toujours le cas chez des personnes âgées. Pour contrer ce problème, l'*Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa* a mis en place une clinique spécialisée en HTA. Cette clinique est responsable de desservir entre autres, les citoyens de la région de Prescott et Russell (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2016). De plus, cette même institution offre aussi un programme d'éducation efficace et prometteur pour réduire les facteurs de risques cardiovasculaires, chez les francophones dans l'Est ontarien. Ce programme se nomme FrancoForme (Prince, Laflamme, Harris, Tulloch, & de Margerie, 2016). D'un autre côté, il existe des initiatives comme le *Ottawa Cardiovascular Center*, qui propose d'éduquer la population au sujet de l'HTA (Ottawa cardiovascular center, 2016). Par contre, toutes ces ressources restent assez loin de la région de Prescott-Russell (jusqu'à 90 minutes de transport en automobile). Malgré le fait qu'il existe différents programmes éducatifs disponibles, il est possible de croire que les personnes âgées FSLM n'aiment pas être mélangées aux anglophones et que la distance est un inconvénient, puisque le déplacement est parfois plus difficile chez les personnes âgées.

Pour ces raisons, il appert important d'étudier la prise en charge de l'HTA via un programme éducatif chez des âgés FSLM afin de leur fournir les outils nécessaires et adaptés à leur contexte pour modifier leur style de vie, mais aussi pour les conscientiser de l'importance du contrôle de leur maladie.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Ce chapitre présente le contexte, le devis utilisé pour cette étude, ainsi que le milieu de recherche, la population à l'étude, la méthode de recrutement et le choix de l'échantillon ainsi que le processus de collecte des données. La stratégie d'analyse des données, la description des critères qui ont été choisis pour assurer la rigueur de cette étude ainsi que les considérations éthiques sont aussi présentées.

3.1 Contexte de l'étude

L'organisation actuelle des soins et services de santé ne permet pas une utilisation optimale des avancées scientifiques en matière de traitement de l'HTA et force est de constater qu'il y a encore du chemin à parcourir dans la prise en charge des personnes qui en souffrent. Certaines habitudes de vie ont un impact sur le risque de développer une HTA et peuvent en influencer la gravité et, modifier la réponse au traitement pharmacologique. Malgré les nombreuses recherches sur la prise en charge de l'HTA, très peu concernent chez les personnes âgées FSLM. Dans le cadre de cette étude, nous avons sélectionné un programme éducatif comme intervention, puisque cette option semblait la plus adéquate pour cette population cible, composée essentiellement de personnes âgées. Cette option est la plus adéquate parce que cette approche s'est avérée utile et efficace selon des études antérieures (voir chapitre II).

Si l'on considère la proportion de gens de cette population qui souffre d'HTA, il est primordial de mettre de l'attention sur leurs perceptions, leurs opinions et leurs besoins. Ainsi, des outils nécessaires pourraient être mis en place, spécifiquement pour eux.

3.2 Devis de recherche

Il s'agit d'une étude exploratoire à visée descriptive, élaborée dans le cadre d'une thèse de maîtrise, qui s'est étendue de septembre 2014 à août 2016. L'étude visait à explorer l'impact d'un programme éducatif sur la qualité de vie de personnes âgées autonomes et hypertendues en milieu francophone minoritaire. Aucun suivi à long terme n'a été fait pour cette étude.

Pour répondre aux questions de recherche, une méthodologie mixte a été privilégiée. Ce devis de recherche convenait aux objectifs de la recherche qui étaient à la fois de comparer des scores et de recueillir des perceptions. Un questionnaire a permis des analyses quantitatives. D'autre part, les perceptions des participants ont été recueillies à l'aide de GD, afin d'avoir des données qualitatives. Le côté qualitatif a été analysé selon une approche inductive. Les avantages d'un tel processus consistaient d'abord à impliquer le patient dans le processus de la recherche, mais aussi de soutenir les résultats de multiples façons et de mieux comprendre la situation, sous différents angles (Azorín, Gamero, Moliner, Ortega, & Guilló, 2012). Dans ce cas, la triangulation apportera possiblement des résultats de recherche supérieurs aux méthodes uniques.

3.3 Milieu de recherche

Lorsqu'on regarde plus en profondeur les FSLM, on découvre qu'il y a 26 régions désignées comme francophones en Ontario. Parmi celles-ci, les comtés de Prescott et Russell (situé à proximité d'Ottawa) sont considérés comme totalement francophones (Gouvernement de l'Ontario, 2016). Selon le recensement 2011, la ville d'Hawkesbury abrite à 81,5 % de sa population, des francophones. De leurs côtés, le canton d'Alfred et Plantagenet et le canton Clarence-Rockland comportent respectivement 77 % et 66 % de francophones (Statistique Canada, 2011). Cette région, très haute en francophones, a alors été choisie pour ce présent projet de recherche.

Par l'entremise d'un courriel, cinq résidences autonomes de l'Est ontarien ont été approchées, en juillet 2015. Le but était d'établir un premier contact et de leur présenter le projet. Ainsi, il était possible de faire du recrutement à ces endroits pour ensuite, y mettre en place le programme éducatif proposé. Quatre d'entre elles ont répondu favorablement à l'invitation (voir annexe 1 pour lettres de permission des quatre résidences). Un propriétaire a même suggéré une autre de ses résidences. Bref, les participants ont été recrutés auprès de 5 résidences, soit à la Résidence St-Mathieu, à Hammond; à l'Auberge Plein-Soleil à Alfred; à la Résidence Jardins Belle-Rive à Rockland et à la Résidence McGill, à Hawkesbury, qui comporte deux sections (de chaque côté de la rue). Dans ce document, elles seront souvent différenciées avec leur adresse, soit 261 et 342.

3.4 Population à l'étude

Les personnes âgées ont été étudiées étant donné que la prévalence de l'HTA chez cette tranche de la population est beaucoup plus élevée. Les patients hypertendus précisément ont été analysés, afin

de vérifier l'impact du programme éducatif. Pour ce faire, des résidences autonomes ont été visées puisqu'elles regroupaient une grande proportion des participants cibles.

3.5 Recrutement et échantillonnage

Le recrutement a été effectué par l'entremise d'une affiche, apposée à la résidence, pendant deux semaines (voir annexe 2 pour l'affiche de recrutement). Les participants pouvaient contacter la chercheuse principale par téléphone (voir annexe 3 pour script téléphonique) et les chercheurs demeuraient à la disposition des résidents, pour répondre à leurs questions et pour aller les rencontrer, si nécessaire. Les critères d'inclusion étaient : avoir l'âge 65 ans et plus, avoir reçu un diagnostic de l'HTA et être en mesure de s'exprimer en français afin de participer aux GD. En outre, les participants ne devaient pas présenter un déficit cognitif évident lié sur la difficulté à soutenir une conversation (ce qui pourrait fausser la réalité et influencer les conclusions face au programme éducatif) et ne pas souffrir d'incapacité totale à la lecture et à l'écriture (sinon, le participant ne pourra pas pleinement bénéficier de l'information qui sera remise tout au long) (Société Alzheimer, 2014).

Dans le cadre de cette recherche, un échantillonnage de convenance a été retenu, pour des considérations de faisabilité. Au départ, le nombre de participants souhaité était de 20, ce qui envisageait d'éventuels abandons. Ce chiffre avait été établi à partir d'une étude similaire effectuée par Park et al. (2011), qui avait un échantillon de 40 participants, avec une étude contrôlée randomisée. En ce qui concerne le genre des participants de l'échantillon, un équilibre a été encouragé. Pour ce faire, les femmes participantes étaient responsables de parler du projet aux hommes de la résidence. Par contre, aucun participant volontaire qui respectait les critères d'inclusion et d'exclusion n'a été refusé. Finalement, chaque participant qui s'engageait dans cette étude recevait une carte VISA prépayée de 25 \$ pour l'investissement de leur temps. On anticipe que ce financement n'a pas introduit de biais dans l'étude, puisque le montant était minime et qu'il n'a pas incité à la participation. De plus, il est généralement conforme à l'éthique que chaque participant reçoive une indemnité compensatoire pour leur temps et les contraintes subies (Fonds de la recherche en santé du Québec, 2008).

3.6 Collecte des données

3.6.1 Programme éducatif

Le programme éducatif proposé se résumait à 12 sessions interactives hebdomadaires, sur la santé liée à l'HTA et ses facteurs de risques. Il a duré 3 mois (de septembre à décembre 2015) et les sessions étaient données dans chacune des résidences autonomes participant au projet. Chaque session était d'une durée de 30 à 60 minutes. La durée était parfois différente pour la même résidence, donnée dans deux établissements différents puisque la durée dépendait de l'interaction du groupe et des questions. Par contre, toutes les rencontres étaient dans le même laps de temps. La chercheuse principale a administré les sessions puisqu'elle est membre de l'association des enseignants et des enseignantes de l'Ontario. Les participants devaient assister à 75 % des sessions (9 sur 12). Pour la résidence d'Hammond, les sessions avaient lieu le lundi à 10 h 30 et pour la résidence d'Alfred, les sessions étaient le vendredi à 14 h. En ce qui concerne la résidence de Rockland, les sessions avaient lieu le mardi à 13 h. Pour les 2 résidences à Hawkesbury, les sessions avaient lieu le mercredi à 14 h 30 et 16 h respectivement.

Au début du programme, les participants ont reçu une trousse qui contenait plusieurs ressources. Parmi cette documentation, figuraient des brochures qui portaient sur : comprendre et gérer votre pression artérielle, hypertension et diabète, gestion de ma pression artérielle, mesure de la pression artérielle à domicile, mon registre de mesure de la pression, sel et sodium : les faits, alimentation saine pour une pression artérielle saine, le stress apprivoisé, bien manger avec le guide alimentaire canadien, conseils sur l'activité physique pour les aînés (65 ans et plus), recommandations 2015 du PECH – version complète, etc. Ces différentes brochures ont appuyé les sessions éducatives tout au long de l'intervention. Certaines étaient accessibles grâce au PECH et à la *Fondation des maladies du cœur et de l'AVC* et d'autres via *Santé Canada* et l'*Agence de la santé publique du Canada* (Agence de la santé publique du Canada, 2012; *Fondation des maladies du cœur et de l'AVC*, 2016b; *Hypertension Canada*, 2016f; *Santé Canada*, 2016). En plus des brochures, cette trousse incluait une liste de ressources communautaires, afin d'offrir des moyens supplémentaires aux participants. Les participants ont aussi eu accès à un journal de bord et à un stylo, pour prendre des notes, s'ils le désiraient. Par ailleurs, un livre de recettes spécifique à l'HTA était disponible pour les participants, dans la bibliothèque de leur résidence, à titre de consultation (Leduc, 2014). Ainsi, cela pouvait les inspirer à pratiquer des recettes et à modifier leur régime.

Le programme éducatif a été élaboré par moi-même et a été révisé par mes deux superviseurs. Il a été légèrement inspiré par l'étude de Park *et al.*, en 2011. Pour ce faire, le site internet d'Hypertension Canada a été utilisé en majeure partie (Hypertension Canada, 2016a). Deux livres clés ont aussi été de bonnes ressources (Ambrosi, 2006; Beevers, 2014). Finalement, pour le cours sur l'activité physique, un site gouvernemental a été consulté (Agence de la santé publique du Canada, 2012). Dans les prochains paragraphes, le titre et une brève description de chacune des sessions seront présentés.

Session 1 — Introduction :

Les formulaires de consentement étaient ramassés avant le début de cette séance, en s'assurant d'avoir répondu à toute question des participants. Le projet de recherche et ses étapes ont été décrits et présentés. La trousse pour participants, le journal de bord et le stylo, la feuille de caractéristiques et le questionnaire (voir annexe 4 pour feuille de caractéristiques des participants) ont été distribués et expliqués. Les participants avaient le choix de remplir la feuille de caractéristiques et le questionnaire pendant ce temps (dans l'éventualité où ils auraient des questions), ou pouvaient les remplir à leur chambre et les rapporter à la deuxième rencontre. Le livre de recettes a été remis dans la bibliothèque de chaque résidence et le premier GD (pour la fin de semaine suivante) a été planifié dès cette première rencontre et avant mon départ.

Session 2 — Définitions, symptômes et médication :

La feuille de caractéristiques et les questionnaires ont été ramassés. Pour cette séance, la PA et l'HTA étaient définies. Les valeurs de la PA ont aussi été décrites et discutées. Les symptômes, les risques à long terme et les médicaments souvent utilisés pour l'HTA ont finalement été présentés.

Session 3 — Diagnostic, recommandations sur le suivi et quand se rendre à l'urgence?

Au début, les participants discutaient du déroulement de leur diagnostic de l'HTA. Ils étaient invités à commenter sur celui-ci, afin qu'ils puissent déterminer si c'était convenable, à leurs yeux. Par la suite, les recommandations sur comment établir le diagnostic d'HTA a été présenté. Puis, ils ont ensemble évalué les recommandations qui ont été faites en matière de suivi pour la maladie hypertensive. La bonne manière de procéder a été discutée. Pour terminer, le moment idéal pour se

rendre à l'urgence lorsqu'on souffre d'HTA a été abordé, puisque c'était une question posée à répétition.

Session 4 — Mesure de la pression artérielle à domicile

Cette session était plus interactive. Après que les notions de base ont été présentées (importance de prendre la PA à la maison, type d'appareil à utiliser, le moyen de procéder), les groupes se sont pratiqués à prendre de bonnes mesures de la PA, à l'aide d'un appareil portatif fourni par l'enseignante (Omron Healthcare, 2016). Chacun des participants a eu la chance d'utiliser la machine à son tour pour savoir comment bien faire et des commentaires étaient fournis de la part des collègues et de l'éducatrice. Enfin, les cartes VISA prépayées de 25 \$ ont été remises à cette séance, puisque personne ne pouvait dorénavant s'ajouter au groupe.

Session 5 — HTA et activité physique

Premièrement, l'importance et les bienfaits de l'activité physique ont été communiqués. Le lien entre celle-ci et l'HTA a été établi. Des conseils à suivre pour l'activité physique chez les personnes âgées de 65 ans et plus ont aussi été énumérés. Les participants partageaient des exemples d'exercices réalisables, pour eux. Finalement, la session s'est terminée sur une description des différents types d'exercices concrets et sur des suggestions d'activités à faire.

Session 6 — HTA et poids

Après que des notions de base ont été fournies pour cette semaine (lien entre HTA et poids, l'importance de perdre du poids et par où commencer, définition de l'IMC), des calculs pratiques ont été performés par quelques participants. Ensuite, il leur a été demandé de calculer leur propre IMC à titre d'information personnelle.

Session 7 — HTA et consommation d'alcool et de tabac

Les participants ont été invités à partager leurs expériences personnelles face au tabac et à l'alcool, dans le but de conscientiser leurs collègues. Ils étaient aussi encouragés à donner des conseils, si quelqu'un du groupe voulait arrêter de fumer ou diminuer sa consommation d'alcool. Finalement, le côté théorique de cet atelier citait les risques de consommer de l'alcool et du tabac pour l'HTA et décrivait comment déterminer ce qui équivaut à une consommation, selon le pourcentage d'alcool.

Session 8 — HTA et l'alimentation saine

Des conseils sur les aliments sains et les aliments à éviter lorsqu'on fait de l'HTA, ont été donnés. Par exemple, il faut manger au moins 3 aliments à base de farine de blé entier, chaque jour et il faut limiter sa consommation de fromage. Pour conclure, le régime DASH a été recommandé, puisqu'il a été développé spécifiquement pour les gens qui souffrent d'HTA et parce qu'il a fait ses preuves.

Session 9 — Gestion du stress et soutien émotionnel

Comme 9^e session, le lien entre le stress et l'HTA a été établi. Le stress à court terme et le stress à long terme ont été définis pour que les participants puissent faire la différence entre les deux. Finalement, des techniques utiles pour réduire son stress ont été suggérées. Les participants ont aussi partagé ce qui fonctionnait pour eux, afin d'inspirer leurs collègues à adopter une santé mentale saine. Du counseling et un traitement psychiatrique a été proposé comme dernier recours. Pour conclure cette séance, d'autres documentations de références, différentes de celles dans la trousse, ont été offertes aux participants, pour combler leur curiosité. Les brochures provenaient des mêmes quatre endroits, mais couvraient un éventail plus large d'informations. Par exemple, de la documentation pour arrêter de fumer, sur les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et sur le cholestérol a été présentée. Ils pouvaient la rapporter avec eux s'ils le désiraient.

Session 10 — HTA et sodium

Une session complète a été effectuée sur le sel, vu l'importance d'en manger moins lorsqu'on souffre d'HTA. Des sources de sodium ont été citées et la façon de reconnaître le montant de sel dans un aliment par l'entremise du tableau de valeur nutritive a été enseignée. Des exemples concrets d'aliments apportés en cours par l'enseignante ont permis une meilleure compréhension. Aussi, la consommation limite de sel par jour a été abordée et des trucs pour contrer une consommation de sel ont été conseillés. En dernier lieu, les participants ont été invités à compléter un quiz fait par Hypertension Canada (2016f) pour tester leurs connaissances sur le sodium. Les réponses ont été discutées en groupe et chacun pouvait donner son opinion.

Session 11 — HTA et diabète

Les derniers renseignements qui ont été partagés portaient sur le lien entre l'HTA et le diabète. C'était un sujet intéressant puisque plusieurs participants souffraient aussi de cette maladie, en

concomitance. Des statistiques impressionnantes ont été rapportées et des recommandations pour garder son taux de sucre et sa PA stable ont été effectuées. Pour finir, les valeurs de PA pour un individu qui souffre de diabète ont été transmises (les valeurs cibles de PAS/PAD pour un diabétique sont d'être <130 /80 mm Hg). Le questionnaire (post) a été distribué et les participants pouvaient le rapporter rempli à la dernière séance ou attendre s'ils avaient quelques questions.

Session 12 — Conclusion

Pour la session qui concluait le programme, les questions sur le questionnaire d'enquête ont été répondues, afin que l'éducatrice puisse les ramasser. De plus, les dernières questions, inquiétudes et commentaires sur le programme ont été discutés. Le dernier GD (pour la fin de semaine suivante) a été planifié et la liste de ressources communautaires disponibles a été avancée. Les participants ont été remerciés de leur assiduité et de leur implication, tout au long des 3 mois.

3.6.2 Questionnaire

Un questionnaire d'enquête auto-évaluatif a été administré (voir annexe 5 pour une copie du questionnaire). Les participants avaient comme devoir de poser leurs questions, s'ils en avaient, afin de le remettre la semaine suivante. Les mêmes questionnaires ont été remplis à deux reprises soit : avant (première rencontre) et après le programme éducatif (dernière rencontre). De cette façon, il était possible d'obtenir des informations en lien avec les objectifs de l'étude, mais aussi d'évaluer le changement. Ceci est une méthode peu dispendieuse qui ne nécessitait aucun accès à la technologie pour les participants.

Le questionnaire qui a été utilisé est le RAND SF-36 1.0 (version francophone). La seule chose qui le différencie du populaire *Medical Outcome Study Short Form -36* (MOS SF-36), c'est la façon de l'analyser qui est beaucoup plus simple (Rand Health, 2016). La version anglaise du RAND SF-36 1.0 est gratuite et accessible au public. Ce questionnaire, qui a été largement utilisé dans le passé a prouvé sa validité à large échelle, ainsi qu'au niveau pré/post (Park *et al.*, 2011 ; Stirling University, 2012; Ware & Sherbourne, 1992; Ware, 2016). Il a même été testé au Canada (Dauphinee, Gauthier, Gandek, Magnan, & Pierre, 1997). Plusieurs l'ont utilisé avec l'HTA (Sadykova & Lutfullin, 2011; Volkov, Poseliugina, Rokkina, & Nilova, 2012; Wang *et al.*, 2009; Xiao & Jiang, 2005). La version francophone a été distribuée aux participants. Cette version a été validée et est aussi disponible gratuitement en ligne (Cofemer, 2014; Leplège, Ecosse, Verdier, & Perneger, 1998).

Le questionnaire RAND SF-36 1.0 comporte 36 items, qui se divisent en huit échelles et en un item pour le changement de la santé dans la dernière année. Les huit échelles peuvent ensuite se diviser en deux index principaux : la dimension mentale et la dimension physique, qui contiennent tous les deux, quatre échelles respectivement. Le tableau 1 présente les échelles et les dimensions de l'outil. Le questionnaire contient des questions dont la réponse se fait de manière binaire (oui ou non) et de manière qualitative ordinale (trois à six réponses possibles). Une fois complété, chaque item est quantifié en score de 0 à 100 pour l'analyse (voir tableau 2) (Rand Health, 2016; Ware, 2016). Certaines questions sont à réponse binaire (oui ou non) ou réponse qualitative ordinale (de trois à six choix) (Cofemer, 2014).

Tableau 1. Échelles et dimensions correspondantes selon les items du questionnaire RAND SF-36 1.0 (Rand Health, 2016)

| Échelles | Nombre d'items | Items correspondants | Dimensions |
|---|----------------|---------------------------------|--------------------|
| 1. Activité physique (PF) | 10 | 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 | Dimension physique |
| 2. Limitations dues à l'état physique (RP) | 4 | 13, 14, 15, 16 | Dimension physique |
| 3. Limitations dues à l'état psychique (RE) | 3 | 17, 18, 19 | Dimension mentale |
| 4. Énergie et vitalité (VT) | 4 | 23, 27, 29, 31 | Dimension mentale |
| 5. Évaluation de la santé psychique (MH) | 5 | 24, 25, 26, 28, 30 | Dimension mentale |
| 6. Vie et relations avec les autres (SF) | 2 | 20, 32 | Dimension mentale |
| 7. Douleurs physiques (BP) | 2 | 21, 22 | Dimension physique |
| 8. Perception globale de l'état de santé (GH) | 5 | 1, 33, 34, 35, 36 | Dimension physique |
| Modifications de l'état de santé au cours de l'année écoulée (HT) | 1 | 2 | - |

Tableau 2. Transformation des réponses à chaque item du RAND SF-36 1.0, en score de 0 à 100 (Rand Health, 2016)

| Numéro de l'item | Réponse originale dans le questionnaire | Score de la réponse transformée |
|---------------------------------|---|---------------------------------|
| 1, 2, 20, 22, 34, 36 | 1 | 100 |
| | 2 | 75 |
| | 3 | 50 |
| | 4 | 25 |
| | 5 | 0 |
| 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 | 1 | 0 |
| | 2 | 50 |
| | 3 | 100 |
| 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 | 1 | 0 |
| | 2 | 100 |
| 21, 23, 26, 27, 30 | 1 | 100 |
| | 2 | 80 |
| | 3 | 60 |
| | 4 | 40 |
| | 5 | 20 |
| | 6 | 0 |
| 24, 25, 28, 29, 31 | 1 | 0 |
| | 2 | 20 |
| | 3 | 40 |
| | 4 | 60 |
| | 5 | 80 |
| | 6 | 100 |
| 32, 33, 35 | 1 | 0 |
| | 2 | 25 |
| | 3 | 50 |
| | 4 | 75 |
| | 5 | 100 |

Afin d'évaluer l'impact du programme éducatif proposé, des analyses statistiques ont été effectuées à l'aide des résultats du RAND SF-36 1.0.

3.6.3 Groupes de discussion

Les GD permettent aux chercheurs à mieux comprendre et saisir les nuances de ce que pense une communauté ou une population, sur un sujet précis. Ils sont souvent employés pour déterminer quels services une population voudrait avoir ou pour mettre en valeur leurs opinions. De plus, les GD facilitent le recueil d'informations multiples et variées, dans une courte période de temps (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest, & Narmey, 2005).

Une rencontre de groupe d'une durée maximale d'une heure a été planifiée au début et à la fin du programme éducatif de trois mois, dans chaque résidence, afin d'identifier le changement. La discussion organisée a permis à tous de donner leurs opinions et d'écouter les autres, sur des défis de la vie de tous les jours relatifs à l'HTA. Les participants devaient au minimum, assister à un des deux GD. Les GD avaient lieu durant la fin de semaine et étaient enregistrés. À chacun de ces GD, la chercheuse MT était modératrice accompagnée d'une étudiante bénévole (MJT), qui agissait en tant que de preneuse de notes. Une entente de confidentialité a été signée par cette dernière (voir annexe 6 pour l'engagement de confidentialité de l'étudiante bénévole). Chaque participant était identifié par un numéro, afin d'assurer la confidentialité dans l'analyse des données.

Les questions des GD étaient ouvertes et les réponses qui n'étaient pas claires étaient reformulées par la modératrice. Les participants étaient encouragés à s'exprimer et plus de détails ont souvent été demandés. Pendant les 5 GD avant le programme, des questions sur la raison de leurs présences et leurs attentes, leurs expériences, leurs défis face à l'HTA, leurs connaissances et sur leurs besoins ont été explorés. Lors de la seconde ronde de GD, des questions sur le programme qui leur avait été offert, les connaissances acquises et les facteurs de risques de l'HTA, leur situation dans la résolution de leurs défis face à l'HTA et sur une intervention future de ce type, ont été posées (voir annexe 7 pour les guides de GD).

De plus, à la suite de chaque GD, des courtes séances de débriefing avaient lieu. Les notes qui avaient été prises à la main étaient tapées à l'ordinateur pour devenir des notes de terrain et des mémos ont été rédigés pour aider à l'analyse. Ensuite, les enregistrements des GD ont été transcrits verbatim.

3.7 Analyse des données

3.7.1 Analyses statistiques

L'analyse statistique des données comprenait des statistiques descriptives avec des moyennes, des ratios et des pourcentages. La significativité de la différence entre quelques ratios a été examinée selon des intervalles de confiance de 95 %. Les outils qui ont été utilisés pour ces analyses s'inspirent de Vassarstats (2016a, 2016b). De plus, plusieurs variables provenant du questionnaire RAND SF-36 1.0 ont été étudiées. Le logiciel SPSS version 21 a permis de procéder aux analyses statistiques (IBM, 2016). Des tests statistiques ont ensuite permis de vérifier les tendances. Pour chacune des analyses, la valeur p a été considérée comme significative si inférieure à 0,05.

Des associations entre certaines caractéristiques (âge, sexe, lieu de résidence, IMC et niveau d'éducation) des participants ont été analysées, dans le but de mieux connaître la population à l'étude, d'analyser la validité interne et de trouver des variables confondantes potentielles. Le tout s'est fait à l'aide d'une corrélation de Pearson pour les variables continues (âge et IMC), d'un test exact de Fisher entre les variables catégorielles (lieu de résidence, sexe et niveau d'éducation) et d'un test de Kruskal-Wallis entre une variable continue et les variables catégorielles. Des corrélations de Pearson ont été utilisées comme test statistique simplement par le fait que c'est le moyen le plus pertinent pour analyser l'association entre deux variables continues. Pour les interpréter, il suffit de considérer une valeur r de 0,10 à 0,29 comme une corrélation légère, une valeur de 0,30 à 0,49 comme une corrélation modérée et une valeur de 0,50 et plus comme une forte corrélation (Cohen, 1988). Puis, un test exact de Fisher a été utilisé puisqu'il est non-paramétrique et qu'il n'a pas besoin d'avoir un minimum de 5 données dans chacun de ses groupes, pour le tableau de contingence. Finalement, puisque l'échantillon était très petit, le test de Kruskal-Wallis a été utilisé en préférence au test t indépendant qui est un test paramétrique. La loi normale a été assumée comme non respectée due au petit échantillon, c'est pourquoi les tests non-paramétriques ont été employés. Les variables continues n'ont pas été transformées en variables catégorielles (qui aurait permis un simple Chi-carré) afin de garder le plus d'informations possible. De plus, le test de Kruskal-Wallis devait être utilisé pour des variables dépendantes, contrairement au Chi-carré qui nécessite des variables indépendantes pour être performés (Howell, 2008).

Avant de débiter l'analyse statistique des réponses au questionnaire RAND SF-36 1.0, la cohérence interne dans les réponses a été vérifiée. Des items ont été choisis puisqu'ils étaient semblables et reliés. Par exemple, l'item 9 était « marche plus d'un kilomètre à pied », l'item 10 était « marcher plusieurs centaines de mètres » et l'item 11 était « marcher une centaine de mètres » (Cofemer, 2014). Ils ont donc été regroupés. Les participants devaient répondre en indiquant s'ils étaient limités, un peu limités, ou non limités à faire ces activités. Ainsi, si un participant avait inscrit qu'il n'était pas limité à marcher plus d'un kilomètre, mais qu'il était limité à marcher une centaine de mètres, ceci était jugé comme incohérent. Trois groupes d'items ont été choisis pour pratiquer cet exercice. Pour les répondants non-cohérents, une analyse des variables suivantes a été réalisée : sexe, lieu de résidence, niveau d'éducation, âge et IMC. Ceci a permis de voir s'ils se ressemblaient sur certaines caractéristiques. Finalement, les données manquantes du questionnaire ainsi que des données descriptives ont été comptabilisées et analysées. Les données manquantes devaient être inférieures à 10 % (Leplège, Ecosse, Pouchot, Coste, & Perneger, 2001) et les valeurs d'asymétrie et d'aplatissement à l'intérieur de ± 2 (Howell, 2008).

Nous avons également procédé à des associations entre certaines caractéristiques (âge, sexe, lieu de résidence, IMC et niveau d'éducation) des participants et les scores des dimensions mentales et physiques du RAND SF-36 1.0 (variables continues). Les mêmes tests statistiques que précédemment ont été employés. La corrélation de Pearson a été remplacée par la corrélation de Spearman puisque la corrélation de Spearman détermine le coefficient approprié pour analyser la relation avec des données sous forme de rangs (Howell, 2008). Nous présenterons aussi les graphiques illustrant les corrélations de Pearson et les droites de régression afin de schématiser la différence entre avant et après. Il est beaucoup plus complexe de présenter les corrélations de Spearman sous forme de graphiques. La variation des valeurs entre une corrélation de Spearman et de Pearson est cependant jugée comme négligeable dans les représentations graphiques. L'observation de changements majeurs peut donc tout de même avoir lieu.

La différence entre les scores pré/post du questionnaire a été analysée et les variables confondantes déterminées ont été considérées. Le tout s'est fait à l'aide du test de Wilcoxon, qui est l'équivalent d'un test t dépendant. Il est utilisé de façon préférentielle pour des données qui ne suivent pas la loi normale (Howell, 2008).

Outre que les données quantitatives, des données qualitatives ont été considérées pour cette étude.

3.7.2 Analyse qualitative : codification et catégorisation

L'étude des GD s'est faite selon une analyse thématique descriptive et des caractéristiques ont été considérées (âge, sexe, lieu de résidence, IMC, niveau d'éducation et taux de participation aux séances). Les caractéristiques ont été évaluées à l'aide de matrices à condenser. Le premier niveau de codage correspond à bien maîtriser la base des données qualitatives de façon à pouvoir générer des nœuds et des sous-nœuds initiaux et des segments de mots y ont été attribués. Ensuite, des nœuds supplémentaires ont été cherchés, certains ont été revus, tous ont été définis et nommés, ce qui correspond au deuxième niveau de codage. Ceci est communément appelé le codage inductif. Pour ce faire, le logiciel NVivo, version 11.0 a été utilisé afin d'organiser les résultats (QSR international, 2016). Des mémos et un journal de bord ont aussi été gardés pendant ce temps, pour faciliter la continuité de l'analyse. Finalement, après avoir passé au travers les codes trois fois et avoir déterminé les thèmes/catégories, le rapport final a été écrit à l'aide de citations des participants pour expliquer, ce qui équivaut au dernier niveau de codage. Les citations des participants ne seront pas appuyées avec des caractéristiques comme l'âge ou le lieu de résidence, afin de garder la confidentialité et éviter le retraçage à la source. Les noms cités ont été remplacés avec des étoiles (*) pour préserver l'anonymat. Le rapport final a été révisé par les superviseurs. Ce sont les étapes généralement reconnues pour analyser des GD (Mack *et al.*, 2005; Miles, Huberman, & Saldana, 2014).

3.8 Critères de rigueur : qualités des données et limites

Dans la communauté des scientifiques, la question de rigueur qui correspond à la scientificité de la recherche a longtemps fait l'objet de débats. Quatre facteurs doivent habituellement être pris en compte dans la rigueur de la recherche, qu'elle soit qualitative ou quantitative. Il s'agit notamment de la crédibilité, la fiabilité, la consistance interne et la transférabilité (Guba & Lincoln, 2005).

Crédibilité

Les techniques qui ont été adoptées pour assurer la crédibilité des résultats de notre recherche sont : premièrement, nous avons passé plusieurs semaines dans le milieu, ce qui est considéré comme un temps suffisant pour observer différents aspects existants, parler avec un éventail de personnes et développer des relations avec les participants (Lincoln & Guba, 1985). Enfin, la multitude et les diverses sources de données à savoir la recherche documentaire, les GD et la

collecte de données quantitatives ont enrichi et augmenté la crédibilité de notre étude.

Fiabilité

La *fiabilité*, comme critère d'évaluation de qualité des données dans une recherche, renvoie à l'uniformité des données à travers le temps et dans différentes situations. Elle fait aussi référence à l'importance pour le chercheur de prendre conscience de sa posture épistémologique et de ses propres biais. La chercheuse étant elle-même issue du milieu de la santé, a fait preuve autant que possible de neutralité et d'objectivité sans laisser son expérience personnelle ni ses émotions interférer lors de l'analyse des données, ainsi que lors de l'interprétation de nos résultats. Une attention spéciale a donc été portée tout au long du processus de collecte et d'analyse des données sur l'identification et l'élimination de tout biais qui pourrait contaminer celui-ci.

Consistance interne

La notion de consistance correspond au concept de fidélité; celle-ci est démontrée quand des processus d'investigations similaires sous des conditions identiques, produisent des résultats analogues. Pour satisfaire ce critère de rigueur, nous nous sommes servis de la revue documentaire, des GD et de l'analyse des données issues des questionnaires d'enquête afin de valider nos résultats.

Transférabilité

La *transférabilité* signifie l'applicabilité des résultats dans d'autres contextes. Il est de notre devoir de fournir suffisamment de données descriptives dans notre étude afin que les pairs puissent évaluer si les résultats seront en mesure d'être applicables à d'autres contextes.

3.9 Considérations éthiques

Pour réaliser ce projet de recherche, une approbation éthique a été demandée à l'Université d'Ottawa. De plus, des formulaires de consentement ont été signés, avant le début du programme, par chacun des participants (voir annexe 8 pour le formulaire de consentement). Le formulaire a été rédigé en français étant donné le but de la question de recherche et présentait d'une manière simple et concise les informations relatives à l'étude (p. ex. le but, la durée, ce qui est attendu du participant, compensation), les risques et les bénéfices (psychologique et social) pour le participant et les

coordonnées clés en cas de questions ou de problèmes. Un accord à l'enregistrement pour les GD était aussi demandé. Même si ce formulaire a été signé, le participant avait la liberté de se retirer de l'étude à tout moment s'il le désirait. Cette précision a été rappelée au début de chaque GD. De surcroît, même l'étudiante bénévole a signé un engagement de confidentialité et finalement, tous les renseignements de cette étude sont gardés sous clés et seulement moi et mes superviseurs y avons accès. L'approbation éthique a été obtenue officiellement le 25 août 2015 (voir annexe 9 pour l'approbation éthique).

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre sera divisé en deux principales sections, afin de faciliter la compréhension. Le volet quantitatif sera présenté, puis le volet qualitatif sera détaillé.

4.1 Volet quantitatif

Le volet quantitatif implique toutes les analyses statistiques sur les caractéristiques des participants et le sexe, sur les raisons qui expliquent l'abandon au programme et la distribution selon les résidences, sur la participation pour les séances éducatives et GD ainsi que sur le questionnaire.

4.1.1 Caractéristiques des participants et exploration du sexe

Premièrement, les caractéristiques des participants ont été comptabilisées selon la feuille qu'ils ont remplie au début du programme. Pour chaque résidence, un pourcentage ou une moyenne a été calculé. Enfin, ces résultats ont été combinés dans une colonne cumulative. Le tableau 3 résume ces informations.

Tableau 3. Caractéristiques des participants au début du programme, selon la résidence

| Caractéristiques | Rockland (n = 7) | Alfred (n = 5) | Hammond (n = 8) | Hawkesbury (342) (n = 6) | Hawkesbury (261) (n = 8) | TOTAL (n = 34) |
|------------------------------------|---------------------|-------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Sexe : féminin | 7 (100) | 3 (60) | 7 (88) | 5 (83) | 7 (88) | 29 (85) |
| Éducation terminée : ≥ secondaire | 1 (14) | 3 (60) | 2 (25) | 1 (17) | 4 (50) | 11 (32) |
| Souffre d'HTA depuis : > 10 ans | 3 (43) | 0 (0) | 6 (75) | 4(67) | 4 (50) | 17 (50) |
| Médication : oui | 5 (71) | 5 (100) | 7 (88) | 6 (100) | 7 (88) | 30 (88) |
| Autres problèmes de santé : oui | 4 (57) | 5 (100) | 7 (88) | 6 (100) | 7 (88) | 29 (85) |
| Vit seul : oui | 6 (86) | 5 (100) | 8 (100) | 5 (83) | 7 (88) | 31 (91) |
| Historique familial avec HTA : oui | 3 (43) | 3 (60) | 5 (63) | 3 (50) | 6 (75) | 20 (59) |
| Employé : non | 7 (100) | 5 (100) | 8 (100) | 6 (100) | 8 (100) | 34 (100) |
| | Moyenne (ÉT) | Moyenne (ÉT) | Moyenne (ÉT) | Moyenne (ÉT) | Moyenne (ÉT) | Moyenne (ÉT) |
| Âge (années) | 87,71 (5,53) | 73,00 (10,41) | 83,63 (8,63) | 85,50 (4,59) | 79,75 (7,19) | 82,32 (8,47) |
| IMC | 26,27 (2,61) | 29,79 (8,12) | 26,03 (3,82) | 27,44 (2,69) | 27,14 (4,15) | 27,14 (4,31) |

La moyenne d'âge des 34 participants était d'environ 82 ans et 29 étaient des femmes. La majorité des participants prenaient de la médication pour traiter leur HTA, avaient d'autres problèmes de santé que l'HTA et avaient connaissance d'un historique d'HTA dans leurs familles. Pour les quatre participants qui ne prenaient pas de médication, une investigation des données a eu lieu en retournant aux feuilles de caractéristiques maîtresses. Trois d'entre eux souffraient d'HTA depuis moins d'un an. Il est possible que les médecins voulaient mieux évaluer la situation avant de prescrire

des médicaments. Il est aussi possible que l'HTA n'était pas assez sévère et relativement bien contrôlé. Pour la personne qui faisait de l'HTA depuis plus longtemps, il est probable que ce fût juste une erreur en remplissant la feuille, ou que le patient n'était simplement pas au courant qu'une telle pilule qu'il prenait était pour l'HTA. Nous avons jugé qu'il n'était pas pertinent de rapporter cette donnée à une instance administrative au niveau de la résidence parce que le personnel et le corps médical connaissent beaucoup mieux leurs patients et résidents que nous. Enfin, puisque les participants étaient majoritairement des femmes, un regard attentif au sexe des résidents dans chacun des endroits impliqués au projet s'est avéré important. Le tableau 4 condense un bilan à cet effet.

Tableau 4. Sexe des résidents en septembre pour les cinq endroits étudiés et pourcentage de participation au programme selon celui-ci

| Résidences | Nombre d'hommes | Nombre de femmes | Ratio (%) d'hommes qui ont participé | Ratio (%) de femmes qui ont participé |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Jardins Belle Rive (Rockland) | 28 | 62 | 0/28 (0) | 7/62 (11) |
| Auberge Plein Soleil (Alfred) | 16 | 28 | 2/16 (13) | 3/28 (11) |
| Résidence Saint-Mathieu (Hammond) | 17 | 38 | 1/17 (6) | 7/38 (18) |
| Manoir McGill – 342 (Hawkesbury) | 12 | 49 | 1/12 (8) | 5/49 (10) |
| Manoir McGill – 261 (Hawkesbury) | 20 | 68 | 1/20 (5) | 7/68 (10) |
| TOTAL | 93 | 245 | 5/93 (5) | 29/245 (12) |

Dans les cinq résidences où le programme éducatif a eu lieu, il y avait 93 hommes et 245 femmes. Ceci équivaut à un taux de participation total de 5 % pour les hommes et 12 % pour les femmes. Cette différence a été analysée avec des calculs d'intervalles de confiance à 95 %. Elle s'est avérée non-significative, ce qui démontrait que selon le nombre d'hommes et de femmes résidents, le sexe des

participants au programme n'est pas inégal. Maintenant, il est crucial de se familiariser avec le taux d'abandon des participants au programme, avant de prolonger.

4.1.2 Raisons qui expliquent l'abandon du programme et distribution

Initialement, 52 individus se sont engagés à suivre le programme en signant le formulaire de consentement. Parmi ceux-ci, 18 ont abandonné et 17 d'entre eux étaient des femmes. Les calculs d'intervalles de confiance à 95% ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre le nombre de femmes (17/46) et le nombre d'hommes (1/6) qui ont abandonné. Finalement, le taux d'abandon total était d'environ 35%. Les quatre raisons qui ont justifié ceci sont : le manque d'intérêt, le fait d'avoir trop d'absences, la maladie et le décès. La répartition de ces raisons est retrouvée à la figure 1.

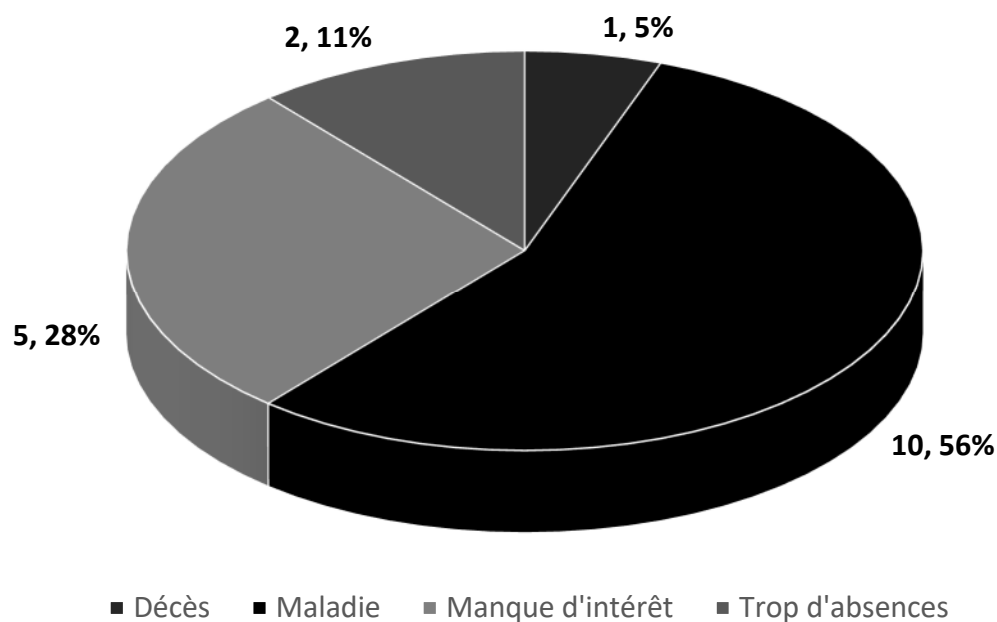


Figure 1. Répartition et pourcentages des raisons qui expliquent l'abandon du programme

La maladie est donc la raison principale qui explique l'abandon au programme. Puis, les gens qui ont abonné le programme ont été séparés selon les endroits. La figure 2 donne plus d'informations à ce sujet.

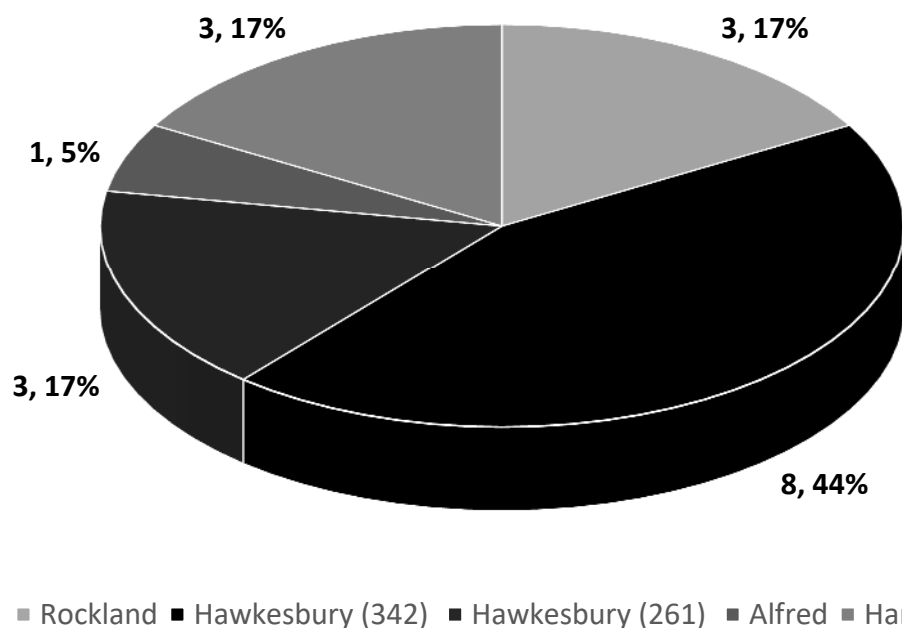


Figure 2. Répartition et pourcentages du taux d'abandon selon le lieu de résidence

En somme, plus de personnes ont abandonné le programme à la résidence McGill de Hawkesbury (342) que dans les autres endroits. Par contre, qu'en est-il pour les taux de participation aux différentes activités chez ceux qui ont suivi le programme au complet?

4.1.3 Participation pour les séances éducatives et groupes de discussion

Selon la résidence, le nombre de présences à chaque séance éducative et à chaque GD ainsi qu'un pourcentage de participation a été calculé. Une colonne totale est aussi disponible via le tableau 5.

Tableau 5. Nombre de présences et pourcentages de participation pour chaque séance éducative et chaque groupe de discussion, selon la résidence

| Activités | Rockland (n = 7) | Alfred (n = 5) | Hammond (n = 8) | Hawkesbury (342) (n = 6) | Hawkesbury (261) (n = 8) | TOTAL (n = 34) |
|------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|---|---|---------------------------|
| | <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> | <i>n (%)</i> |
| Séance 1 | 6 (86) | 4 (80) | 8 (100) | 5 (83) | 3 (38) | 26 (76) |
| Séance 2 | 5 (71) | 5 (100) | 7 (86) | 5 (83) | 6 (75) | 28 (82) |
| Séance 3 | 6 (86) | 4 (80) | 8 (100) | 2 (33) | 6 (75) | 26 (76) |
| Séance 4 | 7 (100) | 5 (100) | 6 (75) | 5 (83) | 7 (88) | 30 (88) |
| Séance 5 | 7 (100) | 5 (100) | 7 (86) | 6 (100) | 8 (100) | 33 (97) |
| Séance 6 | 7 (100) | 5 (100) | 7 (86) | 6 (100) | 8 (100) | 33 (97) |
| Séance 7 | 7 (100) | 5 (100) | 7 (86) | 5 (83) | 7 (88) | 31 (91) |
| Séance 8 | 7 (100) | 5 (100) | 8 (100) | 6 (100) | 8 (100) | 34 (100) |
| Séance 9 | 7 (100) | 4 (80) | 8 (100) | 6 (100) | 6 (75) | 31 (91) |
| Séance 10 | 5 (71) | 5 (100) | 8 (100) | 5 (83) | 7 (88) | 30 (88) |
| Séance 11 | 6 (86) | 4 (80) | 7 (86) | 5 (83) | 8 (100) | 30 (88) |
| Séance 12 | 7 (100) | 5 (100) | 6 (75) | 6 (100) | 8 (100) | 32 (94) |
| GD 1 | 6 (86) | 5 (100) | 6 (75) | 3 (50) | 4 (50) | 24 (71) |
| GD 2 | 7 (100) | 5 (100) | 7 (86) | 6 (100) | 8 (100) | 33 (97) |

Bref, la séance où il y a eu le moins de participation est la 1 et la 3 et la séance où il y a eu le plus de participation est la 8. Plus de participants ont assisté au deuxième GD, comparativement au premier. Encore une fois, la différence entre le taux de présence total pour les séances et les GD ainsi que selon les endroits, a été envisagée avec des calculs d'intervalles de confiance à 95 %. Celle-ci s'est

avérée non-significative dans tous les cas. Ceci signifie donc qu'approximativement le même nombre de participants ont assisté aux séances éducatives et aux GD, indépendamment de l'endroit de résidence. Par la suite, il est intéressant de constater les moyennes de participation aux séances éducatives et aux GD, selon chacune des résidences. Le tout est présenté au tableau 6.

Tableau 6. Pourcentages de participation pour les séances éducatives et les groupes de discussion dans chacune des résidences

| Résidences | Moyenne de participation aux séances éducatives (%) | Moyenne de participation aux groupes de discussion (%) |
|--|---|--|
| Jardins Belle Rive (Rockland) (<i>n</i> = 7) | 92 | 93 |
| Auberge Plein Soleil (Alfred) (<i>n</i> = 5) | 93 | 100 |
| Résidence Saint-Mathieu (Hammond) (<i>n</i> = 8) | 91 | 81 |
| Manoir McGill Manor – 342 (Hawkesbury) (<i>n</i> = 6) | 86 | 75 |
| Manoir McGill Manor – 261 (Hawkesbury) (<i>n</i> = 8) | 85 | 75 |
| TOTAL (<i>n</i> = 34) | 89 | 85 |

La résidence d'Hawkesbury (261) comprenait les participants qui étaient le moins présents aux séances éducatives et aux GD, contrairement à la résidence d'Alfred qui comprenait les participants les plus présents. La moyenne totale de participants était de 89 % pour les séances et 85 % pour les GD. Ici, les intervalles de confiance n'ont pu être utilisés pour comparer, uniquement par le fait que ce sont des moyennes. Enfin, si on revient aux caractéristiques des participants retrouvées au tableau 3, il est possible de les analyser plus en profondeur.

4.1.4 Analyses plus approfondies des caractéristiques des participants

Afin de jeter un regard plus critique sur les caractéristiques des participants, des tests statistiques ont été performés. Comme mentionné précédemment, le but ici est de mieux connaître la population à l'étude et de trouver des variables confondantes potentielles. Pour ce faire, une corrélation de

Pearson a premièrement été pratiquée entre deux des variables continues importantes pour déterminer l'association entre elles. Le coefficient qui a été calculé entre les variables d'âge et d'IMC est $r = -0,273$; $p = 0,118$. Il n'y a donc pas de relation significative entre ces deux variables et la corrélation est faible. Ensuite, le test exact de Fisher a permis de déterminer l'association entre des variables catégorielles. Les résultats sont les suivants : entre le sexe et le niveau d'éducation, $p = 0,274$; entre le sexe et le lieu de résidence, $p = 0,476$ et entre le lieu de résidence et le niveau d'éducation, $p = 0,368$. Encore une fois, il n'y a aucune association significative entre ces trois variables. Puis, des tests de Kruskal-Wallis ont permis de comparer les rangs des médianes entre une variable continue et une variable catégorielle. Pour l'âge, le lien avec le niveau d'éducation ($\chi^2(3) = 1,119$; $p = 0,772$) et avec le lieu de résidence ($\chi^2(4) = 8,621$; $p = 0,071$) n'était pas significatif. Par contre, le lien avec le sexe l'était ($\chi^2(1) = 4,704$; $p = 0,030$). Finalement, pour l'IMC, le lien avec le sexe ($\chi^2(1) = 0,497$; $p = 0,481$) et avec le lieu de résidence ($\chi^2(4) = 1,466$; $p = 0,833$) n'était pas significatif, contrairement au lien avec le niveau d'éducation ($\chi^2(3) = 10,369$; $p = 0,016$), qui l'était. Ultérieurement, il faudra donc considérer le sexe et l'éducation comme variable confondante potentielle. Pour l'âge et l'IMC, des analyses supplémentaires auront lieu plus tard afin de voir s'il existe vraiment un lien avec le score. Avant de poursuivre les analyses, nous étudierons : la cohérence interne et les données manquantes.

4.1.5 Cohérence interne et données manquantes du questionnaire RAND SF-36 1.0

La cohérence interne a été vérifiée en examinant attentivement les questionnaires et pour déterminer à quel point les réponses à certains items choisis concordaient entre-elles. Les résultats sont présentés au tableau 7.

Tableau 7. Pourcentages de cohérence interne du questionnaire RAND SF-36 1.0 administré pré-post, selon certains items choisis ($n = 34$)

| Items choisis | Questionnaire – pré (ratio (%)) | Questionnaire – post (ratio (%)) |
|---------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 9, 10 et 11 | 31/34 (91 %) | 32/34 (94 %) |
| 20 et 32 | 31/34 (91 %) | 32/34 (94 %) |
| 6 et 7 | 33/34 (97 %) | 33/34 (97 %) |

Étant donné que la cohérence interne totale pour les trois groupes d'items qui ont été choisis est supérieure à 90 %, ceci permet de poursuivre les analyses. De plus, nous n'avons pu mettre en évidence de lien entre les participants qui répondaient de façon incohérente avec le sexe, le lieu de résidence, le niveau d'éducation, l'âge ou l'IMC. Ensuite, le pourcentage des données manquantes tel que rapporté dans le tableau 8, est très faible. Dans le questionnaire pré-programme les données manquantes représentent moins de 10 % et dans le questionnaire post-programme on ne rapporte aucune donnée manquante. Ceci nous permet de présenter les résultats des scores en toute confiance, retrouvés dans le tableau 8.

Tableau 8. Statistiques descriptives des 8 échelles, d'un item et des 2 dimensions du questionnaire RAND SF-36 1.0, administré pré-post (n = 34)

| Échelles, index ou dimensions | Questionnaire - pré | | | | | | Questionnaire - post | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------|----------------|----------------|-----------|--------------------|-------------------------|----------------|----------------|-----------|--------------------|--|
| | Nombre d'items | % de non- répondants | Score moyen | Écart- type | Asymétrie | Aplatiss- ement | % de non- répondants | Score moyen | Écart- type | Asymétrie | Aplatiss- ement | |
| PF | 10 | 0,003 | 45,18 | 31,67 | 0,322 | -1,246 | 0 | 55,74 | 27,64 | -0,042 | -1,082 | |
| RP | 4 | 0 | 37,50 | 40,94 | 0,572 | -1,301 | 0 | 68,38 | 38,09 | -0,778 | -0,919 | |
| RE | 3 | 0 | 32,35 | 41,43 | 0,763 | -1,159 | 0 | 77,45 | 38,24 | -1,456 | 0,477 | |
| VT | 4 | 0,014 | 48,53 | 20,73 | 0,095 | 0,031 | 0 | 54,56 | 19,59 | 0,266 | 0,514 | |
| MH | 5 | 0 | 60,82 | 16,20 | 0,414 | -0,433 | 0 | 69,88 | 18,51 | -0,515 | -0,423 | |
| SF | 2 | 0,014 | 72,43 | 29,64 | -1,043 | 0,266 | 0 | 81,62 | 25,23 | -1,537 | 2,282 | |
| BP | 2 | 0 | 49,63 | 31,32 | 0,185 | 0,886 | 0 | 64,34 | 23,89 | 0,029 | -0,679 | |
| GH | 5 | 0,0059 | 56,07 | 16,18 | 0,503 | 0,405 | 0 | 59,41 | 20,22 | -0,476 | -0,844 | |
| HT | 1 | 0 | 50,74 | 24,99 | 0,325 | -0,393 | 0 | 55,88 | 30,19 | -0,154 | -0,321 | |
| Dimension mentale | 14 | 0,0063 | 53,53 | 18,61 | 0,798 | -0,116 | 0 | 70,88 | 20,71 | -1,292 | 1,656 | |
| Dimension physique | 21 | 0,0028 | 47,09 | 22,72 | 0,516 | -0,705 | 0 | 61,97 | 19,35 | -0,145 | -0,778 | |

L'analyse du questionnaire RAND SF-36 1.0 rempli par les participants démontre que les échelles, index et dimensions se sont tous améliorés, entre avant et après le programme. Ce constat peut être fait en regardant simplement les scores moyens. De plus, les valeurs d'asymétrie et d'aplatissement sont en forte majorité à l'intérieur de ± 2 . Une fois seulement (pour l'échelle SF) la valeur dépasse 2. Ceci signifie seulement qu'il y a moins de variabilité entre les réponses au questionnaire, pour cette échelle-

4.1.6 Associations entre certaines caractéristiques des participants et les scores aux dimensions physique et mentale

En premier lieu, l'association entre l'âge et les scores aux dimensions physique et mentale a été testée à l'aide de corrélations de Spearman. Ainsi, on pouvait voir si l'âge était vraiment une variable confondante. Les résultats sont retrouvés dans le tableau 9.

Tableau 9. Résultats des corrélations de Spearman entre l'âge et les scores du questionnaire RAND SF-36 1.0, avant et après le programme ($n = 34$)

| Dimensions | Avant | Après |
|--------------------|--------|--------|
| Dimension physique | -0,093 | -0,101 |
| Dimension mentale | -0,079 | -0,083 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Il n'y a donc pas d'association significative entre l'âge et les dimensions mentale et physique des scores du questionnaire. De plus, les corrélations sont toutes négatives et particulièrement faibles. Ceci vient suggérer que l'âge n'est pas une variable confondante réelle. Afin de visualiser ces résultats, des graphiques ont été générés à l'aide des corrélations de Pearson (voir figure 3 et 4).

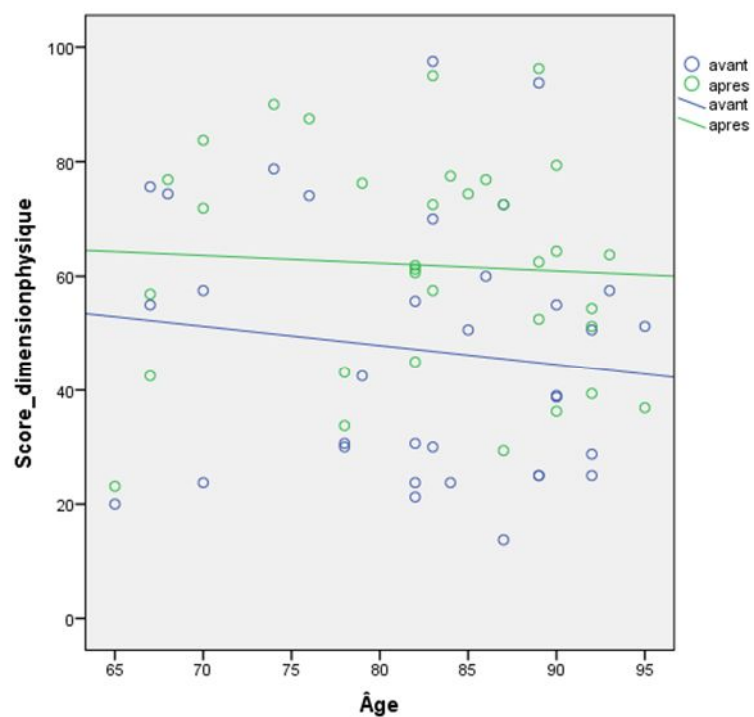


Figure 3. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension physique selon l'âge

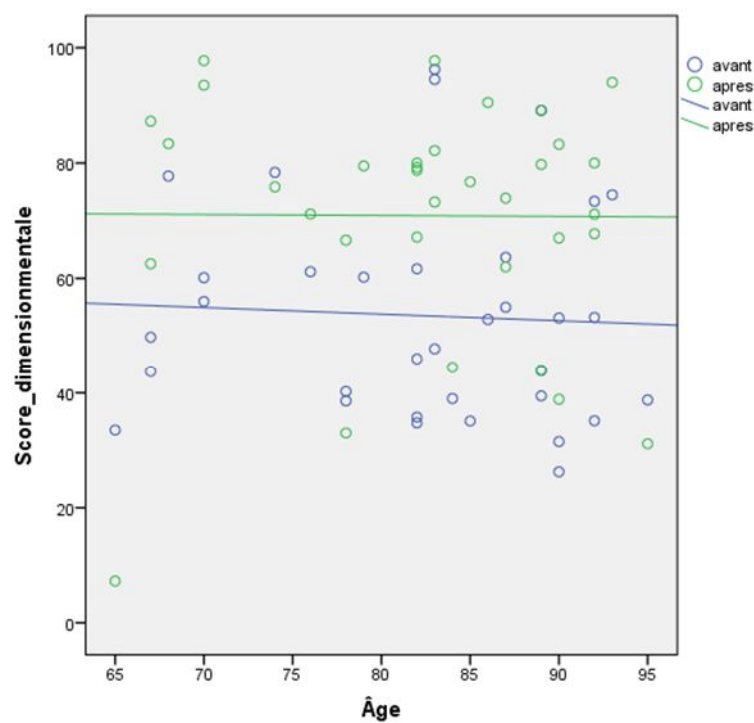


Figure 4. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension mentale selon l'âge

Il est donc évident de constater qu'en fonction de l'âge, les scores des dimensions physique et mentale sont relativement stables. Il n'y a pas de changement majeur entre avant et après le programme pour ces scores, malgré la légère amélioration. Puisqu'on a vu qu'il existe un lien entre l'âge et le sexe des participants, on doit considérer la variable confondante qui est le sexe. Pour ce faire, des corrélations de Spearman supplémentaires ont été réalisées entre l'âge et les scores des dimensions physique et mentale, en considérant aussi le sexe. Les résultats sont présentés au tableau 10.

Tableau 10. Résultats des corrélations de Spearman entre l'âge et les scores du questionnaire RAND SF-36 1.0, selon le sexe ($n = 34$)

| Dimensions | Femmes | | Hommes | |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|
| | Avant | Après | Avant | Après |
| Dimension physique | -0,203 | -0,203 | 0,100 | 0,300 |
| Dimension mentale | -0,151 | -0,226 | 0,300 | 0,900* |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Il y a une association significative chez les hommes entre l'âge et les scores pour la dimension mentale, après le programme. La corrélation est aussi grande. En somme, les corrélations sont négatives pour les femmes et positives pour les hommes. Les corrélations sont faibles ou à la limite modérées pour les catégories, à l'exception de la dimension mentale pour les hommes, après le programme. Il est donc primordial de considérer le sexe comme une variable confondante dans les résultats finaux, en séparant les résultats hommes/femmes. Afin de mieux concevoir ces résultats, des graphiques ont encore été conçus à l'aide des corrélations de Pearson (voir figure 5 à 8).

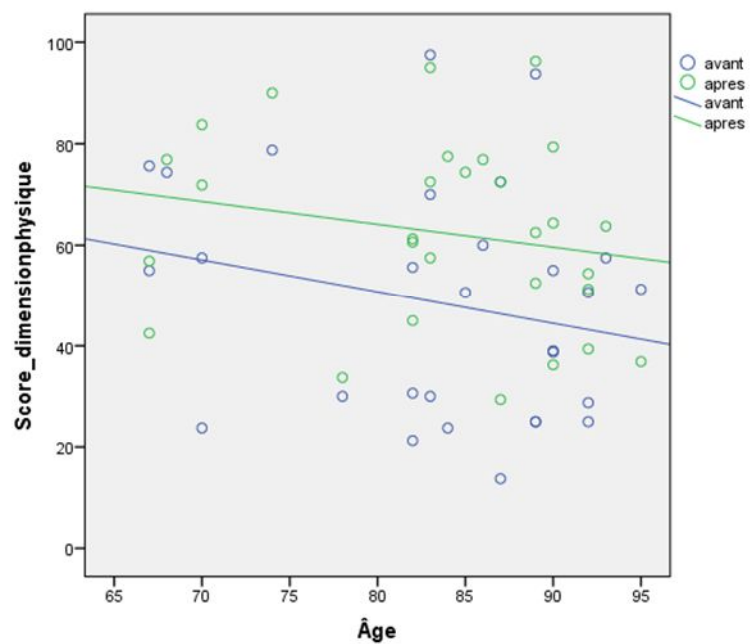


Figure 5. Graphique illustrant la comparaison des scores des femmes entre avant et après de la dimension physique selon l'âge

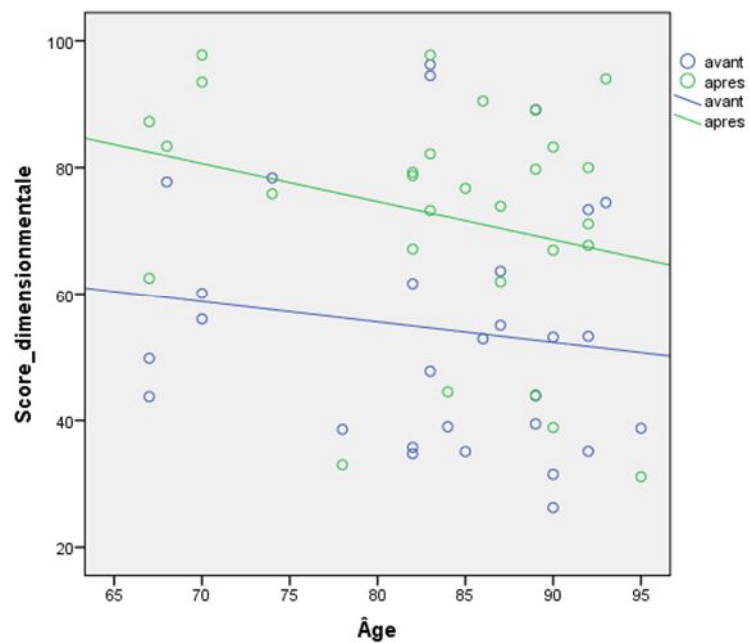


Figure 6. Graphique illustrant la comparaison des scores des femmes entre avant et après de la dimension mentale selon l'âge

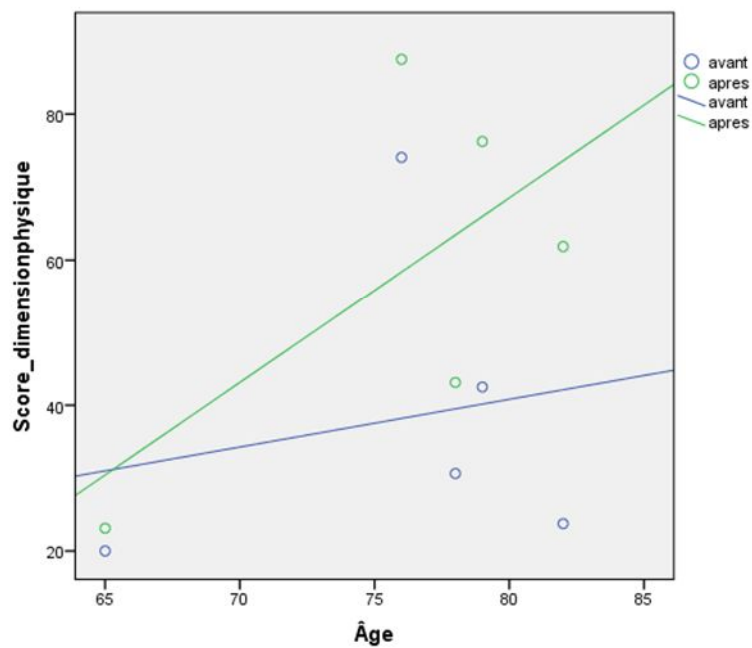


Figure 7. Graphique illustrant la comparaison des scores des hommes entre avant et après de la dimension physique selon l'âge

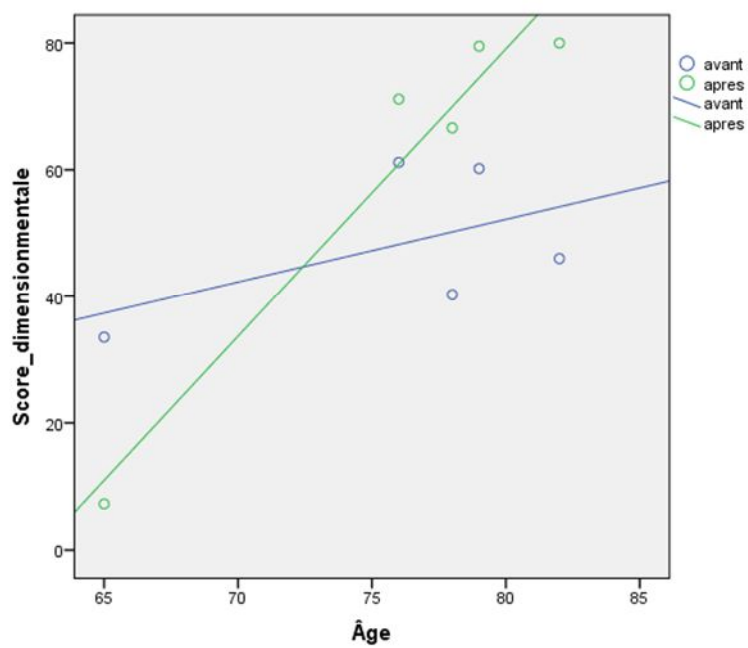


Figure 8. Graphique illustrant la comparaison des scores des hommes entre avant et après de la dimension mentale selon l'âge

Pour les femmes, on peut facilement se rendre compte qu'en fonction de l'âge, les scores des dimensions physique et mentale sont relativement stables. Il y a une légère diminution aux valeurs des scores plus l'âge avance. Il n'y a pas de changement majeur entre avant et après le programme, malgré la petite augmentation des scores. Par contre, pour les hommes, les graphiques illustrent bien l'amélioration des scores aux deux dimensions, selon l'âge, dans presque tous les cas. On peut voir qu'avec le programme, les hommes plus âgés se sont mieux améliorés sur la dimension mentale. Maintenant, analysons l'existence potentielle d'association entre l'IMC et les scores aux dimensions physique et mentale afin d'évaluer si l'IMC est vraiment une variable confondante. Les résultats aux corrélations de Spearman sont présentés au tableau 11.

Tableau 11. Résultats des corrélations de Spearman entre l'indice de masse corporelle et les scores du questionnaire RAND SF-36 1.0, avant et après le programme ($n = 34$)

| Dimensions | Avant | Après |
|--------------------|-------|--------|
| Dimension physique | 0,192 | -0,037 |
| Dimension mentale | 0,136 | 0,004 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Il n'y a donc pas d'association significative entre l'IMC et les dimensions mentale et physique du questionnaire. Les corrélations sont très faibles et viennent démontrer que l'IMC n'est pas une variable confondante réelle. Par contre, on peut constater que certaines relations sont positives et certaines négatives. Afin d'aider à l'analyse, des graphiques montrant les corrélations de Pearson sont présentés aux figures 9 et 10.

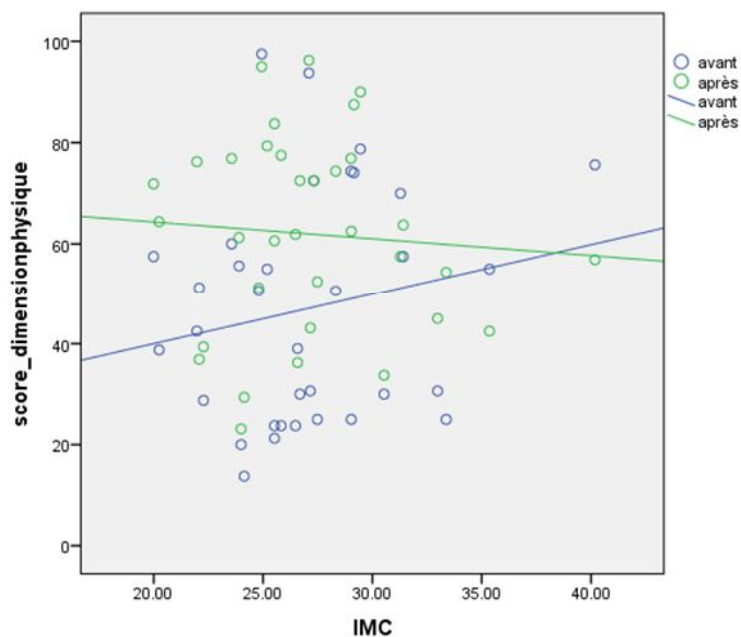


Figure 9. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension physique, selon l'indice de masse corporelle

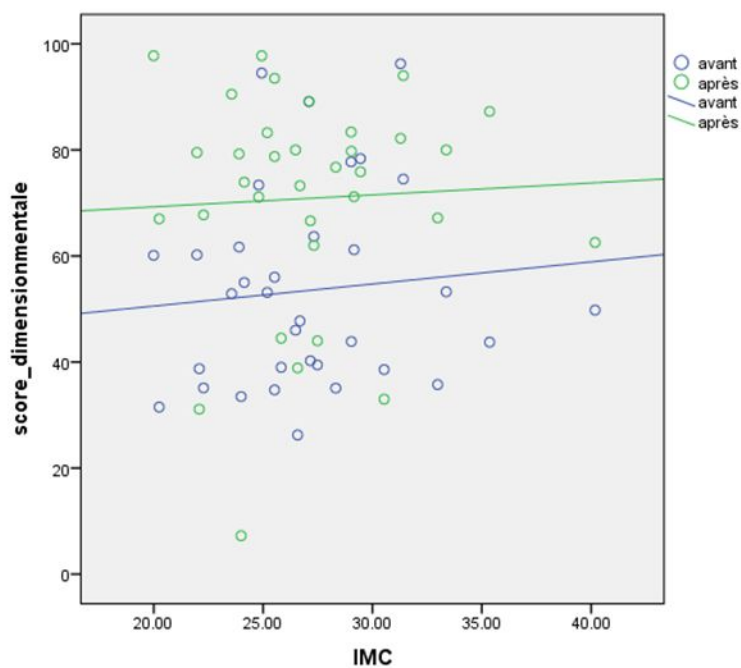


Figure 10. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension mentale, selon l'indice de masse corporelle

Avec la figure 9, on peut voir qu'avant le programme éducatif, plus l'IMC augmentait, plus la valeur du score pour la dimension physique augmentait. La corrélation était positive. Après le programme, plus l'IMC augmentait, plus la valeur du score pour la dimension physique diminuait. La corrélation était négative. Ceci signifie donc que les personnes plus corpulentes sont moins assujetties au changement physique après avoir suivi le programme, et vice versa. Pour la figure 10, il est évident de constater qu'en fonction de l'IMC, les scores à la dimension mentale sont relativement stables. Il y a une légère augmentation des valeurs des scores plus l'IMC augmente. Il n'y a pas de changement marquant entre avant et après le programme, malgré la légère amélioration. Puisqu'on a vu qu'il existe un lien entre l'IMC et le niveau d'éducation des participants, on doit considérer la variable confondante potentielle qu'est le niveau d'éducation. Pour ce faire, des corrélations de Spearman additionnelles ont été réalisées entre l'IMC et les scores des dimensions physique et mentale, en considérant aussi le niveau d'éducation. Le niveau d'éducation a été divisé en deux catégories au lieu de quatre afin d'équilibrer les groupes. Les résultats sont présentés au tableau 12.

Tableau 12. Résultats des corrélations de Spearman entre l'indice de masse corporelle et les scores du questionnaire RAND SF-36 1.0, selon le niveau d'éducation (n = 34)

| | Niveau d'éducation ≤ primaire | | Niveau d'éducation ≥ secondaire | |
|--------------------|-------------------------------|--------|---------------------------------|-------|
| | Avant | Après | Avant | Après |
| Dimension physique | 0,139 | -0,288 | 0,527 | 0,391 |
| Dimension mentale | -0,166 | -0,224 | 0,739* | 0,182 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Il y a donc une association significative chez les participants qui ont terminé leur secondaire et plus entre l'IMC et les scores pour la dimension mentale, avant le programme. La corrélation est aussi grande, tout comme elle l'est pour la dimension physique et l'IMC, avant le programme et chez ce même groupe. En somme, les corrélations sont positives pour ceux qui ont terminé leur secondaire et plus, mais c'est à la fois positif ou négatif pour ceux qui ont seulement fréquenté l'école primaire. Il est donc primordial de considérer le niveau d'éducation comme variable confondante dans les résultats finaux. De plus, les corrélations sont petites ou moyennes pour les autres catégories. Afin de visualiser ces résultats, des graphiques ont encore été générés à l'aide des corrélations de Pearson (voir figure 11 à 14).

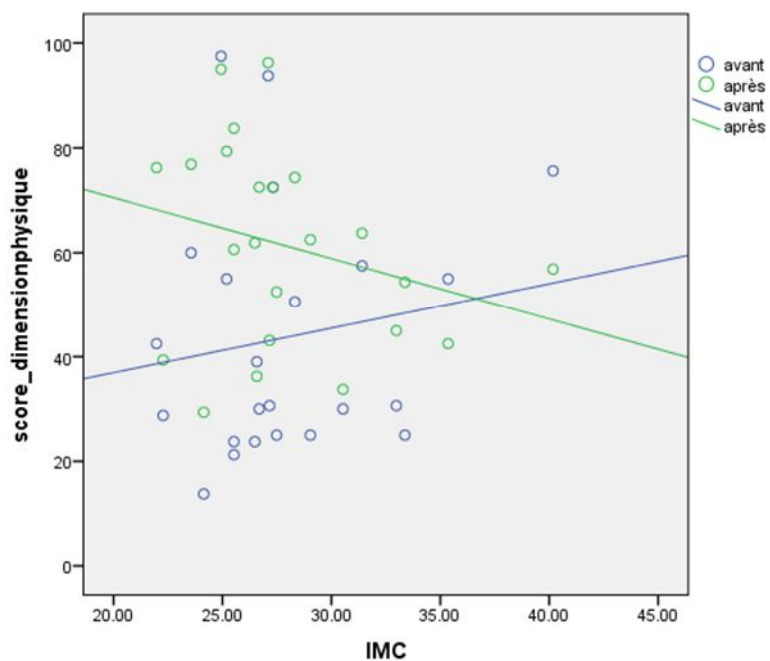


Figure 11. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension physique selon l'indice de masse corporelle, des participants d'un niveau d'éducation primaire

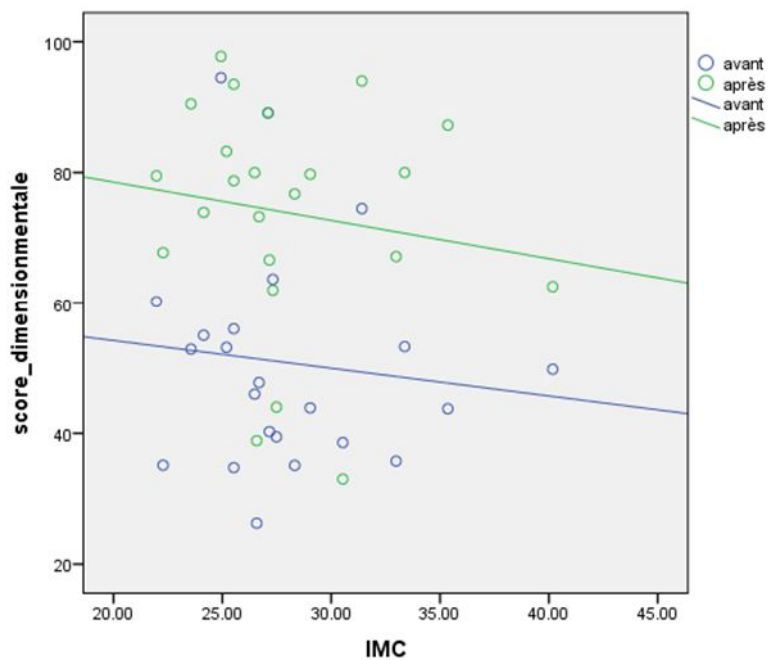


Figure 12. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension mentale selon l'indice de masse corporelle, des participants d'un niveau d'éducation primaire

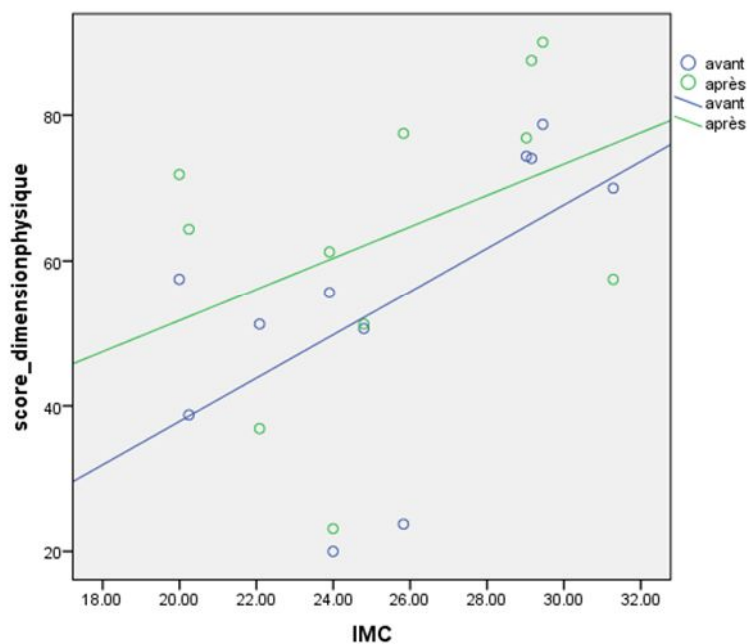


Figure 13. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension physique selon l'indice de masse corporelle, des participants d'un niveau d'éducation secondaire et plus

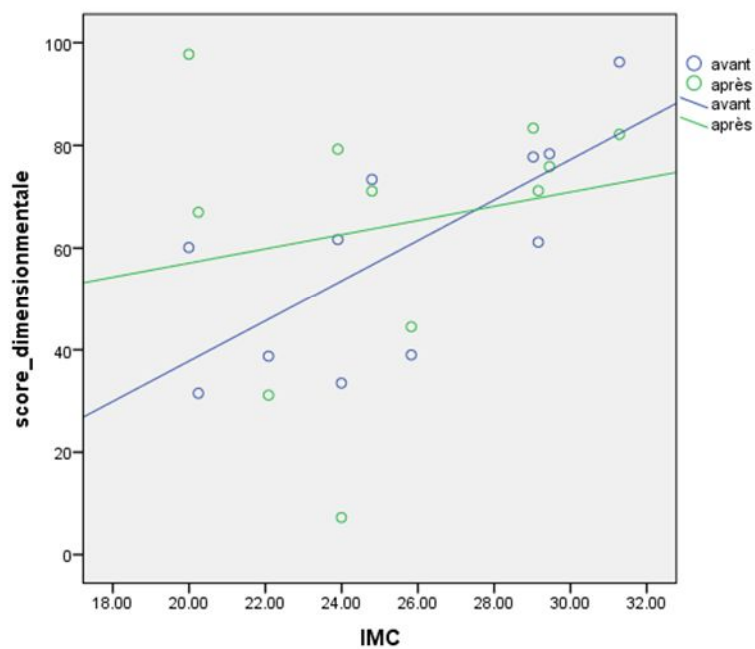


Figure 14. Graphique illustrant la comparaison des scores entre avant et après de la dimension mentale selon l'indice de masse corporelle, des participants d'un niveau d'éducation secondaire et plus

Pour les participants qui n'ont pas d'éducation au-delà du primaire (\leq primaire), on peut voir qu'avant le programme éducatif, plus l'IMC augmentait, plus la valeur du score pour la dimension physique augmentait. La corrélation était positive. Après le programme, plus l'IMC augmentait, plus la valeur du score pour la dimension physique diminuait. La corrélation était négative. Ceci signifie donc que les personnes plus corpulentes et moins éduquées sont moins assujetties au changement physique après avoir suivi le programme, et vice versa. Pour ce même groupe, on peut voir que c'est plutôt stable pour la dimension mentale en fonction de l'IMC. Il y a une légère diminution des valeurs des scores plus l'IMC augmente. Il n'y a pas de changement marquant entre avant et après le programme, malgré la légère amélioration. Si l'on regarde du côté des participants qui ont été à l'école secondaire, les graphiques démontrent bien une amélioration des scores aux deux dimensions, selon l'IMC. Il n'y a pas de changement marquant entre avant et après le programme, malgré la légère amélioration. Les corrélations étaient positives. Dernièrement, un test de Kruskal-Wallis a été effectué entre les caractéristiques catégorielles et les scores du questionnaire, avant et après le programme. Les résultats se retrouvent au tableau 13.

Tableau 13. Résultats d'un test de Kruskal-Wallis entre le sexe, le lieu de résidence et le niveau d'éducation et les scores du questionnaire RAND SF-36 1.0, avant et après le programme ($n = 34$)

| | Sexe | | Endroit | | Éducation | |
|--------------------|-------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après |
| Dimension physique | 1,045 | 0,072 | 4,487 | 0,832 | 3,795 | 3,162 |
| Dimension mentale | 0,171 | 0,854 | 3,441 | 3,638 | 8,842* | 1,767 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Ce test de Kruskal-Wallis a confirmé qu'il n'y a pas d'associations significatives entre les variables du sexe, de l'endroit de résidence ou du niveau d'éducation, sauf pour le niveau d'éducation et la dimension mentale (pré). Ceci vient justifier, encore une fois, l'importance de considérer le niveau d'éducation dans l'analyse finale des scores du questionnaire, qui auront lieu ci-dessous.

4.1.7 Différence entre les scores pré/post du questionnaire

Un test de Wilcoxon a été effectué afin de comparer les rangs des médianes des scores des huit échelles, d'un item et des deux dimensions du questionnaire RAND SF-36 1.0, qui a été administré avant et après le programme éducatif. Les résultats sont exposés au tableau 14.

Tableau 14. Résultats d'un test de Wilcoxon comparant les scores pré/post du questionnaire RAND SF-36 1.0 (n = 34)

| Échelles ou index | Z | Valeur p |
|--------------------|--------|------------|
| PF | -2,536 | 0,011* |
| RP | -3,413 | 0,001** |
| RE | -3,918 | < 0,001*** |
| VT | -2,114 | 0,035* |
| MH | -3,136 | 0,002** |
| SF | -1,358 | 0,174 |
| BP | -3,321 | 0,001** |
| GH | -1,493 | 0,135 |
| HT | -1,156 | 0,248 |
| Dimension physique | -3,726 | < 0,001*** |
| Dimension mentale | -4,047 | < 0,001*** |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

En comparant les scores pré/post du questionnaire qu'ont rempli les participants, on peut s'apercevoir que six des huit échelles sont ressorties comme significativement améliorées, après le programme. Trois des six étaient très significatives et une des six, extrêmement significative. Les seules échelles qui n'ont pas présenté de résultats significatifs sont celles de la perception globale de l'état de santé (GH) et celle de la vie et relations avec les autres (SF). Puis, pour l'item qui est le changement au niveau de la santé depuis la dernière année, le résultat est non significatif. Lorsqu'on

attribue les huit échelles à leurs dimensions respectives, la dimension mentale et physique s'est avérée extrêmement significative ce qui suggère un grand changement entre avant et après le programme éducatif, à ces niveaux. Par contre il ne faut pas oublier de considérer les variables confondantes trouvées auparavant. Pour ce faire, un test de Wilcoxon a été performé selon le sexe et selon l'éducation. Les résultats se retrouvent aux tableaux 15 et 16.

Tableau 15. Résultats d'un test de Wilcoxon comparant les scores pré/post du questionnaire RAND SF-36 1.0, selon le sexe ($n = 34$)

| Échelles ou index | Valeurs p pour les femmes ($n = 29$) | Valeurs p pour les hommes ($n = 5$) |
|--------------------|--|---|
| PF | -2,226* | -1,289 |
| RP | -2,829** | -1,841 |
| RE | -3,550*** | -1,633 |
| VT | -1,956 | -1,089 |
| MH | -3,119** | -0,674 |
| SF | -2,052* | -1,069 |
| BP | -2,814** | -1,826 |
| GH | -1,701 | -1,361 |
| HT | -1,006 | -0,577 |
| Dimension physique | -3,189** | -2,023* |
| Dimension mentale | -3,848*** | -1,214 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tableau 16. Résultats d'un test de Wilcoxon comparant les scores pré/post du questionnaire RAND SF-36 1.0, selon l'éducation ($n = 34$)

| Échelles ou index | Valeur p pour niveau d'éducation \leq primaire ($n = 23$) | Valeur p pour niveau d'éducation \geq secondaire ($n = 11$) |
|--------------------|---|---|
| PF | -2,315* | -1,130 |
| RP | -3,141** | -0,957 |
| RE | -3,652*** | -1,300 |
| VT | -1,789 | -1,072 |
| MH | -3,067** | -1,249 |
| SF | -2,029* | -0,852 |
| BP | -2,705** | -1,893 |
| GH | -0,993 | -1,372 |
| HT | -0,680 | -1,342 |
| Dimension physique | -3,328** | -1,646 |
| Dimension mentale | -3,945*** | -0,800 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

En divisant le groupe de participants selon leur sexe ou selon leur niveau d'éducation, la comparaison des scores pré/post du questionnaire est relativement semblable à lorsqu'ils sont tous ensemble. Par contre, ceci est seulement vrai pour les femmes et pour le groupe qui a un niveau d'éducation plus bas. Les hommes et les participants qui avaient un niveau d'éducation plus haut ont démontré moins d'amélioration dans les scores puisqu'il n'y avait presque pas de significativité. Enfin, afin d'appuyer l'argument que la plupart des scores se sont significativement améliorés après le programme, une analyse qualitative a été effectuée à l'aide des GD, dans le but d'extraire les perceptions des participants sur différents sujets.

4.2 Volet qualitatif

La prochaine section se résume à être l'analyse thématique basée sur la description des 10 GD. De ses GD, trois thèmes principaux sont ressortis. Un aperçu des caractéristiques des répondants sera aussi abordé.

4.2.1 Compréhension de la maladie et de ses facteurs de risques

Pour ce thème, on va pouvoir voir l'évolution des connaissances et de la compréhension des participants, entre avant et après le programme éducatif.

Avant

Ce nœud contient quatre différents sous-nœuds, basés sur les éléments principaux qui ont été découverts avant que le programme éducatif soit implanté.

Ignorance de la maladie

Initialement, lorsque les participants ont été questionnés sur leurs connaissances de l'HTA, ils ont tous confirmé qu'ils ne comprenaient pas bien cette maladie en évoquant des commentaires comme celui-ci : « *non, franchement, on ne le comprend pas réellement* ». Plusieurs disaient seulement ne pas savoir c'était quoi « *je ne connais rien là-dedans* » et d'autres étaient innocents face aux répercussions « *je ne sais pas qu'est-ce que ça fait* ». Ils trouvaient aussi que cette tendance était assez fréquente « *il y en a ben qui ne sont pas au courant, qu'est-ce que c'est l'hypertension* ». Enfin, de nombreux participants étaient conscients de leur manque de connaissances « *on a jamais pu apprendre [...] on est ignorant là-dessus* ».

Hypothèses de la maladie

Les participants ont rapporté différentes définitions de ce qu'est l'HTA. Par exemple, « *c'est le cœur qui force trop* »; « *la circulation du sang qui ne se fait pas bien* »; « *plus qu'il y a du gras dans nos artères, plus que la pression va pousser* » étaient tous des réponses qui ont été ressorties. D'autres, semblaient confondre l'HTA avec le pouls « *ça l'a rapport avec le cœur qui pompe là* »; « *c'est la pression et ça pousse le sang dans tout notre système* »; « *c'est le sang que c'est trop fort et qui peut occasionner une attaque de cœur* ». De nombreux participants avaient de la difficulté à savoir ce qui

était vrai et démontraient de l'incertitude dans leurs commentaires en posant des questions. « *C'est une pression de sang, c'est ça? Non? C'est tout ce que je sais!* »

Au départ, les connaissances des participants devaient être grandement déduites. Seulement quelques-uns ont fait un lien avec la nourriture « *ça peut dépendre du manger* ». Aussi, uniquement deux personnes ont mentionné le mot exercice dans les cinq premiers GD « *quelque chose avec l'exercice* ». Puis, une participante a signalé l'association entre la cigarette et le cœur « *il y en a qu'ils me disent lâche la cigarette, ton cœur ne sera pas bon* ». Certains ont identifié le stress comme une cause principale « *c'est quand qu'on s'énerve – si on devient trop sur les nerfs, on va faire de l'hypertension* »; « *parce que la pression, ça monte quand tu es nerveuse* » et d'autres savaient qu'il y avait plutôt plusieurs causes « *je dirais que l'anxiété ou – c'est beaucoup plus néfaste que la nourriture* ». Ils ont encore démontré de l'incertitude dans leurs réflexions. « *Je dis que c'est les nerfs, mais je ne sais pas. Des fois, qu'est-ce qu'on mange peut-être? Non?* ». Finalement, un seul individu a apporté l'aspect hérédité, « *c'est héréditaire aussi* » et une participante s'est avancée sur la guérison de l'HTA « *ça ne se guérit pas, ça l'empire un petit peu* ».

Rôle passif envers la maladie

De nombreux participants suivaient seulement les directives des professionnels de la santé, sans nécessairement comprendre « *ils m'ont donné un brassard pour que je prenne – et elle m'a donné des pilules et avec le temps ça s'est passé et ce n'est jamais revenu après* »; « *il nous donne une pilule et des fois ça fait du bien et d'autres fois on ne sait pas si ça fait du bien ou...* ». Plusieurs croyaient aussi que la PA se contrôlait seulement mieux avec des traitements pharmacologiques « *je prends une pilule deux fois par jour, comme plusieurs autres d'ailleurs, pour que la pression soit améliorée* ». Certains croyaient même ne plus faire d'HTA puisqu'ils étaient contrôlés par la médication « *je l'ai déjà eu la haute pression, mais aujourd'hui, je ne l'ai plus parce que je prends des pilules exprès* ». Malheureusement, les participants ont affirmé à maintes reprises, prendre des médicaments sans savoir qu'est-ce qu'ils ingéraient et sans connaître la cible du traitement « *ils m'ont donné des pilules pour ça, mais je n'étais pas au courant* ». « *J'ai demandé à matin si les pilules qu'elle me donnait c'était pour la pression et elle a dit : oui. Je lui ai demandé parce que je ne le savais pas.* »

Je ne sais plus – parce que quand j’étais chez nous, je connaissais tous mes pilules et pourquoi je la prenais. Mais depuis que je suis ici, c’est eux qui me les donnent et je ne sais plus. Ils ont tous changé mes pilules! [...] Oui, ils vont te le dire, mais ils m’en ont assez changé – ils m’en ont assez changé de pilules ici que je ne sais plus là moi.

Par ailleurs, ceci pouvait être illustré par une confusion dans ce processus.

Je prenais des pilules et je ne savais pas pourquoi qu’il fallait que je prenne des pilules et qu’est-ce que ça donnait. Je veux dire, est-ce que je me sens faible? Où la tête me tourne, quoi que ce soit? Et je ne pouvais pas voir parce que j’avais été à l’hôpital parce que la tête me tournait.

Symptômes ressentis pour l’hypertension artérielle

Bon nombre participant ont tenté de s’avancer sur des symptômes de cette maladie, pour l’expliquer. Par exemple, « tu peux tomber à terre »; « tu es étourdi »; « ma tête tournait »; « il est venu un moment où je ne pouvais presque pas marcher et puis tout tournait noir, mais je m’accotais contre un mur et ça revenait »; « on a des vertiges »; « je veux tordre le cou du monde »; « les larmes me coulent facilement »; « je tourne rouge »; « on est tout essoufflée, on a moins de patience et des chaos dans humeur »; « je me sentais fatiguée »; « tu peux avoir chaud tout d’un coup et un mal de tête » étaient tous des remarques qui ont été utilisées pour décrire l’HTA. C’est ainsi que les participants étaient capables de reconnaître les moments où leur PA était élevée.

Lorsqu’on analyse les participants qui se sont impliqués en discutant de leurs connaissances avant le programme, c’était majoritairement les plus jeunes, les plus éduqués et les plus corpulents qui ont répondu.

Bref, pour les connaissances initiales, soit avant le programme, elles étaient très limitées, non-consensuelles, et devaient être grandement déduites lors de l’analyse. Heureusement, du changement a eu lieu.

Après

Plusieurs connaissances ont été améliorées chez les participants, à la suite du programme éducatif sur l’HTA. À la fin du programme, les participants étaient facilement capables d’identifier la grande majorité des causes de l’HTA. Certains comportements ont été modifiés. Des exemples concrets de changements seront décrits ci-dessous.

Alimentation

Après le programme, les participants de toutes les résidences ont pu identifier l'influence de l'alimentation sur l'HTA. La plupart des participants ont témoigné de leurs apprentissages « *on a pas mal amélioré qu'est-ce qu'on mange* »; « *on a appris beaucoup sur le sodium, le sucre, la graisse et les produits qui sont dangereux : c'est très important* », en incluant aussi le sodium. « *Qu'est-ce qui m'a surpris beaucoup, c'est le jus de tomates. Tu as dit qu'il y avait beaucoup de sel là-dedans : ça, ça m'a impressionné.* » « *Moi, c'est le sel. Je savais que ce n'était pas bon, mais pas à ce point-là. Franchement là, parce que tu as insisté beaucoup là-dessus.* » Ils voulaient s'en méfier en le coupant le plus possible. « *J'ai pris une résolution de manger beaucoup moins de sel ou à peu près pas.* » « *Et je pense que j'ai – le sel, je ne touche pu, je ne veux pu y toucher trop, trop. J'en ai assez de ce qui mette dans le manger, ou de ce qui a déjà dans le manger.* » Ils semblaient donc comprendre l'effet néfaste potentiel sur leur santé.

Moi le livre que tu as présenté la semaine passée, je ne l'ai pas rapporté à la bibliothèque, mais je suis rendue assez loin dans la lecture puis j'ai commencé à savoir pas mal la différence sur le sodium avec – et le sel et tous ces affaires-là. Là j'ai dit, je vais essayer de le garder encore quelques jours pour savoir qu'est-ce qu'on doit enlever de notre nourriture qui n'est pas bonne. Du sel ce n'est pas parce que j'en mange beaucoup, mais je pourrais m'exempter encore d'en – de manger du sel.

Ils ont même suggéré le retrait du sel sur les tables lors des repas « *il ne faudrait pas qu'il y ait de sel sur la table* », ce qui présentait une nette amélioration perçue des connaissances à ce sujet comparativement à avant le programme. « *Je ne pensais pas que le sel pouvait descendre la santé tant que ça. [...] ça, ça m'a surpris. [...] ça, ça l'a été le plus gros point de la session qu'on a suivie.* » D'autres, ont mentionné des alternatives au sel de table « *au lieu de mettre du sel là, je mets du poivre* »; « *aussi, on peut mettre des herbes* ». De plus, quelques-uns des participants ont fait des changements en limitant aussi leurs apports en sucre « *j'ai coupé sur mon sucré autant que possible* », en gras et en féculents. À leurs yeux, tout devrait être anticipé avec modération « *on ne pense pas toujours à la quantité qu'on mange... c'est assez ça, c'est bon, mais quand on le sait, on recule un petit peu* »; « *quand c'est modéré dans tout, c'est correct* ». Enfin, ils ont jugé que le programme les a aidés à s'améliorer et à apprendre sur l'aspect nourriture, quelque chose auquel ils ne se souciaient pas auparavant.

C'est justement avec des choses comme ça qu'on peut s'améliorer et apprendre parce que nous autres, à nos âges, on n'avait pas de – l'affaire de faire attention dans le manger là, on ne parlait pas de ça. On ne connaissait pas ça de faire attention. L'affaire de mettre du sel ou ces affaires-là – manger du fromage, on pouvait en manger une livre et quand je dis ça, tu peux penser à quelque chose – une livre de fromage St-Albert. Mais ce n'était pas bon. C'était bon dans la bouche!

Bref, les changements au niveau de l'alimentation étaient ceux qui ont été le plus souvent soutenus. Par contre, différentes causes ont aussi été abordées.

Activité physique

Ensuite, les participants de toutes les résidences ont pu reconnaître l'activité physique comme importante pour contrôler l'HTA. « *Il faut qu'on bouge.* » Après le programme, certains voulaient se forcer et se motiver davantage à en faire, tandis que d'autres voulaient simplement continuer leurs bonnes routines.

Je vais peut-être – mais plus – peut-être de l'exercice là, tu sais? Disons qu'avant, j'oubliais ça, mais là, je réalise que c'est très important pour la santé et beaucoup plus que ce que je pensais. Ça, j'ai appris ça. Ça ne veut pas dire que je le fais plus, mais j'ai appris quand même et je m'en souviens et j'y pense souvent qu'il faut que je fasse des changements.

[...] continuer à faire des exercices même si on est rendus un peu âgés. Pour moi c'était important parce que parfois je me demande si je n'en fais pas un peu trop, vu toujours mon âge, que je ne nommerais pas. Peut-être que j'exagère parfois parce que je suis fatiguée parfois le soir, mais, je veux continuer quand même, je ne veux pas arrêter parce que si j'arrête, je vais me sentir encore plus âgée que je suis.

Parfois, les participants discutaient d'activités qu'ils pourraient faire. « *On pourrait apprendre la danse! Est-ce que tu pourrais nous montrer la danse?* »

Heureusement, les participants ont soulevé plus l'importance de l'activité physique à la fin du programme, contrairement à seulement deux personnes qui avaient apporté le mot uniquement auparavant.

Alcool et tabac

Toutes les résidences ont pu déceler la consommation d'alcool et de tabac comme facteurs de risques pour l'HTA. Parmi les participants, seulement deux d'entre eux fumaient. Une personne a d'ailleurs

arrêté après le programme. « *Mon paquet est en haut, sur la table et je le vois et ça ne me dérange pas du tout. Il est juste dessus ma table, en plein milieu de la place.* » Il semblait que c'était plus facile d'oublier que le fait de fumer est une cause qui peut mener à l'HTA puisque la plupart ne le faisaient pas « *c'est pour ça : je ne fume pas donc je n'y ai pas pensé* ». La consommation de boisson était plus fréquente, mais aux yeux des participants, ils ne croyaient pas que c'était un problème « *un petit verre de vin ne fait pas mourir* ». Il est important de noter que leur consommation d'alcool se limitait habituellement à de très petites quantités « *ben la boisson, modérément, c'est bon* ». Cette amélioration était d'envergure puisqu'initialement, la relation entre la cigarette et l'HTA avait seulement été apportée une fois et indirectement. L'alcool n'avait jamais été envisagé.

Stress

Toutes les résidences ont pu dépister le stress comme une des causes de l'HTA « *on sait que le stress, ben ça, ça dérange tout un système* ». Pour y remédier, ils trouvaient qu'acquérir des connaissances pouvait éliminer de l'anxiété par rapport à l'inconnu de la maladie « *l'inconnu nous inquiète bien plus : quand on le connaît, on est moins inquiète donc ça l'enlève du stress, qui nous aide autrement* ». Ils considéraient qu'il était aussi important de rester calme « *d'après ce que je peux voir de ça, la seule chose c'est que – si tu t'aperçois comme ça, c'est de t'asseoir et rester tranquille, te calmer* », de se reposer « *il n'y a pas de folies à faire – quand on se sent fatiguée, il faut s'écouter, il faut se reposer* », de ne pas s'en faire pour des petites choses « *laissez de côté ce qui nous chicote* » et d'éviter l'insomnie « *avoir la paix quand tu te couches, parce que sans ça, tu ne dors pas – j'ai passé par là, moi – ça, c'est dur sur la pression* », d'être positif « *je trouve qu'être positif, essayer d'être le plus positif possible, à la place de traîner ça – je trouve que ça, c'est très important aussi* » et de trouver des activités pour se détendre, comme par exemple faire de l'exercice « *si tu commences à être stressé, quelque chose comme ça : à la place de rester là et essayer de penser et tout ça, va prendre une marche dehors* ». Certains ont même changé leur façon d'appréhender un événement quelconque « *c'est juste que j'ai appris à me reculer et étudier une situation au lieu de sauter dans le tas* ». Par contre, ils ont réalisé que ce n'était pas la cause principale de l'HTA et qu'il y en avait plusieurs. Il reste que le stress était un des facteurs de risques les plus connus chez les personnes âgées et ils pouvaient facilement reconnaître des sources.

Maladies concomitantes

Trois des cinq résidences ont soulevé l'association entre le diabète et l'HTA et une des cinq, ou entre l'HTA et le cholestérol « *le diabète et le cholestérol, c'est toutes des facteurs qui aggravent* ». Ils savaient maintenant que le diabète pouvait agir sur l'apparition de l'HTA, donc c'est à surveiller. « *Si on fait du diabète, on va faire de la haute pression et ça va nous faire mourir. Un moment donné on va faire des maladies du cœur. Ça, on l'a appris dernièrement.* » « *Ça m'a fait penser plus à mon diabète et là donc je surveille plus.* » Il semblait que c'était un bon exemple de connaissances qu'ils ont acquiert « *je ne savais rien à propos du diabète* »; « *comme moi je ne fais pas la diabète, comme ça – j'étais contente d'une manière d'entendre qu'est-ce que s'en était l'affaire, parce que je l'ai pas et je ne veux pas l'avoir, mais, on sait jamais* ». Personne n'avait même apporté cette possibilité initialement.

Poids

Deux des cinq résidences ont mentionné que le poids pouvait avoir un impact sur l'HTA « *ils gagnent du poids et puis c'est dangereux pour la haute pression* ». Pour cette raison, les variations de poids devraient être évitées « *le poids, c'est qu'il soit stable* ». Certains oubliaient ce facteur de risques puisqu'ils l'associaient à l'alimentation et l'exercice. Ce facteur a aussi été inconnu au départ.

Lorsqu'on analyse les participants qui ont discuté de changement au niveau des facteurs de risques, ce sont majoritairement les plus jeunes, les femmes, les plus corpulents et les plus présents aux séances qui ont signalé un progrès. De plus, la résidence d'Hawkesbury (261) et celle de Hammond ont témoigné plus de changement que la résidence d'Hawkesbury (342).

En somme, il était évident de constater l'amélioration perçue de la compréhension et des connaissances face à l'HTA après le programme éducatif, lorsqu'on portait attention aux différents facteurs de risques. Du changement a bel et bien eu lieu.

4.2.2 L'hypertension : de grands défis, dont certains surmontables

À travers leurs réponses aux questions, les participants ont signalé quatre défis principaux auxquels ils faisaient face. Certains étaient facilement surmontables, tandis que d'autres nécessiteraient plus d'efforts. Les prochains paragraphes les résument bien.

Peu de réponses aux questions

Au début du programme, des participants avaient de la difficulté à obtenir des réponses à leurs questions « *on n'a pas eu de réponses quand nous avons demandé* », souvent par manque de temps des professionnels de la santé, ce qui était désagréable à leurs yeux. « *Mais on n'aime pas se faire dire je n'ai pas le temps. Je n'ai pas le temps. Pas le temps de répondre aux questions.* »

Puis le service, ben attends et combien de bureaux qu'on a vu aussi que tu rentres en dedans là et c'est trois questions et la quatrième : fait un autre appointment. [...] Ça, ce n'est pas correct non plus parce que ça peut être la quatrième question que tu as besoin de la réponse pour. Tu as demandé les autres, mais la quatrième vraiment, c'est la celle que tu as de besoin. Non, il faut que tu fasses un autre appointment. Mais là, c'est quand l'appointment, dans deux ou trois mois?

D'autres fois, les réponses n'étaient simplement pas adéquates. La question devait donc être posée à plusieurs reprises « *je vais le demander et s'il ne me donne pas une bonne réponse, je vais le demander à d'autres* ». Ainsi, les participants avaient de la difficulté à savoir où et comment aller chercher des informations « *parce qu'on vient qu'on ne sait plus à qui s'adresser, quand que – comme moi j'ai eu ben de la misère et j'en ai encore et ça ne lâche pas et je ne suis pas capable avoir de l'information* ». Pour ceux chez qui la maladie venait tout juste d'être diagnostiquée, aucune information n'a été fournie « *c'est tout nouveau que je fais de la haute pression un petit peu donc je n'ai pas eu d'informations encore* ». Pour illustrer à quel point les participants avaient des questions au sujet de l'HTA, 37 questions ont été posées à l'interviewer pendant les cinq premiers GD, ce qui proposait un manque de renseignements flagrants. Ils semblaient qu'ils ne pouvaient pas attendre. À la deuxième série de GD, seulement sept questions ont été posées. Des séances éducatives ont donc permis d'aider à résoudre ce défi.

Langue

Une bonne partie des participants étaient relativement bilingues « *je parle anglais, oui. [...] ben, je ne suis pas bilingue, bilingue, mais...* » et d'autres ne parlaient pas l'anglais « *je ne comprends pas l'anglais* ». La plupart des participants ont affirmé la présence de problématiques à ce niveau.

Il était assez unanime qu'il était préférable de discuter dans sa langue maternelle « *je parle couramment anglais et je n'ai pas de problème, mais, quand ils veulent me parler en français, je préfère* » puisqu'il y avait toujours des mots ambigus et complexes, mais aussi pour éviter des

difficultés à comprendre et à se faire comprendre « *il parlait anglais plutôt, et moi je ne pouvais pas le comprendre* ». Par contre, certains professionnels ne voulaient simplement pas tenter de comprendre ou de s'exprimer en français « *elle ne voulait pas s'exprimer en français, des fois, c'est déplaisant* », donc les patients devaient se forcer à parler anglais et se débrouiller « *je m'organise* ». D'autres participants quittaient simplement, car ils croyaient que c'était leur droit de se faire servir en français « *je parle pareil en français et si on ne se comprend pas, je m'en vais* ». « *Mais souvent, moi j'ai demandé. J'aimerais me faire servir – allez me chercher quelqu'un qui parle français. [...] C'est notre droit.* » Il semblait aussi y avoir un obstacle avec le type d'anglais de pays extérieur « *il y a des certains médecins que... je ne veux pas être racistes, des choses comme ça, mais surtout les médecins qui viennent de l'autre bord qui – les accents sont durs à comprendre* ». Les patients demandaient alors des explications lorsqu'ils en avaient besoin, par exemple pour des expressions, et ils parlaient à leur façon.

Je vais m'exprimer en anglais, mais à ma façon. Là, s'il s'agit de lire par exemple, ok, ou bien des expressions que – The Ottawa Sun, j'ai de la difficulté à comprendre beaucoup, beaucoup de mots. Alors, lorsque je m'exprime en anglais, je vais expliquer à ma façon à moi. Mais lorsque je vais écouter quelqu'un qui parle anglais, je vais comprendre le ¾, mais l'autre quart, je ne le comprends pas. C'est les expressions, tu sais...

Lorsqu'on ne comprenait pas l'anglais ou très peu, quelqu'un devait obligatoirement accompagner pour la traduction.

Il faut apporter quelqu'un de notre famille qui parle bien l'anglais pour essayer de comprendre exactement les termes d'anglais. Eux autres non, ils ne peuvent pas parler le français! Ça l'arrive souvent. Assez souvent. Parce que moi j'ai été à l'hôpital pour assez des grosses opérations et mes filles sont obligées de venir. On va parler pour se dépandre, mais pas pour comprendre les termes anglais là, savoir où qu'on s'en va.

D'un autre côté, certains avaient de la difficulté à trouver de l'information en français. « *J'aime avoir mes informations en français. Mais la médecine là – ben même ici, souvent ils vont te donner des feuilles et c'est tout en anglais. Et ils sont français eux autres. Pourquoi qu'ils n'essaient pas de...* » Heureusement, les professionnels de la santé s'occupaient parfois d'aller chercher du personnel francophone pour aider, et c'était très apprécié « *il y a des mots que je ne comprenais pas, mais ils allaient chercher quelqu'un en français et ils me l'expliquaient en français* ». Ils faisaient des efforts « *habituellement, ils sont gentils pour nous répondre, si on leur demande : what did you mean with*

this, please, explain to me », même si le français était à l'occasion médiocre « *il avait un mauvais français* » et que ça prenait du temps.

Malgré tout, plusieurs participants étaient fiers de leur belle langue « *il faut être fier de notre langue* » et encourageaient le bilinguisme « *c'est dommage qu'ils n'apprennent pas le français – les gens de tout l'Ontario* ». Les participants bilingues étaient clairement avantagés « *c'est nous qui est bien, parce que nous n'avons pas de problème de le parler l'anglais* ». Ils comprenaient que la barrière linguistique était valable pour les deux côtés : pour le professionnel et pour le patient.

C'est réciproque ça. L'autre personne – celle qui nous questionne, qu'on a de la difficulté à comprendre cette personne-là parce qu'elle est trop anglaise, ben la personne elle-même si on est trop français... les personnes trop françaises...

Finalement, ils étaient contents de participer à un programme qui se faisait uniquement en français.

S'il y avait la même chose en anglais, je ne pense pas que je serais venue. Tu sais, j'aurais trouvé plus, un petit peu ennuyant. Bin oui, et commencer à parler en anglais : ah, Seigneur! Quand il faut penser à se tourner la langue 7 fois avant de dire le mot et qu'il est bien placé là, on ne parle pas.

En somme, ce défi n'a pas été envisagé dans le programme éducatif, donc aucun changement à ce niveau. C'est simplement un nœud qui est clairement ressorti, sans que les questions de recherche l'aient abordé.

Complexité des symptômes et de la maladie

Parmi les défis que rencontraient les participants venait celui de la complexité des symptômes et de la maladie. Il semblait difficile pour eux de comprendre, puisqu'ils avaient, pour la plupart, plusieurs maladies avec des symptômes qui se recoupaient et se ressemblaient drôlement. « *On ne comprend jamais tout, on ne peut pas. Un c'est pour une affaire, l'autre c'est pour l'autre.* » C'est pourquoi qu'au départ, ils doutaient sur des signes de cette maladie.

Et quand tu as une crise d'angine ou de haute pression, pour nous autres c'est le cœur et c'est tout du pareil au même. C'est tous les mêmes symptômes. Ça se ressemble beaucoup. Moi je sais bien que je faisais de l'angine et je pensais que c'était mon cœur – mais c'est toujours le cœur aussi, mais ce n'est pas un blocage, j'ai tout passé les tests et c'était correct. Donc je n'ai pas eu de blocage...

Certains voulaient donc participer au programme éducatif pour comparer leurs symptômes avec des collègues afin qu'ils puissent déterminer lequel appartient à quelle maladie. Ils étaient aussi mélangés par le fait qu'ils pouvaient avoir des grandes variations de PA en si peu de temps « *parce que moi j'ai une pression – elle monte, elle descend, elle monte, elle descend – elle peut aller haute aussi, elle n'est jamais stable* » et que les valeurs normales étaient différentes pour chacun. « *Comme moi je la prendrais sa pression, je ne sais pas elle qu'est-ce qui est normal pour elle dans le fond. Je vais dire, pour moi ça l'air beau, mais peut-être elle, c'est haut. Chacun est différent.* »

En ce qui a trait à ce défi, aucune allusion face à la complexité de la maladie et des symptômes n'a été évoquée après le programme, probablement puisque les participants comprenaient beaucoup mieux. Celui-ci est donc plus facilement envisageable et surmontable, puisqu'ils ont maintenant des outils pour l'affronter.

Communication et support avec les proches

Les participants reconnaissaient l'importance de discuter de leurs inquiétudes « *je trouve que ça devrait être parlé un peu plus* », ce qui leur procurait une sensation de bien-être « *je trouve que ça l'aide beaucoup – parler de ce qui t'achale parce qu'après tu peux te détendre et relaxer* ». Par contre, certains aimaient mieux parler d'autres choses que de la maladie « *ici, il faut comprendre que tout le monde a des bobos et si c'est juste de ça qu'on parle, c'est plate* » parce que c'est plus facile « *ce n'est pas facile à en parler* ». La famille des participants était habituellement au courant de leur condition d'HTA « *ma famille le sait* ». Ils avaient en majorité le support de leurs proches pour les aider « *je ne me plain pas du toute, ils m'aident pour ce que j'ai besoin* », même si la plupart n'en parlaient pas vraiment « *je ne fais pas exprès pour en parler* ». Ils devaient aussi choisir à qui dire des informations « *pas tout le temps et pas tout le monde – il y en a qu'ils vont dire : elle s'en fait* » et ils avaient se sentiment de protection envers leurs proches.

Parce qu'il y a des fois, on va dire quelque chose et ça l'inquiète les autres aussi. Ils sont inquiets pour nous autres et on veut les protéger un peu là, tu sais. Comme j'ai dit : qu'est-ce qu'ils ne savent pas, ça ne leur fait pas mal.

Les participants ne voulaient pas se plaindre « *je ne me plaindrais pas quand même* » et être un fardeau « *tu ne veux pas être un fardeau* ». Heureusement, certaines familles aidaient « *il y en a qui écoutent, oui* » en donnant des conseils « *mon frère m'a déjà dit de lâcher de fumer* » et en suggérant des sorties « *il y a beaucoup de monde qui va sortir – nous sortir pour se changer les idées* ». À

l'exception, certaines autres ne le savaient simplement pas « *on peut dire, il n'y a personne qui le sait* » et n'avaient pas les connaissances pour les aider dans leur bataille contre l'HTA « *ils ne peuvent pas nous aider s'ils ne savent pas plus que nous autres qu'est-ce que c'est* ». Quelques participants croyaient que c'était leur responsabilité personnelle de vivre avec la maladie et de prendre soin d'eux-mêmes « *je prends mes pilules et je me surveille et il n'y a pas personne qui est au courant* »; « *je me débrouille moi-même* ». « *Ce n'est pas d'en parler à tout le monde, il n'y a personne qui peut nous aider. C'est nous autres qui faut s'aider.* »

Après le programme éducatif, les participants trouvaient qu'il était plus facile de parler de cette maladie et de leur état de santé à leurs proches « *je suis capable d'en parler* »; « *j'en parlerais* », même s'ils ne voulaient pas toujours le faire.

Mais j'avoue que je préfère dire que je suis bien. Si mes enfants ou n'importe qui : comment ça va à matin? Je vais bien. Qu'est-ce qu'il peut faire pour moi, même si je dis que je vais mal. Il ne peut pas rien faire pour moi alors je préfère dire que ça va bien même si moi je sens que je ne vais pas si bien que ça ce matin. J'emploie ça souvent. Ça va bien, mais ça ne va pas si bien que ça.

Ils reconnaissaient un soulagement, « *qu'est-ce qui est bon de le dire des fois : ça nous soulage* » et ils étaient conscients qu'il manquait souvent de communication « *on ne parle pas assez* »; « *qu'est-ce qui manque c'est la communication* ». Ils affirmaient qu'ils parleraient dorénavant plus à ceux qui ont suivi le programme étant donné qu'ils avaient la même maladie et qu'ils ont eu le même cours. Il est possible qu'ils se sentent plus en confiance « *je l'ai dit à mes enfants et ils trouvaient que c'était bien que j'aïlle encore à des cours pour ma santé* ». Quelques-uns ont même proposé un programme de ce genre à leur famille. « *Je l'ai proposé à mes enfants aussi, tu sais. Mes garçons surtout, il y en a un qui fait un peu de haute pression et je lui ai dit : je vais te donner plusieurs petits papiers que...* »

Lorsqu'on s'arrête aux caractéristiques des participants qui ont parlé de leurs défis, les plus jeunes et les plus obèses étaient les groupes qui sont majoritairement ressortis. Les résidences d'Hammond et d'Alfred en ont le moins parlé.

En gros, certains de leurs défis étaient bien évidemment surmontables avec un programme éducatif. Dans les prochains paragraphes, on va voir ce que les participants ont pensé du programme.

4.2.3 Un programme utile, faisable et apprécié

En général, les participants ont résumé le programme comme étant : « *parfait* »; « *très important* »; « *très instructif* »; « *très, très bon* »; « *merveilleux* »; « *très bien* »; « *très intéressant* »; « *informant* »; « *excellent* »; « *obligatoire : que c'est essentiel de faire des cours de même* ».

Raisons pour la participation et attentes initiales

Au départ, les participants relataient vouloir contribuer à ce projet pour s'aider « *ça pourrait nous aider* » pour connaître leur état de santé « *savoir mon état de santé, comment est-ce que c'est* », pour apprendre « *on apprend toujours quelque chose* » et mieux comprendre sur des sujets par rapport à l'HTA « *ça m'intéresse de savoir qu'est-ce que c'est, la haute pression* ». Ils aimaient mieux l'idée d'apprendre que de toujours poser des questions « *plutôt que de demander, de savoir* ». Par exemple, ils voulaient mieux comprendre les causes « *c'est pour savoir qu'est-ce qui peut nous conduire à ça – à devenir – à l'hypertension* », les symptômes « *j'aimerais à savoir qu'est-ce que ça fait une haute pression* » et l'aspect nourriture.

Bin, moi, je sais que quand c'est des choses alimentaires, on n'a jamais fait attention à ça, déjà. L'alimentation, on ne s'occupait pas de ça. Et maintenant, dans notre vie c'est très – c'est très sophistiqué et si on ne le sait pas, on est dur à soigner. Il faut savoir quoi manger et comment – comment organiser nos repas. Même si ce n'est pas nous autres qui faisons la nourriture, il faut savoir qu'est-ce qu'on mange et puis qu'est-ce qu'on devrait manger. C'est pour ça que je voudrais en savoir plus là-dessus.

Ils croyaient qu'il y avait un manque de connaissances à ce niveau « *j'ai toujours pensé que l'hypertension, on n'en connaissait pas assez, – c'est effrayant!* ». Ils voulaient aussi plus de détails sur les maladies connexes « *ben moi je suis intéressée pour savoir beaucoup de chose sur le diabète, l'hypertension [...] oui, pourquoi que ça fait ça* », les effets à long terme « *c'est d'apprendre pour savoir les effets secondaires à long terme – qu'est-ce que ça fait avec notre cœur avec le temps* », comment ils pourraient améliorer leur santé « *pour améliorer ma santé, parce que je n'en ai pas de santé* », leur système « *savoir où qu'on s'en va avec notre système* », et la différence entre l'HTA versus d'autres maladies « *différencier ça avec d'autres – moi je fais de l'angine, je fais du diabète, je suis embarquée dans un bain tourbillon* ». Certains participaient pour discuter « *je suis ici pour discuter et parler* », être écoutés « *c'est d'être écouté parce qu'on a beaucoup à dire [...] et on veut qu'on nous écoute et que ça soit quelqu'un qui sache de quoi on parle* », par curiosité et intérêt « *moi*

c'est la curiosité et j'aimerais voir le projet, voir si je peux m'améliorer avec ma vie », ou pour confirmer des explications reçues dans le passé « je pense que je suis assez au courant tout de même de ce qui se passe avec l'hypertension, mais ce qu'on entend dire, ça nous le confirme ». En outre, ils cherchaient à avoir des renseignements « ben que tu nous renseignes un peu », des informations « avoir plus d'informations parce que j'ai fait une attaque, mais tu sais, j'ai fait ça durant la nuit et ils ne comprennent pas ça – mon visage est devenu toute croche » et des bons conseils.

Bin d'apprendre en profondeur sur le sujet, là, tu sais. Quand qu'il nous diagnostique, ça, ben notre diète peu changer – moins de sel, moins de si et l'exercice. Tous les bons conseils pour nous améliorer dans notre – dans qu'est-ce qui vienne de nous annoncer et qu'on peut faire une très belle vie avec ça. C'est de surveiller un petit peu, ne pas faire d'exagération dans le fond.

Ils voulaient aussi des réponses à leurs questions. « *Et ça, ça m'achalait un petit peu ça là – faites-vous de l'hypertension? C'est quoi l'hypertension? Tu sais, on se pose des questions. »*

Enfin, ils étaient fiers de participer.

*Je suis contente d'être à ces cours-là, puis je suis sûre qu'à la fin de ces cours-là, je vais être un peu plus intelligente sur ma santé. Et j'étais fière à matin au déjeuner, de parler à Madame ***** et Madame ***** : aille, venez avec nous autres. On va s'instruire sur notre santé, notre personne, qu'on ne connaît pas rendue à 80 ans. C'est incroyable. Moi, je suis fière de ça. Chapeau à notre, à notre – aux femmes qui vont venir.*

Meilleure compréhension et prise en charge

Les participants ont tous approuvés mieux comprendre la maladie parce qu'ils savaient maintenant des choses qu'ils ne savaient pas avant « *des choses qu'on ne s'avait pas du tout, ça nous as surpris même qu'est-ce que tu nous as dit et ce qu'on a écrit dans nos livres », ce qui les aide à savoir quoi faire pour mieux se contrôler « je sais comment me conduire pour ne pas faire de la haute pression »; « après avoir suivi les 12 sessions animées par toi, je suis plus renseigné pour vieillir en bonne santé ». « Je me suis amélioré. J'ai pris une prise de charge de l'hypertension. Je sais quoi faire. »*

Après qu'on sait qu'est-ce qui est – s'il y a un petit changement, ben là, on s'ajuste pour – on va s'organiser pour que ça aille mieux là, tu sais. Si on est trop nerveux, on se calme un peu et on se dit : demain ce sera une autre journée. Donc on se connaît plus dans le fond, on a appris des choses donc on sait plus comment manager avec ça.

Ils ont amélioré leur savoir par de nombreux apprentissages « *apprendre beaucoup de choses, que tu nous as dit, c'est ça que ça prend* »; « *on a appris beaucoup de choses [...] c'est très bon de se le faire redire souvent, parce qu'on oublie vite des fois* »; « *on apprend, on en connaît un peu, mais ça complète – il y a toujours quelque chose : ah bien, regarde donc ça, j'ai appris ça donc on apprend tous les jours* »; « *tu sais, c'est des petits détails que quand qu'on n'est pas au courant ben, on va dire – on ne travaille pas pour nous, on travaille contre nous et on ne le sait pas, ben, on a appris ça* ». Certains ont mieux compris à quel point cette maladie peut être dangereuse et qu'il faut s'en méfier. « *Ça m'a aidé à comprendre à quel point c'était dangereux. Je ne comprenais pas avant. Moi je faisais mes affaires comme avant, je pensais que ce n'était pas grave ça. Là, j'ai compris.* » « *On peut comprendre le danger que a peut emporter.* » D'autres ont été étonnés par des informations qui ont été fournies et qu'ils ne savaient simplement pas « *je ne pensais pas que les conditions cardiaques peuvent être causées par la haute pression* ».

Oui, me surveiller de plus près, l'hypertension et le cœur, parce que moi, pas parce que je suis ignorante, mais je ne savais pas que l'hypertension, ça nous menait aux maladies du cœur. Je ne savais pas ça. C'est un bon point ça, parce que le cœur, on en a besoin!

De surcroît, ils se sentaient sécurisés d'avoir eu beaucoup de renseignements et de voir que leurs symptômes ressentis étaient normaux, « *on sait peut-être plus que ce n'est pas si anormal que ça, les symptômes qu'on ressent* ». Ils appréciaient aussi connaître les valeurs idéales qui correspondaient à la PA « *comme moi là avant, je ne savais jamais que 120/80, tu sais là – je n'avais aucune idée c'était quoi ça et maintenant je le sais, c'est clair et précis* » et certains les prenaient même maintenant en note afin de la surveiller. « *J'ai pris toutes mes pressions quand elle venait. J'ai pensé que c'était quelque chose d'important pour moi, parce que je ne savais pas comment ça marchait réellement.* » Ils se faisaient un plaisir de corriger le personnel de la résidence s'ils croyaient qu'on essaie de les jouer.

Ben là, moi, regarde – tu vois, dans mon livre, je regarde quand elle vient et je dis : est-ce que c'est correct là? Et si elle me dit oui et ce n'est pas correct, je vais lui dire : regarde, tu m'as dit que c'était correct et ce n'est pas correct.

De plus, ils savaient maintenant comment bien utiliser un tensiomètre « *on a appris comment prendre la pression* ». Les participants s'attardaient plus souvent à penser et réfléchir à l'HTA « *j'y pense à ton cours, au cours que j'ai pris avec toi* »; « *je n'y pensais pas à ça avant* » et ils essayaient de partager à leurs collègues de résidence quelques-unes de leurs apprentissages.

Et avec nous autres qui a appris, on reste avec d'autres... des fois, le bien de faire attention, ça incite les autres à en faire du pareil. Qu'est-ce que nous autres on essaie de tourner pour le mieux, pour soulager l'hypertension ou que ce soit le cœur, si on fait attention, ça peut aider à d'autres aussi.

Plusieurs ont aussi utilisé le programme comme prise de conscience. « *C'était comme une petite critique. Un examen de conscience de notre santé, de nos capacités, qu'est-ce qu'on est capable de faire et tout ça. Donc ça nous a aidés à s'analyser, disons.* » « *Je suis mieux que j'étais, ou – ça nous fait réaliser notre présent, dans le fond.* » Ils étaient fiers d'avoir participé.

Mais, ça, les sessions qu'on avait, c'était prioritaire, je n'ai jamais manqué. Il y avait des informations qu'on ne savait pas. Puis, des fois, je ne pense pas de le mentionner là, mais il a toujours eu des bonnes informations, à toutes les sessions que tu nous as données.

Finalement, ils ont appris comment reconnaître les premiers signes de l'AVC, qui est un risque à long terme important de l'HTA.

J'ai appris beaucoup de choses que moi, je ne m'arrêtais pas sur telle et telle affaire comme la pression et beaucoup de choses pour le cœur, tu sais qu'est-ce que c'est – qu'il arrive quelque chose à la personne, son visage – regarder son visage, lui faire lever les bras ou quelque chose comme ça – c'est surtout bien des choses que j'ai appris que je n'aurais pas pensé de faire.

Augmentation de la confiance

De nombreux participants ont vu leur confiance augmenter, avec le programme éducatif « *ça confirme, ça nous rend plus certaine de soi* »; « *ça nous donne confiance* ». L'inquiétude et l'anxiété a diminué « *quand on le sait, on s'inquiète moins* »; « *on est peut-être moins craintif* » et ils se sentaient rassurés « *pour se rassurer et se – on apprend* »; « *ça nous encourage, ça nous montre la vie – la vie est belle dans n'importe quel âge* ».

Et puis déjà, ils prenaient la pression et ils nous disaient des chiffres : qu'est-ce que ça veut dire, qu'est-ce que ça mange en hiver ça? Mais maintenant, on a appris les bases, pour les diabétiques, pour les autres, là ben, on est dans la bonne – tu sais, on est dans le bon chiffre, on s'inquiète moins, ça nous rassure. Ça nous rassure!

Rappels d'informations

Plusieurs participants avaient déjà une légère base de connaissances face à l'HTA. Les informations ont été confirmées « *ça l'a confirmé certains cours que j'ai pris dans le passé* »; « *j'ai prouvé que qu'est-ce que je lis, c'est correct* », des changements d'actualités dans le domaine de recherche sur la maladie ont été abordés « *il y a toujours des nouveautés et on aime ça être au courant de qu'est-ce qui change, et puis tout ça, juste un suivi là* » et leur mémoire renouvelée. « *Il y avait bien des affaires que je savais, mais que, on oublie. Ça nous renouvèle la mémoire.* »

*Oui, ça m'a rafraîchi dans qu'est-ce que j'avais – moi j'avais pris des cours de nursing à *****. Alors – parce que je travaillais dans, en phase terminale et – avec les agences, ils m'envoyaient auprès des personnes en phase terminale. Donc j'avais pris ces cours-là, les bases. Ça rafraîchit tout le temps, c'est comme je disais. Des fois, on apprend de soi-même en assistant les autres et puis, je dirais que ça l'a confirmé, ça m'a rafraîchi dans – mais, je n'utilise plus ça maintenant appart de pour moi-même.*

Appréciation et satisfaction

Les participants étaient contents d'être informés « *je suis contente de savoir* »; « *je suis contente d'avoir pris connaissance de ce programme-là* » puisque ça les a aidés à mieux comprendre « *je pense que faire ce que vous faites dans le moment, ça peut nous aider pas mal* ». Ils jugeaient que c'était important de s'instruire à ce sujet « *je crois que c'est important ce que vous faites : de venir nous informer* » et que c'était la meilleure option pour eux « *on ne pouvait pas demander mieux* », pour pouvoir poser leurs questions « *c'est le fun qui a des réunions comme ça, on apprend et puis il ne faut pas être gêné de poser des questions – poser des questions qu'on veut – qu'on a besoin de savoir* ». Ils ont trouvé que le fait de l'entendre et de se le faire expliquer était très bien, puisque ça complétait la lecture.

Parce qu'il y a des fois, lire : bon, on ne le lit pas, mais qu'on on se l'entend, ça... Avec les livres, ça complète, tu sais. [...] Ben de cette manière-là, c'est complet. Et là, si on a quelque chose qui nous passe, on s'en va dans nos livres et c'est tout bien indiqué.

Ils ont affirmé que ça les a aidés « *après que j'ai écouté la première session là, ben là, ça m'a aidé* ». À leurs avis, ils ont bien aimé « *j'ai bien aimé ça* », surtout la documentation qui a été remise « *avec les pamphlets que tu nous laisses aussi, si on veut savoir une question, on peut retourner* ». Ils ont

aussi émis des commentaires sur le fait que c'était intéressant « *ça l'a été très intéressant, toutes les journées qu'on a passées* », bien organisé « *ton programme était vraiment très bien préparé* », logique « *tout s'est déroulé et on entrait dedans et tout était – un bon déroulement dans tout ça* » et que la longueur du programme et des séances était idéale « *c'était vraiment bien partagé, c'était juste correct une fois par semaine de même* », même si ça passait très vite « *c'était tellement agréable que ça la passé si vite* ». « *Il y a des fois que je trouvais ça très court, tu sais là? C'était des fois quarante minutes – tu étais arrivée – 45 minutes. J'ai dit : ah, mon Dieu Seigneur, c'est court!* ». Les sujets étaient aussi pertinents « *tous les sujets m'ont fait du bien* ». Certains disaient que cette activité leur changeait les idées « *ça nous change les idées* », que ça leur faisait du bien « *mais quand on a à penser à qu'est-ce qu'on a de besoin, ça l'a fait du bien à notre personne* » et que ça occupait de leur temps « *ça fait une place d'aller, on n'a pas beaucoup de places d'aller nous autres* ». Ils ont aussi été surpris de l'implication de leur groupe.

J'étais surpris qu'on a toujours accepté de venir toutes les semaines, le même groupe... Fidèle au rendez-vous – ça m'a surpris! Je pensais qu'il y en aurait qui aurait laissé dans le groupe, mais on a persévéré parce qu'on trouvait ça intéressant!

De surcroît, ils ont aimé l'ambiance « *le temps était calme* »; « *j'ai trouvé que ce n'était pas stressant* » et la personne qui donnait les cours « *je me souviens, quand tu es venue pour l'Action de grâce, moi j'ai apprécié et je pense qu'on te considère comme une amie, merci* »; « *j'ai aimé ta présence, tu expliques bien* ». Le programme a été apprécié et agréable « *ton programme a été très bon* »; « *ça l'a été agréable* ».

Finalement, les participants ont tous signalé que leurs attentes initiales ont été rencontrées et parfois même plus « *ça l'a été plus que je m'attendais* »; « *il y en a eu un peu plus que je pensais* ». Ils ont été satisfaits « *j'ai été bien satisfait* ». Le niveau de satisfaction pour le programme a été noté par plus de la moitié des participants, à quatre et demi et plus sur cinq, lors des GD. Bref, le programme a été perçu très positivement « *c'est une bonne chose qu'il y a des petits cours comme ça* ».

Amélioration et suggestions pour le futur

Aucun point faible n'a été évoqué « *non, d'après moi, tout était correct, moi, je n'ai pas rien de négatif, tout était parfait* ». Les participants ont recommandé de parler davantage de l'aspect nourriture et des tableaux nutritifs. « *Peut-être de connaître mieux la nourriture pour la pression et*

pour ne pas engraisser trop et tout ça. Ça, on n'est pas assez au courant de ces affaires-là. C'est ce que je pense. »

Dire peut-être plus qu'est-ce qui se passe quand on va acheter quelque chose. Tu nous as instruit quand – moi tu m'as – quand tu m'as dit que ce n'est pas toujours ce qui est écrit sur la boîte puis ce qu'ils disent de – je ne sais pas trop comment l'expliquer là, mais tu sais ce que je veux dire, toi? On lit sur la – ça va être, il n'y a pas tant de sucres dedans, tant de – ce n'est pas tout à fait ça, c'est juste pour une petite quantité dans la boîte. Peut-être si tu nous en reparlerais plus de ça encore.

Il suffirait aussi de considérer davantage qu'ils n'étaient pas responsables de ça à la résidence « j'ai bien aimé ça, mais vous savez, ce n'est pas nous qui a le contrôle des affaires, c'est faite pour nous autres et il faut qu'on mange ». De plus, il faudrait rester aux informations de base, pour assurer la compréhension totale. « Si tu en mets trop, on ne le comprendra pas. On n'est pas docteur nous. C'est juste la base qu'on veut savoir. » Ils devraient aussi avoir plus d'hommes qui participent « c'est d'avoir un homme ici, tout seul, il devrait y en avoir deux ou trois ». Ils ont affirmé que je pouvais mieux connaître ce qui doit être corrigé, qu'eux « tu es plus au courant que nous pour ce que tu peux améliorer ».

Les professionnels de la santé pourraient améliorer les soins et les connaissances sur l'HTA en continuant de faire des programmes éducatifs, en français afin d'améliorer les compétences de la population. Selon les participants, un programme de ce type devrait vraiment être développé spécifiquement pour les personnes âgées FSLM. Il devrait aussi être redonné au bout de quelques années, pour renouveler la mémoire. « Ces sessions-là, on devrait en avoir plus souvent. On en a de besoin. Au bout de quelques années, des fois, on oublie. » Ils trouvaient que ça pourrait aider les autres aussi et être très utile « ça peut aider à d'autres, ton programme a été très bon, je suis sûr que ça va encourager d'autres ». Ils mentionnaient l'importance d'apprendre et de connaître la maladie, ainsi qu'affronter la réalité.

Beaucoup, beaucoup de gens ne connaissent pas la réalité, en vieillissant. Alors, disons qu'ils n'ont pas de rencontres qui pourraient leur aider à comprendre. Comme il y a des gens qui font de la haute pression et ils ne le savent même pas. Ils ne savent pas comment vérifier si vraiment ils ont de la pression. Alors énormément de gens, beaucoup, beaucoup de gens – tu sais nous autres, moi sur la pression, j'ai appris beaucoup ici, mais sinon, je n'aurais pas appris.

À leurs avis, plusieurs ne connaissaient pas l'HTA et les risques puisqu'ils n'avaient pas de moyens pour les aider à comprendre.

C'est qu'un haut pourcentage des gens ne savent pas c'est quoi la haute pression et les choses semblables, ou encore les risques de la haute pression. Alors ici, bon ben voilà, on a eu des cours et puis – mais la plupart des gens non, ils sont chez eux et ils ne le savent pas.

Une participante a suggéré que certaines séances pourraient être à l'extérieur de la résidence.

Peut-être si une ou deux des réunions étaient en dehors de la résidence. [...] Ben, c'est que – je m'excuse là, mais dans une résidence celle-ci, vous êtes comme bornés. Vous voyez les mêmes gens, à chaque jour, vous avez vos repas – c'est tout... et il me semble que ce serait bon si vous sortiez et voir ailleurs comment ça se passe. Sortir de vos bornes.

Par contre, cette idée a été très mal perçue étant donné les difficultés avec les déplacements « *le faire ici, sans sortir, parce que ceux qui n'ont pas de – ceux qui ont des marchettes, on ne peut pas* ».

Une participante a mentionné qu'il faudrait convaincre le personnel de la résidence à assister aux rencontres « *ben, peut-être que si il y en avait une personne – quelqu'un intelligent du Manoir, qui viendrait assister avec nous autres* ». Un programme de ce genre devrait aussi être envisagé pour tous les âges, et non seulement dans les résidences.

Ben, pour qu'ils soient renseignés eux autres aussi. Tout ce qu'on a appris, eux autres pourraient l'apprendre aussi. [...] Pi, ils ont peut-être une vie plus active que nous autres donc du sel et toutes ces affaires-là, ben ils en mettent et ils vont manger un peu partout donc qu'est-ce qu'ils mangent? Du sel et du gras. [...] Ce serait bon qu'ils le sachent.

On pourrait agir sur les plus jeunes à titre de prévention « *nous autres, à l'âge qu'on est là, c'est dur pour nous autres de changer, mais les jeunes qui poussent, qui se nourrissent avec des cochonneries, ça, ça ne devrait pas exister* »; « *tu aurais plus à montrer à des plus jeunes, où est l'avenir* ». Ainsi, il faudrait peut-être qu'il soit disponible le soir « *il faudrait que ce soit le soir, parce que c'est des travailleurs à ce moment-là* », tout en n'étant pas trop long « *il ne faudrait pas que ça soit trop long* » puisque les plus jeunes sont souvent très occupés. Des capsules accessibles de façon électronique pourraient aussi inciter les gens qui sont plus introvertis à s'instruire.

Faire comme des cassettes, qui représentent – des cassettes qui feraient plus intéresser le monde. Ceux qui veulent apprendre, ils pourraient se procurer des – des cassettes qui feraient plus intéresser le monde. Ceux qui veulent apprendre, ils pourraient se procurer des [...]. Oui, ceux qui n'aiment pas aller à des réunions, qu'ils aiment être seuls.

Finalement, il faut aussi favoriser la participation « *encourager le monde d'y aller* ».

Si on porte attention aux commentaires évoqués face au programme éducatif, les gens qui ont participé à plus de séances émettaient plus de remarques.

Ceci vient conclure l'analyse thématique, ainsi que le chapitre résultats. Sous peu, une discussion afin de jeter un regard critique sur les résultats, sera avancée.

Chapitre V

DISCUSSION

Cette étude portant sur l'impact d'un programme éducatif chez des personnes âgées, hypertendues et FSLM a mis en lumière de façon globale 1) une amélioration dans les scores de qualité de vie; 2) une amélioration perçue dans les connaissances en ce qui est de l'HTA et des facteurs de risque ainsi que des changements de comportements pour adopter des saines habitudes de vie; 3) une amélioration perçue chez l'appréhension de certains défis face à l'HTA qui semblaient plus surmontables qu'initialement; 4) une amélioration du rôle perçu et de l'importance d'un tel programme. Le tout a été exploré et analysé avec un questionnaire et des GD. Le prochain chapitre comprendra une mise en évidence des résultats importants, une comparaison de ces résultats avec ceux de recherches antérieures, les limites du projet et des indications concernant des recherches à venir.

5.1 Sommaire des résultats de l'étude

Lorsque l'on jette un regard critique sur les principales caractéristiques des participants, on remarque une importante différence entre le nombre de femmes et le nombre d'hommes qui ont participé au programme. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il y avait plus de femmes en résidence. En effet, on sait que l'espérance de vie de celles-ci est en général plus élevée (Statistique Canada, 2015c). Elles sont donc plus nombreuses dans les résidences pour personnes âgées (70 % de femmes versus 30 % d'hommes) (Statistique Canada, 2016a). Le tableau 4 illustre d'ailleurs très bien le surnombre des femmes par rapport aux hommes dans les cinq résidences étudiées. L'importante différence entre le nombre de femmes et le nombre d'hommes qui ont participé au programme n'est pas due à une prévalence plus élevée d'HTA chez les femmes comparativement aux hommes de 65 ans et plus. En 2014, 45,7 % des hommes et 48,8 % des femmes de 65 ans et plus avaient reçu le diagnostic d'HTA, ce qui est trop semblable pour expliquer la différence (Statistique Canada, 2016b).

En ce qui concerne l'éducation, seulement 11 des participants étaient entrés au secondaire. Ceci est très représentatif de la réalité puisqu'en 2006, environ 45 % des personnes âgées canadiennes avaient quitté l'école au primaire (Statistique Canada, 2007).

La moyenne d'âge des participants était de 82 ans. Il est normal d'avoir une moyenne d'âge relativement élevée. Puisque notre étude se déroulait dans des résidences pour personnes âgées autonomes il était donc attendu que l'âge moyen serait élevé. La survenue du vieillissement amène les personnes âgées à entrer en résidence (Statistique Canada, 2015b).

L'IMC moyen de la population à l'étude était supérieur à ce qui suggéré habituellement. La population de ce projet était essentiellement féminine, or on sait que les femmes ont tendance à avoir plus de problèmes au niveau du poids que les hommes. Au Canada en 2008, 70 % des femmes âgées avaient un surplus de poids (Statistique Canada, 2015a). De plus, on a vu que les FSLM présentent davantage de problèmes de surpoids et d'inactivité physique comparée à leurs homologues anglophones en Ontario (Gagnon-Arpin *et al.*, 2013). Ainsi, l'IMC des participants de ce projet est explicable.

En ce qui concerne le taux d'abandon de 35 % du programme, il peut paraître élevé, mais ceci correspond à ce que nous retrouvons dans la littérature. De fait, l'étude dont on s'est inspiré rapporte un taux d'abandon de près de 50 % : des 80 formulaires de consentement signés et seulement 40 participants ont terminé le programme (Park *et al.*, 2011). Cette tendance pourrait en partie être expliquée par la moyenne d'âge élevée des participants à l'étude. Ainsi, les sujets ont plus tendance à avoir différents rendez-vous qui occupent leur temps, à tomber malade ou voir même, à mourir. Il reste que la raison principale qui a justifié l'abandon au programme est le manque d'intérêt. Les participants s'inscrivaient au départ, mais n'avaient pas la volonté de continuer. Plus d'études seraient nécessaires afin d'évaluer pourquoi. De surcroît, certaines résidences ont démontré un taux d'abandon plus élevé que d'autres. Une hypothèse est encore une fois l'état de santé et la motivation des résidents, qui peut facilement être différente d'un endroit à l'autre.

5.1.1 Amélioration des scores de qualité de vie

Nous avons démontré une amélioration significative ($p = 0,011$ à $p = < 0,001$) des scores au questionnaire RAND SF-36 1.0, après le programme au niveau de 6 différentes échelles : « activité physique (PF) », « limitations dues à l'état physique (RP) », « limitations dues à l'état psychique (RE) », « évaluation de la santé psychique (MH) », « énergie et vitalité (VT) » et « douleurs physiques (BP) » et des deux dimensions : physique et mentale. Une étude qui a utilisé ce même questionnaire pour évaluer un programme de prise en charge pour l'HTA, a trouvé des résultats semblables en ayant une amélioration des échelles GH, VT, SF et MH (Park *et al.*, 2011). Si on observait plus précisément les

données pour notre projet selon le sexe et le niveau d'éducation, les résultats étaient très similaires aux précédents pour les femmes et pour ceux qui avaient un niveau d'éducation moindre (voir tableau 15 et 16). À l'opposé, les hommes et les participants plus éduqués se sont moins développés. Ceci vient contredire les résultats de certaines études, qui disaient que les hommes répondaient mieux à un programme de prise en charge pour l'HTA (Chen *et al.*, 2014; Song *et al.*, 2012). Par contre, plus de recherche est nécessaire, étant donné que notre échantillon était composé de seulement cinq hommes. Pour le fait que les participants moins éduqués aient mieux cheminé, il est possible que ce soit parce qu'ils n'avaient simplement pas les connaissances initiales pour le faire. En ayant plus de bagages, les individus prenaient leur santé plus à cœur (Kurowska & Lewandowska, 2012). Il serait donc primordial de considérer le sexe et le niveau d'éducation lors d'élaboration de programmes futurs chez les personnes âgées FSLM. Avec un plus grand échantillon, ceci pourrait être fait en rassemblant différents groupes, selon ces caractéristiques. Par la suite, on pourrait comparer les résultats.

En poursuivant avec nos analyses de caractéristiques plus approfondies, divers tests statistiques ont montré une différence significative entre certaines de celles-ci. Le sexe, le niveau d'éducation, l'IMC et l'âge sont ressortis comme étant initialement des variables confondantes potentielles. Avec plus d'exploration, il n'y avait pas de lien entre l'âge et le score, ainsi qu'entre l'IMC et le score même s'il y avait une tendance. Les personnes plus obèses et moins éduquées étaient moins assujetties au changement physique, après avoir suivi le programme. Par contre, ce n'était pas significatif et les corrélations étaient petites. Plus d'études seraient primordiales afin de voir si l'IMC n'a vraiment aucun effet sur un programme éducatif chez les FSLM. Lorsqu'on séparait les résultats selon le sexe et le niveau d'éducation, des associations étaient présentes. Avant le programme, il y avait un lien entre la dimension mentale et l'IMC chez les participants avec le plus haut niveau d'éducation ($r = 0,739$; $p < 0,05$) et après le programme, les hommes plus âgés se sont mieux améliorés sur la dimension mentale ($r = 0,900$; $p < 0,05$). Puis, un test de Kruskal-Wallis entre les variables catégorielles a décelé une relation entre le niveau d'éducation et la dimension mentale avant le programme ($\chi^2(3) = 8,842$; $p < 0,05$). Ainsi, le sexe et le niveau d'éducation étaient bel et bien des variables confondantes. D'autres études de prise en charge d'HTA ont aussi trouvé que le sexe et le niveau d'éducation avait un impact sur leurs résultats (Chen *et al.*, 2014; Lau *et al.*, 2006; Park & Kim, 2016; Song *et al.*, 2012).

Si l'on transpose à l'analyse des GD le fait que la qualité de vie a été améliorée selon le questionnaire, il est plausible de croire que celle-ci a été améliorée par l'augmentation des connaissances sur les facteurs de risques de l'HTA, par des changements de comportements pour adopter des saines habitudes de vie, par les défis qui semblaient plus surmontables et par le fait que le programme a été perçu comme très favorable aux yeux des participants.

5.1.2 Amélioration perçue des connaissances et changements dans les habitudes

Sans aucun doute, l'amélioration perçue de la qualité de vie illustrée par le questionnaire peut s'expliquer en partie par l'amélioration perçue des connaissances et par les changements dans les habitudes de vie. Pour appuyer les résultats quantitatifs d'une diverse façon, l'analyse thématique des GD a suggéré plusieurs aspects importants. Concernant les connaissances initiales des participants, c'était très limité. Ceci confirme bien qu'il y avait un manque flagrant de connaissances au sujet de l'HTA, chez les personnes âgées FSLM. Ce manque de connaissances était aussi retrouvé chez d'autres populations minoritaires, au Canada (Chow, Chu, Tu, & Moe, 2008). De surcroît, les femmes canadiennes de 60 ans et plus sont enclines à avoir une PA incontrôlée, même avec des traitements (Gee *et al.*, 2012). Une intervention éducative était donc essentielle pour améliorer les connaissances et la prise en charge.

Après le programme, les connaissances des participants se sont développées et plusieurs ont même adapté leurs habitudes de vie. Cette conclusion était représentative de plusieurs autres programmes éducatifs qui ont été décrits au chapitre 2 de cette thèse (Beigi *et al.*, 2014; Lau *et al.*, 2006; Roca *et al.*, 2003). Maintenant, on sait que c'est aussi possible chez les personnes âgées FSLM.

Si on porte attention aux caractéristiques des participants qui se sont impliqués à témoigner à cet égard, les plus jeunes et les plus obèses sont ressorties. Pour l'analyse qualitative, l'âge et l'IMC pourraient peut-être donc être une variable confondante. Même si celles-ci ne l'étaient pas pour l'analyse quantitative, plusieurs études ont démontré l'importance de considérer ses variables lors de la prise en charge de l'HTA (Bee Kiau *et al.*, 2013; Carbajal *et al.*, 2001; Chen *et al.*, 2014; Chowdhury, Uddin, Haque, & Ibrahimou, 2016; Lau *et al.*, 2006; Park & Kim, 2016). On devrait donc les envisager dans des projets ultérieurs, chez les FSLM.

5.1.3 Défis plus surmontables

Encore une fois, il est très possible qu'en surmontant certains défis, la qualité de vie s'améliore. En ce qui a trait aux défis que rencontraient les participants, il est standard que les régions rurales aient moins accès à des services de soins de santé étant donné la distance, mais aussi parce qu'il y a beaucoup moins de professionnels de la santé dans ces endroits (Brundisini *et al.*, 2013). Ceci peut expliquer pourquoi les participants de cette étude avaient tant de difficulté à avoir des réponses à leurs questions. Il est aussi assez normal qu'ils soient limités au niveau de la langue. Plusieurs individus de différentes cultures qui souffrent d'HTA se voient avoir le même problème avec la communication, qui est compromise au cours des traitements (Ho, 2009). C'est malheureux parce qu'écouter les croyances de son patient au sujet de l'HTA peut augmenter la confiance, la communication et l'encourager dans sa prise en charge (Kronish, Leventhal, & Horowitz, 2012). Puis, il est habituel que les participants fussent perdus avec cette maladie, puisqu'elle est à la base très complexe (Jeunemaitre & Gimenez-Roqueplo, 2002). C'est une des raisons pourquoi la recherche est aussi active et qu'elle est si importante. Les participants pouvaient ressentir de la confusion, étant donné qu'il est même complexe pour les médecins de fournir des traitements appropriés (Kaiser *et al.*, 2014). Enfin, la communication avec les proches serait fondamentale, même si ça semble un défi assez persistant (Al-Kandari, 2011; Osamor, 2015; Trivedi & Piette, 2015). Une étude a d'ailleurs démontré qu'un programme éducatif pour l'HTA était plus efficace lorsqu'il est accompagné du support de la famille (Morisky, DeMuth, Field-Fass, Green, & Levine, 1985). L'HTA était donc plus risquée avec un support social moindre puisque les valeurs de PA étaient moins bien contrôlées (Gafarov, Gromova, Gafarova, Gagulin, & Ekimova, 2005; Menéndez Villalva *et al.*, 2003). Le support social était aussi favorable pour l'adhésion aux médicaments et pour des prises de PA fréquentes (Hu, Li, & Arao, 2015). Bref, les défis des personnes âgées FSLM devraient être explorés plus en profondeur, afin de pouvoir développer un programme plus adapté à leurs besoins. Il est possible que les participants plus jeunes et les plus corpulents aient parlé plus de leurs défis, simplement par le fait qu'ils avaient des besoins plus particuliers. Par contre, plus d'études seraient nécessaires à ce niveau.

5.1.4 Rôle perçu du programme

Finalement, le programme éducatif qui a été présenté s'est avéré utile (meilleure prise en charge, augmentation de la confiance et rappels d'informations), faisable et apprécié de la part des

participants, ce qui a sans doute eu un impact sur la qualité de vie. L'appréciation dans ce genre de situation est assez souvent retrouvée au sein de la littérature (Tobe *et al.*, 2013). Il était compréhensible que les participants qui ont pris part à plus de séances aient émis plus de commentaires sur cet aspect puisqu'ils se sentaient probablement plus impliqués dans la cause. Cette conclusion peut être tirée puisqu'il a été démontré que les patients satisfaits participaient plus aux recommandations médicales pour l'HTA (Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo, & Kravitz, 1992).

L'hypothèse de cette étude était qu'un programme éducatif offert en français en face à face pourrait améliorer la qualité de vie, tout en modifiant aussi les connaissances sur les saines habitudes de vie, les défis ressentis face à l'HTA et le rôle perçu d'un tel programme. Les résultats ont confirmé l'hypothèse initiale. Ils concordaient aussi avec des études précédentes, qui démontraient les bienfaits des programmes éducatifs pour la prise en charge de l'HTA (Beigi *et al.*, 2014; Konrady, Brodskaya, Soboleva, & Polunicheva, 2001).

Afin de répondre à la complexité des questions de recherche, un processus interdisciplinaire a été préférable puisque la solution se trouvait difficilement à l'intérieur d'une seule discipline. Le projet qui a été mis en place souhaitait donc intégrer plusieurs disciplines (biologie/santé, éducation et psychologie), dans le but d'arriver à une perspective unifiée et différente de ce que chacune des disciplines seules aurait pu apporter (Repko, 2012). De plus, l'interdisciplinarité est primordiale puisque l'être humain est un individu complexe difficile à analyser sous seulement une dimension, en omettant les autres. Un bon exemple d'étude contrôlée randomisée qui a illustré l'importance de l'interdisciplinarité était sans aucun doute celui de Park *et al.* (2011) qui a intégré le côté éducatif, la thérapie sportive et le soutien émotionnel pour démontrer qu'un programme de ce type pourrait améliorer la PA des personnes âgées. Finalement, Lauzière, Chevarie, Poirier, Utzchneider et Bélanger (2013) ont su bien justifier, avec leur recherche pilote, l'importance d'avoir un programme éducatif interdisciplinaire pour améliorer le contrôle.

Les résultats de cette étude ont donc mis en évidence l'efficacité d'une intervention éducative chez les personnes âgées hypertendues et FSLM. Ceci n'avait jamais été étudié auparavant. Pour augmenter les connaissances, la qualité de vie et le surpassement des défis, c'est une bonne stratégie. Cependant, aucune étude n'a mis en œuvre un tel programme chez cette population donc les points de repère sont minimes. Une force de cette étude est sans aucun doute la méthodologie mixte. Elle a permis d'illustrer des changements à différents niveaux.

5.2 Limites de la recherche

On peut identifier plusieurs limites à cette étude. Premièrement, bien que les résultats quantitatifs soient statistiquement significatifs, l'échantillon est relativement petit ce qui peut mettre en cause la capacité de généraliser ces résultats. Aussi, l'échantillon de cette étude correspond à une population particulière : les francophones en situation linguistique minoritaire de l'Est ontarien. Les résultats pourraient donc être différents dans une autre région. De plus, l'échantillon de convenance pourrait enlever de la rigueur scientifique, tout comme le fait que l'échantillon incluait seulement les participants qui désiraient vraiment s'améliorer. Ceux-ci étaient donc peut-être plus motivés à faire des changements pour leur prise en charge de l'HTA, comparativement à leurs collègues moins intéressés. Il est possible que la satisfaction des participants et leurs gains en connaissances aient augmenté, simplement vu leur forte motivation et intérêt.

Deuxièmement, la période d'administration de l'intervention était relativement courte (12 semaines) et l'absence de suivi à long terme ne permet pas d'évaluer le maintien des connaissances et des changements apportés. Il serait donc intéressant d'étudier les différentes variables sur une période plus longue (six mois ou même un an). Ensuite, il est entendu que cette étude est limitée face à la méthodologie, principalement due au fait que les participants ont fait l'auto-déclaration de leur HTA. Finalement, un groupe contrôle aurait permis de mieux analyser la transférabilité du projet, ainsi que d'éliminer le biais pré/post du questionnaire. Même si nos résultats sont statistiquement significatifs, on ne peut identifier si ces changements sont le résultat seulement des sessions éducatives, ou si d'autres facteurs doivent être considérés. La différence entre avant et après le programme éducatif est-elle suffisante pour entraîner des changements de comportement et des changements cliniquement significatifs? Le schéma d'étude ne permettait pas non plus de contrôler pour des facteurs externes. Peut-il y avoir eu par exemple contamination par une émission à la télévision? À la radio? Qui aurait pu accroître les connaissances des participants indépendamment des sessions éducatives de l'étude? Cependant, l'étude qualitative nous a éclairés sur ce point de vue. Les participants rapportent avoir appris et comprennent mieux l'HTA et les facteurs qu'il faut modifier pour mieux la contrôler. Certains signalent avoir modifié leurs comportements suite aux sessions éducatives et tentent même de modifier les comportements de leurs pairs. Ceci nous rend plus confiants d'affirmer que oui, les résultats sont significatifs. Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré.

5.3 Pistes pour recherches futures

En premier lieu, il aurait été intéressant de regarder d'autres variables confondantes potentielles dans ce projet, via la feuille de caractéristiques. La classe sociale et les mauvaises habitudes de vie sont des exemples qui auraient pu être analysés puisqu'elles possèdent un grand impact sur l'HTA. Par contre, il ne faudrait pas décourager les participants avec la longueur des questions.

En deuxième lieu, un programme semblable pourrait se faire aussi à l'extérieur des résidences. Ainsi, il serait possible de comparer l'impact d'un tel programme selon le lieu de domicile. L'accent devrait alors être mis sur le recrutement (faire plus de séances d'informations avant le début du programme pour répondre aux questions) puisqu'un plus grand nombre de participants pourraient apporter des analyses statistiques plus robustes. Une des suggestions qui a été proposée dans les GD de ce projet était de faire des capsules vidéo. Ceci permettrait de pouvoir suivre un programme éducatif, sans devoir se joindre à un groupe. Ce serait aussi utile pour les participants à l'extérieur des résidences, qui ne peuvent pas toujours se déplacer. Puis, on pourrait analyser les effets à long terme d'une telle intervention et voir si la prise de médicaments est améliorée. Pour des programmes éducatifs à domicile chez les personnes âgées, diverses autres pathologies pourraient être explorées.

Finalement, les participants ont mis l'accent sur l'importance de faire ce genre de projet, chez les plus jeunes. Ils ont rapporté qu'il faudrait cibler aussi la prévention afin de leur donner les ressources pour modifier leurs habitudes de vie. Le tout devrait être fait étant donné que leur style de vie est plus actif que ceux des résidents. Avec cette possibilité, il serait curieux de comparer les styles d'enseignement selon l'audience. De plus, on pourrait explorer un programme de prise en charge qui n'inclut pas seulement un niveau éducatif (mesures physiques, exercices, diète...), en impliquant une équipe qui contient des spécialistes dans plusieurs disciplines. Ces idées sont envisageables et seraient un atout dans la recherche chez les FSLM.

CHAPITRE VI

CONCLUSION

En conclusion, un programme éducatif de 3 mois sur la prise en charge de l'HTA a démontré beaucoup de succès chez des personnes âgées autonomes et hypertendues en milieu francophone minoritaire. Il y a 34 résidents qui ont terminé le programme et 29 étaient des femmes. La moyenne d'âge était d'environ 82 ans. Le taux d'abandon du programme était de 35 %.

Les analyses quantitatives basées sur les questionnaires RAND SF-36 1.0 ont démontré que le sexe et le niveau d'éducation étaient des variables confondantes. Par contre, plus de recherche serait nécessaire afin d'examiner le lien avec l'âge et de l'IMC. La différence entre les scores de ce questionnaire sur la qualité de vie est ressortie comme significative pour six des huit échelles et pour les dimensions mentale et physique. Ces résultats dépendaient du sexe et du niveau d'éducation. Les femmes et les participants avec un plus bas niveau d'éducation ont le plus progressé.

Pour l'analyse quantitative, les participants ont fait ressortir des changements positifs dans leurs connaissances sur les habitudes de vie, après le programme. Ils comprenaient mieux la maladie et pouvaient identifier la majorité des grandes causes de l'HTA. Les connaissances ne se sont pas seulement améliorées, mais plusieurs comportements ont aussi été modifiés. Puis, ils ont élaboré sur leurs principaux défis, qui étaient 1) peu de réponses aux questions, 2) une barrière linguistique, 3) la complexité de la maladie et 4) le manque de communication. Le premier et le troisième semblaient être les plus facilement surmontables. Pour terminer, les participants avaient initialement des attentes et elles ont été rencontrées. Ils ont fait preuve d'une meilleure compréhension et prise en charge, ce qui développait leur confiance. Certaines informations ont aussi agi en tant que rappel. Le programme a été perçu comme très positif et satisfaisant, de la part des participants. Bref, une telle intervention s'est donc avérée utile, faisable et appréciée chez les personnes âgées FSLM.

Références

- ACFO de Prescott et Russell. (2011). Le répertoire des services en français de Prescott et Russell.
Consulté du lien <http://www.russellbiblio.com/ACFO%20PR%20Dir%20p1-120.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2012). Conseils pratiques pour les aînés (65 ans et plus).
Consulté du lien <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/08paap-fra.php>
- Al-Kandari, Y. Y. (2011). Relationship of Strength of Social Support and Frequency of Social Contact with Hypertension and General Health Status Among Older Adults in the Mobile Care Unit in Kuwait. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 26*(2), 175-187. DOI : 10.1007/s10823-011-9139-9
- Ambrosi, P. (2006). *Hypertension artérielle*. Paris, France : Larousse.
- Angeli, F., Reboldi, G., & Verdecchiac, P. (2013). Hypertension Around the World: New Insights From Developing Countries. *Journal of Hypertension, 31*(7), 1358-1361. DOI : 10.1097/HJH.0b013e3283625055
- Appel, L. J. (2003). Effects of Comprehensive Lifestyle Modification on Blood Pressure Control: Main Results of the PREMIER Clinical Trial. *Journal of the American Medical Association, 289*(16), 2083-2093. DOI : 10.1001/jama.289.16.2083
- Appel, L. J., Brands, M. W., Daniels, S. R., Karanja, N., Elmer, P. J., & Sacks, F. M. (2006). Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension, 47*(2), 296-308. DOI : 10.1161/01.HYP.0000202568.01167.B6

- Azorín, J. F. M., Gamero, M. D. L., Moliner, J. P., Ortega, E. M. P., & Guilló, J. J. T. (2012). Mixed Methods Research and Management: Advantages and Implications | [Métodos híbridos de investigación y dirección de empresas: ventajas e implicaciones]. *Cuadernos De Economía Y Dirección De La Empresa*, 15(2), 55-62. DOI : 10.1016/j.cede.2012.01.001
- Bee Kiau, H., Kaur, J., Mahadir Nainu, B., Azahadi Omar, M., Saleh, M., Weng Keong, Y., & Kuang Hock, L. (2013). Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension Among the Elderly: The 2006 National Health and Morbidity Survey III in Malaysia. *Medical Journal of Malaysia*, 68(4), 332-337.
- Beevers, D. G. (2014). *Hypertension*. Montréal, Canada : Modus Vivendi.
- Beigi, M. A. B., Zibaenezhad, M. J., Aghasadeghi, K., Jokar, A., Shekarforoush, S., & Khazraei, H. (2014). The Effect of Educational Programs on Hypertension Management. *International Cardiovascular Research Journal*, 8(3), 94-98.
- Betancourt, J. R., Carrillo, J. E., & Green, A. R. (1999). Hypertension in Multicultural and Minority Populations: Linkin Communication to Compliance. *Current Hypertension Reports*, 1(6), 482-488. DOI : 10.1007/BF03215777
- Bouchard, L., Batal, M., Imbeault, P., Gagnon-Arpin, I., Makandi, E., & Sedigh, G. (2012). *La santé des francophones de l'Ontario - un portrait régional tiré des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* .RRASFO.

- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M. H., & Gagnon-Arpin, I. (2009). *Profil santé des communautés francophones minoritaires du Canada / Health Profile of French-Speaking Minority Communities in Canada*. Affiche distribuée par Santé Canada et RISF.
- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M. H., Gilbert, A., & Dubois, L. (2009). Health in Language Minority Situation | [La santé en situation linguistique minoritaire]. *Healthcare Policy*, 4(4), 36-42.
- Brindel, P., Hanon, O., Dartigues, J. F., Ritchie, K., Lacombe, J. M., Ducimetière, P., . . . Tzourio, C. (2006). Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the Elderly: The Three City Study. *Journal of Hypertension*, 24(1), 51-58.
- Brundisini, F., Giacomini, M., DeJean, D., Vanstone, M., Winsor, S., & Smith, A. (2013). Chronic Disease Patients' Experiences with Accessing Health Care in Rural and Remote Areas: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(15), 1-33.
- Campbell, N., Lackland, D., Chockalingam, A., Lisheng, L., Schiffrin, E. L., Harrap, S., . . . Prabhakaran, D. (2014). The World Hypertension League and International Society of Hypertension Call on Governments, Nongovernmental Organizations, and the Food Industry to Work to Reduce Dietary Sodium. *Journal of Clinical Hypertension*, 16(2), 99-100. DOI : 10.1111/jch.12245
- Campbell, N. R. C., Lackland, D. T., & Niebylski, M. L. (2014). High Blood Pressure: Why Prevention and Control Are Urgent and Important - A 2014 Fact Sheet From the World Hypertension League and the International Society of Hypertension. *Journal of Clinical Hypertension*, 16(8), 551-553. DOI : 10.1111/jch.12372

- Carbajal, H. A., Salazar, M. R., Riondet, B., Rodrigo, H. F., Quaini, S. M., Rechifort, V., . . . Echeverria, R. F. (2001). Regional Variables Associated with High Blood Pressure in Argentina. *Medicina*, *61*(6), 801-809.
- Chen, S. T., Maruthur, N. M., & Appel, L. J. (2010). The Effect of Dietary Patterns on Estimated Coronary Heart Disease Risk Results From the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trial. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, *3*(5), 484-489. DOI : 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.930685
- Chen, X. J., Gao, X. L., You, G. Y., Jiang, J., Sun, X. L., Li, X., . . . Zeng, Z. (2014). Higher Blood Pressure Control Rate in a Real Life Management Program Provided by the Community Health Service Center in China. *BMC Public Health*, *14* (1). DOI : 10.1186/1471-2458-14-801
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo Jr., J. L., . . . Roccella, E. J. (2003). Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, *42*(6), 1206-1252. DOI : 10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2
- Chomienne, M. H., Benoit, M., Boudreau, F., Lemonde, M., & Dufour, S. (2012). Do Chronically Ill, Elderly Francophone Patients Believe They are Adequately Served by Ontario's Health Care System? Exploratory Study of the Effect of Minority-Language Communities. *Canadian Family Physician*, *58*(12), e686 -e687+1325.
- Chow, C. M., Chu, J. Y., Tu, J. V., & Moe, G. W. (2008). Lack of Awareness of Heart Disease and Stroke Among Chinese Canadians: Results of a Pilot Study of the Chinese Canadian Cardiovascular Health Project. *Canadian Journal of Cardiology*, *24*(8), 623-628.

- Chowdhury, M. A. B., Uddin, M. J., Haque, M. R., & Ibrahimou, B. (2016). Hypertension Among Adults in Bangladesh: Evidence From a National Cross-Sectional Survey. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16(22). DOI : 10.1186/s12872-016-0197-3
- Cofemer. (2014). Medical Outcome Study Short Form-36 (MOS SF-36). Consulté du lien <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.11.1.MOSSF.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, (2ème éd.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Commissariat aux langues officielles, Gouvernement du Canada. (2016). Pour mieux comprendre vos droits en matière de langues officielles. Consulté du lien http://www.languesofficielles.gc.ca/fr/droits_linguistiques/loi
- Cornelissen, V. A., & Fagard, R. H. (2005). Effect of Resistance Training on Resting Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Hypertension*, 23(2), 251-259. DOI : 10.1097/00004872-200502000-00003
- Cutler, J. A. (1997). Effects of Weight Loss and Sodium Reduction Intervention on Blood Pressure and Hypertension Incidence in Overweight People with High-Normal Blood Pressure: The Trials of Hypertension Prevention, Phase II. *Archives of Internal Medicine*, 157(6), 657-667.
- Cutler, J. A., Follmann, D., & Scott Allender, P. (1997). Randomized Trials of Sodium Reduction: An Overview. *American Journal of Clinical Nutrition*, 65(2 SUPPL.), 643S-651S.

- Danaei, G., Finucane, M. M., Lin, J. K., Singh, G. M., Paciorek, C. J., Cowan, M. J., . . . Ezzati, M. (2011). National, Regional, and Global Trends in Systolic Blood Pressure Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 786 Country-Years and 5.4 million Participants. *The Lancet*, 377(9765), 568-577. DOI : 10.1016/S0140-6736(10)62036-3
- Daskalopoulou, S. S., Khan, N. A., Quinn, R. R., Ruzicka, M., McKay, D. W., Hackam, D. G., . . . Tobe, S. W. (2012). The 2012 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for the Management of Hypertension: Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, and Therapy. *Canadian Journal of Cardiology*, 28(3), 270-287. DOI : 10.1016/j.cjca.2012.02.018
- Dauphinee, S. W., Gauthier, L., Gandek, B., Magnan, L., & Pierre, U. (1997). Readyng a US Measure of Health Status, the SF-36, for Use in Canada. *Clinical and Investigative Medicine.Medecine Clinique Et Experimentale*, 20(4), 224-238.
- Deakin, T. A., Welschen, L. M. C., Nijpels, G., & Singh, D. (2006). Self-Management Programs for Older People May Help Reduce Blood Pressure. *Evidence-Based Cardiovascular Medicine*, 10(1), 52-55. DOI : 10.1016/j.ebcm.2006.01.009
- Dickinson, H. O., Mason, J. M., Nicolson, D. J., Campbell, F., Beyer, F. R., Cook, J. V., . . . Ford, G. A. (2006). Lifestyle Interventions to Reduce Raised Blood Pressure: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of Hypertension*, 24(2), 215-223. DOI : 10.1097/01.hjh.0000199800.72563.26
- Dubiel, M., Cwynar, M., Januszewicz, A., & Grodzicki, T. (2005). Patient's Education in Arterial Hypertension. *Blood Pressure*, 14(SUPPL. 2), 53-56. DOI : 10.1080/08038020500424731

- Dye, C. J., Williams, J. E., & Evatt, J. H. (2015). Improving Hypertension Self-Management with Community Health Coaches. *Health Promotion Practice, 16*(2), 271-281. DOI : 10.1177/1524839914533797
- Ebrahim, S., & Davey Smith, G. (1998). Lowering Blood Pressure: A Systematic Review of Sustained Effects of Non-Pharmacological Interventions. *Journal of Public Health Medicine, 20*(4), 441-448.
- Elmer, P. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Simons-Morton, D., Stevens, V. J., Young, D. R., . . . Appel, L. J. (2006). Effects of Comprehensive Lifestyle Modification on Diet, Weight, Physical Fitness, and Blood Pressure Control: 18-Month Results of a Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine, 144*(7), 485-495.
- Fagard, R. H. (2001). Exercise Characteristics and the Blood Pressure Response to Dynamic Physical Training. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 33*(6 SUPPL.), S484-S492.
- Ferdinand, K. C. (2006). Hypertension in Minority Populations. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.), 8*(5), 365-368. DOI : 10.1111/j.1524-6175.2006.05112.x
- Fernandez, S., Scales, K. L., Pineiro, J. M., Schoenthaler, A. M., & Ogedegbe, G. (2008). A Senior Center-Based Pilot Trial of the Effect of Lifestyle Intervention on Blood Pressure in Minority Elderly People with Hypertension. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*(10), 1860-1866. DOI : 10.1111/j.1532-5415.2008.01863.x

Figar, S., Galarza, C., Petrlik, E., Hornstein, L., Rodríguez Loria, G., Waisman, G., . . . González

Bernaldo de Quirós, F. (2006). Effect of Education on Blood Pressure Control in Elderly Persons.

A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Hypertension*, 19(7), 737-743. DOI :

10.1016/j.amjhyper.2005.10.005

Figar, S., Waisman, G., De Quiros, F. G. B., Galarza, C., Marchetti, M., Loria, G. R., . . . Camera, M.

(2004). Narrowing the Gap in Hypertension: Effectiveness of a Complex Antihypertensive

Program in the Elderly. *Disease Management*, 7(3), 235-243. DOI : 10.1089/dis.2004.7.235

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. (2016a). Accueil. Consulté du lien

http://www.fmcoeur.on.ca/site/c.pk10L9MMJpE/b.3664609/k.BB40/Accueil.htm?_ga=1.115656134.1988384681.1465488759

Fondation des maladies du coeur et de l'AVC. (2016b). Publications d'information sur la santé.

Consulté du lien

http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.9308047/k.1D70/Publications_d8217information_sur_la_sant233.htm

Fonds de la recherche en santé du Québec. (2008). Standards du FRSQ sur l'éthique de la recherche en santé humaine et l'intégrité scientifique. Consulté du lien

http://www.frqs.gouv.qc.ca/fr/ethique/pdfs_ethique/Standards.pdf

Francis, C. K. (1991). Hypertension, Cardiac Disease, and Compliance in Minority Patients. *American Journal of Medicine*, 91(1), 29S-36S.

- Fortmann, S. P., Winkleby, M. A., Flora, J. A., Haskell, W. L., & Taylor, C. B. (1990). Effect of Long-Term Community Health Education on Blood Pressure and Hypertension Control: The Stanford Five-City Project. *American Journal of Epidemiology*, *132*(4), 629-646.
- Gafarov, V. V., Gromova, E. A., Gafarova, A. V., Gagulin, I. V., & Ekimova, I. S. (2005). Risk of Arterial Hypertension and Social Support. *Klinicheskaia Meditsina.*, *83*(8), 59-62.
- Gagnon-Arpin, I., Makvandi, E., Imbeault, P., Batal, M., & Bouchard, L. (2013). Overweight Among Francophones and Anglophones. *Canadian Journal of Public Health*, *104*(6), S21-S25.
- García-Vera, M. P., Sanz, J., & Labrador, F. J. (2004). Blood Pressure Variability and Stress Management Training for Essential Hypertension. *Behavioral Medicine*, *30*(2), 53-62. DOI : 10.3200/BMED.30.2.53-64
- Gee, M. E., Bienek, A., McAlister, F. A., Robitaille, C., Joffres, M., Tremblay, M. S., . . . Campbell, N. R. C. (2012). Factors Associated with Lack of Awareness and Uncontrolled High Blood Pressure Among Canadian Adults with Hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, *28*(3), 375-382. DOI : 10.1016/j.cjca.2011.12.012
- Gouvernement de l'Ontario. (2016). Services gouvernementaux en français. Consulté du lien <https://www.ontario.ca/fr/page/services-gouvernementaux-en-francais#section-1>
- Graudal, N. A., Galløe, A. M., & Garred, P. (1998). Effects of Sodium Restriction on Blood Pressure, Renin, Aldosterone, Catecholamines, Cholesterols, and Triglyceride: A Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Association*, *279*(17), 1383-1391. DOI : 10.1001/jama.279.17.1383

- Guba, E., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic Controversies and Emerging Confluences. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3ème éd., pp. 191-216). Thousand Oaks, CA : Sage.
- He, F. J., & MacGregor, G. A. (2003). How Far Should Salt Intake Be Reduced? *Hypertension*, 42(6), 1093-1099. DOI : 10.1161/01.HYP.0000102864.05174.E8
- He, J., Whelton, P. K., Appel, L. J., Charleston, J., & Klag, M. J. (2000). Long-Term Effects of Weight Loss and Dietary Sodium Reduction on Incidence of Hypertension. *Hypertension*, 35(2), 544-549.
- Ho, T. M. (2009). Hypertension Management : Lifestyle Interventions in a Transcultural Context. *Journal of Renal Care*, 35(4), 176-184. DOI : 10.1111/j.1755-6686.2009.00115.x
- Howell, D. C. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines* (6ème éd.; traduit par M. Rogier, V. Yzerbyt & Y. Bestgen). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Hu, H. H., Li, G., & Arao, T. (2015). The Association of Family Social Support, Depression, Anxiety and Self-Efficacy with Specific Hypertension Self-Care Behaviours in Chinese Local Community. *Journal of Human Hypertension*, 29(3), 198-203. DOI : 10.1038/jhh.2014.58
- Hypertension Canada. (2016a). Consulté du lien <https://www.hypertension.ca/fr/>
- Hypertension Canada. (2016b). Comment mesurer ma pression artérielle. Consulté du lien <https://www.hypertension.ca/fr/hypertension/what-do-i-need-to-know/how-to-measure-my-blood-pressure>

Hypertension Canada. (2016c). Connaître mes chiffres. Consulté du lien

<https://www.hypertension.ca/fr/hypertension/what-do-i-need-to-know/know-my-number>

Hypertension Canada. (2016d). Qu'est-ce que la pression artérielle? Consulté du lien

<https://www.hypertension.ca/fr/hypertension/what-do-i-need-to-know/what-is-high-blood-pressure>

Hypertension Canada. (2016e). Recommandations PECH. Consulté du lien

<https://www.hypertension.ca/fr/913-professional/tabs/207-chep-recommendations>

Hypertension Canada. (2015f). Ressources françaises. Consulté du lien

<http://guidelines.hypertension.ca/ressources-francaises/>

IBM. (2016). Downloading IBM SPSS Statistics 21. Consulté du lien

<http://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg24032236>

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2016). Hypertension Clinic. Consulté du lien

<https://www.ottawaheart.ca/clinic/hypertension-clinic>

Jeunemaitre, X., & Gimenez-Roqueplo, A. P. (2002). Genetics and Arterial Hypertension: 3

Approaches to Decode a Complex Disease | [Génétique et hypertension artérielle : trois approches pour décrypter une maladie complexe]. *Bulletin De L'Academie Nationale De Medecine*, 186(9), 1595-1606; discussion 1606.

Joffres, M. R., Ghadirian, P., Fodor, J. G., Petrasovits, A., Chockalingam, A., & Hamet, P. (1997).

Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Canada. *American Journal of Hypertension*, 10(10 I), 1097-1102. DOI : 10.1016/S0895-7061 (97) 00224-0

- Kaiser, E. A., Lotze, U., & Schäfer, H. H. (2014). Increasing Complexity: Which Drug Class to Choose for Treatment of Hypertension in the Elderly? *Clinical Interventions in Aging*, 9, 459-475. DOI : 10.2147/CIA.S40154
- Kalay, A. L., Chomienne, M. -H, & Farmanova, E. (2013). Research Priorities on the Health of Francophones in Ontario. *Canadian Journal of Public Health*, 104(6), S83-S87.
- Kawachi, I., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Manson, J. E., Rosner, B.,. . . Hennekens, C. H. (1994). Smoking Cessation and Time Course of Decreased Risks of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Women. *Archives of Internal Medicine*, 154(2), 169-175. DOI : 10.1001/archinte.154.2.169
- Kelley, G. A., & Kelley, K. S. (2000). Progressive Resistance Exercise and Resting Blood Pressure: A Meta- Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension*, 35(3), 838-843.
- Kim, K. B., Han, H. R., Huh, B., Nguyen, T., Lee, H., & Kim, M. T. (2014). The Effect of a Community-Based Self-Help Multimodal Behavioral Intervention in Korean American Seniors with High Blood Pressure. *American Journal of Hypertension*, 27(9), 1199-1208. DOI : 10.1093/ajh/hpu041
- Konrady, A. O., Brodskaya, I. S., Soboleva, A. V., & Polunicheva, Y. V. (2001). Benefits of the Implementation of Structured Educational Program in Hypertension Management. *Medical Science Monitor*, 7(3), 397-402.
- Kronish, I. M., Leventhal, H., & Horowitz, C. R. (2012). Understanding Minority Patients' Beliefs About Hypertension to Reduce Gaps in Communication Between Patients and Clinicians. *Journal of Clinical Hypertension*, 14(1), 38-44. DOI : 10.1111/j.1751-7176.2011.00558.x

- Kurowska, K., & Lewandowska, A. (2012). Health Behaviors and Health Locus of Control in Patients Diagnosed with Arterial Hypertension | [Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym]. *Nadciśnienie Tętnicze*, 16(5), 296-304.
- Lau, E., Kaczorowski, J., Karwalajtys, T., Dolovich, L., Levine, M., & Chambers, L. (2006). Blood Pressure Awareness and Self-Monitoring Practices Among Primary Care Elderly Patients. *Canadian Pharmacists Journal*, 139(6), 34-41.
- Lauzière, T. A., Chevarie, N., Poirier, M., Utzschneider, A., & Bélanger, M. (2013). Effects of an Interdisciplinary Education Program on Hypertension: A Pilot Study. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(2), 12-19.
- Law, M. R. (1997). Epidemiologic Evidence on Salt and Blood Pressure. *American Journal of Hypertension*, 10(5 II SUPPL.), 42S-45S.
- Leduc, A. (2014). *Hypertension : 21 jours de menus*. Montréal, Canada : Modus Vivendi
- Leplège, A., Ecosse, E., Pouchot, J., Coste, J., & Perneger, T. (2001). *Le questionnaire MOS SF-36 - manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris, France : Éditions Scientifiques Techniques et Médicales (ESTEM).
- Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T. V. (1998). The French SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1013-1023. DOI : 10.1016/S0895-4356 (98) 00093-6

Li, X. J., Cheng, M. N., Wang, Y. H., Miao, S., Zhang, Z. Q., Chen, Y. S., & Lu, W. (2010). Effectiveness of Lifestyle Intervention for Hypertension in Shanghai Communities: Results From the Shanghai Hypertension Detail Management Program. *Frontiers of Medicine in China*, 4(1), 67-70. DOI : 10.1007/s11684-010-0023-8

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA : Sage.

Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K., Guest, G., & Narmey, M. (2005). *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*. Durham, NC : Family Health International.

Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., . . . Zanchetti, A. (2007). 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension*, 25(9), 1751-1762. DOI : 10.1097/HJH.0b013e3282f0580f

Menéndez Villalva, C., Montes Martínez, A., Gamarra Mondelo, T., Núñez Losada, C., Fachado, A. A., & Bujan Garmendia, S. (2003). Influence of Social Support on Patients with Essential Hypertension | [Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial]. *Atencion Primaria*, 31(8), 506-513. DOI : 10.1157/13047733

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis : A methods sourcebook* (3ème éd.). Tempe, AZ : Sage Publications, Inc.

Molarius, A., Seidell, J. C., Visscher, T. L. S., & Hofman, A. (2000). Misclassification of High-risk Older Subjects Using Waist Action Levels Established for Young and Middle-Aged Adults - Results From the Rotterdam Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1638-1645. DOI : 10.1111/j.1532-5415.2000.tb03876.x

- Morisky, D. E., DeMuth, N. M., Field-Fass, M., Green, L. W., & Levine, D. M. (1985). Evaluation of Family Health Education to Build Social Support for Long-Term Control of High Blood Pressure. *Health Education & Behavior, 12*(1), 35-50. DOI : 10.1177/109 019 818 501 200 104
- Morisky, D. E., Levine, D. M., Green, L. W., & Smith, C. R. (1982). Health Education Program Effects on the Management of Hypertension in the Elderly. *Archives of Internal Medicine, 142*(10), 1835-1838. DOI : 10.1001/archinte.1982.00340230077014
- Neter, J. E., Stam, B. E., Kok, F. J., Grobbee, D. E., & Geleijnse, J. M. (2003). Influence of Weight Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension, 42*(5), 878-884. DOI : 10.1161/01.HYP.0000094221.86888.AE
- Omron Healthcare. (2016). 3 Series Upper Arm Blood Pressure Monitor. Consulté du lien <https://www.omronhealthcare.ca/products/3-series-upper-arm-blood-pressure-monitor-bp710n/>
- Osamor, P. E. (2015). Social Support and Management of Hypertension in South-West Nigeria. *Cardiovascular Journal of Africa, 26*(1), 29-33. DOI : 10.5830/CVJA-2014-066
- Ottawa cardiovascular center. (2016). Consulté du lien <http://www.ottawacvcentre.com/>
- Palta, P., Page, G., Piferi, R. L., Gill, J. M., Hayat, M. J., Connolly, A. B., & Szanton, S. L. (2012). Evaluation of a Mindfulness-Based Intervention Program to Decrease Blood Pressure in Low-Income African-American Older Adults. *Journal of Urban Health, 89*(2), 308-316. DOI : 10.1007/s11524-011-9654-6

- Park, E., & Kim, J. (2016). The Impact of a Nurse-Led Home Visitation Program on Hypertension Self-Management Among Older Community-Dwelling Koreans. *Public Health Nursing, 33*(1), 42-52. DOI : 10.1111/phn.12220
- Park, Y. H., Song, M., Cho, B. L., Lim, J. Y., Song, W., & Kim, S. H. (2011). The Effects of an Integrated Health Education and Exercise Program in Community-Dwelling Older Adults with Hypertension: A Randomized Controlled Trial. *Patient Education and Counseling, 82*(1), 133-137. DOI : 10.1016/j.pec.2010.04.002
- Picard, L., & Allaire, G. (2005). *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Sudbury, Canada : Université Laurentienne, Institut franco-ontarien.
- Picard, L., Sanderson, R., Michel, I., Palangio, A., Fraser, C., & Hébert, D. (2000). *Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Sudbury : Division du programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP).
- Primatesta, P., Falaschetti, E., Gupta, S., Marmot, M. G., & Poulter, N. R. (2001). Association Between Smoking and Blood Pressure Evidence From the Health Survey for England. *Hypertension, 37*(2 I), 187-193.
- Prince, S. A., Laflamme, M., Harris, J., Tulloch, H. E., & de Margerie, M. (2016). An Evaluation of FrancoForme: A Case-Managed Home-Based Primary and Secondary Cardiovascular Disease Prevention Program for French-Speaking Canadians. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, (1932-7501)*. DOI : 10.1097/HCR.0000000000000200
- Puddey, I. B., Beilin, L. J., & Rakic, V. (1997). Alcohol, Hypertension and the Cardiovascular System: A Critical Appraisal. *Addiction Biology, 2*(2), 159-170. DOI : 10.1080/13556219772705

QSR international. (2016). Downloads. Consulté du lien

<http://www.qsrinternational.com/nvivo-support/downloads>

Rand Health. (2016). Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form Survey Scoring Instructions.

Consulté du

lien http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item_scoring.html

Repko, A. F. (2012). *Interdisciplinary reseach: Processe and theory* (2ème éd.). Thousand Oaks, CA :

Saga Publication, Inc.

Robertson, J. I. S. (2003). Dietary Salt and Hypertension: A Scientific Issue or a Matter of Faith?

Journal of Evaluation in Clinical Practice, 9(1), 1-22. DOI : 10.1046/j.1365-2753.2003.00359.x

Robitaille, C., Dai, S., Waters, C., Loukine, L., Bancej, C., Quach, S., . . . Quan, H. (2012). Diagnosed

Hypertension in Canada: Incidence, Prevalence and Associated Mortality. *CMAJ*, 184(1), E49-

E56. DOI : 10.1503/cmaj.101863

Roca, B., Nadal, E., Rovira, R. E., Valls, S., Lapuebla, C., & Lloría, N. (2003). Usefulness of a

Hypertension Education Program. *Southern Medical Journal*, 96(11), 1133-1137. DOI :

10.1097/01.SMJ.0000053454.67173.48

Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G. A., Harsha, D., . . . Cutler, J. A. (2001).

Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop

Hypertension (dash) Diet. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 3-10. DOI :

10.1056/NEJM200101043440101

Sadykova, D. I., & Lutfullin, I. Y. (2011). Psychosocial Approach: Quality of Life in Young People with Elevated Blood Pressure. *Cardiovascular Therapy and Prevention (Russian Federation)*, 10(2), 18-23.

Santé Canada. (2016). Système de commande de Santé Canada. Consulté du lien

<http://www.hc-publication-sc.hc-sc.gc.ca/paccb-dgapcc/cmcd-dcmc/webpubs.nsf/3?ReadForm&lang=fra&>

Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., DiMatteo, M. R., & Kravitz, R. L. (1992). Antecedents of Adherence to Medical Recommendations: Results From the Medical Outcomes Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(5), 447-468. DOI : 10.1007/BF00844941

Société Alzheimer. (2014). Trouble cognitif léger. Consulté du lien

http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Other-dementias/other_dementias_MCI_f.pdf

Société québécoise de l'hypertension artérielle. (2013). Qu'est-ce que la pression artérielle?

Consulté du lien <http://www.hypertension.qc.ca/content.asp?node=4>

Song, I. H., Kim, S., & Park, W. (2012). Effects of a Hypertension Management Program by Seongcheon Primary Health Care Post in South Korea: An Analysis of Changes in the Level of Knowledge of Hypertension in the Period From 2004 to 2009. *Health Education Research*, 27(3), 411-423. DOI : 10.1093/her/cys012

Sosner, P., Gremeaux, V., Bosquet, L., & Herpin, D. (2014). High Blood Pressure and Physical Exercise

| [Hypertension artérielle et exercice physique - Mise au point pratique]. *Annales De Cardiologie Et D'Angéiologie*, 63(3), 197-203. DOI : 10.1016/j.ancard.2014.05.003

Stamler, J. (1991). Epidemiologic Findings on Body Mass and Blood Pressure in Adults. *Annals of Epidemiology*, 1(4), 347-362. DOI : 10.1016/1047-2797 (91) 90045-E

Statistique Canada. (2007). Seniors Are More Educated Now. Consulté du lien http://www41.statcan.gc.ca/2007/70000/ceb70000_001-eng.htm

Statistique Canada. (2011). *Recensement de la population, 2011. Données fournies par l'Office des affaires francophones.*

Statistique Canada. (2015a). Adult Body Mass Index (BMI). Consulté du lien <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/abm-eng.htm#n3>

Statistique Canada. (2015b). Living Arrangements of Seniors. Consulté du lien https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-eng.cfm

Statistique Canada. (2015c). Senior Women. Consulté du lien <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2010001/article/11441-eng.htm>

Statistique Canada. (2016a). Femmes au Canada : Rapport statistique fondé sur le sexe. Consulté du lien http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/statcan/89-503-x/89-503-x14316-fra.pdf

Statistique Canada. (2016b). Hypertension selon le groupe d'âge et le sexe (pourcentage). Consulté du lien <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health03b-fra.htm>

Stirling University. (2012). SF-36. Consulté du lien <http://measuringimpact.org/s4-sf-36>

- Tobe, S. W., Lum-Kwong, M., Von Sychowski, S., & Kandukur, K. (2013). Hypertension Management Initiative: Qualitative Results From Implementing Clinical Practice Guidelines in Primary Care Through a Facilitated Practice Program. *Canadian Journal of Cardiology*, 29(5), 632-635. DOI : 10.1016/j.cjca.2012.12.005
- Trivedi, R. B., & Piette, J. D. (2015). Shedding Light on the Association Between Social Support and Adherence in Hypertension: A Comment on Magrin *et al.* *Annals of Behavioral Medicine*, 49(3), 297-298. DOI : 10.1007/s12160-014-9682-z
- Tu, K., Campbell, N. R., Chen, Z. L., Cauch-Dudek, K. J., & McAlister, F. A. (2007). Accuracy of Administrative Databases in Identifying Patients with Hypertension. *Open Medicine*, 1(1), e18-e26.
- Vassarstats. (2016a). The Confidence Interval for the Difference Between Two Independent Proportions. Consulté du lien http://vassarstats.net/prop2_ind.html
- Vassarstats. (2016b). The Confidence Interval of a Proportion. Consulté du lien <http://vassarstats.net/prop1.html>
- Volkov, V. S., Poseliugina, O. B., Rokkina, S. A., & Nilova, S. A. (2012). Consumption of Table Salt and Psychological Status in Patients with Arterial Hypertension. *Klinicheskaia Meditsina*, 90(4), 56-58.
- Vollmer, W. M., Sacks, F. M., Ard, J., Appel, L. J., Bray, G. A., Simons-Morton, D., . . . Karanja, N. (2001). Effects of Diet and Sodium Intake on Blood Pressure: Subgroup Analysis of the DASH-Sodium Trial. *Annals of Internal Medicine*, 135(12), 1019-1028.

- Wang, R., Zhao, Y., He, X., Ma, X., Yan, X., Sun, Y., . . . He, J. (2009). Impact of Hypertension on Health-Related Quality of Life in a Population-Based Study in Shanghai, China. *Public Health, 123*(8), 534-539. DOI : 10.1016/j.puhe.2009.06.009
- Ware, J. E., Jr. (2016). SF-36® Health Survey Update. Consulté du lien <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml#TRANS>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) : I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care, 30*(6), 473-483.
- Whelton, P. K., Appel, L. J., Espeland, M. A., Applegate, W. B., Ettinger Jr., W. H., Kostis, J. B., . . . Cutler, J. A. (1998). Sodium Reduction and Weight Loss in the Treatment of Hypertension in Older Persons: A Randomized Controlled Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). *Journal of the American Medical Association, 279*(11), 839-846. DOI : 10.1001/jama.279.11.839
- Whelton, P. K., He, J., Appel, L. J., Cutler, J. A., Havas, S., Kotchen, T. A., . . . Karimbakas, J. (2002). Primary Prevention of Hypertension: Clinical and Public Health Advisory From the National High Blood Pressure Education Program. *Journal of the American Medical Association, 288*(15), 1882-1888.
- Whelton, S. P., Chin, A., Xin, X., & He, J. (2002). Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Annals of Internal Medicine, 136*(7), 493-503.
- Whitworth, J. A. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. *Journal of Hypertension, 21*(11), 1983-1992. DOI : 10.1097/00004872-200311000-00002

- Wilkins, K., Campbell, N. R., Joffres, M. R., McAlister, F. A., Nichol, M., Quach, S., . . . Tremblay, M. S. (2010). Blood Pressure in Canadian Adults. *Health Reports / Statistics Canada, Canadian Centre for Health Information, 21*(1), 37-46.
- Xiao, H. M., & Jiang, X. Y. (2005). Relationship Between Treatment Compliance and Quality of Life in Patients with Primary Hypertension. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation, 9*(35), 146-147.
- Xin, X., He, J., Frontini, M. G., Ogden, L. G., Motsamai, O. I., & Whelton, P. K. (2001). Effects of Alcohol Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension, 38*(5), 1112-1117.

ANNEXE 1

Lettres de permission des quatre résidences

Le 10 juillet 2015

Luc Lamarre
Propriétaire
Auberge Plein Soleil
258, rue Télégraph
Alfred, (Ontario) K0B 1A0
(613) 679-4355
info@aubergepleinsoleil.com

Co-propiétaire
Résidence St-Mathieu
3140, chemin Gendron
Hammond, (Ontario) K0A 2A0
(613) 487-9422
res_st_mathieu@hotmail.com

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa
550, rue Cumberland (Pavillon Tabaret), salle 154
Ottawa, (Ontario) K1N 6N5
(613) 562-5800, Ext: 1682
<http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/>

Objet: Lettre de permission

À qui de droit,

Par la présente, je souhaite confirmer la participation de l'Auberge Plein Soleil et de la Résidence St-Mathieu au projet de recherche de Myriam Taillon, intitulé : Le contrôle de l'hypertension chez des personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire : perceptions et conscientisation via un programme éducatif.

Sincèrement,



Luc Lamarre

Rachel Langlois
Relations publiques,
Résidence Jardins Belle Rive
2950, rue Laurier
Rockland, (Ontario) K4K 1T3
(613) 446-7122
yourimonplaisir@aol.com


Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa
550, rue Cumberland (Pavillon Tabaret), salle 154
Ottawa, (Ontario) K1N 6N5
(613) 562-5800, Ext: 1682
<http://www.recherche.ottawa.ca/deontologie/>

Objet: Lettre de permission

À qui de droit,

Par la présente, je souhaite confirmer la participation de la résidence Jardins Belle Rive au projet de recherche de Myriam Taillon, intitulé : Le contrôle de l'hypertension chez des personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire : perceptions et conscientisation via un programme éducatif.

Sincèrement,



Rachel Langlois

Résidence pour aînés



Residence for senior citizens

Le 10 juillet 2015

Tracy Kennedy
 Manoir McGill
 261, rue McGill
 Hawkesbury, (Ontario) K6A 1P9
 (613) 632-8097
 Manoirmcgill.tkennedy@gmail.com

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa
 550, rue Cumberland (Pavillon Tabaret), salle 154
 Ottawa, (Ontario) K1N 6N5
 (613) 562-5800, Ext: 1682
<http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/>

Objet: Lettre de permission

À qui de droit,

Par la présente, je souhaite confirmer la participation du Manoir McGill dans le projet de recherche de Myriam Taillon, s'intitulant : Le contrôle de l'hypertension chez des personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire : perceptions et conscientisation via un programme éducatif.

Sincèrement,



Tracy Kennedy
 Directrice Générale
 Manoir McGill

Email: manoir.mcgill@bellnet.ca

342, rue McGill, Hawkesbury (Ontario) K6A 3V5

Tél. : (613) 632-8097 • Téléc. : (613) 632-5171

ANNEXE 2

Affiche de recrutement

RECHERCHE SUR LE CONTRÔLE DE L'HYPERTENSION CHEZ DES PERSONNES AGÉES AUTONOMES EN MILIEU FRANCOPHONE MINORITAIRE VIA UN PROGRAMME ÉDUCATIF

Vous êtes une personne qui préférez vous exprimer en français?
Vous êtes âgée d'au moins 65 ans et vous souffrez d'hypertension?

NOUS AVONS BESOIN DE VOUS!!!

- Participez **sans frais** à 12 sessions éducatives de 45 minutes (une par semaine pendant 3 mois)
- Donnez votre opinion (2 groupes de discussion)
- Complétez un questionnaire (avant et après le programme)

Une compensation de **25\$** sera offerte.

Mettre sur pied un tel programme contribuerait à déterminer et comprendre les obstacles quotidiens que rencontrent les participants, déterminer les contraintes de cette population en terme de gestion de leur hypertension, mais permettrait aussi de développer des outils efficaces et disponibles en français afin de combler les besoins de cette population souvent négligée.

uOttawa
Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université d'Ottawa.

Consortium national de recherche en santé de l'Université d'Ottawa

Pour toutes questions ou renseignements, veuillez contacter la chercheuse principale :
Myriam Tallon

ANNEXE 3

Script téléphonique pour invitation à participer au projet

Date de l'appel : _____

Bonjour Madame ou Monsieur,

Je m'appelle Myriam Taillon et je suis présentement étudiante à la maîtrise en sciences interdisciplinaires de la santé à l'Université d'Ottawa. Je vous appelle à la suite de votre courriel/appel téléphonique du _____ (date) pour me faire part de votre intérêt pour le projet de recherche : « Le contrôle de l'hypertension chez des personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire : perceptions et conscientisation via un programme éducatif ».

Aujourd'hui, le but est de vérifier si vous êtes éligible aux critères du projet et de confirmer votre présence qui est pleinement volontaire, et ce, à tout moment durant l'étude.

Voulez-vous que je poursuive? (réponse à encercler)

a) **Oui**

D'accord. Avant de continuer, j'aimerais vous dire que le but ultime de cette recherche est de mieux comprendre et explorer les bienfaits d'un programme de prise en charge éducatif chez des personnes âgées souffrant d'hypertension en milieu francophone minoritaire. Pour ce faire, nous collecterons des données sur les perceptions des aînés en matière de saines habitudes de vie et implanterons des ateliers éducatifs afin de sensibiliser les participants sur les facteurs de risque de l'hypertension. Vous serez donc invité de participer à 12 sessions éducatives d'environ 45 minutes, chacune à toutes les semaines pendant 3 mois. Elles auront lieu durant les jours de la semaine à la résidence où vous demeurez. Lors de ces séances, des ateliers interactifs sur la santé liée à l'hypertension artérielle vous seront présentés. De la documentation sera aussi disponible et remise aux participants. De plus, au début du programme, vous allez être demandé de remplir un questionnaire et une feuille de caractéristiques qui pourrait vous prendre environ une heure. Votre participation à un groupe de discussion (environ 60 minutes – durant la fin de semaine) sera aussi encouragée. À la fin du programme, vous allez être demandé de remplir à nouveau le questionnaire et de participer à un dernier groupe de discussion.

Est-ce que cela vous convient?

a) **Oui**

Maintenant, je vais vous poser trois questions pour confirmer que vous êtes éligible à participer.

- 1) Êtes-vous âgée de 65 ans et plus?
- 2) Pouvez-vous acquiescer que vous êtes francophone, c'est-à-dire que le français est votre langue d'expression de préférence?
- 3) Souffrez-vous d'hypertension?

Si la personne répond OUI aux trois questions, je vais lui signaler qu'elle répond aux critères d'inclusion. À ce moment, je vais lui demander : acceptez-vous de participer? Si c'est affirmatif, lui dire que le formulaire de consentement lui sera envoyé ainsi que la date de la première séance éducative. Il est très important ici de demander s'il y a des questions et sinon, indiquer que je peux être rejointe par téléphone en tout temps au [REDACTED] et par courriel au [REDACTED] dans le cas ou des interrogations/inquiétudes surviendraient.

Si la personne répond NON à une question, je vais m'excuser et dire qu'elle ne répond pas à tous les critères d'inclusion pour participer à cette l'étude. La personne sera finalement remerciée du temps qu'elle m'aura attribué.

b) **Non** (Je passe à l'autre section **Non** retrouvée ci-bas pour terminer la conversation)

b) **Non**

Je vous remercie du temps que vous m'avez attribué.

10. J'ai des proches (sœurs, frères, parents) qui souffrent aussi d'hypertension :

Oui Non

11. Je suis employé (e) présentement :

Oui Non

ANNEXE 5

Questionnaire (Cofemer, 2014)

S F - 3 6**Questionnaire court d'étude de la santé (qualité de vie)**

- Ces items peuvent être regroupés en trois catégories :

Le statut fonctionnel

Il comprend 10 items sur l'activité physique (PF), 2 items sur la vie et relations avec les autres (SF), 4 items sur les limitations dues à l'état physique (RP) et 3 items sur les limitations dues à l'état psychique (RE).

Le bien-être

Il comprend 5 items sur l'évaluation de la santé psychique (MH), 4 items sur l'énergie et la vitalité (VT) et 2 items sur les douleurs physiques (BP).

L'évaluation globale de la santé

Elle est fondée sur 5 items de perception globale de l'état de santé (GH) et un item servant à décrire les modifications de l'état de santé au cours de l'année écoulée (HT).

D'autres domaines pouvant être pertinents n'ont pas été choisis dans la SF 36 : sexualité, sommeil, situation et positionnement familial (family function).

Dans deux dimensions, la réponse se fait de manière binaire (oui/non) et dans les six autres de manière qualitative ordinale (3 à 6 réponses possibles). Pour chaque dimension, les scores aux différents items sont codés puis additionnés et transformés linéairement sur une échelle allant de 0 à 100. Un score résumé physique (physical composite score : PCS) et un score résumé psychique (mental composite score : MCS) peuvent être calculés selon un algorithme établi. Dans la langue anglaise, différentes versions ont été proposées : la version standard, la version aiguë et la version utilisée en Grande Bretagne. À noter que la version aiguë de la SF 36 utilise la notion d'une semaine au lieu de quatre semaines utilisées dans la version standard. Cette version est plus intéressante lorsque le questionnaire est administré hebdomadairement ou bi-mensuellement. Malgré différentes traductions en français réalisées par des équipes canadienne et suisse, une adaptation française a été proposée par Leplège, afin d'améliorer la fiabilité de la SF 36 dans la population hexagonale.

- Comment répondre au questionnaire :

Les questions qui suivent portent sur votre état de santé, telle que vous la ressentez.

Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1/ Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 : excellente.
- 2 : très bonne.
- 3 : bonne.
- 4 : médiocre.
- 5 : mauvaise.

2/ Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

- 1 : bien meilleur que l'an dernier.
- 2 : plutôt meilleur.
- 3 : à peu près pareil.
- 4 : plutôt moins bon.
- 5 : beaucoup moins bon.

3/ Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours.

Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel :

| Listes d'activités | OUI beaucoup limité(e) | OUI peu limité(e) | NON pas du tout limité(e) |
|--|------------------------|-------------------|---------------------------|
| A | | | |
| Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport... | 1 | 2 | 3 |
| B | | | |
| Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules | 1 | 2 | 3 |
| C | | | |
| Soulever et porter les courses | 1 | 2 | 3 |
| D | | | |
| Monter plusieurs étages par l'escalier | 1 | 2 | 3 |
| E | | | |
| Monter un étage par l'escalier | 1 | 2 | 3 |
| F | | | |
| Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir | 1 | 2 | 3 |
| G | | | |
| Marcher plus d'un kilomètre à pied | 1 | 2 | 3 |
| H | | | |
| Marcher plusieurs centaines de mètres | 1 | 2 | 3 |
| I | | | |
| Marcher une centaine de mètres | 1 | 2 | 3 |
| J | | | |
| Prendre un bain, une douche ou s'habiller | 1 | 2 | 3 |



4/ Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| A | | |
| Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? | 1 | 2 |
| B | | |
| Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? | 1 | 2 |
| C | | |
| Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? | 1 | 2 |
| D | | |
| Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) | 1 | 2 |

5/ Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel [comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)]

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| A | | |
| Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ? | 1 | 2 |
| B | | |
| Avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ? | 1 | 2 |
| C | | |
| Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ? | 1 | 2 |

6/ Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis ou vos connaissances ?

- 1 : pas du tout.
- 2 : un petit peu.
- 3 : moyennement.
- 4 : beaucoup.
- 5 : énormément.

7/ Au cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

1 : nulle. 2 : très faible. 3 : faible.
4 : moyenne. 5 : grande. 6 : très grande.

8/ Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1 : pas du tout. 2 : un petit peu. 3 : moyennement.
4 : beaucoup. 5 : énormément.

9/ Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines y a-t-il eu des moments où :

| | En permanence | Très souvent | Souvent | Quelque fois | Rarement | Jamais |
|--|---------------|--------------|---------|--------------|----------|--------|
| A | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) dynamique ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| F | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| G | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| I | | | | | | |
| Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |



10/ Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnant vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

- 1 : en permanence.
- 2 : une bonne partie du temps.
- 3 : de temps en temps.
- 4 : rarement.
- 5 : jamais.

11/ Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

| | Totalement vrai | Plutôt vrai | Je ne sais pas | Plutôt fausse | Totalement fausse |
|--|-----------------|-------------|----------------|---------------|-------------------|
| A Je tombe malade plus facilement que les autres | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B Je me porte aussi bien que n'importe qui | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C Je m'attends à ce que ma santé se dégrade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D Je suis en excellente santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANNEXE 6

Engagement de confidentialité de l'étudiante bénévole**Engagement de confidentialité**

Je serai bénévole pour l'étude « Le contrôle de l'hypertension chez des personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire : perceptions et conscientisation via un programme éducatif » dans le but d'aider lors des groupes de discussion.

Il est entendu que toutes les informations auxquelles je prends connaissance au cours de cette étude sont confidentielles et ne sera en aucun temps divulgué. Je reconnais que, lorsque j'accède à des renseignements dans le cadre de mon bénévolat, je dois agir en conformité avec les politiques sur la confidentialité de l'Université d'Ottawa.

Jamais je ne vais tenter d'accéder, d'utiliser ou de divulguer des renseignements confidentiels à des amis, à de la famille ou toute personne, autre que les chercheurs de l'étude. Je m'engage aussi à ne pas nuire à la collecte de données, soit en altérant, détruisant ou copiant des informations.

Finalement, je m'engage à garder confidentiel et en sécurité tout code d'accès.

Je reconnais que je dois protéger la confidentialité des renseignements confidentiels, et ce, même après la fin de mon bénévolat.

J'ai lu ce document et je comprends mes responsabilités quant à la confidentialité.



Nom



Signature *

16/07/15

Date

ANNEXE 7

Guides pour groupes de discussion**Guide pour groupe de discussion 1**Information générale

Bonjour et merci d'avoir accepté l'invitation pour ce groupe de discussion sur les besoins des personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire souffrant d'hypertension. Mon nom est Myriam Taillon et je suis assisté de _____ pour modérer ce partage d'informations. Si vous êtes ici aujourd'hui, c'est que vous avez aussi accepté de participer au programme éducatif suggéré. Cette rencontre est alors celle prévue au début du programme. Une seconde sera planifiée à la fin du programme. Chacune devrait durer environ une heure ou moins.

Cette discussion vous permettra de partager vos opinions, vos préoccupations et vos perceptions face à l'hypertension chez les personnes âgées francophones en milieu minoritaire. Le but ultime de cette étude est de mieux comprendre et explorer les bienfaits d'un programme de prise en charge éducatif auprès de votre population. Nous vous avons ciblé parce que les études ont démontré que les personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire sont une grande priorité de recherche, mais aussi parce que certains semblent rencontrer des problèmes d'accès aux services de soins de santé différemment de vos homologues, les anglophones. De plus, aucune étude de ce genre n'a été faite à ce jour. Vous êtes donc tous des personnes autonomes âgées de 65 ans et plus, francophones, et souffrant d'hypertension.

Avant de commencer, j'aimerais mentionner les règles de cette discussion. Premièrement, il n'y a pas de bonne, ni de mauvaise réponse. N'hésitez pas à dire ce que vous pensez, peu importe la nature de votre commentaire. Puisque tout ce que vous dites est important pour nous aider à mieux comprendre vos expériences, nous aimerions enregistrer la discussion. Si cela vous convient, je vais commencer l'enregistrement maintenant. Rassurez-vous, votre nom sera gardé confidentiel dans nos rapports. Aussi, nous aimerions que vous gardiez tout ce qui se dit durant la séance **confidentiel** par respect pour vos collègues. Finalement, vous n'êtes pas obligé de répondre à mes questions et vous pouvez seulement discuter entre vous. Vous pouvez aussi vous retirer de la discussion à tout moment même si on espère votre contribution pour mieux comprendre vos expériences. Je suis là pour explorer certains points et pour vous écouter et m'assurer que chacun ait le temps de s'exprimer. Finalement, je vous invite à s'il vous plait parler fort et une personne à la fois.

À nouveau, mon nom est Myriam et je vais vous poser des questions pour structurer la discussion. Avez-vous des questions/inquiétudes?

Maintenant, nous allons commencer.

Introduction

Premièrement, nous allons faire un tour de table pour que chacun ait la chance de s'introduire. Vous êtes encouragé à utiliser votre nom. Ce serait très bien si chacun pouvait dire d'où il est originaire pour qu'on apprenne un peu à mieux se connaître.

1. Très bien. J'aimerais commencer par vous demander la raison de votre présence aujourd'hui. Faisons un autre tour de table et dites-moi ce qui vous intéresse dans cette recherche et ce qui vous motive.
2. Intéressant. Comment avez-vous entendu parler de ce projet? (Ex. vos proches/amis, affiches de recrutement/personnel de la résidence...)
3. Bien. Quand vous avez accepté de participer, qu'est-ce que vous espériez bénéficier de ce programme et quelles sont vos attentes envers moi? (Ex. ressources, prise en charge, exercice, nutrition...)
4. Excellent. S'il vous plaît, parlez-moi un peu plus de votre expérience positive ou négative avec l'hypertension. (Ex. anecdotes, déceptions, prise en charge/suivi...)
5. Parfait. Avez-vous déjà été négligé à cause de votre langue? (Ex. attentes, symptômes mal compris...)
6. D'accord. Avez-vous des difficultés/défis de tous les jours? Quels sont-ils? (Ex. trouver de l'information en français, faire de l'exercice, bien manger...)
7. Maintenant, savez-vous comment obtenir des ressources propres à vos questionnements et quelles informations aimeriez-vous avoir à votre disposition sur l'hypertension? (Ex. causes, diabète, risques...)
8. Ensuite, est-ce que selon vous, vous comprenez pleinement votre situation? Qu'est-ce qui vous fait penser cela?
9. Ok. À présent, quels sont les effets et vos besoins psychologiques (émotions) et sociaux (les gens qui vous entourent) face à votre maladie? Devrait-on y accorder plus d'importance? (Ex. colère, groupe de soutien...)
10. Avez-vous le support de vos proches pour vous aider dans cette lutte? Comment? Pourquoi? (Ex. faire à manger, parler, faire de l'exercice, arrêter de fumer...)
11. Selon vous, peut-on améliorer les soins chez les personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire? Comment? (Ex. Ressources accessibles autres que sur internet, dans sa langue, à proximité...)
12. Finalement, est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez partager avec nous? (Ex. anecdotes, situations, malaises...)

Conclusion

Nous arrivons à la fin de notre discussion. Est-ce qu'il y a un autre sujet que nous aurions dû aborder?

Avez-vous des questions pour moi?

Merci encore pour votre participation et votre temps.

À bientôt.

Guide pour groupe de discussion 2

Information générale

Bonjour et merci d'avoir accepté l'invitation pour ce deuxième groupe de discussion sur les besoins des personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire souffrant d'hypertension. Mon nom est Myriam Taillon et je suis assisté de _____ pour modérer ce partage d'informations. Si vous êtes ici aujourd'hui, c'est que vous avez aussi accepté de participer au programme éducatif suggéré. Cette rencontre est alors celle prévue à la fin du programme et devrait durer environ une heure ou moins.

Comme vous le savez, cette discussion vous permettra de partager vos opinions, vos préoccupations et vos perceptions face à l'hypertension chez les personnes âgées francophones en milieu minoritaire. Le but ultime de cette étude est de mieux comprendre et explorer les bienfaits d'un programme de prise en charge éducatif auprès de votre population. Nous vous avons ciblé parce que les études ont démontré que les personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire sont une grande priorité de recherche, mais aussi parce que certains semblent rencontrer des problèmes d'accès aux services de soins de santé différemment de vos homologues, les anglophones. De plus, aucune étude de ce genre n'a été faite à ce jour. Vous êtes donc tous des personnes autonomes âgées de 65 ans et plus, francophones, et souffrant d'hypertension.

Avant de commencer, j'aimerais mentionner à nouveau les règles de cette discussion. Premièrement, il n'y a pas de bonne, ni de mauvaise réponse. N'hésitez pas à dire ce que vous pensez, peu importe la nature de votre commentaire. Puisque tout ce que vous dites est important pour nous aider à mieux comprendre vos expériences, nous aimerions enregistrer la discussion. Si cela vous convient, je vais commencer l'enregistrement maintenant. Rassurez-vous, votre nom sera gardé confidentiel dans nos rapports. Aussi, nous aimerions que vous gardiez tout ce qui se dit durant la séance **confidentiel** par respect pour vos collègues. Finalement, vous n'êtes pas obligé de répondre à mes questions et vous pouvez seulement discuter entre vous. Vous pouvez aussi vous retirer de la discussion à tout moment même si on espère votre contribution pour mieux comprendre vos expériences. Je suis là pour explorer certains points et pour vous écouter et m'assurer que chacun ait le temps de s'exprimer. Finalement, je vous invite à s'il vous plait parler fort et une personne à la fois.

Encore une fois, mon nom est Myriam et je vais vous poser des questions pour structurer la discussion. Avez-vous des questions/inquiétudes?

Maintenant, nous allons commencer.

Introduction

Premièrement, nous allons faire un tour de table pour que chacun ait la chance de se présenter. Vous êtes encouragé à utiliser votre nom. Ce serait très bien si chacun pouvait échanger depuis combien de temps il souffre d'hypertension pour se connaître davantage.

1. Très bien. J'aimerais commencer par vous demander vos commentaires généraux face au programme éducatif auquel vous avez participé. Faisons un autre tour de table et dites-moi ce que vous en avez pensé. (Ex. longueur, information donnée, ambiance, organisation...)

2. Intéressant. Plus précisément, quels ont été les points forts du programme que vous avez remarqués?
3. Bien. Maintenant, quels ont été vos points faibles du programme que vous avez observés?
4. Excellent. S'il vous plaît, parlez-moi de votre expérience personnelle et si vos attentes ont été rencontrées. (Ex. anecdotes, déceptions, prise en charge/suivi...)
5. Parfait. Donc quelles seraient les améliorations possibles pour le programme? Qu'est-ce que vous suggèreriez de faire?
6. D'accord. Pensez-vous que les difficultés/défis de tous les jours que vous avez soulevés lors du premier groupe de discussion seront plus faciles à surmonter maintenant? Pourquoi? (Ex. sentiment de contrôle...)
7. Maintenant, savez-vous comment obtenir des ressources propres à vos questionnements et quelles informations supplémentaires (qui n'ont pas été donnés) aimeriez-vous avoir à votre disposition sur l'hypertension? (Ex. médicaments, prévalence, régime concret...)
8. Ensuite, est-ce que selon vous, vous comprenez mieux votre état? Donc, est-ce que vos connaissances se sont améliorées? (Ex. conscientisation à modifier votre style de vie, efficacité...)
9. Ok. À présent, pensez-vous que vous savez comment mieux gérer vos besoins psychologiques (émotions) et sociaux (les gens qui vous entourent) face à votre maladie? Comment allez-vous le faire?
10. Selon vous, un programme de ce type devrait-il est développer spécifiquement aux personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire? (Ex. pour vs contres...)
11. Nous avons bientôt terminé. Qu'avez-vous pensé des questionnaires et des groupes de discussion? (durée, échange, longueur...)
12. Finalement, est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez partager avec nous? (Ex. anecdotes, situations, malaises...)

Conclusion

Nous arrivons à la fin de notre discussion. Est-ce qu'il y a un autre sujet que nous aurions dû aborder?

Avez-vous des questions pour moi?

Merci encore pour votre participation et votre temps et bonne chance dans votre prise en charge.

Si vous voulez de plus amples informations sur les résultats de la recherche, SVP me contacter par courriel au [REDACTED] ou par téléphone au [REDACTED]. Vous avez déjà mes coordonnées sur ma carte professionnelle qui se retrouve dans votre trousse.

Bonne fin de journée.

ANNEXE 8

Formulaire de consentement

Université d'Ottawa
 Faculté des sciences
 de la santé
 École interdisciplinaire
 des sciences de la santé
 University of Ottawa
 Faculty of Health
 Sciences
 Interdisciplinary School
 of Health Sciences

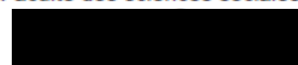
**Formulaire d'information et de consentement**

Titre du projet : Le contrôle de l'hypertension chez des personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire : perceptions et conscientisation via un programme éducatif

Chercheuse principale : Myriam Taillon, M.Sc (c)
 École des sciences interdisciplinaires de la santé,



Superviseur : Dr Sanni Yaya
 Faculté des sciences sociales,



Co-superviseure : Dre Marie-Hélène Chomienne
 Professeure adjointe

**Renseignements généraux :**

Le projet de recherche pour lequel votre participation est demandée sera mené par Myriam Taillon, dans le cadre de sa maîtrise en sciences interdisciplinaires de la santé de l'Université d'Ottawa sous la supervision de Dr Sanni Yaya et Dre Marie-Hélène Chomienne. Ce projet sera en partie financé par le Consortium national de formation en santé – volet Université d'Ottawa.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information et de consentement visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous devez remettre ce formulaire avant le début de la première séance éducative.

☎ 613-562-5800
 📠 613-562-5632

25 Université/University
 Ottawa ON K1N 6N5 Canada

www.uOttawa.ca

Description du projet de recherche :

Le projet présent vise à mieux comprendre et explorer les bienfaits d'un programme de prise en charge éducatif chez des personnes âgées souffrant d'hypertension en milieu francophone minoritaire. Nous collecterons des données sur les perceptions des aînés en matière de saines habitudes de vie et implanterons des ateliers éducatifs afin de sensibiliser les participants sur les facteurs de risque de l'hypertension. Nous sommes d'avis qu'un programme de cette nature donnerait aux personnes francophones âgées en situation minoritaire, mais aussi aux professionnels de la santé, les outils leur permettant d'améliorer la prise en charge de l'hypertension.

Les objectifs principaux de cette recherche sont 1) de recueillir les perceptions des personnes aînées en ce qui concerne les saines habitudes de vie, 2) d'implanter des ateliers éducatifs afin de conscientiser les participants et 3) d'établir une comparaison entre les réponses au questionnaire avant et après le programme éducatif proposé, dans le but de vérifier son rôle par rapport à la prise en charge de l'hypertension artérielle.

Nature, durée et conditions de la participation :

Au début du programme, vous allez être invité à remplir un questionnaire et une feuille de caractéristiques qui pourrait vous prendre environ une heure. Votre participation à un groupe de discussion (environ 60 minutes – durant la fin de semaine) sera aussi encouragée.

Ce projet de recherche impliquera 12 sessions éducatives d'environ 45 minutes, chacune à toutes les semaines pendant 3 mois. Elles auront lieu durant les jours de la semaine à la résidence où vous demeurez. Lors de ces séances, des ateliers interactifs sur la santé liée à l'hypertension artérielle vous seront présentés. De la documentation sera aussi disponible et remise aux participants.

À la fin du programme, vous allez être invité à remplir à nouveau le questionnaire et de participer à un dernier groupe de discussion.

Chaque participant devra assister à un minimum de 75% des ateliers afin de maximiser le changement. De plus, le questionnaire et les caractéristiques doivent être remplis pour chacun et tous doivent participer aux deux groupes de discussion pour que les données soient considérées dans l'analyse.

SVP notez que les groupes de discussion seulement seront enregistrés à des fins d'analyse.

Critères d'inclusions :

Pour participer à cette étude, vous devez être âgé de 65 ans et plus, souffrir d'hypertension et avoir le français comme langue de préférence pour vous exprimer.

Critères d'exclusions :

Pour participer à cette étude, vous ne devez pas être atteint d'un déficit cognitif ou de signes de démence (ce qui pourrait fausser la réalité et influencer les conclusions face au programme éducatif). De plus, l'incapacité à la lecture et à l'écriture (incapacité à répondre au questionnaire) ne vous permettra pas de participer à ce projet de recherche.

Risques et inconvénients :

Un des risques principaux du participant au projet est qu'il puisse ressentir de la fatigue étant donné les nombreux ateliers éducatifs et les groupes de discussion. De plus, certaines questions pourraient perturber au niveau psychologique puisque les participants seront invités à changer certaines mauvaises habitudes de vie. La divulgation d'informations personnelles pourrait aussi créer un malaise, dans le sens où certains participants peuvent être susceptibles de se remémorer des expériences difficiles liées à leur hypertension. Sur ce, une liste de ressources communautaires est disponible pour vous (ci-joint avec le formulaire de consentement).

Une bénévole étudiante au baccalauréat en sciences de la santé sera présente lors des groupes de discussion pour aider dans les rares cas où un problème (par exemple un malaise émotionnel) surviendrait. La Dre Chomienne, médecin de famille pourra être rejointe en tout temps sur sa page de [REDACTED] pour évaluer la situation.

Il est très important se rappeler que le tout se fait sur une base volontaire et que les informations sont gardées confidentielles. Vous pouvez vous retirer à tout moment, sans aucune conséquence à votre égard ou quelconque pénalité.

Avantages et bénéfices :

Les participants auront l'occasion d'être exposés à des outils leur permettant de mieux se connaître, de posséder beaucoup plus de connaissances sur l'hypertension et d'avoir aussi accès à multiples informations et ressources pour gérer leur condition.

Au niveau de la société, cette recherche permettrait de développer des outils efficaces et disponibles en français afin de combler les besoins de cette population souvent négligée. De plus, ce projet permettra d'améliorer les connaissances sur les personnes âgées francophones en situation linguistique minoritaire. Finalement, les services de santé en français seront informés des résultats, ce qui pourrait aussi promouvoir l'importance de la recherche dans ce domaine.

Diffusion des résultats :

Avant tout, ce projet est une thèse de maîtrise. De plus, nous prévoyons rédiger des articles scientifiques dans le domaine de la santé dans des revues scientifiques internationales. Les participants ne seront pas cités.

Nous vous présenterons les résultats de cette recherche en fin de projet.

Compensation :

Chaque participant qui s'engagera dans cette étude recevra une carte VISA prépayée de 25\$ pour l'investissement de leur temps.

Protection de la confidentialité :

Chaque participant a l'assurance du chercheur que l'information qui sera discutée est strictement confidentielle. Par contre, puisque les participants prendront part à des groupes de discussions, le chercheur ne peut pas garantir la confidentialité pour les autres. En signant ce formulaire, le participant s'engage à respecter la confidentialité des informations partagées par les autres membres du groupe.

D'un autre côté, les données recueillies au cours de cette étude sont confidentielles et ne pourront pas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée en remplaçant vos informations personnelles par un code numérique sur les formulaires et le questionnaire ou par un pseudonyme dans la transcription des groupes de discussion. Tel que mentionné ci-haut, les résultats de la recherche seront diffusés par l'entremise d'articles scientifiques et de communications dans des congrès scientifiques et professionnels. Les résultats seront présentés sous forme de moyennes et ne permettront pas d'identifier les participants. Les données recueillies sur papier seront conservées sous clé dans un classeur ou un coffre-fort prévu à cette fin dans le bureau de la chercheuse principale ainsi que de Dr Yaya. Les fichiers électroniques seront conservés par Myriam Taillon et Dr Yaya également, et un mot de passe sera nécessaire pour l'accès. Les seules personnes qui y auront accès seront les chercheurs de l'équipe à des fins d'analyses concernant le projet décrit dans ce formulaire. Les données seront détruites à l'intérieur d'une période de 10 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Droit de retrait :

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. De plus, vous avez l'option de retirer toutes vos données qui avaient été collectées et tout sera détruit à votre demande, sauf pour l'enregistrement des groupes de discussion. Vous avez simplement à aviser la personne-ressource de l'équipe de recherche, et ce, par simple avis verbal.

Personnes ressources :

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Myriam Taillon (chercheuse principale). Vous pouvez aussi contacter Dr Sanni Yaya ou Dre Marie-Hélène Chomienne.

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 154, (613) 562-5387 ou ethics@uottawa.ca.

Consentement :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans aucun préjudice. Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Prénom et nom du chercheur

Signature du chercheur
Date :

Prénom et nom du participant

Signature du participant
Date :

Liste de ressources communautaires

(Modifié à partir du répertoire produit par l'ACFO de Prescott et Russell en 2011)

CAREFOR, SERVICES ET SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Organisme fournissant des services de soutien communautaire et des soins à domicile novateurs, exhaustifs, appropriés et de grande qualité aux résidents de la région de Champlain. Les services incluent le soin des pieds en clinique ou à domicile, la clinique Santé communautaire, le bénévolat en soins palliatifs, le répit à domicile par des auxiliaires diplômées, le programme d'exercices pour personnes âgées.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Aînés, tous les âges selon le programme

Site Internet : www.carefor.ca

Courriel de l'organisme : glalonde@carefor.ca

Personne-ressource principale : Ghislaine Lalonde, infirmière-coordonnatrice en cliniques soins de pieds – Soins palliatifs

Personne-ressource suppléante : Penny Decoste, coordonnatrice du Programme d'exercices Smart et du Programme de répit

1, rue Principale Est, suite 530, Hawkesbury (Ontario) K6A 1A1

Tél. : 613 632-0418

Téléc. : 613 632-4712

FÉDÉRATION DES AÎNÉS ET RETRAITÉS FRANCOPHONES DE L'ONTARIO (FAFO), RÉGION DE L'EST

Organisme promouvant les intérêts de tous les aînés et retraités francophones de l'Ontario et visant à améliorer leur qualité de vie en les regroupant comme individus, comme membres de clubs, de groupes et d'associations; en offrant des services, des programmes, des activités et des avantages personnels qui répondent aux intérêts et aux besoins de toutes les catégories de membres; en amenant ses membres à contribuer au bien-être de leur communauté; en représentant les aînés et les retraités francophones de l'Ontario auprès des instances gouvernementales et autres; et en promouvant l'épanouissement de la culture francophone auprès de ses membres.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Francophones et francophiles de 55 ans et plus

Site Internet : www.franco.ca/fafo

Courriel de l'organisme : countryrosye@yahoo.com

Personne-ressource principale : Francine Gougeon, présidente

C.P. 453, Limoges (Ontario) K0A 2M0

Tél. : 613 443-3476

BUREAU DE SANTÉ DE L'EST DE L'ONTARIO (BSEO) - HAWKESBURY

Bureau offrant une vaste gamme de services tels que des cliniques d'immunisation, centre de jeunes adultes, orthophonie (âge préscolaire), analyse de l'eau de puits résidentiels, ligne Appel santé, prévention des maladies chroniques et infectieuses, inspection de la nourriture et présence de PARENTING.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Varie selon les programmes

Site Internet : www.bseo.ca

Courriel de l'organisme : info@eohu.ca

Personne-ressource principale : Louise Simmons, superviseure

134, rue Main Est, bureau 301, Hawkesbury (Ontario) K6A 1A3

Tél. : 613 632-4355 ou 800 565-2314

Téléc. : 613 632-4171

BUREAU DE SANTÉ DE L'EST DE L'ONTARIO (BSEO) - ROCKLAND

Bureau offrant une vaste gamme de services tels que des cliniques d'immunisation, centre de jeunes adultes, orthophonie (âge préscolaire), analyse de l'eau de puits résidentiels, ligne Appel santé, prévention des maladies chroniques et infectieuses, inspection de la nourriture et présence de PARENTING.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Varie selon les programmes

Site Internet : www.bseo.ca

Courriel de l'organisme : info@eohu.ca

Personne-ressource principale : Nicole Laplante, superviseure

2229, rue Laurier, bureau 200, Rockland (Ontario) K4K 0B7

Tél. : 613 446-1400

Téléc. : 613 446-1454

CENTRE D'ACCÈS AUX SOINS COMMUNAUTAIRES DE CHAMPLAIN - HAWKESBURY

Centre coordonnant les services à domicile tels que les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie et le soutien personnel pour les personnes qui se remettent d'une maladie ou d'un accident et offrant des services aux enfants handicapés dans les écoles.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Tous les âges

Site Internet : www.ccac-ont.ca

Courriel de l'organisme : information@champlain.ccac-ont.ca

Personne-ressource principale : Sylvie Juneau, planificatrice de communication

119, rue Principale Est, bureau 101, Hawkesbury (Ontario) K6A 1A1

Tél. : 613 632-4861 ou 800 267-6955

CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ MENTALE DE PRESCOTT ET RUSSELL - BUREAU PRINCIPAL

Équipes cliniques oeuvrant dans les différents secteurs du programme et comprenant des spécialistes dans les domaines de la psychiatrie, des soins infirmiers, du travail social, de la psychologie, de l'ergothérapie, de la récréologie, de l'intervention communautaire et du soutien aux pairs. Une approche multidisciplinaire optimise la qualité des services offerts.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Personne ou proche atteint d'un problème de santé mentale

Site Internet : www.hopitalmontfort.com

Courriel de l'organisme : communications@montfort.on.ca

Personne-ressource principale : Pascale Lavigne, chef d'équipe

2741, rue Chamberland, bureau 206, Rockland (Ontario) K4K 0B4

Tél. : 613 446-5139

Téléc. : 613 446-5256

CENTRE MÉDICAL DE HAWKESBURY

Médecine familiale

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Tous les âges

1062, rue Ghislain, suite 307, Hawkesbury (Ontario) K6A 3B2

Tél. : 613 632-0118

CENTRE MÉDICAL DE HAWKESBURY*Médecine familiale*

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Tous les âges

151, rue Main Est, Hawkesbury (Ontario) K6A 1A1

Tél. : 613 632-0151

CENTRE MÉDICAL DE ROCKLAND*Médecine familiale*

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Tous les âges

247, rue Laurier, Rockland (Ontario) K4K 1K2

Tél. : 613 446-5052

CLINIC SOURCE UNIQUE HAWKESBURY*Médecine familiale*

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Tous les âges

219, rue Main Est, Hawkesbury (Ontario) K6A 1A1

Tél. : 613 632-4185

ÉQUIPE COMMUNAUTAIRE DE TRAITEMENT INTENSIF (ECTI) DE PRESCOTT ET RUSSELL*Équipes cliniques oeuvrant dans les différents secteurs du programme et qui comptent des spécialistes dans les domaines de la psychiatrie, des soins infirmiers, du travail social, de la psychologie, de l'ergothérapie, de la récréologie, de l'intervention communautaire et du soutien aux pairs. Une approche multidisciplinaire optimise la qualité des services offerts en encourageant la collaboration et le partage de l'information clinique.*

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Tous les âges

Site Internet : www.hopitalmontfort.com/ecti-prescott-russell.cfm

Personne-ressource principale : Jacynthe Loïselle, gestionnaire

Personne-ressource suppléante : Diane Lavallée, directrice des programmes

710, rue Principale, Casselman (Ontario) K0A 1M0

Tél. : 613 764-5464 ou 866 742-8371

Téléc. : 613 764-5299

ÉQUIPE DE SANTÉ FAMILIALE DE CLARENCE-ROCKLAND*Équipe multidisciplinaire formée d'un groupe de 11 médecins de famille et autres fournisseurs de soins de santé offrant des soins de santé primaires complets et certains services de soins d'urgence aux résidents de la région.*

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Tous les âges

Site Internet : www.crfnt.ca/equipe/medecins_f.php

2741, rue Chamberland, Rockland (Ontario) K4K 0B4

Tél. : 613 446-7677

Téléc. : 613 446-5737

FONDATION DES MALADIES DU COEUR DE L'ONTARIO

Fondation luttant vers l'élimination des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Tous les âges

Site Internet : www.fmcocoeur.on.ca

Courriel de l'organisme : crowe@hsf.on.ca

Personne-ressource principale : Cindy Rowe, gestionnaire

36, 2e rue Est, Cornwall (Ontario) K6H 1Y3

Tél. : 613 938-8933

Télééc. : 613 938-0655

HÔPITAL GÉNÉRAL DE HAWKESBURY ET DISTRICT

Hôpital offrant des services actifs pour les patients hospitalisés et les personnes en consultation externe.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Tous les âges

Site Internet : www.hawkesburyhospital.com

Courriel de l'organisme : info@hgh.ca

1111, rue Ghislain, Hawkesbury (Ontario) K6A 3G5

Tél. : 613 632-1111, poste 447

Télééc. : 613 636-6183

LIGNE DE CRISE EN SANTÉ MENTALE - PRESCOTT ET RUSSELL

Ligne téléphonique desservant les personnes de 16 ans et plus habitant dans la région de Champlain. L'équipe mobile de crise se compose d'une variété d'intervenants pouvant comprendre des conseillers en intervention de crise, des infirmières autorisées et des travailleurs sociaux.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : 16 ans et plus

Site Internet : www.crisisline.ca/francais

Courriel de l'organisme : info@crisisline.ca

Personne-ressource principale : Célestin Abedi, gestionnaire

Tél. : 866 520-8172 ou 613 632-8454

RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS DE L'EST ONTARIEN (RSSFEO)

Réseau assurant à notre communauté l'accès en français à toute la gamme de soins et de services de santé de qualité offerts dans l'Est ontarien.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Tous les âges

Site Internet : www.rssf.on.ca

Courriel de l'organisme : reseau@rssf.on.ca

Personne-ressource principale : Jacinthe Desaulniers, directrice générale

Personne-ressource suppléante : Nathalie Béland, coordonnatrice des communications

1173, chemin Cyrville, bureau 300, Ottawa (Ontario) K1J 7S6

Tél. : 877 528-7565 ou 613 747-7431

Télééc. : 613 747-2907

SERVICE DE CRISE EN SANTÉ MENTALE DE PRESCOTT ET RUSSELL

Équipes cliniques oeuvrant dans les différents secteurs du programme et qui comptent des spécialistes dans les domaines de la psychiatrie, des soins infirmiers, du travail social, de la psychologie, de l'ergothérapie, de la récréologie, de l'intervention communautaire et du soutien aux pairs. Une approche multidisciplinaire optimise la qualité des services offerts en encourageant la collaboration et le partage de l'information clinique.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Familles, enfants et adolescents

Site Internet : www.hopitalmontfort.com/service-de-crise-en-sante-mentale-de-prescott-russell.cfm

Courriel de l'organisme : nmartineau@montfort.on.ca

Personne-ressource principale : Célestin Abedi, gestionnaire

Personne-ressource suppléante : Nicole Martineau

Tél. : 613 632-9005

Télé. : 613 632-7871

SERVICE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE DE PRESCOTT ET RUSSELL

Équipes cliniques oeuvrant dans les différents secteurs du programme et qui comptent des spécialistes dans les domaines de la psychiatrie, des soins infirmiers, du travail social, de la psychologie, de l'ergothérapie, de la récréologie, de l'intervention communautaire, et du soutien aux pairs. Une approche multidisciplinaire optimise la qualité des services offerts.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : Personnes de 65 ans et plus référées par un médecin

Site Internet : www.hopitalmontfort.com/service-de-gerontopsychiatrie-de-prescott-russell.cfm

Courriel de l'organisme : montfort@montfort.on.ca

480, rue McGill, Hawkesbury (Ontario) K6A 1R2

Tél. : 613 632-7763

Télé. : 613 632-0472

ASSOCIATION CANADIENNE-FRANÇAISE DE L'ONTARIO DE PRESCOTT ET RUSSELL (ACFO PR)

Organisme à but non lucratif veillant à la promotion et à l'épanouissement de la communauté francophone de la région. Elle travaille à l'amélioration des services aux francophones, à la sensibilisation auprès des commerces de la région à servir la clientèle francophone dans sa langue maternelle, de promouvoir la fierté francophone et l'appartenance francophone chez les jeunes, d'être la porte d'entrée au niveau de l'information pour les nouveaux arrivants, de développer de nouveaux projets pour empêcher l'exode de nos jeunes vers les grandes villes, etc.

Régions desservies : Prescott et Russell

Clientèle ciblée : 16 ans et plus

Site Internet : www.acfopr.com

Courriel de l'organisme : bureau@acfopr.com

Personne-ressource principale : Nathalie Ladouceur, présidente

Personne-ressource suppléante : Nicole Charbonneau, adjointe administrative

31, rue St-Paul, C.P. 43, Alfred (Ontario) K0B 1A0

Tél. : 613 679-2218, poste 325

Télé. : 613 679-1324

SERVICE COMMUNAUTAIRE DE PRESCOTT ET RUSSELL (SCPR) - PRESCOTT EST

Les services gratuits comprennent les services de sécurité téléphonique quotidien, le service bénévole visant à offrir une présence personnelle ou téléphonique et les services d'intervention et d'assistance pour les personnes âgées. Les services rémunérés sont l'accompagnement transport, la clinique de soins des pieds, les dîners communautaires, l'entretien ménager, la popote roulante, les programmes de jours pour les personnes âgées, le soutien aux aidants (relève et courtage) et le système d'assistance personnelle.

Régions desservies : Hawkesbury, L'Orignal, Chute-à-Blondeau, Vankleek Hill, Saint- Eugène et Sainte-Anne-de-Prescott

Clientèle ciblée : Tous les âges

Site Internet : www.servcompr.com/

Courriel de l'organisme : servcomm@hawk.igs.net

Personne-ressource principale : Isabelle Lalonde

Personne-ressource suppléante : Mélanie Cloutier

250, rue Main Est, bureau 214, Hawkesbury (Ontario) K6A 1A5

Tél. : 613 632-0939 ou 800 267-0853

Télec. : 613 632-7581

SERVICE COMMUNAUTAIRE DE PRESCOTT ET RUSSELL (SCPR) - RUSSELL NORD

Les services gratuits comprennent les services de sécurité téléphonique quotidien, le service bénévole visant à offrir une présence personnelle ou téléphonique et les services d'intervention et d'assistance pour les personnes âgées. Les services rémunérés sont l'accompagnement transport, la clinique de soins des pieds, les dîners communautaires, l'entretien ménager, la popote roulante, les programmes de jours pour les personnes âgées, le soutien aux aidants (relève et courtage) et le système d'assistance personnelle.

Régions desservies : Rockland, Clarence Creek, Wendover, Saint-Pascal-Baylon, Hammond, Bourget et Curran

Clientèle ciblée : Tous les âges

Site Internet : www.servcompr.com/

Personne-ressource principale : Mariette Lapensée

Tél. : 613 488-3203

ANNEXE 9

Approbation éthique

Numéro de dossier: H05-15-05

Date (mm/jj/aaaa): 08/25/2015



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
 Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation déontologique
CÉR Sciences et science de la santé

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

| <u>Prénom</u> | <u>Nom de famille</u> | <u>Affiliation</u> | <u>Rôle</u> |
|---------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------|
| Sanni | Yaya | Sciences de la santé / Autres | Superviseur |
| Marie-Hélène | Chomienne | Médecine / Médecine | Co-Superviseur |
| Myriam | Taillon | Sciences de la santé / Autres | Étudiant-chercheur |

Numéro du dossier: H05-15-05

Type du projet: Thèse de maîtrise

Titre: Le contrôle de l'hypertension chez des personnes âgées autonomes en milieu francophone minoritaire: perception et conscientisation via un programme éducatif

| <u>Date d'approbation (mm/jj/aaaa)</u> | <u>Date d'expiration (mm/jj/aaaa)</u> | <u>Approbation</u> |
|--|---------------------------------------|--------------------|
| 08/25/2015 | 08/24/2016 | Ia |

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A

Numéro de dossier: H05-15-05

Date (mm/jj/aaaa): 08/25/2015



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
 Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation éthique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Veillez soumettre un rapport annuel au Bureau d'éthique quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de renouveler de l'approbation éthique. Afin de fermer le dossier, un rapport final doit être soumis. Ces documents sont disponibles en ligne au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le Bureau d'éthique en composant le poste 5387 ou par écrit à: ethique@uOttawa.ca.

Signature:

Germain Zongo
 Responsable d'éthique en recherche
 Pour Daniel Lagarec, Président du CER en Sciences de la santé et sciences