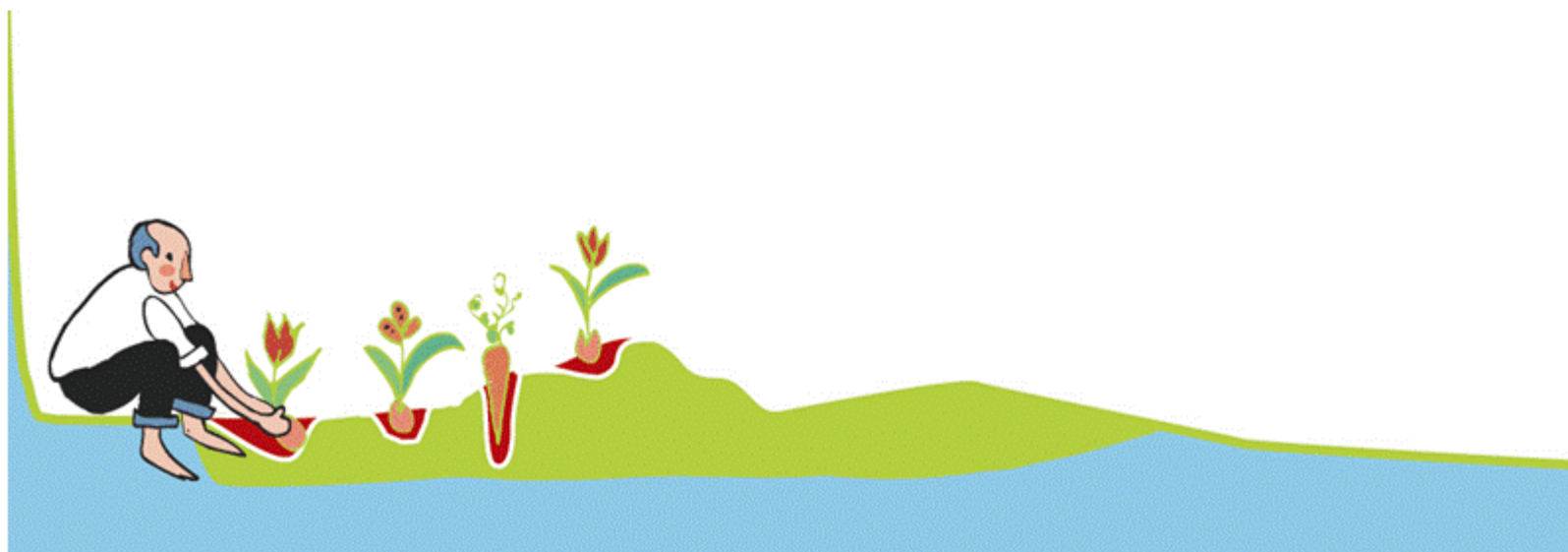



**ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES RETOMBÉES
D'UNE FORMATION MULTISTRATÉGIQUE DESTINÉE
AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ EN VUE
DE FAVORISER L'APPROPRIATION
DES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES**

Pascale Morin
Jean-François Desbiens



Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke



**Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke**

**Évaluation de l'implantation et des retombées d'une formation
multistratégique destinée aux professionnels de la santé en vue de
favoriser l'appropriation des pratiques cliniques préventives**

Pascale Morin
Jean-François Desbiens

Ce projet a été réalisé grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie dans le cadre du *Programme de subventions en santé publique*

Juin 2009

Partenaires du milieu de la recherche

Pascale Morin, DCAA, CSSS-IUGS
Jean-François Desbiens, Faculté d'éducation physique et sportive, Université de Sherbrooke
Marianne Xhignesse, Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke
Denise Donovan, Département de santé communautaire, Université de Sherbrooke

Collaborateurs

Chantal Dupont, CSSS-IUGS
Sylvie Hinse, CSSS-IUGS
Mario Morand, CSSS des Sources
Serge Poulin, CSSS des Sources
Denise Beauséjour, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Louise Soulière, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Professionnelle de recherche

Anne-Marie Lalonde, DCAA, CSSS-IUGS

Mise en pages Nancy Hamel, technicienne en administration, DCAA, CSSS-IUGS
Révision linguistique Hélène Thibault, technicienne en documentation, DCAA, CSSS-IUGS
Nancy Hamel, technicienne en administration, DCAA, CSSS-IUGS

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Le CSSS-IUGS est un centre affilié universitaire (CAU) du secteur social et un institut universitaire de gériatrie (secteur santé)

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante :

Guichet de la DCAA

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Direction de la coordination et des affaires académiques
500, rue Murray, bureau 100
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
819 562-9121, poste 47200
sgrimard.csss-iugs@sss.gouv.qc.ca

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

ISBN-13 : 978-2-922997-77-4 (Version PDF)

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2009

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives du Canada 2009

© 2009 Pascale Morin, Direction de la coordination et des affaires académiques, CSSS-IUGS
Il est illégal de reproduire une partie quelconque de ce document sans l'autorisation de l'auteur. La reproduction de cette publication, par quelque procédé que ce soit, sera considérée comme une violation du droit d'auteur.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----|
| LISTE DES TABLEAUX..... | III |
| 1. INTRODUCTION | 1 |
| 2. CONTEXTE | 1 |
| 2.1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE | 2 |
| 3. APPROCHE ET MÉTHODE | 3 |
| 3.1 POPULATION À L'ÉTUDE ET ÉCHANTILLON | 4 |
| 3.1.1 Méthodes de recrutement..... | 4 |
| 3.2 APPROCHE PAR INTERVENTIONS MULTIPLES..... | 5 |
| 3.3 MÉTHODE DE COLLECTE, TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES | 8 |
| 3.3.1 Analyses qualitatives..... | 9 |
| 3.3.2 Analyses quantitatives..... | 9 |
| 3.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES | 9 |
| 4. RÉSULTATS | 10 |
| 4.1 PERCEPTIONS DES GESTIONNAIRES AU REGARD DES PCP (OBJECTIF # 1) | 11 |
| 4.2 INTERVENTIONS CHOISIES (OBJECTIF # 2) | 13 |
| 4.3 ÉVALUATION DES MODIFICATIONS DANS LES PERCEPTIONS ET LES HABITUDES DE VIE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ SUITE À L'APPROCHE À INTERVENTIONS MULTIPLES (OBJECTIF # 3) | 14 |
| 4.3.1 Résultats de la première administration du questionnaire au regard des différentes catégories de variables à l'étude..... | 14 |
| 4.3.2 Les comparaisons entre la première et la seconde administration du questionnaire..... | 16 |
| 4.3.3 Focus groups..... | 19 |
| 4.3.3.1 Focus group sur la transposition des saines habitudes de vie, vécues sur le plan personnel puis dans les pratiques professionnelles..... | 19 |
| 4.3.3.2 Focus group sur les moyens favorisant la transposition des saines habitudes de vie à l'ensemble de l'établissement..... | 22 |
| 4.3.3.3 Focus group sur les moyens favorisant la transposition des saines habitudes de vie à l'approche populationnelle..... | 23 |
| 5. DISCUSSION..... | 26 |
| 6. CONCLUSION..... | 29 |
| 7. RÉFÉRENCES | 31 |
| ANNEXE 1 - FICHE DE RECRUTEMENT..... | 33 |
| ANNEXE 2 - THÈME DES FOCUS GROUPS..... | 41 |
| ANNEXE 3 - ÉCHÉANCIER ET TEMPS REQUIS PAR LES PARTICIPANTS | 53 |
| ANNEXE 4 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ | 57 |
| ANNEXE 5 - APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES CSSS DE L'ESTRIE..... | 65 |

LISTE DES TABLEAUX

| | | |
|------------|---|----|
| Tableau 1. | Déroulement chronologique de la recherche | 8 |
| Tableau 2. | Interventions et outils élaborés dans le cadre de la recherche | 13 |
| Tableau 3. | Comparaison des perceptions du degré de confort entre le début et la fin de l'étude concernant les pratiques cliniques préventives touchant l'activité physique et l'alimentation | 17 |
| Tableau 4. | Comparaison des perceptions du degré de confort à appuyer un client dans ses changements de comportements | 18 |
| Tableau 5. | Fréquence des épisodes de counselling en matière de tabagisme, d'activité physique et d'alimentation | 19 |

Résumé

Les professionnels de la santé savent qu'une grande partie des maladies chroniques peuvent être prévenues ou retardées par l'adoption de saines habitudes de vie comme la pratique régulière d'activité physique, la saine alimentation et l'arrêt tabagique. Cependant, rares sont ceux qui intègrent les pratiques cliniques préventives (PCP) de manière efficace dans leur pratique professionnelle. Cette recherche visait à utiliser l'apprentissage expérientiel comme pierre angulaire d'une approche à interventions multiples afin d'augmenter le recours des professionnels aux PCP. La recherche s'est tenue au CSSS-IUG de Sherbrooke et au CSSS des Sources. Les données qualitatives ont été recueillies au cours de 4 entrevues auprès de gestionnaires et de 3 focus groups menés auprès des professionnels. Des questionnaires autoadministrés ont été remplis par 27 professionnels de la santé, avant et après l'approche à interventions multiples. Les résultats préliminaires annoncent des modifications dans les perceptions et les comportements personnels qui se traduisent par des changements dans la pratique professionnelle. Les retombées sont de plusieurs ordres. Tout d'abord, le projet favorise le recours convivial et concerté des professionnels de la santé aux PCP auprès de leur clientèle, en lien avec la promotion de saines habitudes de vie. En second lieu, il a été constaté que les apprentissages expérientiels entraînent des modifications dans les habitudes de vie des professionnels eux-mêmes.

1. Introduction

Au Québec, les maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, l'obésité et le diabète sont responsables de près de 75 % des décès (Lachance et Colgan, 2004). Une grande partie des maladies chroniques peuvent être **prévenues** ou retardées par l'adoption de saines habitudes de vie telles que la pratique régulière d'activité physique, la saine alimentation et l'arrêt tabagique. De fait, on estime que les saines habitudes de vie pourraient réduire jusqu'à 80 % le risque relatif de subir un événement cardiaque (Yusuf et al., 2004).

La Commission Clair en interventions préventives auprès des adultes recommande que la prévention constitue l'élément central d'une politique québécoise de la santé et du bien-être. Pour appuyer cette recommandation, elle propose : « *un programme intégré de prévention des principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, maladies de l'appareil respiratoire, diabète), incluant le développement d'habitudes de vie saines* » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Le *Programme national de santé publique 2003-2012* soutient la promotion des pratiques cliniques préventives (PCP) et d'« activités relatives à la promotion de la santé et à la prévention en milieu de travail concernant les habitudes de vie et les maladies chroniques » (MSSS, 2003). En Estrie, où les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité avec près de 36 % des décès, le *Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007* énonce clairement trois objectifs, soit (Dorval et al., 2003, page 36) :

- réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes (page 143);
- augmenter à 8 % la proportion de personnes qui consomme au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour (page 157);
- augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans et plus qui atteint le niveau recommandé d'activité physique (page 163).

2. Contexte

Malgré l'intérêt et la valeur accordée au regard des PCP, peu de professionnels de la santé les intègrent de manière efficace dans leur pratique. Leur perception de l'inefficacité des actions de promotion ou de prévention auprès de la clientèle, telles que le manque de temps durant la consultation, la non-observance des patients face aux conseils, la perception que la promotion ou la prévention ne fait pas partie du rôle du professionnel, l'absence de consensus dans les guides de pratiques, l'absence d'incitatif financier ou l'insuffisance des sommes remboursées (pour les médecins payés à l'acte) et un environnement de pratique qui ne se prête pas à l'intégration de telles activités (absence de systèmes de rappel et de matériel de consultation, peu de soutien de la part du personnel ou des consultants) peuvent constituer des contraintes importantes qui sont documentées dans la littérature (McClaran et al., 2001; INSPQ, 2001; Haynes et Haines, 1998; Morin et al., 2007).

Il existe différentes stratégies d'intervention pour modifier les pratiques. Selon Wyszewlanski et *al.* (2000), les stratégies de changement de pratique appartiennent à deux catégories : celles axées sur les connaissances et celles axées sur les comportements (INSPQ, 2001). Ainsi, les activités mises en place dans le projet de recherche sont de nature éducative ou en soutien à la pratique. Les stratégies éducatives sont reliées au concept du changement de comportement exclusivement puisqu'il est considéré que les professionnels de la santé ont déjà reçu l'information pertinente au regard des maladies chroniques et des pratiques cliniques préventives. Le projet utilise plutôt une stratégie expérientielle afin de mieux documenter le comportement et de pouvoir transférer les notions retirées de ce comportement dans la pratique professionnelle (Soulière et Ratté, 2003).

Pour bonifier la pratique clinique, il est donc important d'identifier les obstacles présents dans chaque milieu et de trouver des moyens de les contourner. Il faut également tenir compte des conditions organisationnelles dans lesquelles évoluent les cliniciens et faire en sorte que les changements proposés puissent s'y intégrer concrètement (INSPQ, 2001). On entend par conditions organisationnelles toute initiative qui vient améliorer l'environnement de pratique, soit ce qui touche à l'organisation des soins, à l'organisation physique des lieux de pratique, à la promotion du travail d'équipe, à la coordination entre les services en vue de permettre l'intégration de la promotion des PCP à la pratique, au travail interdisciplinaire, à la référence aux ressources de la communauté ainsi qu'aux opportunités offertes pour pratiquer de saines habitudes de vie (pensons aux aliments offerts dans les machines distributrices, à l'allongement de l'heure de dîner pour permettre de faire de l'activité physique durant cette période, etc.).

2.1 Objectifs de l'étude

Dans le but de favoriser le recours aux PCP dans la prévention des maladies chroniques par les professionnels de la santé, la présente recherche se propose d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer une approche visant l'intégration quotidienne d'une saine habitude de vie. Cette approche, constituée de **multiples interventions**, est basée sur un processus d'apprentissage expérientiel, c'est-à-dire que les participants vivent, explorent, documentent et transposent l'adoption d'une saine habitude de vie (pratique de 30 minutes d'activité physique ou consommation de 5 fruits et légumes par jour) (Argyris et Schön; 1974, Kolb, 1984).

- Objectif 1.** Explorer les perceptions qu'ont les professionnels de la santé et les gestionnaires quant aux facteurs facilitant, prédisposant et renforçant le recours aux PCP en lien avec les habitudes de vie. Mentionnons, par exemple, les connaissances, la motivation, le soutien des pairs, les obstacles liés à la clientèle, les besoins, le sentiment d'efficacité, les ressources communautaires, l'organisation des services.
- Objectif 2.** Identifier et implanter les interventions choisies et leurs conditions de réalisation (modalités, lieu, fréquence, taux de participation, objectifs, implication des partenaires) pour chaque CSSS.
- Objectif 3.** Évaluer les modifications dans les perceptions et les habitudes de vie des professionnels de la santé en réponse à l'approche à interventions multiples.

Objectif 4. Comparer la fréquence du recours aux PCP concernant le counselling sur les habitudes de vie, par les professionnels, avant et après l'approche à interventions multiples, par le biais de statistiques I-CLSC.

3. Approche et méthode

Une démarche de **recherche-action** a permis de favoriser l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de l'approche à interventions multiples auprès des professionnels de la santé. La recherche-action est une approche de recherche à caractère social, associée à une intervention sur le terrain et qui évolue dans un contexte dynamique. Elle part des besoins sociaux réels, est menée en milieu naturel, met à contribution tous les participants concernés à tous les niveaux et s'ajuste tout au long du processus aux contraintes et aux possibilités du terrain (Lavoie et al., 2003). Par exemple, une première rencontre avec les gestionnaires et les intervenants des deux CSSS participants nous a permis de constater que les contextes environnementaux (CSSS en milieu rural ou urbain) et les conditions organisationnelles (GMF, affiliation universitaire) diffèrent grandement, ce qui engendre des différences dans les modalités de travail.

Cette première rencontre a mis en lumière la nécessité de décrire chaque milieu de travail en invitant les gestionnaires des deux établissements participants à une entrevue individuelle semi-dirigée (objectif # 1). L'objectif des entrevues était de dresser un portrait des enjeux de chaque CSSS (mission et valeurs, engagement des divers acteurs, liens avec les partenaires sectoriels) en lien avec le recours aux pratiques cliniques préventives. Les thèmes abordés lors des entrevues furent les suivants :

- obstacles à l'intégration des PCP dans la pratique professionnelle;
- facteurs facilitant l'intégration des PCP aux pratiques professionnelles;
- facteurs pouvant inciter les professionnels et les intervenants à recourir davantage aux PCP;
- comment l'établissement pourrait favoriser l'adoption ou le maintien de saines habitudes de vie pour ses employés;
- comment l'établissement pourrait favoriser l'adoption ou le maintien de saines habitudes de vie pour sa clientèle.

Pour préserver le caractère inhérent à la recherche-action, il a été convenu que les gestionnaires libéraient les professionnels pour les interventions de l'équipe de recherche et la collecte de données. Le vécu expérientiel (adoption d'une nouvelle habitude de vie) se faisait à l'extérieur du temps de travail.

De plus, un comité de gestion de la recherche, formé des chercheurs, des collaborateurs et de la professionnelle de recherche a été formé. Quatre rencontres, au tout début du projet, ont permis de déterminer les variables et de valider le contenu des questionnaires. À mi-parcours (décembre 2007), un mémo a été acheminé afin de tenir l'ensemble des partenaires informés du déroulement du projet. De janvier à mars 2008, des rencontres bimensuelles se sont tenues entre les chercheurs principaux pour élaborer le plan d'analyse, interpréter des résultats d'analyses et procéder à l'écriture des communications scientifiques.

Un devis **quasi expérimental** semblait le meilleur choix pour cette étude menée dans le milieu de travail. Ainsi, tous les professionnels intéressés à participer et correspondant aux critères d'admissibilité étaient acceptés. Ces critères sont mentionnés à la section 2.1.

Deux méthodes de collecte de données ont été utilisées afin de mieux circonscrire les habitudes de vie des participants et leur transposition dans la vie professionnelle.

- L'ensemble des données recueillies a été considéré de façon transversale afin d'évaluer globalement **l'implantation et les retombées** de l'approche à interventions multiples sur la vie professionnelle (dans l'établissement ou les établissements) en utilisant des entrevues individuelles semi-dirigées et la méthode de focus groups.
- Pour évaluer **l'impact** de l'approche à interventions multiples sur les habitudes de vie, un devis de type avant-après l'approche à interventions multiples a été utilisé et les données ont été recueillies grâce à un questionnaire autoadministré :
 - temps 0 : avant l'implantation du programme, soit en mars 2007;
 - temps 1 : à la fin de l'implantation, c'est-à-dire en décembre 2007.

3.1 Population à l'étude et échantillon

La recherche a eu lieu dans deux CSSS de la région de l'Estrie, soit le CSSS-IUG de Sherbrooke et le CSSS des Sources. La recherche s'adressait à tous les professionnels de la santé offrant des consultations individuelles impliquant les PCP en lien avec les maladies chroniques ou en lien avec la modification de comportements. Pour participer à la recherche, les professionnels devaient parler et lire le français et être à l'emploi du CSSS depuis plus de six mois. Les critères d'exclusion étaient d'avoir déjà adopté les deux saines habitudes de vie considérées dans la recherche ou de souffrir d'un problème de santé exigeant un suivi particulier.

3.1.1 Méthodes de recrutement

Au CSSS-IUG de Sherbrooke, le recrutement auprès des professionnels des services de santé courants et court terme à domicile a débuté par une présentation de la recherche lors d'une rencontre statutaire. La professionnelle de recherche a distribué des fiches de recrutement à chaque professionnel présent (annexe 1). Une gestionnaire a également distribué le document de présentation de la recherche et la fiche de recrutement aux professionnels absents lors de cette rencontre.

Au CSSS des Sources, un gestionnaire et une chef d'équipe ont procédé au recrutement en rencontrant les professionnels de la santé sur une base individuelle. Puisque peu de professionnels de la santé ont recours aux pratiques cliniques préventives relativement à l'activité physique et à une saine alimentation, le recrutement a été élargi à d'autres professionnels. Ces professionnels sont, en ordre de priorité, ceux qui effectuent des rencontres individuelles avec des clients et font du counselling sur les saines habitudes de vie, ceux qui effectuent des rencontres individuelles avec des clients et leur proposent des changements de comportements ou ceux qui effectuent des rencontres de groupe avec des clients.

3.2 Approche par interventions multiples

L'aspect novateur de cette recherche réside principalement dans l'utilisation de **l'apprentissage expérientiel** comme pierre angulaire de l'approche à **interventions multiples**. L'apprentissage expérientiel s'inscrit à l'intérieur d'une série d'interventions visant à renforcer le confort des professionnels dans le counselling à propos des PCP (objectif # 2).

Théoriquement, l'apprentissage expérientiel permet de dégager de nouvelles significations au travers de la réalisation des apprentissages qui se greffent aux connaissances déjà acquises. Il favorise un apprentissage par la découverte et l'expérience tout en stimulant le développement de la pratique réflexive (Schön et Rein, 1994; Schön et Argyris, 1996; Argyris, 1993). Il peut également s'adapter aux différents styles d'apprentissage (cognitif, affectif et physiologique) de l'apprenant (Keefe, 1987). Mandeville (2001) conclut que ce processus d'apprentissage peut mener à un changement personnel progressif, mais néanmoins important, lequel peut supposer la transformation de ses perceptions, ses valeurs, ses attitudes et ses comportements (santé). Par extension, nous présumons que les retombées apparaissent sur deux plans, soit au plan personnel (transformations des perceptions, comportements, etc.), mais également au plan professionnel (recours aux PCP).

Les contenus des interventions s'arrimaient aux formations sur le counselling déjà reçues par les professionnels de la santé. Voici le détail des interventions implantées dans chacun des deux CSSS.

1. Un **questionnaire** autoadministré a été développé afin d'évaluer les habitudes de vie. Le questionnaire s'inscrit dans l'objectif # 3 de la recherche. Le questionnaire en soi constitue un outil de sensibilisation aux saines habitudes de vie.

Le contenu du questionnaire a principalement été inspiré des travaux de Xhignesse, mais également de ceux du *Cancer Prevention Research Center* (2004), de Mongeau et Tremblay (2002), de Prochaska et *al.* (1992) et de Provost et Drouin (2005). Les questions ont d'abord été validées par les membres de l'équipe de recherche, puis prétestées par trois personnes pour la lisibilité. Un groupe de quatre externes en médecine de famille a également collaboré au prétest et à la validation des questions auprès de 10 médecins des deux GMF du CSSS-IUG de Sherbrooke.

2. Trois **rencontres** avec un expert de contenu ont été planifiées au démarrage du vécu expérimental (30 minutes), à la mi-temps de l'étude (15 minutes) et à la fin de l'étude (15 minutes). Ainsi, les participants qui avaient décidé d'intégrer 30 minutes d'activité physique par jour rencontraient le kinésiologue et les participants ayant choisi de consommer cinq portions de fruits et de légumes par jour rencontraient la nutritionniste. La première rencontre servait à déterminer les objectifs du participant au regard de l'habitude de vie choisie, à réfléchir à des moyens personnels pour atteindre les objectifs ainsi qu'à enrichir ses connaissances. De la documentation en lien avec ces trois objectifs était remise aux participants. Les participants qui ont choisi de faire 30 minutes d'activité physique par jour ont également signé un engagement personnel (contrat). La rencontre de suivi servait à faire un bilan provisoire de l'atteinte des objectifs, à augmenter la

motivation des participants, à trouver d'autres moyens pour soutenir l'habitude de vie sélectionnée et à revoir les objectifs. La dernière rencontre permettait de constater le niveau d'intégration personnel du comportement choisi et d'encourager les participants à poursuivre la saine habitude de vie.

3. Deux **groupes de discussion** ont été réalisés avec les participants. Ces groupes étaient d'une durée approximative de 60 minutes et ont eu lieu lors de la semaine 2 et de la semaine 4 du projet (lors du vécu expérientiel), dans chaque établissement. Ils étaient animés par un des chercheurs spécialisés dans le champ de l'intervention éducative éducation physique. Le but de ces groupes de discussion était de faciliter l'intégration de nouvelles connaissances sur des concepts qui sous-tendent le changement d'un comportement, soit l'inconfort et la dynamique motivationnelle. Cette intégration prenait appui sur le vécu expérientiel personnel et se voulait transférable dans la pratique professionnelle. À la suite de la présentation d'un modèle théorique, l'animateur procédait à une discussion à partir de cas vécus par les participants. Il remettait également aux participants les modèles théoriques sur lesquels ses présentations étaient fondées.
4. Un **journal de bord** a été développé pour faciliter le développement de l'habitude de vie choisie dans le cadre de la période de vécu expérimental. Le journal de bord servait de repère objectif aux participants et n'était pas considéré comme un outil de collecte de données par les membres de l'équipe de recherche.
5. Trois **focus groups** ont été tenus afin d'approfondir le transfert du vécu expérientiel dans les PCP. Ces focus groups constituaient le cœur de la collecte des données pour les objectifs # 1 et # 3 de la recherche. Les guides de focus groups ont été inspirés du cadre de référence élaboré par Walsh et McPhee (1992). Ainsi, les facteurs prédisposant (ex. : croyances, attitudes, expériences antérieures et pratiques personnelles), renforçant (ex. : satisfaction des clients, soutien par les pairs) et facilitant (ex. : connaissances, formations) le recours à une PCP au regard des saines habitudes de vie étaient mis en lumière.

Au départ, les guides de focus groups ont été élaborés pour que l'équipe de recherche puisse obtenir des données qualitatives sur les PCP reliées aux deux habitudes de vie ciblées par la recherche. Toutefois, en raison du nombre restreint de professionnels du CSSS des Sources qui ont recours aux PCP, les questions ont été élargies à l'ensemble des saines habitudes de vie. Les mêmes guides ont donc été utilisés pour les focus groups réalisés au CSSS-IUGS et au CSSS des Sources. Le contenu des guides a été validé par les membres de l'équipe de recherche.

Sur le plan chronologique, les focus groups avaient lieu après la période du vécu expérientiel et les deux groupes de discussion. Une période de 90 minutes était prévue pour chaque focus group. Chacun débutait par un tour de table touchant le vécu expérientiel de la saine habitude adoptée. Par la suite, un animateur introduisait les thèmes et donnait la parole aux participants. Une professionnelle de recherche prenait les notes, gardait le temps, résumait le contenu de la discussion et validait la cohérence avec la discussion préalable avant d'aborder un thème suivant. À la fin de chaque focus group,

l'animateur et la professionnelle de recherche effectuaient un bilan en partageant les perceptions, les points soulevés et les thèmes porteurs de signification.

Le premier focus group explorait, plus particulièrement, la transposition du vécu dans la pratique professionnelle. Le deuxième abordait les façons d'améliorer, de consolider ou d'aménager les diverses pratiques des établissements afin de favoriser le recours aux PCP chez les clients et le maintien des saines habitudes de vie chez les membres du personnel. Le troisième focus group portait sur les modalités privilégiées pour mieux transposer les messages concernant les saines habitudes de vie dans la population (notons que ce thème repose sur le mandat des CSSS d'offrir des services à la population). Les thèmes par focus group sont spécifiés à l'annexe 2.

6. Quatre **ateliers-midi** (séances d'information d'une durée de 50 minutes) ont été tenus sur des thématiques suivantes.
 - Comment lire et comprendre les tableaux de valeur nutritive?
 - Concepts en alimentation (densité énergétique, satiété, glucides, lipides et protéines, etc.)
 - Démystifier l'exercice physique
 - Comment maintenir une saine habitude de vie?

Les ateliers ont été élaborés puis présentés dans chaque établissement, tout au cours du projet. Ces ateliers-midi avaient pour but de contribuer à maintenir la motivation des participants tout en répondant à un besoin de connaissances qui avait été exprimé lors des rencontres préparatoires au projet.

7. Deux **stratégies motivationnelles** ont été utilisées au cours de l'été. Ces stratégies comprenaient l'envoi d'une lettre rappelant l'importance de poursuivre l'adoption de l'habitude de vie choisie durant la période estivale ainsi que de la documentation sur l'alimentation et le bien-être.

Le tableau 1 présente le déroulement chronologique des étapes et des interventions de la recherche.

Tableau 1. Déroulement chronologique de la recherche

| Intervention | CSSS-IUGS | CSSS des Sources |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Approbation du comité d'éthique de la recherche des CSSS de l'Estrie | Février 2007 | |
| Entrevues avec les gestionnaires | Avril et juin 2007 | Février 2007 |
| Recrutement des participants | Mars-avril 2007 | Mars 2007 |
| Questionnaire début | | |
| Remise | Mars-avril 2007 | Mars 2007 |
| Recueil | Mars-avril 2007 | Avril 2007 |
| Rencontre de départ avec expert de contenu sur une base individuelle | Avril 2007 | Avril 2007 |
| Vécu expérimental | Avril-mai 2007 | Avril-mai 2007 |
| Premier groupe de discussion Inconfort | Avril 2007 | Avril 2007 |
| Deuxième groupe de discussion Motivation | Mai 2007 | Mai 2007 |
| Focus group # 1 | Mai 2007 | Mai 2007 |
| Rencontre de suivi avec expert de contenu sur une base individuelle | Août-septembre 2007 | Août 2007 |
| Focus group # 2 | Octobre 2007 | Septembre 2007 |
| Focus group # 3 | Décembre 2007 | Janvier 2008 |
| Rencontre finale avec expert de contenu sur une base individuelle | Décembre 2007 | Novembre 2007 |
| Questionnaire fin | | |
| Remise | Décembre 2007 | Décembre 2007 |
| Recueil | Décembre 2007-janvier 2008 | Décembre 2007-janvier 2008 |

3.3 Méthode de collecte, traitement et analyse des données

Trois modalités de collecte des données ont été utilisées, selon un échéancier prédéterminé et approuvé par les gestionnaires de chaque établissement (annexe 3) :

- des entrevues individuelles, semi-dirigées, avec quatre gestionnaires des deux CSSS participants (objectif # 1);
- des questionnaires sur le profil personnel et professionnel relativement aux deux habitudes de vie ciblées : alimentation et activité physique (objectif # 3). Quelques questions sur le tabagisme étaient également présentes;

- des focus groups avec les professionnels de la santé et les intervenants (objectifs # 1 et # 3).

La fréquence de recours aux PCP (objectif # 4) n'a pas pu être évaluée puisque les intervenants n'ont plus à comptabiliser ce type d'interventions. En effet, les directives régionales concernant les statistiques au regard des PCP ont été modifiées en 2006.

3.3.1 Analyses qualitatives

Le contenu des entrevues et des focus groups a été enregistré sur bande audio. Il a, par la suite, été transcrit en vue de l'analyse qualitative.

L'analyse des données qualitatives issues des entrevues et des focus groups a été effectuée selon une approche thématique de contenu inspirée de Miles et Huberman (2003). Un plan de codage mixte, c'est-à-dire incluant à la fois des catégories prédéterminées et des catégories ouvertes, a été institué. Comme mentionné par Van der Maren (1996), le codage mixte répond mieux aux exigences méthodologiques de la recherche exploratoire.

De plus, afin d'assurer la validité du premier codage, un contre-codage a été réalisé par un des chercheurs pour l'ensemble des entrevues et des focus groups. Le co-codage a démontré une réciprocité d'environ 85 %.

3.3.2 Analyses quantitatives

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 13.0, à partir des données recueillies dans les questionnaires. Tout d'abord, des analyses descriptives (fréquences, moyennes) ont permis de décrire le comportement de chaque variable à l'étude. Pour chaque temps de mesure, soit au prétest et au post-test, les associations possibles entre certaines variables ont été vérifiées à l'aide du test exact de Fisher. De même, des analyses univariées visant à comparer les réponses de plusieurs groupes de sujets sur une variable indépendante ont été réalisées à l'aide du test non paramétrique de Kruskal-Wallis. Les tests non paramétriques de Wilcoxon (données catégoriques ou nominales) et de McNemar (données ordinales ou continues) pour données appariées ont été effectués afin de détecter les différences possibles entre les deux temps de mesure.

3.4 Considérations éthiques

Deux types de participants étaient mis à contribution, soit des gestionnaires et des professionnels de la santé. Les bénéficiaires touchaient plus particulièrement les professionnels de la santé et portaient sur l'amélioration de leur santé physique par l'adoption structurée et suivie d'une saine habitude de vie (alimentation, activité physique). En second plan, la recherche a permis une meilleure connaissance de soi parce qu'elle offrait l'occasion aux professionnels de la santé de porter un regard sur leur vécu personnel, leur pratique professionnelle et de faire part de leurs idées pour l'organisation des services et la population desservie.

Un formulaire de consentement a été signé par tous les participants (gestionnaires et professionnels) (annexe 4). Toutes les données nominatives recueillies ont été conservées sous

clé et dénominalisées. Lors de l'administration des questionnaires, un code chiffré, connu par les membres de l'équipe de recherche exclusivement, a été utilisé pour assurer l'anonymat des réponses.

Le projet a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie en février 2007 (annexe 5).

4. Résultats

Cette section décrit les contextes de travail puis présente les résultats issus des différentes méthodes de collecte des données. Quatre entrevues individuelles ont été menées auprès de gestionnaires des CSSS participants. Vingt-sept professionnels de la santé ont participé à la formation multistratégique et, par conséquent, ont complété les questionnaires et ont pris part aux focus groups.

Description de chaque établissement participant

En 2006, le CSSS-IUGS comptait 2331 employés répartis dans 13 points de service (CSSS-IUGS 2006). L'établissement offre des services aux 145 000 habitants de la ville de Sherbrooke, ce qui représente la moitié de la population du territoire de l'Estrie (Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 2004). En plus de son mandat local, le CSSS-IUGS a également des mandats régionaux et suprarégionaux.

Dans l'ensemble du CSSS-IUGS, les professionnels de la santé qui ont recours aux pratiques cliniques préventives en lien avec les saines habitudes de vie sont majoritairement des infirmières qui œuvrent aux services de santé courants et court terme à domicile. Les consultations de ces infirmières ont lieu sur rendez-vous (à domicile), mais avec ou sans rendez-vous pour les soins infirmiers des services de santé courants. En ce qui concerne les consultations réalisées à Info-Santé, elles se font par téléphone, sans rendez-vous.

En 2006, le CSSS des Sources comptait 332 employés (CSSS des Sources, 2006). L'établissement offre des services aux 14 000 habitants de la ville et des environs d'Asbestos, ce qui représente environ 5 % de la population du territoire de l'Estrie. Le CSSS des Sources étant un établissement de moins grande envergure, les heures dédiées aux pratiques cliniques préventives sont plus limitées que pour un grand centre. Par ailleurs, un plus petit centre permet la proximité des intervenants et facilite les interactions entre les intervenants de par leur proximité physique. On sent également un engagement clair au niveau de la direction à favoriser les saines habitudes de vie.

Description des professionnels participants

Parmi les 27 professionnels de la santé, 16 personnes provenaient du CSSS-IUGS. Ils travaillaient aux services de santé courants et court terme à domicile, à la centrale régionale Info-Santé et au groupe de médecine de famille (GMF) des Deux-Rives. Leur moyenne d'âge était de 42 ans. Les participantes avaient en moyenne 13,5 ans d'expérience professionnelle. Ils étaient en contact avec des clients en moyenne 24,8 heures par semaine. Sur les 16 participantes, 13 avaient une

préférence pour adopter les 30 minutes d'activité physique par jour et trois participantes préféreraient adopter la consommation quotidienne de cinq fruits et légumes.

Au CSSS des Sources, 11 participants (dont 10 sont des femmes) ont pris part au projet de recherche. La moyenne d'âge est de 42 ans. Sur les 11 participants, on compte quatre infirmières, deux physiothérapeutes ou thérapeutes en réadaptation physique, ainsi que deux travailleurs sociaux. Les autres sont ergothérapeute, hygiéniste dentaire et psycho-éducateur. Les participants ont en moyenne 19,5 ans d'expérience professionnelle. Ils sont en contact avec des clients en moyenne 24,14 heures par semaine. Les 11 participants ont adopté les 30 minutes d'activité physique par jour.

4.1 Perceptions des gestionnaires au regard des PCP (objectif # 1)

Quatre entrevues semi-dirigées auprès de gestionnaires ont permis de dresser un portrait des enjeux de chaque CSSS en lien avec le recours aux pratiques cliniques préventives. On considère ces gestionnaires comme des informateurs-clés.

Ainsi, les gestionnaires ont identifié les facteurs **facilitant** le recours aux PCP comme étant les formations offertes aux professionnels de la santé dans le cadre de la mise en œuvre du programme de prévention des maladies chroniques et de la programmation *0-5-30 Combinaison prévention*. Au CSSS-IUGS uniquement, une formation a été donnée en collaboration avec la personne responsable du programme de prévention des maladies chroniques. Une autre formation a été donnée par la kinésiologue de l'établissement et une journée complète de formation a été consacrée à la nutrition. L'Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie a également donné une formation intitulée *0-5-30 Combinaison prévention* à laquelle 7 des 16 participantes du CSSS-IUGS ont assisté. Du côté du CSSS des Sources, le partage de l'expertise disponible en alimentation et en activité physique et le fait que tous les professionnels et les intervenants se retrouvent sous un même toit sont également identifiés comme des facteurs facilitant le recours aux PCP par les professionnels et les intervenants.

Les facteurs qui, selon les gestionnaires, **prédisposent** les professionnels de la santé à recourir aux PCP sont reliés aux croyances et aux attitudes des gestionnaires et des professionnels. Par exemple, les gestionnaires « vendus » aux saines habitudes de vie et agissant comme « modèle de rôle » exercent une influence positive sur les intervenants. De plus, au sein des équipes de travail du CSSS-IUGS, le thème des saines habitudes de vie revient de façon systématique lors des rencontres statutaires, ce qui favorise le partage des connaissances et de l'expérience entre intervenants.

Les facteurs qui **renforcent** le recours aux PCP sont reliés au soutien et aux actions des gestionnaires face aux demandes et aux besoins exprimés par les intervenants. Au CSSS-IUGS, par exemple, les gestionnaires ont modifié l'horaire des consultations cliniques afin de prolonger la durée des rendez-vous et ainsi donner le temps nécessaire aux intervenants pour discuter des PCP en lien avec les saines habitudes de vie. Un outil de suivi des consultations a également été créé pour mettre en lumière le recours aux saines habitudes de vie lors de la visite d'un client. En effet, il est mentionné que le feedback des clients incite les professionnels et les intervenants à recourir davantage aux PCP. De plus, dans les salles d'attente, des présentoirs ont été achetés et

des dépliants ont été imprimés, agissant à titre de rappel pour les intervenants et leurs clients. Au sein des équipes, des interventions ponctuelles favorisant l'actualisation des saines habitudes de vie ont été réalisées, notamment un concours pour inciter le personnel à marcher davantage. La participation à la présente recherche a également été identifiée comme pouvant renforcer le recours aux PCP.

Les **obstacles** à l'intégration des PCP cités par les gestionnaires font référence à la difficulté d'intégrer et d'appliquer les connaissances acquises lors des formations. On souligne un besoin de réaliser des formations sur une base continue. Il est suggéré que les formations contiennent des mises en situation et des éléments de coaching afin de faciliter l'intégration des connaissances dans la pratique professionnelle.

Les gestionnaires du CSSS des Sources mentionnent la fragmentation des dossiers, c'est-à-dire que le soutien qu'ils peuvent fournir aux intervenants de leur équipe est limité dû au fait que le supérieur administratif n'est pas nécessairement le responsable du dossier 0-5-30.

Outre le temps consacré à chaque consultation clinique, les gestionnaires des deux établissements mentionnent que les obstacles organisationnels prépondérants sont la très grande mobilité du personnel et la difficulté d'intégrer des nouveautés dans les pratiques des intervenants et professionnels.

Parmi les actions que posent ou que pourraient poser les deux CSSS pour favoriser la promotion des saines habitudes de vie auprès des employés, les gestionnaires s'entendent sur ce qui suit :

- offrir des séances d'activité physique pour les employés, à l'intérieur même de l'établissement;
- offrir des rabais ou réduire les coûts d'inscription pour les employés qui s'inscrivent à des activités offertes à l'extérieur de l'établissement;
- procéder à la révision des menus de la cafétéria et du contenu des machines distributrices afin de faciliter les choix « santé »;
- augmenter la visibilité et la fréquence des messages de promotion des saines habitudes (journal interne, talon de paie);
- installer des supports à vélo.

Les gestionnaires du CSSS-IUGS et du CSSS des Sources ont également mis sur pied ou ont réfléchi à des stratégies pour favoriser la promotion des saines habitudes de vie auprès de la clientèle, par exemple :

- élaborer un plan de communication véhiculant l'importance des saines habitudes de vie dans la prévention des maladies chroniques;
- offrir du soutien aux partenaires offrant des activités physiques ou des activités visant une saine alimentation (municipalités, Québec en forme, Kino-Québec, Fondation des CSSS, etc.);
- créer de nouveaux partenariats (médecins, Ville en santé, CHUS, Université de Sherbrooke, Marché de la gare de Sherbrooke, etc.);
- participer à des tables de concertation visant les saines habitudes de vie;

- offrir des fruits dans les salles d'attente et aux postes d'accueil.

4.2 Interventions choisies (objectif # 2)

Le tableau 2 résume les interventions et les outils élaborés et mis en œuvre pour favoriser le recours aux PCP par les professionnels de la santé et les intervenants des CSSS participants. Les caractères gras font référence aux interventions et aux outils qui ont permis de collecter des données. Les autres interventions ont été implantées avec, notamment, un objectif d'enrichissement des connaissances des professionnels et des intervenants.

Tableau 2. Interventions et outils élaborés dans le cadre de la recherche

| Interventions | Nombre de participants |
|--|------------------------|
| Entrevue semi-dirigée avec les gestionnaires | 4 |
| Questionnaire sur le profil personnel et professionnel en lien avec les saines habitudes de vie (0-5-30) – début du projet | 27 |
| Questionnaire sur le profil personnel et professionnel en lien avec les saines habitudes de vie (0-5-30) – fin du projet | 18 |
| Journal alimentaire – préprojet | 27 |
| Journal alimentaire – postprojet | 16 |
| Focus group # 1 : transfert dans les pratiques professionnelles | 19 |
| Focus group # 2 : prévention-promotion dans l'établissement | 15 |
| Focus group # 3 : approche populationnelle | 8 |
| Groupes de discussion # 1 | 19 |
| Groupes de discussion # 2 | 15 |
| Rencontre de départ avec expert de contenu | 27 |
| Rencontre de suivi avec expert de contenu | 24 |
| Rencontre finale avec expert de contenu | 20 |
| Atelier midi sur la lecture des tableaux de valeur nutritive | 33 |
| Atelier midi sur les concepts en alimentation | 53 |
| Atelier midi sur l'activité physique | 23 |
| Atelier midi sur le maintien d'une habitude de vie | 18 |

4.3 Évaluation des modifications dans les perceptions et les habitudes de vie des professionnels de la santé suite à l'approche à interventions multiples (objectif # 3)

Les résultats de cette section sont issus du questionnaire autoadministré à deux moments au cours de la recherche; soit au début et à la fin du projet, ainsi que de certains thèmes des trois focus groups.

En début de recherche, les questionnaires des 27 participants ont été reçus. À la fin du projet, 18 questionnaires sur 23 ont été recueillis, ce qui représente un taux de réponse de 78,3 %. Le temps nécessaire pour compléter le questionnaire était de 15 minutes.

4.3.1 Résultats de la première administration du questionnaire au regard des différentes catégories de variables à l'étude

Cette section présente les résultats obtenus auprès des participants des deux CSSS au début de la recherche.

État de santé et habitudes de vie des participants

Plus de 80 % (23/27) des répondants percevaient leur **état de santé** comme étant bon ou très bon. Près de 75 % des participants sont tout à fait d'accord pour dire que leur état de santé est important pour eux. Lorsque comparés à l'année précédente, 63 % (n = 17) considéraient leur état de santé comme étant à peu près le même.

Près de 50 % des participants considèrent leurs habitudes de vie comme bonnes alors que 25,9 % les voient comme passables et que 18,5 % (n = 5) les voient comme très bonnes. La répartition des répondants est à peu près semblable entre les deux CSSS.

Activité physique

59 % des répondants (n = 16) disent faire de l'activité physique une fois par semaine et plus afin d'augmenter leur forme physique. Parmi ces répondants, la majorité (81,4 %) rapporte faire entre 30 et 60 minutes d'activités physiques par séance. Parmi ceux qui n'en font pas un minimum de 30 minutes quotidiennement, 88,9 % se disent tout à fait d'accord avec l'idée d'accroître graduellement, au cours du prochain mois, leur pratique quotidienne d'activités physiques jusqu'à une durée minimale de 30 minutes.

48 % des répondants sont tout à fait d'accord pour dire que la pratique régulière d'activités physiques durant les loisirs est un aspect de leur vie qui est important pour eux. La majorité ajoute que la pratique régulière d'activités physiques durant leurs loisirs peut les aider à obtenir ou à maintenir un bon état de santé (88,9 %) et leur apporte un sentiment de bien-être général (70,3 %).

Lorsqu'on demande si les conditions de vie sur le plan personnel facilitent leur engagement régulier dans des activités physiques de loisir, les répondants du CSSS des Sources sont proportionnellement plus nombreux que ceux du CSSS-IUGS à soutenir cette position (54,6 % contre 44,4 %). Par ailleurs, les perceptions concernant les conditions de vie au plan professionnel

permettant un engagement régulier dans des activités physiques de loisir sont très partagées. Une faible majorité (29,6 %) semble plutôt d'accord avec l'affirmation.

La très grande majorité des répondants (96,2 %) s'estime tout à fait d'accord ou plutôt d'accord avec l'affirmation selon laquelle ils possèdent des connaissances suffisantes en matière d'activités physiques et de conditionnement physique pour faire des choix éclairés pour leur santé.

Habitudes alimentaires

44 % des répondants disent consommer cinq portions ou plus de fruits et de légumes par jour depuis plus de 6 mois. Environ le quart (29,6 %) disent qu'ils ont l'intention de le faire au cours du prochain mois alors que 18,5 % disent avoir l'intention de le faire au cours des six prochains mois.

Tous les répondants sont tout à fait d'accord (84,6 %) ou plutôt d'accord (15,4 %) pour dire que les choix alimentaires qu'ils font peuvent les aider à obtenir ou à maintenir un bon état de santé.

Une très forte majorité (90,6 %) des répondants est soit tout à fait d'accord (53,9 %) ou plutôt d'accord (30,7 %) pour dire que leurs conditions de vie sur le plan professionnel font qu'il leur est facile de bien s'alimenter.

La formation reçue en cours d'emploi sur le 0-5-30

Ici, seul le CSSS-IUGS est concerné puisqu'aucune formation n'a été dispensée au CSSS des Sources. L'analyse révèle quelques différences significatives au plan des pratiques d'intervention autorapportées entre ceux qui ont reçu la formation et ceux qui ne l'ont pas reçue. L'impression d'ensemble demeure néanmoins que la formation semble avoir un impact limité sur les pratiques.

Aucun impact significatif de la formation 0-5-30 n'est signalé en ce qui concerne la fréquence des épisodes de counselling au regard du tabagisme. Une différence significative ($p = 0,078$) est signalée en ce qui a trait à la fréquence des interventions en lien avec l'activité physique suggérant que celles qui ont reçu la formation tendraient à en faire plus souvent. L'influence de la formation 0-5-30 ressort de manière beaucoup plus claire s'il est question de l'alimentation ($p = 0,029$). En effet, ceux qui disent avoir reçu la formation font en très grande majorité du counselling alors que ceux qui n'ont pas reçu la formation n'en font pas pour la majorité d'entre eux.

Les participants qui déclarent avoir reçu la formation 0-5-30 se perçoivent plus confortables que ceux qui ne l'ont pas reçue lorsqu'il s'agit d'adapter des messages concernant l'activité physique selon les caractéristiques des clients ($p = 0,021$) et lorsqu'il est question d'apprécier le degré d'intérêt de ces derniers face à des messages en lien avec l'activité physique ($p = 0,021$). De plus, la formation dispensée semble avoir créé chez les participants formés un sentiment de confort plus élevé que celui rapporté par les non formés en ce qui a trait à l'utilisation d'outils et de stratégies diverses touchant l'activité physique pour appuyer les efforts des clients ($p = 0,078$) et au recours à des ressources externes ($p = 0,070$).

L'impact perçu de la formation 0-5-30 sur les connaissances et la perception de confort au plan de l'intervention sur des dimensions rattachées à l'alimentation n'est, pour aucun des énoncés,

significatif. Cet aspect peut surprendre quelque peu étant donné que ceux qui ont reçu la formation déclarent tendre à faire davantage de counselling en matière de nutrition que ceux qui n'en ont pas reçue.

Lorsque le volet changement de comportement est examiné, il ressort que les participants qui ont reçu la formation 0-5-30 considèrent que leurs connaissances permettent d'évaluer les stades de changement du comportement ($p = 0,026$) mieux que ceux qui ne l'ont pas reçue. De plus, ils se déclarent nettement plus à l'aise d'appuyer leurs clients dans leurs changements de comportement face à l'activité physique ($p = 0,01$). Aucune différence n'est toutefois observée en ce qui concerne l'intervention en lien avec le tabagisme et l'alimentation.

4.3.2 Les comparaisons entre la première et la seconde administration du questionnaire

Les comparaisons entre la première et la seconde administration du questionnaire ont porté sur des dimensions touchant les habitudes de vie, les habitudes de participation à des activités physiques et les pratiques d'intervention comme professionnel de la santé. Cette dernière catégorie se subdivise en quatre sous-dimensions : l'activité physique, la nutrition, le changement de comportement et la fréquence du counseling en lien avec le tabagisme, l'activité physique et la consommation quotidienne de fruits et de légumes.

Les résultats comparatifs ne concernent que le CSSS-IUGS. L'analyse des différences de perceptions entre la première administration du questionnaire à laquelle ont participé 16 personnes et la seconde, pour laquelle 12 questionnaires ont été récupérés, permet de faire ressortir plusieurs différences statistiquement significatives. Dans chacun des cas, les perceptions mesurées par le second questionnaire sont toujours supérieures à celles mesurées par le premier.

Quelques participants du CSSS des Sources ont également répondu à la deuxième administration du questionnaire (6/11). Toutefois, étant donné le faible nombre de questionnaires reçus en date des analyses, il a été choisi d'analyser uniquement les questionnaires du CSSS-IUGS.

Les habitudes de vie

Lorsqu'interrogés quant à la façon dont ils perçoivent en général leur état de santé, les répondants l'avaient initialement considéré comme étant bon, alors qu'à la fin de l'étude, ils estimaient qu'il était très bon. La différence est significative à $p = 0,05$.

Le confort lors d'une intervention

Le tableau suivant indique la proportion de répondants se sentant confortables avec les énoncés relatifs à des aspects de la pratique clinique préventive. On remarque que quatre interventions en lien avec l'activité physique et que trois interventions en lien avec la nutrition sur les dix présentent des différences significatives à $p = 0,08$ ou moins entre le début et la fin de la recherche.

Tableau 3. Comparaison des perceptions du degré de confort entre le début et la fin de l'étude concernant les pratiques cliniques préventives touchant l'activité physique et l'alimentation

| | Activité physique | | | Alimentation | | |
|---|-------------------|--------|-------------|--------------|--------|------|
| | Début | Fin | p | Début | Fin | p |
| Je pense que mes connaissances sont suffisantes pour me permettre d'aider la majorité des clients rencontrés dans ma pratique quotidienne. | 62,9 % | 83,4 % | 0.06 | 70,3 % | 75,0 % | 0.06 |
| Je me sens confortable lorsqu'il s'agit d' adapter des messages selon les caractéristiques de mon client. | 66,6 % | 83,4 % | 0.01 | 70,3 % | 75,0 % | 0.06 |
| Je me sens confortable lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré d'intérêt de mon client en rapport avec des messages. | 66,6 % | 83,4 % | 0.04 | 77,7 % | 81,8 % | 0.06 |
| Je me sens confortable lorsqu'il s'agit d'aider mon client à se fixer des objectifs réalistes dans l'adoption d'habitudes de vie. | 51,8 % | 75,0 % | 0,12 | 62,9 % | 66,7 % | 0,78 |
| Je me sens confortable lorsqu'il s'agit d'aider mon client à considérer un éventail de solutions. | 62,5 % | 66,7 % | 0,38 | 70,3 % | 66,7 % | 0,78 |
| Je me sens confortable lorsqu'il s'agit d'aider mon client à faire un choix parmi les solutions considérées. | 70,3 % | 75,1 % | 0,61 | 66,6 % | 66,6 % | 0,43 |
| Je me sens confortable lorsqu'il s'agit d'inciter mon client à mettre en œuvre la solution qu'il a choisie. | 70,3 % | 66,6 % | 0,10 | 74,0 % | 66,7 % | 0,57 |
| Je me sens confortable lorsqu'il s'agit d'inciter mon client à persévérer dans la mise en œuvre de la solution choisie. | 85,1 % | 66,6 % | 0,92 | 77,7 % | 66,6 % | 0,71 |
| Je me sens confortable lorsqu'il s'agit d'appuyer les efforts de mon client par divers outils / stratégies . | 55,5 % | 66,6 % | 0.08 | 62,9 % | 66,7 % | 0,89 |
| Je me sens confortable lorsqu'il s'agit d'appuyer les efforts de mon client par des ressources extérieures . | 62,9 % | 74,9 % | 0,10 | 62,9 % | 75,0 % | 0,10 |

Changement de comportement

Les connaissances sur le changement de comportement sont appréciées de manière assez variable. Une majorité de répondants (55,5 %) sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle leurs connaissances en matière de changement de comportement sont suffisantes pour leur permettre d'évaluer le stade de changement de comportement (Prochaska et al., 1992) des clients rencontrés, mais retenons que 33,3 % des répondants ne sont pas du tout d'accord avec cette affirmation. Le tableau suivant démontre les proportions de répondants se disant tout à fait d'accord; plutôt d'accord, un peu ou pas du tout en accord avec les énoncés concernant leur degré de confort à appuyer un client dans ses changements de comportements.

Parmi les quatre éléments figurant dans cette sous-dimension, deux montrent des écarts significatifs entre le début du projet et la fin des interventions multiples : soit l'état des perceptions concernant le caractère suffisant des connaissances en matière d'évaluation du changement de comportement et les perceptions concernant le degré d'aisance à appuyer les clients dans leurs efforts pour modifier des comportements face à l'activité physique.

Tableau 4. Comparaison des perceptions des répondants concernant leur degré de confort à appuyer un client dans ses changements de comportements

| | Prétest (%) | | | | p | Post-test (%) | | | |
|---|----------------------|-----------------|-----------------|----------------------|-------------|----------------------|-----------------|-----------------|----------------------|
| | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Un peu d'accord | Pas du tout d'accord | | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Un peu d'accord | Pas du tout d'accord |
| Je pense que mes connaissances en matière de changement de comportement sont suffisantes pour me permettre d'évaluer le stade de changement de comportement (Prochaska) des clients rencontrés dans ma pratique. | 7,4 | 29,6 | 25,9 | 33,3 | 0,05 | 41,7 | 50 | --- | --- |
| Globalement, je me sens à l'aise d'appuyer un client dans ses changements de comportement face à l' activité physique . | 22,2 | 33,3 | 25,9 | 15,4 | 0,06 | 66,7 | 16,6 | --- | --- |
| Globalement, je me sens à l'aise d'appuyer un client dans ses changements de comportement face au tabagisme . | 29,6 | 40,7 | 11,1 | 14,8 | 0,30 | 50 | 33,3 | ---- | --- |
| Globalement, je me sens à l'aise d'appuyer un client dans ses changements de comportement face à l' alimentation . | 40,7 | 29,6 | 15,1 | 14,8 | 0,38 | 66,6 | 16,6 | --- | --- |

Fréquence de counselling

L'expérience professionnelle des participantes des deux CSSS et le nombre d'heures de contact-client ne sont pas des facteurs qui semblent influencer significativement la fréquence des épisodes de counselling en lien avec le tabagisme, l'activité physique et l'alimentation.

Il est à signaler qu'en dépit de l'amélioration de certaines perceptions des participants au plan des pratiques, aucune modification significative de la fréquence des épisodes de counselling antitabac, en faveur de l'activité physique ou en faveur de la consommation quotidienne de cinq portions de fruits et de légumes n'est constatée.

Le tableau 5 indique la fréquence de counselling des professionnels au regard des trois pratiques cliniques préventives étudiées dans la recherche.

Tableau 5. Fréquence des épisodes de counselling en matière de tabagisme, d'activité physique et d'alimentation

| Type de counselling | Rarement | | Parfois | | Souvent | | Très souvent | |
|----------------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après | Avant | Après |
| Antitabac | 5 (18,5 %) | 6 (26,1 %) | 11 (40,7 %) | 9 (39,1 %) | 5 (18,5 %) | 1 (4,3 %) | -- | -- |
| En activité physique | 2 (7,4 %) | 2 (8,7 %) | 9 (33,3 %) | 7 (30,4 %) | 6 (22,2 %) | 4 (17,4 %) | 5 (18,5 %) | 3 (13,0 %) |
| En alimentation | 7 (25,9 %) | 5 (21,7 %) | 5 (18,5 %) | 4 (17,4 %) | 6 (22,2 %) | 4 (17,4 %) | 5 (18,5 %) | 3 (13,0 %) |

4.3.3 Focus groups

Trois focus groups ont eu lieu avec les participants de chaque CSSS. Le nombre de participants figure au tableau 2. La section met en lumière les faits saillants des discussions.

4.3.3.1 Focus group sur la transposition des saines habitudes de vie, vécues sur le plan personnel puis dans les pratiques professionnelles

Lors du premier focus group, les participants avaient débuté le processus d'adoption d'une saine habitude de vie depuis environ deux mois.

L'habitude de vie au quotidien

Les participants rapportent que l'adoption d'une saine habitude de vie les a amenés à réfléchir sur leur santé dans sa globalité. Les participants ayant choisi l'activité physique relèvent deux avantages principaux, soit l'augmentation de leur énergie et l'amélioration de leur condition physique (la majorité des participants a choisi d'adopter les 30 minutes d'activité physique par jour).

Mais ça a un impact très positif sur moi au niveau de l'énergie, c'est peut-être ce qui est le plus difficile pour le monde avec qui je travaille! Mais je ris, je fais des farces, mais c'est vrai, ça me donne vraiment de l'énergie encore plus. Premièrement, je sors. Avant, je ne sortais jamais. (participant 010, ligne 239, p. 6)

Puis les mollets me brûlent, me brûlent, me brûlent et pourtant, ça ne semblait pas vraiment être une grosse côte, mais on ressent quand même des bienfaits physiques. Mais, dans le fond, je sais, en le refaisant, je vais voir vraiment, physiquement, ça va tirer moins. (participant 003, ligne 432, p. 10)

L'obstacle majeur à l'adoption de cette saine habitude de vie est relié aux conditions météorologiques (faire de l'activité quand il pleut, quand il fait froid, quand il fait très chaud).

Moi, ce qui m'inquiète un peu, c'est la persévérance que je vais avoir parce que les journées quand il fait chaud, c'est dur, ne me demande pas d'aller marcher, je vais mourir. Quand il va y avoir du gros soleil, il va falloir que je réajuste mes flûtes, parce que je ne serai pas capable de faire ça. (participant 010, ligne 473, p. 11)

Les participants ont réussi à adopter l'habitude de vie choisie tout en faisant face à certaines contraintes, comme le fait d'avoir un horaire très chargé leur laissant peu de temps à consacrer à l'activité physique ou à la préparation de repas santé. Cette contrainte a nécessité une bonne planification du temps. Ils ont également utilisé des moyens pour réussir à intégrer le changement à leur quotidien, par exemple, demander au conjoint ou à un collègue de participer, combiner différents types d'activités physiques et sportives (vélo stationnaire lorsque la température est mauvaise, inscription à des cours), diviser l'activité physique en tranches de 10 ou 15 minutes, trouver une plage horaire quotidienne qui convient mieux à l'activité.

Quand j'ai une fille qui marche avec moi, là c'est merveilleux quand elle travaille, on se motive et on part. (participant 010, ligne 228, p. 6)

Moi je dois dire que le projet m'a invitée, surtout le contrat que j'ai signé, ça m'a beaucoup aidée à m'arranger pour que dans mon horaire, le 30 minutes, ça rentre. Parce que moi mon problème dans le fond, tu sais les raisons qu'on se donne, c'est juste parce que je ne planifiais pas. (participant 004, ligne 64, p. 2)

Les facteurs qui favorisent le maintien de l'habitude de vie

- Le contrat : tous les participants ayant choisi d'adopter les 30 minutes d'activités physiques par jour ont signé un contrat lors de leur première rencontre avec le kinésologue. Ce type de contrat est fréquemment utilisé par les kinésologues. Il a pour but d'inciter les gens à persévérer. Ce contrat représente l'engagement personnel du participant à fournir les efforts nécessaires afin d'atteindre ses objectifs en activité physique. Il est signé par le participant ainsi que par un proche qui peut offrir du soutien pour l'atteinte quotidienne des objectifs. Ce contrat a été identifié comme étant un facteur de motivation pour la majorité des participants.
- L'attitude face à la santé : la participation au projet de recherche et l'intégration d'une saine habitude de vie au quotidien ont amené un changement dans l'attitude des participants face à leur santé. Une participante nous révèle le témoignage suivant.

Moi, je faisais zéro activité physique... Sans aucune raison valable... Parce que je n'ai pas d'enfant, je travaille de soir, donc j'ai mes matins et je n'ai pas d'obligations, mais bon, ça ne faisait pas partie, dans cette étape-là, dans ces dernières années-là, de ma vie. C'est ça que ça amène : une réflexion...
(participant 003, ligne 37, p. 2)

- L'inconfort, passage obligé : un changement d'attitude et de croyance a également été observé concernant l'inconfort amené par le début d'une nouvelle activité physique ou d'un nouveau menu (muscles des jambes endoloris, vivre avec la sueur, l'impression de ne pas avoir assez mangé, etc.). Les participants ont constaté que ces inconforts étaient temporaires et qu'après un certain temps, ils étaient de retour dans leur zone de confort.
- Le transport actif : au lieu de planifier une activité physique durant leur temps de loisir, certains participants ont adopté le transport actif.

Quel est le moyen que je peux prendre, lorsque j'arrive à cinq heures, prépare le souper, les affaires, puis là tu sais comment c'est... Alors je me suis dit : « Combien de temps que ça peut me prendre [me rendre au travail à pied?] au lieu de prendre l'auto? (participant 011, ligne 272, p. 7)

Les contraintes face à l'engagement et à la persévérance

- L'horaire chargé : les participants perçoivent un manque de temps pour l'ajout de l'activité physique à leur horaire ou pour cuisiner des repas incluant la préparation des légumes frais. Ils ont parfois de la difficulté à savoir où ils prendront ce temps dans leur horaire déjà chargé.
- La planification : considérant les horaires déjà chargés, le temps consacré à une nouvelle habitude de vie demande une bonne planification.

Transposition du vécu dans la pratique professionnelle

Le fait de vivre l'adoption d'une nouvelle habitude de vie n'avait, lors du premier focus group, que peu de répercussions sur la pratique professionnelle des participants. La réflexion était encore d'ordre personnel. Toutefois, au fil des discussions, les participants ont constaté qu'ils étaient plus compréhensifs et empathiques envers les clients qui ont de la difficulté à faire de l'activité physique 30 minutes chaque jour ou à consommer un minimum de 5 portions de fruits et de légumes quotidiennement. Ils ont également constaté une augmentation de leurs connaissances sur l'activité physique et l'alimentation.

[...] non seulement on comprend [nos clients], mais on peut aussi, avec les outils qu'on a, leur dire : « Vous savez, on vous demande pas d'aller vers un centre d'entraînement ». On va clarifier beaucoup, beaucoup de choses là, on dit que ça peut être des 15 minutes, 10 minutes à la fois. Ah, il y en a qui ne savent pas ça hein? Il faut que ce soit quelque chose que vous avez choisi, je ne veux pas vous imposer de faire quelque chose si vous aimez pas ça. Si vous n'êtes pas motivés, vous ne le ferez pas. (participant 003, ligne 744, p. 17)

4.3.3.2 Focus group sur les moyens favorisant la transposition des saines habitudes de vie à l'ensemble de l'établissement

Environ quatre mois après le focus group # 1, le fait de vivre l'adoption d'une nouvelle habitude de vie a maintenant une influence sur la pratique professionnelle. Les participants se sentent plus crédibles et il leur est plus facile de parler du processus d'adoption d'une nouvelle habitude de vie puisqu'ils ont vécu l'expérience. Ils prennent plus souvent l'initiative de parler de prévention. Par contre, ce counselling préventif n'est pas systématique, il est davantage utilisé avec les clientèles vulnérables ou qui posent des questions s'y rapportant directement.

Transposition du vécu dans la pratique professionnelle

L'expérience vécue a également permis aux participants d'aborder le changement de comportement d'une nouvelle façon. Les participants encouragent maintenant la théorie des petits pas (se fixer de petits objectifs plus faciles à atteindre) et mentionnent à leurs clients de respecter leurs limites. Les participants ont compris qu'il n'est pas facile de changer un comportement, mais ils sont de plus en plus convaincus des bienfaits des saines habitudes de vie.

Transposition des saines habitudes de vie à l'ensemble de l'établissement

Les participants ont mentionné certains facteurs facilitant les pratiques cliniques préventives sur les saines habitudes de vie, mis en place par leur CSSS. L'augmentation du nombre d'heures hebdomadaires consacrées à un programme de prévention, la possibilité de participer à des formations, la possibilité de participer à ce projet de recherche font partie de ces facteurs. De plus, ils reconnaissent que des ressources peuvent être grandement utiles (nutritionnistes, kinésologues) et que le leadership des gestionnaires est un élément important.

Finalement, les participants ont énoncé des conditions gagnantes à mettre en œuvre par leur CSSS pour inciter davantage les employés à adopter ou à maintenir de saines habitudes de vie. Parmi ces conditions, on retrouve le prolongement du temps alloué au dîner (jusqu'à 1 h 30) pour pouvoir faire de l'exercice, la modification des menus dans les cafétérias, le changement du contenu des machines distributrices, l'accès à une salle d'exercices ou la gratuité d'inscription, la possibilité de consulter les nutritionnistes et les kinésiothérapeutes de l'établissement à des fins personnelles, la présence de douches, l'installation de supports racks à vélo, la création de circuits de marche, etc. Des activités ponctuelles ont également été mentionnées, comme des concours de marche, des formations ou des ateliers, le tirage de journées de congé parmi les employés qui ont adopté de saines habitudes de vie.

Bien, je trouve que pour favoriser de faire de l'exercice sur l'heure du dîner, comme là ils nous offrent une heure de yoga, mais là on mange pas là. Ils pourraient peut-être comme étirer un peu, nous donner un petit quinze minutes après cela pour qu'on puisse recommencer à une heure et quart parce que là, on se dépêche! On se change et puis on s'en va faire du yoga, on revient... (participant 108, ligne 696, p. 16)

Je me dis que dans le fond, dans le coin où on prend nos pauses, s'il y a avait quelque chose de plus fermé où on pouvait ranger des vélos ou quelque chose. (participant 107, ligne 441, p. 10)

4.3.3.3 Focus group sur les moyens favorisant la transposition des saines habitudes de vie à l'approche populationnelle

Plus de huit mois après la période intensive de l'expérimentation d'un changement de comportement, les participants ont fait le bilan des éléments qui sont davantage ressortis dans leur pratique professionnelle.

Transposition du vécu dans la pratique professionnelle

De façon générale, les répondants abordent davantage la saine habitude de vie qu'ils ont vécue. Ils reconnaissent avoir développé une vision préventive plus large. Cette vision se traduit par de légères modifications dans leur message : ils disent moins insister sur la pratique rigoureuse s'étalant sur une période de 30 minutes et mettent plutôt l'accent sur l'importance d'être actif, de bouger. Ils suggèrent de commencer par de petits objectifs, 5-10 minutes, puis d'y aller graduellement, de respecter les limites de chacun.

J'ai une intervention un peu plus palliative si on peut dire, mais ça m'a sensibilisé justement au fait que, outre ma pratique professionnelle, c'est important que les patients restent actifs [...]. (participant 108, ligne 174, p. 4)

Je marchande beaucoup plus qu'avant, au lieu de m'en tenir à toutes mes belles théories et tout cela, je vais plus marchander. « Regardez aujourd'hui on va essayer de viser telle affaire et graduellement, si vous voyez que cela va bien, on augmentera. Puis, essayez pas tout », parce que tu sais des fois, il y en a qui se lèvent et « bon c'est aujourd'hui, je fais attention à mon alimentation, je bouge et j'arrête de fumer ». Pas sûre que cela va marcher dans une semaine encore, pas sûre. [...] Alors, j'essaie de marchander plus, « vois cela à plus longue échéance » et se donner des petits buts, peut-être, je dis pas que c'est pas réalisable, mais peut-être tout en même temps c'est peut-être trop. « Et lequel est le plus important avec vos problèmes de santé? On va commencer par celui-là ». (participant 008, ligne 94, p. 3)

Les participants sentent qu'ils ont plus de confiance lors d'interventions sur l'habitude de vie expérimentée, plus de conviction face au 0-5-30, plus de crédibilité auprès des clients, de tolérance et de compréhension.

Moi, ça m'a apporté un jugement moins critique vis-à-vis les enfants. Beaucoup plus de tolérance parce que pour avoir vécu de... tu sais d'améliorer un comportement ou de changer un comportement, ça m'a fait voir que c'est pas si facile que ça. (participant 101, ligne 102, p. 3)

Transposition des saines habitudes de vie à l'ensemble de la population

Le vécu des participants, en plus de se transposer dans leur pratique professionnelle, a généré des propositions visant l'adoption des saines habitudes de vie à la population du territoire. Grâce à l'expérience vécue, les professionnels proposent d'élaborer les messages de promotion en insistant sur les bienfaits d'une meilleure forme physique, sur le plaisir qu'on récolte en faisant de l'activité physique et sur l'aspect social qui accompagne agréablement l'activité physique de groupe. Selon eux, le message populationnel doit viser un changement dans la norme sociale actuelle à savoir que c'est la personne qui prend sa santé en main et non pas la société qui se charge de la santé des personnes.

[...] quand tu as du plaisir, tu te dis : « je peux pas le manquer, il faut que j'y retourne ». Il faut trouver des façons que ce soit agréable je pense. (participant 105, ligne 557, p. 13)

Les professionnels trouvent important de commencer à promouvoir les saines habitudes de vie dès le berceau en ciblant la bonne population en fonction de chaque message, en diffusant l'information reliée aux saines habitudes de vie de façon maintenue et continue.

Il faudrait que ce soit des programmes qui sont à long terme, parce qu'on se rend compte que le tabac, ça a toujours été là, ça a toujours existé les problèmes de tabac dans les écoles. Ils ont tout lâché ça, bien des années, les jeunes se sont tous remis à fumer et là, on recommence à faire des travaux, à remettre ce programme-là en place. Alors on le sait, dans le fond, que c'est des problèmes qui vont revenir et c'est la même affaire avec l'alimentation et c'est la même affaire avec l'exercice. Alors, à ce moment-là, je veux dire, qu'ils fassent donc des programmes en continu. (participant 001, ligne 464, p. 10)

Les moyens les plus fréquemment cités pour favoriser l'activité physique dans la population sont :

- diminution des coûts d'inscription ou gratuité pour des activités sportives;
- déduction d'impôts pour les personnes inscrites à des activités sportives;
- présence de kinésologues dans les parcs pour donner des conseils, offrir des évaluations individuelles de la condition physique, élaborer une programmation d'activités physiques de groupe en tenant compte de l'âge, du niveau de condition physique et de la disponibilité des infrastructures de chaque quartier;
- aménagement des trottoirs pour faciliter le transport actif;
- poursuite de l'aménagement de lieux de marche dans les quartiers (proximité);
- offre de transport public facilitée pour se rendre sur les lieux des activités;
- offre d'un service d'activités physiques à domicile, surtout pour les personnes à mobilité réduite, durant l'hiver;
- facilité d'accès aux ressources humaines et matérielles (ex. : infrastructures de la ville et des écoles);
- reconnaissance des entreprises qui accordent du temps à leurs employés pour faire de l'activité physique.

Les moyens les plus fréquemment cités pour favoriser la saine alimentation dans la population sont :

- réduction du prix de vente des fruits et des légumes proportionnelle à l'augmentation des prix des aliments considérés comme de la malbouffe;
- promotion des restaurants et des marchés publics offrant de la nourriture saine;
- offre de cours de cuisine santé dans les centres communautaires, les écoles;
- poursuite du développement des regroupements de cuisines collectives;
- présence de nutritionnistes dans les épicerie pour guider la clientèle vers les meilleurs choix, répondre aux questions, suggérer des recettes, diffuser de l'information sur différentes facettes de l'alimentation santé, par exemple les meilleurs choix alimentaires (*farine de blé, Fruit Loops vs Raison Bran*), dégustations de fruits et de légumes;
- ajout d'un volet « alimentation » aux groupes d'activités physiques déjà existants (ex : cardio-poussette) ou vice-versa (bébé-trucs);
- accès illimité aux fruits et aux légumes pour les jeunes dans les écoles (gratuit).

En conclusion, les participants sont d'avis qu'adopter une saine habitude de vie les amène à en adopter d'autres. Par exemple, le fait d'intégrer l'activité physique au quotidien a facilité l'adoption

personnelle d'une alimentation plus saine, voire un début de sensibilisation de la famille à la valeur nutritive des aliments (Blair et al., 1985 dans Kino-Québec 2000).

Je dirais que dans la dernière année, je l'ai changé moi mon alimentation. Même si je prends probablement pas tout le temps mes cinq fruits et légumes. Mais je mange moins de friture, on fait plus attention, on cuisine plus nous-mêmes aussi. Pis ce que ça nous permet de voir quand on cuisine nous-mêmes, c'est la quantité de sucre, graisse ou gras qu'on va mettre dans notre alimentation. (participant 108, ligne 627, p. 14)

En d'autres termes, les participants ont reconnu que l'activité physique leur donne de l'énergie, ce qui leur permet de préparer des repas contenant plus de légumes par exemple. De plus, l'adoption d'un mode de vie physiquement actif aide à modérer le goût pour les aliments à calories vides.

Finalement, les participants perçoivent les saines habitudes de vie comme faisant partie d'un tout, incluant certes l'alimentation, l'activité physique, l'absence de tabagisme, mais également la protection de l'environnement (par le biais du transport actif et de la réduction des gaz à effet de serre).

5. Discussion

Cette recherche-action avait pour intention de favoriser l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'une approche à interventions multiples en tenant compte autant que possible de la réalité des professionnels de chacun des établissements visés. Les entrevues réalisées avec les gestionnaires, les focus groups tenus avec les professionnels ainsi que les données recueillies par le biais des questionnaires autorapportés permettent de jeter un éclairage original sur l'impact des interventions multiples sur les PCP en lien avec les saines habitudes de vie.

À l'instar des travaux de McClaran et al., (2001) ainsi que de Haynes et Haines (1998), les entrevues réalisées auprès des gestionnaires nous indiquent que plusieurs modalités sont actualisées pour favoriser l'intégration des PCP dans la pratique professionnelle. En effet, lors du second focus group, les participants ont reconnu la mise en place de la plupart de ces modalités citées par les gestionnaires, telles que la libération du personnel pour effectuer la recherche (CSSS-IUGS et CSSS des Sources), une programmation d'activités physiques s'adressant aux employés (CSSS des Sources), un temps de consultation allongé pour chaque client vu en clinique externe (CSSS-IUGS). Malheureusement, certains enjeux de nature organisationnelle, tels que le roulement de personnel et le manque de ressources, peuvent parfois entraver la poursuite des initiatives en prévention. Finalement, le caractère spécifiquement curatif du travail des infirmières d'Info-Santé ou des intervenants en cliniques d'urgence rend difficile l'initiation d'interventions préventives (Morin et al., 2007; INSPQ, 2001). Il devient alors justifié de cibler les équipes de travail qui peuvent assurer un suivi des PCP auprès de leurs clientèles.

Cette recherche utilisait une approche par interventions multiples basée sur un processus d'apprentissage expérientiel. Il apparaît que les **rencontres individuelles** avec un expert et les deux groupes de discussion ont consolidé l'apprentissage par la découverte généré par l'approche

expérientielle (Schön, 1994; Argyris, 1993). Ainsi, la signature d'un contrat est ressortie comme étant un des éléments ayant entraîné le plus de commentaires de la part des participants. Par ailleurs, un changement d'attitude et de croyance a été observé concernant l'inconfort amené par le début d'une nouvelle activité physique ou d'un nouveau menu, incluant quelques portions de fruits et de légumes (ex. : muscles des jambes endoloris, vivre avec la sueur, l'impression de ne pas avoir assez mangé, etc.). Les participants ont constaté que ces inconforts étaient temporaires et qu'après un certain temps, ils avaient atteint une nouvelle zone de confort.

Il est intéressant de rappeler que les répondants, indépendamment de l'habitude de vie choisie, ont perçu une **amélioration générale** statistiquement significative de leur état de santé entre la première et la seconde administration du questionnaire autorapporté. L'engagement dans les expériences proposées a vraisemblablement eu des retombées positives pour ces personnes.

La collecte des données a duré huit mois, au cours desquels il a été possible de documenter **l'incorporation graduelle** d'une habitude de vie dans le quotidien des participants et d'apprécier, quoique partiellement, sa transposition dans la pratique professionnelle en lien avec les PCP. Rappelons que lors du premier focus group, survenu à peu près deux mois après le début de l'adoption de l'habitude de vie choisie, il est ressorti que le fait de vivre ce processus avait eu peu de répercussions sur la pratique professionnelle des participants. La réflexion était davantage d'ordre personnel. Pour reprendre Villeneuve (1991), l'expérience était encore en mouvement et le dégagement de significations n'avait vraisemblablement pas encore commencé à s'opérer. Toutefois, au fil des mois, les participants ont constaté qu'ils avaient intégré un mode de vie physiquement plus actif, certains ayant même inclus les membres de leur famille dans leurs activités physiques. Du côté professionnel, ils s'avouaient plus convaincus, sélectifs, compréhensifs et empathiques envers les clients confrontés à la nécessité de modifier certains comportements. Avec le temps, on peut raisonnablement avancer que les participants avaient symbolisé leurs expériences et qu'ils en étaient rendus à la communiquer dans les sphères personnelle et professionnelle de leur vie. Toujours selon Villeneuve (1991), ces participants étaient parvenus à dégager des significations qui, en retour, alimentaient leur propre engagement par rapport à l'habitude de vie choisie et qui animaient désormais plus ou moins fortement leurs pratiques professionnelles.

D'une manière que l'on pourrait qualifier de contre-intuitive, l'analyse comparée des réponses aux deux questionnaires révèle que l'expérience professionnelle et le nombre d'heures de contact-client n'apparaissent pas être des facteurs qui influencent significativement les connaissances ni les perceptions du degré de confort ressenti par les participantes des deux CSSS sur le plan de l'intervention auprès des clients en matière d'activités physiques et d'alimentation. De plus, aucune différence n'est constatée entre les professionnels plus expérimentés et les moins expérimentés ni entre ceux qui rapportent un nombre d'heures de contact-client élevé par rapport à ceux qui en rapportent moins, en ce qui concerne la perception du confort à appuyer les efforts des clients par le recours à des ressources extérieures, comme des centres de santé, des spécialistes de l'activité physique, des spécialistes de la nutrition ou autres. Enfin, l'expérience professionnelle et le nombre d'heures de contact-client n'apparaissent pas être des facteurs qui influencent significativement les capacités d'évaluation par les participants des stades de changement du comportement des clients rencontrés, ni leur sentiment d'aisance à appuyer les clients dans leurs changements de comportement en matière d'activités physiques, d'alimentation et de tabagisme.

Quelques différences significatives apparaissent sur le plan des pratiques d'intervention autorapportées entre ceux qui ont reçu la formation en cours d'emploi sur le 0-5-30 (professionnels du CSSS-IUGS) et ceux qui ne l'ont pas reçue. L'impression d'ensemble demeure néanmoins que la formation semble avoir un impact limité sur les pratiques. Étant donné les sommes investies en formation continue, il nous apparaît que cet aspect doit être analysé plus en profondeur. Il convient notamment d'examiner le degré d'atteinte des objectifs visés à moyen et long terme par ces formations et de réfléchir à des formats alternatifs qui solliciteraient différemment les participants et conduiraient à une meilleure intégration des apprentissages. L'habilitation des participants à aider les clients à se fixer des objectifs, à identifier, à choisir et à mettre en œuvre de manière durable des solutions touchant l'activité physique et l'alimentation pourrait constituer une cible des prochaines formations en lien avec le 0-5-30. En effet, ces aspects ne semblent pas avoir été influencés significativement par les formations reçues alors qu'ils pèsent fortement sur les décisions des personnes de s'engager ou non dans un processus de changement d'habitudes ou de comportements (Mongeau et Tremblay, 2002).

Plusieurs suggestions concernant l'approche populationnelle ont émergé du troisième focus group. Une liste de moyens visant, d'une part, la promotion de l'activité physique et, d'autre part, la saine alimentation a été créée. L'élément le plus saillant nous apparaît toutefois concerner l'idée émise par des participants à l'effet qu'il faille davantage valoriser la responsabilité personnelle dans la prise en charge de sa propre santé. On ne peut affirmer que leur engagement dans cette étude est à la base de l'émergence de cette « conscience populationnelle ». Ils rapportent que l'adoption d'une saine habitude de vie les a amenés à réfléchir davantage sur leur santé dans une perspective globale de même qu'à modifier leur attitude face à elle. Le mouvement de l'expérience provoqué par le volet expérientiel de la recherche a possiblement favorisé l'émergence d'orientations de valeurs (Jewett, Bain et Ennis, 1995) mettant l'accent sur l'engagement, la responsabilisation et l'autonomie personnels de même que sur le développement de capacités chez les personnes à comprendre et à synthétiser les informations partant des connaissances qu'ils possèdent et l'identification des conditions de réussite de leurs démarches. Ces orientations de valeurs, explicitement ou implicitement soutenues par les participants, sont susceptibles de caractériser leurs interventions préventives auprès de leurs patients.

Limites de la recherche

Malgré les résultats intéressants qui ressortent de cette étude, il demeure justifié d'énumérer les limites qui incombent au devis utilisé ainsi qu'au fait que la recherche a été effectuée dans un milieu de travail où les intervenants sont déjà très sollicités. Ainsi, on ne peut pas passer sous silence la faible participation des équipes de travail de même que la forte mortalité expérimentale qui se traduit par une perte de puissance dans les analyses statistiques. Mentionnons également que les caractéristiques d'emploi de certains participants étaient moins favorables à l'intégration optimale des PCP, ce qui a rendu l'exploration du concept des PCP moins satisfaisant pour les participants.

6. Conclusion

Cette recherche a, malgré tout, réussi à modifier l'état des perceptions des professionnels de la santé concernant le caractère suffisant des connaissances en matière d'évaluation du changement de comportement et les perceptions concernant le degré d'aisance à appuyer les clients dans leurs efforts pour modifier des comportements face à l'activité physique. Suite à l'approche multistratégique, les intervenants se sentent plus confortables lorsqu'il s'agit d'adapter les messages selon les caractéristiques du client, d'évaluer le degré d'intérêt du client en rapport avec le message véhiculé et d'appuyer les efforts du client avec divers outils et diverses stratégies au regard de l'alimentation et de l'activité physique.

Par ailleurs, l'habilitation des participants à aider les clients à se fixer des objectifs, à identifier, à choisir et à mettre en œuvre de manière durable des solutions touchant l'activité physique et l'alimentation pourrait constituer une cible des prochaines formations en lien avec le 0-5-30. En effet, ces aspects ne semblent pas avoir été influencés significativement par les formations reçues alors qu'ils pèsent fortement sur les décisions des personnes de s'engager ou non dans un processus de changement d'habitudes ou de comportements.

Des questions qui pourraient prendre la forme de futurs projets de recherche émergent de cette étude. En voici des exemples.

- Comment modifier les ateliers de formation de manière à ce qu'ils influencent davantage les pratiques cliniques préventives?
- Comment faire pour que ces ateliers ne fassent pas que modifier la structure cognitive des professionnels visés, mais pour qu'ils les amènent à explorer leur rapport personnel et collectif aux habitudes de vie visées par les PCP?
- Quelles caractéristiques les ateliers de formation aux PCP doivent-ils posséder pour habiliter les participants à jouer plus efficacement un rôle d'intervenant en éducation sociosanitaire?
- Pourquoi ne pas formaliser et publiciser les solutions apportées par les participants aux difficultés rencontrées dans l'adoption des habitudes de vie choisies afin de collectiviser l'expérience et en faciliter le transfert vers d'éventuels patients?
- Que sait-on de la manière par laquelle les PCP sont effectivement mises en œuvre par les participantes? Qu'est-ce qu'une mise en œuvre efficace?

7. Références

- Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie (2004). La population de la ville de Sherbrooke, site Internet consulté le 21 novembre 2006, <http://www.santeestrie.qc.ca/agence/reseau/MRCVilleSherbrooke/population.pdf>, dernière mise à jour le 3 mars 2004.
- Argyris, C. (1993). *Knowledge for Action. A Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change*, Jossey-Bass Wiley.
- Argyris, C. et Schön, D. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Blair et al. (1985). dans Kino Québec (2000). *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes, avis du comité scientifique de Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 24 pages.*
- Cancer Prevention Research Center (2004). *Measures, Exercise: Stages of Change – Short Form*, site Internet consulté le 7 février 2007, <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Exercise02.htm>, dernière mise à jour le 15 décembre 2004
- CSSS des Sources (2006). *Une équipe dynamique pour une communauté en santé. CSSS : déjà 10 ans! Rapport annuel 2005-2006, 35 p.*
- CSSS-IUGS (2006). *La santé, une passion à partager, Plan stratégique 2006-2011, 71 p.*
- Dorval, G., Boulanger, F., Émond, A., Périgny, L., Proulx, R. (2003). *Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique, 275 p.*
- Haynes, B. et Haines, A. (1998). *Getting research findings into practice: Barriers and bridges to evidence based clinical practice. BMJ, 317 : pp. 273-276.*
- Institut national de santé publique (2001). *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins, pp. 22-23.*
- Jewett, AE., Bain, LL., Ennis, CD. (1995). *The curriculum process in physical education. Journal of Teaching in Physical Education, vol. 15, p. 338-354.*
- Keefe, JW. (1987). *Learning style Theory and Practice: Diagnosing And Prescribing Programs. Reston, VA: National Association of Secondary School Principals. pp. 27-38.*
- Kolb, DA. (1984). *Experiential Learning, Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall. 256 pages.*
- Lachance, B., Colgan, J. (2004). *Vers une stratégie de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention des maladies chroniques. Cadre de référence (volet adulte). Document de travail, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, Québec, 55 p.*
- Lavoie, L., Marquis, D., Laurin, P. (2003). *La recherche-action : théorie et pratique : manuel d'autoformation. Presses de l'Université du Québec, 229 p.*
- Mandeville, L. (2001). *Apprendre par l'expérience, un modèle applicable à la formation continue, dans La formation continue. De la réflexion à l'action, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, p. 211-233.*
- McClaran, J., Kaufman, D., Toombs, M., Beardall, S., Levy, I., Chockalingeem, A. (2001). *From Death and disability to patient empowerment : an interprofessional partnership to achieve cardiovascular health in Canada, Journal canadien de santé publique, vol 92, no 4, juillet-août.*

- Miles, MB., Huberman, MA. (2003). *Analyse des données qualitatives*, traduction de la 2e édition américaine par Martine Hlady Rispal, De Boeck Université, Paris, 626 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, 133 p.
- Morin, P., Demers, K., Giguère, C., St-Cyr Tribble, D., Lane, J. (2007). *Prise de suppléments multivitaminiques pour la prévention primaire des anomalies congénitales, Application d'une pratique clinique préventive*, Canadian Family Physician – Le médecin de famille canadien, vol. 53, p. 2142.
- Mongeau, P. et Tremblay, J. (2002). *Survivre. La dynamique de l'inconfort*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 142 p.
- Prochaska, JO., DiClemente, CC., Norcross, JC. (1992). *In search of how People Change. Applications to Addictive Behaviors*, American Psychologist, vol. 47, no 9, p. 1102-1114.
- Provost, S. et Drouin, M. (2005). *Pratiques cliniques préventives des médecins omnipraticiens, Portrait de la situation dans les Laurentides*, DSP des Laurentides, automne 2005, 83 p.
- Schön, D. et Rein, M. (1994). *Frame Reflection: Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies*. New York: Basic Books.
- Schön, D. et Argyris, C. (1996). *Organizational learning II: Theory, method and practice*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Soulière, L., Ratté, N. (2003). *Au cœur de la vie en Mauricie et au Centre-du-Québec : interventions recommandées et interventions brèves proposées*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Document de travail.
- Walsh, JME., McPhee, SJ. (1992). *A Systems Model of Clinical Preventive Care: an Analysis of Factors Influencing Patient and Physician*, Health Education Quartely, vol. 19, no 2, p. 157-175.
- Wyszewlanski, L., Green, LA. (2000). *Strategies for changing clinicians' practice patterns. A new perspective*, Journal of family practice, no 49, pp. 461-464.
- Van der Maren, JM. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 502 p.
- Villeneuve, L. (1991). *Des outils pour apprendre : reconnaître et développer ses connaissances, ses habiletés et ses attitudes*. Montréal : Éditions Saint-Martin, 192 p.
- Xhignesse M., non publié.
- Yusuf Salim et al. (2004). *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study): Case-control study* The Lancet, september.

Annexe 1 - Fiche de recrutement

RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS au projet de recherche sur les PCP sur les saines habitudes de vie (0-5-30)

Le CSSS-IUGS mène une étude sur *l'évaluation d'une formation multistratégique en vue de favoriser l'appropriation de pratiques cliniques préventives au regard des maladies chroniques*.

Plus spécifiquement, cette étude vise à favoriser le recours aux pratiques cliniques préventives en lien avec l'adoption des saines habitudes de vie dans la prévention des maladies chroniques. Pour ce faire, elle se propose d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer comment une formation destinée aux professionnels de la santé peut se transférer dans la pratique professionnelle. La formation est basée sur un processus d'apprentissage expérientiel, c'est-à-dire un processus où le professionnel apprend grâce à son implication personnelle et professionnelle dans la recherche.

Nous sollicitons votre participation à cette étude, participation qui s'échelonne sur 10 mois et dont les activités sont décrites ci-dessous :

- 1) Choisir une **habitude de vie à « expérimenter »** : soit la prise de 5 fruits et légumes quotidiennement, soit la pratique de 30 minutes d'activité physique par jour. L'expérimentation de l'habitude de vie se fait hors des heures de travail.
- 2) Adopter cette habitude de vie pour une **période minimale d'un mois** (on espère que vous poursuivrez l'intégration de cette habitude de vie à long terme !).
- 3) Prendre part à **trois rencontres individuelles avec un expert de contenu** en kinésiologie ou en nutrition. La première rencontre servira de départ à la période du vécu expérimental et sera d'une durée de 30 minutes. Elle aura lieu en avril. La deuxième rencontre permettra à l'expert de faire un suivi et de vous conseiller. Cette rencontre se tiendra en juillet ou en août et sera d'une durée de 15 minutes. La troisième rencontre servira à faire le point sur l'adoption de la saine habitude de vie choisie et à clore le projet. Elle aura lieu en décembre et sera d'une durée de 15 minutes. Ces rencontres se tiendront durant vos heures de travail.
- 4) Participer à **deux groupes de discussion**, soit 2 et 4 semaines après la formation interactive (donc durant la période expérimentale de votre habitude de vie choisie) afin de partager votre expérience et d'approfondir les concepts qui sous-tendent l'adoption d'une habitude de vie telle que les croyances, le sentiment d'inconfort et la motivation. Chaque groupe de discussion sera d'une durée maximale de 60 minutes. Ils seront enregistrés sur bande audio. Cependant, afin de préserver l'anonymat, le contenu des discussions sera transcrit sur papier en respectant un système de code chiffré. Ce système sera connu par les membres de l'équipe de recherche exclusivement. Les groupes de discussion auront lieu durant vos heures de travail et seront rémunérés.

- 5) Participer à **trois focus groups** d'une durée maximale d'une heure et demie, et qui auront lieu en mai, septembre et novembre. Ils seront enregistrés sur bande audio. Cependant, afin de préserver l'anonymat, le contenu des discussions sera transcrit sur papier en respectant un système de code chiffré. Ce système sera connu par les membres de l'équipe de recherche exclusivement. Aucune préparation préalable ne sera requise. Les thèmes discutés seront :
- la transposition des saines habitudes de vie, vécues sur le plan personnel, dans les pratiques professionnelles (en mai) ;
 - les moyens favorisant la transposition des saines habitudes de vie à l'ensemble de l'établissement (en septembre) ;
 - les moyens favorisant la transposition des saines habitudes de vie à l'approche populationnelle (en novembre). Les focus groups auront lieu durant vos heures de travail et seront rémunérés.

Un questionnaire portant sur les perceptions, les valeurs, les attitudes et les comportements en santé ainsi que sur les facteurs facilitants, prédisposant et renforçant le recours aux PCP en lien avec les saines habitudes de vie vous sera remis au tout début de l'étude. Le même questionnaire vous sera remis à la fin de l'étude pour évaluer les modifications dans vos perceptions et vos habitudes de vie. Le fait de répondre à un questionnaire autoadministré est considéré comme un consentement.

Vous serez également encouragé à compléter un **journal de bord** sur une base quotidienne durant un mois afin de documenter l'adoption de l'habitude de vie choisie. Cet outil est facultatif. Chaque entrée prend environ 2 minutes. Vous pourrez compléter le journal de bord sur vos heures de travail.

En dernier lieu, vous pourrez assister, de façon facultative, à des **ateliers-midi**, planifiés par des experts de contenu, sur des sujets tels que les changements de comportement, la gestion du stress, les étiquettes alimentaires, les habitudes de vie et la famille, etc. Un total de quatre ateliers sera mis sur pied. Ces ateliers auront lieu sur l'heure du midi et ne seront pas rémunérés. Les ateliers seront conçus dans le but de poursuivre le processus d'appropriation des connaissances liées à la prévention des maladies chroniques.

Il est à noter que votre implication demeure tout à fait volontaire. Vous pouvez également mettre fin à votre participation en tout temps.

L'équipe de recherche vous remercie de votre intérêt!

Pascale Morin, chercheuse principale
Direction de la coordination et des affaires académiques
Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement
Édifice Murray
Tel : (819) 562-9121 # 47111
Courriel : pmorin.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Anne-Marie Lalonde, professionnelle de recherche
Direction de la coordination et des affaires académiques
Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement
Édifice Murray
Tel : (819) 562-9121 # 47098
Courriel : amlalonde.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Évaluation de l'implantation et des retombées d'une formation multistratégique destinée aux professionnels de la santé en vue de favoriser l'appropriation de pratiques cliniques préventives (PCP) au regard des maladies chroniques.

Description de la recherche

Nous recrutons présentement pour une recherche qui porte sur le recours aux pratiques cliniques préventives (PCP) en lien avec la prévention des maladies chroniques. Les objectifs sont de favoriser le recours aux PCP en lien avec l'adoption des saines habitudes de vie chez les professionnels de la santé. Plus spécifiquement, la recherche propose d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer comment les acquis issus d'une formation destinée aux professionnels de la santé peuvent se transférer dans leur pratique professionnelle, et ainsi favoriser un discours plus convivial auprès de la clientèle à risque de maladies chroniques.

La formation est basée sur un processus d'apprentissage expérientiel, c'est-à-dire un processus où le professionnel apprend grâce à son implication personnelle et professionnelle dans la recherche. La première étape de la formation consiste à vivre un changement de comportement relié à une saine habitude de vie. Pendant un mois, vous serez appelé à adopter une des saines habitudes de vie suivantes : la pratique quotidienne de 30 minutes d'activité physique ou la consommation de 5 portions de fruits et légumes par jour.

Recrutement des participants correspondant le plus aux objectifs de la recherche (en ordre de priorité)

1. Intervenants qui font des consultations individuelles auprès de clients et qui ont recours aux pratiques cliniques préventives (PCP) sur la saine alimentation ou l'activité physique
2. Intervenants qui font des consultations individuelles auprès de clients et qui fait du counselling sur les saines habitudes de vie
3. Intervenants qui font des consultations individuelles auprès de clients et qui discutent de changements de comportement
4. Intervenants qui font des consultations de groupe avec des clients

Fiche de recrutement

| | Êtes-vous à l'emploi du CSSS depuis au moins 6 mois? | Faites-vous de l'activité physique au moins 30 minutes par jour? | Mangez-vous au moins 5 portions de fruits et légumes par jour? | Souffrez-vous de problèmes de santé qui impliquent un suivi particulier en activité physique? | Coordonnées (nom, extension téléphonique) | Préférence |
|-----|---|--|--|---|---|-------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 2. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 3. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 4. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 5. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 6. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 7. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 8. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 9. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 10. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |

| | Êtes-vous à l'emploi du CSSS depuis au moins 6 mois? | Faites-vous de l'activité physique au moins 30 minutes par jour? | Mangez-vous au moins 5 portions de fruits et légumes par jour? | Souffrez-vous de problèmes de santé qui impliquent un suivi particulier en activité physique? | Coordonnées (nom, extension téléphonique) | Préférence |
|-----|---|--|--|---|---|-------------|
| 11. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 12. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 13. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 14. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 15. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 16. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 17. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 18. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 19. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 20. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |

| | Êtes-vous à l'emploi du CSSS depuis au moins 6 mois? | Faites-vous de l'activité physique au moins 30 minutes par jour? | Mangez-vous au moins 5 portions de fruits et légumes par jour? | Souffrez-vous de problèmes de santé qui impliquent un suivi particulier en activité physique? | Coordonnées (nom, extension téléphonique) | Préférence |
|-----|---|--|--|---|---|-------------|
| 21. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 22. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 23. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 24. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 25. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 26. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 27. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 28. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 29. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |
| 30. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | 5 30 Aucune |

Annexe 2 - Thème des focus groups

FOCUS GROUP SUR LA TRANSPOSITION DES SAINES HABITUDES DE VIE, VÉCUES SUR LE PLAN PERSONNEL, DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

❖ Salutations et présentations

Bonjour, mon nom est (_____), je suis (_____) et je vous présente (_____) professionnelle de recherche au Centre d'Innovation, de Recherche et d'Enseignement (le CIRE). Nous travaillons au CIRE, dans le cadre d'une recherche qui s'intéresse aux pratiques cliniques préventives en lien avec les saines habitudes de vie, recherche codirigée par Pascale Morin. On vous rencontre aujourd'hui parce que vous acceptez de participer à un focus group.

Un focus group est une entrevue qui réunit 6 à 12 participants et un intervieweur et qui a pour but de discuter, de façon structurée, d'un sujet prédéterminé.

Le sujet du focus group d'aujourd'hui est la transposition de ce que vous avez vécu et acquis lors de votre expérimentation d'une nouvelle habitude de vie, dans vos pratiques professionnelles. En d'autres mots, le focus group a pour but de vous faire mettre en lumière, en groupe, les façons d'utiliser vos apprentissages personnels concernant les habitudes de vie dans votre pratique professionnelle quotidienne. La durée maximale du focus group sera de 90 minutes. Je vais animer la discussion et (_____) va recueillir vos propos sur papier et prendre en compte l'ordre des personnes qui désirent parler.

Vos propos seront enregistrés sur bande audio et transcrits sur papier afin d'en faciliter l'analyse.

Est-ce que vous avez des questions ?

Merci.

Décrire brièvement le but de l'étude

❖ Démarrer le magnétophone

❖ Thème #1 (15 minutes)

Au quotidien, comment avez-vous vécu, ou vivez-vous encore, l'adoption de l'habitude de vie choisie?

- Motivation : explorer les éléments rattachés au sens, au sentiment de compétence, au sentiment de contrôle et aux conditions environnementales (famille, travail, culture, etc.) dans lesquelles les personnes évoluent
- changement de comportements, d'attitudes et de croyances
- sentiment de confort (plaisir, satisfaction personnelle, création d'inconfort chez d'autres, manque de soutien du conjoint, des enfants, etc.)
- avantages (fonction sociale, plaisir, évitement d'événements désagréables, etc.)
- obstacles généraux

❖ Thème #2 (15 minutes)

Comment avez-vous réussi à intégrer l'habitude de vie choisie à votre quotidien?

- Quelles sont les contraintes rencontrées sur les plans de l'engagement et de la persévérance dans le choix de l'habitude de vie retenue?
- Quels moyens personnels et extrapersonnels (ex. : votre conjoint fait de l'exercice avec vous. Votre conjoint a accepté de modifier ses habitudes alimentaires pour vous soutenir. Horaire et moyens instaurés pour poursuivre l'habitude de vie) sont mis à profit pour composer avec les contraintes rencontrées?
- Vous est-il arrivé de réexaminer votre choix? Comment cela s'est-il manifesté? Cela a-t-il été fréquent? Que retirez-vous de ces épisodes de réflexion?

❖ Thème #3 (30 minutes)

Est-ce que le fait de vivre l'adoption d'une habitude de vie a influencé votre pratique professionnelle?

- CSSS-IUGS : en particulier lorsque vous effectuez du counselling bref sur les habitudes de vie?
- Les aspects qui nous intéressent sont : la fréquence de ce counselling, vos façons d'aborder la question, votre confort lors du counselling, votre sentiment de compétence ou d'incompétence, etc.
- Votre propre expérience vous amène-t-elle à aborder cette habitude de vie autrement que par le passé? En quoi est-ce différent? (ex. : stratégies différentes, passe par sa propre expérience concrète des choses, invoque le ressenti, parle de ses propres difficultés et des

trucs découverts pour composer avec ces difficultés, meilleure sélection des personnes avec lesquelles discuter de ces choses).

- Comment pourriez-vous tirer avantage de votre apprentissage personnel d'un changement de comportement dans votre pratique professionnelle?

❖ Thème #4 (15 minutes)

Comment les groupes de discussion vous ont-ils aidés, outillés?

- En termes de savoirs, de stratégies d'intervention, de manières d'envisager les problèmes rattachés à l'adoption d'habitudes de vie et de changement de comportements
- Ressentez-vous d'autres besoins de formation? Lesquels?

❖ Retour sur le focus group (5 minutes)

Comment avez-vous trouvé le focus group?

- Utilité
- Formule
- Type de question facile à répondre?
- Durée

.....
Définition de PCP : ensemble d'interventions menées par un professionnel de la santé auprès d'un client, pouvant comprendre :

- un counselling sur les habitudes de vie
- le dépistage des maladies ou des facteurs de risque
- la vaccination
- la chimioprophylaxie (usage d'un médicament à visée préventive)

.....
Les PCP sont utilisées dans le but de favoriser la santé et de prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux. Dans le cadre de ce focus group, les PCP feront référence uniquement au counselling sur les habitudes de vie.

.....
Définition de TRANSPOSITION : mettre en relation les éléments d'un apprentissage et les éléments d'une pratique déjà acquise.
.....



FOCUS GROUP SUR LES MOYENS FAVORISANT LA TRANSPOSITION DES SAINES HABITUDES DE VIE À L'ENSEMBLE DE L'ÉTABLISSEMENT

❖ Salutations et présentations

Bonjour, mon nom est Pascale Morin, je suis chercheuse et je vous présente Anne-Marie Lalonde professionnelle de recherche au Centre d'Innovation, de Recherche et d'Enseignement (le CIRE). Nous travaillons au CIRE, dans le cadre d'une recherche qui s'intéresse aux pratiques cliniques préventives en lien avec les saines habitudes de vie, recherche codirigée par Pascale Morin. On vous rencontre aujourd'hui parce que vous acceptez de participer à un focus group.

Un focus group est une entrevue qui réunit 6 à 12 participants et un intervieweur et qui a pour but de discuter, de façon structurée, d'un sujet prédéterminé.

Le sujet du focus group d'aujourd'hui est d'identifier les conditions gagnantes pour inciter davantage les employés du CSSS à adopter de saines habitudes de vie. La durée maximale du focus group sera de 90 minutes. Je vais animer la discussion et Anne-Marie va recueillir vos propos sur papier et prendre en compte l'ordre des personnes qui désirent parler.

Vos propos seront enregistrés sur bande audio et transcrits sur papier afin d'en faciliter l'analyse.

Est-ce que vous avez des questions ?

Merci.

Décrire brièvement le but de l'étude

❖ Démarrer le magnétophone

❖ Thème #1 (30 minutes) Tour de table

Est-ce que le fait de vivre l'adoption d'une habitude de vie a influencé votre pratique professionnelle?

- CSSS-IUGS : en ce qui concerne le counselling bref sur les habitudes de vie?
- Les aspects qui nous intéressent sont : la fréquence de ce counselling, vos façons d'aborder la question, votre confort lors du counselling, votre sentiment de compétence ou d'incompétence, etc.
- Votre propre expérience vous amène-t-elle à aborder cette habitude de vie autrement que par le passé? En quoi est-ce différent? (ex. : stratégies différentes, passe par sa propre expérience concrète des choses, parle de ses propres difficultés et des trucs découverts pour composer avec ces difficultés, meilleure sélection des personnes avec lesquelles discuter de ces choses avantages).
- Comment pourriez-vous tirer avantage de votre apprentissage personnel d'un changement de comportement dans votre pratique professionnelle?

❖ Thème #2 (20 minutes)

Comment l'établissement facilite-t-il vos pratiques professionnelles au regard des saines habitudes de vie?

- Moyens (des formations ont-elles eu lieu? Y a-t-il des incitatifs pour augmenter le recours aux pratiques préventives? Outils pour collecte de données, outils de travail à portée de main, temps des rendez-vous, affiches, dépliants, etc.)
- Ressources (personne qui agit comme leader, expertise vous est-elle accessible? Budget, etc.)

❖ Thème #3 (25 minutes)

Selon vous, quelles seraient les conditions gagnantes à mettre en œuvre par l'établissement pour inciter davantage ses employés à adopter et maintenir de saines habitudes de vie?

- Projet commun (politique d'établissement en matière de saines habitudes de vie, publicité, communication autres intervenants, traiteurs, environnement, etc.)
- Offre alimentaire (enlever les chips et le chocolat des machines distributrices, choix santé dans les cafétérias, jardin communautaire, etc.)
- Activité physique (temps de dîner plus long, douches, location de bicyclettes, club de marche, etc.)
- Activités ponctuelles (concours de marche, journée sans voiture, etc.)

❖ Thème #4 (si le temps le permet)

Une saine habitude de vie en amène-t-elle une autre?

❖ Retour (5 minutes)

Comment avez-vous trouvé le focus group?

- Utilité
- Formule
- Type de questions,
- Durée

FOCUS GROUP SUR LES MOYENS FAVORISANT LA TRANSPOSITION DES SAINES HABITUDES DE VIE À L'APPROCHE POPULATIONNELLE

❖ Salutations et présentations

Bonjour, mon nom est Pascale Morin, je suis chercheuse et je vous présente Anne-Marie Lalonde professionnelle de recherche au Centre d'Innovation, de Recherche et d'Enseignement (le CIRE). Nous travaillons au CIRE, dans le cadre d'une recherche qui s'intéresse aux pratiques cliniques préventives en lien avec les saines habitudes de vie, recherche codirigée par Pascale Morin. On vous rencontre aujourd'hui parce que vous acceptez de participer à un focus group.

Un focus group est une entrevue qui réunit 6 à 12 participants et un intervieweur et qui a pour but de discuter, de façon structurée, d'un sujet prédéterminé.

Le sujet du focus group d'aujourd'hui est la transposition de ce que vous avez acquis lors de votre expérimentation d'une nouvelle habitude de vie, à l'approche populationnelle. En d'autres mots, le focus group a pour but d'identifier des pistes pour faciliter l'adoption de saines habitudes de vie dans l'ensemble de la population desservie par le CSSS-IUGS. La durée maximale du focus group sera de 90 minutes. Je vais animer la discussion et Anne-Marie va recueillir vos propos sur papier et prendre en compte l'ordre des personnes qui désirent parler.

Vos propos seront enregistrés sur bande audio et transcrits sur papier afin d'en faciliter l'analyse.

Est-ce que vous avez des questions ?

Merci.

Décrire brièvement le but de l'étude

❖ Démarrer le magnétophone

❖ Thème #1 (20 minutes)

Il y a quelques mois, vous avez fait l'expérience d'un changement de comportement relativement à une habitude de vie (5 ou 30).

Si vous faites le bilan depuis le début de la recherche, qu'est-ce qui ressort le plus quant à votre pratique professionnelle?

- Les aspects qui nous intéressent sont : la fréquence de ce counselling, vos façons d'aborder la question, votre confort lors du counselling, votre sentiment de compétence ou d'incompétence, etc.
- Votre propre expérience vous amène-t-elle à aborder cette habitude de vie autrement que par le passé? En quoi est-ce différent? (ex. : stratégies différentes, passe par sa propre expérience concrète des choses, parle de ses propres difficultés et des trucs découverts pour composer avec ces difficultés, meilleure sélection des personnes avec lesquelles discuter de ces choses avantages).
- Comment pourriez-vous tirer avantage de votre apprentissage personnel d'un changement de comportement dans votre pratique professionnelle?

❖ Thème #2 (30 minutes)

Vous êtes la nouvelle mairesse de Sherbrooke (ou le DG de l'établissement) et un budget illimité vient de vous être déposé pour l'amélioration des saines habitudes de vie dans la population. Que proposez-vous?

- Quel argument bâtir pour développer cette habitude de vie dans la population
- Quels moyens d'action proposer pour faire adopter une habitude de vie à la population
- Comment pensez-vous qu'on pourrait aborder le message populationnel qui édifie l'adoption des saines habitudes de vie comme étant dorénavant la « norme » en santé. La nouvelle norme = la personne qui prend sa santé en main
- Plus personnellement, en tant que professionnel ou intervenant, que feriez-vous sans attendre que le gouvernement ou le CSSS fasse quelque chose?

Définition d'APPROCHE POPULATIONNELLE : la responsabilité, par les établissements de santé, de la santé et du bien-être de toute la population qui réside sur leur territoire d'action, qu'elle utilise ou non les services.

❖ Thème #3 (20 minutes)

Une saine habitude de vie en amène-t-elle une autre?

❖ Retour (10 minutes)

Comment avez-vous trouvé l'ensemble des focus groups?

- Utilité
- Formule
- Type de questions,
- Durée

Annexe 3 - Échéancier et temps requis par les participants

| | | | | |
|---|---|--------------|-----------------|-------------|
| Vécu expérimental | Rencontrer l'expert de contenu (individuellement) | Avril | 30 | CSSS |
| | Participer au 1 ^{er} groupe de discussion (par sous-groupes) | Avril | 60 | CSSS |
| | Participer au 2 ^e groupe de discussion (par sous-groupes) | Avril-mai | 60 | CSSS |
| | Remplir le journal de bord ¹ | Avril | 40 | CSSS |
| Transposition dans les pratiques professionnelles | Participer à un focus group | Mai | 90 | CSSS |
| Formation | Participer à l'atelier 1 | Mai | 30 ² | Participant |
| Suivi | Rencontrer l'expert de contenu (individuellement) | Juillet-août | 15 | CSSS |
| Transposition dans l'établissement | Participer à un focus group | Septembre | 90 | CSSS |
| Formation | Participer à l'atelier 2 | Septembre | 30 ² | Participant |
| Formation | Participer à l'atelier 3 | Octobre | 30 ² | Participant |
| Transposition selon l'approche populationnelle | Participer à un focus group | Novembre | 90 | CSSS |
| Formation | Participer à l'atelier 4 | Novembre | 30 ² | Participant |
| Portrait de la situation | Répondre au questionnaire (post) | Décembre | 15 | CSSS |
| Suivi | Rencontrer l'expert de contenu (individuellement) | Décembre | 15 | CSSS |
| Total du temps requis par participant : | | | 550 | |
| Nombre de participants : | | | 20 | |
| GRAND TOTAL DU TEMPS REQUIS (HEURES) : | | | 183 | |



Activités facultatives

¹ À raison de 2 minutes par jour (7 jours par semaine, dont 5 jours durant les heures de travail) durant 4 semaines

² Ces activités sont réalisées hors des heures de travail et ne sont pas incluses dans le total du temps requis

**Annexe 4 - Formulaire de consentement pour les
professionnels de la santé**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

1^{re} partie

Déclaration de responsabilité des chercheurs

Titre du projet :

Évaluation de l'implantation et des retombées d'une formation multistratégique destinée aux professionnels de la santé en vue de favoriser l'appropriation de pratiques cliniques préventives (PCP) au regard des maladies chroniques.

Source de financement :

Programme de subventions en santé publique (programme conjoint MSSS-Agence)

Chercheuse principale :

- Pascale Morin, Professeure associée, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke et chercheure au CSSS-IUGS, composante CLSC.

Co-chercheurs :

- Jean-François Desbiens, Faculté d'éducation physique et sportive, Université de Sherbrooke.
- Denise Donovan, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke et Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Marianne Xhignesse, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

Collaborateurs :

- Chantal Dupont, CSSS-IUGS
- Sylvie Hinse, CSSS-IUGS
- Mario Morand, CSSS des Sources
- Serge Poulin, CSSS des Sources
- Denise Beauséjour, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
- Louise Soulière, Université de Sherbrooke

Déclaration de responsabilité :

[La chercheuse principale ainsi que les chercheurs-collaborateurs sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement.](#)

Signature des chercheurs principaux :

Pascale Morin _____

Jean-François
Desbiens _____

2^e partie

Formulaire de consentement

1. Présentation

Le CSSS-IUGS mène une étude sur *l'évaluation d'une formation multistratégique en vue de favoriser l'appropriation de pratiques cliniques préventives au regard des maladies chroniques*. Vous avez été identifié(e) par votre supérieur(e) comme étant un(e) professionnel(le) de la santé pouvant participer à ce projet de recherche.

2. Objectifs du projet

Plus spécifiquement, cette étude vise à favoriser le recours aux pratiques cliniques préventives en lien avec l'adoption des saines habitudes de vie dans la prévention des maladies chroniques. Pour ce faire, elle se propose d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer comment une formation destinée aux professionnels de la santé peut se transférer dans la pratique professionnelle. La formation est basée sur un processus d'apprentissage expérientiel, c'est-à-dire un processus où le professionnel apprend grâce à son implication personnelle et professionnelle dans la recherche.

3. Nature de la participation

Nous sollicitons donc votre participation à cette étude, participation qui s'échelonne sur 10 mois et dont les activités sont décrites ci-dessous :

- 6) Choisir une **habitude de vie à « expérimenter »** : soit la prise de 5 fruits et légumes quotidiennement, soit la pratique de 30 minutes d'activité physique par jour. L'expérimentation de l'habitude de vie se fait hors des heures de travail.
- 7) Adopter cette habitude de vie pour une **période minimale d'un mois** (on espère que vous poursuivrez l'intégration de cette habitude de vie à long terme !).
- 8) Prendre part à **trois rencontres individuelles avec un expert de contenu** en kinésiologie ou en nutrition. La première rencontre servira de départ à la période du vécu expérimental et sera d'une durée de 30 minutes. Elle aura lieu en avril. La deuxième rencontre permettra à l'expert de faire un suivi et de vous conseiller. Cette rencontre se tiendra en juillet ou en août et sera d'une durée de 15 minutes. La troisième rencontre servira à faire le point sur l'adoption de la saine habitude de vie choisie et à clore le projet. Elle aura lieu en décembre et sera d'une durée de 15 minutes. Ces rencontres se tiendront durant vos heures de travail.

- 9) Participer à **deux groupes de discussion**, soit 2 et 4 semaines après la formation interactive (donc durant la période expérimentale de votre habitude de vie choisie) afin de partager votre expérience et d'approfondir les concepts qui sous-tendent l'adoption d'une habitude de vie telle que les croyances, le sentiment d'inconfort et la motivation. Chaque groupe de discussion sera d'une durée maximale de 60 minutes. Ils seront enregistrés sur bande audio. Cependant, afin de préserver l'anonymat, le contenu des discussions sera transcrit sur papier en respectant un système de code chiffré. Ce système sera connu par les membres de l'équipe de recherche exclusivement. Les groupes de discussion auront lieu durant vos heures de travail et seront rémunérés.
- 10) Participer à **trois focus groups** d'une durée maximale d'une heure et demie, et qui auront lieu en mai, septembre et novembre. Ils seront enregistrés sur bande audio. Cependant, afin de préserver l'anonymat, le contenu des discussions sera transcrit sur papier en respectant un système de code chiffré. Ce système sera connu par les membres de l'équipe de recherche exclusivement. Aucune préparation préalable ne sera requise. Les thèmes discutés seront :
- la transposition des saines habitudes de vie, vécues sur le plan personnel, dans les pratiques professionnelles (en mai) :
 - les moyens favorisant la transposition des saines habitudes de vie à l'ensemble de l'établissement (en septembre);
 - les moyens favorisant la transposition des saines habitudes de vie à l'approche populationnelle (en novembre). Les focus groups auront lieu durant vos heures de travail et seront rémunérés.

Un **questionnaire** portant sur les perceptions, les valeurs, les attitudes et les comportements en santé ainsi que sur les facteurs facilitants, prédisposant et renforçant le recours aux PCP en lien avec les saines habitudes de vie vous sera remis au tout début de l'étude. Le même questionnaire vous sera remis à la fin de l'étude pour évaluer les modifications dans vos perceptions et vos habitudes de vie. Le fait de répondre à un questionnaire autoadministré est considéré comme un consentement.

Vous serez également encouragé à compléter un **journal de bord** sur une base quotidienne durant un mois afin de documenter l'adoption de l'habitude de vie choisie. Cet outil est facultatif. Chaque entrée prend environ 2 minutes. Vous pourrez compléter le journal de bord sur vos heures de travail.

En dernier lieu, vous pourrez assister, de façon facultative, à des **ateliers-midi**, planifiés par des experts de contenu, sur des sujets tels que les changements de comportement, la gestion du stress, les étiquettes alimentaires, les habitudes de vie et la famille, etc. Un total de quatre ateliers sera mis sur pied. Ces ateliers auront lieu sur l'heure du midi et ne seront pas rémunérés. Les ateliers seront conçus dans le but de poursuivre le processus d'appropriation des connaissances liées à la prévention des maladies chroniques.

4. Bénéfices

L'étude comporte certains bénéfices pour vous. L'amélioration de la santé physique par l'adoption structurée et suivie d'une saine habitude de vie (alimentation, activité physique) constitue un premier bénéfice. En second lieu, la recherche permet une meilleure connaissance de soi parce qu'elle offre l'occasion de porter un regard sur son vécu personnel, sa pratique professionnelle et de faire part de ses idées pour l'organisation et la population desservie.

5. Risques et inconvénients

La participation à l'étude peut comporter certains risques. Le fait de relater, lors des focus groups et des groupes de discussion, vos perceptions et opinions au sujet des saines habitudes de vie peut générer une certaine insécurité relativement à l'appréciation de votre travail par vos collègues. De plus, le témoignage de votre propre changement de comportement peut engendrer de l'inconfort dû au fait que certaines personnes ont plus de facilité que d'autres à intégrer de saines habitudes de vie dans leur quotidien.

Toutefois, un soutien vous est offert par le programme d'aide aux employés – PAE. De plus, le vécu de l'expérience a pour but de permettre l'exploration des concepts (motivation et confort, par exemple) et des stratégies qui favorisent et facilitent l'engagement, la participation et la persistance à une nouvelle habitude de vie. Dans ce sens, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. La compétition n'est aucunement encouragée et l'étude ne vise pas à comptabiliser la réussite ou l'échec.

6. Confidentialité

L'entrevue sera enregistrée sur bande audio. Cependant, afin de préserver l'anonymat, le contenu de la discussion sera transcrit sur papier en respectant un système de code chiffré. Ce système sera connu par les membres de l'équipe de recherche exclusivement. L'ensemble des données recueillies sera conservé sous clé au CSSS-IUGS et placé sous la responsabilité conjointe des chercheurs principaux. Les données seront détruites 5 ans après la fin de l'étude.

En signant ce formulaire de consentement, vous donnez l'autorisation aux chercheurs principaux de transmettre au CSSS-IUGS certains renseignements au dossier de recherche à des fins de contrôle de la qualité ou afin de faire valoir vos droits dans une situation de plainte de votre part. Par ailleurs, le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie pourrait aussi avoir accès au dossier de recherche à des fins de surveillance.

7. Retrait de la participation

Il est à noter que votre implication demeure tout à fait volontaire. Vous pouvez mettre fin à votre participation en tout temps, sans conséquence pour la nature de votre emploi ou pour vos relations de travail avec vos collègues.

8. Communication des résultats

Vous serez informé des résultats de la recherche par des communications écrites ou orales faisant partie des activités de diffusion des connaissances scientifiques de l'établissement.

9. Études ultérieures

[J'autorise les personnes responsables de ce projet à me recontacter pour me proposer d'utiliser les données recueillies à mon sujet aux fins d'une autre recherche à l'intérieur d'une période maximale de 5 ans.](#)

Oui Non

10. Personne à contacter de l'équipe de recherche

Tout au long du projet de recherche, vous pourrez joindre Pascale Morin au numéro de téléphone 819 562-9121 poste 47111, pour une information supplémentaire ou un problème relié au projet de recherche.

11. Approbation par le comité d'éthique de la recherche

[Cette recherche a été évaluée par le Comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Cette démarche a pour but d'assurer la meilleure protection possible des participants.](#)

Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à cette recherche, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable de la recherche, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Vous pourrez la joindre par l'intermédiaire de son secrétariat, en composant le numéro suivant : 819 569-9121, poste 47101.

12. Consentement

Je soussigné(e), _____, déclare que _____ m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : _____

Je soussigné(e), _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : _____

Fait à _____, le _____.

S.v.p. remettre ce formulaire à la professionnelle de recherche lors de votre première rencontre de groupe.

**Annexe 5 - Approbation du Comité d'éthique
de la recherche des CSSS de l'Estrie**

Comité d'éthique de la recherche des centres de
santé et de services sociaux de l'Estrie



Le 19 février 2007

Madame Pascale Morin
Centre de santé et de services sociaux -
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
500, rue Murray, bureau 100
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6

Nicole Dubuc,
Présidente

Monelle Parent,
Experte en éthique

Éliane-Marie Gaulin,
Avocate

Jean Gagnon,
Chercheur

Carole Bernier,
Médecin, chercheuse

Pascale Morin,
Chercheuse
représentant le CLSC
universitaire

Luc Loignon,
Membre issu du public

Irenée LeBourdais,
Intervenant

Denise Donovan,
Médecin

Benoît Van Caloën,
Professeur

Marie-Josée Donahue,
Membre issu du public

Céline Bacon
Membre issu du public
(membre suppléante)

Secrétariat
500, rue Murray, bureau 100
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
Tél. : 819-562-9121, poste 47101
Télécopieur : 819-780-1303
Courriel :
lturcotte.csss-tugs@ssss.gouv.qc.ca

Objet : Évaluation éthique et scientifique du projet « Évaluation de l'implantation
et des retombées d'une formation multistratégique destinée
aux professionnels de la santé en vue de favoriser l'appropriation
de pratiques cliniques préventives au regard des maladies chroniques » - 2006-08

Madame,

Les versions des formulaires de consentement déposées au secrétariat du CÉR sont conformes aux exigences du comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux. Vous pouvez donc amorcer votre collecte de données dans le ou les établissements concernés.

Nous vous rappelons que vous devez déposer le « Journal de bord » utilisé comme outil de collecte de données lorsqu'il est complété.

Veillez agréer, Madame, mes salutations sincères et bon succès dans votre projet.

La présidente,

Nicole Dubuc

c. c. Madame Johanne Archambault, directrice administrative de l'enseignement et de la recherche, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Madame Denise St-Cyr Tribble, directrice scientifique de la recherche, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Madame Nancy Hamel, secrétariat de la recherche, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

U:\Comité CÉR\Projet de recherche\Projets 2006-2007\Appropriation de pratiques cliniques préventives des maladies chroniques (P Morin) 2006-08\Lettre d'approbation - février 2007.doc

Centre de santé et de services sociaux
de la MRC-du-Colléroux



Sept établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie se sont
dotés d'un Comité d'éthique de la recherche commun

Centre de santé et de services sociaux
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke

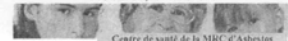
Carrefour Santé du Granit
OUVERTURE

Centre de santé et de services sociaux
du Haut-Saint-François

Centre de santé et de services sociaux
de Memphrémagog

Centre de santé et de services sociaux
du Val-Saint-François

trois missions, une même vision





À PROPOS DU DOCUMENT ...

Les professionnels de la santé savent qu'une grande partie des maladies chroniques peuvent être prévenues ou retardées par l'adoption de saines habitudes de vie comme la pratique régulière d'activité physique, la saine alimentation et l'arrêt tabagique. Cependant, rares sont ceux qui intègrent les pratiques cliniques préventives (PCP) de manière efficace dans leur pratique professionnelle. Cette recherche visait à utiliser l'apprentissage expérientiel comme pierre angulaire d'une approche à interventions multiples afin d'augmenter le recours des professionnels aux PCP. La recherche s'est tenue au CSSS-IUG de Sherbrooke et au CSSS des Sources. Les données qualitatives ont été recueillies au cours de 4 entrevues auprès de gestionnaires et de 3 focus groups menés auprès des professionnels. Des questionnaires autoadministrés ont été remplis par 27 professionnels de la santé, avant et après l'approche à interventions multiples. Les résultats préliminaires annoncent des modifications dans les perceptions et les comportements personnels qui se traduisent par des changements dans la pratique professionnelle. Les retombées sont de plusieurs ordres. Tout d'abord, le projet favorise le recours convivial et concerté des professionnels de la santé aux PCP auprès de leur clientèle, en lien avec la promotion de saines habitudes de vie. En second lieu, il a été constaté que les apprentissages expérientiels entraînent des modifications dans les habitudes de vie des professionnels eux-mêmes.

À PROPOS DES AUTEURS...

Pascale Morin est agente de planification, de programmation et de recherche au Centre de santé et de services sociaux—Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Jean-François Desbiens est professeur à la Faculté d'éducation physique et sportive de l'Université de Sherbrooke

À PROPOS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX—INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE (CSSS-IUGS)

Le CSSS-IUGS possède une désignation d'institut universitaire de gériatrie et une désignation de centre affilié universitaire. Ces deux désignations font en sorte de créer un environnement de travail où l'innovation est présente dans l'optique de contribuer au rehaussement constant de la qualité des services. Cela se traduit par la omniprésence de l'enseignement, de la recherche et du partage des connaissances au sein de l'établissement. Les publications du CSSS-IUGS visent ainsi à favoriser la diffusion et le partage des connaissances produites par les intervenants, les gestionnaires, les chercheurs et les stagiaires de l'établissement.

