

Série D : Essais et travaux académiques



Transposition des saines habitudes de vie dans la pratique professionnelle des médecins

RAPPORT DE STAGE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Rapport réalisé par :

Karine Arseneault
Nicolas Boisvert
Mathieu Larrivée
François Ménard

Étudiants en médecine
à l'Université de Sherbrooke

Sous la supervision de Pascale Morin, Ph. D.

Octobre 2007

Recherche et rédaction : Karine Arseneault, Nicolas Boisvert, Mathieu Larrivée et François Ménard, étudiants en médecine (santé communautaire) à l'Université de Sherbrooke

Pages de présentation pour le CIRE : Anne-Marie Lalonde, agente de planification, de programmation et de recherche

Révision linguistique des pages de présentation pour le CIRE : Nancy Hamel, agente administrative

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante :

Julie Pouliot, agente administrative
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)
Direction de la coordination et des affaires académiques
500, rue Murray, bureau 100
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
(819) 562-9121, poste 47087
jpouliot.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

ISBN-13 : 978-2-922997-53-8 (Version PDF)

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec 2007
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada 2007

© Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement



Octobre 2007

Chère lectrice et cher lecteur,

Il nous fait plaisir de vous présenter les résultats d'un travail de stage en santé communautaire réalisé par une équipe d'étudiants en médecine.

Il nous apparaît important de diffuser les travaux académiques réalisés en collaboration avec le CSSS-IUG de Sherbrooke, centre affilié universitaire, de façon à illustrer la contribution des étudiantes et des étudiants au développement de notre établissement. Une telle diffusion permet également de faire bénéficier le personnel de notre établissement, de même que des personnes d'autres milieux, des connaissances et des enseignements issus de ces travaux académiques.

Le travail des étudiants a été encadré par Pascale Morin, chercheuse et agente de planification, de programmation et de recherche au CSSS-IUGS et professeure associée au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke, ainsi que par Anne-Marie Lalonde, professionnelle de recherche au CSSS-IUGS.

Ce projet s'inscrit dans la foulée des directives énoncées par le ministère de la Santé et des Services sociaux par le biais du Programme national de santé publique 2003-2012. En effet, parmi les sept priorités du Programme national de santé publique, on identifie l'acquisition de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques.

La contribution des étudiants, de la professeure et de la professionnelle de recherche, dont rend compte le présent document, a consisté à réaliser une recension des écrits sur les pratiques cliniques préventives chez les médecins ainsi qu'une enquête auprès de médecins des groupes de médecine de famille (GMF) pour évaluer leurs modalités de participation à un projet de recherche. Le rapport est présenté sous forme de demande de subvention qui tient compte des résultats de l'enquête.

Nous remercions chaleureusement Karine Arseneault, Nicolas Boisvert, Mathieu Larrivée et François Ménard pour le travail réalisé en collaboration avec le CSSS-IUGS. Nous espérons que ce document vous intéressera.

Bonne lecture!

La directrice de la coordination et des
affaires académiques,

Johanne Archambault

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE	7
But	9
OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES	9
Objectif	9
Objectif	9
Objectif	9
MÉTHODOLOGIE	10
Approche envisagée	10
Population à l'étude	10
Collecte de données et instruments	11
Variables	11
Analyse	12
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	12
RETOMBÉES DU PROJET	13
PLAN DE DIFFUSION	13
BIBLIOGRAPHIE.....	15
PRÉSENTATION POWERPOINT	17

Titre : *Transposition des saines habitudes de vie dans la pratique professionnelle des médecins*

Introduction et problématique

Au Québec, les maladies chroniques telles que l'obésité, le diabète, les cancers, les maladies cardiovasculaires et respiratoires sont des problèmes majeurs prenant de plus en plus d'ampleur en santé publique (Lachance et Colgan 2004). Le fardeau croissant que les maladies chroniques imposent à nos sociétés est attribuable à la forte prévalence de multiples facteurs de risque associés aux modes de vie et surtout, à l'interrelation qui existe entre eux (www.dspq.qc.ca). Selon Rothenberg (1990) et Déry (2001), les habitudes de vie les plus facilement modifiables et qui expliquent en grande partie la hausse de morbidité et de mortalité liée aux maladies chroniques dans la population québécoise sont le tabagisme, l'alimentation et l'exercice physique. Ces habitudes de vie agissent comme facteur étiologique, synergique ou aggravant face aux maladies chroniques (www.dspq.qc.ca). En adoptant de saines habitudes de vie (pratique régulière d'activité physique, saine alimentation et arrêt tabagique), une grande part des maladies chroniques peuvent être retardées ou même prévenues (Yusuf et al. 2004).

L'adoption de saines habitudes de vie peut d'ailleurs débuter par une intervention des médecins de première ligne. Ceux-ci bénéficient d'une crédibilité importante auprès des patients (Agency for Healthcare Research and Quality 2002). Ils sont considérés comme des personnes de confiance pour les recommandations générales. Les informations et les recommandations fournies aux patients ont souvent une grande influence sur le changement de comportement de ceux-ci (Butler-Jones et al. 1996 ; McIsaac et al. 2001). Malgré que l'on croit souvent à tort que les patients ne veulent pas recevoir de recommandations sur leurs habitudes de vie, ils s'attendent dans la plupart des cas à ce que leur médecin en discute avec eux (DSP Montréal-Centre, 2004). Le médecin n'est donc pas le seul facteur jouant un rôle dans la prévention. En effet, le patient doit également jouer un rôle majeur dans la pratique clinique préventive.

Plusieurs déterminants sont susceptibles d'influencer la prévention en milieu clinique. Le modèle de Walsh et McPhee (1992) identifie à la fois les facteurs propres au

patient, au médecin, au contexte de pratique, à l'organisation des services, aux facteurs situationnels et à l'acte préventif en soi qui peuvent influencer la prestation du service préventif. Malgré l'intérêt et la valeur accordés aux pratiques cliniques préventives, peu de médecins les intègrent de manière efficace et quotidienne dans leur pratique médicale. Très souvent, les barrières évoquées empêchant une telle approche préventive sont le manque de temps, l'absence de rémunération, la lenteur et/ou l'absence de changements significatifs chez le patient, le manque de formation ou de guide en prévention, le manque d'intérêt chez le patient et l'intrusion dans la vie privée (Cornuz et al. 2000).

Plusieurs études portant sur les médecins ont déjà été effectuées afin de rechercher l'impact de saines habitudes de vie personnelles sur la pratique professionnelle préventive (Cornuz et al. 2000 ; Frank et al. 2002). À ce sujet, Cornuz (2000) rapporte que les médecins qui prennent plus de 3 consommations d'alcool par jour, qui sont plutôt sédentaires et qui manquent de certification sont moins enclins à promouvoir la prévention auprès de leur patient. Par contre, Cornuz indique que l'âge avancé (plus de 50 ans), le sexe et l'utilisation du tabac par le médecin ne semblent pas avoir une influence négative sur la pratique préventive. D'autres études ont démontré qu'un médecin qui a lui-même de saines habitudes de vie a de plus fortes chances de pratiquer une médecine préventive auprès de ses patients. Selon une étude de Frank et al. (2002), les médecins de sexe féminin qui elles-mêmes suivaient les recommandations d'activités physiques étaient plus favorables à en discuter avec leurs patients à chaque visite. Elles rapportaient, de plus, avoir davantage confiance en leur counselling à ce sujet. Une autre étude a également établi la même relation au niveau de la nutrition (Frank et al. 2002). Cependant, aucune d'elle, à notre connaissance, n'a porté sur l'expérience personnelle du médecin et à sa transposition en clinique. Il existe des preuves qu'un counselling, même bref, peut être efficace dans le contexte d'une pratique médicale, que ce soit au niveau du tabagisme, de l'alimentation ou de l'activité physique (www.dspq.qc.ca). Le terme « counselling » fait référence à une opinion qui est exprimée dans le but d'aider quelqu'un à adopter la meilleure conduite possible dans une circonstance donnée (Office québécois de la langue française 2007).

But : La recherche proposée vise à favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des médecins, afin d'améliorer la promotion des saines habitudes de vie de leur clientèle, à l'aide d'un apprentissage expérientiel.

C'est d'ailleurs l'aspect novateur de cette recherche d'utiliser l'apprentissage expérientiel comme élément fondateur de l'approche à interventions multiples (Kolb 1984). Ce modèle d'apprentissage préconise la participation à des activités se situant dans des contextes les plus rapprochés possible des connaissances à acquérir, des habiletés à développer et des attitudes à former ou à changer. L'apprentissage expérientiel permet d'assimiler de nouvelles significations par la réalisation d'acquisitions personnelles qui pourront venir compléter les connaissances déjà recueillies lors de leur formation médicale. L'apprentissage se fait par la découverte et les expériences vécues par le médecin, tout en permettant le développement d'une pratique clinique préventive. Il est souhaité que les retombées se fassent ressentir chez les médecins à deux niveaux : au niveau « personnel », par l'adoption de meilleures habitudes de vie et de changements de comportements, et au niveau « professionnel », par un recours accru aux PCP. Ces deux niveaux sont des points essentiels et primordiaux à évaluer dans cette recherche.

Objectifs généraux et spécifiques

Explorer et évaluer la faisabilité d'implanter, chez les médecins, une approche à interventions multiples destinée à augmenter le recours aux pratiques cliniques préventives favorisant la promotion de saines habitudes de vie chez les patients.

Objectif 1 : Identifier les barrières et les facteurs facilitants à une pratique clinique préventive adéquate de promotion (action qui confère des moyens d'assurer un contrôle sur la santé) de saines habitudes de vie.

Objectif 2 : Explorer la fréquence du counselling avant et après l'adoption de saines habitudes de vie chez les médecins.

Objectif 3 : Évaluer la perception des médecins de famille concernant le recours aux pratiques cliniques préventives, avant et à la suite d'une intervention multiple.

Méthodologie

Approche envisagée : La recherche effectuée se basera sur une étude quasi expérimentale effectuée auprès de médecins de famille de CSSS et GMF de la région de Sherbrooke, ce qui permettra de mettre en place une approche à interventions multiples. L'utilisation d'un devis pré-post sera sélectionnée. En effet, étant donné que les participants sont choisis sur une base volontaire et qu'il n'y a qu'un groupe à l'étude, la recherche expérimentale n'est pas retenue. Les interventions se feront sur le terrain, en clinique médicale. L'idée de ce projet part du fait que le counselling sur les saines habitudes de vie pratiquées par les médecins répond à un besoin essentiel de la société. Ces derniers seront mis à contribution tout au long de l'étude et celle-ci s'ajustera à leurs besoins et leurs contraintes de pratique. La perception des participants au début de la recherche servira à établir le plan de base et déterminer les modalités des interventions à privilégier. Les données recueillies serviront à adapter l'implantation de cette approche. Cependant, la recherche devra être standardisée le plus possible pour minimiser les biais de confusion. Lors de l'analyse des résultats, la recherche tiendra compte des particularités de chaque participant. Cette recherche permettra ainsi d'établir la relation entre les saines habitudes de vie pratiquées par les médecins et le counselling préventif. La recherche se fera sur une durée totale de 18 mois, mais l'étude sur le terrain se tiendra quant à elle sur une période de 10 mois ; dont le premier mois selon un suivi serré par un nutritionniste ou un kinésologue selon le groupe auquel le participant appartient.

Population à l'étude : La recherche portera sur les médecins de famille de CSSS et des GMF dans la région de Sherbrooke. La sélection de l'échantillon se fera par un plan d'échantillonnage non probabiliste, plus spécifiquement par un échantillonnage de type volontaire. Il sera composé d'une vingtaine de médecins de famille recrutés sur une base volontaire de participation à l'étude. Les critères d'admissibilité de la population cible seront :

- Être âgés (es) de 24 à 65 ans ;
- Être à l'emploi du CSSS ou GMF depuis plus de 6 mois ;
- Être disponible, si possible, pour une période de 10 mois ;

- Les médecins ayant déjà adopté soit 30 minutes d'activité physique ou 5 portions de fruits et légumes au moment d'amorcer l'étude seront obligatoirement placés dans l'autre groupe ;

Le nombre et le type de médecins ont été choisis en fonction du modèle d'étude et de la nécessité d'avoir des médecins de première ligne pour évaluer la pratique clinique préventive.

Collecte de données et instruments : Les modalités de collecte des données sont issues d'une enquête maison réalisée en mars 2007 auprès de 10 médecins de famille provenant de deux CSSS. Les modalités techniques comprendront des rencontres avec des spécialistes, des *focus groups* et des relances téléphoniques. Les rencontres avec les spécialistes consistent en 3 rencontres avec soit un nutritionniste ou un kinésiologue. La première rencontre serait d'une durée de 30 minutes et se ferait individuellement avec le professionnel choisi. Les deux autres rencontres dureraient 15 minutes et pourraient être faites par téléphone ou par des rencontres individuelles en personne. Les trois *focus groups*, qui vont permettre d'atteindre les objectifs 1, 2 et 3, seraient utilisés pour discuter de la transposition des habitudes de vie adoptées dans la pratique professionnelle. Le premier de ces *focus groups* durerait 90 minutes, serait situé à la fin du premier mois et comprendrait une discussion sur les difficultés éprouvées depuis l'adoption de l'habitude de vie choisie. Les deux autres seraient plus courts, soit d'un temps de 60 minutes, et seraient tenus à 4 et 8 mois après le début du projet. Étant donné les contraintes de temps des médecins, ces rencontres devraient se tenir à l'heure du dîner sur le lieu de travail. Un certain type de rémunération pourrait être envisagé pour faciliter l'engagement des médecins au projet. Des relances téléphoniques seraient utilisées au besoin et selon les préférences de chaque médecin pour vérifier le suivi des participants et discuter avec eux des difficultés rencontrées. Les questionnaires permettront d'atteindre les objectifs 1 et 2 et seront inspirés des travaux de la cochercheuse Dr Xhignesse, titulaire de la Chaire Chagnon sur l'Approche intégrée en prévention ainsi que d'une clinicienne du CSSS-IUGS étudiant à la maîtrise.

Variables : Les variables de l'étude seront basées sur le modèle de Walsh et McPhee (1992). Les facteurs propres au patient ou au médecin sont classifiés comme prédisposants (en lien avec la motivation à accomplir le comportement), facilitateurs

(habiletés et ressources pour accomplir le comportement) ou de renforcement (soutien ou récompense au comportement). Il faut aussi tenir compte de la perception et de la fréquence de counselling.

Analyse : L'analyse des données qualitatives issues des entrevues et des focus groups sera effectuée selon une approche thématique de contenu inspirée de Huberman et Miles (1991) à l'aide du logiciel NVIVO. Des analyses statistiques descriptives seront réalisées pour la fréquence de counselling à l'aide de SPSS/Statistix version 8, à partir des données recueillies, grâce aux questionnaires.

Considérations éthiques

Pour démontrer que toutes les précautions nécessaires seront prises afin de s'assurer que les droits et les libertés des sujets de la recherche seront respectés, le protocole ainsi que les instruments de collecte de données et les formulaires de consentement seront soumis au Comité d'éthique de la recherche des établissements multivocationnels de l'Estrie dispensant des services dans le milieu et du CLSC de Sherbrooke dès que le projet de recherche sera accepté pour financement.

Ce projet de recherche n'entraînera aucun risque pour les participants que ce soit au niveau physique ou psychologique. Les avantages de ce projet sont donc grandement supérieurs aux inconvénients. Cette considération sera d'ailleurs essentielle pour bien renseigner les participants éventuels et leur permettre ainsi de donner un consentement libre et éclairé (Contandriopoulos et al. 1990). Ceux-ci pourront mettre fin à leur participation à n'importe quel moment sans aucune contrainte, ni pression, ni influence exercée sur eux de la part des responsables du projet.

Les chercheurs tiendront compte du respect de la confidentialité et de l'anonymat des participants. Pour ce faire, chaque participant se verra attribuer un code qui lui sera propre. Les données d'identification personnelle seront codées le plus tôt possible et mises sous clé afin de les protéger du vol, de la reproduction, de l'interception ou de la diffusion accidentelle. Le nombre d'individus affectés à cette tâche sera réduit au minimum et seule l'équipe de recherche aura accès à ces données (Contandriopoulos et al. 1990).

Retombées du projet

Avec un projet de ce genre, il est attendu que l'adoption de saines habitudes de vie de la part des médecins augmente l'utilisation de la pratique préventive auprès des patients. Non seulement cela pourra améliorer la santé des patients, mais il y aura également un impact positif sur la santé même des médecins. La recherche pourra avoir une influence sur l'ensemble de l'établissement et de la population en général, en plus d'un effet potentiel pour mieux prévenir et mieux contrôler l'évolution des maladies chroniques. Cette recherche permettra aussi d'identifier les barrières contre le recours aux PCP et ainsi trouver des moyens pour contourner celles-ci.

Puisque la recherche sera seulement effectuée auprès des médecins de famille en CSSS et GMF de la région de Sherbrooke, il sera très difficile de généraliser les résultats obtenus par rapport aux médecins de famille en hôpitaux ou aux spécialistes. Cette limite de la recherche est causée par la différence dans les horaires, le mode de rémunération et la disponibilité des médecins.

Plan de diffusion

La diffusion pourra être faite selon plusieurs modes. Une première façon sera à l'interne par des affiches, des conférences-midis ou des journées de la recherche, au cours desquelles l'information est facilement transmissible aux différents intervenants. À l'externe, la participation à des colloques ou des congrès régionaux ou provinciaux sera un bon moyen de communication des résultats. La publication d'articles scientifiques est aussi un moyen considéré de diffusion des résultats de même que la publication dans des journaux professionnels destinés aux médecins.

BIBLIOGRAPHIE

Site web : www.dspq.qc.ca

Agency for Healthcare Research and Quality. (2002). *Counselling to promote a healthy diet, systematic*. Evidence Review, number 18.

BUTLER-JONES, D. (1996). Enhancing prevention in the Practice of Health Professionals. *Canadian Journal of Public Health*, 87(Suppl 2): p. S75-8.

Chronique prévention et pratique médicale, informations aux médecins. Site Internet, Direction de santé publique de Montréal-Centre, 2004

CONTANDRIOPOULOS, A.P et al. *Savoir préparer une recherche ; la définir, la structurer, la financer*. Les presses de l'Université de Montréal. 1990. 197 pages.

CORNUZ et al. Physicians' attitudes towards prevention : importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family practice-an international journal*. 2000 ;17(6) : 535-540.

DÉRY, V. et B, Lachance. (2001). *Habitudes de vie et maladies chroniques : une amorce de vision commune*. Présentation faite aux directeurs de santé publique dans le cadre du PNSP, 16 novembre 2001.

FRANK et al. Exercise counselling and personal exercise habits of US women physicians. *Journal of the american medical women's association*. 2002 ; 58 : 178-183.

FRANK et al. Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. *Am J Clin Nutr*. 2002 ;75 :326-332.

KOLB, D.A. (1984). *Experiential learning : Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall.

LACHANCE, B. et J. Colgan. (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, MSSS, Direction générale de la santé publique, Québec, 55p.

McISAAC, W.J., E. Fuller-Thomson, and Y. Talbot. (2001). Does having regular care by a family physician improve preventive care ? *Canadian Family Physician*, 47: p. 70-76.

ROTHENBERG, RB., Koplan JP. (1990). Chronic Disease in the 1990s. *Annual Review of Public Health*; 11:267-296.


WALSH, M.E., S.J. McPhee. A systems model of clinical preventive care : an analyse of factors influencing patient and physician. *Health Education Quaterly*, 1992, 19(2) : 157-175.

YUSUF, S. et coll. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study): Case-control study. *The Lancet*, September 2004, 364(9438), 937-952.

Diapositive 1

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

Transposition des saines habitudes de vie dans la pratique professionnelle des médecins




Diapositive 2

Plan de la présentation

- Description du projet (1^{ère} partie)
 - Introduction
 - Objectifs
 - Méthodologie
 - Difficultés attendues
 - Retombées du projet
 - Plan de diffusion


Diapositive 3



Plan de la présentation (suite)

- Mini-enquête (2^e partie)
 - Méthodologie
 - Résultats
 - Discussion
- Conclusion


Diapositive 4



Introduction

- **Lourd fardeau des maladies chroniques**
 - 75 % des décès au Québec attribuables aux maladies chroniques (diabète, cancer, maladies cardiovasculaires et respiratoires) (Lachance et Colgan, 2004)
 - 36 % (hommes) à 38 % (femmes) des décès au Canada attribuables aux maladies cardiovasculaires (Shah, 2003)


Diapositive 5



Introduction

- **Lourd fardeau des maladies chroniques**
 - 38 % (femmes) à 41 % (hommes) de probabilité de souffrir d'un cancer à vie, 28 % des décès au Canada (Shah, 2003)
 - 10 % des décès au Canada causés par les maladies respiratoires (Shah, 2003)
 - Croissance continue de la prévalence du diabète depuis 1997, présentement à 4,8 % (Shah, 2003)


Diapositive 6



Introduction

- **Impact des habitudes de vie**
 - 9 facteurs de risque modifiables sont responsables de 90 % du risque de développer un infarctus du myocarde, incluant le tabac, la sédentarité et l'alimentation (Chevalier et al., 2005)
 - 80 % de réduction du risque d'infarctus du myocarde seulement avec tabac, sédentarité et alimentation (Yusuf et al., 2004)


Diapositive 7



Introduction

- Programme 0-5-30 Combinaison Prévention
 - Programme multisectoriel visant l'adoption, par la population, de saines habitudes de vie, soit :
 - 0 tabac
 - 5 portions de fruits et légumes par jour
 - 30 minutes d'activité physique par jour
 - Actions éducatives et environnementales

Diapositive 8



Introduction

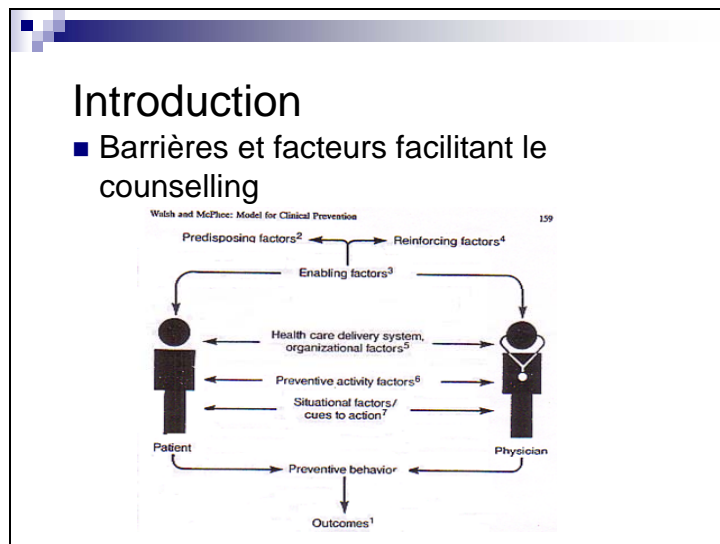
- Importance du counselling préventif
 - Crédibilité des médecins de 1^{ère} ligne leur donne un rôle majeur dans la prévention (Agency for Healthcare Research and Quality 2002)
 - Les recommandations fournies aux patients ont une grande influence sur le changement de comportement (Butler-Jones (1996); McIsaac et al. (2001))

Diapositive 9


Introduction

- Importance du counselling préventif (suite)
 - Les patients s'attendent à recevoir du counselling de la part de leur MD (DSP de Montréal-Centre, 2004)

Diapositive 10




Diapositive 11



Introduction

- **Barrières au counselling (Cornuz et al., 2000)**
 - Manque de temps
 - Absence de rémunération
 - Perception d'une faible motivation des patients
 - Manque de formation
 - Manque de matériel éducatif
 - Intrusion dans la vie privée


Diapositive 12



Introduction

- **Lien entre les habitudes de vie et le counselling**
 - Plusieurs études de Frank et al. montrent une augmentation du counselling avec les saines habitudes de vie tant sur le plan de l'activité physique que sur le plan de la nutrition
 - Un counselling, même bref, peut être efficace (www.dspq.qc.ca)


Diapositive 13



Introduction

- **But** : La recherche proposée vise à favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP) dans la pratique professionnelle des médecins à l'aide d'un apprentissage expérientiel axé sur le changement d'une habitude de vie.


Diapositive 14



Introduction

- **Modèle théorique**
 - Approche expérientielle
 - Modèle d'apprentissage préconisant la participation à des activités se situant dans des contextes le plus rapproché possible des connaissances à acquérir, des habiletés à développer et des attitudes à former ou à changer.
 - Donc, l'apprentissage se fait par la découverte et les expériences vécues par le médecin (adoption de saines habitudes de vie), tout en permettant le développement d'une pratique clinique préventive.


Diapositive 15



Objectifs

- Identifier les barrières et les facteurs facilitant une PCP
- Explorer l'évolution de la fréquence du counselling avant et après l'adoption de saines habitudes de vie chez les médecins
- Évaluer la perception des MD de famille concernant le recours aux PCP, avant et à la suite d'une intervention multiple


Diapositive 16



Méthodologie

- Approche envisagée
 - Étude quasi-expérimentale à devis pré-post
 - Approche à interventions multiples basée sur l'approche expérientielle
 - Interventions faites sur le terrain (clinique médicale)
 - Recherche standardisée pour minimiser biais
 - L'analyse des résultats tiendra compte des particularités de chaque participant


Diapositive 17



Méthodologie

- Interventions et collecte de données
 - Décidées d'après une enquête maison réalisée en mars 2007 auprès de 10 médecins de famille de deux GMF
 - Entrevues orales semi-dirigées
 - Modalités inspirées d'un projet de recherche auprès d'autres professionnels de la santé


Diapositive 18



Méthodologie

- Projet de recherche avril 2007
 - Adoption d'une saine habitude de vie avec suivi durant 1 mois incluant :
 - 1 rencontre avec un spécialiste (kinésologue ou nutritionniste) de 30 minutes
 - 2 groupes de discussion de 60 minutes à 2 et 4 semaines après le début du projet
 - 1 focus group de 90 minutes à la fin du mois


Diapositive 19



Méthodologie

- **Projet de recherche avril 2007 (suite)**
 - Suivi et autres interventions :
 - 2 autres rencontres de 15 minutes avec le spécialiste à 3 et 8 mois
 - 2 autres focus groups de 90 minutes à 6 et 8 mois


Diapositive 20



Méthodologie

- **Interventions et collecte de données (suite)**
 - Rencontres avec les spécialistes inchangées
 - Groupes de discussion remplacés par une fusion avec le premier focus group à 1 mois (durée 90 min)
 - 2 autres focus groups de 60 min à 4 et 8 mois
 - Autres détails :
 - Idéalement tenues le midi
 - Rémunération à considérer
 - Relances téléphoniques


Diapositive 21



Méthodologie

- Interventions et collectes de données
 - Évaluation au début et à la fin du projet par un questionnaire écrit portant sur les habitudes de vie et le counselling des participants
 - Durée totale de 18 mois, étude sur le terrain de 10 mois

Diapositive 22



Méthodologie

- Population à l'étude
 - Vingtaine de médecins de famille de CSSS et GMF de Sherbrooke
 - Échantillonnage de type volontaire
 - Critères d'admissibilité :
 - Âge entre 24 et 65 ans
 - Être à l'emploi du CSSS ou GMF depuis au moins 6 mois
 - Les médecins ayant adopté l'une ou l'autre des habitudes de vie sera obligatoirement placé dans l'autre groupe

Diapositive 23

Considérations éthiques


- Sera soumis au comité d'éthique
- Consentement libre et éclairé des participants
- Confidentialité et anonymat
- Les sujets peuvent mettre fin à leur participation à tout moment, sans contraintes

Diapositive 24

Difficultés attendues

- Recrutement des médecins
 - volontariat
 - disponibilité des médecins
 - durée et charge de l'étude
- Observance et motivation des médecins
- Non-généralisation des résultats


Diapositive 25



Retombées du projet

- Augmentation de l'utilisation de la pratique préventive auprès des patients
- Impact positif sur la santé des médecins et patients
- Prévention et contrôle de l'évolution des maladies chroniques
- Identification des barrières/facilitateurs pour recours aux PCP


Diapositive 26



Retombées du projet (suite)

- Transposition saines habitudes de vie dans :
 - pratique professionnelle
 - ensemble de l'établissement
 - approche populationnelle

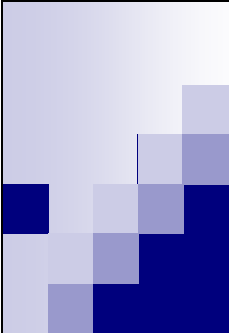
Diapositive 27



Plan de diffusion

- Conférences-midis
- Journées de la recherche
- Colloques/Congrès régionaux ou provinciaux
- Revues scientifiques
- Journaux professionnels destinés aux médecins

Diapositive 28



Mini-enquête

2e partie


Diapositive 29

Mini-enquête (2^e partie)

- Objectifs et buts visés
- Méthodologie
 - Type d'étude
 - Population à l'étude
 - Sources et collecte de données
 - Variables étudiées
 - Plan d'analyse statistique

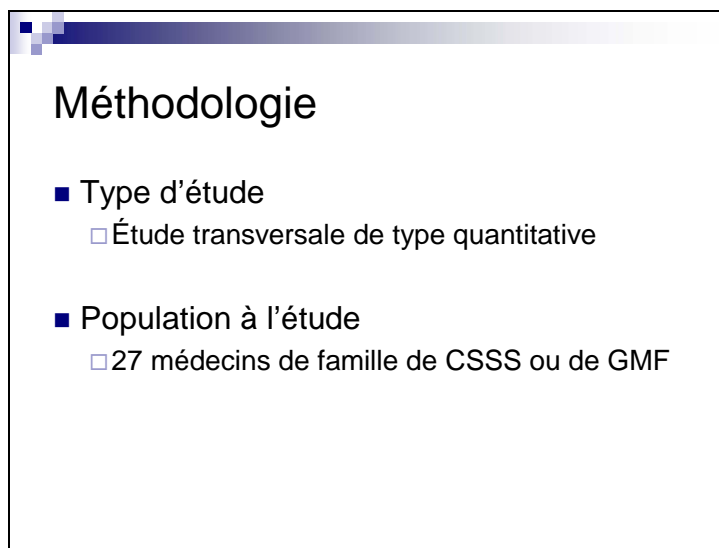
Diapositive 30

Objectifs et buts visés



- **Rechercher un lien entre les habitudes de vie des médecins et leurs pratiques en fait de counselling préventif**
- **Pré-tester le questionnaire qui sera utilisé lors de la recherche**
- Décrire les habitudes de vie des médecins
- Décrire les pratiques de counselling des médecins
- Décrire les barrières à la pratique du counselling dans la pratique clinique globale chez les médecins

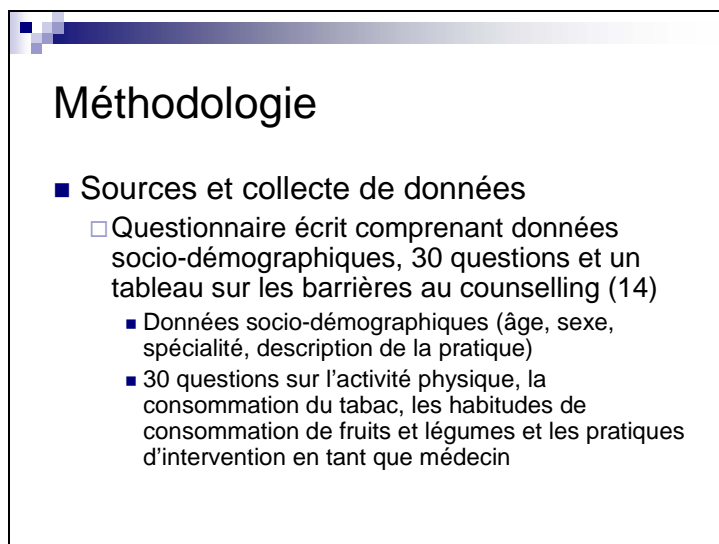
Diapositive 31



Méthodologie

- Type d'étude
 - Étude transversale de type quantitative
- Population à l'étude
 - 27 médecins de famille de CSSS ou de GMF

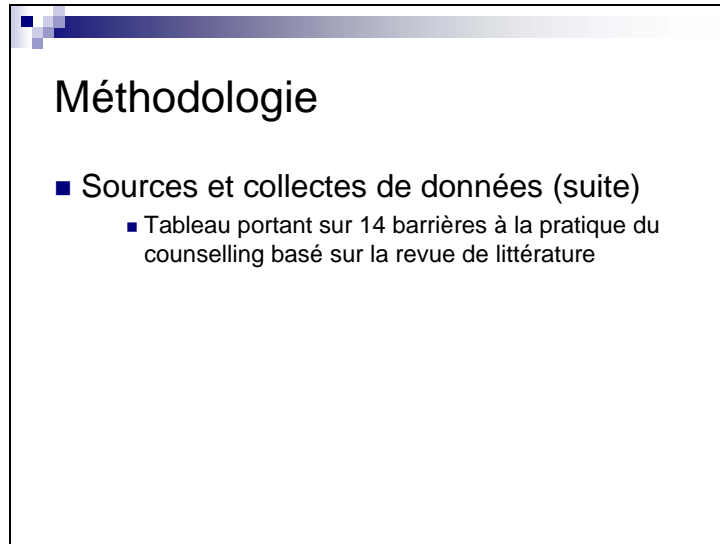
Diapositive 32



Méthodologie

- Sources et collecte de données
 - Questionnaire écrit comprenant données socio-démographiques, 30 questions et un tableau sur les barrières au counselling (14)
 - Données socio-démographiques (âge, sexe, spécialité, description de la pratique)
 - 30 questions sur l'activité physique, la consommation du tabac, les habitudes de consommation de fruits et légumes et les pratiques d'intervention en tant que médecin

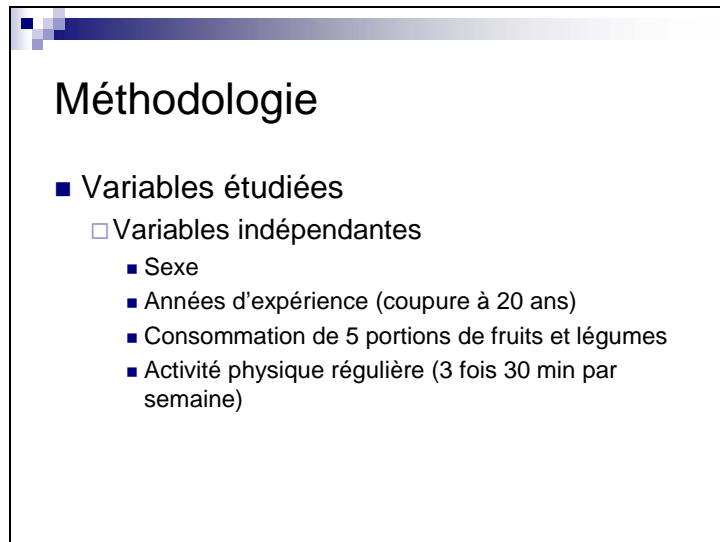
Diapositive 33



Méthodologie

- Sources et collectes de données (suite)
 - Tableau portant sur 14 barrières à la pratique du counselling basé sur la revue de littérature

Diapositive 34



Méthodologie

- Variables étudiées
 - Variables indépendantes
 - Sexe
 - Années d'expérience (coupure à 20 ans)
 - Consommation de 5 portions de fruits et légumes
 - Activité physique régulière (3 fois 30 min par semaine)

Diapositive 35

Méthodologie

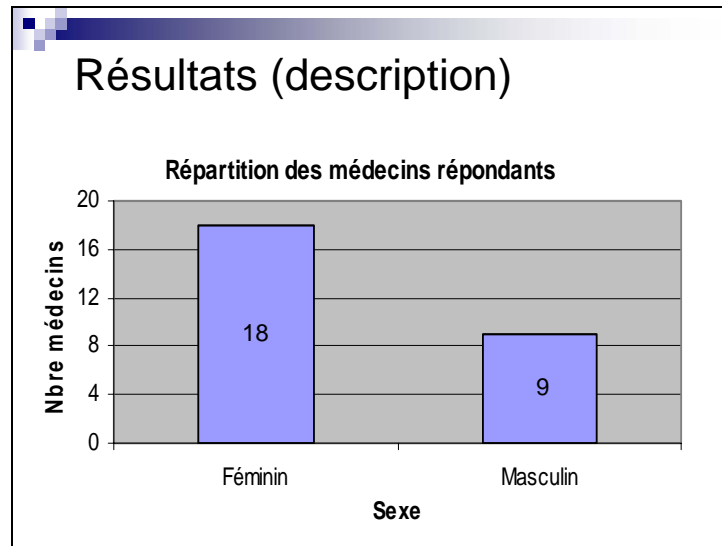
- Variables étudiées (suite)
 - Variables dépendantes
 - Temps de counselling moyen par patient
 - Fréquence perçue du counselling sur les activités physiques, sur l'alimentation et sur le tabac
 - Importance perçue des barrières au counselling

Diapositive 36

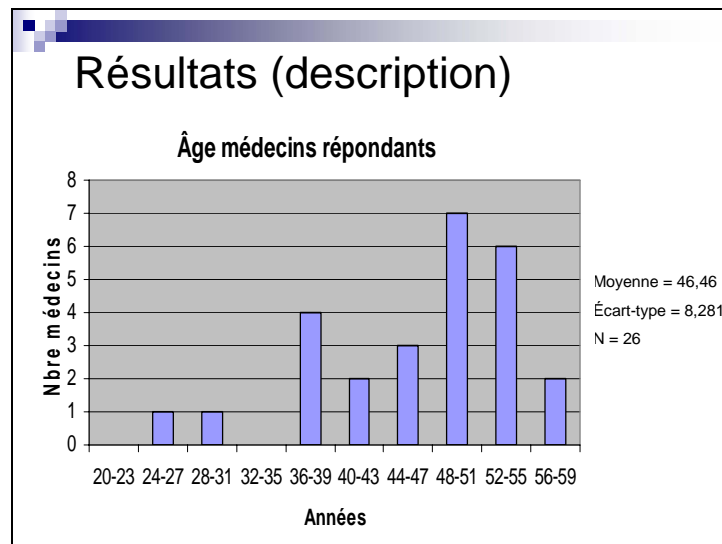
Méthodologie

- Plan d'analyse statistique
 - Statistiques descriptives au niveau de nos variables
 - Tests du Khi-carré entre nos différentes variables indépendantes et dépendantes, **sauf** en ce qui concerne le temps de counselling par patient (variable quantitative continue, donc test t de Student)

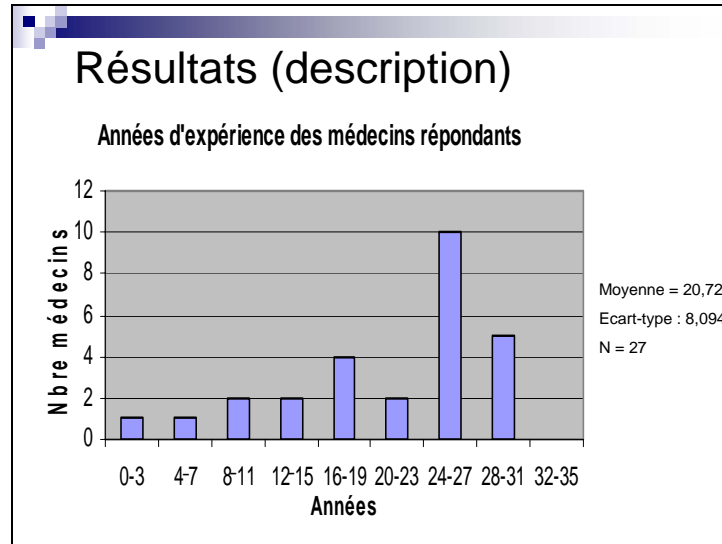
Diapositive 37



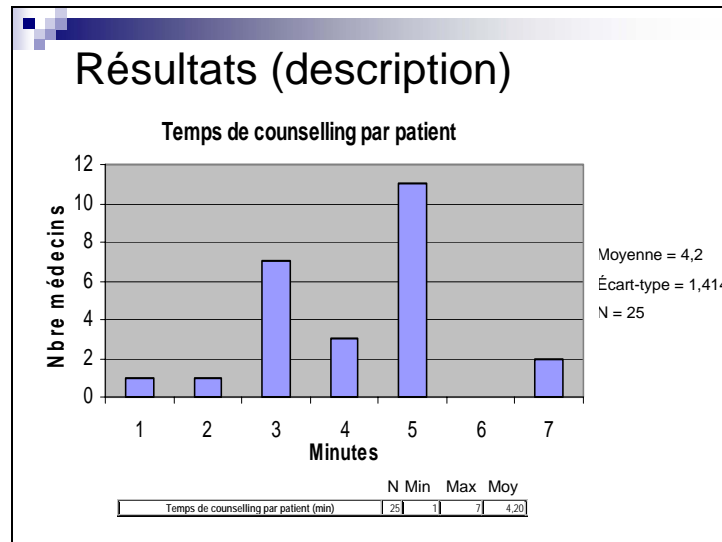
Diapositive 38



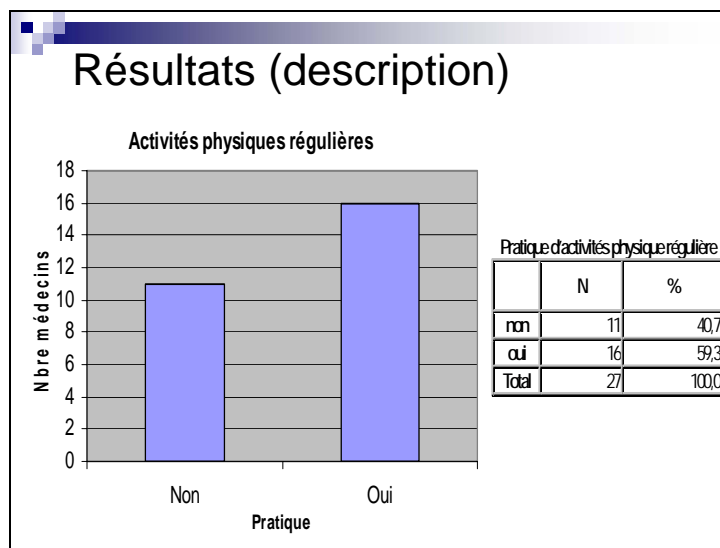
Diapositive 39



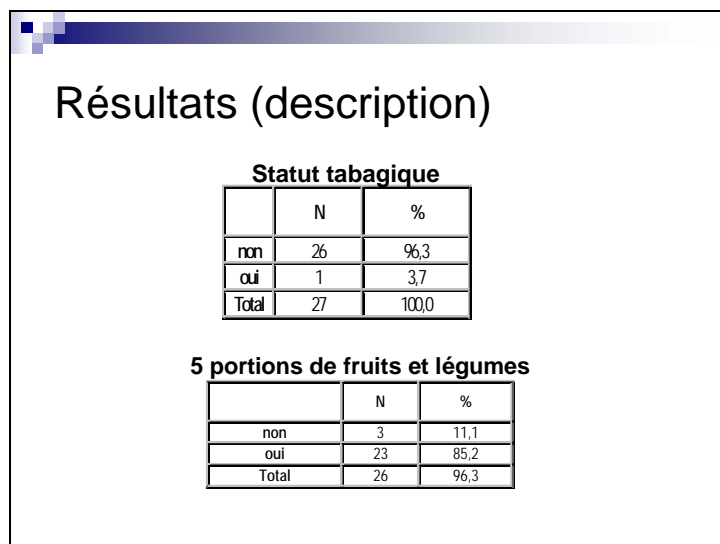
Diapositive 40



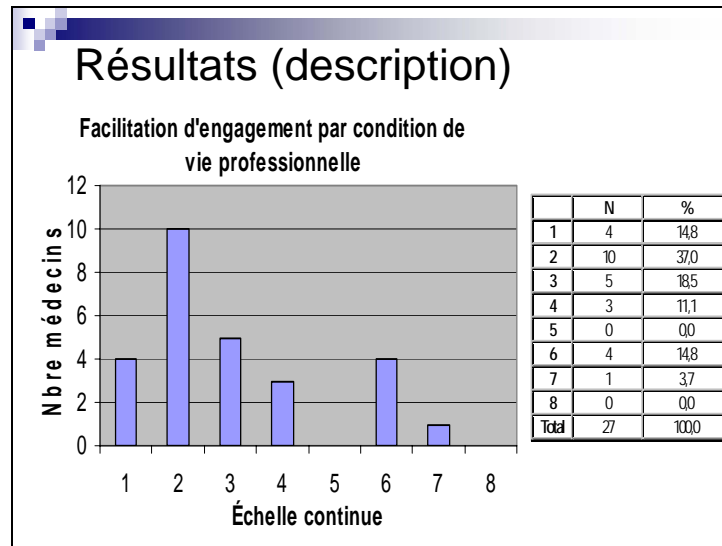
Diapositive 41



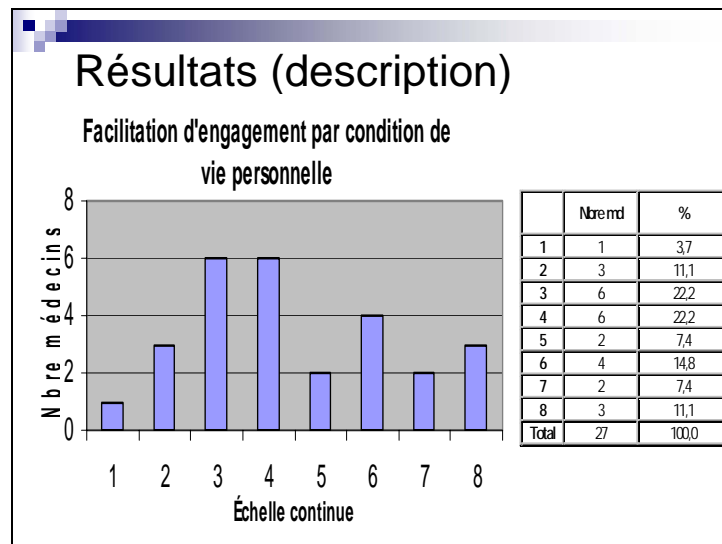
Diapositive 42



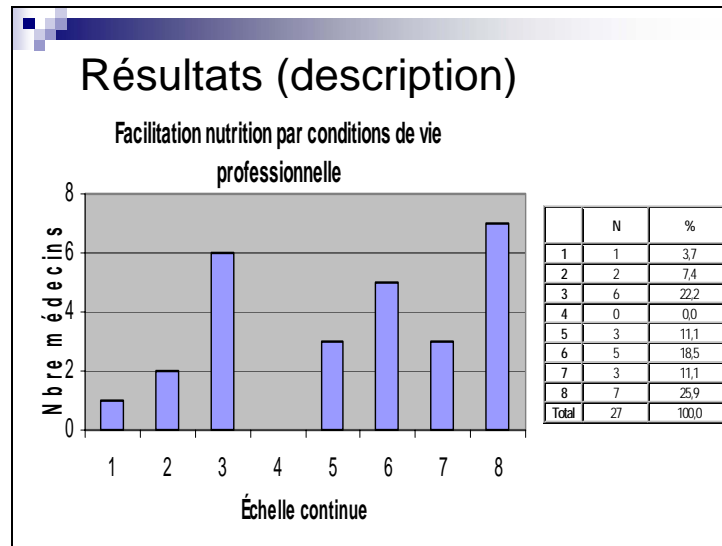
Diapositive 43



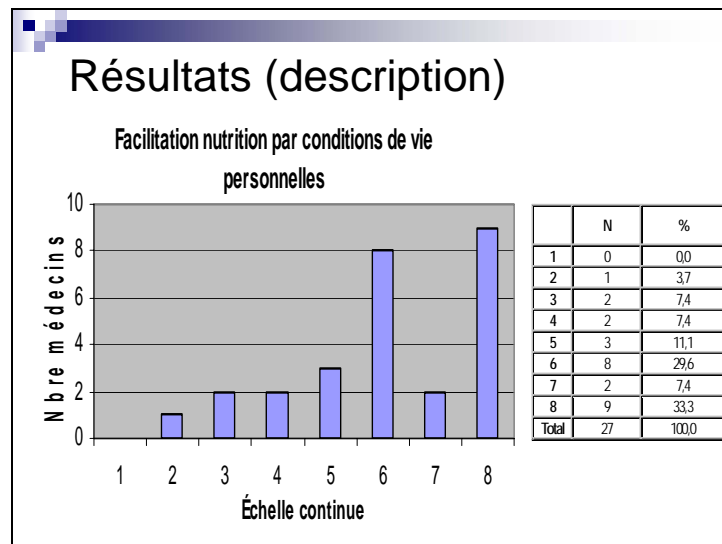
Diapositive 44



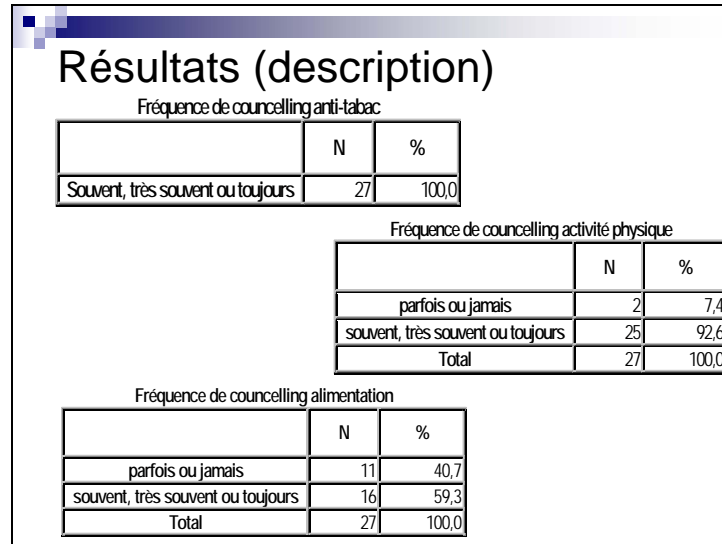
Diapositive 45



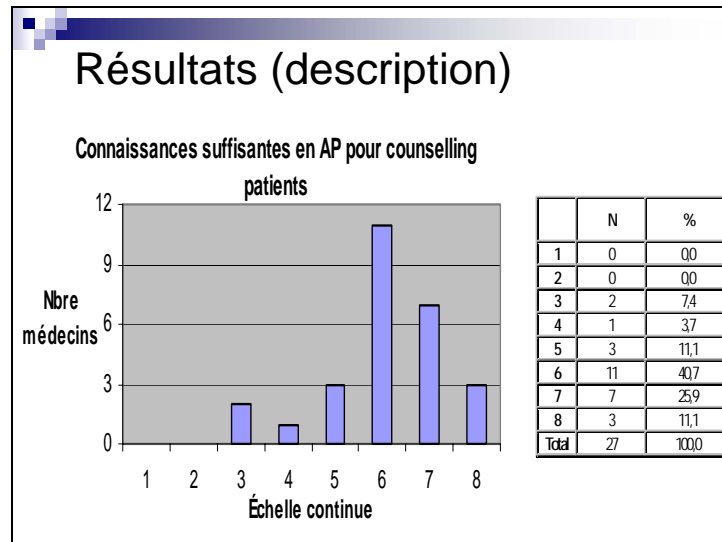
Diapositive 46



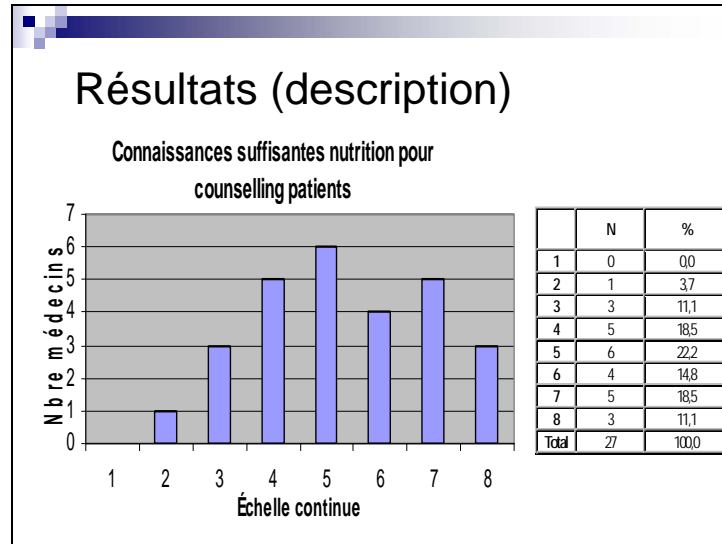
Diapositive 47



Diapositive 48



Diapositive 49



Diapositive 50

Résultats (barrières)

Manque de temps

	Effectifs	Pourcentage
Non	2	7,4
Oui	24	88,9
Données manquantes	1	3,7
Total	27	100,0

Diapositive 51

Résultats (barrières)

Manque de confiance dans l'efficacité

	Effectifs	Pourcentage
Non	16	59,3
Oui	10	37,0
Données manquantes	1	3,7
Total	27	100,0

Diapositive 52

Résultats (barrières)

Manque de motivation des patients

	Effectifs	Pourcentage
Non	5	18,5
Oui	21	77,8
Données manquantes	1	3,7
Total	27	100,0

Diapositive 53

Résultats (barrières)

Manque d'incitatif positif

	Effectifs	Pourcentage
Non	12	44,4
Oui	14	51,9
Données manquantes	1	3,7
Total	27	100,0

Diapositive 54

Résultats (barrières)

Intrusion dans la vie privée

	Effectifs	Pourcentage
Non	22	81,5
Oui	4	14,8
Données manquantes	1	3,7
Total	27	100,0

Diapositive 55

Résultats (barrières)

Mauvaises habitudes de vie

	Effectifs	Pourcentage
Non	19	70,4
Oui	7	25,9
Données manquantes	1	3,7
Total	27	100,0

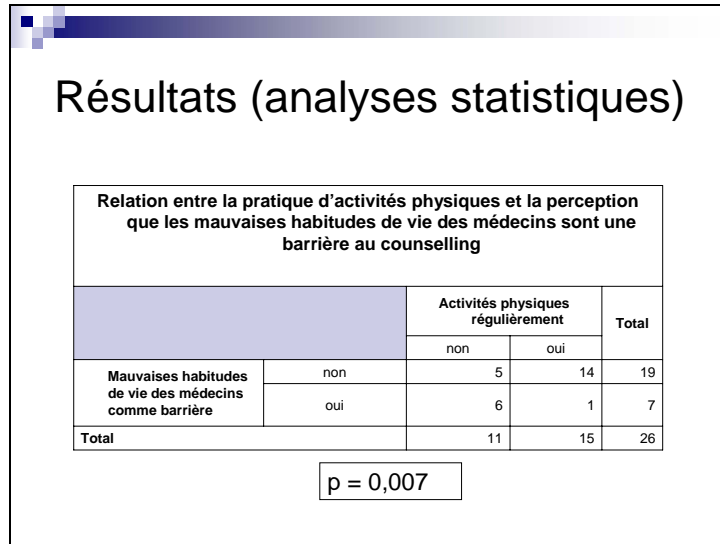
Diapositive 56

Résultats (barrières)

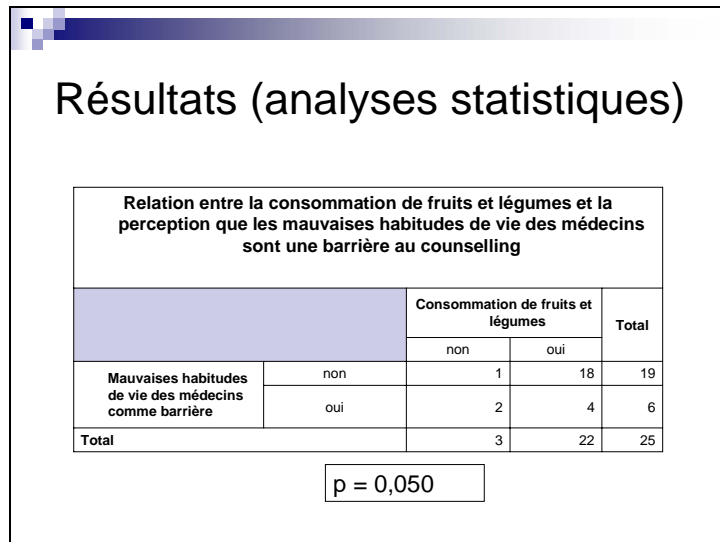
Contexte de pratique non-favorable

	Effectifs	Pourcentage
Non	6	22,2
Oui	20	74,1
Données manquantes	1	3,7
Total	27	100,0


Diapositive 57



Diapositive 58




Diapositive 59



Discussion

- **Faits saillants**
 - Description
 - Les médecins ont de bonnes habitudes de vie, l'activité physique étant le point faible.
 - La principale raison qui nuit aux bonnes habitudes de vie est liée aux conditions de vie (temps libre).

Diapositive 60



Discussion

- **Faits saillants (suite)**
 - Description
 - Le counselling sur le tabac et l'activité physique est pratiqué régulièrement, à l'opposé du counselling sur l'alimentation.
 - Le manque de connaissances en alimentation semble être le principal frein.

Diapositive 61

Discussion


- **Faits saillants**
 - **Barrières**
 - Les trois plus grandes barrières au counselling sont le manque de temps, la faible motivation des patients et le contexte clinique non-favorable.
 - Par contre, l'intrusion dans la vie privée et les mauvaises habitudes de vie des médecins ne sont pas considérées comme des barrières au counselling.

Diapositive 62

Discussion

- **Faits saillants**
 - **Tests statistiques**
 - Les médecins ayant de bonnes habitudes au niveau des activités physiques et de l'alimentation perçoivent moins le fait d'avoir de mauvaises habitudes de vie comme une barrière que ceux qui ont de moins bonnes habitudes de vie.
 - Le sexe, le nombre d'années d'expérience et **de bonnes habitudes de vie** n'ont pas d'influence sur le temps de counselling.


Diapositive 63



Discussion

- Pré-test sur le questionnaire à utiliser
 - Quelques questions ambiguës
 - Échelles à dichotomiser
 - Bon pour la perception, moins bon pour la quantification
 - **Le tout à cause d'un échantillon faible**


Diapositive 64



Discussion

- Forces de l'étude
 - Questionnaire basé sur d'autres études ayant montré une association
 - Couverture de plusieurs facteurs influençant les habitudes de vie et les PCP
 - Population représentative


Diapositive 65



Discussion

- Limites et biais
 - Puissance de l'étude restreinte (N = 27)
 - Questionnaire :
 - Pas de pré-test
 - Questions ambiguës
 - Vocabulaire (PCP)
 - Caractéristiques de la pratique mal définies
 - Échantillonnage volontaire
 - Biais !


Diapositive 66



Discussion

- Généralisation de l'étude
 - Étude non-généralisable (raisons précédentes)
 - Description seulement
 - Utilité surtout liée à l'expérience du questionnaire et à l'expérience personnelle


Diapositive 67



Discussion

- **Recommandations**
 - Changements au questionnaire à utiliser proposés aux responsables
 - Éducation aux médecins par rapport à l'alimentation nécessaire avant début du projet

Diapositive 68



Conclusion

- Prévention et promotion de saines habitudes de vie devront occuper une place prépondérante dans la pratique clinique future.
- De bonnes habitudes de vie chez les médecins semblent favoriser cette approche clinique


Diapositive 69

Conclusion

- Projet de recherche intéressant et pertinent
- Toutefois, cela demande beaucoup de temps et plusieurs ajustements sont nécessaires pour faire participer les médecins
- Le questionnaire écrit permet difficilement de généraliser avec un si petit nombre de participants, ce pourquoi l'analyse devra se concentrer sur les données qualitatives recueillies avec les focus groups

Diapositive 70

Questions ?



À PROPOS DU DOCUMENT ...

Ce document rend compte d'une recension des écrits sur les pratiques cliniques préventives des médecins ainsi que d'une enquête auprès de médecins de groupes de médecine de famille (GMF) pour évaluer leurs modalités de participation à un projet de recherche. Le rapport est présenté sous forme de demande de subvention qui tient compte des résultats de l'enquête.

À PROPOS DES AUTEURS...

Karine Arseneault, Nicolas Boisvert, Mathieu Larrivée et François Ménard sont étudiants à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Ils ont réalisé un stage en santé communautaire qui a impliqué le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke sous la supervision de Pascale Morin, professeure associée au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke.

À PROPOS DU CIRE...

Le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a mis sur pied des directions responsables de soutenir et de coordonner la mission d'enseignement et de recherche favorisant l'innovation clinique, pédagogique, scientifique et en transfert de connaissances dans ses deux missions universitaires (institut du secteur santé et centre affilié universitaire du secteur social). Le « Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement » (CIRE) a pour mission de soutenir la mission de centre affilié universitaire (CAU).

La mission du CIRE est conçue pour favoriser des interactions continues entre quatre domaines d'intervention : 1) le soutien aux programmes et à l'innovation clinique; 2) l'enseignement; 3) la recherche et 4) la diffusion scientifique et le transfert de connaissances. Ces quatre domaines sont envisagés comme des moyens de soutenir l'amélioration de la qualité des services et le développement continu du personnel.