

Rapport d'évaluation d'une intervention réalisée auprès des médecins œuvrant en cabinet privé dans la région de la Capitale-Nationale :

0 · 5 · 30 COMBINAISON PRÉVENTION

Chantal Sauvageau, M.D., M.Sc., FRCP(C)^{1,2}

Stéphane Groulx, M.D., FCMF¹

Anne Pelletier, M.Sc.¹

Ève Dubé, Ph.D.¹

Julie Colgan, M.Sc.¹

Manale Ouakki, M.Sc.²

1 Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, Québec

2 Unité de recherche en santé publique,
Centre hospitalier universitaire de Québec, Québec

Juillet 2007

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du présent rapport :

Mme Sylvie Bélanger
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût : 25,00 \$ plus TPS (1,50 \$) : Total : 26,50 \$
Payable à l'avance par chèque à l'ordre de ASSS de la Capitale-Nationale-DRSP

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives du Canada, 2007.
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007.
ISBN : 978-2-89496-348-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89496-349-4 (PDF)

Référence bibliographique suggérée :

Sauvageau, C., Groulx, S., Pelletier, A., Dubé, E., Colgan, J. et Ouakki, M. (2007). *Rapport d'évaluation d'une intervention réalisée auprès des médecins œuvrant en cabinet privé dans la région de la Capitale-Nationale : 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique. 193 p.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier M. Étienne Leblanc-Côté et M^{mes} Émilie Robitaille et Lucille Bouchard pour leur travail efficace et consciencieux lors du recrutement des participants. Nous remercions également la firme de sondage SOM pour sa démarche rigoureuse dans la réalisation des entrevues téléphoniques auprès des patients.

Nous ne pouvons passer sous silence la contribution importante de M. Denis Poirier, délégué médical en prévention, particulièrement pour l'aide précieuse apportée dans le recrutement des cliniques médicales et des médecins ainsi que pour la saisie de l'information dans le journal de bord.

Cette étude n'aurait pu être menée sans la collaboration des omnipraticiens concernés de la région de la Capitale-Nationale, tant pour la réalisation de l'enquête téléphonique que pour les entrevues, et nous les en remercions chaleureusement.

Les auteurs remercient tout particulièrement les patients qui ont participé à l'enquête téléphonique pour le temps qu'ils leur ont accordé.

Nous voulons également remercier M^{me} Christine Simard pour l'immense travail qu'elle a accompli dans la mise en forme du présent rapport et pour son soutien à toutes les étapes de l'étude.

Enfin, nous tenons à préciser que la réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de développement de réseaux locaux de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation.

Note : _____

Dans ce document, le masculin est utilisé à titre épicène.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE	7
LISTE DES ANNEXES	11
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	13
1 Mise en contexte	23
1.1 Problématique	23
1.2 Statistiques régionales	24
1.3 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION	25
1.4 Counselling médical bref	26
2 Buts et objectifs visés par l'étude	29
2.1 But de l'étude	29
2.2 Objectifs de l'étude	29
3 Méthode	31
3.1 Devis de recherche	31
3.1.1 Journal de bord et évaluation des ateliers de formation	31
3.1.2 L'enquête par sondage téléphonique auprès des patients	31
3.1.3 Les entrevues auprès des médecins	31
3.2 Journal de bord et évaluation des ateliers de formation	31
3.3 Enquête téléphonique auprès des patients	32
3.3.1 Objectif de l'enquête	32
3.3.2 Population à l'étude, sélection et taille de l'échantillon	32
3.3.3 Déroulement de l'enquête et variables étudiées, collecte de données	33
3.3.4 Stratégie d'analyse des données	36
3.4 Entrevues auprès des médecins	36
3.5 Éthique et confidentialité	38
4 Résultats de l'étude	39
4.1 Résultats des observations du délégué médical en prévention et des évaluations des ateliers de formation	39
4.2 Résultats de l'enquête téléphonique	50
4.2.1 Portrait de la population interrogée et du counselling en habitudes de vie	51
4.2.2 Facteurs influençant le counselling antitabagique	62
4.2.3 Facteurs influençant le counselling de la consommation de fruits et légumes ..	65

4.2.4	Facteurs influençant le counselling en faveur de l'activité physique...	69
4.2.5	Facteurs influençant la mesure de la tension artérielle	74
4.2.6	Réceptivité des patients aux recommandations des médecins.....	78
4.2.7	Distribution des bonnes habitudes de vie chez les participants.....	82
4.2.8	Synthèse des observations	86
4.3	Résultats des entrevues avec les médecins	88
4.3.1	Le counselling en habitudes de vie.....	90
4.3.2	Les obstacles et les pistes de solution dans l'adoption de saines habitudes de vie chez les patients	95
4.3.3	Les sources d'information et le réseau des médecins répondants	100
4.3.4	Le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION	103
4.3.5	Synthèse des observations	114
5	Discussion.....	119
5.1	Parallèle entre les différents points de vue	119
5.2	Forces et limites de l'étude	122
5.2.1	Forces de l'étude	122
5.2.2	Limites de l'étude.....	123
5.3	Validité de l'étude.....	124
5.3.1	Validité interne.....	124
5.3.2	Validité externe.....	125
6	Enjeux, recommandations et défis	127
	RÉFÉRENCES	131
	ANNEXES	137

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Définition et source des variables à l'étude.....	34
Tableau 2 : Nombre de rencontres par médecin, selon le sexe du médecin	39
Tableau 3 : Nombre de médecins vus par année, au moins une fois	40
Tableau 4 : Nombre de médecins vus plus d'une fois par année.....	40
Tableau 5 : Nombre de rencontres avec un médecin.....	41
Tableau 6 : Nombre de rencontres avec un médecin, par délégué médical en prévention	41
Tableau 7 : Nombre de rencontres avec un médecin, selon le mois	42
Tableau 8 : Moment de la rencontre avec le médecin	42
Tableau 9 : Type de rencontres avec un médecin.....	43
Tableau 10 : Niveau de difficulté du contact avec le médecin.....	43
Tableau 11 : Nombre de rencontres par thème	44
Tableau 12 : Nombre de médecins visités par thème	44
Tableau 13 : Nombre de médecins visités par année, par thème	45
Tableau 14 : Dernier stade du médecin visité, selon le délégué médical en prévention.....	45
Tableau 15 : Dernier stade « regroupés » du médecin visité, selon le délégué médical en prévention.....	46
Tableau 16 : Formations reçues par le médecin, par thème	46
Tableau 17 : Durée de la rencontre avec les médecins (individuelle, groupe, conférence)	46
Tableau 18 : Moyenne du temps de rencontre avec les médecins, par délégué médical en prévention	47
Tableau 19 : Moyenne du temps de rencontre par année, par type de rencontre ..	47
Tableau 20 : Moyenne du temps de rencontre avec un médecin	47
Tableau 21 : Obstacles au travail du délégué médical en prévention.....	48
Tableau 22 : Obstacles à la réalisation du counselling préventif par le médecin....	48
Tableau 23 : Facteurs facilitant le travail du délégué médical en prévention	48
Tableau 24 : Facteurs facilitant à la réalisation du counselling préventif par le médecin	49
Tableau 25 : Profil des participants à l'enquête téléphonique.....	52
Tableau 26 : Facteurs de risque des participants.....	53

Tableau 27 : Distribution de l'IMC en fonction des variables sociodémographiques	54
Tableau 28 : Distribution de l'IMC en fonction des pathologies	55
Tableau 29 : Prévalence de la mesure de la tension artérielle	55
Tableau 30 : Recommandations portant sur la tension artérielle	56
Tableau 31 : Discussion sur le tabagisme.....	57
Tableau 32 : Discussion sur la consommation de fruits et légumes	58
Tableau 33 : Discussion sur la pratique d'activités physiques	59
Tableau 34 : Réception du message 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION	60
Tableau 35 : Réceptivité des patients à recevoir un counselling sur les habitudes de vie	61
Tableau 36 : Distribution du counselling sur le tabagisme en fonction du profil du participant	62
Tableau 37 : Distribution du counselling sur le tabagisme en fonction de l'IMC du participant	63
Tableau 38 : Distribution du counselling sur le tabagisme en fonction de la présence de pathologie chez le participant	64
Tableau 39 : Distribution du counselling antitabagique en fonction du profil tabagique du participant	64
Tableau 40 : Facteurs expliquant le fait d'avoir reçu du counselling antitabagique dans les deux dernières années.....	65
Tableau 41 : Distribution du counselling sur la consommation de fruits et légumes en fonction du profil socioéconomique du participant	66
Tableau 42 : Distribution du counselling sur la consommation de fruits et légumes en fonction de l'IMC du participant.....	67
Tableau 43 : Distribution du counselling sur la consommation de fruits et légumes en fonction de la présence de pathologies chez le participant...	67
Tableau 44 : Distribution du counselling sur la consommation de fruits et légumes en fonction de la consommation de fruits et légumes du participant	68
Tableau 45 : Facteurs expliquant le fait d'avoir reçu du counselling sur les fruits et légumes dans les deux dernières années	69
Tableau 46 : Distribution du counselling en activité physique en fonction du profil du participant	70
Tableau 47 : Distribution du counselling en activité physique en fonction de l'IMC du participant.....	71

Tableau 48 : Distribution du counselling en activité physique en fonction de la présence de pathologies chez le participant	71
Tableau 49 : Distribution du counselling en activité physique en fonction de la pratique d'activités physiques du participant	72
Tableau 50 : Facteurs expliquant le fait d'avoir reçu du counselling en activité physique dans les 2 dernières années	73
Tableau 51 : Mesure de la tension artérielle en fonction du profil socioéconomique du participant	74
Tableau 52 : Mesure de la tension artérielle en fonction des pathologies.....	75
Tableau 53 : Distribution de la mesure de la tension artérielle en fonction des habitudes de vie	76
Tableau 54 : Facteurs expliquant le fait d'avoir eu une mesure de la tension artérielle lors de la dernière visite	77
Tableau 55 : Distribution de la propension à modifier les habitudes de vie en fonction du profil socioéconomique des participants	78
Tableau 56 : Distribution de la propension à modifier ses habitudes de vie en fonction de la présence de pathologies	79
Tableau 57 : Distribution de la propension à modifier ses habitudes de vie en fonction des habitudes de vie	80
Tableau 58 : Distribution selon le sexe et le type de visite médicale de la réceptivité des participants au counselling des médecins.....	81
Tableau 59 : Distribution de la réceptivité des participants à recevoir du counselling en fonction du type de visite médicale selon la présence d'au moins une pathologie	82
Tableau 60 : Distribution des bonnes habitudes de vie selon le profil des participants	83
Tableau 61 : Distribution des bonnes habitudes de vie en fonction des pathologies	84
Tableau 62 : Distribution des bonnes habitudes de vie en fonction du counselling reçu en activité physique.....	85
Tableau 63 : Caractéristiques des médecins participants et de leur milieu de pratique	89

Figure 1 : Cadre conceptuel du programme	
0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION.....	25

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Barrières au changement	139
Annexe 2 : Modèle de Prochaska.....	141
Annexe 3 : Variables du journal de bord du délégué médical en prévention	143
Annexe 4 : Miniquiz pour la formation en activité physique	151
Annexe 5 : Compilation des réponses au miniquiz en activité physique.....	153
Annexe 6 : Formulaire d'évaluation de la formation sur l'activité physique	159
Annexe 7 : Lettre aux médecins pour les inviter à collaborer à l'étude	161
Annexe 8 : Formulaire de consentement des médecins pour l'enquête téléphonique auprès des patients	163
Annexe 9 : Formulaire de consentement des patients pour l'enquête téléphonique auprès des patients	165
Annexe 10 : Questionnaire de l'enquête téléphonique auprès des patients	167
Annexe 11 : Schéma d'entrevue des médecins informateurs-clés	181
Annexe 12 : Formulaire de consentement des médecins informateurs-clés pour les entrevues.....	185
Annexe 13 : Compilation des résultats d'évaluation des ateliers de formation en activité physique.....	187
Annexe 14 : Grille d'évaluation des ateliers de formation en activité physique....	189
Annexe 15 : Compilation des résultats d'évaluation des ateliers de formation en tabac.....	191
Annexe 16 : Grille d'évaluation des ateliers de formation en tabac.....	193

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

CONTEXTE :

Au Québec, un quart de la population fume, tandis que la moitié ne bouge pas suffisamment et ne consomme pas les cinq portions quotidiennes recommandées de fruits et légumes (Caron, Sauvageau et Paquette, 2006; Statistique Canada, 2003). De telles habitudes de vie représentent pourtant trois déterminants importants dans l'apparition de multiples problèmes de santé (Steinmetz, 1996; Bucksch, 2006; Sauvageau, 2002).

Les médecins ont une influence considérable sur l'adoption de saines habitudes de vie par leurs patients (Hilton, 1999 ; Pinto, 1998; Groupe d'étude canadiens sur les soins de santé préventifs, 2001). Plus des trois quarts des Québécois de 12 ans et plus consultent annuellement un médecin à son cabinet, pour une moyenne de quatre visites par année (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2003). Des études américaines et européennes illustrent également que les patients désirent et apprécient recevoir du counselling sur les habitudes de vie de la part de leur médecin (Conroy, 2004; Johansson, 2005; Duaso, 2002).

Peu d'études publiées au Québec et au Canada ont évalué le counselling préventif concernant les habitudes de vie réalisé par les médecins (Beaudoin, 2001 ; Savard, 2001 ; INSPQ, 2001 ; Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001) et encore moins ont été réalisées dans le contexte des cliniques médicales privées. Pourtant, la pratique en cabinet privé représente le principal lieu de pratique des médecins omnipraticiens, tant au Québec (53 %) qu'au Canada (73 %) (Savard, 2001).

BUTS ET OBJECTIFS :

Le présent projet d'évaluation se veut un soutien à l'intervention réalisée dans les cabinets privés de médecins omnipraticiens dans le cadre du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, dont les **objectifs d'implantation** étaient au départ :

- Établir un contact personnalisé avec 70 % des médecins ciblés, en appliquant les principes de la vente académique (*academic detailing*) par la visite d'un délégué médical en prévention;
- Faire connaître aux médecins concernés les plus récentes recommandations concernant la promotion des saines habitudes de vie, ainsi que leur justification scientifique (transfert de connaissances);
- Offrir aux médecins visés de la formation concernant les techniques de communication persuasive qui leur permettent d'être plus efficaces dans leur counselling (transfert d'habiletés) ;
- Proposer aux médecins concernés des outils, systèmes et ressources permettant de soutenir leurs interventions (transfert d'outils) (Dugal, 2004).

Le but du présent projet est de porter un jugement sur l'implantation du volet des actions éducatives en cabinet privé du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION afin d'optimiser les activités du programme auprès des médecins et de dresser un premier portrait du counselling en habitudes de vie qu'ils réalisent.

Le projet d'évaluation vise donc trois objectifs :

- Vérifier l'atteinte des objectifs d'implantation du volet d'intervention du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION, entre autres, la proportion de médecins rejoints, le nombre, la durée et le contexte des visites du délégué médical en prévention, la participation des médecins aux formations proposées et leur taux de satisfaction, l'utilisation des outils et des ressources et le niveau de connaissances des médecins sur le thème des habitudes de vie;
- Identifier les conditions (facteurs favorables, obstacles, stratégies) qui influencent, d'une part, la réalisation de l'intervention du délégué médical en prévention auprès des médecins et, d'autre part, l'intégration du counselling bref portant sur les saines habitudes de vie dans la pratique des médecins;
- Dresser un premier portrait du counselling bref portant sur les saines habitudes de vie réalisé par des médecins œuvrant en cabinet privé dans la région de la Capitale-Nationale selon le point de vue des patients.

MÉTHODE :

Pour répondre aux objectifs, et considérant que les médecins et les patients apportent des éclairages différents et complémentaires concernant les pratiques cliniques préventives, trois **sources de données** ont été combinées de façon à mettre en perspective la complémentarité des points de vue :

1. L'analyse du journal de bord du délégué en prévention et l'évaluation des ateliers de formation :

Le délégué médical en prévention a compilé l'information sur les visites réalisées auprès de chaque médecin de la région en version électronique. L'information a été codée pour faciliter la saisie et l'analyse, réalisées périodiquement. Pour les besoins de la présente évaluation, l'analyse a porté sur toutes les informations saisies depuis le début de ce volet du Programme, en 2003, jusqu'en juin 2006, moment où la collecte de données fut complétée pour la présente étude.

Des informations ont également été recueillies lors des ateliers de formation offerts aux médecins dans le cadre du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION. Un questionnaire appelé « miniquiz » et un formulaire d'évaluation étaient distribués au début et à la fin de chaque atelier, respectivement. Les réponses des participants ont été compilées et analysées.

2. L'administration d'un questionnaire téléphonique à des patients recrutés dans la salle d'attente des cliniques sélectionnées pour l'évaluation (CSE) :

L'étude a été réalisée auprès de 482 adultes âgés de 18 à 74 ans en février et en mars 2006, sur le territoire de la région de la Capitale-Nationale (ville de Québec et les environs). Cette région, à la fois urbaine et rurale, comprend près de 700 000 habitants. Après avoir obtenu l'accord de 84 médecins de famille, 685 patients ont été recrutés par trois assistants de recherche dans les salles d'attente de 11 cliniques médicales réparties sur tout le territoire de la région. Les cliniques ont été sélectionnées en fonction du lieu géographique, du nombre de médecins y travaillant et de contacts préalables réalisés par les chercheurs auprès de médecins de ces cliniques. Les patients intéressés à participer à l'enquête téléphonique remplissaient un formulaire de consentement écrit et fournissaient leurs coordonnées téléphoniques. Dans les 15 jours suivant le recrutement, les participants étaient joints par une firme de sondage. La firme cessait les appels après huit tentatives infructueuses et lorsque 500 entrevues ont été complétées, comme déterminé par le protocole.

Le questionnaire, d'une durée moyenne de 13 minutes, a été construit à partir de questions validées et utilisées dans deux études québécoises (INSPQ, 2001 ; Baron, 2006). Il a été prétesté auprès de dix patients recrutés dans les cliniques participantes et ajusté avant le début de l'étude. Les questions portaient sur l'état de santé du participant, sur ses comportements personnels de santé, particulièrement sur l'hypertension artérielle et sur les trois habitudes de vie ciblées par l'enquête (tabagisme, alimentation, activité physique) ainsi que sur le counselling reçu de la part d'un médecin sur ces habitudes de vie, lors de la visite suivant le recrutement et au cours des deux dernières années. Le type de visite médicale, certaines caractéristiques du médecin rencontré, le type de conseils prodigués par le médecin et l'opinion du patient par rapport au counselling médical ont également été recueillis.

La version 9.1 de SAS a été utilisée pour analyser les données. Les proportions ont été comparées par le test du chi-carré ou le test exact de Fisher. Une analyse multivariée par régression logistique a également été conduite. Une valeur p bilatérale inférieure ou égale à 0.05 a été considérée comme significative.

3. La réalisation d'entrevues auprès d'un échantillon de médecins informateurs-clés :

Neuf médecins informateurs-clés, ainsi que le délégué médical en prévention, ont été soumis à une entrevue semi-structurée. Les médecins ont été choisis en fonction de leur stade de changement selon le modèle transthéorique de Prochaska (1994), tel qu'estimé par le délégué médical en prévention. Quinze médecins ont été sollicités par téléphone pour participer à l'entrevue. De ce nombre, cinq ont refusé, un n'a pas été joint et les neuf autres ont accepté d'accorder une entrevue. Ces entrevues, d'une durée moyenne de 30 minutes ont porté sur leur expérience de participation au programme, les obstacles, les facteurs favorables et diverses solutions pour bonifier le programme. Les obstacles et facteurs favorables étaient de deux types : ceux reliés à l'intervention du délégué médical en prévention auprès des médecins et ceux reliés à l'intervention préventive du médecin envers son patient. Les données recueillies lors des entrevues ont été soumises à une analyse de contenu thématique, effectuée à partir du logiciel N-vivo.

Le protocole de l'étude a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche clinique du Centre hospitalier de l'Université Laval.

RÉSULTATS

Le journal de bord du délégué médical en prévention

Depuis le début du programme, 719 rencontres avec les médecins ont été réalisées par le délégué médical en prévention. Un total de 344 médecins, 210 hommes et 134 femmes, ont été visités. Les rencontres se déroulaient généralement en avant-midi ou le midi. Elles ont principalement eu lieu sur rendez-vous (où le délégué médical en prévention était seul avec le médecin), mais aussi sans rendez-vous ou en rencontre de groupe (conférences réalisées par un expert de contenu). Les visites du délégué médical duraient en moyenne 15 minutes pour les rencontres individuelles sur rendez-vous et neuf minutes pour les rencontres sans rendez-vous. Les rencontres de groupe duraient en moyenne une heure.

La majorité des médecins visités a d'abord assisté à la présentation du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION et près de la moitié a été rencontrée pour aborder le thème de l'activité physique. Seule une minorité des médecins rencontrés a exprimé des besoins de formation particuliers.

Les ateliers de formation

Les ateliers de formation ont débuté en juin 2005 avec le thème de l'activité physique. Cent douze professionnels de la santé, la majorité étant des médecins de famille ciblés par le programme, ont été rejoints. Les formations étaient données directement dans les cliniques médicales de la région par un médecin expert. L'analyse des formulaires d'évaluation des formations portant sur l'activité physique réalisées entre juin 2005 et février 2006 a indiqué un excellent taux de satisfaction générale (3,9/4, N = 78).

Les participants étaient également invités à compléter un « miniquiz » portant sur l'activité physique avant le début des formations. Cet exercice avait deux principaux buts : documenter le niveau de connaissance des médecins de la région en regard de la pratique d'activités physiques et stimuler l'intérêt des participants lors de la formation, puisque l'atelier permettait de répondre aux questions du miniquiz. En moyenne, les participants ont obtenu 64 % de bonnes réponses ; des variations allant de 54 % à 74 % ont été observées entre les cliniques.

Des ateliers de formation sur le thème des nouveautés dans le domaine de la cessation tabagique ont ensuite été proposés aux médecins de la région. Entre janvier 2006 et juin 2006, 49 professionnels ont été rejoints, la majorité étant des médecins visés par le programme. L'analyse des formulaires d'évaluation de ces formations a indiqué un taux de satisfaction générale de 3,7 sur 4 (N = 24).

Les questionnaires téléphoniques aux patients

L'analyse a porté sur les questionnaires remplis par 482 patients, 156 hommes et 326 femmes, dont l'âge moyen était de 45 ans. Lors du recrutement, la plupart des répondants (70 %) s'apprêtaient à consulter leur propre médecin de famille. Parmi les répondants, 24 % ont déclaré souffrir d'hypertension, 20 % d'hypercholestérolémie, 7 % de maladies cardiovasculaires et 5 % de diabète. Enfin, 21 % des participants à l'étude ont déclaré être fumeurs, 47 % être inactifs et 47 % ne pas consommer quotidiennement cinq portions de fruits et légumes.

Les participants présentaient des caractéristiques comparables à celles de la population adulte de la région (Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale, 2006 ; Statistique Canada, 2003), lorsque les données sont recueillies par autodéclaration. Comme attendu, la proportion de femmes recrutée a été plus élevée, puisque celles-ci ont tendance à consulter davantage (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2004).

De plus, 45 % des répondants ont affirmé n'avoir jamais discuté, au cours des deux dernières années, de tabagisme avec un médecin de la clinique, 70 % de la consommation de fruits et légumes et 43 % de l'activité physique. Lorsqu'une discussion avait lieu, elle portait, la plupart du temps, sur le niveau d'adoption des habitudes de vie du patient plutôt que sur une recommandation précise.

Selon les analyses multivariées, certains facteurs ont été associés au counselling des médecins concernant les habitudes de vie. Le fait de fumer a augmenté les chances du patient de recevoir du counselling sur cette habitude de vie ($RC^1 = 3,21$). La probabilité de recevoir du counselling diminuait avec l'âge du patient (RC variant de 0,79 à 0,37) ; 47 % des répondants âgés de 65 à 74 ans ont reçu un counselling sur le tabac dans les deux dernières années comparativement à 69 % chez les 18 à 24 ans. Les médecins ont dirigé seulement quatre des 70 patients ayant déclaré avoir reçu une recommandation de cesser de fumer vers un Centre d'abandon du tabagisme (CAT).

Quant au counselling sur la consommation de fruits et légumes, l'indice de masse corporelle (IMC) et la présence de certaines pathologies, comme le diabète ($RC = 2,59$), étaient les facteurs les plus fortement associés.

Pour l'activité physique, les analyses multivariées ont démontré que la probabilité de recevoir du counselling augmentait avec l'âge du patient ($RC = 3,93$ pour la catégorie d'âge de 65 à 74 ans), avec la présence d'un IMC entre 25 et 29,9 ($RC = 1,57$) et de différentes pathologies.

Plusieurs facteurs ont été associés au dépistage de l'hypertension. Entre autres, l'âge élevé, la faible scolarité, une consultation pour un problème précis, une consultation sur rendez-vous, le fait de souffrir d'hypertension et le fait de fumer. Le dépistage de l'hypertension ne semblait pas systématique puisque 12 % des répondants à l'enquête ont affirmé n'avoir jamais eu de mesure de leur tension artérielle.

Enfin, les patients se sont montrés largement favorables à recevoir des conseils du médecin concernant leur mode de vie, même lors d'une visite sans rendez-vous. De

1 Rapport de cote

manière générale, la grande majorité des patients interrogés (85 %), peu importe leur âge, leur sexe, leur scolarité, et le fait qu'ils soient atteints ou non des problèmes de santé sur lesquels a porté l'enquête, tenterait de modifier leurs habitudes de vie si de tels conseils leur étaient donnés par un médecin. Une seule différence significative a été démontrée : les fumeurs semblaient plus résistants à l'idée de modifier leurs habitudes de vie, même si ce conseil venait d'un médecin (93 % pour les non-fumeurs et les anciens fumeurs, contre 76 % pour les fumeurs, $p < 0,0001$).

Les entrevues avec les médecins

Cette partie de l'étude, de type exploratoire, a permis de faire plusieurs constats. D'abord, tous les médecins rencontrés, sans égard à leur stade de changement dans le modèle adapté de Prochaska (1994) tel qu'estimé par le délégué, disaient faire régulièrement du counselling sur les habitudes de vie auprès de leurs patients, spécialement auprès de ceux qui sont atteints de maladies chroniques ou qui présentaient des facteurs de risque associés à ces maladies. Par rapport à la prévention des maladies chroniques et à la promotion de la santé, les médecins interviewés considéraient qu'ils avaient un rôle de sensibilisation, d'information et d'éducation à faire auprès de leurs patients.

Les médecins rencontrés ont mentionné plusieurs **obstacles** qui nuisent à la promotion et à l'adoption de saines habitudes de vie. Ces obstacles étaient de trois types :

- Au niveau des patients, le manque de motivation, le manque d'information ou la difficulté à modifier les comportements;
- Au niveau social, le stress, le coût des aliments sains pour la santé, le manque d'accès à des équipements sportifs, la prolifération des automobiles, le manque de modèles sociaux ou la publicité autour de la restauration rapide;
- Au niveau de l'attitude des médecins, le manque de conviction par rapport à son rôle de promotion de saines habitudes de vie et le manque de temps lors des consultations.

Les médecins rencontrés ont nommé plusieurs **facteurs pouvant faciliter** la promotion de saines habitudes de vie. Par exemple :

- Fournir plus d'information sur la promotion de la santé aux médecins et aux patients;
- Améliorer l'accès aux services professionnels spécialisés, par exemple en nutrition ;
- Renforcer le rôle de promotion de saines habitudes de vie des médecins de famille;
- Améliorer l'environnement des gens en créant des structures pour faciliter la pratique d'activités physiques et une bonne alimentation.

L'analyse des entrevues a également permis de mettre au jour certaines **pistes d'actions** qui pourraient bonifier le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION. D'abord, les médecins rencontrés se sont dit mal informés par rapport aux habitudes de vie, principalement en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique. De même, les CAT étaient méconnus par les médecins de famille. Enfin, les médecins rencontrés semblaient généralement plus enclins à discuter de saines habitudes de vie avec leurs patients qui présentaient déjà des problématiques de santé associées à de mauvaises habitudes de vie. Le counselling des médecins était davantage centré sur la diminution des symptômes des

maladies chroniques que sur la promotion de la santé au sens large. Plutôt que de faire systématiquement la promotion de saines habitudes de vie auprès de tous leurs patients, les médecins discutaient spécifiquement, par exemple, de cessation tabagique avec les patients victimes de crises d'asthme, d'une bonne alimentation avec ceux atteints de diabète ou de la pratique d'activités physiques avec leurs patients souffrant d'hypercholestérolémie. D'ailleurs, certains des médecins s'interrogeaient sur l'importance de leur rôle dans le cadre du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION et croyaient que le programme devrait plutôt être diffusé par les médias auprès de la population en général.

Le nombre peu élevé des répondants à cette recherche exploratoire ne permet pas de tirer des conclusions générales pour l'ensemble des omnipraticiens de la région de la Capitale-Nationale. Toutefois, les médecins les plus enclins à promouvoir de saines habitudes de vie auprès de leurs patients possèdent certaines caractéristiques communes :

- Ils sont eux-mêmes convaincus de l'importance de saines habitudes de vie dans le maintien d'un bon état de santé.
- Ils sont bien informés sur les saines habitudes de vie, ils voient eux-mêmes à s'informer.
- Ils suivent régulièrement leurs patients, qu'ils voient sur rendez-vous.

ENJEUX, RECOMMANDATIONS ET DÉFIS

Les résultats de cette étude montrent qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour mobiliser les médecins en faveur de la promotion de saines habitudes de vie auprès de la population générale. Par contre, en ce qui concerne les objectifs d'implantation énoncés au départ, une grande partie des médecins a effectivement été rejoints (73 %), un bon nombre de médecins ont assisté aux formations offertes par le programme (avant ou après avoir rencontré le délégué médical en prévention), et la plupart des médecins interviewés connaissaient les outils du programme.

Les défis que les intervenants du programme auront à relever dans les prochaines années sont nombreux. Étant donné que la majorité des médecins connaissait le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION et ses outils, mais que moins de la moitié des patients ayant répondu à l'enquête en a entendu parler par leur médecin (que ce soit le 0, le 5 ou le 30), il s'agira maintenant de mousser la diffusion des messages du programme. La plupart des médecins rencontrés affirment être à la recherche d'outils pour appuyer leurs interventions et c'est exactement ce que le programme désire leur fournir. Il faudra donc inciter les médecins à utiliser les outils existants et leur en donner de nouveaux outils afin qu'ils puissent mieux répondre aux besoins des patients. La mise en place d'objectifs clairs à atteindre lors de chaque visite du délégué médical en prévention pourrait représenter une piste intéressante. Il faut également garder à l'esprit que le programme, au même titre que d'autres études (Whitlock, 2002; Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif, 2001), préconise d'introduire un changement de comportement à la fois et que, par conséquent, il est tout à fait normal qu'un patient ne reçoive du counselling que

sur une seule habitude de vie au cours d'une visite. Trop de messages simultanés risqueraient de diluer l'intervention des médecins et de réduire leur efficacité.

De plus, les médecins affirment manquer de ressources lorsque vient le temps de diriger les patients. Pourtant, plusieurs possibilités s'offrent à eux, mais elles sont bien souvent méconnues et sous-utilisées. Afin d'améliorer les connaissances des médecins en ce qui concerne les ressources disponibles pour appuyer les patients dans la modification de leurs habitudes de vie, il serait intéressant de favoriser le réseautage des médecins avec les différentes ressources disponibles en matière d'abandon du tabagisme, de saine alimentation et de pratique d'activités physiques. Ce réseau pourrait permettre aux médecins de prendre connaissance des ressources à leur portée (entre autres, les Centres d'abandon du tabagisme ou CAT, qui sont gratuits et accessibles sur tout le territoire) et leur permettrait de se sentir mieux appuyés face à l'éventualité de faire du counselling en matière d'habitudes de vie auprès de l'ensemble de la population. Le délégué médical pourrait également s'assurer d'informer tous les médecins de l'existence et du fonctionnement des CAT au cours de la prochaine année. Des pressions politiques au niveau provincial afin de rendre les ressources plus accessibles à l'ensemble de la population pourraient également être envisagées par les intervenants du programme.

Les médecins ont affirmé trouver les outils (feuilles d'information principalement) bien faits et à l'avant-garde par rapport à ceux proposés antérieurement. Cependant, malgré les commentaires positifs sur les outils, plusieurs ont avoué ne pas les avoir utilisés. Il faudra questionner l'efficacité de la diffusion de dépliants d'information dans le changement de comportement et s'assurer qu'elle est combinée à d'autres stratégies démontrées efficaces.

Par ailleurs, lors des formations et des visites du délégué médical en prévention, plusieurs médecins ont mentionné hésiter à intervenir en prévention lors de certains types de visites (par exemple : sans rendez-vous). Il faudrait donc diffuser le message clairement exprimé au cours de l'enquête auprès des patients : une forte majorité d'entre eux est prête à entendre parler de prévention, et ce, dans plusieurs contextes cliniques.

Les responsables du programme devront trouver des façons de convaincre les médecins du bienfait de l'intervention en habitudes de vie auprès des personnes non encore atteintes de maladies chroniques. Le Groupe médical consultatif au programme (GMC) pourra être mis à contribution pour atteindre cet objectif ambitieux, le counselling sur les habitudes de vie entrant inévitablement en compétition avec d'autres interventions préventives et curatives, dans un temps de consultation souvent très court.

En ce qui concerne l'intervention même du délégué médical, l'évaluation permet de proposer quelques pistes d'actions.

- Le stade de changement des médecins visités était principalement « en action », selon l'impression du délégué médical en prévention lors de ses visites. Par contre, pour près de la moitié d'entre eux, le délégué a été incapable de se prononcer sur leur stade de changement. Afin d'améliorer la validité et la précision de l'information portant sur le stade de changement du médecin, une **grille systématique** comportant quelques questions à poser à tous les médecins (par exemple : « lors des dix dernières consultations, à combien de patients avez-vous donné du counselling sur au moins une des trois habi-

tudes de vie? »; « Depuis quand faites-vous du counselling ou prévoyez-vous en faire davantage dans le prochain mois? », etc.) et un relevé des **observations visuelles** à colliger (par exemple : la présence de dépliants dans le bureau du médecin) pourraient être conçus.

- Concernant les besoins de formation, les analyses démontrent que le délégué médical en prévention ne pose pas la question de façon systématique, car les besoins ne sont exprimés que par une minorité de médecins. Il faudra donc envisager la possibilité de poser cette question de façon plus constante ou de trouver une démarche alternative qui permette d'identifier leurs besoins (par exemple : questionnaire court remis par le délégué médical en prévention ou questionnaire postal, etc.).
- Le délégué médical note beaucoup plus de facteurs facilitant les interventions que d'obstacles à faire du counselling dans son journal de bord. Cette observation est étonnante quand on sait que les médecins ne réussissent à réaliser du counselling en habitudes de vie que chez la moitié de leurs patients. Il faudra donc envisager la possibilité de poser des questions de façon plus systématique ou encore de trouver une démarche alternative qui permette d'identifier les obstacles et les facteurs facilitant le counselling de façon plus exhaustive.
- Le délégué médical en prévention doit continuer à voir régulièrement les médecins déjà visités, mais également trouver des façons de rencontrer le quart des médecins qui n'ont pas encore été visités.

Un certain nombre de pistes d'actions ont pu être établies suite à cette évaluation. Toutefois, la participation d'un large éventail de médecins du territoire pour élargir ces pistes serait souhaitable. Le GMC associé au programme serait un bon forum de discussion où, conjointement avec les évaluateurs, il serait possible de projeter des activités implantables dans le contexte clinique actuel.

Afin de mettre à jour périodiquement le portrait de la situation réalisé par cette étude, une évaluation du même type tous les trois ans, s'inspirant de la même méthodologie, serait souhaitable. Ceci permettrait, entre autres, de suivre l'évolution des pratiques et de donner de nouvelles orientations au programme si cela s'avérait nécessaire.

1 Mise en contexte

1.1 Problématique

Selon l'Organisation mondiale de la santé, 60 % des décès seraient causés par les maladies chroniques (OMS, 2005). Par définition, une maladie chronique se caractérise par des facteurs de risque multiples, une longue période de latence, un cours prolongé, une origine non contagieuse, des dérangements fonctionnels ou des incapacités et l'incurabilité (Bergeron, 2001). Les principales maladies chroniques sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires obstructives chroniques, l'ostéoporose, les maladies buccodentaires et l'obésité (MSSS, 2003).

On note qu'une grande partie de ces maladies ont un lien causal avec les habitudes de vie, notamment le tabagisme, l'activité physique et l'alimentation (Sauvageau, 2002). De plus, plusieurs études démontrent que l'amélioration des habitudes de vie est tout aussi, sinon plus efficace que le traitement pharmacologique pour le contrôle de certaines maladies chroniques, notamment l'hypertension, le diabète, les dyslipidémies et l'obésité (Kaplan, 1994).

Or les statistiques concernant les habitudes de vie et le poids sont plutôt inquiétantes :

À propos de l'excès de poids :

- La proportion de personnes de 20 à 64 ans ayant un IMC de plus de 27 est en progression rapide au Québec depuis les dix dernières années, cette proportion étant passée de 20 à 28,8 % (Institut de la statistique du Québec, 2002).
- Au Québec, la proportion de personnes adultes obèses (IMC plus de 30) est de 14 %, alors que dans la région de Québec, elle est de 12 % (Caron, 2006).
- Selon des données provinciales de 2006, 33,5 % de la population présente un excès de poids, soit un IMC de plus de 25; dans la région de Québec, cette proportion est de 32 % (Caron, 2006).

À propos de l'activité physique :

- La proportion de personnes sédentaires dans la province est de 51,8 %, et de 48,3 % dans la région de la Capitale-Nationale (Caron, 2006).

À propos de l'alimentation :

- En moyenne, selon des données canadiennes, les hommes consomment 4,2 portions de fruits et légumes par jour et les femmes, 4,9 portions (Pérez, 2002).
- Seulement 45 % de la population québécoise consomme les cinq portions de fruits et de légumes et plus recommandées par jour (Caron, 2006).
- Il existe un lien entre la fréquence moyenne de consommation de fruits et légumes et les autres comportements liés à la santé : la pratique d'activités physiques, le non-

usage du tabac, le maintien d'un poids santé et la non-dépendance à l'alcool (Pérez, 2002).

À propos du tabagisme :

- 26 % de la population québécoise de plus de 12 ans fume actuellement; cette proportion est en baisse depuis quelques années (Caron, 2006).

Malgré ce sombre tableau, la volonté de combattre les habitudes de vie néfastes est très présente dans la population. En effet, la dernière enquête nutritionnelle montre que 62 % de la population a essayé de modifier au moins un élément de son alimentation dans l'année précédant la réalisation de ce sondage (Santé Québec, 1995).

1.2 Statistiques régionales

Afin de pouvoir mieux comparer les résultats présentés dans les sections qui suivront, il est nécessaire de tracer un portrait sommaire de la population de la région de la Capitale-Nationale tant au niveau des maladies chroniques que des habitudes de vie.

De manière générale, la population de la région est comparable à la population du reste du Québec en ce qui concerne les maladies chroniques. En effet, dans la région, 13,9 % de la population de 12 ans et plus disait souffrir d'hypertension en 2003 comparativement à 14,5 % pour l'ensemble du Québec (Statistique Canada, 2003). Pour ce qui est des maladies cardiovasculaires, la statistique est la même au niveau régional et provincial : 5,3 % de la population en souffrait en 2003. En ce qui concerne le diabète, 3,7 % des habitants de la région de la Capitale-Nationale affirmaient en souffrir en 2003, contre 4,6 % au Québec (Statistique Canada, 2003). Pour ce qui est de l'hypercholestérolémie, la prévalence dans la province de Québec était de 2,8 % en 1998 (Institut de la statistique du Québec, 1998).

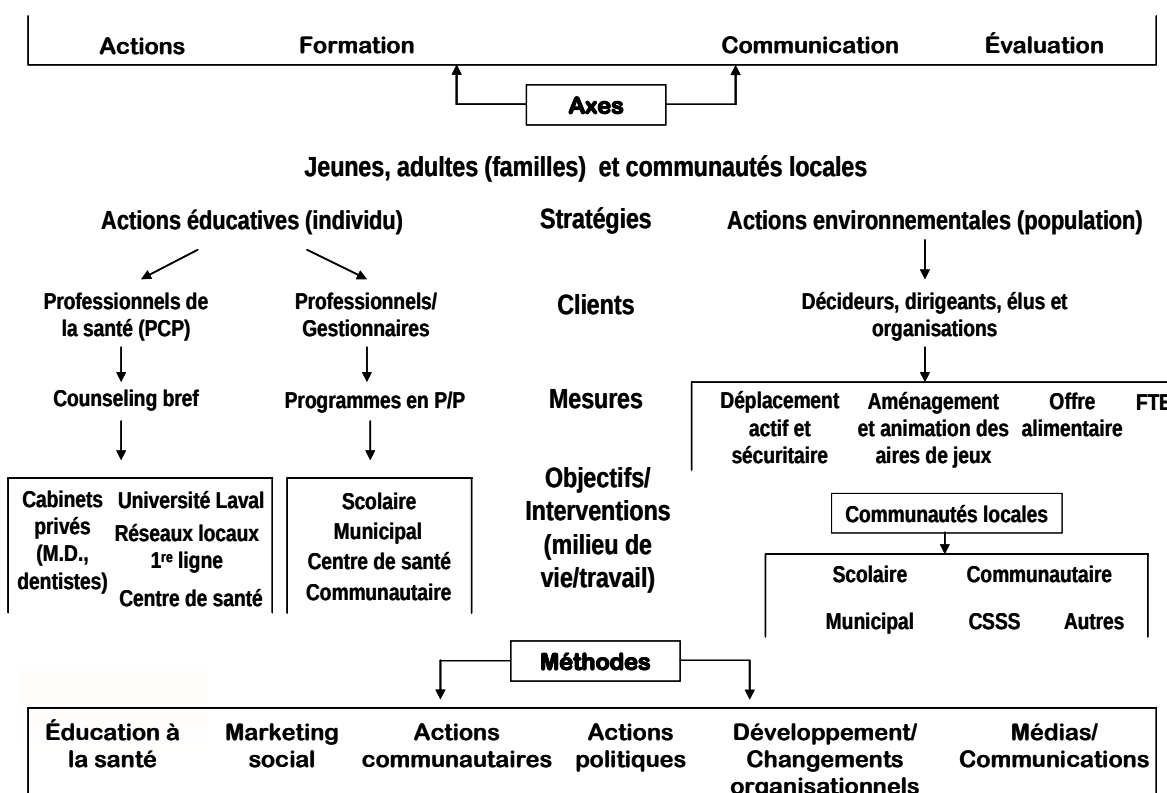
En ce qui concerne les habitudes de vie, dans la région de la Capitale-Nationale, 24,5 % des résidents sont fumeurs, 13,2 % des non-fumeurs sont exposés à la fumée secondaire à la maison, 10,5 % le sont dans des véhicules et 25,8 % y sont exposés dans des lieux publics. En ce qui concerne l'alimentation, 53,2 % de la population de la région ne consomme pas les cinq portions quotidiennes de fruits et de légumes recommandées, tandis que pour l'activité physique, seulement 50,7 % de la population est considérée comme suffisamment active pour en retirer des avantages pour sa santé (Statistique Canada, 2003).

1.3 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION

Le message 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION cible trois habitudes de vie ayant un impact déterminant sur la santé et le bien-être des gens, respectivement : 0 tabagisme actif ou passif, la consommation régulière d'au moins 5 fruits et légumes par jour et pratique d'au moins 30 minutes d'activités physiques quotidiennement (www.0-5-30.com).

Afin de diffuser ce message, deux types d'actions ont été envisagés, soit les actions éducatives et les actions environnementales, dont voici le cadre conceptuel.

Figure 1 : Cadre conceptuel du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION



(Adapté de Colgan, 2006)

Le but principal du volet « Actions éducatives » est de favoriser et de soutenir une pratique efficace de la prévention des maladies chroniques auprès des professionnels de la santé, alors que le but premier du volet « Actions environnementales » est de promouvoir la modification des environnements dans les milieux de travail et la communauté afin de faciliter l'adoption des trois habitudes de vie proposées par le message 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION (Dugal, 2004).

Étant donné que le présent projet porte essentiellement sur les actions éducatives, nous allons nous attarder plus en profondeur à ce volet. Celui-ci cible essentiellement les

médecins en cabinet privé, les professionnels œuvrant en CLSC et, progressivement, d'autres professionnels de la santé. Le premier groupe ciblé est celui des médecins omnipraticiens pratiquant en cabinet privé. Ils doivent recevoir au cours de la période 2003-2012, la visite d'un délégué médical en prévention qui discute avec eux de prévention, en leur présentant les dernières recommandations, en leur proposant de la formation continue, des outils et des ressources pour soutenir leurs interventions auprès des patients (Dugal, 2004).

L'intervention du délégué médical en prévention auprès des médecins en cabinet privé a pour objectif de déployer tous ces moyens lors de visites brèves et répétées. En appui à ces visites, les responsables du programme développent, en s'inspirant de méthodes et de stratégies empruntées au marketing, des guides de pratique clinique, des formations, des outils et des ressources reliés aux habitudes de vie et aux maladies chroniques (Dugal, 2004). La stratégie de « vente académique » (*academic detailing*), une des méthodes reconnues efficaces pour influencer les comportements des médecins, conduit le délégué médical à avoir une conversation seul à seul avec son client, en ayant en tête un objectif prédéfini visant à connaître ses motivations (www.nyrdtc.nhs.uk/publications). Dans ce cas précis, le délégué médical en prévention visite les médecins afin d'échanger avec eux sur leur pratique et leurs besoins en promotion de saines habitudes de vie.

L'autre stratégie employée est la communication persuasive. Le discours du délégué et les formations offertes sous forme d'ateliers interactifs portant sur différents thèmes visent à convaincre le médecin d'adopter le counselling bref sur les trois habitudes de vie et de l'intégrer à chacune de ses consultations. Les médecins convaincus peuvent par la suite devenir à leur tour de meilleurs vendeurs de prévention auprès de leur clientèle. Le premier thème abordé a été celui de l'hypertension artérielle, facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires (Dugal, 2004), particulièrement sous l'angle de l'approche non pharmacologique, dont la diète DASH. En date du mois de juin 2006, les autres thèmes abordés ont été l'activité physique, puis le tabac.

1.4 Counselling médical bref

Le counselling médical bref peut se définir comme une intervention éducationnelle visant à faire connaître certains facteurs de risque modifiables et à soutenir et accompagner les patients désirant adopter ou maintenir des comportements ou des habitudes de vie sains et sécuritaires (Provost, 2005).

Bien qu'ils aient la possibilité et la responsabilité de promouvoir l'activité physique (Fletcher, 1996), les médecins se sentent peu outillés pour le faire (Pinto, 1998 ; King, 2000). Plusieurs études ont démontré l'influence considérable des barrières suivantes : le manque d'habileté pour bien conseiller, l'inefficacité perçue, le manque de confiance dans la technique d'entrevue, le manque de temps ainsi que le manque de support matériel et organisationnel (McKenna, 1998; Abramson, 2000; Pinto, 1998; King, 2000; Stachenko, 1994). Haines et Donald (1998) ont développé une classification intéressante et utile des entraves à la modification du comportement des médecins (Annexe 1).

Une revue de la littérature effectuée par Koutsavlis (2000) démontre qu'il existe quatre principales interventions d'efficacité constante pour effectuer la dissémination des guides de pratique chez les professionnels de la santé : les visites éducatives, les systèmes de rappel (reminders), les réunions éducatives interactives et les interventions présentant de multiples facettes (des stratégies qui impliquent deux interventions ou plus). Quatre autres interventions seraient d'efficacité variable : l'audit de dossiers et la rétroaction, l'utilisation des leaders d'opinion, la participation au processus permettant d'atteindre un consensus local et les interventions fondées sur les patients. Selon cet auteur, deux interventions auraient démontré une efficacité limitée ou même nulle : la distribution de matériel éducatif et les réunions éducatives didactiques (formation médicale continue à caractère plus passif).

Par ailleurs, un des modèles souvent utilisés lorsqu'il est question de changements de comportement est le modèle métathéorique (Transtheoretical Model) de Prochaska, (1994) qui comprend cinq stades de changement : précontemplation (préréflexion), contemplation (réflexion), préparation, action, maintien. Les auteurs se sont d'abord intéressés à l'arrêt tabagique.

- 1) Précontemplation : personne qui fume et qui ne considère pas sérieusement l'abandon de cette habitude au cours des six prochains mois;
- 2) Contemplation : personne qui fume mais qui considère sérieusement de cesser de fumer au cours des six prochains mois;
- 3) Préparation : personne qui fume, mais qui planifie de cesser de fumer au cours des 30 prochains jours et qui a fait une tentative de cesser durant la dernière année;
- 4) Action : personne qui a cessé de fumer et qui est abstinente depuis moins de six mois;
- 5) Maintien : personne qui a cessé de fumer et qui est abstinente depuis plus de six mois.

Le cheminement d'une personne à travers le processus de changement n'est pas nécessairement linéaire mais évolue selon une spirale où la transition d'un stade à l'autre peut s'effectuer autant de façon régressive que de façon progressive (Annexe 2). Dans le contexte de notre étude, les différents stades peuvent s'appliquer tant pour les patients face au comportement à adopter que pour les médecins dans la pratique du counselling.

Les médecins peuvent avoir une influence considérable sur l'adoption de saines habitudes de vie par leurs patients. En effet, plus des trois quarts des Québécois de 12 ans et plus consultent annuellement les médecins à leur cabinet, pour une moyenne de quatre visites (RAMQ, 2003) et les médecins sont des acteurs stratégiques dans le changement de comportement de leurs patients (Hilton, 1999; Pinto, 1998; Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1994).

À notre connaissance, peu d'études publiées au Québec et au Canada (Beaudoin, 2001; Savard, 2001; INSPQ, 2001; RSSS Montérégie, 2001) ont évalué le counselling préventif concernant les habitudes de vie réalisé par les médecins, et encore moins l'ont fait dans le contexte des cliniques médicales privées. Pourtant, la pratique en cabinet privé représente le principal lieu de pratique des médecins omnipraticiens, tant au Québec (53 %) qu'au Canada (73 %) (Savard, 2001). Des études américaines et européennes illustrent également que les patients désirent et apprécient recevoir du counselling sur les habitudes de vie de la part de leur médecin (Conroy, 2004; Johansson, 2005; Duaso, 2002).

De plus, beaucoup d'études se bornent à questionner les médecins eux-mêmes concernant leur pratique préventive : le biais de désirabilité conduit souvent à une surestimation de la performance préventive (Godin, 1990; Waitzin, 1984; Lewis, 1986). Un volet de cette étude vise au contraire à faire le point sur les pratiques de counselling bref de médecins généralistes œuvrant en cabinet privé selon la perspective de leurs patients, qui s'avère souvent plus proche de la réalité.

2 Buts et objectifs de l'étude

L'abstinence tabagique, une saine alimentation et la pratique d'activités physiques sont trois déterminants importants qui influent sur l'apparition de multiples problèmes de santé (MSSS, 2003). Afin de faire la promotion de ces trois habitudes de vie, une des stratégies envisagées par le *Programme national de santé publique* repose sur un counselling réalisé par les professionnels de la santé (MSSS, 2003).

Pour atteindre cet objectif, la région de la Capitale-Nationale a choisi d'intervenir, entre autres, auprès des médecins omnipraticiens œuvrant en cabinet privé. Ainsi, des visites éducatives ont été menées, depuis septembre 2003, par un délégué médical en prévention et des ateliers de formation interactifs ont été réalisés afin d'encourager le counselling des médecins en faveur de saines habitudes de vie, dans le cadre du Programme intégré de prévention des maladies chroniques « 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION ».

Les objectifs d'implantation du programme étaient, au départ :

- Établir un contact personnalisé avec 70 % des médecins ciblés, en appliquant les principes de la vente académique (*academic detailing*) par la visite d'un délégué médical en prévention ;
- Faire connaître aux médecins concernés les plus récentes recommandations concernant la promotion des saines habitudes de vie, ainsi que leurs justifications scientifiques ;
- Offrir aux médecins visés de la formation sur les techniques de communication persuasive qui leur permettent d'être plus efficaces dans leur counselling ;
- Proposer aux médecins ciblés des outils, systèmes et ressources permettant de soutenir leurs interventions (Dugal, 2004).

2.1 But de l'étude

Le but de la présente étude est de porter un jugement sur l'implantation du volet des actions éducatives en cabinet privé du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION afin d'optimiser les activités du programme auprès des médecins et de dresser un premier portrait du counselling en habitudes de vie qu'ils réalisent.

2.2 Objectifs de l'étude

L'étude vise à répondre à trois objectifs :

1. Vérifier l'atteinte des objectifs d'implantation du volet d'intervention du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et, en particulier, la proportion de médecins rejoints, le nombre, la durée et le contexte des visites du délégué médical en prévention, la participation et la satisfaction des médecins relativement aux formations proposées, l'utilisation des outils et des ressources et le niveau de connaissances des médecins sur le thème des habitudes de vie;

-
2. Identifier les conditions (facteurs favorables, obstacles, stratégies) qui influencent d'une part, la réalisation de l'intervention du délégué médical en prévention auprès des médecins et, d'autre part, l'intégration du counselling bref portant sur les saines habitudes de vie dans la pratique des médecins;
 3. Dresser un premier portrait du counselling bref réalisé par des médecins œuvrant en cabinet privé dans la région portant sur les saines habitudes de vie, selon le point de vue des patients.

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Cette étude constitue une première évaluation du volet des activités éducatives réalisées auprès des médecins œuvrant en cabinet privé du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION dans la région de la Capitale-Nationale.

Afin de s'approcher avec plus de justesse de la réalité complexe des pratiques des médecins, et considérant que les médecins et les patients apportent des éclairages différents et complémentaires, trois sources de données ont été combinées : un journal de bord rempli par le délégué médical en prévention, une enquête par sondage téléphonique réalisée auprès de patients et des entrevues semi-dirigées réalisées auprès de médecins « informateurs-clés ».

3.1.1 Journal de bord et évaluation des ateliers de formation

Le journal de bord compile l'information sur les visites réalisées par le délégué médical en prévention auprès de chacun des médecins de la région. Ces informations servent à répondre aux deux premiers objectifs d'évaluation mentionnés plus haut (1 et 2). Cette section comprend également une compilation des évaluations des ateliers de formation offerts aux médecins.

3.1.2 L'enquête par sondage téléphonique auprès des patients

Ce sondage a été effectué auprès de 482 patients de 18 à 74 ans recrutés dans les salles d'attente de 11 cliniques regroupant 84 médecins ayant accepté de collaborer à l'évaluation du programme. Ces patients ont été contactés entre le 22 février 2006 et le 6 avril 2006, dans les deux semaines suivant leur visite à la clinique médicale pour répondre à des questions portant sur le counselling médical réalisé lors de cette dernière visite et au cours des deux dernières années. Les informations recueillies à l'aide de cette enquête permettent de répondre aux questions de l'objectif 3 mentionné plus haut.

3.1.3 Les entrevues auprès des médecins

Neuf médecins « informateurs-clés » ont été recrutés pour participer aux entrevues. Il s'agit d'entrevues semi-dirigées d'une durée d'environ 30 minutes qui servent à répondre aux questions des objectifs 1 à 3 énoncés plus haut.

3.2 Journal de bord et évaluation des ateliers de formation

Le délégué médical en prévention saisit, en version électronique (ordinateur de poche « *Palm OS* »), plusieurs informations sur chacune des visites qu'il effectue. L'information est codée pour faciliter la saisie et l'analyse qui sont réalisées périodiquement (la description des variables est présentée à l'annexe 3). Pour les besoins de la présente évaluation, l'analyse a porté sur toutes les informations saisies depuis le début de ce volet

du programme en 2003, et ce, jusqu'en juin 2006, où la collecte de données fut complétée pour la présente étude.

Au début de chaque atelier, un questionnaire appelé « miniquiz » était distribué et rempli par les participants. Le présentateur récupérait un petit bordereau anonyme contenant les réponses des participants. Les questions contenues dans ce miniquiz sont présentées à l'annexe 4 et une compilation des réponses est présentée à l'annexe 5. À la fin des ateliers de formation, un formulaire d'évaluation était complété par les participants. Ce formulaire est présenté à l'annexe 6 et les résultats sont résumés à la section Résultats.

3.3 Enquête téléphonique auprès des patients

La section suivante détaille la méthode employée pour réaliser l'enquête par sondage téléphonique menée auprès de 482 personnes afin d'en connaître davantage sur les pratiques de counselling préventif des médecins.

3.3.1 Objectif de l'enquête

L'objectif de l'enquête est de dresser un portrait du counselling médical en habitudes de vie réalisé par les médecins œuvrant en cabinet privé dans la région de la Capitale-Nationale. Cette enquête se limite à étudier le comportement du milieu des cabinets privés et des médecins qui y pratiquent et ne cherche pas à évaluer le comportement des patients.

Cette première collecte de données servira de base pour réaliser ultérieurement un autre portrait qui nous renseignerait alors sur l'évolution des pratiques préventives des médecins au regard des saines habitudes de vie, en relation avec les activités déployées par le programme.

3.3.2 Population à l'étude, sélection et taille de l'échantillon

La population à l'étude, dans le cadre de ce projet, est constituée de l'ensemble des médecins omnipraticiens de la région de Québec. L'étude a porté sur un échantillon de 84 médecins, pratiquant au sein de 11 cliniques médicales de la région ayant accepté de collaborer au projet. Les cliniques ont été sélectionnées sur la base de contacts préétablis afin de faciliter le recrutement. Le plus souvent, l'un des médecins de ces cliniques participait au GMC ayant pour tâche de conseiller le volet éducatif du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION. Néanmoins, certains critères de base ont servi à sélectionner les cliniques. Elles devaient, entre autres, avoir au moins quatre médecins et avoir un volume élevé de patients en consultation avec et sans rendez-vous. De plus, des cliniques provenant des territoires des quatre CSSS devaient être incluses dans l'échantillon. Parmi les 12 cliniques approchées, une seule a préféré ne pas collaborer à l'étude.

Les critères d'inclusion des patients étaient les suivants : maîtriser le français parlé, être âgé de 18 à 74 ans inclusivement, avoir une capacité d'expression suffisamment bonne pour pouvoir répondre à un questionnaire téléphonique et avoir rencontré un médecin avec ou sans rendez-vous dans l'une des cliniques sélectionnées pour l'évaluation. Le groupe

des 18 à 74 ans a été retenu pour le recrutement en tenant compte du fait que le programme vise particulièrement ce groupe d'âge et que les patients adultes sont généralement en mesure de consentir à participer de façon pleinement autonome. Au total, 695 patients ont été recrutés afin d'obtenir les 500 patients participants, tel que prédéterminé par le protocole. Puisque 18 des 500 patients interrogés pour l'enquête étaient âgés de 75 ans et plus, ils ont été exclus des analyses finales, portant le nombre de participants à l'enquête à 482.

La taille de l'échantillon pour la réponse au sondage téléphonique a été déterminée en fonction des critères suivants : l'objectif de ce volet de l'étude est de déterminer la proportion de médecins qui réalisent un counselling médical pour chacune des trois habitudes de vie ciblées (tabagisme, activité physique et consommation de fruits et légumes), avec la meilleure précision possible selon les ressources disponibles. Afin de déterminer le nombre de patients qui permettait d'obtenir cette proportion de façon assez précise, il a fallu estimer, *a priori*, la proportion de médecins attendue qui réalisent un counselling pour chacune de ces habitudes et utiliser la plus faible proportion pour effectuer le calcul de la taille de l'échantillon. Les proportions ont été obtenues à partir de la littérature qui indique que la plus faible proportion de counselling est faite pour l'alimentation et l'activité physique dans des proportions allant de 20 % à 30 % si le counselling est rapporté par des patients ou enregistré sur bandes vidéo (Russel, 1993; Wee, 1999; Podl, 1999).

Le logiciel PASS2002 a permis de déterminer qu'une taille d'échantillon de 500 patients permettrait d'obtenir une précision de l'estimé de l'ordre de 4 % si l'erreur alpha est fixée à 5 % et si la proportion attendue de médecins réalisant un counselling est fixée à 20 % (Russel, 1993; Baron, 2006; INSPQ, 2001).

3.3.3 Déroulement de l'enquête et variables étudiées, collecte de données

Après avoir obtenu l'accord écrit des médecins (Annexes 7 et 8), deux agents de recherche préalablement formés ont réalisé le recrutement des patients lors de leur visite médicale. Les agents de recherche privilégiaient les journées où il y avait le plus de médecins dans les cliniques afin de faciliter le recrutement. Tous les patients se voyaient offrir le formulaire de consentement (Annexe 9) par la réceptionniste ou à l'occasion, directement par l'agent de recherche. Ce dernier donnait davantage de détails sur l'étude aux patients qui semblaient réceptifs au projet, à la lecture du formulaire, et leur demandait leur consentement à être contactés par une firme de sondage afin de répondre à un questionnaire téléphonique d'une quinzaine de minutes.

Une fois que les patients avaient donné leur consentement pour participer au sondage téléphonique, une firme de sondage les contactait dans un délai de deux semaines suivant leur rendez-vous afin qu'ils répondent au sondage. La firme contactait les participants à l'étude jusqu'à ce que le nombre de 500 répondants soit atteint. L'enquête téléphonique s'est déroulée entre le 22 février et le 6 avril 2006.

Les variables à l'étude concernaient surtout sur la dernière visite médicale, mais aussi sur le counselling reçu par les patients au cours des deux dernières années (Annexe 10). Ces variables portaient, entre autres, sur l'état de santé du patient (hypertension, maladies cardiovasculaires, hypercholestérolémie, diabète), le type de visites médicales (avec ou sans rendez-vous et visite annuelle, de contrôle, pour un problème chronique, pour un problème aigu, etc.), le médecin rencontré (médecin de famille personnel du patient ou non), les habitudes de vie du patient (activité physique, tabagisme, consommation de fruits et légumes) le type de counselling réalisé (activité physique, consommation de fruits et légumes, tabagisme), le type de conseils prodigués par le médecin, l'opinion du patient par rapport au counselling médical selon les différents types de visites, etc. Ces variables servent à dresser un portrait du counselling médical réalisé.

La plupart des questions s'inspirent de questions validées et utilisées dans d'autres projets et études québécoises, tel que le projet de dissémination en santé du cœur Au Cœur de la vie et l'étude Accessibilité/continuité réalisée dans les régions de Montréal et de la Montérégie (Baron, 2006). Quelques questions ont été élaborées spécifiquement pour les besoins de la présente étude.

Tableau 1 : Définition et source des variables à l'étude

Variables	Source	Intérêt pour les analyses
État de santé du participant (Q1 à Q4) ▪ Hypertension ▪ Hypercholestérolémie ▪ Diabète ▪ Maladies cardiovasculaires	Adapté du questionnaire du projet Au cœur de la vie	▪ Permet de faire le lien entre l'état de santé du patient et le counselling fait par le médecin. ▪ Plusieurs médecins affirment faire davantage de counselling auprès des patients présentant des facteurs de risque. Ces questions permettent de vérifier cette affirmation.
Taille et poids du participant (Q39 et Q 40) ▪ Taille en cm ou en po ▪ Poids en kg ou en lb	Questionnaire du projet Au cœur de la vie, ainsi que Accessibilité/continuité	▪ Permet de calculer l'IMC afin de connaître s'il y a un lien entre l'IMC et les habitudes de vie ou un lien entre l'IMC et le counselling reçu
Habitudes de vie du patient (Q5 à Q7) ▪ Tabagisme ▪ Consommation de fruits et légumes ▪ Pratique d'activités physiques	Questionnaire du projet Au cœur de la vie, ainsi que Accessibilité / continuité	▪ Permet de vérifier la distribution des habitudes de vie des patients. ▪ Permet d'étudier la distribution du counselling selon les différentes habitudes de vie. ▪ Permet de vérifier la réceptivité des patients au counselling en fonction de leurs habitudes de vie.
Raison de la visite à la clinique (Q8)	Adapté de Accessibilité/continuité	▪ Sert à décrire la proportion de counselling fait dans chacun des types de visites médicales

Médecin consulté lors de la visite à la clinique (Q10)	Adapté de Accessibilité/ continuité	Sert à déterminer le counselling réalisé auprès des patients suivis par leur propre médecin.
Tension artérielle (Q11 à Q15) - Mesure lors de la dernière visite - Dernière mesure de la tension artérielle - Professionnel ayant mesuré la tension - Recommandations - Type de recommandations	Adapté de Accessibilité/ continuité	- La mesure de la tension artérielle est une intervention de dépistage. Elle permet de voir dans quelle proportion les médecins font du dépistage. - Les questions portant sur le counselling n'ont été posées qu'aux personnes hypertendues, elles servent à connaître la proportion et le type de counselling effectué.
Pratique d'activités physiques (Q16 à Q19) - Question sur la pratique lors de la dernière visite. - Dernière fois que médecin s'est informé de la pratique - Quel professionnel a parlé d'activités physiques - Conseils reçus par rapport à l'activité physique	Questions inspirées du projet Au cœur de la vie, rappel de 2 ans et inspirées du projet accessibilité/ continuité	Les questions portant sur le counselling en activité physique permettent de déterminer dans quelle proportion le counselling sur cette habitude de vie est fait. De plus, elles permettent de tracer le profil des participants ayant reçu ce type de counselling.
Consommation de fruits et légumes (Q21 à Q24) - Question sur la consommation de fruits et légumes lors de la dernière visite. - Dernière fois que le médecin a interrogé le patient sur la consommation de fruits et légumes - Professionnel ayant parlé de consommation de fruits et légumes - Conseils reçus par rapport à la consommation de fruits et légumes.	Questions inspirées du projet Au cœur de la vie, ainsi que du projet Accessibilité/ continuité	Les questions portant sur le counselling en matière de consommation de fruits et légumes permettent de tracer le portrait du counselling fait auprès des patients concernant cette habitude de vie. De plus, elles permettent de tracer le profil des participants ayant reçu ce type de counselling.
Tabagisme (Q26 à Q30) - Question sur la consommation de tabac - Dernière fois que le médecin a interrogé le patient sur sa consommation de tabac - Professionnel qui a parlé de tabagisme - Conseil reçu sur le tabagisme	Questions inspirées du projet Au cœur de la vie, ainsi que du projet Accessibilité/ continuité	Ces questions servent, entre autres, à établir la proportion de patients ayant reçu du counselling et avoir des précisions quant au type de counselling reçu.

0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION ▪ Professionnel a parlé de 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION avec le patient ▪ Professionnel qui a parlé de 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION ▪ Autre(s) source(s) d'information ▪ Lieu d'information	Inspiré du projet Au cœur de la vie qui au moment de réaliser le temps 2 (post-intervention) de l'évaluation avait inclus quelques questions sur la connaissance du 0·5·30 au sein de la population de la région de la Capitale-Nationale.	▪ Connaître la proportion de patients ayant entendu parler de 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION ▪ Effectuer la comparaison entre cette évaluation et le projet Au cœur de la vie.
--	--	--

Les résultats du présent rapport proviennent principalement des analyses effectuées sur le counselling reçu dans les deux dernières années afin d'obtenir une plus grande puissance statistique. Une étude effectuée dans la région de la Montérégie utilise aussi ce temps de rappel pour des questions similaires.

Cependant, il est important de tenir compte du fait que ce choix méthodologique comporte un biais de rappel, étant donné la longue période de temps sur laquelle on questionne les patients.

3.3.4 Stratégie d'analyse des données

Les données recueillies par la firme de sondage ont d'abord été saisies dans le logiciel SPSS, puis transférées et analysées à l'aide du logiciel SAS. Des analyses univariées (moyenne, médiane et écart type) ont été faites ainsi que des analyses univariées (Khi carré, test de Fisher). Toutes ces analyses ont servi à dégager des modèles, analysés ensuite sous forme de régression logistique. Ces modèles servent à identifier s'il existe des variables liées de façon indépendante aux pratiques cliniques préventives reliées aux habitudes de vie durant une visite médicale.

3.4 Entrevues auprès des médecins

Afin de porter un jugement sur le degré d'implantation de cette intervention et d'optimiser les activités du programme auprès des médecins œuvrant en cabinet privé, des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès d'un échantillon de médecins « informateurs-clés » qui travaillent dans les cliniques médicales de la région.

Cet échantillon a été constitué de façon intentionnelle. Cette stratégie non probabiliste, c'est-à-dire non pas basée sur le calcul mathématique des probabilités, mais plutôt sur des manipulations volontaires, a permis de constituer un échantillon de sujets souhaitant de bon gré participer à la recherche. Quinze médecins ont été sollicités par téléphone pour participer à l'entrevue. De ce nombre, cinq ont refusé, un n'a pas été rejoint et les neuf autres ont accepté d'accorder une entrevue. Puisque ce volet de l'étude privilégie la méthodologie qualitative, l'importance a été centrée sur le sens des données plutôt que sur

leur représentativité statistique. La liste ayant permis de constituer l'échantillon de médecins informateurs-clés a été établie par le délégué médical en prévention. Les médecins ont été choisis en fonction de leur stade de changement selon le modèle transthéorique de Prochaska (1994), tel qu'estimé par le délégué médical en prévention. Toutefois, en raison du caractère subjectif d'un tel jugement et des multiples variables à considérer afin d'établir le stade de changement d'un médecin, le modèle a été adapté à l'analyse. Ainsi, des six stades identifiés par Prochaska, certains ont été fusionnés afin de parvenir à un modèle comprenant trois grands stades, soit : (1) la réflexion et la préreflexion, (2) la préparation, (3) l'action et le maintien. Le tableau 64 présente les stades des médecins informateurs-clés.

Les entrevues, dirigées de façon souple, ont porté sur l'expérience de participation au programme de ces médecins informateurs-clés. Les répondants ont été interviewés sur leur lieu de travail. Les obstacles et les facteurs favorables au counselling sur les habitudes de vie ont été abordés. Les opinions des médecins sur le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, sur la visite du délégué médical en prévention ainsi que sur les outils et les formations offerts ont été recueillies. Enfin, leurs suggestions pour bonifier le programme ont été compilées (le schéma d'entrevue utilisé lors de ces entretiens est présenté à l'annexe 11). Neuf entrevues individuelles semi-dirigées d'une durée approximative de 30 minutes ont été effectuées dans les mois de mai et juin 2006. Ces entrevues ont constitué une voie d'accès privilégiée pour atteindre le point de vue des médecins, les représentations qu'ils se font du programme et le sens qu'ils donnent à leurs conduites (Poupart, 1997). Les données recueillies lors des entrevues ont ensuite été soumises à une analyse de contenu thématique, effectuée à partir du logiciel N-vivo.

L'analyse de contenu est une méthode de classification des éléments du document analysé dans diverses catégories pour en faire ressortir les différentes caractéristiques, en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis (L'Écuyer, 1987). En s'appuyant sur le schéma d'entrevue, les catégories analytiques ont été précisées tout au long de l'analyse des données afin d'obtenir des unités d'analyse thématiques. Comme les entrevues étaient construites à partir des thèmes importants pour l'analyse, les réponses ont été regroupées en grandes catégories afin d'obtenir un corpus de données pour chacun des thèmes. Chaque extrait étant identifié et codé, les caractéristiques communes et les différences entre les extraits ont été relevées en vue de l'interprétation ; les similitudes et les oppositions de discours ont donc pu être résumées.

La dernière étape de l'analyse a mené à la construction de la section « Résultats des entrevues » du présent rapport qui présente chacun des grands thèmes : le counselling des médecins informateurs-clés sur le tabagisme, sur l'alimentation² et sur l'activité physique ; les obstacles et les pistes de solution dans l'adoption de saines habitudes de vie chez les patients ; les sources d'information et le réseau des médecins concernant les habitudes de vie et les maladies chroniques ainsi que la pertinence du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, développés dans la section 4.3. Une entrevue réalisée avec le délégué

2 Contrairement à l'enquête téléphonique réalisée auprès des patients, la discussion a porté sur l'alimentation en général plutôt que spécifiquement sur la consommation de fruits et de légumes.

médical en prévention qui a visité les médecins appuie les informations présentées dans ce rapport. Étant donné que le délégué médical en prévention a visité un grand nombre des omnipraticiens de la région de la Capitale-Nationale, son expertise et ses connaissances du terrain apportent un éclairage complémentaire aux propos des médecins rencontrés. La section présentant les résultats sera ponctuée de nombreux extraits des entrevues. Puisque l'analyse est centrée sur le discours des répondants, ces extraits permettront d'en exposer la teneur et la richesse.

3.5 Éthique et confidentialité

Le projet d'évaluation a été soumis au Comité d'éthique de la recherche clinique du Centre hospitalier de l'Université Laval et a reçu son approbation en décembre 2005. Toutes les informations nominatives concernant l'évaluation sont conservées sous clé en tout temps et des dispositions spécifiques sont prises pour chacun des volets de l'étude.

Volet journal de bord : Pour le journal de bord, seules les personnes autorisées à consulter les informations y ont accès. Un transfert de données étant nécessaire entre le délégué médical en prévention et la statisticienne, cette dernière s'assure de détruire toute l'information nominative dès la réception du fichier.

Volet enquête auprès des patients : Les patients participant à l'enquête par sondage téléphonique ont été recrutés par la secrétaire dans les salles d'attente de cliniques médicales. Un formulaire de consentement (Annexe 9) était soumis au patient, qui devait le signer, s'il était intéressé. Afin de ne pas identifier les personnes participantes à l'enquête, les noms étaient remplacés par des numéros une fois le questionnaire rempli. De plus, l'équipe de recherche n'avait en aucun cas accès aux dossiers médicaux des patients, ni n'était autorisée à fournir aux médecins traitants aucune information recueillie auprès de leurs patients.

Volet entrevue auprès des médecins « informateurs-clés » : Chacun des médecins interviewés avait été préalablement rejoint par téléphone et avait consenti verbalement à participer à l'entrevue. Avant de débiter l'entrevue, l'interviewer confirmait le consentement en faisant lire et signer un formulaire à cet effet (Annexe 12). Afin de conserver l'anonymat des médecins, leur nom était remplacé par des numéros après l'entrevue et seule la personne ayant interviewé les médecins avait accès à l'information nominative.

Les médecins comme les patients étaient libres en tout temps de se retirer de l'étude sans subir aucun préjudice. Aucune compensation financière n'a été offerte aux patients en retour de leur participation à l'étude. Le programme a offert aux médecins informateurs-clés un podomètre ou un livre sur l'alimentation en guise de remerciements.

4 Résultats de l'étude

La section suivante détaille les principaux résultats obtenus par l'analyse de chacun des trois volets du projet d'évaluation. Le premier volet présente les résultats obtenus à l'aide de l'analyse du journal de bord complété au jour le jour par le délégué médical en prévention. Il reflète le point de vue du délégué médical en prévention ainsi que ses observations par rapport au degré d'implantation des activités réalisées auprès des médecins omnipraticiens œuvrant en cabinet privé. Il contient également la compilation des évaluations des ateliers de formation offerts par le programme. Le second volet présente les résultats obtenus par le biais du sondage téléphonique fait auprès des patients recrutés dans les cliniques médicales sélectionnées pour l'évaluation. Il reflète le point de vue des patients en général. Le troisième et dernier volet expose les résultats obtenus suite à l'analyse d'entrevues avec des médecins informateurs-clés, permettant de connaître le point de vue des médecins sur les stratégies et activités du programme et les façons de les améliorer.

4.1 Résultats des observations du délégué médical en prévention et des évaluations des ateliers de formation

Il y a 470 médecins ciblés par le programme et inscrits dans le journal de bord du délégué médical en prévention³, dont 279 hommes et 190 femmes. Depuis le début du programme, 719 rencontres ont été réalisées par le délégué médical en prévention.

Au total, 91 cliniques ont été visitées sur une possibilité de 99. Les huit cliniques non visitées sont souvent considérées comme des milieux difficiles à pénétrer par les délégués médicaux (ex. : refus systématique de tout visiteur médical par la secrétaire). Ces cliniques « forteresses » représentent un total de 13 médecins dont la plupart pratiquent en solo.

Le délégué médical en prévention collige les obstacles et les facteurs favorables à l'intervention éducative selon qu'il s'agit de modifier le comportement des médecins ou des patients : 1) facteurs influençant le travail du délégué auprès des médecins et 2) facteurs influençant le counselling préventif réalisé par le médecin auprès des patients.

Tableau 2 : Nombre de rencontres par médecin, selon le sexe du médecin

N total = 470	H		F		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 seule rencontre	71	25 %	62	33 %	133	28 %
2 rencontres	71	25 %	36	19 %	107	23 %
3 rencontres et plus	68	24 %	36	19 %	104	22 %
TOTAL	210	74 %	134	71 %	344	73 %

3 Lorsqu'un médecin déménage, il conserve son numéro d'identifiant, mais le nom de la clinique est changé. De plus, si un médecin pratique dans plus d'un milieu, son lieu principal est utilisé pour l'analyse.

Près de la moitié des 470 médecins ciblés par le programme ont été rencontrés deux fois ou plus par le délégué médical en prévention. Au total, 344 médecins, dont 210 hommes et 134 femmes, ont été visités au moins une fois par le délégué médical en prévention. Généralement, les hommes sont plus souvent rencontrés plus d'une fois que les femmes.

Tableau 3 : Nombre de médecins vus par année, au moins une fois

N total = 470	N	%
2003	103	22 %
2004	96	20 %
2005	242	51 %
2006	138	29 %

Plus de la moitié des médecins (51%) ont été rencontrés au moins une fois en 2005, la seule année complète de visites. Pour l'année 2003, les visites n'ont débuté qu'en septembre (quatre mois sur le terrain), après huit mois de planification. Quant à l'année 2004, elle comporte neuf mois sur le terrain, interrompus par le départ du délégué 1. La collecte d'information pour l'étude se terminait en juin 2006, et cette année ne comporte donc que six mois d'activité sur la route.

Tableau 4 : Nombre de médecins vus plus d'une fois par année

N total = 111	N	%
2003	9	8 %
2004	3	3 %
2005	80	72 %
2006	19	17 %

La plupart des médecins vus plus d'une fois l'ont été en 2005.

Pour les tableaux suivants, l'unité d'analyse n'est plus le médecin, mais la rencontre. Un nombre total de 719 rencontres médecin-délégué ont eu lieu.

Tableau 5 : Nombre de rencontres avec un médecin

N total = 719	N	%
1 rencontre	334	47 %
2 rencontres	223	31 %
3 rencontres	102	14 %
4 rencontres	39	5 %
5 rencontres	12	2 %
6 rencontres	7	1 %
7 rencontres	2	0,3 %

On voit ici qu'il peut y avoir jusqu'à sept rencontres avec un médecin. Mais la majorité se situe à moins de quatre rencontres.

Tableau 6 : Nombre de rencontres avec un médecin, par délégué médical en prévention

N total = 717	N	%
Délégué 1	208	29 %
Délégué 2	499	70 %
Délégué 3	10	1 %

Les visites réalisées par le délégué 2 représentent plus des deux tiers des visites réalisées par le programme. Le délégué 1 a travaillé un peu plus d'un an sur le terrain en 2003-2004 et le délégué 3 est un médecin du programme qui a réalisé quelques visites pendant la période de transition précédant l'embauche du délégué 2 qui lui, a débuté ses visites au début de l'année 2005.

Tableau 7 : Nombre de rencontres avec un médecin, selon le mois

N total = 719	N	%
Janvier	34	5 %
Février	45	6 %
Mars	77	11 %
Avril	82	11 %
Mai	80	11 %
Juin	113	16 %
Juillet	12	2 %
Août	28	4 %
Septembre	60	8 %
Octobre	56	8 %
Novembre	81	11 %
Décembre	49	7 %

Nous sommes à même de constater que le printemps est un temps propice aux rencontres avec les médecins. Les rencontres ont été moins nombreuses du mois d'octobre 2004 au mois de février 2005 à cause de la période d'embauche du délégué 2.

Tableau 8 : Moment de la rencontre avec le médecin

N total = 719	N	%
Avant-midi	219	31 %
Midi	357	50 %
Après-midi	108	15 %
Soirée	15	2 %
Heure non consignée	20	3 %

La moitié des médecins sont rencontrés le midi. En effet, durant les formations qui se tiennent la plupart du temps à l'heure du midi, on peut alors en joindre plusieurs en même temps. Près du tiers sont rencontrés en avant-midi, mais très peu en après-midi (15 %) et en soirée (3 %).

Tableau 9 : Type de rencontres avec un médecin

N total = 719	N	%
Rencontre individuelle avec RDV	330	46 %
Rencontre individuelle sans RDV	135	19 %
Rencontre de groupe	142	20 %
Appel téléphonique	3	0,4 %
Se présente à la santé publique	1	0,1 %
Aller lui porter des outils sans le rencontrer	8	1 %
Conférence à l'extérieur du milieu de travail	9	1 %
Conférence dans le milieu de travail	91	13 %

Près de la moitié des rencontres (46 %) ont lieu sur rendez-vous où le délégué médical en prévention est seul avec le médecin. Parfois, elles ont lieu sans rendez-vous, en rencontre de groupe ou sous forme d'une conférence dans les cliniques médicales. Les visites sans rendez-vous (19 %) ont été réalisées davantage en 2005 et 20 % des rencontres ont été faites en petits groupes sur rendez-vous. Cette dernière stratégie était davantage utilisée par le premier délégué médical en prévention durant les années 2003 et 2004. Les conférences réalisées par un expert de contenu invité (13 %) ont débuté en 2005.

Tableau 10 : Niveau de difficulté du contact avec le médecin

N total = 719	N	%
Facile	587	82 %
Moyennement facile	65	9 %
Difficile	39	5 %
Refus catégorique de rencontrer	2	0,3 %
Information manquante	26	4 %

Le contact avec les médecins est généralement considéré par le délégué médical en prévention comme étant facile (82 %). Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes ($p = .51$). Un contact facile signifie que la rencontre a eu lieu et que le rendez-vous a été très facile à prendre (un appel ou une visite a suffi). Un contact moyennement facile signifie que la rencontre a eu lieu et que le rendez-vous a été moyennement facile à prendre (deux à trois appels ou visites ont été nécessaires/ou l'aide d'intermédiaire). Le contact est considéré difficile lorsque la rencontre a eu lieu et que le rendez-vous a été difficile à prendre (quatre appels ou visites et plus). Enfin, le refus catégorique de rencontrer s'exprime lorsque la rencontre n'a pas lieu et que le médecin ne veut plus que le délégué médical en prévention le visite (qu'il y ait un rendez-vous de pris ou non).

Tableau 11 : Nombre de rencontres par thème

N total = 719	N	%
Présentation du délégué médical en prévention et du programme	396	55 %
Approche alimentaire de l'hypertension artérielle	54	8 %
Activité physique avec invitation à un atelier sur ce thème	196	27 %
Cessation tabagique avec invitation à un atelier sur ce thème	70	10 %
Thème manquant	3	0,4 %

Plus de la moitié (55 %) des rencontres porte sur la présentation du délégué médical en prévention et du programme, et un peu plus du quart porte sur l'activité physique. En introduction à ces rencontres, le délégué médical en prévention présente des données sur les habitudes de vie. Il présente ensuite le programme et demande au médecin s'il parle de ces habitudes de vie avec ses patients. Si non, il leur demande d'identifier les obstacles au counselling et ce qui les aiderait à parler davantage d'habitudes de vie à leurs patients. Les besoins des médecins sont alors identifiés (ex. : besoin de formation/connaissances). Le délégué médical en prévention propose alors différentes ressources d'aide à l'intervention (ex. :CAT)

Pour les tableaux suivants, l'unité d'analyse est de nouveau le médecin.

Tableau 12 : Nombre de médecins visités par thème

N total = 344	N	%
Présentation du délégué médical en prévention et du programme	287	83 %
Approche alimentaire de l'hypertension artérielle	54	16 %
Activité physique avec invitation à un atelier sur ce thème	163	47 %
Cessation tabagique avec invitation à un atelier sur ce thème	59	17 %

La majorité (83 %) des médecins visités a reçu la présentation du délégué médical en prévention et du programme et près de la moitié, la rencontre portant sur le thème de l'activité physique. Les nombres plus élevés du tableau 11 s'expliquent par le fait que certains médecins ont pu recevoir plus d'une visite pour un même thème.

Tableau 13 : Nombre de médecins visités par année, par thème

	2003		2004		2005		2006		Total
	N	% *	N	%	N	%	N	%	N
Présentation du délégué médical en prévention et du programme	101	91 %	61	62 %	192	62 %	26	18 %	380
Approche alimentaire de l'hypertension artérielle	9	8 %	38	38 %	7	2 %	-	-	54
Activité physique avec invitation à un atelier sur ce thème	1	1 %	-	-	109	35 %	59	41 %	169
Cessation tabagique avec invitation à un atelier sur ce thème	-	-	-	-	2		58	41 %	60
TOTAL	111		99		310		143		

**Le pourcentage de la colonne est présenté*

Dans ce cas, un même médecin peut avoir reçu plusieurs visites sur le même thème. C'est pourquoi il peut être comptabilisé plus d'une fois.

Tableau 14 : Dernier stade du médecin visité, selon le délégué médical en prévention

N total = 344	N	%
Précontemplation (préréflexion)	6	2 %
Contemplation (réflexion)	5	1 %
Préparation	5	1 %
Action	126	37 %
Maintien	30	9 %
Indéterminé	145	42 %
Information manquante	27	8 %

Le délégué médical en prévention a indiqué son impression du stade du médecin selon la théorie des stades de changement de Prochaska (1994) afin de déterminer le niveau de counselling préventif réalisé par le médecin. Puisque certains médecins ont été vus plus d'une fois, le délégué médical en prévention peut avoir inscrit un stade de changement lors de chacune des visites. Pour la présente analyse, seul le dernier stade inscrit a été analysé. Selon le délégué médical en prévention, la plupart des médecins visités se trouvent « en action » quant au thème présenté, ou encore dans un stade indéterminé. Dans quelques

années, lorsque le stade de la plupart des médecins sera connu (présentement 50 % est indéterminé), il sera envisageable d'analyser l'évolution du stade dans le temps.

Tableau 15 : Dernier stade « regroupé » du médecin visité, selon le délégué médical en prévention

N total = 470 (279 H et 190 F)	H		F		N	%
	N	% *	N	%	N	%
Préaction (précontemplation + contemplation)	13	5 %	3	2 %	16	3 %
Action (préparation + action + maintien)	99	35 %	57	30 %	156	33 %
Indéterminé	98	35 %	74	39 %	172	37 %
TOTAL	210	75 %	134	71 %	344	73 %

Tableau 16 : Formations reçues par le médecin, par thème

N total = 470	N	%
Pas de formation reçue	313	67 %
Formation sur l'activité physique	80	17 %
Formation sur la cessation tabagique	24	5 %
Formation sur la gestion du poids	-	-

Au moment de l'évaluation, une formation sur la gestion du poids était en développement, c'est pourquoi aucun médecin ne l'avait reçue. Concernant les besoins de formation, les analyses nous montrent que le délégué médical en prévention ne pose pas la question au médecin de façon systématique, car les besoins ne sont exprimés que par une minorité d'entre eux. S'il s'agit de la façon privilégiée par le programme pour recueillir les besoins de formation, il faudra considérer la possibilité de poser ces questions de façon plus systématique. Si d'autres méthodes sont privilégiées, telles que des évaluations de besoins périodiques au moyen d'un questionnaire, ces variables pourraient être retirées du journal pour éviter de l'alourdir inutilement.

Tableau 17 : Durée de la rencontre avec les médecins (individuelle, groupe, conférence)

Minimum	Maximum	Moyenne
1 minute	120 minutes	23,8 minutes

Le durée de la rencontre varie de 1 minute à 120 minutes, cette dernière étant une rencontre préparatoire à une formation sur la cessation tabagique avec six médecins qui a

eu lieu à la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale. La moyenne d'une rencontre est de 23,8 minutes. Les catégories *appel téléphonique*, *se présente à la santé publique* et *aller porter des outils à l'intervenant sans le rencontrer* ont été exclues de cette analyse, puisqu'elles représentent une très faible proportion des rencontres réalisées (Tableau 9).

Tableau 18 : Moyenne du temps de rencontre avec les médecins, par délégué médical en prévention

N = 707	N	Moyenne
Délégué 1	206	24 minutes
Délégué 2	491	24 minutes
Délégué 3	10	25 minutes

Tableau 19 : Moyenne du temps de rencontre par année, par type de rencontre

	2003		2004		2005		2006	
	N	Moy.	N	Moy.	N	Moy.	N	Moy.
Individuelle avec RDV	33	19 min.	40	16 min.	165	15 min.	92	14 min.
Individuelle sans RDV	4	6 min.	8	13 min.	97	9 min.	26	8 min.
Rencontre de groupe	74	26 min.	50	36 min.	18	29 min.	9	100 min.
Conférence au travail	-	-	-	-	61	61 min.	30	60 min.

En 2006, les rencontres de groupe réalisées par le délégué médical en prévention sont nettement en baisse alors que les conférences avec un expert de contenu ont été privilégiées. Cette situation s'explique par le fonctionnement différent utilisé par le délégué médical en prévention entré en fonction en 2005. De plus, la collecte d'information pour l'étude se terminait en juin 2006. Le portrait pour cette année est donc partiel.

Tableau 20 : Moyenne du temps de rencontre avec un médecin

	N	Moyenne
Rencontre individuelle avec RDV	330	15 minutes
Rencontre individuelle sans RDV	135	9 minutes
Rencontre de groupe	142	30 minutes
Conférence à l'extérieur du travail	3	100 minutes
Conférence au travail	91	61 minutes

Des durées caractéristiques se dégagent pour les rencontres sans rendez-vous (9 minutes), avec rendez-vous (15 minutes) et de groupe (30 minutes), toutes les trois sous contrôle

des médecins. Quant aux conférences, leur format prédéterminé de 60 minutes ne laisse pas de latitude aux médecins.

Tableau 21 : Obstacles au travail du délégué médical en prévention

N total = 344	N	%
Médecin est difficile à cerner	14	4 %
Peu ou pas intéressé par le programme	9	3 %
Refuse documentation, déplore la piètre qualité	6	2 %
Envoi d'un objet promotionnel (<i>teaser</i> avec cadenas) dispendieux	3	1 %
Secrétaire : blocage, peu de collaboration	3	1 %

Tableau 22 : Obstacles à la réalisation du counselling préventif par le médecin

N total = 344	N	%
Clientèles particulières (pers. âgées, défavorisées)	17	5 %
Manque de temps	13	4 %
Manque de ressources spécialisées (diététiste, kinésiologue)	3	1 %
Manque d'incitatifs financiers pour faire le counselling	3	1 %
Fin de pratique du médecin	1	0,3 %
Médecine industrielle	1	0,3 %

Tableau 23 : Facteurs facilitant le travail du délégué médical en prévention

N total = 344	N	%
Médecin intéressé par le programme	186	54 %
Médecin intéressé par les outils; les trouve appropriés	147	43 %
Secrétaire aidante	44	13 %
Collaboration du médecin du GMC ou lui-même	37	11 %
Responsable de l'éducation médicale continue	16	5 %
Accepte visites régulières	10	3 %
Contact avec le médecin sans passer par la secrétaire	2	1 %

Tableau 24 : Facteurs facilitant la réalisation du counselling préventif par le médecin

N total = 344	N	%
Infirmière sur place ou GMF	19	6 %
Liens avec CLSC ou autres ressources (PPMC)	15	4 %
S'implique dans la communauté (école, etc.)	6	2 %
Utilise prescription pour faire le counselling en habitudes de vie	5	1 %
Ne fait pas de sans rendez-vous	2	1 %

Il est important de constater le faible nombre d'obstacles colligés au journal de bord, comparativement aux facteurs facilitant l'intervention.

Synthèse des observations contenues dans le journal de bord du délégué médical en prévention

Depuis le début du programme, 719 rencontres avec les médecins ont été réalisées par les délégués médicaux en prévention. Un total de 344 médecins ont été visités dont près des deux tiers sont de sexe masculin (210). En ce qui concerne la période des rencontres, le journal de bord nous permet d'observer qu'elles se déroulent généralement en avant-midi ou le midi. Elles ont lieu principalement sur rendez-vous où le délégué médical en prévention est seul avec le médecin, parfois sans rendez-vous ou encore en rencontre de groupe. Les rencontres individuelles réalisées par le délégué médical en prévention sur rendez-vous durent en moyenne 15 minutes alors que les rencontres sans rendez-vous durent en moyenne 9 minutes et les rencontres de groupe 30 minutes. Les conférences réalisées par un expert de contenu sont plus longues (une heure en moyenne).

Par ailleurs, le délégué médical en prévention considère que le contact avec les médecins est généralement facile. Un contact facile signifie que la rencontre a eu lieu et que le rendez-vous a été très facile à prendre (un appel ou une visite a suffi). Le délégué médical en prévention, qui devait indiquer son impression sur le stade du médecin selon le modèle métathéorique de Prochaska et coll. (1994), a eu du mal à classer les médecins et a placé la majorité de ceux qu'il a pu classer dans le stade de l'action. Puisque la plupart des médecins se situent dans la catégorie « en action », se pourrait-il que le délégué médical en prévention réussisse à rencontrer davantage les médecins réalisant déjà du counselling préventif?

La majorité des médecins visités a reçu d'abord la présentation du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION et près de la moitié ont été rencontrés sur le thème de l'activité physique. Concernant les besoins de formation, les analyses démontrent que le délégué médical en prévention ne pose pas la question de façon systématique car les besoins ne sont exprimés que par une minorité de médecins. Il faudra donc envisager la possibilité de poser cette question de façon plus systémique ou de trouver une alternative qui permette d'identifier leurs besoins.

On note également qu'il y a beaucoup plus de facteurs favorables que d'obstacles mentionnés par le délégué, tant pour son intervention auprès du médecin que pour le counselling du médecin auprès de ses patients. Cette observation est étonnante quand on sait que les médecins font peu de counselling auprès de leurs patients.

Le programme doit chercher à rencontrer régulièrement les médecins déjà visités, mais également continuer de trouver des façons de rejoindre les médecins visés non encore visités.

Synthèse des évaluations des ateliers de formation

Les ateliers de formation ont débuté en juin 2005 sur le thème de l'activité physique. Cent douze professionnels de la santé, dont les 4/5 étaient des médecins de famille ciblés par le programme, ont été rejoints par ces formations qui étaient dispensées directement dans les cliniques médicales de la région par un médecin expert. L'évaluation présente les formations portant sur l'activité physique réalisées entre juin 2005 et février 2006. La satisfaction générale des 78 personnes ayant répondu au formulaire d'évaluation a été excellente (3,9/4,0).

Les participants étaient également invités à remplir un miniquiz avant le début des formations portant sur l'activité physique. Cet exercice avait deux principaux buts : documenter le niveau de connaissances des médecins de la région en regard de la pratique d'activités physiques et stimuler l'intérêt des participants lors de la formation, puisque l'atelier permettait de répondre aux questions du miniquiz. La compilation des résultats a démontré une moyenne de 64 % de bonnes réponses, variant de 54 % à 74 %, selon les cliniques. Des ateliers de formation sur le thème des nouveautés dans le domaine de la cessation tabagique ont ensuite été proposés aux médecins de la région, selon la même formule. L'évaluation présentée dans le présent rapport porte sur les formations réalisées sur ce thème entre janvier 2006 et juin 2006. Durant cette période, 49 professionnels ont été rejoints dont les 4/5 étaient des médecins visés par le programme. La satisfaction générale des 24 personnes ayant répondu au formulaire d'évaluation a été légèrement plus basse que celle observée pour les ateliers portant sur l'activité physique, mais tout de même très élevée (3,7/4,0). La formule des miniquiz n'avait pas été répétée pour ces formations durant la période évaluée.

Les annexes 13, 14, 15, 16 et 5 présentent les résultats complets des évaluations des ateliers de formation réalisés par le programme ainsi que les résultats des miniquiz complétés par les participants avant le début des formations portant sur l'activité physique.

4.2 Résultats de l'enquête téléphonique

La prochaine section décrit les résultats obtenus lors de l'enquête téléphonique menée auprès de 500 patients recrutés dans les salles d'attente de cliniques médicales. Un portrait de la population interrogée ainsi que des résultats généraux seront d'abord exposés. Ensuite, les résultats spécifiques à chacun des sujets abordés lors de l'enquête : le tabagisme, la consommation de fruits et légumes, la pratique d'activités physiques,

l'hypertension ainsi que l'opinion des patients par rapport aux recommandations des médecins suivront. La section sur les résultats de l'enquête téléphonique se terminera avec quelques analyses supplémentaires ainsi qu'une synthèse des résultats observés.

Soulignons que pour chacun des sujets ayant trait au counselling préventif, une question portait sur le professionnel de la santé l'ayant initié. À quelques exceptions près, ce professionnel de la santé était toujours un médecin, ce qui reflète la réalité des cabinets privés d'omnipraticiens qui disposent rarement de personnel paramédical. Les analyses faites à partir de cette question ne seront donc pas présentées dans le rapport. De plus, le sexe du médecin n'influait pas le counselling sur les trois habitudes de vie ni l'intervention relative à la tension artérielle, cette variable ne sera donc pas présentée.

4.2.1 Portrait de la population interrogée et du counselling en habitudes de vie

4.2.1.1 Profil général de la population

Le tableau 25 présente le profil des répondants à l'enquête téléphonique. Au total, 500 patients ont répondu à l'enquête. Cependant, 18 répondants ne correspondaient pas aux critères d'âge déterminés par le protocole de l'étude. Les analyses portent donc sur 482 patients.

Tableau 25 : Profil des participants à l'enquête téléphonique

N total = 482	N	%
Sexe		
▪ Hommes	156	32 %
▪ Femmes	326	68 %
Âge (années)		
▪ 18-24	48	10 %
▪ 25-44	174	36 %
▪ 45-64	217	45 %
▪ 65-74	43	9 %
Scolarité		
▪ Primaire/secondaire	175	36 %
▪ Collégiale	149	31 %
▪ Universitaire	158	33 %
Type de visite		
▪ Avec rendez-vous	331	68 %
▪ Sans rendez-vous	150	31 %
▪ Ne sait pas	1	0,2 %
Raison de la consultation		
▪ Visite annuelle	94	20 %
▪ Problème précis	234	48 %
▪ Visite de contrôle	71	15 %
▪ Autre	82	17 %
▪ Refus	1	0,2 %
Médecin rencontré		
▪ Son omnipraticien	339	70 %
▪ Un autre médecin	143	30 %

De manière générale, l'échantillon recruté dans les cabinets médicaux se rapproche du profil de la population adulte générale de la région de la Capitale-Nationale. Tel qu'attendu, la proportion de femmes recrutées est plus élevée que la proportion d'hommes (68 % contre 32 %) étant donné qu'il y a environ 1/3 plus de femmes qui consultent le médecin, cette proportion est tout de même un peu plus élevée que celle prévue. Selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la proportion de femmes qui consultent en cabinet privé est plutôt de 56 % dans la région de Québec (RAMQ, 2003). En ce qui concerne l'âge, les patients recrutés dans la salle d'attente sont, dans l'ensemble, un peu plus jeunes que la moyenne attendue (Statistique Canada, 2003). Il est possible que le fait que l'échantillon soit limité à 74 ans explique en partie ce résultat. Par contre, c'est tout de même le groupe des 45-64 ans qui est le plus représenté dans l'échantillon, 45 % des patients se situant dans ce groupe d'âge. Les participants à l'enquête sont aussi un peu plus scolarisés que la moyenne de la population de la région puisque 33 % d'entre eux détiennent un diplôme universitaire alors que les données de recensement de 2001

montrent que dans la région de la Capitale-Nationale, c'est plutôt 25 % des gens qui détiennent un diplôme universitaire (Statistique Canada, 2001).

Pour ce qui est de la visite médicale, il semble que la proportion de patients ayant consulté avec et sans rendez-vous soit représentative du profil de consultation en général. En effet, 68 % des participants à l'enquête se sont présentés pour une visite avec rendez-vous alors que 31 % des patients ont consulté sans rendez-vous lors de la visite de recrutement. Les données obtenues à partir d'une enquête faite par la RAMQ indiquent que dans la région de Québec, 72 % des gens consultent sur rendez-vous (RAMQ, 2003). En concordance avec ces données, un plus grand nombre de personnes ont consulté leur omnipraticien plutôt qu'un autre médecin (70 % contre 30 %) lors de la visite médicale ayant conduit à leur recrutement.

4.2.1.2 Facteurs de risque des patients participant à l'enquête

Les facteurs de risque des patients ont aussi été pris en compte dans le portrait descriptif de l'échantillon. Le tableau 26 montre le profil médical des participants à l'enquête.

Tableau 26 : Facteurs de risque des participants

N total = 482	N	%
Hypertension	118	24 %
Hypercholestérolémie	96	20 %
Maladies cardiovasculaires	34	7 %
Diabète	25	5 %
Inactif	228	47 %
Fumeur	101	21 %
Consomme moins de 5 fruits et légumes par jour	226	47 %

La distribution des différentes pathologies relevées chez les répondants est similaire à la distribution retrouvée chez la population de la région de Québec, lorsque les données sont recueillies de façon autodéclarée (Statistique Canada, 2003). Il en va de même en ce qui concerne les trois habitudes de vie. Le niveau d'inactivité physique retrouvé pour la région de Québec est de 48 % et le pourcentage de fumeurs est d'environ 25 % (Caron, 2006). La proportion de personnes consommant moins de cinq portions de fruits et légumes par jour est légèrement inférieure à celle rapportée dans l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2003) (47 % versus 56 %) (Caron, 2006). Il est à noter que notre enquête a questionné les patients sur le nombre de portions de fruits et légumes consommés par jour, alors que l'ESCC utilise plutôt le nombre de fois qu'une personne a consommé ces aliments en une journée.

4.2.1.3 Indice de masse corporelle (IMC)

Un des facteurs de risque importants de maladies cardiovasculaires est la surcharge pondérale. Elle peut favoriser l'apparition de problèmes de santé tels que l'hypertension, le diabète de type 2 et l'hypercholestérolémie (Santé Canada, 2003). De plus, les habitudes de vie telles que l'alimentation et l'activité physique représentent les principaux facteurs de risque modifiables pour le contrôle du poids corporel (Sauvageau, 2002). Les tableaux 29 et 30 présentent la distribution de l'IMC des répondants à l'enquête selon leur sexe, leur âge, leur niveau de scolarité, ainsi que leurs problèmes de santé. L'IMC est calculé en divisant le poids du patient en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m²).

Tableau 27 : Distribution de l'IMC (kg/m²) en fonction des variables sociodémographiques

N total = 476	< 18,5		18,5-24,9		25-29,9		≥ 30		Total
	N (14)	%	N (232)	%	N (153)	%	N (77)	%	N
Sexe									
Homme	0	0 %	56	36 %	67	43 %	33	21 %	156
Femme	14	4 %	176	55 %	86	27 %	44	14 %	320
Scolarité									
Primaire/secondaire	3	2 %	73	42 %	63	36 %	35	20 %	174
Collégiale	8	5 %	82	56 %	36	24 %	21	14 %	147
Universitaire	3	2 %	77	50 %	54	35 %	21	14 %	155
Âge (années)									
18-24	2	4 %	35	73 %	6	13 %	5	10 %	48
25-44	10	6 %	97	56 %	43	25 %	24	14 %	174
45-64	2	1 %	89	42 %	82	39 %	40	19 %	213
65-74	0	0 %	11	27 %	22	54 %	8	19 %	41

Les résultats montrent qu'en général, les hommes ont une plus grande tendance à la surcharge pondérale que les femmes. Plus spécifiquement, une plus grande proportion d'hommes (43 %) que de femmes (27 %) se situent dans la catégorie d'IMC représentant l'embonpoint (IMC 25 à 29,9) ($p < 0,0001$). Concernant l'âge, il semble y avoir un gradient, puisque la proportion des patients recrutés souffrant d'embonpoint ou d'obésité augmente graduellement avec la catégorie d'âge. Par exemple, on ne retrouve que 13 % de répondants souffrant d'embonpoint chez les 18 à 24 ans alors que cette proportion atteint 54 % chez les 65 à 74 ans.

En ce qui concerne le niveau de scolarité, une plus faible proportion de gens ayant une scolarité plus élevée (collégiale et universitaire) a un IMC de 30 et plus par rapport aux participants moins scolarisés (primaire et secondaire). En effet, seulement 14 % des participants ayant au moins un diplôme collégial souffrent d'obésité alors qu'il y en a 20 % chez les répondants moins scolarisés.

Tableau 28 : Distribution de l'IMC en fonction des pathologies

N total = 475	< 18,5		18,5-24,9		25-29,9		≥ 30		Total
	N	% *	N	%	N	%	N	%	N
Tension artérielle	0	0 %	39	34 %	47	40 %	30	26 %	116
Cholestérol	0	0 %	27	28 %	47	49 %	22	23 %	96
Maladies cardiovasculaires	0	0 %	12	35 %	15	44 %	7	21 %	34
Diabète	0	0 %	9	36 %	8	32 %	8	32 %	25
Au moins une pathologie	0	0 %	63	36 %	73	41 %	41	23 %	177

Le tableau 28 montre que conformément à la littérature, l'embonpoint et l'obésité sont associés à des risques accrus de problèmes de santé (Santé Canada, 2003). En effet, les répondants au sondage téléphonique ayant un IMC de 25 et plus ont, en plus grande proportion, au moins un problème de santé associé à l'excès de poids (64 % pour un IMC de 25 et plus contre 36 % pour un IMC de 18,5 à 24,9).

4.2.1.4 Portrait général du counselling en habitudes de vie et de la recommandation portant sur la tension artérielle

Tension artérielle

La section suivante présente les résultats descriptifs concernant les pratiques reliées à la mesure et au counselling quant à la tension artérielle. Le tableau 29 montre la prévalence de la mesure de la tension artérielle.

Tableau 29 : Prévalence de la mesure de la tension artérielle

N total = 482	N	%
Mesure de la tension artérielle lors de la journée du recrutement	253	53 %
Dernière mesure de la tension artérielle		
▪ Au cours des 12 derniers mois (incluant la visite du recrutement)	375	78 %
▪ Il y a entre 1 et 2 ans	25	5 %
▪ Il y a plus de 2 ans	16	3 %
▪ Jamais	60	12 %
▪ Ne sais pas/ pas certain	5	1 %
Mesure de la tension artérielle au cours des 2 dernières années	400	83 %
Professionnel de la santé qui a mesuré la tension artérielle (n = 400)		
▪ Médecin	397	99 %
▪ Infirmière	1	0,3 %
▪ Pharmacien	1	0,3 %
▪ Autre	1	0,3 %

En ce qui concerne la mesure de la tension artérielle, 78 % des répondants affirment que le médecin a mesuré leur tension lors de la dernière année, dont 53 % lors de la dernière visite. Le U.S. Task Force recommande fortement la mesure de la tension artérielle chez tous les patients adultes (U.S. Task Force, 2003). Considérant cette recommandation, il est important de souligner que 12 % des répondants affirment que leur tension artérielle n'a jamais été mesurée.

Les gens avec un diagnostic d'hypertension et dont la tension artérielle a été mesurée dans les deux dernières années ont été questionnés sur le counselling reçu par rapport à la tension artérielle. Le tableau 30 illustre ces résultats.

Tableau 30 : Recommandations portant sur la tension artérielle

N total = 112 *	N	%
A reçu des recommandations au cours des 2 dernières années	29	26 %
Type de recommandations reçues**		
▪ Modifier l'alimentation	13	12 %
▪ Cesser de fumer	3	3 %
▪ Augmenter l'activité physique	16	14 %
▪ Mieux gérer le stress	13	12 %
▪ Diminuer le poids	10	11 %
▪ Faire prendre la tension régulièrement	23	21 %
▪ Prescrire des médicaments	13	12 %
▪ Remettre de la documentation écrite	3	3 %
▪ Référer à un autre professionnel	8	7 %
▪ Autre	2	2 %

* *Patients hypertendus ayant eu une mesure de la tension artérielle au cours des deux dernières années.*

** *Plus d'une recommandation a pu être faite à un même patient.*

Au total, seulement 26 % des hypertendus dont la tension artérielle a été mesurée ont reçu une recommandation par rapport au contrôle de la tension artérielle. Les recommandations les plus courantes sont dans l'ordre : faire prendre la tension artérielle régulièrement (21 %), augmenter l'activité physique (14 %), modifier l'alimentation (12 %), mieux gérer le stress (12 %) et la prescription de médicaments (12 %). Il est intéressant de voir que des recommandations telles que d'augmenter la pratique d'activités physiques ainsi que de modifier l'alimentation soient aussi fréquentes sinon plus que la prescription de médicaments. Toutefois, on peut se demander quelle proportion de ces hypertendus déclarés était déjà sous médication lors de l'intervention préventive.

Tabagisme

Cette section présente les résultats concernant les discussions entre le médecin et le patient par rapport au tabagisme. Le tableau suivant illustre ces résultats.

Tableau 31 : Discussion sur le tabagisme

N total = 482	N	%
Le médecin a discuté de tabagisme avec son patient à la visite de recrutement	179	37 %
Dernière discussion sur le tabagisme		
▪ Au cours des 12 derniers mois (incluant la visite de recrutement)	237	49 %
▪ Il y a entre 1 et 2 ans	28	6 %
▪ Il y a plus de 2 ans	73	15 %
▪ Jamais	118	24 %
▪ Ne sait pas/ pas certain	18	4 %
* Type d'intervention du médecin au cours des 2 dernières années (n = 257)**		
▪ Demander s'il fumait	237	92 %
▪ Recommander de cesser de fumer	70	27 %
▪ Féliciter de ne pas fumer	103	40 %
Type d'intervention réalisé parmi les fumeurs ayant eu une discussion sur le tabagisme au cours des 2 dernières années (n = 70)		
▪ Recommander des aides pour arrêter de fumer	41	59 %
▪ Remettre de la documentation écrite	13	19 %
▪ Référer à la ligne téléphonique j'arrête	11	16 %
▪ Aucun conseil particulier	11	16 %
▪ Référer à un CAT	4	6 %
▪ Autre	2	3 %

* Plus d'une recommandation a pu être faite à un même patient.

** Neuf participants n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les répondants au sondage, 37 % (179) affirment avoir discuté de tabagisme avec le médecin lors de la dernière visite, 49 % en ont discuté dans les douze derniers mois et un 6 % supplémentaire en ont discuté avec le médecin dans les deux dernières années pour un total de 55 % de l'échantillon. Les interventions les plus fréquentes sont : le médecin demande si le patient fume (92 %), il le félicite de ne pas fumer (40 %), il recommande d'arrêter de fumer (27 %). Parmi les fumeurs ayant discuté de tabagisme avec leur médecin au cours des deux dernières années (n = 70), 59 % (41) ont reçu une recommandation de débuter des aides pharmacologiques pour cesser de fumer et seulement 6 % (4) ont été référés à un CAT.

On peut s'étonner du fait que des recommandations aient été données à 55 % de l'échantillon, qui ne comporte que 21 % de fumeurs. Toutefois, il est recommandé de questionner fréquemment tout patient sur son statut tabagique car ce statut peut se modifier au cours du temps (nouveau fumeur, ex-fumeur, rechute).

Consommation de fruits et légumes

La prochaine section porte sur les discussions que les patients ont eues avec le médecin concernant la consommation de fruits et légumes (Tableau 32).

Tableau 32 : Discussion sur la consommation de fruits et légumes

N total = 482	N	%
Le médecin a discuté de consommation de fruits et légumes avec le patient à la visite du recrutement	47	10 %
Dernière discussion sur la consommation de fruits et légumes		
▪ Au cours des 12 derniers mois (incluant la visite de recrutement)	115	24 %
▪ Il y a entre 1 et 2 ans	27	6 %
▪ Il y a plus de 2 ans	42	9 %
▪ Jamais	272	56 %
▪ Ne sait pas/ pas certain	23	5 %
A discuté de sa consommation de fruits et légumes avec son médecin au cours des 2 dernières années	142	29 %
Type d'intervention du médecin au cours des 2 dernières années (n = 142)		
▪ Demander le nombre de fruits et légumes consommés par jour	42	30 %
▪ Recommander d'augmenter sa consommation	44	31 %
▪ Féliciter pour la consommation de fruits et légumes	97	68 %
▪ Remettre de la documentation écrite	33	23 %
▪ Référer à une nutritionniste	11	8 %
▪ Aucun conseil particulier	6	4 %
▪ Autre	13	9 %
▪ Ne sait pas/pas certain	1	1 %

* Plus d'une recommandation a pu être faite à un même patient.

Les discussions sur la consommation de fruits et légumes semblent être moins fréquentes puisque seulement 10 % des patients ayant répondu au sondage disent avoir discuté de leur consommation de fruits et légumes avec le médecin lors de la visite de recrutement, 24 % au cours de la dernière année et seulement 29 % dans les deux dernières années. Par contre, il est important de préciser que le participant a été interrogé seulement sur la consommation de fruits et de légumes et non sur l'alimentation en général, tel que discuté à la section 5.3.3.

Les interventions des médecins ont consisté le plus souvent à féliciter pour la consommation de fruits et légumes (68 %), recommander d'augmenter sa consommation de fruits et légumes (31 %), demander le nombre de fruits et légumes consommés par jour (30 %). Dans ce cas-ci, il faut être prudent avec l'interprétation du conseil « féliciter pour la consommation de fruits et légumes », car 68 % des personnes ayant discuté de consommation de fruits et légumes avec leur médecin auraient reçu des félicitations de sa part, ce qui semble anormalement élevé.

Pratique d'activités physiques

La dernière habitude de vie dont les résultats descriptifs sont présentés dans la présente section est la pratique d'activités physiques. Le tableau 33 illustre les résultats concernant les discussions sur la pratique d'activités physiques entre le médecin et son patient.

Tableau 33 : Discussion sur la pratique d'activités physiques

N total = 482	N	%
Le médecin a discuté d'activités physiques avec le patient lors de la visite de recrutement	161	33 %
Dernière discussion la pratique d'activités physiques		
▪ Au cours des 12 derniers mois (incluant la visite de recrutement)	241	50 %
▪ Il y a entre 1 et 2 ans	33	7 %
▪ Il y a plus de 2 ans	27	6 %
▪ Jamais	163	34 %
▪ Ne sait pas/ pas certain	16	3 %
A discuté d'activités physiques avec son médecin au cours des 2 dernières années	274	57 %
Type d'intervention du médecin au cours des 2 dernières années (n= 274)		
▪ Demander s'il pratiquait de l'activité physique	216	79 %
▪ Recommander d'augmenter ou de commencer à bouger	113	41 %
▪ Féliciter pour la pratique d'activités physiques	188	69 %
▪ Remettre de la documentation écrite	20	7 %
▪ Autre	14	5 %
▪ Proposer l'utilisation d'un podomètre	10	4 %
▪ Référer à un spécialiste en matière d'activités physiques	9	3 %
▪ Aucun conseil particulier	5	2 %
▪ Ne sait pas/pas certain	1	0,4 %

* Plus d'une recommandation a pu être faite à un même patient.

Au total, 33 % des participants à l'enquête ont discuté d'activités physiques avec le médecin lors de la dernière visite, 50 % au cours des 12 derniers mois et 57 % dans les deux dernières années.

Les interventions les plus courantes faites par les médecins consistent à demander si la personne pratique des activités physiques (79 %), le fait de féliciter le patient pour sa pratique d'activités physiques (69 %) et recommander d'augmenter son activité ou de commencer à bouger (41 %). Comme pour la consommation de fruits et de légumes, il faut être prudent pour l'interprétation du fait de féliciter le participant pour sa pratique d'activités physiques. Il est plausible que certaines personnes aient reçu cet encouragement sans nécessairement atteindre la cible recommandée de 30 minutes

d'activités physiques par jour, mais plutôt pour avoir augmenté leur pratique par rapport à la dernière discussion.

Message 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION

La section qui suit traite de la reconnaissance des répondants par rapport au message 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION. Durant l'enquête, il a été constaté que plusieurs répondants confondaient ce message avec celui d'autres programmes ayant un message similaire, en l'occurrence le Défi Santé 5/30 et la campagne gouvernementale concernant la saine alimentation et la promotion de l'activité physique « Vas-y, fais-le pour toi ! ». Pour cette raison, et parce que ces programmes partagent les mêmes buts, les réponses positives pour les messages des trois programmes confondus ont été incluses dans les analyses. Le tableau 34 présente l'origine des messages reçus.

Tableau 34 : Réception du message 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION

N total = 482	N	%
Le médecin a parlé du 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION lors de la visite de recrutement	14	3 %
A entendu parler du 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION ailleurs	169	35 %
*Type d'endroits (n = 169)		
▪ Dans les médias	134	79 %
▪ Dans le milieu de travail	28	17 %
▪ Dans une école	6	4 %
▪ Dans un autre établissement de santé que la clinique	5	3 %
▪ Sur Internet	10	6 %
▪ Par la municipalité	1	1 %
▪ Autre(s) source(s) d'information	24	14 %
▪ Ne sait pas/ n'est pas certain	1	1 %

* Une personne peut en avoir entendu parler à plus d'un endroit.

En observant les résultats, on constate qu'une faible proportion des patients a discuté de cette approche avec son médecin. En effet, seulement 3 % des patients en auraient entendu parler lors de leur dernière visite chez le médecin. Cette proportion correspond à celle obtenue dans la région en 2005, dans le cadre du projet « Au cœur de la vie » (communication personnelle, M^{me} Viviane Laune). Par contre, il semble que les patients en aient entendu parler dans d'autres milieux, principalement par les médias (79 %) et dans leur milieu de travail (17 %). Malgré cela, en combinant les réponses positives aux trois programmes de prévention des saines habitudes de vie dans tous les milieux où la diffusion devrait normalement être faite, seulement 36 % des participants à l'enquête en ont entendu parler.

Réceptivité des patients à recevoir un counselling sur les habitudes de vie

Le tableau 35 illustre l'ouverture des participants à l'enquête à recevoir du counselling selon différents types de visite.

Tableau 35 : Réceptivité des patients à recevoir un counselling sur les habitudes de vie

N total = 482	N	%	% en accord
Serait porté à changer ses habitudes de vie si le médecin le recommandait	408	85 %	
Serait d'accord pour que le médecin lui recommande de changer ses habitudes de vie :			
Lors de la visite annuelle			
▪ Totalement d'accord	390	81 %	99 %
▪ Plutôt en accord	85	18 %	
▪ Plutôt en désaccord	3	0,6 %	
▪ Totalement en désaccord	2	0,4 %	
▪ Ne sait pas/n'est pas certain	2	0,4 %	
Lors d'une consultation pour un problème chronique			
▪ Totalement d'accord	339	70 %	95 %
▪ Plutôt en accord	119	25 %	
▪ Plutôt en désaccord	14	3 %	
▪ Totalement en désaccord	3	0,6 %	
▪ Ne sait pas/ n'est pas certain	7	1 %	
Lors d'une consultation pour un problème aigu			
▪ Totalement d'accord	316	66 %	89 %
▪ Plutôt en accord	111	23 %	
▪ Plutôt en désaccord	40	8 %	
▪ Totalement en désaccord	9	2 %	
▪ Ne sait pas/ n'est pas certain	6	1 %	
Lors d'une consultation sans rendez-vous			
▪ Totalement d'accord	235	49 %	82 %
▪ Plutôt en accord	160	33 %	
▪ Plutôt en désaccord	65	14 %	
▪ Totalement en désaccord	14	3 %	
▪ Ne sait pas/ n'est pas certain	8	2 %	
Lors d'une consultation à l'urgence de l'hôpital			
▪ Totalement d'accord	203	42 %	73 %
▪ Plutôt en accord	150	31 %	
▪ Plutôt en désaccord	89	18 %	
▪ Totalement en désaccord	33	7 %	
▪ Ne sait pas/ n'est pas certain	7	1 %	

Les résultats présentés dans ce tableau démontrent clairement que les patients sont généralement d'accord pour que le médecin fasse des recommandations par rapport à la modification d'habitudes de vie durant une consultation médicale, peu importe le type de visites. La pertinence des recommandations préventives semble toujours présente, mais les patients reconnaissent que certains types de visites s'y prêtent un peu mieux. Le type de visites pour lequel les patients sont le plus d'accord à recevoir des recommandations préventives est la visite annuelle (99 %), et le type de visites où les patients sont le moins d'accord est lors de la visite à l'urgence (73 %). En résumé, le degré d'accord étant très élevé, on doit retenir que les répondants sont ouverts à entendre parler d'habitudes de vie en toutes circonstances, mais reconnaissent que c'est plus pertinent dans certains contextes.

4.2.2 Facteurs influençant le counselling antitabagique

La prochaine section du rapport présente les résultats d'analyses univariées et multivariées concernant le counselling sur le tabagisme. Le point de référence est le counselling reçu au cours des deux dernières années. Les données croisées seront d'abord présentées puis suivra le modèle explicatif sous forme de régression logistique.

Le tableau 36 illustre la distribution du counselling sur le tabagisme en fonction du profil socioéconomique du participant.

Tableau 36 : Distribution du counselling sur le tabagisme en fonction du profil du participant

N = 482	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du counselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N (265)	%	N (217)	%	
Sexe					
▪ Homme	81	52 %	75	48 %	0,35
▪ Femme	184	56 %	142	44 %	
Âge (années)					
▪ 18-24	33	69 %	15	31 %	0,01
▪ 25-44	106	61 %	68	39 %	
▪ 45-64	106	49 %	111	51 %	
▪ 65-74	20	47 %	23	53 %	
Scolarité					
▪ Primaire	12	75 %	4	25 %	0,43
▪ Secondaire	88	55 %	71	45 %	
▪ Collégial	80	54 %	69	46 %	
▪ Universitaire	85	54 %	73	46 %	

Tel que mentionné dans la section précédente, 55 % des répondants à l'enquête ont reçu un counselling portant sur le tabagisme dans les deux dernières années. Il semble que les médecins se soient concentrés sur la clientèle plus jeune. En effet, seulement 47 % des personnes âgées de 65 à 74 ans ont reçu un counselling sur le tabac alors que 69 % des 18 à 24 ans auraient reçu des conseils de la part d'un médecin dans les deux dernières années à ce sujet. Quelques hypothèses peuvent être évoquées : les médecins connaissent-ils déjà le statut tabagique des patients plus âgés qu'ils suivent régulièrement, ou sont-ils déjà intervenus fréquemment sans beaucoup de succès? Questionnent-ils davantage les jeunes, sachant que la prévalence du tabac est plus élevée dans cette catégorie d'âge? Par ailleurs, si l'on regarde les différentes interventions effectuées par les médecins, seule la recommandation de cesser de fumer est associée significativement avec l'âge : les patients plus jeunes recevant plus de counselling ($p=0,05$) (données non présentées).

Les prochains tableaux présentent la distribution du counselling tabagique en fonction de l'IMC du participant et de la présence de pathologies.

Tableau 37 : Distribution du counselling sur le tabagisme en fonction de l'IMC du participant

N = 476	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du counselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N	%	N	%	
IMC					0,26
▪ <18,5	11	79 %	3	21 %	
▪ 18,5 à 24,9	129	56 %	103	44 %	
▪ 25 à 29,9	79	52 %	74	48 %	
▪ 30 et plus	44	57 %	33	43 %	
Total	263	55 %	213	45 %	

Tel qu'anticipé, aucun lien particulier n'existe entre le fait de recevoir du counselling sur le tabac et l'IMC du patient.

Tableau 38 : Distribution du counselling sur le tabagisme en fonction de la présence de pathologies chez le participant

N = 482	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du counselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N	%	N	%	
Présence d'au moins une pathologie					
▪ Oui	84	47 %	95	53 %	0,006
▪ Non	181	60 %	122	40 %	
Total	265	55 %	217	45 %	

Il est surprenant de constater que le counselling sur le tabac est associé de façon significative avec l'absence d'une pathologie ($p=0,006$). Le fait que le counselling soit exercé davantage auprès des jeunes patients, généralement moins malades, pourrait expliquer en partie le phénomène. Il est également possible de penser que les médecins sensibilisés aux ravages du tabac dans leur clientèle tendent à consacrer plus d'efforts en prévention primaire que tertiaire, ce qui suggère la possibilité d'une évolution positive en faveur des pratiques cliniques préventives.

Le prochain tableau expose la distribution du counselling antitabagique par rapport au profil tabagique du patient.

Tableau 39 : Distribution du counselling antitabagique en fonction du profil tabagique du participant

N = 482	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du counselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N	%	N	%	
Tabagisme					
▪ Fumeur	74	73 %	27	27 %	
▪ Non-fumeur et n'a jamais fumé	91	48 %	97	52 %	<0,0001
▪ Non-fumeur mais a déjà fumé	100	52 %	93	48 %	
Total	265	55 %	217	45 %	

Tel qu'attendu et de façon tout à fait appropriée, ce sont les fumeurs qui ont reçu, en plus grande proportion, du counselling sur leurs habitudes en matière de consommation de

tabac au cours des deux dernières années. Cette association est fortement significative ($p = < 0,0001$).

En ce qui concerne la situation géographique de la clinique, il est intéressant de constater qu'aucune différence dans le counselling antitabagique n'est observée entre le milieu urbain et le milieu rural.

Le tableau 40 présente le modèle dégageant les facteurs associés au counselling sur la consommation de tabac. L'analyse de ces facteurs a été faite à partir d'une régression logistique.

Tableau 40 : Facteurs expliquant le fait d'avoir reçu du counselling antitabagique dans les deux dernières années

N total = 476		
Facteurs	Rapport de cote (RC)	Valeur p
▪ Fumeur ⁴	3,21	<0,001
▪ Non-fumeur mais a déjà fumé	1,29	0,23
▪ Âge entre 25 et 45 ans ⁵	0,79	0,52
▪ Âge entre 45 et 65 ans	0,48	0,04
▪ Âge entre 65 et 74 ans	0,37	0,043
▪ IMC entre 25 et 30 ⁶	0,97	0,09
▪ IMC supérieur à 30	1,18	0,6

Les facteurs identifiés dans le modèle qui augmentent la présence de counselling sur le tabac sont le statut de fumeur et l'âge. Tel que vu dans les analyses univariées, plus le patient est âgé, moins il est probable que le médecin fasse avec lui du counselling à propos du tabagisme (RC passe de 0,79 à 0,37 lorsque comparé aux moins de 25 ans). En ce qui concerne le tabagisme, il est clair que le fait de fumer augmente les chances du patient de recevoir du counselling sur cette habitude de vie (RC 3,21). De plus, l'indice de masse corporelle ne ressort pas comme un facteur significatif, mais joue un rôle important dans le modèle puisqu'il est associé au statut de fumeur, ceci pouvant s'expliquer par le fait que la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité est plus grande chez les fumeurs (Statistique Canada, 1999).

4.2.3 Facteurs influençant le counselling de la consommation de fruits et légumes

La section qui suit présente les données relatives au counselling sur la consommation de fruits et légumes. Les analyses univariées seront d'abord présentées puis suivra un modèle

4 La catégorie de référence correspond à ceux n'ayant jamais fumé.

5 La catégorie de référence correspond aux < 25 ans.

6 La catégorie de référence correspond à un IMC < 25

de régression logistique qui explique les facteurs liés de façon indépendante à la présence de counselling sur la consommation de fruits et légumes du patient.

Le tableau 41 présente la distribution du counselling sur la consommation de fruits et légumes en fonction du profil socioéconomique du patient.

Tableau 41 : Distribution du counselling sur la consommation de fruits et légumes en fonction du profil socioéconomique du participant

N = 482	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du counselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N (142)	%	N (340)	%	
Sexe					
➤ Homme	48	31 %	108	69 %	0,66
➤ Femme	94	29 %	232	71 %	
Âge (années)					
➤ 18-24	10	21 %	38	79 %	0,02
➤ 25-44	41	24 %	133	76 %	
➤ 45-64	73	34 %	144	66 %	
➤ 65-74	18	42 %	25	58 %	
Scolarité					
➤ Primaire	8	50 %	8	50 %	0,33
➤ Secondaire	47	30 %	112	70 %	
➤ Collégiale	42	28 %	107	72 %	
➤ Universitaire	45	28 %	113	72 %	

Les résultats illustrés ci-dessus montrent un lien significatif entre la présence de counselling sur la consommation de fruits et légumes et l'âge ($p=0,02$). Il semble que plus le patient est âgé, plus il a de chances de recevoir du counselling concernant la consommation de fruits et légumes de la part de son médecin. Cependant, une enquête de Statistique Canada démontre que la proportion de personnes consommant moins de cinq fruits et légumes par jour est plus grande chez les jeunes que chez les plus âgés (55,3 % entre 20 et 34 ans contre 44,7 % chez les plus de 65 ans) (Statistique Canada, 2005). Il se pourrait donc que le counselling en question ne soit pas orienté vers le bon groupe d'âge.

Le tableau 42 expose la distribution du counselling sur la consommation de fruits et légumes en fonction de l'IMC du patient.

Tableau 42 : Distribution du counselling sur la consommation de fruits et légumes en fonction de l'IMC du participant

N = 476	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du counselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N	%	N	%	
IMC					0,0005
➤ < 18,5	0	0 %	14	100 %	
➤ 18,5 à 24,9	54	23 %	178	77 %	
➤ 25 à 29,9	53	35 %	100	65 %	
➤ 30 et plus	32	42 %	45	58 %	
Total	139	29 %	337	71 %	

Tel qu'anticipé et approprié, un lien significatif existe entre le fait que le médecin fasse du counselling sur la consommation de fruits et légumes et l'IMC ($p=0,0005$). Étant donné que les habitudes alimentaires sont l'un des deux principaux facteurs de risque modifiables de la surcharge pondérale, ce résultat n'est pas surprenant, mais démontre que les médecins connaissaient l'une des solutions au problème et l'appliquaient déjà.

Le prochain tableau porte sur la distribution du counselling en matière de consommation de fruits et légumes en fonction de la présence de pathologies.

Tableau 43 : Distribution du counselling sur la consommation de fruits et légumes en fonction de la présence de pathologies chez le participant

N = 482	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du counselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N	%	N	%	
Présence d'au moins 1 pathologie					
➤ Oui	63	35 %	116	65 %	0,03
➤ Non	79	26 %	224	74 %	
Total	142	29 %	340	71 %	

Étant donné les pathologies dont il est question ici, le fait que la présence d'une pathologie soit significativement associée au fait de recevoir du counselling sur la consommation de fruits et légumes va dans le sens attendu ($p=0,03$). En effet, les pathologies incluses dans l'indice ici sont les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, le diabète et

l'hypercholestérolémie, des problèmes de santé dont l'alimentation est l'un des principaux facteurs de risque modifiables (Santé Canada, 2003).

Le tableau 44 montre le lien entre la consommation de fruits et légumes et le fait de recevoir du counselling sur ce même sujet.

Tableau 44 : Distribution du counselling sur la consommation de fruits et légumes en fonction de la consommation de fruits et légumes du participant

N = 478	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du counselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N	%	N	%	
Consommation quotidienne de fruits et légumes					
➤ Moins de 5 portions par jour	79	35 %	147	65 %	0,03
➤ 5 portions et plus par jour	63	25 %	189	75 %	
Total	142	29 %	336	71 %	

Une association significative existe entre le fait de consommer moins de cinq portions de fruits et légumes et le fait de recevoir du counselling sur cette habitude de vie ($p=0,02$). De plus, des associations significatives sont constatées entre une faible consommation de fruits et légumes et des éléments spécifiques du counselling : le fait que le médecin demande le nombre de fruits et légumes consommés ($p=0,006$), le fait que le médecin recommande d'augmenter sa consommation de fruits et légumes et le fait de consommer moins de cinq portions de fruits et légumes par jour ($p=0,002$) (données non présentées).

En ce qui concerne la situation géographique de la clinique, il n'y a pas d'association entre le fait de fréquenter une clinique en milieu urbain ou rural et le fait de recevoir du counselling sur la consommation de fruits et légumes.

Le prochain tableau expose le modèle dégagant les facteurs liés au fait qu'un patient ait reçu du counselling préventif sur sa consommation de fruits et légumes. Ce modèle a été élaboré à partir d'une régression logistique.

Tableau 45 : Facteurs expliquant le fait d’avoir reçu du counselling sur les fruits et légumes dans les deux dernières années

N total = 476		
Facteurs	Rapport de cote (RC)	Valeur p
▪ Consommation de moins de 5 portions de fruits et légumes par jour	1,46	0,07
▪ IMC entre 25 et 29,9 ⁷	1,66	0,04
▪ IMC de 30 et plus	2,19	0,006
▪ Présence de diabète	2,59	0,03
▪ Âge entre 25 et 45 ans ⁸	1,1	0,82
▪ Âge entre 45 et 65 ans	1,44	0,36
▪ Âge entre 65 et 74 ans	1,71	0,28

Tel qu’observé dans les analyses univariées, le modèle montre que le fait de consommer moins de cinq portions de fruits et légumes augmente la possibilité que le patient reçoive du counselling préventif sur cette habitude de vie. Par contre, les facteurs dont les rapports de cote sont les plus importants sont le fait d’avoir un IMC de 30 ou plus et le fait de souffrir de diabète. En effet, un IMC de 30 ou plus multiplie par 2,19 les chances que le médecin fasse un counselling préventif au patient et la présence de diabète multiplie ces chances par 2,59. L’âge est un facteur important dans ce modèle même s’il n’est pas significatif à lui seul, puisque c’est un facteur confondant. En effet, l’IMC des participants à l’enquête augmente proportionnellement avec l’âge.

4.2.4 Facteurs influençant le counselling en faveur de l’activité physique

Dans cette section, les données concernant le counselling sur la pratique d’activités physiques sont exposées. Comme dans les sections précédentes, les résultats des analyses univariées seront présentés en premier lieu et le modèle dégagé à partir d’analyses faites par régression logistique sera présenté par la suite. Le tableau 46 illustre les résultats du counselling effectué au cours des deux dernières années en matière de pratique d’activités physiques, en fonction du profil socioéconomique des répondants à l’enquête.

⁷ La catégorie de référence correspond à un IMC < 25

⁸ La catégorie de référence correspond aux < 25 ans

Tableau 46 : Distribution du counselling en activité physique en fonction du profil du participant

N = 482	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du counselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N (274)	%	N (208)	%	
Sexe					
▪ Homme	89	57 %	67	43 %	0,95
▪ Femme	185	57 %	141	43 %	
Âge (années)					
▪ 18-24	18	38 %	30	62 %	0,008
▪ 25-44	93	53 %	81	47 %	
▪ 45-64	135	62 %	82	38 %	
▪ 65-74	28	65 %	15	35 %	
Scolarité					
▪ Primaire	10	63 %	6	37 %	0,27
▪ Secondaire	93	58 %	66	42 %	
▪ Collégiale	75	50 %	74	50 %	
▪ Universitaire	96	61 %	62	39 %	

Parmi les variables reliées au profil socioéconomique du participant, seul l'âge ressort comme étant un facteur lié de façon significative au fait d'avoir reçu du counselling sur la pratique d'activités physiques dans les deux dernières années ($p=0,008$). Les résultats indiquent que le counselling reçu au cours des deux dernières années augmente avec l'âge du participant, passant de 38 % chez les 18 à 24 ans à 65 % chez les 65 à 74 ans. En s'attardant aux analyses faites sur les éléments spécifiques du counselling, on constate que l'âge est le seul facteur qui détermine le fait que le médecin demande au patient s'il pratique des activités physiques ($p=0,03$) (données non présentées). Étant donné que l'activité physique est l'un des deux principaux facteurs de risque modifiables du surplus de poids (OMS, 2003), ce résultat est encourageant.

Les prochains tableaux présentent les résultats en fonction de l'IMC, de la présence de pathologies ainsi que de la pratique d'activités physiques du participant.

Tableau 47 : Distribution du counselling en activité physique en fonction de l'IMC du participant

N = 476	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du counselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N	%	N	%	
IMC					
▪ < 18,5	6	43 %	8	57 %	0,007
▪ 18,5 à 24,9	115	50 %	117	50 %	
▪ 25 à 29,9	98	64 %	55	36 %	
▪ 30 et plus	51	66 %	26	34 %	
Total	270	57 %	206	43 %	

La proportion de patients ayant reçu du counselling concernant la pratique d'activités physiques augmente de façon significative avec l'IMC ($p=0,007$). Les participants ayant un IMC inférieur à 18,5 en ont reçu dans une proportion de 43 % alors que les participants ayant un IMC égal ou supérieur à 30 en ont reçu dans une proportion de 66 %.

Le tableau 48 présente les résultats concernant le counselling en activité physique selon la présence de pathologies (maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, diabète ou hypercholestérolémie).

Tableau 48 : Distribution du counselling en activité physique en fonction de la présence de pathologies chez le participant

N = 482	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du counselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N	%	N	%	
Présence d'au moins 1 pathologie					
▪ Oui	120	67 %	59	33 %	0,0005
▪ Non	154	51 %	159	49 %	
Total	274	57 %	208	43 %	

Ces résultats démontrent un lien significatif entre le fait d'avoir reçu du counselling dans les deux dernières années et le fait que le patient souffre d'une des quatre pathologies mentionnées dans le sondage ($p=0,005$). La littérature montre que la pratique d'activités physiques est une des stratégies recommandées pour aider à contrôler ces pathologies. En effet, selon une étude publiée en 2005, la réduction des facteurs de risque par le biais

d'une meilleure alimentation et de la pratique de d'activités physiques peut amener des gains quatre fois plus grands en espérance de vie que les traitements (Ünal, 2005). Par contre, étant donné que la pratique régulière d'activités physiques permet également de prévenir ou de retarder l'apparition de ces pathologies, tous les patients pourraient bénéficier d'un counselling préventif sur ce sujet et négliger les patients sains pourrait s'avérer néfaste à long terme.

Le tableau 49 présente les résultats en fonction du niveau d'activités physiques du participant.

Tableau 49 : Distribution du counselling en activité physique en fonction de la pratique d'activités physiques du participant

	A reçu du counselling il y a moins de 2 ans		A reçu du ycounselling il y a plus de 2 ans ou jamais		Valeur p
	N	%	N	%	
Se considère physiquement actif					
▪ Oui	137	54 %	116	46 %	0,22
▪ Non	136	60 %	92	40 %	
Total	273	57 %	208	43 %	

Être actif ou non n'est pas associé de façon significative avec le fait d'avoir reçu du counselling dans les deux dernières années. Ce résultat n'est pas surprenant, considérant que le fait de questionner tout patient sur son niveau d'activités physiques constitue une pratique recommandée. Par contre, lorsqu'on observe les analyses faites sur les interventions spécifiques des médecins, deux d'entre elles sont significativement associées avec le niveau d'activités physiques. La première est la recommandation de commencer ou d'augmenter la pratique d'activités physiques qui est associée avec le fait de se considérer comme inactif ($p = < 0,001$). En effet, seulement 25 % des gens se considérant actifs auraient reçu ce conseil alors que 75 % des gens se considérant inactifs ont reçu le même conseil (données non présentées).

La seconde intervention du médecin qui est ressortie de façon significative est le fait de féliciter le patient pour sa pratique d'activités physiques. Toutefois, à l'inverse, le fait que le médecin ait félicité le patient pour sa pratique d'activités physiques est plutôt significativement associé avec le fait de se considérer comme actif ($p = < 0,001$). Ce résultat respecte la logique attendue. Par contre, le fait que 41 % des personnes se considérant inactives ont reçu cet encouragement de la part de médecins porte à s'interroger sur la validité des réponses à cette question. Il faut interpréter ce résultat avec prudence et garder en tête que le niveau d'activités physiques des répondants à l'enquête n'est défini que par une seule question portant sur leur perception de leur niveau d'activités

physiques. Il se peut également que les félicitations du médecin concernent le progrès réalisé par le patient et non l'atteinte d'un niveau d'activités ciblé.

Aucune différence significative n'a été trouvée entre le counselling concernant l'activité physique réalisé en milieu urbain et rural. Par contre, il existe une différence significative entre les différentes cliniques visitées ($p=0,002$). Il existe une grande variation dans la proportion de counselling rapporté entre les différentes cliniques, allant de 38 % à 100 %.

Le prochain tableau illustre le modèle dégagé à partir des analyses de régression logistique faites en ce qui concerne le counselling sur la pratique d'activités physiques.

Tableau 50 : Facteurs expliquant le fait d'avoir reçu du counselling en activité physique dans les deux dernières années

N total = 476		
Facteurs	Rapport de cote (RC)	Valeur p
▪ Âge entre 25 et 45 ans ⁹	1,76	0,1
▪ Âge entre 45 et 65 ans	1,76	0,11
▪ Âge entre 65 et 74 ans	3,93	0,04
▪ Hypertension	1,72	0,04
▪ Hypercholestérolémie	1,66	0,1
▪ Maladies cardiovasculaires	0,46	0,07
▪ Diabète	3,25	0,05
▪ IMC entre 25 et 29,9 ¹⁰	1,57	0,05
▪ IMC 30 et plus	1,60	0,1
▪ Interaction âge et hypercholestérolémie	0,23	0,07

Le premier point important à retenir de l'analyse de ce modèle est que, comme le démontrent les analyses univariées, le counselling en activité physique fait dans les deux dernières années augmente avec l'âge du patient. En effet, le rapport de cote pour la catégorie d'âge 65 à 74 ans est de 3,93, ce qui montre une augmentation des chances d'avoir reçu du counselling sur cette habitude de vie lorsque le patient se situe dans cette catégorie d'âge.

Le fait de recevoir du counselling en activité physique est également associé de façon indépendante à la présence de différentes pathologies, particulièrement la présence de diabète dont le rapport de cote est de 3,25 et la valeur se situe à la limite de la signification statistique, ainsi que la présence d'un IMC entre 25 et 29,9.

9 La catégorie de référence correspond aux 18-24 ans.

10 La catégorie de référence correspond à un IMC < 25.

Pour bien décrire le phénomène à l'aide du modèle, l'introduction d'un facteur d'interaction (âge X hypercholestérolémie) était nécessaire, puisque la présence d'hypercholestérolémie était fortement associée à l'âge, ce qui n'est pas surprenant.

4.2.5 Facteurs influençant la mesure de la tension artérielle

La prochaine section décrit les analyses faites concernant la mesure de la tension artérielle. Les analyses univariées seront d'abord présentées et suivra le modèle dégagé à l'aide de la régression logistique. Les analyses de cette section portent sur la mesure de la tension artérielle lors de la dernière visite.

Le tableau 51 présente les résultats des analyses portant sur la relation entre la mesure de la tension artérielle et le profil socioéconomique des patients.

Tableau 51 : Mesure de la tension artérielle en fonction du profil socioéconomique du participant

N = 481	Mesure de tension		Pas de mesure de tension		Valeur p
	N (253)	%	N (228)	%	
Sexe					
▪ Homme	86	55 %	70	45 %	0,44
▪ Femme	167	51 %	158	49 %	
Âge (années)					
▪ 18-24	19	40 %	29	60 %	
▪ 25-44	68	39 %	106	61 %	
▪ 45-64	131	61 %	85	39 %	<0,0001
▪ 65-74	35	81 %	8	19 %	
Scolarité					
▪ Primaire et secondaire	107	61 %	67	39 %	
▪ Collégiale	64	43 %	85	57 %	0,004
▪ Universitaire	82	52 %	76	48 %	

Les facteurs socioéconomiques associés à la mesure de la tension artérielle sont l'âge ($p < 0,0001$) ainsi que la scolarité ($p = 0,004$). En effet, il y a une augmentation claire de la proportion de personnes ayant reçu une mesure de leur tension artérielle avec l'avancement en âge. L'écart est particulièrement prononcé entre les 45 à 64 ans et les 65 à 74 ans. Dans la première catégorie, 40 % des répondants ont reçu une mesure au cours de la dernière visite alors que c'est plutôt 81 % des répondants du second groupe d'âge qui ont reçu cette même mesure.

Par ailleurs, la mesure de la tension artérielle est associée avec le fait d'être moins scolarisé. Cette association est directement liée au fait que la mesure soit également

associée à l'âge puisque parmi les répondants, les personnes les plus âgées sont en général aussi les moins scolarisées.

Le tableau 52 expose les résultats des analyses portant sur les différentes pathologies et la mesure de la tension artérielle.

Tableau 52 : Mesure de la tension artérielle en fonction des pathologies

N = 480	Mesure de tension lors de la dernière visite		Pas de mesure de tension		Valeur p
	N	%	N	%	
Pathologies					
Hypertension					
▪ Oui	92	79 %	25	21 %	<0.001
▪ Non	160	44 %	203	56 %	
Total	252	53 %	228	47 %	
Hypercholestérolémie					
▪ Oui	66	69 %	29	31 %	0.002
▪ Non	186	48 %	199	52 %	
Total	252	53 %	228	47 %	
Maladies cardiovasculaires					
▪ Oui	22	65 %	12	35 %	0.14
▪ Non	230	52 %	216	48 %	
Total	252	53 %	228	47 %	
Diabète					
▪ Oui	21	88 %	3	12 %	0.004
▪ Non	230	51 %	225	49 %	
Total	251	52 %	228	47 %	
Au moins 1 des 4 pathologies					
▪ Oui	125	70 %	53	30 %	<0.0001
▪ Non	128	42 %	175	58 %	
Total	253	53 %	228	47 %	

Les résultats présentés ci-dessus montrent que la présence d'une pathologie chez un patient est significativement associée avec le fait que le médecin ait mesuré la tension artérielle du patient lors de la dernière visite ($p = <0,0001$). De plus, chacune des pathologies qui fait l'objet de l'enquête est significativement associée avec une mesure de la tension artérielle à l'exception des maladies cardiovasculaires.

Le prochain tableau présente la distribution de la mesure de la tension artérielle en fonction des habitudes de vie du patient.

Tableau 53 : Distribution de la mesure de la tension artérielle en fonction des habitudes de vie

N = 482	Moins de 2 ans		Plus de 2 ans		Valeur p
	N	%	N	%	
Physiquement actif					
▪ Oui	209	83 %	44	17 %	0,88
▪ Non	190	83 %	38	17 %	
Total	399	83 %	82	17 %	
Consommation de fruits et légumes					
▪ Moins de 5 portions par jour	207	82 %	45	18 %	0,60
▪ 5 portions et plus par jour	189	84 %	37	16 %	
Total	396	82 %	82	17 %	
Tabagisme					
▪ Fumeur	79	78 %	22	22 %	0,33
▪ Non-fumeur et n'a jamais fumé	157	84 %	31	16 %	
▪ Non-fumeur mais a déjà fumé	164	85 %	29	15 %	
Total	400	83 %	82	17 %	

Globalement, ces analyses n'identifient pas de relation significative entre le fait qu'un médecin mesure la tension artérielle d'un patient et les habitudes de vie de ce dernier.

En ce qui concerne l'endroit visité, un lien significatif existe entre la mesure de la tension artérielle lors de la dernière visite et la situation géographique de la clinique. Il semble que les médecins pratiquant en clinique rurale mesurent la tension artérielle de façon plus systématique que les médecins en clinique urbaine. Ce fait est probablement lié à une plus grande proportion de visites sans rendez-vous dans les cliniques métropolitaines par rapport aux cliniques rurales. Pourtant, les cliniques sans rendez-vous représentent souvent la seule occasion pour mesurer la tension chez les patients qui ne consultent pas un médecin régulièrement.

Comme pour les différentes habitudes de vie, une différence significative existe entre les différentes cliniques fréquentées par les patients ($p=0,004$). La distribution de la mesure varie de 18 % à 69 % selon les cliniques.

Le tableau 54 illustre le modèle construit à partir d'analyses de régression logistique qui cherchent à identifier les facteurs associés de façon indépendante à la mesure de la tension artérielle.

Tableau 54 : Facteurs expliquant le fait d'avoir eu une mesure de la tension artérielle lors de la dernière visite

N total = 480		
Facteurs	Rapport de cote (RC)	Valeur p
▪ Âgé entre 25 et 45 ans ¹¹	1,05	0,91
▪ Âgé entre 45 et 64 ans	1,49	0,34
▪ Âgé entre 65 et 74 ans	3,41	0,04
▪ Scolarité collégiale ou universitaire ¹²	0,55	0,02
▪ Sexe	1,51	0,11
▪ Consultation pour un problème précis	0,06	<0,001
▪ Visite de contrôle	0,17	0,0002
▪ Autre(s) type(s) de visites	0,14	<0,001
▪ Visite avec rendez-vous	3,45	0,0002
▪ Problème d'hypertension	2,78	0,0007
▪ Fumeur ¹³	0,50	0,03
▪ Non-fumeur ayant déjà fumé	0,73	0,24
▪ Consomme moins de 5 portions de fruits et légumes	0,69	0,12
▪ A vu son propre médecin de famille	0,69	0,25

En somme, plusieurs facteurs favorisent la mesure de la tension artérielle, entre autres, le fait d'être âgé de 65 ans et plus ($p=0,04$) multiplie par 3,4 les chances que le médecin mesure la tension artérielle, alors qu'une scolarité élevée (collégiale ou universitaire) diminue les chances d'avoir eu cette mesure lors de la dernière visite (RC 0,55). Les personnes plus jeunes et plus scolarisées présenteraient-elles moins de facteurs de risque incitant le médecin à mesurer la tension ou consulteraient-elles davantage sans rendez-vous ? Parmi les autres facteurs favorisant cette mesure, notons le fait de souffrir déjà d'hypertension ($p=0,0007$) ainsi que celui de consulter le médecin sur rendez-vous ($p=0,002$).

Le type de visites médicales influence également la mesure de la tension artérielle. Les visites planifiées (sur rendez-vous) semblent beaucoup plus propices à la mesure (RC 3,45). Le patient a plus de chances d'y rencontrer son propre médecin de famille que lors d'une visite sans rendez-vous.

Par contre, tous les types de visites médicales autres que la visite annuelle diminuent les chances du patient de faire mesurer sa tension artérielle (RC 0,06 à 0,17).

11 La catégorie de référence correspond aux 18-24 ans.

12 La catégorie de référence correspond à une scolarité primaire.

13 La catégorie de référence correspond aux non-fumeurs n'ayant jamais fumé.

4.2.6 Réceptivité des patients aux recommandations des médecins

La prochaine section présente des résultats concernant la réceptivité des patients quant au counselling préventif pouvant être fait par le médecin. Des analyses portant sur l'accord des patients à modifier leurs habitudes de vie si le médecin le leur recommandait seront d'abord présentées. Puis, suivront des analyses concernant le lieu de visite médicale où les patients jugent pertinent de recevoir du counselling.

Le tableau 55 présente la distribution de la propension des patients à modifier leurs habitudes de vie lorsque la recommandation provient du médecin en fonction de leur profil socioéconomique.

Tableau 55 : Distribution de la propension à modifier les habitudes de vie en fonction du profil socioéconomique des participants

	Modifierait ses habitudes de vie si le médecin le recommandait		Ne modifierait pas ses habitudes de vie si le médecin le recommandait		Valeur p
	N	%	N	%	
Sexe					
▪ Homme	126	84 %	24	16 %	0,09
▪ Femme	282	90 %	33	10 %	
Total	408	88 %	57	12 %	
Âge (années)					
▪ 18-24	42	89 %	5	11 %	0,21
▪ 25-44	142	84 %	27	16 %	
▪ 45-64	190	91 %	19	9 %	
▪ 65-74	34	85 %	6	15 %	
Total	408	88 %	57	12 %	
Scolarité					
▪ Primaire	14	100 %	0	0 %	0,13
▪ Secondaire	128	84 %	25	16 %	
▪ Collégiale	131	91 %	13	9 %	
▪ Universitaire	135	88 %	19	12 %	
Total	408	88 %	57	12 %	

De manière générale, les résultats illustrent que la grande majorité des patients interrogés quels que soient leur âge, leur sexe ou leur scolarité, modifierait leurs habitudes de vie si ce conseil leur était donné par le médecin, peu importe le sexe, l'âge ou le niveau de scolarité.

Le tableau suivant présente les analyses des données portant sur la propension des patients à modifier leurs habitudes de vie sur recommandation du médecin en fonction de la présence d'une pathologie.

Tableau 56 : Distribution de la propension à modifier ses habitudes de vie en fonction de la présence de pathologies

	Modifierait ses habitudes de vie si le médecin le recommandait		Ne modifierait pas ses habitudes de vie si le médecin le recommandait		Valeur p
	N	%	N	%	
Présence d'au moins 1 pathologie¹⁴					
▪ Oui	149	87 %	22	13 %	0,76
▪ Non	259	88 %	35	12 %	
Total	408	88 %	57	12 %	

Au même titre que pour les facteurs socioéconomiques, aucune variation significative n'est observée dans la propension du patient à modifier ses habitudes de vie. Les personnes, qu'elles soient atteintes ou non d'un des problèmes de santé sur lesquels a porté l'enquête, tenteraient de modifier leurs habitudes de vie si le médecin leur en parlait.

Le tableau 57 montre les résultats de la distribution de la propension des patients à modifier leurs habitudes de vie en fonction de leurs habitudes de vie actuelles.

¹⁴ Maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, diabète ou hypercholestérolémie.

Tableau 57 : Distribution de la propension à modifier ses habitudes de vie en fonction des habitudes de vie actuelles

	Modifierait ses habitudes de vie si le médecin le recommandait		Ne modifierait pas ses habitudes de vie si le médecin le recommandait		Valeur p
	N	%	N	%	
Se considère physiquement actif					
▪ Oui	221	91 %	23	9 %	0,07
▪ Non	187	85 %	33	15 %	
Total	408	88 %	56	12 %	
Consommation de fruits et légumes					
▪ Moins de 5 portions par jour	216	88 %	29	12 %	
▪ 5 portions et plus par jour	190	88 %	27	12 %	0,84
Total	406	88 %	56	12 %	
Tabagisme					
▪ Fumeur	72	76 %	23	24 %	
▪ Non-fumeur et n'a jamais fumé	168	93 %	13	7 %	0,0002
▪ Non-fumeur mais a déjà fumé	168	89 %	20	11 %	
Total	408	88 %	56	12 %	

Le point important à retenir des analyses présentées dans le tableau précédent concerne le tabagisme. Les analyses montrent qu'il y a une différence significative entre l'opinion des fumeurs et celle des non-fumeurs par rapport à la propension à modifier leurs habitudes de vie si le médecin leur demandait ($p=0,0002$). Il semble que les fumeurs soient plus résistants à l'idée de modifier leurs habitudes de vie, même si ce conseil est induit par le médecin (93 % pour les non-fumeurs contre 76 % pour les fumeurs). Ce résultat peut s'expliquer en partie par le fait que la proportion de fumeurs a diminué de façon importante dans les dernières années et que ceux qui fument encore sont en général des fumeurs plus résistants, cette attitude pouvant se refléter dans leur opinion.

Nous n'avons pas trouvé de différences entre le milieu rural et le milieu urbain, ni entre les cliniques quant à la propension des patients à modifier leurs habitudes de vie suite aux recommandations des médecins. Ceci démontre que l'attitude des patients dans les différentes cliniques varie peu et que tous sont favorables à entendre parler de prévention.

Les prochains résultats présentés concernent le type de visites médicales pendant lesquelles les patients jugent appropriés de recevoir du counselling médical préventif. Le tableau 58 présente la distribution de l'opinion des participants selon leur sexe.

Tableau 58 : Distribution selon le sexe et le type de visites médicales de la réceptivité des participants au counselling des médecins

	Hommes (N = 156) Accord		Femmes (N = 326) Accord		Total (N = 482) Accord		Valeur p
	N	%*	N	%	N	%	
Visite annuelle/ bilan de santé	154	99 %	321	98 %	475	99 %	0,84
Consultation pour un problème chronique	148	95 %	310	95 %	458	95 %	0,93
Consultation pour un problème aigu	138	88 %	289	89 %	427	89 %	0,17
Consultation sans rendez-vous	134	86 %	261	80 %	395	82 %	0,22
Consultation à l'urgence	123	79 %	230	71 %	353	73 %	0,07

* *Pourcentage des colonnes présentées*

De manière générale, les patients semblent d'accord pour recevoir du counselling médical peu importe le type de visite et quelque soit leur sexe.

En ce qui concerne les autres variables socioéconomiques, une plus faible proportion de personnes âgées de 65 à 74 ans serait davantage prête à entendre parler de prévention lors des visites annuelles que n'importe quel autre groupe d'âge. L'âge amène-t-il plus de résistance au changement ou donne-t-il la perception que cet effort est inutile ? Toutefois, le pourcentage d'accord est tout de même de 93 % pour ce groupe d'âge.

Le prochain tableau expose les résultats des analyses portant sur la distribution de la réceptivité du participant au counselling dans les différents contextes de consultation en fonction de la présence d'une pathologie.

Tableau 59 : Distribution de la réceptivité des participants à recevoir du counseling en fonction du type de visites médicales selon la présence d'au moins une pathologie

N total = 480	Présence d'au moins 1 pathologie ¹⁵		Absence de pathologie		Total		Valeur p
	N (179)	% *	N (303)	%	N (482)	%	N
Visite annuelle/ bilan	174	97 %	301	99 %	475	99 %	0,10
Consultation pour un problème chronique	167	93 %	291	96 %	458	95 %	0,32
Consultation pour un problème aigu	150	84 %	277	91 %	427	89 %	0,03
Consultation sans rendez-vous	140	78 %	255	84 %	395	82 %	0,14
Consultation à l'urgence	129	72 %	224	74 %	353	73 %	0,76

* Pourcentage des colonnes présentées

Peu importe le fait que la personne ait un problème de santé ou non, les répondants au sondage sont en général d'accord pour que les médecins fassent du counseling préventif quel que soit le type de visites médicales. Toutefois, dans le cadre d'une consultation pour un problème aigu, les personnes questionnées dans le cadre de l'enquête et qui sont exemptes de pathologies semblent plus disposées à entendre parler de prévention lors de ce type de visites que les gens présentant un problème de santé. Est-ce que les préoccupations préventives pourraient être mises de côté par les personnes malades vu la multiplicité de leurs problèmes et besoins curatifs? Il est cependant important de noter que le pourcentage d'accord demeure très fort dans les deux cas (84 % pour les personnes présentant un problème de santé contre 91 % pour les personnes sans problème de santé).

4.2.7 Distribution des bonnes habitudes de vie chez les participants

La prochaine section regroupe des analyses générées sur les habitudes de vie des patients recrutés pour le sondage. Il s'agit d'analyses croisées regroupant les trois habitudes de vie dont le 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION fait la promotion, soit 0 tabac, 5 fruits et légumes et 30 minutes d'activités physiques quotidiennement. Les analyses avaient pour but de voir la distribution des participants à l'enquête selon le fait qu'ils n'aient aucune, une, deux ou trois bonnes habitudes de vie. Ces analyses ont aussi été faites de façon regroupée, soit avec la catégorie aucune ou une bonne habitude et la catégorie deux ou trois bonnes habitudes.

Le tableau 60 présente la distribution des habitudes de vie en fonction du profil socioéconomique du participant.

¹⁵ Maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, diabète ou hypercholestérolémie.

Tableau 60 : Distribution des bonnes habitudes de vie selon le profil des participants

N total = 482	Aucune bonne habitude		1 bonne habitude		2 bonnes habitudes		3 bonnes habitudes		Total		Valeur p
	N (32)	%	N (136)	%	N (192)	%	N (122)	%	N (482)	%	
Sexe											
▪ Homme	10	6 %	62	40 %	54	35 %	30	19 %	156	32 %	0,001
▪ Femme	22	7 %	74	23 %	138	42 %	92	28 %	326	68 %	
Âge (années)											
▪ 18-24	5	10 %	16	33 %	17	35 %	10	21 %	48	10 %	
▪ 25-44	9	5 %	47	27 %	69	40 %	49	28 %	174	36 %	
▪ 45-64	15	7 %	55	25 %	92	42 %	55	25 %	217	45 %	0,49
▪ 65-74	3	7 %	18	42 %	14	33 %	8	19 %	43	9 %	
Scolarité											
▪ Primaire	1	6 %	7	44 %	5	31 %	3	19 %	16	3 %	
▪ Secondaire	20	13 %	56	35 %	51	32 %	32	20 %	159	33 %	0,008
▪ Collégiale	3	2 %	33	22 %	71	48 %	42	28 %	149	31 %	
▪ Universitaire	8	5 %	40	25 %	65	41 %	45	28 %	158	33 %	

Ces analyses montrent un lien significatif entre le sexe du répondant et les habitudes de vie ($p=0,001$). Il semble que les femmes aient tendance à adopter de meilleures habitudes de vie que les hommes. D'ailleurs, la littérature semble indiquer des résultats allant dans le même sens. Une étude portant sur des étudiants universitaires suédois suggère que les hommes ont tendance à adopter de plus mauvaises habitudes que les femmes, particulièrement concernant l'activité physique et la nutrition (Von Bothmer, 2005). Dans le cas des Québécois, il semble qu'aucune enquête ne regroupe toutes les habitudes de vie, mais il apparaît que lorsqu'on prend chacune des habitudes de vie individuellement, les femmes adoptent plus facilement les bonnes habitudes que les hommes (Dawson, 2007).

Outre le sexe, l'éducation semble aussi être un facteur qui influence les habitudes de vie. Il semble que les participants ayant une scolarité plus élevée adoptent de manière générale de meilleures habitudes de vie ($p=0,008$).

Le prochain tableau illustre la distribution des habitudes de vie en fonction des différentes pathologies.

Tableau 61 : Distribution des bonnes habitudes de vie en fonction des pathologies

N total = 482	Aucune bonne habitude		1 bonne habitude		2 bonnes habitudes		3 bonnes habitudes		Total		Valeur p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Au moins 1 pathologie	12	7 %	50	28 %	75	42 %	42	23 %	179	37 %	0,87
Hypertension	9	8 %	31	26 %	54	46 %	24	20 %	118	24 %	0,43
Hypercholestérolémie	9	9 %	33	34 %	34	35 %	20	21 %	96	20 %	0,29
Maladies cardiovasculaires	3	9 %	11	32 %	13	38 %	7	21 %	34	7 %	0,89
Diabète	1	4 %	11	44 %	7	28 %	6	24 %	25	5 %	0,46

Tel que le démontre le tableau 61, aucun lien significatif spécifique n'est trouvé entre l'adoption de bonnes habitudes de vie et la présence ou l'absence de maladies. La littérature décrit pourtant que ces pathologies sont spécifiquement liées avec les comportements préventifs ciblés ici, ceux-ci étant des facteurs de risque modifiables de chacune de ces pathologies (Paradis, 2004). Une hypothèse plausible pour expliquer ce résultat est que les patients déjà diagnostiqués porteurs de maladies chroniques aient pu modifier certaines de leurs habitudes de vie de façon positive avant l'enquête.

Le tableau 62 présente la distribution du counselling en activité physique en fonction des habitudes de vie des patients.

Tableau 62 : Distribution des bonnes habitudes de vie en fonction du counselling reçu en activité physique

N total = 274	Aucune bonne habitude		1 bonne habitude		2 bonnes habitudes		3 bonnes habitudes		Total		Valeur p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Type de counselling											
Demander si pratique activité physique	15	7 %	61	28 %	83	38 %	57	26 %	216	79 %	0,64
Recommander de commencer ou augmenter activité physique	11	10 %	46	41 %	41	36 %	15	13 %	113	41 %	<0,0001
Féliciter pour activité physique	11	6 %	44	23 %	71	38 %	62	33 %	188	69 %	<0,0001
Remettre de la documentation écrite	2	10 %	8	40 %	7	35 %	3	15 %	20	7 %	0,50
Proposer l'utilisation d'un podomètre	0	0 %	4	40 %	4	40 %	2	20 %	10	4 %	0,87
Référer à un spécialiste en activité physique	0	0 %	4	44 %	2	22 %	3	33 %	9	3 %	0,64

Les interventions en matière d'activités physiques ayant un lien significatif avec la présence de bonnes habitudes de vie sont la recommandation de commencer ou d'augmenter sa pratique d'activités physiques ($p < 0,0001$) et le fait d'être félicité par le médecin pour la pratique d'activités physiques ($p < 0,0001$). Les deux énoncés sont associés de façon contraire aux habitudes de vie : la recommandation de commencer ou d'augmenter sa pratique d'activités physiques est associée au fait d'avoir peu ou pas de bonnes habitudes, alors que le fait d'être félicité est associé avec le fait d'avoir un plus grand nombre de bonnes habitudes de vie.

En ce qui concerne le tabagisme et la consommation de fruits et légumes, les associations avec les bonnes habitudes de vie sont les mêmes que pour la pratique d'activités physiques. Il y a une association significative entre la recommandation de cesser de fumer ou d'augmenter la consommation de fruits et légumes et le fait d'avoir peu ou pas de bonnes habitudes de vie et une association significative entre le fait d'être félicité de ne pas fumer ou d'être félicité pour sa consommation de fruits et légumes et la présence de meilleures habitudes de vie.

4.2.8 Synthèse des observations

Dans l'ensemble, l'échantillon de personnes recrutées pour participer au sondage téléphonique a un profil comparable à celui de la population de la région de la Capitale-Nationale, tant au point de vue socioéconomique, que des habitudes de vie ou de la consommation de soins. Tel qu'attendu, la proportion de femmes recrutées était plus élevée, puisque celles-ci ont tendance à consulter davantage (RAMQ, 2004).

Parmi les facteurs favorisant le counselling sur les habitudes de vie, il semble que l'âge soit un facteur important, particulièrement en ce qui concerne le counselling antitabagique et le counselling sur la pratique d'activités physiques. Par contre, il semble que le counselling antitabagique soit plus orienté vers les plus jeunes alors que le counselling en matière de pratique d'activités physiques soit orienté vers la clientèle plus âgée. Dans les deux cas, les interventions auraient sûrement avantage à être plus systématiques, les ravages du tabac ainsi que les conséquences à long terme de la sédentarité étant clairement identifiés dans la littérature.

En ce qui concerne le tabac, le seul autre facteur qui semble influencer l'intervention des médecins est le fait de se retrouver devant un fumeur. Dans ce cas, les médecins participent aux nombreux efforts déployés afin de réduire le tabagisme dans la population. Fait intéressant à noter, il y a deux fois plus de patients ayant répondu au sondage qui ont reçu du counselling concernant le tabac qu'il n'y a de fumeurs dans l'échantillon (55 % ont reçu des conseils pour 21 % de fumeurs). Cette tendance semble s'observer aussi ailleurs, une enquête étudiant les mêmes habitudes de vie menée en Montérégie rapporte que 87 % des personnes d'un échantillon aléatoire de la population montérégienne se sont fait demander par un médecin au cours des deux dernières années si elles fumaient, alors que cet échantillon contenait seulement 26 % de fumeurs (Baron, 2006). Ces observations nous permettent de penser que les médecins sont de plus en plus interventionnistes dans leur counselling, l'adressant à toute la population et non aux seuls fumeurs dans une perspective de prévention primaire. Ce phénomène est encourageant pour le counselling concernant les autres habitudes de vie.

Pour la pratique d'activités physiques, l'autre facteur significativement associé au fait de recevoir une intervention est le fait de souffrir du diabète. Cette observation est intéressante puisque le diabète chez les populations adultes est en grande partie associé à la surcharge pondérale pour laquelle la pratique d'activités physiques est un des principaux facteurs de risque modifiables (OMS, 2003). L'intervention dans ce cas tient de la prévention tertiaire. Toutefois, au-delà de cette considération, cette situation semble indiquer une volonté des médecins d'amener leurs patients à régler les problèmes à la source et de limiter les interventions curatives lorsqu'une autre avenue est possible ou, à tout le moins, de les jumeler avec une intervention préventive.

En ce qui concerne la consommation de fruits et légumes, deux facteurs semblent influencer l'intervention concernant cette habitude de vie : le fait de consommer moins de cinq portions de fruits et légumes ainsi que l'indice de masse corporelle. Étant donné que le surplus de poids est fortement associé avec l'alimentation, cette observation va dans le

sens attendu. Ce qui est le plus important à retenir des résultats obtenus concernant la consommation de fruits et légumes est qu'il s'agit de l'habitude de vie la moins discutée en cabinet médical (10 %). De plus, le counselling semble plutôt dirigé vers les gens plus âgés alors que la littérature montre que les personnes consommant le moins de fruits et légumes se retrouvent plutôt parmi les jeunes (Statistique Canada, 2005). Il faut par contre prendre en compte le fait que nous n'avons pas étudié le counselling en alimentation au sens large et qu'il est possible que le médecin ait discuté d'autres sujets concernant l'alimentation avec ses patients.

Pour l'hypertension, plusieurs facteurs sont associés à son dépistage. Entre autres, l'âge plus avancé, le fait de souffrir d'hypertension et le fait d'avoir consulté sur rendez-vous augmentent le dépistage, tandis que la scolarité plus élevée, les consultations pour d'autres motifs qu'un bilan de santé et le fait de fumer réduisent la probabilité d'un dépistage. Ce qui nous apparaît très important de retenir de ces résultats, est que le dépistage de l'hypertension ne semble pas systématique puisque 12 % des répondants à l'enquête affirment ne jamais avoir eu de mesure de leur tension artérielle. Le U.S Task Force a émis en 2003 une recommandation énonçant que la mesure de la tension artérielle devrait être prise chez tous les adultes.

Par ailleurs, la réceptivité des patients semble très bonne. De manière générale, les patients sont d'accord pour recevoir du counselling préventif peu importe le contexte de la consultation, bien qu'ils reconnaissent que certains types de visites semblent plus appropriés que d'autres. Une seule sous population parmi l'échantillon semble moins réceptive à recevoir du counselling sur ses habitudes de vie : les fumeurs. Ce résultat n'est pas surprenant étant donné que le taux de fumeurs a diminué significativement au cours des dernières années. Les personnes qui fument encore sont probablement les plus résistantes, il est donc logique qu'elles soient moins réceptives à l'idée d'entendre parler de changement d'habitudes de vie.

Finalement, l'étude démontre que les médecins intègrent déjà passablement d'interventions de type préventif à leur pratique quotidienne. Les médecins ont toutefois tendance à adopter une approche ciblée sur les patients qu'ils perçoivent plus à risque, mais qui ne sont pas nécessairement les plus problématiques (prévention secondaire et surtout tertiaire) et sont portés à négliger les personnes plus en santé chez qui la prévention primaire serait possible. Cette approche trop fortement centrée sur les facteurs de risque est d'autant plus regrettable que l'immense majorité des patients semble disposés à recevoir les messages préventifs quel que soit le contexte de la consultation. De nombreuses occasions de prévention sont ainsi manquées.

4.3 Résultats des entrevues avec les médecins

Neuf médecins omnipraticiens œuvrant en cabinet privé dans la région de la Capitale-Nationale ont accepté de participer à la recherche. Ces médecins ont été sélectionnés pour l'enquête, de façon intentionnelle, à partir d'une liste de médecins établie par le délégué médical en prévention. L'échantillon comprend trois femmes et six hommes et aucun des répondants n'est membre du Collège des médecins de famille du Canada. La plupart des répondants œuvrent dans des cabinets de groupe, à l'exception de trois répondants qui pratiquent en solo. Ils voient, en moyenne, 130 patients par semaine, trois reçoivent des patients uniquement sur rendez-vous et tous les médecins rencontrés sont rémunérés à l'acte. Enfin, le nombre médian d'années de pratique des répondants est de 25 ans. Les répondants ont été échantillonnés en fonction de leur stade de changement, tel qu'estimé par le délégué médical en prévention, à partir d'un modèle inspiré de Prochaska (1994). Six des répondants se situent au troisième stade du modèle de changement, soit celui de l'action et du maintien. Cela signifie que leur comportement est modifié ; ils ont intégré le counselling sur les habitudes de vie à leur pratique clinique, mais ce changement demeure fragile, il y a toujours possibilité d'une rechute et d'un retour à leurs anciennes habitudes. Les trois autres répondants sont au premier stade du modèle, celui de la réflexion et de la préréflexion, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas prêts à intégrer le counselling préventif. Le tableau 64 présente les caractéristiques des répondants et de leur milieu de pratique en habitudes de vie.

Tableau 63 : Caractéristiques des médecins participants et de leur milieu de pratique

Entrevues	Md 01	Md 02	Md 03	Md 04	Md 05	Md 06	Md 07	Md 08	Md 09
Sexe (féminin = F, masculin = M)	F	M	F	M	F	M	M	M	M
N ^{bre} années de pratique	9 ans	25 ans	20 ans	25 ans	20 ans	37 ans	32 ans	46 ans	34 ans
Ancienneté dans la clinique	6 ans	16 ans	12 ans	16 ans	8 ans	16 ans	32 ans	39 ans	8 ans
N ^{bre} heures sur RV	15-20	30	30	15	20	25	30	70	15
N ^{bre} heures sans RV	10	0	0	20	20	25	25	0	15
N ^{bre} patients rencontrés par semaine	100	100	130	150	200	150	130	?	200
Fonction particulière dans la clinique	Aucune	Aucune	Propriétaire	Aucune	Aucune	Aucune	Administrateur	Propriétaire	Aucune
N ^{bre} omnipraticiens dans la clinique	1	6	1	7	9	9	3	1	4
Présence de md spécialistes dans la clinique	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non
Présence d'autres professionnels dans la clinique	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Plage horaire dédiée au traitement et au suivi de maladies chroniques	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Utilisation d'un ordinateur lors des consultations	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Existence d'une personne responsable des formations dans la clinique	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Entente de vaccination entre la clinique et la santé publique – selon les répondants	Non	Non	Oui	Ne sait pas	Ne sait pas	Non	Non	Ne sait pas	Non
Entente de vaccination entre la clinique et la santé publique – données officielles	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Stade de Prochaska, selon le délégué médical en prévention	Action et Maintien	Pré-réflexion et réflexion	Action et Maintien	Action et Maintien	Action et Maintien	Pré-réflexion et réflexion	Action et Maintien	Action et Maintien	Pré-réflexion et réflexion

4.3.1 Le counselling en habitudes de vie

4.3.1.1 Le counselling sur le tabagisme

Tous les médecins rencontrés affirment conseiller leurs patients au sujet du tabagisme de façon régulière ; *pour chaque fumeur, à toutes les consultations, à chaque fois que j'en ai l'occasion*. De plus, le counselling sur le tabagisme a toujours fait partie des pratiques de l'ensemble des répondants.

Le point de vue du délégué médical

Selon le délégué médical, le counselling sur le tabagisme est bien intégré à la pratique des médecins en cabinet privé, depuis longtemps, et ce counselling donne des résultats positifs.

Il n'y a pas d'obstacles au counselling sur le tabagisme selon les répondants, si ce n'est le manque de temps, pour un médecin.

Ben, je dirais que les obstacles principaux sont toujours le temps. Tout dépend dans quel contexte qu'on pratique, c'est-à-dire, soit la consultation sans rendez-vous où c'est plus difficile parce qu'on a une intervention rapide à faire, mais dans le cadre d'une consultation avec rendez-vous, c'est beaucoup plus facile à ce moment-là de le faire.

L'utilisation d'outils pour appuyer le counselling sur le tabagisme n'est pas automatique chez les médecins rencontrés. Trois médecins n'utilisent aucun outil. Un des répondants suggère à ses patients d'utiliser les services des CAT, tandis qu'un autre médecin utilise le diagramme de Fletcher et qu'un répondant mise sur les posters médicaux et certains dépliants produits par des compagnies pharmaceutiques. Trois répondants ont mentionné l'utilisation d'aides pharmacologiques pour favoriser la cessation tabagique de leurs patients. Un seul des répondants utilise de nombreux outils pour appuyer son counselling sur le tabagisme auprès des patients : dépliants, articles promotionnels, adresses Internet, produits pharmaceutiques. Enfin, un médecin a spontanément mentionné l'utilisation du dépliant produit par le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Le dépliant 0·5·30, depuis qu'on l'a, j'en parle toujours. Des outils pour arrêter les gens de fumer, les aides à la cessation tabagique oui, ça va, mais des outils particuliers, des dépliants ou des choses comme ça, non. J'essaie de les sensibiliser et de leur dire les facteurs de risque. Je leur dis que le plus grand tueur sur la planète, c'est le tabagisme, donc ça les fait réfléchir.

L'ensemble des médecins rencontrés disent se sentir efficaces dans leur counselling sur le tabagisme. Pour six des répondants, c'est la volonté des patients qui reste l'obstacle principal.

Encore faut-il que le patient soit motivé. Je peux penser de bien faire mon job mais ça ne donne rien d'essayer de prêcher à quelqu'un qui ne veut pas vous entendre.

Je répète souvent ! Je répète... Est-ce que c'est efficace ? Pour environ 5 % ou 10 % de mes patients, pas plus.

Un des répondants déplore cependant le manque de rigueur dans le counselling sur le tabagisme entre les professionnels de la santé.

C'est sûr que je me sens efficace, mais on pourrait l'être encore plus. Moi je fais de la pièce, je fais un par un et la tendance on dirait... Moi je vois des gens qui sont allés voir un cardiologue et qui ne se sont pas fait parler d'arrêter de fumer, moi je trouve ça triste là. J'aurais gagné plus cher si je ne perdais pas mon temps à parler aux patients !

4.3.1.2 Le counselling sur l'alimentation

La totalité des médecins rencontrés font régulièrement du counselling sur l'alimentation auprès de leurs patients. Cependant, cinq répondants ont mentionné faire du counselling sur l'alimentation spécifiquement auprès de patients qui présentent une surcharge pondérale ou des problèmes de santé directement liés à l'alimentation : hypertension, diabète, hypercholestérolémie, etc.

Quand on me pose des questions, je fais ça facilement. Dans la ménopause, dans des situations comme la contraception, où l'apport en certains nutriments est nécessaire, oui lorsqu'il y a une surcharge pondérale ou insuffisance de poids et l'hypercholestérolémie, le diabète. Quand c'est nécessaire et pertinent dans le tableau, oui.

La majorité des médecins affirme faire du counselling sur l'alimentation depuis longtemps, sauf un répondant qui dit avoir intégré récemment à sa pratique les recommandations sur l'alimentation.

Le point de vue du délégué médical

Selon le délégué médical, l'obstacle principal au counselling des médecins sur l'alimentation est leur manque de connaissances.

Les propos du délégué médical en prévention rejoignent d'ailleurs ceux de trois des médecins rencontrés qui disent ne pas avoir suffisamment de connaissances sur l'alimentation. De même, selon les répondants, le manque d'accès à des ressources spécialisées est un facteur qui vient limiter le counselling sur l'alimentation pour les médecins. Bien que trois des médecins rencontrés disent référer régulièrement leurs

patients à des nutritionnistes ou au CLSC via le programme Traité santé¹⁶, les répondants déplorent le manque d'accès gratuit aux ressources spécialisées dans le champ de l'alimentation.

Le patient quand on le prend, quand on vient de le diagnostiquer, il a la frousse un peu, il s'embarque tout de suite. Nous autres, le temps qu'il voit la diététiste, il se passe des fois deux ou trois mois, il a alors une démotivation. Le patient se dit: « ah, je suis en santé pareil », même si ses glycémies sont un peu élevées, ça fait pas mal. Il peut rester diabétique un bout de temps avant d'en avoir les complications... C'est un problème qu'on a, l'accessibilité à avoir des diététistes.

De façon générale, les médecins rencontrés utilisent davantage d'outils pour faire leur counselling sur l'alimentation que pour celui sur le tabagisme. Certains se réfèrent à des diètes, telles la diète méditerranéenne, au Guide alimentaire canadien ou à des dépliants conçus par les compagnies pharmaceutiques. Trois médecins utilisent des dépliants informatifs sur l'alimentation en lien avec des problématiques de santé précises.

Je vais donner par exemple une charte d'aliments avec la teneur en calcium. Comme pour les anémies, ben j'ai un petit calcul comment prendre telle médication, quoi faire pour augmenter l'absorption. À part ça, l'hypercholestérolémie, ben à ce moment-là, je vais remettre des petites brochures.

Au point de vue alimentation, j'ai pris les moyens. J'ai des feuilles que je donne à tous mes patients et patientes qui font du cholestérol et de l'hypertension artérielle, sur leur consommation de gras et de sel. De l'inciter à manger beaucoup plus de fruits et de légumes et à faire de l'exercice un peu plus.

Seuls deux répondants n'utilisent aucun outil pour faire leur counselling sur l'alimentation, si ce n'est que des arguments et leur conviction personnelle.

Moi je crois que le plus gros outil d'un médecin, c'est d'avoir des convictions d'abord et de les sortir au bon moment. Il y en a qui serait capable de vendre de la neige pendant une tempête, parce que si tu es convaincant, ça marche. Si tu rentres dans un bureau et que le médecin a l'air bourru, qu'il est énorme et qu'il remplit sa chaise, je ne pense pas qu'il va te parler de poids, il a un problème lui-même (...). Et pour la perte de poids, j'ai un argument convaincant. On voit des annonces dissimulées de publicité sur le Viagra, et je leur dis : « les utilisateurs en Amérique, c'est tous des bedonnants, tu perds ton tour de taille et tu regagnes en capacité érectile ».

De façon générale, les médecins rencontrés considèrent que leurs interventions sur l'alimentation sont moyennement ou peu efficaces. Pour deux médecins, il y a une résistance importante des patients lorsqu'il est question d'alimentation alors que pour deux autres, de meilleurs outils et plus de ressources en diététique faciliteraient leur counselling.

16 Le programme « Traité santé » est le programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2003).

C'est plus difficile, évidemment il y a plus de résistance des patients à changer leurs habitudes alimentaires. Il faut y aller petit à petit. Je pense qu'il faut souvent y revenir. Il faut souvent se fixer des rendez-vous à l'avance et revenir avec... là, j'utilise beaucoup plus des outils à ce moment-là.

Si on avait, comme des dépliants où ça serait bien décrit comme pour le diabète ou l'hypercholestérolémie, la ménopause, l'apport laitier, les calculs du calcium dans les aliments, si on avait déjà tout ça bien en place, il me semble que se serait facile.

4.3.1.3 Le counselling sur l'activité physique

La totalité des médecins rencontrés disent faire régulièrement du counselling sur l'activité physique auprès de leurs patients, et ce, depuis le début de leur pratique pour la plupart. Toutefois, deux répondants ont intégré le counselling sur l'activité physique à leurs interventions depuis les dix dernières années.

Oui, ça c'est sûr. Moi je suis un adepte un peu de ça donc je les conseille. Je leur dis fortement que s'ils veulent conserver leur forme, pas se bercer trop de bonne heure, ils sont mieux de grouiller.

Pour leur counselling sur l'activité physique, cinq des répondants n'utilisent aucun outil alors que deux médecins utilisent des dépliants qui présentent des exercices spécifiques et deux autres, les dépliants du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Là, le petit dépliant je m'en sers beaucoup. Avec mes patients, je leur donne toujours une prescription et je leur dis qu'elle ne coûte pas cher, mais qu'elle est dure à compléter. Et je leur donne ça. Je leur dis que l'exercice, ça devrait prendre le 1/48^e de leur journée, c'est pas beaucoup ! 1/48^e de la journée...

À un moment donné, on avait le petit 0·5·30 qui était là. J'avais des petits dépliants, j'en ai plus, je les ai tous donnés. J'avais des dépliants sur le podomètre, entre autres, et sur les portions. Moi j'en avais dans mon bureau et je les ai tous distribués. Sinon, j'avais l'adresse Internet pour avoir le podomètre Digiwalker, j'en avais fait venir un auparavant, je donne aux patients l'adresse Internet, un article, un petit dépliant souvent.

Le point de vue du délégué médical

Selon le délégué médical, les médecins manquent de ressources et réfèrent souvent leurs patients à des centres de conditionnement physique dont l'accès est payant. Pour le délégué, les médecins négligent souvent de faire la promotion de l'activité physique dans la vie quotidienne des patients.

Toutefois, bien qu'ils doivent constamment répéter leur message, la majorité des médecins rencontrés considère que leur counselling sur l'activité physique est assez ou très efficace.

Je me sens très convaincant, parce que j'ai des exemples, je crois en tout cas. Et il y a des gens que je revois et qui ont commencé à faire ça. Parce que c'est un tout cette affaire-là : t'arrêtes de fumer, tu recommences à marcher un peu et oups ! Six mois plus tard, tu le sens que tu as fait des progrès.

4.3.1.4 Synthèse : Le counselling sur les habitudes de vie en général

En résumé, tous les médecins rencontrés affirment faire, dans le cadre de leur pratique, du counselling sur les trois habitudes de vie ciblées par le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION (tabagisme, alimentation et activité physique). D'ailleurs, plusieurs des répondants ont mentionné que la promotion de saines habitudes de vie fait partie du mandat fondamental d'un médecin de famille. Bien qu'en général les médecins rencontrés s'informent des habitudes de vie de leurs patients, particulièrement lors du bilan de santé annuel, pour les répondants, le counselling sur les habitudes de vie est ordinairement réservé aux patients qui ont des problèmes de santé directement associés à ces habitudes de vie.

Moi, tous les fumeurs j'en parle, tous les obèses j'en parle, tous les diabètes et les cardiaques, j'en parle. Les autres, je n'en parle pas tout le temps parce qu'il y a des gens pour qui ça n'a pas d'intérêt, ils n'ont pas de problème, ils sont actifs physiquement et ils ne fument pas, donc...

On ne le fait pas systématiquement, on va le faire surtout pour les patients qui ont des problèmes cardiovasculaires, qui ont des problèmes pulmonaires, les diabétiques, ça c'est clair. Mais pour l'autre qui va venir parce qu'il a un peu mal dans les genoux, qu'il fait un peu d'arthrose ou qu'il a d'autres problèmes, on ne prend pas nécessairement le temps de dire : « Fumes-tu ? Ah, arrête donc de fumer. Prends-tu tes cinq portions de fruits et légumes ? Fais donc plus d'activités physiques ». Pas toujours, pour ne pas dire assez rarement.

C'est sûr que celui qui arrive ici avec un problème qui est complètement étranger à ça, c'est sûr qu'on ne mentionnera pas grand chose, à moins de voir un paquet de cigarettes. Là on va dire: « la cigarette, il faudrait penser à ça », tu ne vas pas embarquer dans ça si le patient vient pour des rougeurs ou pour un œil. À l'inverse, le patient qui est diabétique ou qui est obèse, qui est fumeur et MPOC et qui a des problèmes respiratoires, là t'insistes. C'est évident que là on ne passera pas à côté, à moins que tu saches qu'il est non-fumeur en partant. Tu vas toujours insister à chaque fois. La condition première d'un bon contrôle respiratoire c'est encore et toujours la cessation du tabac, ça il faut que tu le dises à chaque fois.

De même, le contexte de la consultation, sans ou avec rendez-vous, peut influencer sur les recommandations du médecin. Un patient qui se présente sans rendez-vous pour un problème de santé urgent sera rarement conseillé au sujet de ses habitudes de vie. Les

médecins qui voient des patients qu'ils ne suivent pas régulièrement seraient également moins enclins à les conseiller sur leurs habitudes de vie, selon un répondant.

Le point de vue du délégué médical

Pour le délégué, le manque d'outils et le manque de temps lors des consultations nuisent à la promotion de saines habitudes de vie par les médecins.

Enfin, pour les médecins rencontrés, le manque de temps est le principal obstacle au counselling sur les habitudes de vie. Le contexte actuel de la pratique, avec la prolifération des cliniques sans rendez-vous et l'augmentation du nombre de patients vus chaque jour, rend plus difficiles les interventions visant la promotion de la santé, selon certains des répondants. Un des répondants mentionne :

Il ne faut pas oublier la cadence des entrevues dans un bureau. Souvent, les gens viennent pour un problème ciblé et moi je connais plusieurs médecins que si les gens viennent pour deux choses, non, c'est une chose à la fois. Alors ça c'est dommage parce que si l'on se montre étroit, ben on ne génère pas grand chose au plan de la prévention. Par contre, il ne faut pas oublier qu'on est dans la réalité. On est payé à l'acte. Moi si je vois moins de monde, je suis moins payé. Moi, je ne suis pas meilleur qu'un autre, mais j'en parle souvent, parce que je suis convaincu. Ce n'est pas évident, il y a beaucoup de choses à regarder en entrevue. Et il faut écouter aussi. Ça ne se prête pas toujours, la madame qui entre en pleurant, on ne lui dira pas qu'elle devrait perdre du poids, ou marcher 30 minutes.

4.3.2 Les obstacles et les pistes de solution dans l'adoption de saines habitudes de vie chez les patients

Cette section présente le rôle que les répondants s'attribuent dans la promotion de saines habitudes de vie. Les perceptions des médecins rencontrés quant à l'attitude de leurs patients à propos des recommandations concernant les habitudes de vie seront ensuite définies. Enfin, les barrières à l'adoption de saines habitudes de vie pour les patients et les pistes de solution proposées par les médecins seront présentées.

4.3.2.1 Le rôle du médecin

En général, les médecins rencontrés s'attribuent un rôle de sensibilisation et d'information par rapport aux habitudes de vie. Les répondants considèrent qu'ils doivent informer leurs patients sur les facteurs de risque pour la santé liés aux habitudes de vie et sur les façons de les éviter. Ils considèrent également qu'ils doivent sensibiliser leurs patients à adopter un mode de vie sain. Ils doivent constamment rappeler à leurs patients l'importance de bonnes habitudes de vie.

Je pense qu'on peut sensibiliser la population face à des problèmes de santé qui peuvent survenir et de leurs habitudes de vie, leurs choix.

J'ai un rôle d'initiateur, de facilitateur, mais pas plus. Un rôle d'explication, pour savoir à quoi ça sert de faire telle ou telle chose.

On est toujours les instigateurs, ceux qui renouvellent les outils, qui remettent à zéro les compteurs pour recommencer à donner des explications... D'une fois à l'autre, on espère toujours, mais si on ne répète pas, c'est sûr qu'on l'aura pas, donc on répète.

4.3.2.2 L'attitude des patients par rapport aux recommandations des médecins sur les habitudes de vie

Le point de vue du délégué médical

Selon le délégué médical, plusieurs médecins considèrent que leurs recommandations sont peu efficaces, qu'ils prêchent dans le désert, qu'ils donnent des coups d'épée dans l'eau. Selon ce dernier, 5 % des patients changent leurs habitudes de vie suite à des recommandations de leur médecin et, bien que ce nombre semble peu élevé, ces petits changements apportent de grands bienfaits sur la santé et de grosses économies (entrevue du délégué).

Pour six des médecins rencontrés, l'attitude des patients face à leurs recommandations sur la santé est généralement positive. Ces médecins considèrent que leurs patients sont ouverts, réceptifs et motivés. Leurs recommandations permettent aux patients de prendre conscience de leurs habitudes ou viennent renforcer des messages que leurs patients connaissent déjà.

Mes patients sont assez ouverts, ils sont assez ouverts quand on leur dit qu'on est préoccupé d'un comportement, de leur santé, qu'on est inquiet pour eux par rapport à telle ou telle dimension, qu'on s'intéresse à ça. De façon générale, la réception est bonne.

Il y en a beaucoup qui écoute, c'est surprenant. C'est surprenant. Le problème que l'on a c'est que cas par cas, les gens peuvent être motivés, mais c'est que je ne peux pas sortir dehors et prendre un porte-voix pour répéter ça.

Toutefois, trois des répondants sont beaucoup moins satisfaits de l'attitude de leurs patients. Pour ces répondants, les patients seraient en général peu enclins à modifier leurs habitudes de vie. Même si leurs patients les écoutent, ils ne modifieront pas leurs habitudes de vie pour autant.

En général, les patients sont modérément réceptifs. Je sais qu'il y en a qui sont vraiment motivés et qui vont nous écouter et ils les mettront en pratique, mais c'est une minorité. La majorité, ça rentre par une oreille et ça sort par l'autre.

Je pense que les gens, il y a une bonne partie de gens qui aiment ça la vie facile, sans effort, qui n'ont pas trop de discipline de vie, donc ces gens-là, ils sont quasiment perdus d'avance.

4.3.2.3 Les obstacles à l'adoption de saines habitudes de vie pour les patients

Les répondants ont identifié de nombreux obstacles à l'adoption de saines habitudes de vie. D'abord, pour ce qui est des patients, cinq des médecins rencontrés ont indiqué la difficulté de modifier leurs habitudes de vie et le manque de motivation comme des barrières à l'adoption de comportements sains pour la santé. Même en étant sensibilisés à l'importance de saines habitudes de vie, les patients mettent du temps à changer leur mode de vie.

C'est qu'ils ne voient pas nécessairement le bien-fondé, ils n'ont pas nécessairement la motivation pour le faire. C'est difficile de changer les habitudes donc ils ne voient pas.

La réticence aux changements. Les gens ont l'impression qu'ils n'ont rien à modifier et ils vont être négatifs par rapport à tout ça. Peut-être que ça nécessite une grande volonté. Changer ses habitudes alimentaires, ce n'est pas une mince affaire.

De plus, de façon individuelle, quatre des médecins rencontrés ont souligné que les gens ne disposent pas toujours des informations adéquates pour modifier leur mode de vie. Parfois, les patients ne connaissent pas les bonnes habitudes à adopter, le rôle du médecin est alors de les informer le mieux possible.

Les gens en général ont la pensée magique de tout savoir sur l'alimentation et là : « je ne comprends pas que ça soit anormal, je mange du pain brun et de la margarine ». Ça c'est un discours que l'on entend, mais ça va bien au-delà de ça et moi je suis capable de faire un petit débroussaillage avec les patients pour identifier les éléments clés.

Enfin, deux répondants ont souligné que, pour certains patients, la présence de problèmes de santé importants rend la modification des habitudes de vie inutile.

Comme je disais tantôt, je vois mes patients en perte d'autonomie, je les vois à domicile, dans le système de maintien à domicile. Évidemment, il est tard un peu pour ces gens-là. C'est des gens qui sont déjà pas mal... tu n'arrêtes pas de fumer quand t'as plus de poumons et que t'es à la veille de mourir alors. À domicile, c'est souvent des gens qui ont des problèmes de santé très graves, pour qui la prévention n'est plus importante.

D'un autre côté, les médecins rencontrés ont également identifié certains obstacles liés à la société. Par exemple, pour trois répondants, notre mode de vie effréné, l'emphasis mise

sur la productivité et la performance sont difficilement conciliables avec l'adoption de saines habitudes de vie.

Le genre de société dans laquelle on vit, la rapidité dans laquelle on vit, le peu de temps disponible. Peut-être un peu le travail, je ne veux pas être un antiféministe, mais peut-être un peu le travail des femmes qui fait en sorte que ça cuisine un peu moins et que les gens vont plus dans les fast-food pour s'alimenter. Les fast-food, ce n'est pas terriblement santé. Par rapport à l'exercice, c'est un peu la même chose, c'est le temps qui semble manquer beaucoup, surtout.

On glorifie la performance, le dépassement pour la prouesse et la médaille. Mais le petit monsieur ordinaire qui part avec sa femme ou son chien pour marcher, on n'en parle jamais, mais c'est la base. C'est la base. On a une culture de la vedette, c'est triste.

De même, pour quatre des médecins rencontrés, notre environnement n'est pas toujours propice à l'adoption de saines habitudes de vie. Le coût plus élevé des aliments sains pour la santé, le manque d'accès à des équipements sportifs, la prolifération des automobiles, le manque de modèles sociaux, la publicité autour de la restauration rapide sont autant d'éléments cités par les répondants qui constituent des barrières aux bonnes habitudes de vie.

C'est sûr aussi que si leur environnement n'est pas propice, ils ne pourront pas adopter de changements de comportement donc, on a un peu plus d'intérêt à voir si l'environnement est favorable donc ça, ça peut être des freins au niveau du changement des comportements s'il n'y a pas un environnement propice.

Le point de vue du délégué médical

Selon le délégué médical, l'attitude du médecin peut également nuire à l'adoption de saines habitudes de vie chez les patients. Par exemple, les médecins qui ne possèdent pas l'information à jour sur les pratiques préventives sont mal outillés pour faire la promotion de la santé auprès de leurs patients. De même, les médecins qui n'adoptent pas eux-mêmes de saines habitudes de vie peuvent difficilement convaincre leurs patients de le faire. Le délégué remarque également que plusieurs médecins refusent de prendre en main, de dorloter, leurs patients. Les mauvaises habitudes de vie seraient la responsabilité des patients.

Enfin, les propos du délégué médical en prévention rejoignent ceux de six des médecins rencontrés qui considèrent que l'attitude des médecins est déterminante dans la promotion de bonnes habitudes de vie. Selon ces répondants, c'est le rôle du médecin de faire la promotion de la santé et il doit être convaincu de l'importance de ce rôle. Deux répondants ont d'ailleurs affirmé qu'ils suivaient eux-mêmes les recommandations du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Si nous on est convaincu de l'importance, le patient va l'être également. Ça c'est très, très important. C'est sûr que si le médecin, pour lui, ça semble plus ou moins important, il ne réussira pas à passer le message, je ne pense pas.

Ça fait vraiment partie de notre travail. C'est la première étape d'intervention. Presque toujours. Avant de parler de médicaments, il faut parler de régime, il faut parler d'habitudes de vie. Il faut arrêter de fumer, bon etc. Si des médecins ne le font pas, je ne sais pas pourquoi ils le feraient un jour.

4.3.2.4 Les solutions proposées par les médecins

Le point de vue du délégué médical

Selon le délégué médical, l'organisation de campagnes de promotion, telles que le Défi 5/30 et la création d'infrastructures, telles les pistes cyclables, sont des moyens efficaces pour favoriser de saines habitudes de vie chez les individus.

Deux des médecins rencontrés croient aussi qu'un travail sur l'environnement des gens serait bénéfique pour la promotion de la santé. Selon eux, il faudrait transformer le monde du travail pour favoriser de bonnes habitudes de vie. Il leur importe également que les efforts pour promouvoir la santé se fassent de façon concertée entre l'État, les omnipraticiens, les médias, les milieux de travail, etc.

Je ne suis pas particulièrement génial et je ne pense pas en savoir plus, mais je pense que ça devrait être fait partout, tout le temps, en même temps. Si au travail, exemple, il y avait des pauses-action au lieu de pauses-café, ça les ferait bouger et s'il y avait des choses qui les feraient manger mieux, je pense que ça serait un début pour les amener à faire ça à domicile aussi. C'est un exemple, beaucoup au niveau du travail pour les adultes et à l'école pour les enfants.

Changer de façon de vivre en société. Ça ne prend pas juste des diététistes et des éducateurs physiques, ça prend des sociologues, ça prend même des philosophes pour modifier notre approche de la vie. Juste la quantité terrible de détresse psychologique que l'on rencontre, c'est un signe ça que les gens vivent mal. Le monde du travail est inadapté à l'humain. C'est ça qu'il faut changer à la base et de ça va découler une foule de choses. Les sociétés où les façons de travailler sont différentes, les gens fument beaucoup moins, leur éducation est meilleure, ils sont plus actifs physiquement. La Scandinavie en particulier, il y a une grosse différence avec le Mississippi et la Floride !

La population en général devrait aussi être informée sur les habitudes de vie, un médecin suggère la création de sites Internet consacrés à la promotion et à l'information sur la santé. De même, le manque d'information adéquate pourrait constituer une barrière à la

promotion de la santé par les médecins. Un répondant souligne qu'il souhaiterait disposer de plus d'information sur les habitudes de vie pour les transmettre à ses patients.

Avoir de l'information, en tout cas pour nous, j'aimerais bien aller jaser avec eux et en parler mais comme ce n'est pas possible, de la bonne information, comment y arriver, sur les podomètres, la fréquence cardiaque à atteindre, qu'est-ce qu'on doit faire comme dépistage avant de s'y mettre. S'il y avait de beaux petits dépliants là-dessus.

De plus, le manque d'accès aux ressources spécialisées, en diététique par exemple, est un obstacle à la promotion de saines habitudes de vie. La présence d'un plus grand nombre de services spécialisés permettrait d'améliorer les habitudes de vie des gens selon deux répondants. Enfin, deux des médecins rencontrés soulignent que le rôle des médecins de famille doit être renforcé si l'on souhaite l'amélioration des habitudes de vie des gens. Les médecins doivent toujours insister sur la prévention auprès de leurs patients. De même, si les médecins suivaient de façon régulière un plus grand nombre de patients, ils pourraient améliorer leurs interventions.

C'est sûr que pour faire ça, pour faire ce que je vous dis là, il faut que ça soit des médecins qui fassent du suivi de patients. On ne fait pas ça à l'intérieur de la clinique sans rendez-vous. En médecine générale, on est des médecins de première ligne, il ne faut pas oublier ça. Ces gens-là, il faut les voir quand ils sont malades et s'ils ont des problèmes qu'on juge importants, je pense qu'il faut les investiguer, les suivre et pas les perdre de vue. Quand vous êtes dans une clinique de sans rendez-vous, les gens entrent là parce qu'ils ont mal à un œil une journée et ils sortent de là après, s'ils ont d'autres problèmes, il n'est pas question qu'ils parlent de leurs autres problèmes. Moi je dis ça ouvertement, je ne taxe pas personne, je n'ai pas de jugement à porter, c'est une constatation que je fais. Je ne pense pas que c'est de cette façon-là qu'on va pouvoir prendre en charge et prévenir les coûts avec les clientèles lourdes. Prévenir et faire de la prévention et en même temps prévenir bien des hospitalisations.

4.3.3 Les sources d'information et le réseau des médecins répondants

Cette section vise, premièrement, à définir les sources d'information des médecins rencontrés sur les habitudes de vie et les maladies chroniques, leur degré de satisfaction par rapport à l'information disponible et leurs besoins spécifiques. Deuxièmement, le réseau des médecins rencontrés, c'est-à-dire les ressources auxquelles ils réfèrent leurs patients, sera présenté.

4.3.3.1 Les principales sources d'information des répondants sur les habitudes de vie et les maladies chroniques

Le point de vue du délégué médical

Selon le délégué médical, beaucoup de médecins manquent d'information à jour sur les pratiques préventives. Les médecins ne consulteraient pas beaucoup l'Internet pour trouver des informations. Pour le délégué médical, ce sont les conférences, les congrès et la lecture de livres ou de revues médicales qui seraient les principales sources d'information des médecins.

Les perceptions du délégué médical en prévention rejoignent les propos des médecins interviewés qui s'informent principalement via les revues médicales, les congrès et les formations médicales continues. Le réseau Internet ne fait pas partie des sources d'information privilégiées par les médecins. Un seul répondant dit puiser de l'information dans son vécu personnel.

Je ne suis pas une fille d'Internet. Je pense que c'est beaucoup plus par intérêt personnel. Beaucoup de livres et de revues que je vais aller chercher là-dessus. Le livre « Les aliments contre le cancer ». Il y a toute sorte de vague : les diètes méditerranéennes... Je pense qu'il y a du bon dans à peu près tout et il faut aller chercher ce qu'on souhaite. Aussi dans les formations, les congrès.

Je trouve dans des revues, et dans les formations médicales continues. Dans les revues, on a de plus en plus de revues où on met des articles... Ça revient souvent par la bande ça.

De façon générale, les médecins rencontrés sont satisfaits de l'information disponible sur les habitudes de vie et les maladies chroniques.

Ben, j'ai beaucoup d'arguments, des choses que j'ai pris l'habitude d'expliquer. Je n'ai jamais d'objection à avoir de l'information bien digérée, des choses accessibles et des arguments percutants (...). Mais dans le fond, on n'a pas besoin de savoir grand chose. On mange trop sucré, on ne bouge pas assez, on ne mange pas assez de fruits et de légumes et on ne devrait pas fumer.

Moi je dois dire que je suis satisfait parce qu'on en a de plus en plus. On en a eu du Collège des médecins. On en a eu, à un moment donné, de la Régie de l'assurance maladie qui nous avait donné de la documentation sur différents systèmes : maladies pulmonaires, maladies cardiaques, diabète. On en a, je pense, suffisamment là pour nous inciter à être meilleur. Je pense qu'actuellement on est beaucoup plus renseigné et on est beaucoup agressif dans le traitement et dans la prévention de ces maladies-là.

Ainsi, seuls deux des répondants souhaiteraient disposer de plus d'information sur les habitudes de vie et les maladies chroniques. Certains aspects de la prévention sont moins bien documentés que d'autres, par exemple l'efficacité du counselling bref dans le domaine des habitudes alimentaires et de l'exercice physique.

Il y a eu une formation sur le continuum en maladies cardiovasculaires et ça été un endroit où on a apporté sur les exercices physiques, sur le plan métabolique et tout ça et j'ai assisté à ça avec beaucoup d'intérêt mais voyez-vous, je ne peux pas faire ça tout le temps, je ne suis pas allée souvent en formation. Que ce soit sur le plan alimentaire, exercice physique, moi j'aimerais beaucoup en avoir davantage que maintenant pour pouvoir intervenir plus efficacement.

4.3.3.2 Le réseau des médecins

L'ensemble des médecins rencontrés réfèrent occasionnellement leurs patients à des spécialistes médicaux (cardiologues, pneumologues, spécialistes du diabète, etc.) en cas de maladies chroniques. Les habitudes de vie ne sont toutefois pas l'objet principal de ces consultations.

De même, tous les répondants réfèrent sporadiquement leurs patients à des professionnels de la santé. Ce sont principalement avec les nutritionnistes que les médecins échangent des services. Seuls deux répondants font également affaire avec des kinésiothérapeutes et des infirmières.

Je réfère beaucoup en nutrition, entre autres, quand le patient n'a pas les moyens d'aller dans le système privé, il n'a pas les assurances pour les coûts. Bon, je vais beaucoup fonctionner avec le CLSC pour les ressources de nutrition.

Cinq des médecins rencontrés réfèrent également leurs patients à des ressources institutionnelles ou communautaires. Ces médecins font surtout appel à des groupes de support visant la perte de poids (2 M.D.) ou l'alcoolisme et la toxicomanie (2 M.D.) et à des CAT.

Mince à vie, Weight Watchers, je suis toujours d'accord quand les gens veulent essayer ces choses-là.

Il est important de noter qu'aucun des répondants n'a mentionné spontanément référer ses patients à des CAT.

La majorité des médecins rencontrés communique avec leurs collaborateurs via des références écrites. Deux d'entre eux utilisent à l'occasion le télécopieur ou, pour trois répondants, le téléphone. Un seul des médecins dit communiquer en personne avec ses collaborateurs.

Bien que les délais soient parfois longs, dans l'ensemble les répondants se disent satisfaits des ressources mises à leur disposition.

Je dirais que je ne suis pas négative par rapport à tout ça. C'est sûr que si ces ressources-là étaient plus abondantes, dans le sens où il y aurait moins d'attente, que les patients pouvaient en bénéficier de façon beaucoup plus rapide....

Toutefois, quatre répondants déplorent le manque de ressources en nutrition et deux répondants celui de kinésologues et de spécialistes de l'activité physique.

L'accès aux diététistes et aux nutritionnistes est extrêmement difficile. Il y a des ressources gratuites, mais elles sont très peu accessibles. Évidemment, les ressources payantes, ça va très vite, le lendemain ils ont un rendez-vous.(...) Ici c'est un coin de ville où les gens ne sont pas très fortunés et les gens ne sont pas habitués à payer pour un service médical. Ils ne sont pas très chauds.

C'est sûr qu'on aimerait toujours en avoir un peu plus. C'est sûr qu'au niveau du kinésologue, entre autres, centre d'exercice tout ça, ce serait bien d'avoir une sorte d'association où on trouverait tout sur place, c'est sûr que ça serait plus facile à ce moment-là de référer les patients et d'avoir une approche plus concertée.

4.3.4 Le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION

Cette section présente les perceptions des médecins rencontrés sur le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION, sur la visite du délégué médical en prévention ainsi que sur les outils et les formations offerts dans le cadre du programme.

Le point de vue du délégué médical

Selon le délégué médical, bien que certains médecins le confondent avec le Défi 5/30, plus de la moitié des médecins de la région de la Capitale-Nationale connaissent maintenant le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION. Pour le délégué, il s'agit là d'une nette amélioration depuis le début de son mandat.

Au moment de l'entrevue, huit des neuf médecins rencontrés connaissaient le programme 0·5·30. Quatre répondants ont été informés sur le programme 0·5·30 par la visite du délégué médical en prévention alors que deux autres l'ont été à partir de la littérature qui circulent au sein de la profession médicale. Enfin, deux des médecins rencontrés disent avoir connu le programme grâce à la littérature médicale, d'un côté, et grâce à la visite du délégué médical en prévention, de l'autre.

Ah, ça fait longtemps que ça existe ce programme-là et puis c'est via un peu les médias, un peu les informations qui circulent et cette année, c'est le délégué médical en prévention qui est venu et qui nous avait remis ces petits articles-là. À partir de là, moi je dis aux patients d'aller vérifier ce programme-là, d'aller s'y inscrire si ça leur tente et de mettre en application les recommandations qui sont faites.

Seul un des répondants a affirmé n'avoir jamais entendu parler de ce programme.

Non. Non, je ne pense pas. Si j'en ai entendu parler c'est long et il n'y a pas de souvenirs immédiats qui me reviennent !

La majorité des répondants connaissait également les objectifs du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION : 0 tabagisme, 5 portions de fruits et de légumes par jour et 30 minutes quotidiennes d'activités physiques.

Le point de vue du délégué médical

Pour le délégué médical, la réception des médecins est très bonne, cela pourrait s'expliquer par le *momentum* actuel qui favorise la prévention et la promotion de saines habitudes de vie dans la société en général.

De même, le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION est perçu comme valable et important pour six des médecins rencontrés. Plusieurs raisons justifient la mise en place du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION selon ces répondants. Il permet, par exemple, de créer une synergie chez les professionnels médicaux et il augmente les chances de changer les comportements dans la population.

Plus il y a d'outils, plus on a des chances de succès !

Par contre, deux des répondants sont plus sceptiques par rapport aux résultats que peut apporter un tel programme sur la modification des habitudes de vie de la population. Notons que ces deux médecins se situent au stade de la préréflexion et de la réflexion dans le modèle de changement adapté de Prochaska.

En fait, tout le monde est pour la vertu, donc oui, c'est important. Quand est-ce qu'on va l'atteindre ? Ça c'est une autre paire de manche.

Je ne suis pas très chaud face aux interventions gouvernementales par expérience. Ça foire et ça coûte cher. Mais si à l'usage on se rend compte que ça fonctionne pour les gens, je serais tout à fait en faveur.

Le point de vue du délégué médical

Selon le délégué médical, puisque le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION est relativement nouveau, les médecins ont peu ou pas d'attentes, si ce n'est l'élaboration de certains outils spécifiques.

Ainsi, deux répondants n'ont émis aucune attente envers le programme alors qu'un répondant souhaiterait que le programme soit diffusé à plus grande échelle et, pour un autre répondant, qu'il permette de créer des modèles sociaux.

On n'a pas besoin d'annoncer des maillots de bains toute la gang, mais il faut essayer d'agir en conséquence de ce qu'on voudrait que les gens fassent. Si on voyait nos politiciens faire une journée : je mesure mon tour de taille et je m'y mets, comme le politicien d'Arkansas qui avait perdu du poids. Quand c'est des gens en vue qui modifient leur apparence, qui s'améliorent, c'est des multiplicateurs. C'est des gens qui génèrent des conduites, ça peut devenir des modèles.

De même, quatre des médecins rencontrés souhaiteraient que le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION permette de modifier les mauvaises habitudes de vie de leurs patients.

On espère que ça va porter fruits, que ça amènera quelque chose. Rien de plus, rien de moins. Est-ce que dans la population générale, ça se traduit ? Ça je ne le sais pas parce que le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION, on en entend parler un peu ici dans un bureau mais ce n'est pas une chose qu'on entend parler quatre fois par jour.

4.3.4.1 La visite du délégué médical en prévention

Afin de stimuler le counselling sur les habitudes de vie des médecins auprès de leurs patients, un délégué médical en prévention a visité les médecins de la région de la Capitale-Nationale en appliquant les principes de la vente académique (Dugal, 2004).

Le point de vue du délégué médical

Pour le délégué médical, ces visites visent à exposer le mandat de prévention de la santé publique et à présenter les trois habitudes de vie ciblées, tout en fournissant des outils aux médecins pour favoriser le counselling auprès des patients. La prise de rendez-vous s'effectue auprès des secrétaires des cliniques médicales et le contact avec les médecins est facilité puisque le délégué était auparavant représentant pharmaceutique.

Le délégué rencontre idéalement les médecins deux fois par année. Puisque ses visites visent à « vendre » la prévention, deux facteurs sont très importants selon ce dernier. Il faut d'abord qu'il soit crédible, c'est-à-dire qu'il soit bien documenté, qu'il apporte des études scientifiques, de la documentation validée et qu'il soit conséquent en mettant lui-même en pratique les habitudes de vie ciblées.

Je dirais que ça prend de la persévérance parce que si tu te fais dire non, il ne faut pas que tu t'arrêtes à ça, c'est de la vente finalement qu'on fait, même si on ne signe pas de contrat, on ne vend pas rien mais c'est de la vente quand même et il faut être enthousiaste dans ce qu'on fait parce que si j'arrive là la mine basse et j'ai pas l'air certain, ben là. Mais moi je me base sur mes expériences personnelles sur l'alimentation et l'exercice, je leur vends l'idée. Je leur parle des petits changements que j'ai faits et que ça a apporté des résultats non négligeables, entre autres, à mon bilan de cholestérol ben je leur dis que j'ai réussi à faire baisser mon cholestérol sans médicaments et aussi de la documentation validée, arriver avec une étude scientifique, des revues médicales qui démontrent des faits. Et ça, ça amène de la crédibilité et la crédibilité est importante. Il faut connaître son produit.

Selon le délégué médical en prévention, le principal obstacle à la démarche est le manque de temps des médecins qui sont très sollicités. Puisque le temps des médecins est limité, il est très important pour le délégué médical en prévention de ne pas arriver les mains vides, d'avoir des nouveautés à proposer aux médecins. Le délégué médical en prévention considère toutefois que les formations et les outils qu'il propose aux médecins sont très appréciés.

Tous les répondants ont reçu la visite du délégué médical en prévention, sauf un. Toutefois, bien que la visite ait eu lieu, un des médecins ne se souvenait pas d'avoir reçu le délégué médical en prévention à propos du programme O-5-30. Par contre, à la fin de l'entrevue, ce répondant a mentionné qu'il connaissait le délégué médical en prévention, mais il ne garde aucun souvenir du contenu et des objectifs de la visite, tout ce qu'il a pu mentionner c'est que le délégué médical en prévention l'avait rencontré pour lui annoncer

un changement de carrière. Les sept autres répondants se souviennent d'avoir reçu, au moins une fois, la visite du délégué ; deux médecins ont d'ailleurs spontanément donné le nom du délégué. Ces répondants ont tous une perception très positive de cette visite qu'ils ont trouvée sensibilisante, bien présentée et pertinente. Selon les répondants, le délégué médical en prévention est professionnel, intéressant et il croit à son projet.

C'est excellent. Je pense que plus on va mettre de l'énergie à mousser des choses comme ça et plus ça sera gagné et il restera toujours quelque chose aux gens, mais il pourrait y en avoir encore bien plus et moi je dis toujours que même si ça dérange les gens... Le délégué, il croit beaucoup à son projet, il l'aime beaucoup et c'est toujours intéressant de partager ça avec lui.

Les médecins avaient peu de suggestions à faire concernant cette démarche. Toutefois, deux répondants souhaiteraient recevoir plus souvent la visite du délégué. Selon ces répondants, des visites plus fréquentes permettraient de modifier les comportements des médecins et de favoriser la promotion de saines habitudes de vie.

Il devrait passer un petit peu plus souvent pour nous rafraîchir la mémoire et réactiver le processus. C'est important d'arrêter de fumer, d'avoir cinq portions de fruits et légumes et 30 minutes d'activités physiques, mais on ne le fait pas systématiquement, on va le faire surtout pour les patients qui ont des problèmes cardiovasculaires, qui ont des problèmes pulmonaires, les diabétiques, ça c'est clair, mais pour l'autre qui va venir parce qu'il a des problèmes autres, on ne prend pas nécessairement le temps d'en parler. C'est pour ça qu'il faudrait proposer au délégué de revenir un peu plus souvent pour qu'on puisse relancer plus souvent les patients, mais ça serait bien que les patients eux aussi se le fassent dire par quelqu'un d'autre que le médecin parce qu'il faut qu'il y ait plusieurs sources.

Recrutez en plus ! Le problème avec les médecins et leurs recommandations, c'est que les gens que les médecins vont rencontrer sont des représentants pharmaceutiques. On se fait dire : « pour l'hypertension, le cholestérol, blablabla ». Et souvent les médecins vont introduire les pilules tout de suite, ils oublient comment on peut modifier les paramètres en fonction des habitudes de vie, c'est incroyable !

4.3.4.2 Les outils du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION

Le point de vue du délégué médical

Lors de ses visites auprès des médecins ou durant les formations de groupe, le délégué médical présente les outils conçus afin de stimuler la promotion des trois habitudes de vie ciblées par le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION. De même, à chacune de ses visites, le délégué assure un suivi sur l'utilisation, les besoins et les préférences des médecins à propos de ces outils. De façon générale, le délégué considère que les outils sont très bien perçus par les médecins. Plusieurs les laissent dans leur salle d'attente et de plus en plus de médecins, selon le délégué, les utilisent directement durant leurs consultations.

De façon générale, quatre des médecins rencontrés disent utiliser peu, voire pas du tout, d'outils lors de leurs consultations. D'autres (2 M.D.) en utilisent quelques-uns, particulièrement des outils conçus en lien avec des problématiques de santé précises : diabète, hypercholestérolémie, maladies cardiovasculaires, etc. Enfin, trois répondants utilisent fréquemment des outils conçus par différents programmes ou par des compagnies pharmaceutiques lors de leurs consultations.

Chaque fois que je peux donner quelque chose qui va pouvoir être lu après la consultation parce qu'ils n'en retiennent pas tant que ça; on leur donne tellement d'information alors s'ils peuvent rapporter ça chez eux.

L'ensemble des médecins rencontrés par le délégué médical en prévention ont reçu des outils du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION. Toutefois, l'un des médecins ne se souvient pas des outils, même suite à leur présentation visuelle lors de l'entrevue. Des huit autres répondants, cinq utilisent régulièrement les outils reçus, trois d'entre eux les ont même tous utilisés.

Moi j'en avais dans mon bureau et je les ai tous distribués. Les patients sont partis avec.

Les médecins qui n'utilisent pas les outils se disent envahis par la documentation et préfèrent ne pas utiliser d'outils lors de leurs consultations pour privilégier la communication orale.

Je ne suis pas tellement porté sur la paperasse parce qu'il y en a tellement qu'un moment donné, on serait inondé et on ne saurait plus quoi donner. On sait que ça existe, il y en a certainement à l'avant, mais on ne pense pas toujours à les donner.

Le problème avec les outils, c'est que quand tu déchires une page et que tu la donnes à quelqu'un, il n'y en a plus à un moment donné et quand tu t'habitues à utiliser ça, quand tu n'en as plus, il te manque quelque chose.

Je ne les utilise pas. À ma grande honte ! Tu peux bien voir, regarde, j'en ai plein. C'est un phénomène d'avalanche ! L'outil qu'il m'a laissé, je l'avais regardé, il était intéressant, mais il s'est perdu dans la foule des choses ici.

Le point de vue du délégué médical

Pour le délégué médical, les outils conçus dans le cadre du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION sont nombreux, bien faits et à l'avant-garde des nouveautés dans le domaine médical. Ils sont très utiles aux médecins.

Les médecins rencontrés ont également souligné les points forts des outils du programme 0·5·30. Tout d'abord, les dépliants sont bien présentés visuellement, ils sont colorés et imagés (4 M.D.). De même, ils sont simples, clairs et faciles à comprendre pour les patients (5 M.D.). Ils contiennent suffisamment d'information, ils sont accrocheurs, ils suscitent la curiosité et ils stimulent les efforts des patients (4 M.D.).

Visuellement, c'est très bien fait. Ce n'est pas trop long, les messages sont clairs, c'est précis. C'est très facile à comprendre. Il y a beaucoup d'information. Les gens peuvent aller chercher sur les sites Web qui sont cités. C'est très, très bien. Je pense que ça été pensé, bien songé comme outils. Il n'y a pas beaucoup de défauts.

Je pense que c'est des outils qui sont bien faits, qui sont accessibles au niveau langage, au niveau des couleurs, au niveau des dessins. Il n'y a pas trop d'information non plus. Parce que moi je ne suis pas une fille « à études » non plus, donc quelqu'un qui m'arrive avec une étude pour que je transmette ça à mes patients, je pense que ce n'est pas... Il faut que ça soit quand même succinct, il faut qu'on passe quelques messages par rapport à tout ça et je pense que cet outil-là est relativement bien fait.

En général, les médecins rencontrés se disent satisfaits des outils reçus. Selon un répondant, c'est une nette amélioration d'avec le passé où il n'y en avait aucun, ou presque. Pour un autre répondant, il serait bien que les médecins disposent d'encore plus d'outils pour remettre à leurs patients afin de les stimuler à adopter de saines habitudes de vie. Les répondants avaient peu de suggestions à formuler pour améliorer les outils du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION. Un répondant a mentionné la création d'outils magnétiques qui pourraient être plus visibles pour les patients. Un autre a suggéré que les outils soient distribués à grande échelle, autrement que via les médecins de famille. Enfin,

un répondant a conseillé de créer un site Internet consacré au programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION. Il explique :

Il y a beaucoup d'outils qui peuvent être utiles, mais dans un bureau, je pense que les papiers, les gens, souvent, ils ne les lisent même pas. Je n'ai pas d'objection, je trouve que ce qui devrait être fait, si on cherche à faire des outils disponibles, on devrait avoir des accès Internet. À peu près tout le monde est branché, on a même fait des programmes pour brancher les assistés sociaux. Go, qu'on fasse des adresses faciles à retenir. Qu'on mette tout là, qu'on mette des choses interactives, des jeux-quiz, des simulations de situations : si j'engraisse de tant et que je fous rien pendant tant d'années, mon espérance de vie va faire quoi ? (...) Internet, c'est intéressant, parce que les compagnies s'en servent pour faire de la promotion, le gouvernement devrait s'en servir pour promouvoir la santé. Mais bien fait et intéressant et avec plusieurs niveaux. Un premier niveau où tu vas avoir juste des choses en surface et, pour les gens qui veulent creuser, tu peux avoir un listing d'outils de référence.

Bref, certains médecins offrent régulièrement des outils à leurs patients durant les consultations, alors que d'autres ne le font jamais. Les salles d'attente des cliniques témoignent d'ailleurs de cette situation. Alors que les murs de certaines salles d'attente sont tapissées de posters médicaux et remplies de dépliants (3 M.D.), d'autres en sont complètement dépourvues (2 M.D.). De la même façon, les bureaux des médecins rencontrés reflètent leurs rapports avec l'utilisation d'outils. Dans certains bureaux, les outils sont invisibles (3 M.D.) alors que d'autres bureaux sont ensevelis sous la documentation (2 M.D.). Enfin, plutôt que de distribuer les outils dans une optique de prévention au sens large à tous leurs patients, plusieurs médecins préfèrent utiliser des outils spécifiques conçus pour des patients qui ont un problème de santé précis.

J'utilise des outils en lien avec des problématiques spécifiques, comme le diabète, pour des raisons pratiques, parce que c'est beaucoup plus rapide. Je leur explique les grandes lignes et après je leur donne le papier pour qu'ils continuent parce qu'on n'est pas dans une société idéale où l'on aurait une heure à donner à chaque patient.

4.3.4.3 Les formations du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION

Le point de vue du délégué médical

Depuis un an, le délégué médical a organisé une vingtaine de formations, qui ont porté sur la cessation tabagique et sur l'activité physique, dans les cliniques médicales de la région de la Capitale-Nationale. Ces formations ont été tenues le matin ou le midi, avec une présentation Powerpoint par un conférencier et un repas fourni, de la même façon que le font les compagnies pharmaceutiques. Selon le délégué, la participation des médecins à ces formations est très bonne et leur appréciation l'est également. Les formations sur l'activité physique ont été particulièrement estimées par les participants qui ont appris de nouvelles informations. Le délégué explique : *Elles sont appréciées et on le voit par les évaluations. Elles sont bien évaluées. On leur donne un petit podomètre lors des formations et ils m'en reparlent de leur petit podomètre. Quand on leur en reparle, on voit que c'est bien apprécié.*

Au moment de l'entrevue, un seul des médecins rencontrés avait reçu une formation offerte dans le cadre du programme, bien que ce dernier ne l'ait pas mentionné lors de l'entrevue. De façon générale, durant la dernière année, sept des médecins rencontrés ont participé à des formations ayant traité, de près ou de loin, des habitudes de vie et des maladies chroniques. Ce sont, par exemple, des formations sur les maladies cardiovasculaires, sur le diabète ou sur la gastroentérologie. Bien que ces formations ne traitent pas spécifiquement des habitudes de vie, ce sujet y est quand même abordé.

Quand on va dans des cours de formation médicale, et on en a souvent, c'est sûr que si on parle de l'hypertension artérielle, on va parler du mode de vie que les gens devraient avoir, si on parle des maladies cardiaques, c'est pareil, les maladies pulmonaires, c'est sûr on va attacher de l'importance à l'environnement, on va attacher de l'importance à leur activité physique. On a ça là.

Des choses en diabète, des choses en cardio, en gastroentérologie aussi, mais pas de choses spécifiques dans le cadre des habitudes de vie en tant que tel. Plus sur les problèmes chez les diabétiques et les cardiaques, sur ces maladies chroniques là. En principe, on touche aux habitudes de vie.

Pour les médecins rencontrés, une formation médicale (4 M.D.) pertinente et intéressante doit leur apporter de nouvelles informations, des nouveautés et elle doit leur permettre de se renseigner, de se mettre à jour (4 M.D.). Une bonne formation doit être adaptée à la pratique des omnipraticiens (2 M.D.).

Moi quand je vais à des formations, c'est parce que j'ai des lacunes la plupart du temps et par rapport à ça je vais aller chercher de l'information additionnelle. Je ne vais plus dans des conférences où on me redit les mêmes choses. Il faut que la conférence m'apporte quelque chose personnellement parlant, il faut que je tire profit de ça. Et secondairement, c'est ce que je veux transmettre à mes patients. C'est dans ce sens-là que je vais faire une sélection. S'il y a trois conférences un vendredi après-midi, je n'irai pas à celle qui ne m'apportera rien, théoriquement.

Les répondants étaient en général satisfaits des formations médicales offertes, ils avaient peu de commentaires négatifs à formuler. Un répondant a noté que les formations manquent parfois de nouveautés. Un autre répondant a mentionné le manque de formations spécifiques sur l'alimentation et l'activité physique.

Les congrès, il faut en prendre et en laisser, c'est-à-dire que des fois, effectivement, il y a beaucoup de révision, beaucoup de choses qui sont de la physiopathologie, etc. et pas toujours de la nouveauté. C'est un point qui est peut-être à bonifier. Ce n'est pas toujours évident la proportion de nouveautés par rapport à la proportion de physiopathologie mais bon, on se renseigne.

Que ce soit sur le plan alimentaire, exercice physique, moi j'aimerais beaucoup en avoir davantage que maintenant pour pouvoir intervenir plus efficacement (...). Demain j'ai une conférence sur les aliments et le cancer mais à chaque fois qu'il y en a, j'essaie toujours d'y participer et je trouve qu'il n'y en a pas beaucoup.

4.3.4.4 Les Centres d'abandon du tabagisme (CAT)

Le point de vue du délégué médical

Selon le délégué médical, peu d'omnipraticiens réfèrent leurs patients aux CAT. Une partie de son mandat consiste donc à les faire connaître aux médecins.

D'ailleurs, sept des médecins rencontrés n'étaient pas informés sur les CAT, deux les connaissaient et un seul répondant a spontanément affirmé qu'il référerait ses patients à cette ressource.

Je ne peux pas dire. Je dis aux patients d'appeler au CLSC et de s'informer du programme en question. C'est comme ça. Comme pour l'alcool, on a un paquet d'information, on ne peut pas se rappeler de tout ça. On met ça sur notre pile de paperasses et on en a partout, on ne peut pas tout connaître. Ce que je dis c'est: «appelle là et informe-toi, ils vont te renseigner ». Ceux qui veulent bien en tout cas.

Bien que les CAT soient importants pour assurer un suivi des patients en processus de cessation tabagique, ces centres demeurent méconnus des omnipraticiens. Trois répondants soulignent qu'il serait important de diffuser de l'information sur les CAT auprès des médecins de famille.

Moi je les connais, mais quand même depuis pas trop longtemps. Je ne sais pas si ça fait longtemps que ça existe, mais peut-être qu'il y a bien des médecins qui ne savent pas encore l'existence de ça. Il faut diffuser peut-être aux médecins des outils pour qu'ils puissent donner la liste des CAT à leurs patients lorsqu'ils conseillent aux patients de cesser de fumer et ce qui n'est peut-être pas toujours le cas actuellement.

4.3.4.5 Le travail d'équipe et le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION

L'ensemble des médecins rencontrés ne travaillent pas en équipe pour promouvoir de saines habitudes de vie et pour prévenir les maladies chroniques. Trois répondants pratiquent en solo et les autres, qui travaillent tous dans des cliniques médicales, pratiquent de façon individuelle.

On fait chacun notre petite affaire, quand ta porte est fermée, les autres n'existent plus. C'est très compartimenté. On ne travaille pas en clinique.

Un des médecins rencontrés ne croit pas que ses collègues connaissent le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION, tandis que trois autres répondants soutiennent le contraire. Enfin, trois des médecins rencontrés n'en avaient aucune idée. Bien que la totalité des répondants reconnaissent que la promotion de saines habitudes de vie fait partie du mandat de tous les omnipraticiens et est un facteur important dans le traitement des maladies chroniques, tous les médecins n'ont pas la même approche par rapport à la promotion de la santé.

Je ne suis pas sûr que tout le monde a la même conviction. Je ne suis pas sûr, c'est ça qui est triste. Ça va beaucoup plus vite de donner des pilules (...) Une grosse madame qui vient me voir parce qu'elle a mal à un genou et que c'est évident qu'elle est trop lourde, je lui dis : « Madame, vous êtes trop lourde. C'est pas fait pour être pesant de même un corps humain ». Avant ça, quand j'ai commencé à travailler il y a 25 ans, je pouvais avoir peur de choquer, j'étais gêné. Mais là quand je vois des plis, je ne prends pas de détour, je ne suis pas bête, mais je le dis. Je suis clair.

Je leur dis : « votre docteur a vingt livres de trop, il sait pourquoi, il sait les facteurs de risque, il en prend la chance ». Il faut choisir ses facteurs de risque, vous avez le droit de choisir vos facteurs de risque moi j'ai choisi celui-là, mais je ne fume pas.

De même, l'ensemble des répondants semblent plutôt sceptiques par rapport à l'utilisation d'outils par leurs collègues, aucun n'a pu affirmer avec certitude que ses collègues utili-

sent, ou non, les outils conçus dans le cadre du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION. La situation est la même lorsqu'il est question des formations médicales. Seuls quatre des répondants assurent que leurs collègues y participent.

Enfin, quelques résultats de l'enquête réalisée auprès des 482 patients recrutés dans les salles d'attente de cliniques médicales de la région de la Capitale-Nationale ont été présentés aux médecins rencontrés. De façon générale, les répondants croient que ces résultats reflètent leur pratique personnelle. Toutefois, leurs réactions ont varié lorsque les résultats par rapport à la visite du recrutement leur étaient présentés. La recherche établit que, suite à la visite de recrutement, 33 % des patients ont discuté d'activités physiques avec leur médecin; 10 %, de la consommation de fruits et de légumes et 37 %, de tabagisme. Pour quatre des répondants, ces résultats reflètent leur pratique.

Ça ressemble beaucoup. Parce que l'alimentation, ça c'est plutôt la nutritionniste qui va s'occuper de ça, on ne commencera pas ça. On va donner un petit dépliant si, mettons, ils font du cholestérol, un dépliant reçu des compagnies pharmaceutiques, mais pas plus que ça. On ne met pas beaucoup de temps sur l'alimentation, c'est plus sur les problèmes de santé et les facteurs de risque. Les patients qui ont un risque important pour leur santé. C'est sûr que l'alimentation c'est important, mais à mon avis, le tabac c'est plus important. Moi je mets l'accent là-dessus, le tabac. Et l'exercice aussi, surtout en lien avec la perte de poids. Mais ça reflète pas mal...

Par contre, pour un des médecins rencontrés, les résultats de cette étude préliminaire ne sont pas représentatifs, ce médecin affirme faire plus systématiquement du counselling sur les habitudes de vie. Enfin, pour deux répondants, ces données surestiment la réalité de leur pratique. Un médecin explique :

Personnellement, j'aurais tendance à dire que c'est beaucoup mais encore-là, il faut se poser la question, si vous dites dans les deux dernières années, oui. Quand on tombe dans le 52-57 % dans les deux dernières années, ça j'achète ça, deux ans, quand même, les patients tu les as vus pour maintes et maintes choses. Mais 30 % à la première consultation, c'est du monde à la messe, j'aurais dit plutôt 10 et 20 % autant pour la diète que pour l'activité physique que pour la cigarette.

4.3.5 Synthèse des observations

La présente étude, de type exploratoire, permet de faire plusieurs constats. D'abord, tous les médecins rencontrés, sans égard à leur stade de changement dans le modèle adapté de Prochaska tel qu'estimé par le délégué médical en prévention, disent faire régulièrement du counselling sur les habitudes de vie auprès de leurs patients, spécialement auprès de ceux qui sont atteints de problèmes chroniques ou de facteurs de risque y étant associés. Par rapport à la prévention des maladies chroniques et à la promotion de la santé, les répon-

dants considèrent qu'ils ont un rôle de sensibilisation, d'information et d'éducation à faire auprès de leurs patients.

Selon les médecins rencontrés, plusieurs **obstacles** nuisent toutefois à la promotion et à l'adoption de saines habitudes de vie. Ces obstacles sont de trois ordres :

- D'abord, concernant les patients, le manque de motivation, le manque d'information ou la difficulté de modifier ses comportements nuisent à l'adoption de bonnes habitudes de vie,
- Dans la société, le stress lié à notre mode de vie, le coût des aliments sains pour la santé, le manque d'accès à des équipements sportifs, la prolifération des automobiles, le manque de modèles sociaux ou la publicité autour de la restauration rapide sont autant de barrières à l'adoption de saines habitudes de vie,
- Enfin, l'attitude des médecins est déterminante dans la promotion de bonnes habitudes de vie. C'est le rôle du médecin de faire la promotion de la santé et il doit être convaincu de l'importance de ce rôle et il doit prendre le temps de le faire lors de ses consultations.

Les médecins rencontrés ont avancé plusieurs **facteurs pouvant faciliter** la promotion de saines habitudes de vie. Par exemple :

- Fournir plus d'information sur la promotion de la santé aux médecins et aux patients,
- Améliorer l'accès aux services professionnels spécialisés comme les diététistes,
- Renforcer le rôle de promotion de saines habitudes de vie des médecins de famille,
- Améliorer l'environnement des gens en créant des structures pour faciliter la pratique d'activités physiques et une bonne alimentation.

L'analyse permet également de mettre au jour certaines **pistes d'actions** qui pourraient permettre de bonifier le programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION. D'abord, les médecins rencontrés semblent mal informés par rapport aux habitudes de vie, principalement sur l'alimentation et l'activité physique. De même, les CAT sont méconnus par les médecins de famille. Enfin, les médecins rencontrés semblent généralement plus enclins à discuter de saines habitudes de vie avec leurs patients qui présentent des problématiques de santé associées à de mauvaises habitudes de vie. Le counselling des médecins est davantage centré sur la prévention, ou sur la diminution des symptômes, des maladies chroniques que sur la promotion de la santé au sens large. Plutôt que de faire systématiquement la promotion de saines habitudes de vie auprès de tous leurs patients, les médecins discuteront spécifiquement, par exemple, de cessation tabagique avec les patients victimes de crise d'asthme, d'une bonne alimentation avec ceux atteints de diabète ou de la pratique d'activités physiques auprès de leurs patients souffrant d'hypercholestérolémie. D'ailleurs, certains des médecins rencontrés s'interrogent sur l'importance de leur rôle dans le cadre

du programme 0·5·30 COMBINAISON PRÉVENTION et croient que le programme devrait plutôt être diffusé par les médias auprès de la population en général.

Le nombre peu élevé des répondants de cette recherche exploratoire ne permet pas de tirer des conclusions générales pour l'ensemble des omnipraticiens de la région de la Capitale-Nationale. Toutefois, les médecins les plus enclins à faire la promotion de saines habitudes de vie auprès de leurs patients possèdent certaines caractéristiques en commun :

- Ils sont eux-mêmes convaincus de l'importance des habitudes de vie dans le maintien d'un bon état de santé.
 - *Moi je dis toujours aux patients que c'est un héritage qu'ils laissent à leurs enfants. C'est un peu ma philosophie, si mes enfants mangent bien, qu'ils apprennent une discipline sans être malades par rapport à ça, ça va être quelque chose qu'ils vont être capables de reporter de génération en génération. Chez nous, l'activité physique prend une place prépondérante et il faut bien manger aussi.*
- Ils sont bien informés sur les habitudes de vie, ils voient eux-mêmes à s'informer.
 - *Il y a beaucoup d'information. Quand on cherche un peu, on trouve beaucoup, beaucoup d'information. [La promotion de la santé], ce n'est pas un problème d'information. Quand on fait l'effort de chercher un peu, il y a énormément de publications.*
- Ils suivent régulièrement leurs patients, qu'ils voient sur rendez-vous.
 - *Je pense qu'actuellement, on est beaucoup plus renseigné et on est beaucoup agressif dans le traitement et dans la prévention de ces maladies-là. C'est sûr que pour faire ça, pour faire ce que je vous dis là, il faut que ça soit des médecins qui fassent du suivi de patients. On ne fait pas ça à l'intérieur de la clinique sans rendez-vous.*
- Ils voient moins de patients par semaine, leurs consultations sont plus longues.
 - *On est payé à l'acte. Moi si je vois moins de monde, je suis moins payé. Moi si je vois moins de monde, je peux avoir quelqu'un à côté qui en voit plus et qui ne fait pas nécessairement du meilleur travail, mais qui gagne plus cher que moi. Il y a des impératifs, des paramètres qui nous rejoignent tous à un moment donné. Quand tu fais une entrevue d'une heure alors qu'elle était prévue pour un quart d'heure, t'es quarante-cinq minutes en retard (...). Moi, je ne suis pas meilleur qu'un autre, mais j'en parle souvent, parce que je suis convaincu. Ce n'est pas évident, il y a beaucoup de choses à regarder en entrevue.*
- Ils sont à l'aise de discuter de prévention avec leurs patients.

-
- *Qui s'assemble se ressemble. Les patients que j'ai, je vous dirais qu'ils se conforment à un style que j'ai de pratiquer la médecine. Et quand les gens n'aiment pas ça, et c'est possible, ils vont voir quelqu'un d'autre qui répond plus à leurs attentes.*

Pour conclure, l'analyse des entrevues réalisées permet de soulever certaines questions par rapport à la pratique du counselling sur les habitudes de vie chez les médecins de famille :

- Quelle est l'influence du nombre d'années de pratique des médecins sur leur counselling sur les habitudes de vie ?
- Quelle est l'influence du nombre de patients vus par semaine sur le counselling sur les habitudes de vie ?
- Comment l'organisation et la structure de la clinique influent-elles sur les pratiques de prévention des médecins qui y œuvrent?

5 Discussion

5.1 Parallèle entre les différents points de vue

Lorsqu'on s'attarde aux propos recueillis par les médecins et qu'on les met en lien avec les résultats obtenus lors de l'enquête téléphonique, on voit que les portraits tracés d'un côté comme de l'autre vont dans le même sens à plusieurs égards. Conscients de leurs forces et de leurs faiblesses, les médecins ont développé une assez juste perception de leur pratique. Beaucoup de travail reste à faire dans le domaine du counselling sur les habitudes de vie, mais les entrevues auprès des médecins comme l'enquête auprès des patients montrent certains signes encourageants.

Ainsi, les médecins affirment avoir bien intégré le counselling antitabagique dans leur pratique clinique et le sondage confirme qu'ils ont en général questionné beaucoup plus de patients sur la consommation de tabac qu'il n'y avait de fumeurs dans l'échantillon (55 % des patients ont été questionnés alors que seulement 21 % étaient fumeurs). Ce résultat n'est pas surprenant puisque la connaissance du statut tabagique représente la première étape de l'intervention et la seule (outre le fait de féliciter le patient), dans le cas d'un non-fumeur. De plus, les médecins affirment qu'il n'y a pas d'obstacles au counselling antitabagique si ce n'est le manque de temps. Ils disent donc en faire *pour chaque fumeur, à toutes les consultations, à chaque fois qu'ils en ont l'occasion*. Il semble donc y avoir eu un déplacement en amont (niveau de prévention primaire) des efforts de counselling antitabagique, autrefois réservés aux patients symptomatiques (niveau tertiaire), ce qui va dans le sens souhaité par le programme. Par contre, il est décevant de constater que peu de médecins connaissent les ressources offertes pour appuyer les patients dans leur démarche de cessation tabagique. En effet, peu de médecins interviewés ont affirmé connaître les Centres d'abandon du tabagisme (CAT), et un seul y référerait des patients. L'enquête auprès des patients arrive au même constat alors que seulement 4 des 70 patients ayant eu une recommandation de cesser de fumer avaient été dirigés vers un CAT.

En ce qui concerne le counselling sur les habitudes alimentaires, beaucoup de chemin reste encore à parcourir. Les entrevues autant que les résultats du sondage témoignent de la difficulté à aborder ce sujet. Lors de l'enquête, seulement 10 % des patients ont affirmé avoir reçu un counselling sur leur consommation de fruits et légumes durant la visite suivant le recrutement, ce qui est bien peu. De plus, ce counselling ne semble pas dirigé vers la bonne cible : les patients âgés ont reçu plus de counselling, alors que ce sont les plus jeunes qui consomment moins de fruits et légumes (Statistique Canada, 2005). Les médecins de leur côté affirment cibler leur counselling vers des personnes présentant déjà une problématique liée à l'alimentation. Il est à noter que les médecins ont été questionnés sur leur counselling sur la nutrition en général alors que les patients ont été questionnés sur le counselling fait par les médecins sur leur consommation de fruits et légumes. Il est donc possible que le counselling sur la nutrition en général soit plus fréquent que le counselling sur la consommation de fruits et légumes. Néanmoins, malgré le fait que plusieurs médecins affirment avoir intégré cette pratique depuis longtemps, ils se disent moins à l'aise pour intervenir sur ce sujet et déplorent le manque de ressources

auxquelles ils pourraient référer leurs patients. Cette situation n'est pas surprenante et semble plutôt généralisée puisqu'une enquête publiée en 2000 suggère que le counselling sur les habitudes alimentaires n'est pas commun et est généralement prodigué aux gens qui sont déjà obèses (Sciamanna, 2000).

Les médecins disent avoir bien intégré le counselling en activité physique, ce qui est rapporté par 57 % des patients interrogés. Cependant, les données indiquent aussi que ce counselling est davantage orienté vers les personnes présentant des facteurs de risque de maladies chroniques, ce que corroborent les médecins en entrevue. Encore une fois, le manque d'outils et de ressources a été mentionné par les médecins comme un obstacle. Les interventions en matière d'activités physiques sont donc encore bien souvent des interventions en prévention secondaire ou tertiaire alors que la prévention primaire, orientée vers un public plus large, apparaît primordiale, dans un contexte où les interventions curatives sont peu efficaces, particulièrement pour la problématique du poids (Harderman, 2000).

La perspective des patients apparaît comme un excellent point de départ pour analyser les pratiques préventives des médecins généralistes. En effet, la perception des patients est souvent plus proche de la réalité du dossier clinique que celle des médecins, qui ont tendance à surestimer leur performance (Waitzin, 1984; Lewis, 1986; Cohen, 1994).

Peu d'études publiées récemment ont analysé le counselling préventif en habitudes de vie réalisé par des médecins dans le contexte de cliniques médicales privées à partir de la perspective de patients adultes. Trois de ces enquêtes, l'une menée en Suède et les autres aux États-Unis, sont parvenues à des résultats similaires à ceux présentés ici (Conroy, 2004; Arndt, 2002; Russel, 1993). Les études observationnelles, basées sur des enregistrements audio ou vidéo, sont rares et peu de données récentes sont disponibles sur les pratiques des médecins généralistes canadiens ou québécois (Beaudoin, 2001). Une étude portant sur les enregistrements audio de 148 visites médicales effectuées dans des cliniques de médecine familiale de la région métropolitaine de Montréal concluait que des discussions sur la nutrition, sur l'activité physique et sur le tabagisme avaient eu lieu dans respectivement 60 %, 56 % et 50 % des visites. Par contre, ces discussions ne comptaient, en moyenne, que pour 10 % de la durée de la visite. Les résultats plus élevés obtenus par cette étude peuvent toutefois s'expliquer, entre autres, par le fait que seules les consultations pour un bilan de santé annuel et pour un examen médical général étaient analysées. De plus, seule la fréquence des discussions, et non leur contenu, était analysée (Beaudoin, 2001).

Dans la présente étude, malgré le fait que le counselling soit généralement fait de manière plus ciblée, les messages non diffusés par les médecins sont habituellement très généraux. D'ailleurs, les médecins perçoivent leur rôle en prévention comme en étant un de sensibilisation et d'information. Dans le sondage auprès des patients, les médecins se sont soit informés auprès des patients de leurs habitudes de vie ou les ont félicités pour l'adoption ou le maintien d'une bonne habitude de vie, ce qui correspond au rôle que les médecins eux-mêmes perçoivent avoir. On se retrouve donc ici dans un contexte où un

message général est diffusé à une population plutôt ciblée et déjà malade. Or, pour l'activité physique, on a démontré que des interventions spécifiques, comme fournir aux patients du matériel écrit dont une prescription, étaient très efficaces pour augmenter le niveau d'activités physiques (Petrella, 2002). Une étude synthèse publiée en 2000 présente des résultats similaires (Eakin, 2000).

Tel que mentionné plus haut, les médecins identifient plusieurs obstacles à la réalisation d'un counselling préventif efficace. Le manque de ressources a été notamment soulevé par plusieurs d'entre eux, ainsi que le manque d'outils et/ou d'information. Certains médecins mentionnent ne pas faire de counselling puisqu'ils ne se sentent pas suffisamment en confiance avec les connaissances qu'ils possèdent pour être efficaces. L'analyse des résultats des miniquiz corrobore cet énoncé en démontrant que les connaissances des médecins sur l'activité physique pourraient être améliorées.

Il est à noter cependant que, malgré le fait que plusieurs médecins déplorent le manque d'outils, plusieurs d'entre eux connaissent le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et plusieurs avaient même, dans leur bureau, des outils proposés par le programme. En général, ils ont affirmé trouver ces outils bien faits et à l'avant-garde par rapport aux outils proposés antérieurement. Cependant, malgré les commentaires positifs sur les outils, plusieurs ont avoué ne pas les avoir utilisés.

La poursuite du développement d'outils concrets et de formations axés sur la consommation de fruits et légumes ou la pratique d'activités physiques semble une avenue intéressante. Les médecins rencontrés souhaitent d'ailleurs de la nouveauté sur les formations continues et seraient ouverts à participer à des formations où on leur apporte une information nouvelle et concrète concernant les habitudes de vie. Il faudrait probablement aussi promouvoir davantage les outils déjà existants, car plusieurs médecins oublient de les utiliser. Cette promotion devra se réaliser conjointement avec d'autres stratégies démontrées efficaces pour modifier les pratiques préventives (Koutslavlis, 2001).

Toutefois, outre les contraintes liées à la disponibilité de l'information, d'autres obstacles liés à la gestion des soins préventifs en cabinet médical posent un nouveau défi. Avec l'introduction des pratiques préventives, des contraintes importantes de temps se sont imposées. À titre d'exemple, une étude visant à déterminer le temps nécessaire pour réaliser toutes les interventions préventives recommandées (catégories A et B) par le US Preventive Services Task Force a trouvé que 7,4 heures par jour de travail seraient nécessaires à un médecin pour effectuer ces interventions (Yarnal, 2003). Cette sévère contrainte de temps et la nécessité d'établir des priorités nous permettent de comprendre pourquoi les médecins ne sont pas aussi systématiques en matière de counselling que souhaité et qu'ils choisissent plutôt de cibler leurs interventions selon le contexte clinique.

Comme prévu, les consultations sur rendez-vous, incluant les bilans de santé, ont été les moments privilégiés pour le counselling sur les habitudes de vie. Toutefois, telles que le soutiennent des études américaines et européennes, les patients sont extrêmement réceptifs à entendre parler de prévention (Conroy, 2004; Johansson, 1995; Duaso, 2002;

Cogswell, 1993; Godin, 1990), quel que soit le contexte de la consultation et même lors de rencontres sans rendez-vous.

En plus de promouvoir le counselling sur les habitudes de vie auprès des professionnels de la santé, le volet éducatif du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION se préoccupe aussi de la prévention des maladies chroniques, comme le dépistage de la tension artérielle et le counselling qui y est associé. C'est d'ailleurs par ce thème que le programme a d'abord été introduit par le délégué médical aux médecins (Sauvageau, 2002). Selon le US Task Force (2003), une mesure systématique de la tension artérielle chez l'adulte est souhaitable. Malgré cela, les données du sondage téléphonique suggèrent que 12 % des patients n'auraient jamais au cours de leur vie eu de mesure de leur tension artérielle. Il y a donc lieu de se questionner sur les pratiques des médecins par rapport au dépistage de l'hypertension étant donné la prévalence de cette maladie. De plus, l'enquête révèle que parmi les gens diagnostiqués, seulement 26 % auraient reçu un counselling sur les habitudes de vie au cours des deux dernières années. Il est possible que plusieurs d'entre eux aient été diagnostiqués depuis plus de deux ans, mais il demeure que pour cette maladie, un suivi périodique et une répétition des messages sont nécessaires. Il y a donc lieu de se questionner aussi sur les pratiques de counselling au cours du suivi de l'hypertension artérielle.

5.2 Forces et limites de l'étude

5.2.1 Forces de l'étude

Ce projet d'évaluation se voulait exploratoire et avait pour but d'évaluer le degré d'implantation des pratiques des médecins concernant la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques. La principale force de l'étude tient au fait que l'information provient de plusieurs sources de données, offrant plusieurs points de vue : le point de vue du délégué médical, le point de vue des patients et le point de vue des médecins. Il a donc été possible de mettre en relation les résultats obtenus et d'établir le niveau de concordance entre la perception que les médecins ont de leur pratique, complétée par les observations du délégué, et les propos rapportés par les patients.

5.2.1.1 Forces du journal de bord

Le journal de bord informe sur toutes les visites réalisées par le délégué et sur le degré d'implantation des différentes activités et interventions. Plus techniquement, la codification des variables facilite l'analyse des données.

5.2.1.2 Forces de l'enquête téléphonique auprès des patients

Plusieurs facteurs renforcent la validité de l'enquête téléphonique réalisée auprès des patients :

- faible taux de refus des cliniques contactées pour participer à l'enquête : une seule sur douze a préféré ne pas participer;
- cliniques participantes localisées sur tout le territoire de la région de la Capitale-Nationale;
- grand nombre de médecins (84) dans les cliniques participantes ayant accepté de donner accès à leur clientèle, augmentant d'autant la représentativité de l'échantillon;
- taille importante de l'échantillon questionné : 482 répondants;
- emploi de plusieurs questions déjà validées dans le cadre d'autres études, permettant la réalisation éventuelle de comparaisons;
- utilisation de la stratification et de modèles de régression logistique pour vérifier simultanément l'effet de plusieurs variables indépendantes sur une variable dépendante. Ceci a permis d'obtenir une mesure ajustée de l'association entre les variables;

5.2.1.3 Forces des entrevues avec les médecins

Le même agent de recherche expérimenté a interviewé chacun des médecins, permettant de systématiser les entrevues et de diminuer le risque de biais d'information.

Le choix par le délégué des médecins à interviewer, en fonction de stades de changement de comportement diversifiés (modèle transthéorique, Prochaska, 1994), a permis d'obtenir des participants ayant des profils différents et une richesse de points de vue.

5.2.2 Limites de l'étude

L'évaluation comporte par contre plusieurs limites dans chacun de ses trois volets.

5.2.2.1 Limites de l'analyse du journal de bord

Il s'agit d'abord d'un outil d'aide à l'intervention pour le délégué médical en prévention. Le fait que le dénominateur représente les médecins ciblés et non l'ensemble des médecins de la région constitue une limite. De plus, nous avons pu observer les limites de certaines variables : le stade de changement du groupe (évalué par le délégué sur la base des interventions des médecins lors des formations), les obstacles et les facteurs facilitant l'intervention (qui ne sont pas demandés ou observés de façon systématique, considérant le temps souvent limité des rencontres), la quantité d'outils distribués (qui représente souvent une approximation de ce qui a été remis).

5.2.2.2 Limites de l'enquête téléphonique auprès des patients

Les principaux biais possiblement présents dans cette enquête sont les suivants :

Biais de sélection : Ni les médecins, ni les patients n'ayant été sélectionnés selon une procédure d'hasardisation, il est possible que les médecins et les patients à l'étude soient différents de la population de référence quant à leur intérêt pour la prévention.

Biais d'information : Les patients devant se remémorer des événements pouvant avoir eu lieu jusqu'à deux ans auparavant, un biais de rappel est potentiellement présent dans l'enquête. Ce biais peut avoir contribué à diminuer la force d'association entre les variables.

Biais de confusion : Puisqu'il s'agit d'une étude transversale, les variables potentiellement confondantes n'ont pu être contrôlées lors de la sélection par la présence d'un groupe contrôle. Nous avons cependant contrôlé les variables potentiellement confondantes lors de l'analyse, tel que discuté dans les forces. De plus, la présence de recruteurs dans la salle d'attente peut avoir incité les médecins à réaliser davantage de counselling. Ces situations peuvent avoir entraîné une surestimation de certains résultats.

5.2.2.3 Limites des entrevues avec les médecins

Biais de sélection : Les médecins interviewés ont été sélectionnés par le délégué médical sur la base de leur stade de changement de comportement dans le modèle transthéorique de Prochaska et coll. (1994). De plus, six médecins préalablement sélectionnés ont préféré ne pas accorder d'entrevues. Ces divers éléments peuvent avoir entraîné un biais d'échantillonnage et avoir eu tendance à rendre le portrait plus positif que la réalité vécue par les médecins de la région.

Biais d'information : Étant donné que nous cherchions à avoir des informations sur le counselling sur les habitudes de vie, et que les médecins ont été interrogés spécifiquement sur ce sujet, les médecins peuvent avoir affirmé en faire davantage que ce qui est fait dans leur pratique réelle. Ceci porte à croire qu'un biais de désirabilité sociale a pu être introduit.

Bien que cette portion de l'étude ne visait pas à réaliser des comparaisons statistiques mais plutôt à approfondir certains éléments qualitativement, elle comporte des limites, diminuant la portée des résultats, dont la faible taille de l'échantillon et l'âge élevé des médecins interviewés, si on en juge par leur nombre d'années de pratique.

5.3 Validité de l'étude

5.3.1 Validité interne

Somme toute, nous estimons que la validité de l'étude est relativement bonne, malgré les limites exposées précédemment. Étant donné que l'évaluation permet de confronter trois points de vue provenant de sources différentes et que ces trois points de vue sont la plupart du temps concordants, nous croyons que cette évaluation trace un portrait du counselling offert en clinique médicale relativement proche de la réalité.

5.3.2 Validité externe

Étant donné le caractère régional de l'évaluation présentée ici, la validité externe de cette étude est limitée et les résultats obtenus ne sauraient être généralisés à l'ensemble des régions du Québec. Nous pouvons toutefois, avec assez de certitude, les appliquer à la région de la Capitale-Nationale.

6 Enjeux, recommandations et défis

Les résultats de cette étude montrent qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour mobiliser les médecins en faveur de la promotion de saines habitudes de vie auprès de la population générale. Par contre, en ce qui concerne les objectifs d'implantation énoncés au départ, une grande partie des médecins ont effectivement été rejoints (73 %), un bon nombre de médecins ont assisté aux formations offertes par le programme (avant ou après avoir rencontré le délégué médical en prévention), et la plupart des médecins interviewés connaissaient les outils du programme.

Les défis que les intervenants du programme auront à relever dans les prochaines années sont nombreux. Étant donné que la majorité des médecins connaissait le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et ses outils, mais que moins de la moitié des patients ayant répondu à l'enquête en ont entendu parler par leur médecin (que ce soit le 0, le 5 ou le 30), il s'agira maintenant de stimuler la diffusion des messages proposés par le programme. La plupart des médecins rencontrés affirment être à la recherche d'outils pour appuyer leurs interventions et c'est exactement ce que le programme désire leur fournir. Il faudra donc inciter les médecins à utiliser les outils existants et leur en fournir de nouveaux afin qu'ils puissent mieux répondre aux besoins des patients. La mise en place d'objectifs clairs à atteindre lors de chaque visite du délégué médical en prévention pourrait représenter une piste intéressante. Il faut également garder à l'esprit que le programme, au même titre que d'autres auteurs (Whitlock, 2002; Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2001), préconise d'introduire un changement de comportement à la fois et que, par conséquent, il est tout à fait normal qu'un patient ne reçoive du counselling que sur une seule habitude de vie au cours d'une visite. Trop de messages simultanés risqueraient de diluer l'intervention des médecins et de réduire son efficacité.

De plus, les médecins affirment manquer de ressources lorsque vient le temps de référer les patients. Pourtant, plusieurs possibilités s'offrent à eux, mais celles-ci sont bien souvent méconnues et sous-utilisées. Afin d'améliorer les connaissances des médecins en ce qui concerne les ressources disponibles pour appuyer les patients dans la modification de leurs habitudes de vie, il serait intéressant de favoriser le réseautage des médecins avec les différentes ressources disponibles en matière d'abandon du tabagisme, de saine alimentation et de pratique d'activités physiques. Ce réseau pourrait permettre aux médecins de prendre connaissance des ressources à leur portée (entre autres, les CAT, gratuits et accessibles sur tout le territoire) et leur permettrait de se sentir mieux appuyés dans l'éventualité de faire du counselling en matière d'habitudes de vie à l'ensemble de la population. Le délégué médical pourrait également s'assurer d'informer l'ensemble des médecins de l'existence et du fonctionnement des CAT au cours de la prochaine année. La réalisation de pressions politiques au niveau provincial, afin de rendre ces ressources plus accessibles à l'ensemble de la population, pourrait également être envisagée par les intervenants du programme.

Les médecins ont affirmé trouver les outils (feuillets d'information principalement) bien faits et à l'avant-garde par rapport aux outils proposés antérieurement. Cependant, malgré les commentaires positifs sur les outils, plusieurs ont avoué ne pas les avoir utilisés. Il faudra questionner l'efficacité de la diffusion de dépliants d'information dans le changement de comportement et s'assurer qu'elle est combinée à d'autres stratégies démontrées efficaces.

D'autre part, lors des formations et des visites du délégué médical en prévention, plusieurs médecins ont mentionné hésiter à intervenir en prévention lors de certains types de visites (par exemple : sans rendez-vous). Il faudrait donc diffuser le message clairement exprimé au cours de l'enquête auprès des patients : une forte majorité d'entre eux est prête à entendre parler de prévention, et ce, dans plusieurs contextes cliniques.

Le programme devra trouver des façons de convaincre les médecins du bienfait de l'intervention en habitudes de vie auprès des personnes non encore atteintes de maladies chroniques. Le GMC au programme pourra être mis à contribution pour atteindre cet objectif ambitieux, le counselling sur les habitudes de vie entrant inévitablement en compétition avec d'autres interventions préventives et curatives, dans un temps de consultation souvent très court.

En ce qui concerne l'intervention même du délégué médical, l'évaluation permet de proposer quelques pistes d'actions.

- Le stade de changement des médecins visités était principalement « en action », selon l'impression du délégué médical en prévention lors de ses visites. Par contre, pour près de la moitié d'entre eux, le délégué a été incapable de se prononcer sur leur stade de changement. Afin d'améliorer la validité et la précision de l'information portant sur le stade de changement du médecin, une **grille systématique** comportant quelques questions à poser à tous les médecins (ex. lors des dix dernières consultations, à combien de patients avez-vous dispensé du counselling sur au moins une des trois habitudes de vie?; depuis quand faites-vous du counselling ou prévoyez-vous en faire davantage dans le prochain mois? etc.) et un relevé des **observations visuelles** à colliger (ex. présence de dépliants dans le bureau du médecin) pourraient être développés.
- Concernant les besoins de formation, les analyses démontrent que le délégué médical en prévention ne pose pas la question de façon systématique, car les besoins ne sont exprimés que par une minorité de médecins. Il faudra donc envisager la possibilité de poser cette question de façon plus systématique ou de trouver une démarche alternative qui permette d'identifier leurs besoins (ex. questionnaire court remis par le délégué médical en prévention ou questionnaire postal).
- Le délégué médical note beaucoup plus de facteurs facilitant les interventions que d'obstacles à faire du counselling dans son journal de bord. Cette observation est étonnante quand on sait que les médecins ne réussissent à réaliser du counselling en habitudes de vie que chez la moitié de leurs patients. Il faudra donc envisager la possibilité de poser des questions de façon plus systématique ou encore de trouver une démarche alternative qui permette d'identifier les obstacles et les facteurs facilitant le counselling de façon plus exhaustive.
- Le délégué médical en prévention doit continuer à voir régulièrement les médecins déjà visités, mais également trouver des façons de rencontrer le quart des médecins qui n'ont pas encore été visités.

Un certain nombre de pistes d'actions ont pu être identifiées suite à cette évaluation. Toutefois, la participation d'un large éventail de médecins du territoire pour élargir ces pistes serait souhaitable. Le GMC associé au programme serait un bon forum de discussion où, conjointement avec les évaluateurs, il serait possible de projeter des activités implantables dans le contexte clinique actuel.

Afin de mettre à jour périodiquement le portrait de la situation réalisé par cette étude, une évaluation du même type tous les trois ans, s'inspirant de la même méthodologie, serait souhaitable. Ceci permettrait, entre autres, de suivre l'évolution des pratiques et de donner de nouvelles directions au programme, si cela s'avérait nécessaire.

RÉFÉRENCES

1. ABRAMSON, S., et autres. (2000). « Personal exercise habits and counselling practices of primary care physicians: a national survey », *Clinical journal of sports medicine*, 10 (1), 40-48.
2. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. (2006). 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION. [En ligne] www.0-5-30.com (page consultée le 1^{er} mars 2007).
3. BARON, G., et autres. (2006). *Prévalence du dépistage et du counselling en regard de la prévention des cancers et des facteurs de risque cardiovasculaires en Montérégie*. Résultats préliminaires d'une enquête téléphonique auprès de la population de la Montérégie dans le cadre de l'étude : « L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec ». Données non publiées.
4. BEAUDOIN, C., et autres. (2001). « Discussion of lifestyle-related issues in family practice during visits with general medical examination as the main reason for encounter: an exploratory study of content and determinants », *Patient Education and Counselling*, 45: 275-284.
5. BERGERON, P. (2001). Mot de bienvenue, Colloque « Vers des actions efficaces en santé cardiovasculaires dans un contexte de maladies chroniques et de vieillissement de la population », Québec, 6 juin 2001.
6. BUCKSCH, J., SCHLICHT W. (2006). Health-enhancing physical activity and the prevention of chronic diseases – An epidemiological review, *Soz Präventiv Med*, 51: 281-301
7. CARON, M.N., C. SAUVAGEAU et D. PAQUETTE. (2006). *Habitudes de vie et poids. État de situation, programmes en place et défis pour la région de la Capitale-Nationale*, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, Québec, 67 p.
8. COGSWELL, B., M.S. EGGERT. (1993). « People want doctors to give more preventive care: a qualitative study of health care consumers », *Archives of family medicine*, 2: 611-619.
9. COHEN, S.J., H.W. HALVORSON et C.A. GOSSELINK. (1994). « Changing physician behaviour to improve disease prevention », *Preventive medicine*, 23: 284-291.
10. COLGAN, J. (2006). *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 dans la région de la Capitale-Nationale, 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION : Planification 2006-2009*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 97 p., (à paraître).

-
11. CONROY, M.B., et autres. (2004). « The association between patient-reported receipt to tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care », *Nicotine & Tobacco Research*, 7 (Suppl.1): S29-S34.
 12. DAWSON, K.A., SCHNEIDER, M.A., FLETCHER, P.C., BRYDEN, P.J. (2007). « Examining gender differences in the health behaviors of Canadian university students », *Journal of the Royal society for the promotion of health*, vol 127 (1) : 38-44
 13. DUASO, M.J., P. CHEUNG. (2002). « Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patient think? », *Journal of advanced nursing*, 39(5): 472-479.
 14. DUGAL, S., et autres. (2004). *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 dans la région de la Capitale nationale, population adulte*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, Beauport, 76 p.
 15. EAKIN, E.G., R.E. GLASGOW et K.M. RILEY. (2000). « Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research », *The journal of family practice*, 49 (2), 158-168.
 16. FLETCHER, G.F., et autres. (1996). « Statement on exercise: benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans », *Circulation*, 94 (4), 857-862.
 17. GODIN, G., R.J. SHEPHARD. (1990). « An evaluation of the potential role of the physician in influencing community exercise behaviour », *American journal of health promotion*, 4 (4): 255-259.
 18. GROULX, S. (2005). « La prévention chez l'adulte, une occasion à saisir au vol ! », *Le Médecin du Québec*, vol. 40, n° 5, p. 65-73.
 19. GROULX, S. (À paraître en 2007). *L'intégration de pratiques préventives : guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
 20. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS (1994). *Les lignes directrices pour la médecine préventive : leur rôle dans la prévention clinique et la promotion de la santé*, Ottawa, Santé Canada.
 21. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. (2001). *Counseling for risky health habits: a conceptual framework for primary care practitioners*. London, Canadian Task force.
 22. HAINES, A., A. DONALD. (1998). « Getting research findings into practice: making better use of research findings », *British medical journal*, 317: 72-75.
 23. HARDEMAN, W., et autres. (2000). « Interventions to prevent weight gain: a systematic review of psychological models and behaviour change methods », *International Journal of Obesity*, vol. 24, p. 131-143.

-
24. HILTON, S., DOHERTY, S., KENDRICK, T. (1999). « Promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease in general practices: methodology and baseline from the Change of Heart study », *Health education journal*, 58: 3-16.
25. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, INSTITUT DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. (2002). *Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Gouvernement du Québec. Disponible en ligne à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/portrait_de_sante.asp?E=p (Page consultée le 1^{er} mars 2007).
26. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. (2001). *Enquête sociale et de santé 1998 : 2^e édition*, Collection la santé et le bien-être, Gouvernement du Québec, 642 p.
27. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. (2006). *Au cœur de la vie. Le projet québécois de dissémination en santé du cœur (PQDSC-II). Premier rapport annuel*. Disponible en ligne à : www.inspq.qc.ca/aucoeurdelavie (Page consultée le 24 janvier 2007).
28. JOHANSSON, K., P. BENDTSEN et I. AKERLIND. (1995). « Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation », *European Journal of Public health*, 15(6): 615-620.
29. KATZMARZYK, P.T. (2002). « The Canadian obesity epidemic, 1985-1998 », *CMAJ*; 166 (8): 1039-1040.
30. KING, A.C. (2000). « Exercise counselling in health promotion: primary care providers have a key role », *British journal of sports medicine*, 34, 80-81.
31. KOUTSAVLIS, A.T. (2000). *Disseminating practice guidelines to physicians*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 56 p.
32. L'ÉCUYER, R. (1987). « L'analyse de contenu : notion et étapes », dans J.P. Deslauriers (dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative*, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, 50 p.
33. LEWIS, C.E., K.B. WELLS et J. WARE. (1986). « A model for predicting the counselling practices of physicians », *J Gen Intern Med*, 1(1): 14-19.
34. MCKENNA, J., P.J. NAYLOR et N. MCDOWELL. (1998). « Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses », *British journal of sports medicine*, 32, 242-247.
35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 133 p.
36. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2003). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, série de rapports techniques n° 894, Genève, 284 p.

-
- 37.ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2006).
www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index1.html, page consultée le 31-08-06
- 38.PAGEAU, M., et autres. (2001). *Le portrait de santé : le Québec et ses régions*, Institut national de santé publique du Québec, Les publications du Québec, 346 p.
- 39.PARADIS, G., C. THIVIERGE. (2004). *Les maladies cardiovasculaires : facteurs de risque*. Prévention en pratique médicale, Bulletin de la Direction de la santé publique de Montréal, 2^{ième} trimestre.
- 40.PEREZ, C.E. (2002). « Consommation de fruits et de légumes », Statistiques Canada, Rapports sur la santé; 13 (3) : 25-34.
- 41.PETRELLA, R.J., D. WIGHT. (2000). « An office-based instrument for exercise counselling and prescription in primary care », *Archives of family medicine*, 9, 339-344.
- 42.PINTO, B.M., M.G. GOLDSTEIN et B.H. MARCUS. (1998). « Activity counselling by primary care physicians: review ». *Preventive medicine*, 27, 506-513.
- 43.PODL, T.R., et autres. (1999). « Direct observation of exercise counselling in community family practice », *American journal of preventive medicine*, 17 (3), 207-210.
- 44.POUPART, J. (1997). « L'entretien de type qualitatif » dans Poupart et autres (dir.). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- 45.PROCHASKA, J.O., et autres. (1994). *Changing for good: A revolutionary six stages program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*, New York: William Morrow and co inc. s.p.
- 46.PROVOST, S., M. DROUIN. (2005). *Pratiques cliniques préventives des médecins omnipraticiens : portrait de la situation dans les Laurentides*. Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction de santé publique, 83 p.
- 47.RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. (2003). Nombre de participants, nombre de services médicaux et leur coût par participant selon le type de service et la région socio sanitaire, Québec, RAMQ, Disponible en ligne à : https://www5.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/Commun/Pdf/MOD_SM15_2003_0_O.pdf (Page consultée le 7 février 2007).
- 48.RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. (2004). Nombre de participants, nombre de services médicaux et leur coût selon le sexe, le groupe d'âge et le type de service, rémunération à l'acte, médecine et chirurgie. Québec, RAMQ, Disponible en ligne à : https://www5.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/Commun/Pdf/MOD_SM13_2004_0_O.pdf (Page consultée le 8 février 2007).

-
49. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. (2003). *Cadre de référence : programme régional de réadaptation pour la personne atteinte de maladies chroniques*, Québec, 101 p.
50. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2001). *Promotion de la prévention clinique (PPC): un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie*, Québec.
51. RUSSEL, N.K., D.L. ROTER. (1993). « Health promotion counselling of chronic disease patients during primary care visits », *American journal of public health*, 83 (7), 979-982.
52. SANTÉ CANADA. (2001). *Programme de lutte au tabagisme*, Tableaux supplémentaires, l'ETSUTC, phase 1 (février à juin).
53. SANTÉ CANADA. (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Service des publications de Santé Canada, 43 p.
54. SANTÉ QUÉBEC. (1995). *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux ?*, Rapport de l'enquête québécoise sur la nutrition 1990, Gouvernement du Québec, 317 p.
55. SAUVAGEAU, L., C. LEPAGE et C. SAUVAGEAU. (2002). *Pour un Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012*, Québec, Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 73 p.
56. SAVARD, I., J. RODRIGUE. (2001). « La pratique professionnelle des médecins de famille au Québec et au Canada, résultats préliminaires d'un sondage pancanadien », *Le Médecin du Québec*; 36(11) : 103-108.
57. SCIAMANNA, C.N., et autres. (2000). « Who reports receiving advice to lose weight », *Arch Intern Med*, vol. 160, p. 2334-2339.
58. STACHENKO, S. (1994). *Les lignes directrices pour la médecine préventive : leur rôle dans la prévention clinique et la promotion de la santé*, Santé Canada, [En ligne] <http://www.ctfphc.org/> (Page consultée le 19 novembre 2001).
59. STATISTIQUE CANADA. (2001). *Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Disponible en ligne à : <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=82C0024> (Page consultée le 1er mars 2007).
60. STATISTIQUE CANADA. (2003). *Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Disponible en ligne à : http://www.statcan.ca/cgibin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=IMDB&dbq=f&adm=8&dis=2 (Page consultée le 18 janvier 2007).
61. STATISTIQUE CANADA. (2004). *Déterminants non médicaux de la santé. Habitudes alimentaires*, Définition, Disponible en ligne à : www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00604/defin2_f.htm#39a (Page consultée le 16 août 2006).

-
62. STATISTIQUE CANADA. (2005). *Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Disponible en ligne à <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=82-621-X> (Page consultée le 1er mars 2007).
63. ÜNAL, B., et autres. (2005). « Life-Years Gained From Modern Cardiological Treatments and Population Risk Factor Changes in England and Wales, 1981-2000 », *American Journal of Public Health*, Vol 95, No 1, p. 103-108.
64. US TASK FORCE. (2003). *Screening for High Blood Pressure*. Disponible en ligne à <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm> (Page consultée le 1er mars 2007).
65. VON BOTHMER, M.I.K., B. FRIDLUND. (2005). « Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students », *Nursing and Health Sciences*, vol. 7, p. 107-108.
66. WAITZIN, H. (1984). « Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research », *JAMA*, 252(17): 2441-6.
67. WEE, C.C., et autres. (1999). « Physician counselling about exercise », *Journal of the american medical association*, 282 (16), 1583-1588.
68. WHITLOCK, E.P., ORLEANS, C.T., PENDER, N., ALLAN, J. Evaluating primary care behavioural counselling interventions, An evidence-based approach. *Am J Prev Med*, 2002; 22(4): 267-284
69. YARNALL, K.S.H., et autres. (2003). « Primary Care: Is there Enough Time for Prevention – Research and Practice », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 4, p. 635-641.

LES ANNEXES

Annexe 1 : Barrières au changement

Milieu clinique

- Manque de temps
- Organisation de la clinique, comme l'absence de registres des maladies ou de mécanismes de suivi des ordonnances qui se répètent

Milieu éducationnel

- Formation continue inappropriée
- Absence de participation à des programmes visant à promouvoir la qualité des soins
- Manque d'encouragements à participer à des activités éducationnelles efficaces

Milieu des soins de santé

- Manque de ressources financières
- Manque de précision sur les populations à soigner
- Politiques de santé basées sur des activités inefficaces ou non basées sur des données probantes
- Accès à l'information inadéquat pour les médecins

Milieu social

- Influence des médias sur les patients créant des exigences et des croyances
- Répercussions de l'inaccessibilité des soins

Facteurs liés aux médecins

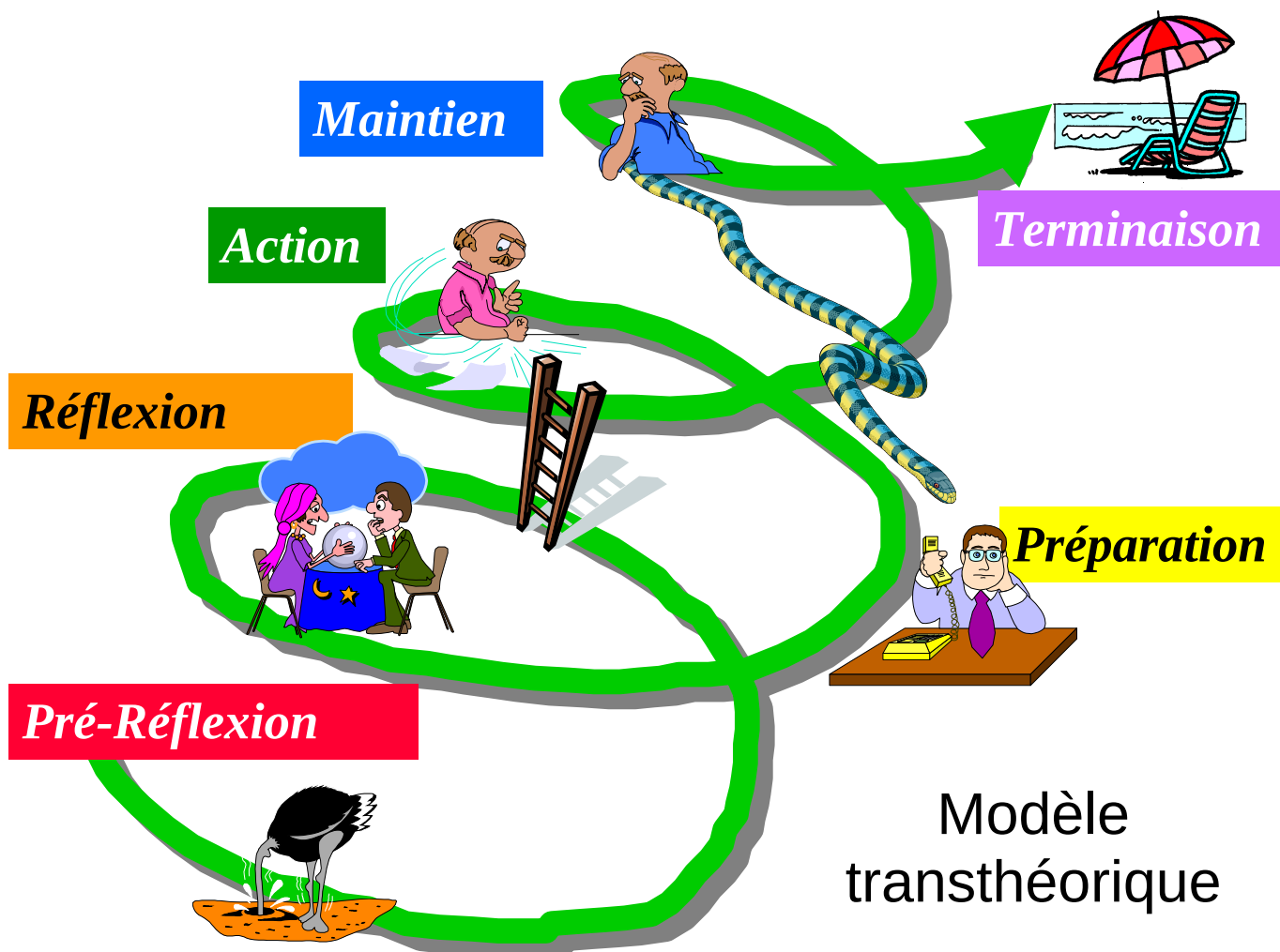
- Connaissances dépassées
- Influence des leaders d'opinion
- Croyances et attitudes (par exemple, liées à de mauvaises expériences de changement vécues)

Facteurs liés aux patients

- Demande de soins
- Perceptions et croyances culturelles sur les soins adéquats

Note : Les facteurs qui, dans quelques cas, semblent être des obstacles au changement, peuvent aussi favoriser le changement. Par exemple, les patients peuvent rendre la pratique clinique de leurs médecins en demandant des interventions qui ont fait leurs preuves. Les médecins peuvent être influencés favorablement par leurs leaders d'opinion.

Adapté de Haines & Donald (1998), British medical journal, 317, pp. 73 et cité dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : la distribution et la mise en œuvre efficaces des guides.



Le modèle transthéorique

La personne en processus de changement passe par six étapes incontournables le long d'un continuum en spirale. Au stade de pré-réflexion (*precontemplation*), elle ignore ou nie avoir un problème. Au stade de réflexion (*contemplation*), elle reconnaît le problème mais n'est pas prête à le résoudre. Au stade de préparation, elle recherche activement des moyens de réussir le changement. Au stade de l'action, elle effectue le changement avec toutes les difficultés que cela comporte. Au stade de maintien, elle a traversé la période la plus difficile mais demeure sujette aux rechutes. Enfin au stade de terminaison, la personne a définitivement adopté le nouveau comportement. À chaque étape surviennent des obstacles qui peuvent être aplanis par des interventions spécifiques. Si la personne tente de prendre un raccourci (échelle) pour brûler une étape, elle risque fort d'expérimenter une rechute (serpent).

Source de l'illustration : Groulx (À paraître en 2007) adapté de Prochaska (1994).

Annexe 3 : Variables du journal de bord du délégué médical en prévention

VARIABLES	VALEUR	CODES	DESCRIPTION
Num_Client (était IDEN)	Numéro d'identification de l'intervenant		1000-1999 = omnipraticiens 2000-2999 = pharmaciens 3000-3999 = infirmières 4000-4999 = diététistes 5000-5999 = physio et thérapeutes en réadaptation 6000-6999 = kinésologues 7000-7999= spécialistes
NUM_RENC (Était RENCONTRE)	1ère rencontre avec l'intervenant	1	
	2ième rencontre avec l'intervenant	2	
	3ième rencontre avec l'intervenant	3	
	4ième rencontre avec l'intervenant	4	
	5ième rencontre avec l'intervenant	5	
DELEGUE1, DELEGUE2		1	Le DELEGUE2 peut etre un délégué ou un conférencier (Consulter la variable RECU_FORMATION pour distinguer)
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
Nom_Client	Nom de l'intervenant rencontré (médecin, infirmière, pharmacien)		
Sexe	homme	1	
	femme	2	
date_an	Date de la rencontre : année		
date_ms	Date de la rencontre : mois		
date_jr	Date de la rencontre : jour		
HEURE	Heure réelle de la rencontre en : heure	1 heure	La rencontre a eu lieu à 1h30.

HEURE_minutes Contact	Heure réelle de la rencontre en : minutes		30 minutes
	facile	1	La rencontre a eu lieu et le rendez-vous a été très facile à prendre (1 appel ou une visite a suffit)
	moyennement facile (car intermédiaire)	2	La rencontre a eu lieu et le rendez-vous a été moyennement facile à prendre (2 à 3 appels ou visites ont été nécessaires/ ou l'aide d'intermédiaire)
	difficile	3	La rencontre a eu lieu et le rendez-vous a été difficile à prendre (4 appels ou visites et plus)
	refus de rencontrer pour cette fois-ci	4	Lors qu'un rendez-vous était pris et que l'intervenant refuse ne rencontre le délégué (mais accepte de prendre un autre rendez-vous)
	Refus de rencontrer catégorique ne veut vraiment pas	5	La rencontre n'a pas lieu et l'intervenant ne veut plus que le délégué le visite (qu'il y ait eu rendez-vous de pris ou non)
renc_client	oui, rencontre a eu lieu	1	
	non, rencontre n'a pas eu lieu	2	
TYPE_RENC	Rencontre individuel avec RDV	1	
	Rencontre individuel sans RDV	2	
	Rencontre de groupe	3	
	Appel téléphonique	4	
	Se présente à la Santé Publique	5	
	Aller porter des outils à l'intervenant sans le rencontrer	6	Ne pas oublier d'inscrire la quantité du matériel remis dans la colonne correspondante
	Conférence à l'extérieur du milieu de travail	7	Formation pouvant avoir lieu dans un hôtel ou un centre des congrès et organisée par l'équipe action éducative du 0.5.30
	Conférence dans le milieu de travail	8	
Theme	Présentation du programme et du délégué	1	aide visuelle, chercher un engagement à revoir le délégué
	HTA, alimentation avec feuillet	2	Acti-menu et diète DASH, feuillet 5, Gac des producteurs de lait
	Activité physique, invitation à un atelier sur l'activité	3	

	physique		
	Tabagisme	4	
	Gestion du poids	5	
Attente_salle	Temps d'attente dans la salle : en minutes		
Temps_Rencontre	Durée de la rencontre avec médecin : en minutes		
Stade_client	Pré-comtemplation	1	stade du médecin: n'a pas l'intention de faire un counselling
	Contemplation	2	stade du médecin: a l'intention d'en faire dans les prochain 6 mois
	Préparation	3	stade du médecin: a l'intention d'en faire dans le prochain mois
	Action	4	stade du médecin: Fait du counselling depuis moins de 6 mois
	Maintien	5	stade du médecin: Fait du counselling depuis plus de 6 mois
	Inderterminé	6	stade du médecin: le délégué ne sais pas exactement le stade
Stade_Groupe	En action	1	Stade du groupe: est en action
	Prêt à faire du counselling	2	Stade du groupe: prêt à faire du counselling
	Pas prêt à faire du counselling	3	Stade du groupe: ne sont pas prêt à faire du counselling
			Le stade est déterminé en fonction du climat de la rencontre, des questions posées ou de la moyenne obtenu par le mini-quiz
OBS1, OBS2, OBS3	L'intervenant est difficile à cerner	1	Obstacles observés par le délégué
	Clientèles particulières (pers. Âgées, défavorisé)	2	
	Refuse documentation , déplore la pietre qualité	3	
	Envoi d'un teaser (cadenas) dispendieux	4	
	Manque de ressources spécialisées (DTP, kinesiologues)	5	
	Peu ou pas interessé par le programme	6	
	Fin de pratique du médecin	7	
	Pas le temps	8	

	Médecine industrielle	9	
	Secrétaire : blocage, peu d'intérêt, peu de collaboration	10	
	Manque d'initiatives financiers pour faire counselling	11	
FAC1, FAC2, FAC3, FAC4	L'intervenant est intéressé par le programme	1	Facteurs facilitants observés par le délégué
	Accepte visites régulières	2	
	Secrétaire aidante	3	
	S'implique dans la communauté (école, centre communautaire)	4	
	Infirmière sur place ou GMF	5	
	Liens avec CLSC ou autres ressources (PPMC)	6	
	Responsable de l'EMC	7	
	Collaboration du médecin du groupe médical consultatif ou lui-même membre du GMC	8	
	Intéressé par les outils ou les trouve appropriés	9	
	Utilise prescription pour faire le counselling en habitudes de vie	10	
	Ne fait pas de SRV (sans rendez-vous)	11	
	Contacte le médecin sans passer par la secrétaire	12	
Remarques	Commentaires du délégué		Commentaires du délégué
REMIS1,REMIS2,	CUBE	1	Cube de prescription 0-5-30 (Au cœur de la vie, 2004)
REMIS3,REMIS4	ACTI_BOUGE	2	Acti-menu "Avez-vous Bougé aujourd'hui?"
	GAC_LAIT	3	Guide alimentaire canadien des producteurs laitiers, 1998 (languettes à tirer)
	LE_5	4	Le dépliant "5" de Pascale Chaumette 2003 réédité en 2005
	DEPLIAN_0530	5	Dépliant 0-5-30 (Au cœur de la vie, 2004)
	DEPLIAN_PODO	6	Dépliant podomètre bleu (Au cœur de la vie, 2004)
	PODOME	7	Appareil Podomètre (Digi-walker SW-200 de Lifestyle, changé pour StepCount en 2005)
	LE_0	8	Le dépliant "0" rouge de Mario Champagne, 2005

ACTI_HTA	9	Acti-menu L'hypertension artérielle Attention! Zone de haute pression (Tension artérielle), 2004
ACTI_BMANGER	10	Acti-menu Pour contrôler sa tension artérielle (Bien Manger) feuilles recto-verso en tablette
POCHET_0530	11	Pochette 0-5-30, 2005
ALGORI_HTA	12	Algorithme HTA orange(Au cœur de la vie, 2004)
TABLE_POIDS	13	Table de poids (81/2X14) orange (Au cœur de la vie, 2004)
ACTI_CONTRO	14	Acti-menu portant sur l'arrêt tabagique "Arrêtez de fumer, prenez le contrôle!", 2004
ACTI_DETACHE	15	Acti-menu portant sur l'arrêt tabagique "Actions pour se détacher" (bleu encre)
AIMANT "5 PORTIONS VAS-Y"	16	Aimant pour frigo avec message sur 5, du personnage Vas-y
PISTES_CYCLABLES_VILLE_QUEBEC	17	Dépliant de la ville de Quebec énumérant les pistes cyclables version 2005-2006
LE_30	18	Le dépliant "30" bleu de Guy et Sonia, 2005
CAT_COFFRE_D'OUTILS	19	Dépliant bleu avec coffre d'outils Rouge des Centres d'abandon Tabagique
CAT "Switch"	20	Dépliant avec l'interrupteur mural des Centres d'abandon tabagique
Guide Act Phy Ainés	21	Guide d'activité physique des Ainés de Santé Canada
Traité Santé	22	Dépliant Traité Santé
Courbe Kino	23	Courbe expliquant les bienfaits de l'activité physique sur la santé métabolique
Kit Rouler sans fumée	24	Trousse avec pictogramme "interdit de fumer" et désodorisant pour l'auto
Algorithme Tabac	25	Arbre décisionnel pour trouver le stade de changement et l'approche suggérée
Brochure Etre Actif Placement garanti	26	Brochure verte conçue avec Desjardins services financiers
Form de référence CAT	27	Formule d'inscription aux Centres d'Abandon Tabagique

	Ruban à mesurer 0-5-30	28	Ruban servant exclusivement à mesurer le tour de taille
Quant1, Quant2	inscrire la quantité de matériel donnée		Nombre de dépliants ou d'outils remis à l'intervenant par le délégué
Quant3, Quant4 INSC_DOSS	Oui	1	Enseignement par le délégué de l'Inscription 0-5-30 dans le dossier du patient (encercler le chiffre correspondant à l'habitude de vie traitée avec le patient)
FORM_PHY	Le md ne veut pas de formation Le délégué estime qu'il y a un besoin Le md exprime avoir besoin d'une formation	1 2 3	Besoin de formation en activité physique
FORM_NUT	Le md ne veut pas de formation Le délégué estime qu'il y a un besoin Le md exprime avoir besoin d'une formation	1 2 3	Besoin de formation en nutrition
FORM_TAB	Le md ne veut pas de formation Le délégué estime qu'il y a un besoin Le md exprime avoir besoin d'une formation	1 2 3	Besoin de formation en tabac
FORM_OBES	Le md ne veut pas de formation Le délégué estime qu'il y a un besoin Le md exprime avoir besoin d'une formation	1 2 3	Besoin de formation en obésité
FORM_HTA	Le md ne veut pas de formation Le délégué estime qu'il y a un besoin Le md exprime avoir besoin d'une formation	1 2 3	Besoin de formation en HTA
Attention cette variable est à double information			
reçu formation et satisfaction ensemble		1	le médecin a reçu la formation et est
RECU_FORMA1	formation en activité physique	2	satisfait
RECU_FORMA2	formation en nutrition	3	insatisfait
	formation en tabac	4	indéterminé
	formation en obésité		

	formation en HTA	5	Exemple de codification: Si md a reçu une formation en activité physique et qu'il est satisfait de cette formation =11 si md a reçu formation en nutrition et insatisfait = 22 Pour savoir le nb de md ayant reçu formation en activité physique = 11 + 12 + 13 pour savoir le nb de md satisfait pour l'ensemble 11 + 21 + 31 + 41 + 51
Nom_clinique	Clinique X	1	
Num_clinique	Centre Médical Y	2	
	Clinique Z	99	
	Intervenant travaillant en SOLO	100	
	Clinique Médicale AA	101	Les nouvelles cliniques qui s'ajouteront porteront les numéros 101 à 199
		102	
		103	
		104	
	UMF X	200	Les Unités de médecine de famille (UMF) se verront attribuées les numéros dans les 200
	UMF Y	201	
	CLSC X	300	Les CLSC se verront attribués les numéros dans les 300
	CLSC Y	301	
	Hop X	400	Hôpitaux, à l'exception des UMFs se verront attribués les numéros dans les 400
	Hop Y	401	
	N.B. Pour connaître la variable portant sur le nombre d'années de pratique, utiliser la variable proxy du numéro de pratique qui se retrouve dans le bottin médical du Collège des médecins du Québec		

Annexe 4 : Miniquiz pour la formation en activité physique

- 1) **En ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires, être sédentaire équivaut au même risque que de fumer 1 paquet de cigarettes par jour?**
 - a) Vrai
 - b) Faux

- 2) **La pratique d'activités physiques peut diminuer la TA systolique de 10 mmHg, soit l'équivalent d'un hypotenseur?**
 - a) Vrai
 - b) Faux

- 3) **Pour être efficace pour la santé, l'activité physique doit être intense, vigoureuse et amener une sudation (« no pain, no gain »)?**
 - a) Vrai
 - b) Faux

- 4) **Les bienfaits de l'activité physique ne peuvent être emmagasinés : dès la deuxième semaine d'inactivité, les bienfaits associés à l'activité physique commencent à disparaître?**
 - a) Vrai
 - b) Faux

- 5) **Trois courtes marches de 10 minutes à différents moments de la journée sont aussi bénéfiques pour la santé qu'une marche de 30 minutes?**
 - a) Vrai
 - b) Faux

- 6) **Dix minutes de marche équivaut à :**
 - a) 500 pas
 - b) 1 000 pas
 - c) 2 000 pas

- 7) **Parmi les Québécois actifs, combien d'entre eux pratiquent la marche comme activité physique de loisir?**
 - a) 20%
 - b) 40%
 - c) 75%
 - d) 90%

- 8) **La région de la Capitale nationale compte combien de personnes inactives?**
 - a) 60 000
 - b) 160 000
 - c) 260 000
 - d) 460 000

9) Indiquer ce qui correspond le mieux à votre situation actuelle :

- a) Je ne fais pas d'activité physique et je n'ai pas l'intention d'en faire dans les 6 prochains mois.
- b) Je ne fais pas d'activité physique mais je pense commencer dans les 6 prochains mois.
- c) Je ne fais pas d'activité physique mais je pense commencer dans le prochain mois.
- d) Je suis actif(ive) depuis moins d'un mois et je compte le demeurer.
- e) Je suis actif(ive) depuis au moins six mois et je compte le demeurer.

programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale.



--

Médecin ☐ Médecin –résident ☐ Autre professionnel, spécifier _____

Mini-Quiz - Activité physique

- | | | | | | |
|----------|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1)a
b | 3) a
b | 5) a
b | 7) a
b
c | 8) a
b
c | 9) a
b
c |
| 2)a
b | 4) a
b | 6) a
b
c | d | d | d
e |

Clinique : _____ Date : _____

Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale

Annexe 5 : Compilation des réponses au miniquiz en activité physique

no	Date	Organisme / Intervenant	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Moyenne Q1 à Q9	Moyenne de l'ensemble des formations	
			Bonnes réponses	a	a	b	a	a	b	d	c	d		64%
1		03-juin												
		1 MD	a	a	b	a	a	b	b	c	e			
		2 Pht	a	a	b	a	a	b	b	d	d			
		3 TRP	a	a	b	a	a	b	b	d	e			
		4 MD	a	a	b	a	b	b	a	c	e			
		5 MD	a	a	b	b	b	b	b	c	e			
		6	a	a	b	a	a	b	c	c	e			
		7	a	a	b	b	a	b	b	d	e			
		8 Phar	a	a	b	a	a	b	b	c	c			
		9	a	a	b	a	a	b	c	d	d			
		10	a	a	b	b	a	b	b	b	e			
		11	a	a	a	a	a	a	a	a	e			
		Nb de bonnes réponses	11	11	10	8	9	10	0	5	2			
		Nb de répondants	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
		% de bonnes réponses	100%	100%	91%	73%	82%	91%	0%	45%	18%	73%		

2 Date Organisme / Intervenant

06-juin-05

1	a	a	b	b	a	b	c	b	e
2	a	a	b	a	b	a	a	b	c

3	b	a	b	b	a	b	a	d	e
4 DTP	a	a	b	b	a	a	a	d	e
5	a	a	b	a	a	b	c	d	e
Nb de bonnes réponses	4	5	5	2	4	3	0	0	0
Nb de répondants	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Pourcentage bonnes rép	80%	100%	100%	40%	80%	60%	0%	0%	0%

58%

3 Date Organisme / Intervenant

07-sept-05

1 MD-Rés	a	a	b	b	a	b	b	c	e
2 MD-Rés	a	a	b	a	b	a	b	a	e
3 MD	b	a	b	b	b	b	b	b	b
4 MD-Rés	a	a	b	a	a	b	a	c	e
5 Inf	a	a	b	a	a	c	a	d	e
6 Inf	a	a	b	a	a	b	b	c	c
7 MD-Rés	a	a	b	b	b		a	c	c
8 MD-Rés	a	a	b	a	a	c	c	c	e
9 MD-Rés	b	a	b	b	b	b	a	b	e
10 MD-Rés	a	a	b	b	a	b	a	c	e
11 MD-Rés	b	a	b	b	a	b	b	b	c
12 MD-Rés	a	a	b	a	a	b	b	b	e
13 MD-Rés	a	a	b	a	b	b	a	b	b
14 MD	a	a	b	a	a	c	b	c	e
15 MD	a	a	b	b	b	a	a	c	c
Nb de bonnes réponses	12	15	15	8	9	9	0	8	0
Nb de répondants	15	15	15	15	15	14	15	15	15
% de bonnes réponses	80%	100%	100%	53%	60%	64%	0%	53%	0%

64%

4 Date Organisme / Intervenant

09-sept-05

1 MD	a	a	b	a	a	b	b	c	e
2 MD	a	a	b	a	a	a	b	b	e
3 MD	a	a	b	a	a	c	b	c	d
4 MD	a	a	b	b	a	b	b	c	e
5 Pht	a		b	b	a	b	a		c

Nb de bonnes réponses	5	4	5	3	5	3	0	3	1	Corrigé
Nb de répondants	5	4	5	5	5	5	5	4	5	
Pourcentage bonnes rép	100%	100%	100%	60%	100%	60%	0%	75%	20%	74%

5 Date Organisme / Intervenant

15-sept-05

1 MD	b	a	b	b	a	b	c	c	e
2 MD	a	a	b	a	a	b	a	c	c
3 MD		a	b	b	a	b	a	c	c
4 MD	b	a	b	a	a	b	c	d	e
5 MD	a	a	b	b	a	b	b	d	e
6	a	a	b	a	a	c	b	d	e
7 MD	a	a	b	a	a	b	b	d	d

Nb de bonnes réponses	4	7	7	4	7	6	0	3	1
Nb de répondants	6	7	7	7	7	7	7	7	7
Pourcentage bonnes rép	67%	100%	100%	57%	100%	86%	0%	43%	14%

6 Date Organisme / Intervenant

2005-09-27

1 Inf	b	a	b	a	a	b	b	b	e
2 MD	a	a	b	a	a	b	a	c	e
3 MD	a	a	a	b	a	b	b	b	d

4 MD	a	a	b	a	a	b	a	d	d	
Nb de bonnes réponses	3	4	3	3	4	4	0	1	2	
Nb de répondants	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
Pourcentage bonnes rép	75%	100%	75%	75%	100%	100%	0%	25%	50%	67%

7 Date Organisme / Intervenant

2005-09-29

1 MD	a	a	b	a	a	a	a	d	b	
2 Phar	a	a	b	a	b	b	c	d	e	
3 MD	a	a	a	a	a	a	a	d	d	
4 Phar	a	a	b	a	b	b	a	d	e	
5 MD	a	a	b	a	a	a	a	d	e	
6 Phar	a	a	b	b	b	b	a	b	e	
Nb de bonnes réponses	6	6	5	5	3	3	0	0	1	
Nb de répondants	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
Pourcentage bonnes rép	100%	100%	83%	83%	50%	50%	0%	0%	17%	54%

8 Date Organisme / Intervenant

2005-10-29

1 MD	a	a	b	b	a	b	c	c	e	
2 MD	b	a	b	b	a	b	b	c	e	
3 MD	a	a	b	b	a	b	b	b	d	
4 MD	a	a	b	a	a	b	b	b	e	
Nb de bonnes réponses	3	4	4	1	4	4	0	2	1	
Nb de répondants	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
Pourcentage bonnes rép	75%	100%	100%	25%	100%	100%	0%	50%	25%	64%

9 Date Organisme / Intervenant

2005-11-07

1 MD	b	a	b	b	a	c	a	d	d
2 MD	a	a	b	a	a	c	b	d	e
3 MD	a	a	b	b	a	a	b	d	e
4 MD	a	a	b	a	a	b	c	c	e
5 MD	a	a	a	a	a	c	b	d	e
6 MD	b	a	b	b	a	a	b	c	e
7 MD	a	a	b	a	a	c	a	c	e

Nb de bonnes réponses	5	7	6	4	7	1	0	3	1
Nb de répondants	7	7	7	7	7	7	7	7	7
% de bonnes réponses	71%	100%	86%	57%	100%	14%	0%	43%	14%

59%

10 Date Organisme / Intervenant

2005-11-21

1 MD	b	a	b	a	a	b	b	b	
2 MD	b	a	b	a	a	a	b	c	c
3 SEC	a	a	b	b	a	a	b	d	c
4 MD	a	a	b	a	a	b	b	d	e
5 MD	b	a	b	b	a	b	c	c	e

Nb de bonnes réponses	2	5	5	3	5	3	0	2	0
Nb de répondants	5	5	5	5	5	5	5	5	4
% de bonnes réponses	40%	100%	100%	60%	100%	60%	0%	40%	0%

63%

11 Date Organisme / Intervenant

2005-11-23

1 MD	a	a	b	a	a	a	c	d	c
2 MD	a	a	b	b	a	a	a	c	d

3	a	a	b	a	a	a	a	c	e
4 MD	a	a	b	b	a	b	b	c	d
5 MD	a	a	b	a	b	b	c	c	c
6 MD	a	a	b	b	b	b	b	c	e
7 MD	a	a	b	b	a	c	b	c	e
8 MD	a	a	a	b	a	b	c	b	c
9 MD	a	a	b	a	a	b	b	c	e
10 MD	b	a	b	b	a	c	c	c	e
Nb de bonnes réponses	9	10	9	4	8	5	0	8	2
Nb de répondants	10	10	10	10	10	10	10	10	10
% de bonnes réponses	90%	100%	90%	40%	80%	50%	0%	80%	20%

66%

12 Date Organisme / Intervenant

2006-01-27

1 MD	a	a	b	a	a	b	a	b	e
2 MD	a	a	b	b	a	c	b	d	b
3 MD	a	a	b	a	b	b	a	d	d
4 MD	b	a	b	b	a	b	b	b	d
Nb de bonnes réponses	3	4	4	2	3	3	0	0	2
Nb de répondants	4	4	4	4	4	4	4	4	4
% de bonnes réponses	75%	100%	100%	50%	75%	75%	0%	0%	50%

59%

Annexe 6 : Formulaire d'évaluation de la formation en activité physique

Répondants <i>Cochez votre catégorie</i>	Évaluation Activité de formation	Programme 0-5-30 COMBINAISON- PRÉVENTION			
Médecins ☐ Autres professionnels ☐ Sexe : M ☐ F ☐					
TITRE : Formation sur le counselling en activité physique CONFÉRENCIÈRE : Chantal Sauvageau, M.D., M.Sc., FRCP(C) DATE : le HEURE : Clinique:					
POUR CHACUN DES ITEMS, ENCERCLEZ LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX À VOTRE OPINION					
Jusqu'à quel point cette formation vous a permis de répondre aux objectifs suivants :					
	Entièrement	Beaucoup	Assez	Peu	Pas du tout
1. Connaître les dernières recommandations en matière d'activités physiques	4	3	2	1	0
2. Acquérir des habiletés pour transmettre aux patients des messages sur l'activité physique	4	3	2	1	0
3. Se familiariser avec des outils facilitant le counselling en activité physique	4	3	2	1	0
4. Tester sur place un outil d'évaluation et de motivation : le podomètre	4	3	2	1	0
Quel est votre degré de satisfaction face aux aspects suivants ?					
	Excellent	Très bien	Bien	Faible	NSP*
Maîtrise du contenu par la conférencière	4	3	2	1	x
Clarté de la présentation	4	3	2	1	x
Interactions avec la conférencière	4	3	2	1	x
Utilité du contenu dans votre travail	4	3	2	1	x
Durée de la formation (spécifiez si besoin)	4	3	2	1	x
Documentation remise	4	3	2	1	x
Support audiovisuel	4	3	2	1	x
Local	4	3	2	1	x
* Ne s'applique pas					
Quel est votre degré de satisfaction générale ?					
Excellent	Très bien	Bien	Faible		
4	3	2	1		
Points forts de cette activité					
Points à améliorer					
Autres commentaires et suggestions pour d'autres activités de formation continue					
Merci pour votre participation !					

2004-09-07

Annexe 7 : Lettre aux médecins pour les inviter à collaborer à l'étude

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec



Direction régionale
de santé publique



Centre hospitalier universitaire
de la Capitale nationale
1111 rue du Palais
Québec (Québec) G1R 5G5

Le xx

Docteur
Adresse

Objet : Dressons ensemble un bilan de nos actions éducatives en faveur de saines habitudes de vie

Cher Docteur,

C'est à titre de membre du Groupe médical consultatif (GMC) du Programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION que je vous invite à collaborer à une première évaluation des actions menées quotidiennement par les omnipraticiens de la région de la Capitale nationale pour promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques. Je vous fais parvenir ci-joint un court **formulaire de consentement** qui explique cet important projet d'évaluation, financé par le Programme de subventions en santé publique et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CHUL.

En plus de prendre connaissance et de signer vous-même le formulaire, nous osons vous demander d'**informer vos collègues** omnipraticiens du déroulement de cette étude dans votre clinique et de les inviter à parcourir et signer un autre exemplaire du même formulaire de consentement. Pour faciliter leur adhésion, vous pourrez souligner que :

1. La participation à cette étude **n'exige des médecins aucun effort particulier** sauf la signature du formulaire de consentement ;
2. Plus le nombre de médecins acceptant de collaborer à l'étude sera élevé au sein de votre clinique, plus le recrutement de patients sera réalisé rapidement et plus l'information recueillie sera représentative ;
3. Cette étude vise à mieux connaître les pratiques préventives des omnipraticiens en lien avec les habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques, afin de mieux orienter les activités de promotion et de soutien;
4. Un agent de recherche se rendra dans votre salle d'attente certaines journées prédéterminées afin d'inviter les patients à répondre à un questionnaire téléphonique dans les deux semaines qui suivront leur visite à la clinique (dans la salle d'attente, seul le formulaire de consentement est lu et les coordonnées téléphoniques demandées, si le patient accepte de participer) ;
5. Les médecins et patients participants sont assurés que les données recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle.

Pour toute information supplémentaire, n'hésitez pas à communiquer avec moi. Je vous remercie de votre précieux concours et vous offre mes meilleures salutations.

Chantal Sauvageau, M.D., M.Sc., FRCP(C), chercheure principale
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
2400, avenue D'Estimauville, Beauport (Québec) G1E 7G9
Téléphone : (418) 666-7000 poste 368 Télécopieur : (418) 666-2776

Annexe 8 : Formulaire de consentement des médecins pour l'enquête téléphonique auprès des patients



Consentement des médecins à participer à l'évaluation du Programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION

Contexte de l'étude : Le Programme intégré de prévention des maladies chroniques de la région de la Capitale nationale, mieux connu sous le nom de 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, désire mieux connaître les pratiques et les besoins éducatifs des médecins omnipraticiens, considérés comme des acteurs clés dans la prévention de ces maladies.

Objectifs de l'étude : L'information recueillie permettra de mieux cibler les interventions éducatives du programme, de fournir aux médecins un feedback sur leur pratique et de suivre des indicateurs permettant d'évaluer l'implantation et l'efficacité des interventions.

Déroulement de l'étude : Les études démontrent que les médecins et leurs patients apportent des *éclairages différents et complémentaires* concernant les pratiques préventives. En plus de nous intéresser à votre point de vue, nous souhaitons donc entrer en contact avec quelques uns des patients de votre clinique, avant leur consultation avec ou sans rendez-vous avec le médecin. Si vous nous y autorisez, une technicienne de recherche se rendra dans votre salle d'attente, certaines journées pré déterminées, pour expliquer l'étude aux patients adultes (18 à 74 ans inclus) qui auront accepté d'en savoir davantage sur l'étude, suite à une introduction de la technicienne de recherche par la secrétaire de votre clinique. S'ils acceptent de participer à l'étude, les patients seront invités à signer un formulaire de consentement. Une copie du formulaire de consentement sera remise au patient et une autre sera conservée dans son dossier médical. Une firme de sondage les rappellera dans les 2 semaines suivant la visite médicale pour une entrevue téléphonique d'environ 20 minutes portant sur leurs habitudes de vie et certaines pratiques cliniques préventives réalisées par les professionnels de la santé de votre clinique. Si vous le désirez, une copie du questionnaire qui sera administré à vos patients vous sera remise.

Risques et avantages possibles : La participation à cette étude est sans risque et n'exige des médecins aucun effort particulier sauf la signature du présent formulaire de consentement. Elle peut permettre aux médecins et à leurs patients de profiter de meilleurs services de soutien dans la promotion des saines habitudes de vie et dans la lutte aux maladies chroniques.

No d'approbation du comité : 89.05.08
Date d'approbation du comité : 07-09-05



Participation volontaire et droit de retrait : Votre adhésion à cette étude demeure tout à fait volontaire et vous demeurez libre, en tout temps, d'y mettre fin sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Confidentialité et accès aux dossiers médicaux : Les médecins et patients participants sont assurés que les données recueillies seront traitées de façon confidentielle. Afin de préserver l'anonymat, un code numérique remplacera le nom des patients qui accepteront de répondre au questionnaire. Toutes les mesures seront prises pour que les médecins ne puissent être identifiés, que ce soit par leur nom ou leur lieu de pratique.

Les informations recueillies seront conservées en lieu sûr et seuls les chercheurs pourront les consulter. Les présentations et publications éventuelles concernant l'évaluation du programme ne permettront pas l'identification spécifique des participants.

Les données recueillies auprès de l'ensemble des patients de tous les médecins participants de la région seront amalgamées pour dresser un tableau global, qui nous permettra de suivre les pratiques médicales préventives dans la région et de retourner l'information aux médecins qui le désirent.

L'équipe de recherche n'aura pas accès au dossier médical des patients.

Personnes ressources et questions :

Chercheuse principale :
Chantal Sauvageau, M.D., M.Sc., FRCP(C)
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
Tél : (418) 666-7000 poste 368
Courriel : chantal_sauvageau@ssss.gouv.qc.ca

Pour toute question concernant vos droits comme participant à ce projet, vous pouvez vous adresser au Directeur des services professionnels et hospitaliers du CHUQ au numéro : (418) 691-5521

Je, soussigné(e) _____
déclare avoir lu et compris les termes du présent formulaire. Je reconnais également avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation à l'étude.

Signature : _____ Date : _____
Témoin : _____ Date : _____

Annexe 9 : Formulaire de consentement des patients pour l'enquête téléphonique auprès des patients

Titre de l'étude : « Évaluation d'une intervention réalisée auprès des médecins oeuvrant en cabinet privé dans la région de la Capitale nationale ».



Formulaire de consentement

Date : _____ 2006

Contexte de l'étude :

Les médecins de famille sont de plus en plus souvent appelés à prévenir les maladies chroniques comme les maladies du cœur et des poumons, le diabète, l'obésité et certains cancers par la promotion des saines habitudes de vie. La Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, dans le cadre du Programme intégré de prévention des maladies chroniques, leur offre son aide dans cette tâche difficile.

Objectif de l'étude :

Connaître les pratiques préventives au regard des maladies chroniques réalisées par les médecins en cabinet privé de la région.

Déroulement de l'étude :

Vous êtes invités à participer à une entrevue téléphonique au cours des deux prochaines semaines qui durera environ 20 minutes. Si vous acceptez, un agent de recherche vous téléphonera pour vous poser quelques questions sur les interventions préventives réalisées par le médecin que vous venez rencontrer aujourd'hui. Vous n'avez qu'à signer le présent formulaire et inscrire votre nom et votre numéro de téléphone ainsi que le meilleur moment pour vous contacter. Une copie du formulaire de consentement vous sera remise et une autre sera conservée dans votre dossier médical.

Risques et avantages possibles :

La participation à cette étude est sans risque et vous donnera la possibilité de contribuer à mieux connaître les interventions préventives réalisées par les médecins de la région et à les soutenir dans la réalisation de ces interventions.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation est tout à fait volontaire et vous demeurez libre, en tout temps, d'y mettre fin sans avoir à motiver votre décision, ni à subir aucun inconvénient.

Confidentialité et accès aux dossiers médicaux :

- Votre nom sera remplacé par un code (numéro de questionnaire) ne permettant pas de vous identifier;
- Les noms des participant(e)s ne paraîtront sur aucun rapport;
- Les renseignements obtenus dans cette recherche seront conservés en lieu sûr et détruits dès que les analyses seront complétées;

No d'approbation du comité : 89.05.08

Date d'approbation du comité : 16 décembre 2005

_____ Initiales

1 de 2

Titre de l'étude : « Évaluation d'une intervention réalisée auprès des médecins oeuvrant en cabinet privé dans la région de la Capitale nationale ».

- En aucun cas, les résultats individuels des participant(e)s ne seront communiqués à qui que ce soit, incluant votre médecin traitant;
- L'équipe de recherche n'aura pas accès à votre dossier médical.

Personnes ressources et questions :

Chercheure principale :

Dre Chantal Sauvageau, M.D., M.Sc., FRCPC

Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale

Tél. : (418) 666-7000 poste 368

Courriel : chantal_sauvageau@ssss.gouv.qc.ca

Si vous avez des **questions** à poser concernant **vos droits** en tant que sujet de recherche, vous pouvez vous adresser au directeur des services professionnels du CHUQ au numéro (418) 691-5521.

Je soussigné(e) [nom du (de la) participant(e)] _____ consens librement à participer à la recherche visant à connaître les pratiques préventives au regard des maladies chroniques réalisées par les médecins en cabinet privé de la région.

Lu et signé le _____ 2006, à _____.

Signature du (de la) participant (e)	Signature du témoin	Date
--------------------------------------	---------------------	------

Chercheure principale : Chantal Sauvageau _____

Nom du (de la) patient(e) : _____ M. ☐ Mme ☐

Numéro de **téléphone** où vous préférez être rejoint : (____) ____ - ____

Numéro de téléphone supplémentaire (s'il y a lieu) : (____) ____ - ____

À quel moment de la journée est-il préférable de vous contacter pour l'entrevue par téléphone qui aura lieu **dans les 15 prochains jours** :

En avant-midi ☐ En après-midi ☐ En soirée ☐

À quel moment de la semaine est-il préférable de vous contacter pour l'entrevue par téléphone qui aura lieu **dans les 15 prochains jours** :

Sur semaine ☐ La fin de semaine ☐

Nom clinique médicale : _____ Nom médecin _____

No d'approbation du comité : 89.05.08

2 de 2

Date d'approbation du comité : 16 décembre 2005

Initiales _____

Annexe 10 : . Questionnaire de l'enquête téléphonique auprès des patients



CSP (Médecins)

SANTÉ-PUBLIQUE QUÉBEC

/*

Légende

texte	On utilise l'astérisque pour signaler un texte de question, un commentaire ou un choix de réponses non lu, qui apparaît à l'interviewer lors de l'entrevue.
...	Indique l'endroit où les choix de réponses sont à lire dans le texte de la question.
/*texte*/	Le texte entouré par « /*...*/ » est une note explicative qui n'apparaît pas à l'interviewer lors de l'entrevue.
NSP	Choix de réponses : Ne sait pas
NRP	Choix de réponses : Ne répond pas (refus)
NA	Choix de réponses : Non applicable (sans objet)
->, ->>	Signifie « Passez à la question »
->sortie	Valide avec l'interviewer que le répondant n'est pas admissible, termine l'entrevue et la classe comme « inadmissible ».
->fin	Termine l'entrevue et la classe comme « Complétée »
1=, 1=	Lorsque <u>tous</u> les choix de réponses sont précédés de « 1= », il s'agit d'une question pouvant comporter plusieurs réponses (chaque choix est oui ou non).
1=, 2=,...	Lorsque les choix de réponses sont précédés de « 1=..., 2=..., etc. », une seule réponse est possible à moins d'indications contraires (par exemple : « 3 mentions »).
Q_Slcal, Q_INcal	Les questions commençant par « Q_Sl... » ou par « Q_IN... » sont des questions filtres ou des directives techniques permettant de lire des informations de l'échantillon, de compléter automatiquement certaines questions, de faire un branchement complexe, etc. Une note explicative, placée avant la question filtre ou la directive technique, précise la fonction remplie par cette dernière.
*/	
Q_Bi	Bonjour / bonsoir. J'aimerais parler à...
->>putdate	
Q_inputdate	q#date=input(11,12)
Q_inputclin	q#clinique=input(243,40)
->>bonjour	
Q_date	*Complétée par input*

Q_clinique

Complétée par input

Q_bonjour

Bonjour, bonsoir, je suis... de la firme de recherche SOM. Je vous appelle concernant l'étude à laquelle vous avez accepté de participer dans la salle d'attente de la clinique <clinique>, le <date>.

Avant de commencer, l'équipe de recherche, tient à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude. Afin d'assurer la qualité de nos travaux, cet appel pourrait être enregistré. Toutefois, nous vous confirmons que toutes les mesures pour assurer la confidentialité de vos réponses ont été prises tel que mentionné dans le formulaire de consentement. *Durée, 15 à 20 minutes*

2=*Continuez

Q_TXT1

Les premières questions portent sur certains indicateurs de santé dont: la tension artérielle, le cholestérol, le diabète, les maladies cardiovasculaires et certaines habitudes de vie.

2=*Continuez

Q_1

Est-ce qu'un PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ vous a déjà dit A PLUS D'UNE OCCASION que votre pression artérielle était élevée, êtes-vous connu hypertendu ou prenez-vous des médicaments pour ce problème? *NOTE: PAS nécessairement un professionnel de la clinique <clinique>. LA REMARQUE PEUT AVOIR ÉTÉ FAITE PAR DES PROFESSIONNELS DIFFÉRENTS.*

1=*Oui

2=*Non

8=*Ne sait pas / pas certain

9=*Refus

Q_2

Est-ce qu'un PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ vous a déjà dit A PLUS D'UNE OCCASION que votre taux de cholestérol sanguin était élevé ou prenez-vous des médicaments pour ce problème? *NOTE: pas nécessairement un professionnel de la clinique <clinique>. LA REMARQUE PEUT AVOIR ÉTÉ FAITE PAR DES PROFESSIONNELS DIFFÉRENTS.*

1=*Oui

2=*Non

8=*Ne sait pas / pas certain

9=*Refus

Q_3

Est-ce qu'un PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiovasculaire (maladie du coeur) ou prenez-vous des médicaments pour ce problème? Par exemple: une angine, une insuffisance cardiaque, un infarctus, un accident vasculaire-cérébral ? *NOTE: PAS nécessairement un professionnel de la clinique <clinique>. LA REMARQUE PEUT AVOIR ÉTÉ FAITE PAR DES PROFESSIONNELS DIFFÉRENTS.*

	1=*Oui 2=*Non 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
Q_4	Est-ce qu'un PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ vous a déjà dit que vous souffriez de diabète ou prenez-vous des médicaments pour ce problème? *NOTE: PAS nécessairement un professionnel de la clinique <clinique>. LA REMARQUE PEUT AVOIR ÉTÉ FAITE PAR DES PROFESSIONNELS DIFFÉRENTS.* 1=*Oui 2=*Non 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
Q_5	Vous considérez-vous actif physiquement? Faites-vous L'ÉQUIVALENT de 30 minutes de marche rapide ou plus presque à tous les jours? *La période de trente minutes peut être fractionnée en 3X10 minutes ou 2X15 minutes et les équivalents peuvent être : patinage, ski, sports d'équipe, jeux actifs avec les enfants, etc.* 1=*Oui, je me considère actif physiquement 2=*Non, je ne me considère pas actif physiquement 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
Q_TXT6	Maintenant, si je vous dis qu'une portion de fruit ou de légume équivaut à un fruit ou un légume de la grosseur d'une balle de tennis ou à 1/2 tasse (125 ml) de jus de fruit ou de légume : 2=*Continuez
Q_6	Généralement, combien de portions de fruits et de légumes consommez-vous par jour? Veuillez additionner les portions de fruits ET de légumes que vous mangez ou que vous buvez par jour. *0 :Aucune portion 98 :Ne sait pas / pas certain 99 :Refus*
Q_7	Est-ce que vous fumez la cigarette, le cigare ou la pipe ? *Si non, sondez pour savoir si la personne a déjà fumé ou non.* *Si un répondant mentionne qu'il fume occasionnellement ou socialement (durant les party seulement) cliquez sur oui.* 1=*Oui 2=*Non et n'a jamais fumé 3=*Non, mais a déjà fumé 9=*Refus
Q_TXT8	Les prochaines questions porteront sur la visite médicale du <date> à la clinique <clinique>. 2=*Continuez

Q_8	Quelle était la raison de votre visite à la clinique <clinique> le <date> ? Était-ce pour... ? *Prendre la raison principale* 1=Une visite annuelle 2=Une consultation pour un problème précis 3=Une visite de contrôle suite à des tests->10 90=Autre <précisez> 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
Q_9	Était-ce une visite AVEC rendez-vous ou SANS rendez-vous ? 1=*Avec rendez-vous 2=*Sans rendez-vous 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
Q_10	Lors de la visite du <date> à la clinique <clinique>, avez-vous consulté votre médecin de famille habituel. *Si la réponse du patient est « je n'ai pas de médecin de famille, », inscrire « 2 » pour Non* 1=*Oui 2=*Non 9=*Refus
Q_11	Lors de votre visite le <date> à la clinique <clinique>, a-t-on mesuré votre pression artérielle (tension)? 1=*Oui 2=*Non->12 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
->>cal13	
/*Si non à la question 11 */	
Q_12	À quand remonte la dernière fois où un professionnel de la clinique <clinique> a mesuré votre tension artérielle? Était-ce... ? 1=Au cours des 12 derniers mois 2=Entre un et deux ans 3=Il y a plus de deux ans 4=Jamais 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
/*Si oui à la question 11 ou réponses « au cours des 12 derniers mois » ou « entre 1 et 2 ans » à la question 12, (si non, aller à la prochaine section)*/	
Q_sical13	si q#11=1->13 si q#12=1,2->caltx13
->>TXT16	
Q_incaltx13	lorsque q#12=1,2 alors q#tx13=2
->>13	
Q_tx13	*Pour affichage*

2=la dernière fois

Q_13 Quel professionnel de la santé de la clinique <clinique> a mesuré votre pression artérielle <TX13>? Était-ce... ?

1=Un médecin
1=Une infirmière
1=Un pharmacien
1=Un autre professionnel de la santé
1=*Ne sait pas / pas certain
1=*Refus

/*Si oui à la question 1 et si oui à la question 11 ou réponses « au cours des 12 derniers mois » ou « entre 1 et 2 ans » à la question 12, (si non, aller à la prochaine section)*/

Q_sical14 si q#1=1 et (q#11=1 ou q#12=1,2)->14
->>TXT16

Q_14 Ce ou ces professionnel(s) de la santé vous a-t-il ou vous ont-ils recommandé quelque chose ou référé à quelqu'un concernant votre tension artérielle?

1=*Oui->15
2=*Non
8=*Ne sait pas / pas certain
9=*Refus

->>TXT16

Q_15 Que vous a-t-il ou vous ont-ils recommandé précisément... ? *rotation

1=De modifier votre alimentation
1=De cesser de fumer
1=D'augmenter l'activité physique
1=De mieux gérer le stress
1=De diminuer votre poids
1=De prendre ou faire prendre votre tension artérielle fréquemment
1=Vous a prescrit des médicaments
1=Vous a remis de la documentation écrite sur l'hypertension (dépliants)
1=Vous a référé à un autre professionnel de la santé (ex : au CLSC, à une nutritionniste, etc.)
1=*Autre (précisez) (À LIRE EN DERNIER)
1=*Ne sait pas
1=*Refus

Q_sicalau15 si q#15=10->au15
->>TXT16

Q_AU15 *Autre précisez*

Q_TXT16 Les questions suivantes portent sur l'activité physique.

2=*Continuez

Q_16	Lors de votre visite le <date> à la clinique <clinique>, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a parlé d'activité physique, par exemple, demandé si vous pratiquez des activités physiques, recommandé d'augmenter votre niveau d'activité physique ou félicité pour votre niveau d'activité physique? 1=*Oui 2=*Non->17 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
->>cal18	
/*Si non à la question 16*/	
Q_17	À quand remonte la dernière fois où un professionnel de la santé de la clinique <clinique> vous a parlé d'activité physique? Était-ce... ? 1=Au cours des 12 derniers mois 2=Entre un et deux ans 3=Il y a plus de deux ans 4=Jamais 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
/*Si oui à la question 16 ou réponses « au cours des 12 derniers mois » ou « entre 1 et 2 ans » à la question 17, (si non, aller à la prochaine section)*/	
Q_sical18	si q#16=1->18 si q#17=1,2->caltx18
->>TXT21	
Q_incaltx18	lorsque q#17=1,2 alors q#tx18=2
->>18	
Q_tx18	*Pour affichage* 2=la dernière fois
Q_18	Quel professionnel de la santé de la clinique <clinique> vous a parlé d'activité physique <TX18>? *Lire au besoin : Était-ce... ?* 1=*Un médecin 1=*Une infirmière 1=*Un pharmacien 1=*Un autre professionnel de la santé 1=*Ne sait pas / ne se rappelle plus 1=*Refus
Q_19	Plus précisément, est-ce que ce ou ces professionnel(s) de la santé vous a ou vous ont... ? *rotation 1=Demandé si vous pratiquez des activités physiques 1=Recommandé de commencer ou d'augmenter vos activités physiques 1=Félicité pour votre activité physique ou encouragé à continuer 1=Remis de la documentation écrite sur l'activité physique (dépliants) 1=Proposé l'utilisation d'un podomètre (petit appareil qui compte les pas) 1=Référé à un spécialiste de l'activité physique (ex: dans un centre de conditionnement ou autre) 1=*Autre, (précisez) (À LIRE EN DERNIER) 1=*Aucun conseil en particulier

	1=*Ne sait pas / pas certain 1=*Refus
Q_sicalau19 ->>TXT21	si q#19=7->au19
Q_AU19	*Autre précisez*
Q_TXT21	Nous allons maintenant vous poser quelques questions portant sur l'alimentation. 2=*Continuez
Q_21	Lors de votre visite, le <date> à la clinique <clinique>, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a parlé de votre consommation quotidienne de fruits et de légumes, par exemple, demandé le nombre de fruits et légumes que vous consommez à chaque jour, recommandé d'augmenter votre consommation quotidienne de fruits et de légumes ou félicité pour votre consommation quotidienne de fruits et de légumes? 1=*Oui 2=*Non->22 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
->>cal23 /*Si non à la question 21 */	
Q_22	À quand remonte la dernière fois où un professionnel de la santé de la clinique <clinique> vous a parlé de votre consommation de fruits et légumes? Était-ce... ? 1=Au cours des 12 derniers mois 2=Entre un et deux ans 3=Il y a plus de deux ans 4=Jamais 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
/*Si oui à la question 21 ou réponses « au cours des 12 derniers mois » ou « entre 1 et 2 ans » à la question 22, (si non, aller à la prochaine section) */	
Q_sical23 ->>TXT26	si q#21=1->23 si q#22=1,2->caltx23
Q_incaltx23 ->>23	lorsque q#22=1,2 alors q#tx23=2
Q_tx23	*Pour affichage* 2=la dernière fois
Q_23	Quel professionnel de la santé de la clinique <clinique> vous a parlé de votre consommation quotidienne de fruits et légumes <TX23>? *Lire au besoin : Était-ce... ?* 1=*Un médecin 1=*Une infirmière 1=*Un pharmacien 1=*Un autre professionnel de la santé

	1=*Ne sait pas / ne se rappelle plus 1=*Refus
Q_24	Plus précisément, est-ce que ce ou ces professionnel(s) de la santé vous a ou vous ont... ? *rotation 1=Demandé le nombre de fruits et légumes que vous consommiez à chaque jour 1=Recommandé d'augmenter votre consommation de fruits et légumes 1=Félicité pour votre consommation de fruits et légumes ou encouragé à continuer 1=Remis de la documentation écrite sur l'alimentation (dépliants) 1=Référé à une nutritionniste ou à un groupe d'enseignement sur l'alimentation 1=*Autre, (précisez) (À LIRE EN DERNIER) 1=*Aucun conseil en particulier 1=*Ne sait pas / pas certain 1=*Refus
Q_sicalau24 ->>TXT26	si q#24=6->au24
Q_AU24	*Autre précisez*
Q_TXT26	Nous allons maintenant vous poser quelques questions qui portent sur le tabagisme. 2=*Continuez
Q_26	Lors de votre visite le <date> à la clinique <clinique>, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a parlé de tabac, par exemple, demandé si vous fumez, recommandé de cesser ou félicité de ne pas fumer? 1=*Oui, ce fut initié par le professionnel 2=*Oui, mais c'est le répondant qui y allait spécifiquement pour ça 3=*Non->27 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
->>cal28 /*Si non à la question 26*/	
Q_27	À quand remonte la dernière fois où un professionnel de la santé de la clinique <clinique> vous a parlé de tabac? Était-ce... ? 1=Au cours des 12 derniers mois 2=Entre un et deux ans 3=Il y a plus de deux ans 4=Jamais 8=*Ne sait pas / pas certain 9=*Refus
/*Si oui à la question 26 ou réponses « au cours des 12 derniers mois » ou « entre 1 et 2 ans » à la question 27, (si non, aller à la prochaine section TEXTE)*/	
Q_sical28 ->>31	si q#26=1,2 ou q#27=1,2->caltx28
Q_incaltx28 ->>28	lorsque q#27=1,2 alors q#tx28=2 et lorsque q#27=1,2 alors q#tx26b=1 et lorsque q#26=2 alors q#tx26a=2 et lorsque q#26=1 alors q#tx26b=1 et lorsque q#26=2 alors q#tx26b=2

Q_tx28	*Pour affichage* 2=la dernière fois
Q_tx26a	*Pour affichage* 2=Avec
Q_tx26b	*Pour affichage* 1=vous a 2=avez-vous
Q_28	<TX26a> Quel professionnel de la santé de la clinique <clinique> <TX26b> parlé de tabac <TX28>?*Lire au besoin : Était-ce... ?* 1=*Un médecin 1=*Une infirmière 1=*Un pharmacien 1=*Un autre professionnel de la santé 1=*Ne sait pas / ne se rappelle plus 1=*Refus
Q_sical29 ->>29	si q#26=2->30
Q_29	Plus précisément, est-ce que ce ou ces professionnel(s) de la santé vous a ou vous ont... ? 1=Demandé si vous fumiez 1=Recommandé de cesser de fumer 1=Félicité de ne pas fumer 1=*Aucun conseil en particulier 1=*Ne sait pas / pas certain 1=*Refus
Q_sical30 ->>cal30b	si q#29=3->31
/*Si oui à la question 7 (si non, ne sait pas/pas certain ou refus, aller à la question 31) Et si oui à la question 26 ou réponses « au cours des 12 derniers mois » ou « entre 1 et 2 ans » à la question 27, (si autres réponses aux questions 26 et 27, allez à la question 31). Si les deux conditions ne sont pas remplies, aller à la question 31) */	
Q_sical30b ->>31	si q#7=1 et (q#26=1,2 ou q#27=1,2)->30
Q_30	Ce ou ces professionnel(s) de la santé vous a-t-il ou vous ont-ils... ? *rotation 1=Remis de la documentation écrite sur le tabac (dépliant) 1=Recommandé des aides pour cesser de fumer (patch, gommes, zyban, inhalateur) 1=Référé à un Centre d'abandon du tabac 1=Référé à la ligne téléphonique "J'arrête" ou parlé du Défi « J'arrête, j'y gagne » 1=*Autre, (précisez) (À LIRE EN DERNIER) 1=*Aucun conseil en particulier 1=*Ne sait pas / pas certain 1=*Refus
Q_sicalau30	si q#30=5->au30

->>31

Q_AU30 *Autre précisez*

Q_31 Lors de votre consultation à la clinique <clinique> le <date>, est-ce qu'un ou des professionnel(s) de la santé vous a ou vous ont parlé du 0.5.30 (lire zéro-cinq-trente) combinaison prévention? *NOTE A L'INTERVIEWER: Si la personne le demande, vous pourrez expliquer mais enregistrez d'abord la réponse à la question, avant de donner les précisions suivantes : * 0 égale 0 tabac; 5 égale 5 portions ou plus de fruits et de légumes par jour; 30 égale 30 minutes ou plus d'activité physique par jour. *Si le répondant parle du Défi 5/30 ou du bonhomme bleu, cliquez sur oui.*

1=*Oui->32

2=*Non

8=*Ne sait pas / ne se rappelle pas

9=*Refus

->>33

/*Si oui à la question 31 (si non, ne sait pas/pas certain, refus aller à la question 33)*/

Q_32 Quel professionnel de la santé de la clinique <clinique> vous a parlé du 0.5.30?
*Lire au besoin : Était-ce... ?

1=*Un médecin

1=*Une infirmière

1=*Un pharmacien

1=*Un autre professionnel de la santé

1=*Ne sait pas / ne se rappelle plus

1=*Refus

Q_33 En avez-vous entendu parler ailleurs?

1=*Oui->34

2=*Non

8=*Ne sait pas / ne se rappelle pas

9=*Refus

->>35

/*Si oui à la question 33 (si non, ne sait pas/pas certain, refus aller à la question 35)*/

Q_34 D'où provenait l'information ?

1=*Médias (journaux, radio, télévision, etc.)

1=*Milieu de travail (incluant l'école ou la municipalité pour ceux qui y travaillent)

1=*École (par vos enfants)

1=*Autre établissement de santé que votre clinique (ex. CLSC, hôpital)

1=*Internet

1=*Municipalité (événements, loisirs, etc.)

1=*Autre source d'information

1=*Ne sait pas / pas certain

1=*Refus

Q_35 Est-ce que vous seriez porté à modifier vos habitudes de vie comme cesser de fumer, manger cinq portions de fruits et de légumes chaque jour et faire 30 minutes d'activité physique par jour si votre médecin vous le recommandait?

1=*Oui
2=*Non
8=*Ne sait pas / pas certain
9=*Refus

Q_36 Maintenant, pourriez-vous me dire si vous êtes totalement en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord ou totalement en désaccord avec le fait qu'un médecin vous recommande de modifier vos habitudes de vie comme cesser de fumer, manger cinq portions de fruits et de légumes chaque jour et faire 30 minutes d'activité physique par jour :

2=*Continuez

Q_incal36 rotation=q#36a, q#36b, q#36c, q#36d, q#36e (après=q#37)

Q_36a *Pourriez-vous me dire si vous êtes totalement en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord ou totalement en désaccord avec le fait qu'un médecin vous recommande de modifier vos habitudes de vie comme cesser de fumer, manger cinq portions de fruits et de légumes chaque jour ... *

Lors de votre visite annuelle/bilan de santé?

1=*Totalement en accord
2=*Plutôt en accord
3=*Plutôt en désaccord
4=*Totalement en désaccord
8=*Ne sait pas / pas certain
9=*Refus

Q_36b Lors d'une consultation avec rendez-vous pour un problème aigu* *Lire au besoin : êtes-vous... avec le fait que le médecin vous recommande de modifier vos habitudes de vie comme cesser de fumer, manger cinq portions de fruits et de légumes chaque jour et faire 30 minutes d'activité physique par jour?*

Q_36c Lors d'une consultation avec rendez-vous pour un problème chronique? *Lire au besoin : êtes-vous... avec le fait que le médecin vous recommande de modifier vos habitudes de vie comme cesser de fumer, manger cinq portions de fruits et de légumes chaque jour et faire 30 minutes d'activité physique par jour?*

Q_36d Lors d'une consultation à l'urgence de l'hôpital? *Lire au besoin : êtes-vous... avec le fait que le médecin vous recommande de modifier vos habitudes de vie comme cesser de fumer, manger cinq portions de fruits et de légumes chaque jour et faire 30 minutes d'activité physique par jour?*

Q_36e Lors d'une consultation sans rendez-vous? *Lire au besoin : êtes-vous... avec le fait que le médecin vous recommande de modifier vos habitudes de vie comme cesser de fumer, manger cinq portions de fruits et de légumes chaque jour et faire 30 minutes d'activité physique par jour?*

Q_37 Avant de conclure avec la dernière partie et si ce n'est pas trop indiscret, j'aimerais savoir votre année de naissance ? *Bornes=1900,1988 exception=9999

9999 :Refus

Q_38 A quel niveau se situe la dernière année de scolarité que vous avez complétée?
Est-ce... ?

1=Primaire (7 ans ou moins)
2=Secondaire; DES de formation générale ou professionnelle (8 à 12 ans)
3=Collégial; DEC de formation préuniversitaire, de formation technique, certificats
(CEP), attestations (ASP) ou diplômes de perfectionnement (DE)
4=Universitaire
9=Refus

Q_39 Pourriez-vous m'indiquer votre GRANDEUR (taille) ?

1=*Centimètres
2=*Pieds->39pi
8=*Ne sait pas / pas certain->40
9=*Refus->40

Q_39un *Entrez le nombre de centimètres* *Ex. 1 mètre 50 devient 150 centimètres*

->>40

Q_39pi *Entrez le nombre de pieds*

3=*3
4=*4
5=*5
6=*6
7=*7

Q_39po *Entrez le nombre de pouces*

0=*0
1=*1
2=*2
3=*3
4=*4
5=*5
6=*6
7=*7
8=*8
9=*9
10=*10
11=*11

Q_40 Pourriez-vous m'indiquer votre POIDS ?

1=*Kilogrammes
2=*Livres
8=*Ne sait pas / pas certain->sexe
9=*Refus->sexe

Q_40un *Entrez le nombre*

Q_sexe Sexe *Inscrire le sexe du répondant*

1=*Homme

2=*Femme

1- Le counselling actuel

Dans le cadre de votre pratique, est-ce que vous conseillez vos patients au sujet de leur tabagisme :

☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais

- Si vous le faites occasionnellement ou souvent, qu’est-ce qui vous empêche de le faire davantage?
- Qu’est-ce qui vous aiderait à le faire plus systématiquement ?
- Utilisez-vous des outils, des ressources ? Lesquels ?
- En êtes-vous satisfait ?
- Depuis combien de temps faites-vous du counselling sur le tabagisme ?
- Vous sentez-vous efficace dans votre counselling anti-tabagisme?

Dans le cadre de votre pratique, est-ce que vous conseillez vos patients au sujet de leur alimentation : ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais

- Si vous le faites occasionnellement ou souvent, qu’est-ce qui vous empêche de le faire davantage?
- Qu’est-ce qui vous aiderait à le faire plus systématiquement ?
- Utilisez-vous des outils, des ressources ? Lesquels ?
- En êtes-vous satisfait ?
- Depuis combien de temps faites-vous du counselling sur l’alimentation ?
- Vous sentez-vous efficace dans votre counselling sur l’alimentation ?

Dans le cadre de votre pratique, diriez-vous que vous conseillez vos patients au sujet de leur activité physique : ☐ toujours ☐ souvent ☐ occasionnellement ☐ jamais

- Si vous le faites occasionnellement ou souvent, qu’est-ce qui vous empêche de le faire davantage?
- Qu’est-ce qui vous aiderait à le faire plus systématiquement ?
- Utilisez-vous des outils, des ressources ? Lesquels ?
- En êtes-vous satisfait ?
- Depuis combien de temps faites-vous du counselling sur l’activité physique ?
- Vous sentez-vous efficace dans votre counselling sur l’activité physique ?

Comment percevez-vous l’attitude de vos patients vis-à-vis des recommandations que vous leur faites concernant leurs habitudes de vie ?

- Selon vous, quels sont les principaux obstacles à l’adoption de saines habitudes de vie ?
- Avez-vous des pistes de solution à proposer ?

Quelles sont vos sources d’information principales sur les HV/MC ?

- ☐ Livres ou revues
- ☐ Internet
- ☐ congrès
- ☐ sources gouvernementales
- ☐ compagnies pharmaceutiques

□ autres (préciser)

- Êtes-vous satisfait de l'information que vous recevez sur les HV/MC ?
- Auriez-vous des besoins spécifiques au sujet des habitudes de vie?

Dans le cadre de votre pratique actuelle, j'ai quelques questions à propos de votre réseau en HV/MC ?

- Quelles sont les principales spécialités **médicales** avec lesquelles vous échangez des services (consultation et référence)
- Quelles sont les principales spécialités **professionnelles** avec lesquelles vous échangez des services (diététistes, kinésiothérapeutes, inhalothérapeutes, psychologues...)
- Quelles sont les principales **ressources communautaires ou institutionnelles** (ex. Centres d'abandon du tabac, cuisines collectives, centres de conditionnement physique, groupes d'entraide sur le poids,...) avec lesquelles vous échangez des services
- Quels sont les principaux **moyens de communication** avec vos collaborateurs (en personne, par courrier, téléphone, fax, courriel...)
- Êtes-vous satisfait des ressources que vous utilisez actuellement ? Pourquoi ?

2- Le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION

Avez-vous entendu parler du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION ?

- Si oui, de quelle façon?
- Selon vous, quels sont les objectifs du programme ?
(Si description incomplète ou erronée, faire un bref résumé)

Quelle est l'importance d'un tel programme selon vous ?

Quels sont les pour et les contre d'un tel programme ?

- Avez-vous des attentes particulières envers ce programme?

Avez-vous reçu la visite d'un délégué médical en prévention dans le cadre du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION dans la région de la Capitale nationale ?

- Connaissez-vous son nom?
- Quelle est votre perception vis à vis une telle démarche : (les pour et les contre)
- Avez-vous des suggestions au sujet du délégué ? _____

Dans le cadre du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION dans la région de la Capitale nationale, avez-vous déjà reçu certains outils pour aider vos patients à lutter contre les maladies chroniques et à promouvoir les saines habitudes de vie (sortir un cartable de démonstration)?

- Utilisez-vous ces outils ?
- Lesquels en particulier ?
- Quels sont les points forts de ces outils ?
- Quelles sont vos suggestions pour les améliorer ?

Utilisez-vous d'autres outils en HV/MC, conçus par d'autres organismes ou programmes ?

Exemples :

- o **Outils à l'intention des médecins** (guides et fiches aide-mémoire, autocollants pour les dossiers, répertoire de ressources, dossier clinique informatisé, ...)
- o **Outils à l'intention des patients** (affiches, livres, dépliants, vidéos, systèmes de relance, carnet de santé, podomètre, ...)

- Quels sont les points forts de ces outils ?
- Quelles sont vos suggestions pour les améliorer ?

Dans le cadre du programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION dans la région de la Capitale nationale, des formations sont offertes aux médecins et autres professionnels. Avez-vous participé à une des formations ?

- Si oui, laquelle – lesquelles ?
- Quels sont les points forts de ces formations ?
- Quelles sont vos suggestions pour les améliorer ?

Avez-vous reçu d'autres formations continues sur les HV/MC au cours de la dernière année ?

Si oui, laquelle – lesquelles ?

- Quels sont les points forts de ces formations ?
- Quelles sont vos suggestions pour les améliorer ?

Dans le cadre du programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION dans la région de la Capitale nationale, des Centres d'abandon du tabagisme (CAT) ont été mis en place dans chaque territoire de CLSC pour soutenir les médecins et autres professionnels dans leur travail. Connaissez-vous bien ces ressources?

- Quelle est votre perception vis à vis les CAT :
(les pour et les contres)
- Des suggestions pour améliorer les liens avec les CAT ?

Travail d'équipe en lien avec le 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION :

- Est-ce que vous croyez que vos collègues connaissent le programme 0-5-30 ?
- Est-ce que vous croyez que vos collègues utilisent les outils 0-5-30 ?
- Est-ce que vos collègues participent à des formations sur la prévention des maladies chroniques et la promotion de saines habitudes de vie ?
- Travaillez-vous en équipe pour promouvoir de saines habitudes de vie et prévenir les maladies chroniques ?
- Comment voyez-vous votre rôle en lien avec les HV/MC par rapport à celui des autres membres de votre équipe ?

Pratiques personnelles concernant le tabagisme , la consommation de fruits et légumes , l'activité physique (poser cette question de façon optionnelle à la toute fin de l'entrevue)

3- Caractéristiques du milieu de pratique

- Nombre d'omnipraticiens dans la clinique : _____
- Présence de médecins spécialistes : _____
- Présence d'autres professionnels : _____
- Existence de plages horaires consacrées au traitement ou au suivi de certaines maladies chroniques (HTA, diabète, MPOC, asthme...) : _____
- Usage d'un ordinateur lors de vos consultations ? _____
- Existence d'une personne responsable des formations dans la clinique ? _____
- Votre clinique a-t-elle une entente avec la santé publique concernant la vaccination ? _

4- Caractéristiques du répondant

Formation (membre certifié du Collège des médecins de famille du Canada ? autre diplôme, expertise ou habileté en lien avec les HV/MC : _____)

- Nombre d'années de pratique : _____ ans
- Ancienneté dans la clinique : _____ ans
- Nombre d'heures dans la clinique : sur _____ et sans rendez-vous _____
- Nombre de patients rencontrés chaque semaine; _____
- Fonctions particulières exercées dans la clinique (ex : responsable de la formation médicale continue, propriétaire, gestionnaire, autre... _____)
- Autres activités professionnelles et fonctions à l'extérieur de la clinique en lien avec les HV/MC; _____

Annexe 12 : Formulaire de consentement des médecins informateurs-clés pour les entrevues

Consentement des médecins informateurs-clés à participer à l'évaluation du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION



Contexte de l'étude : Le Programme intégré de prévention des maladies chroniques de la région de la Capitale nationale, mieux connu sous le nom de 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, désire mieux connaître les pratiques et les besoins éducatifs des médecins omnipraticiens, considérés comme des acteurs clés dans la prévention de ces maladies.

Objectifs de l'étude : L'information recueillie permettra de mieux cibler les interventions éducatives du programme, de fournir aux médecins un feedback sur leur pratique et de suivre des indicateurs permettant d'évaluer l'implantation et l'efficacité des interventions.

Déroulement de l'étude : Les recherches démontrent que les médecins et leurs patients apportent des *éclairages différents et complémentaires* concernant les pratiques préventives. Pour le présent volet de la recherche, nous désirons recueillir en détails, lors d'une entrevue d'environ une heure, le point de vue d'un certain nombre de médecins informateurs-clés sur les diverses stratégies du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et les améliorations à y apporter. Si vous le désirez, une copie de la grille d'entrevue vous sera remise.

Après signature du présent formulaire de consentement, vous serez invité à prendre rendez-vous avec l'interviewer pour une entrevue à votre cabinet de consultation ou en tout autre lieu que vous jugerez approprié. Une compensation de 30 \$ vous sera accordée par le fonds de recherche pour votre participation à cette entrevue.

Risques et avantages possibles : La participation à cette étude est sans risque. Les résultats de la recherche peuvent permettre aux médecins et à leurs patients de profiter de meilleurs services de soutien à la promotion des saines habitudes de vie et à la lutte aux maladies chroniques.

Participation volontaire et droit de retrait : Votre adhésion à cette étude demeure tout à fait volontaire et vous demeurez libre, en tout temps, d'y mettre fin sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

No d'approbation du comité : 89.05.08

Date d'approbation du comité : 07-09-05

Confidentialité et accès aux dossiers médicaux : Les médecins participants sont assurés que les données recueillies seront traitées de façon confidentielle. Toutes les mesures seront prises pour que les médecins ne puissent être identifiés, que ce soit par leur nom ou leur lieu de pratique.

Les informations recueillies seront conservées en lieu sûr et seuls les chercheurs pourront les consulter. Les présentations et publications éventuelles concernant l'évaluation du programme ne permettront pas l'identification spécifique des participants.

Les données recueillies auprès des médecins informateurs-clés seront amalgamées, soumises à une analyse qualitative puis synthétisées afin d'apporter des améliorations au programme. L'information sera rendue disponible aux médecins participants qui le désirent.

Personnes ressources et questions :

Chercheuse principale :
Chantal Sauvageau, M.D., M.Sc., FRCP(C)
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
Tél : (418) 666-7000 poste 368
Courriel : chantal_sauvageau@ssss.gouv.qc.ca

Pour toute question concernant vos droits comme participant à ce projet, vous pouvez vous adresser au Directeur des services professionnels et hospitaliers du CHUQ au numéro : (418) 691-5521.

Je, soussigné(e) _____
déclare avoir lu et compris les termes du présent formulaire. Je reconnais également avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation à l'étude.

Signature : _____ Date : _____

Témoin : _____ Date : _____

Annexe 13 : Compilation des résultats d'évaluation des ateliers de formation en activité physique

ÉVALUATION



TITRE DE LA FORMATION : Counselling en activité physique
CONFÉRENCIÈRES : Johanne Blais, MD et Chantal Sauvageau, MD
Compilation des 12 formations du 27 octobre 2005 au 1^{er} février 2006

Participants ayant complété l'évaluation Médecin : 70 Autre : 8

POUR CHACUN DES ITEMS, ENERCLEZ LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX À VOTRE OPINION

Jusqu'à quel point cette formation vous a permis de répondre aux objectifs suivants :

	Entièrement	Beaucoup	Assez	Peu	Pas du tout
1. Connaître les dernières recommandations en matière d'activités physiques	48	28	2		
2. Acquérir des habiletés pour transmettre aux patients des messages sur l'activité physique	42	33	3		
3. Se familiariser avec des outils facilitant le counselling en activité physique	47	29	2		
4. Tester sur place un outil d'évaluation et de motivation : le podomètre	52	21	5		

Quel est votre degré de satisfaction face aux aspects suivants ?

	Excellent	Très bien	Bien	Faible	NSP*
Maîtrise du contenu par la conférencière	73	4	1		
Clarté de la présentation	71	6	1		
Interactions avec la conférencière	72	5	1		
Utilité du contenu dans votre travail	61	15	2		
Durée de la formation (spécifiez si besoin)	58	17	2		
Documentation remise	68	9	1		
Support audiovisuel	65	13	0		
Local	56	18	2		

* Ne s'applique pas

Quel est votre degré de satisfaction générale ?

Excellent	Très bien	Bien	Faible
67	11	0	0

Analyse des feuilles d'évaluation	Nombre de participants :	112
	Nombre de répondants :	78

Atteinte des objectifs :

La cote associée à l'atteinte des premier, troisième et quatrième objectifs est de 3,6 (sur 4,0) et de 3,5 (sur 4,0) pour le deuxième objectif. La cote moyenne est de 3,6 (sur 4,0). Les participants ont répondu avoir atteint entièrement ou beaucoup les quatre objectifs dans des proportions allant de 94 % pour le quatrième objectif à 97 % pour les premier et troisième.

Degré de satisfaction p/r à différents aspects :

Parmi les différents items évalués au regard de la satisfaction, les cotes varient de 3,7 à 3,9 (sur 4,0). Les éléments ayant obtenu le plus haut degré de satisfaction sont : la maîtrise, la clarté, l'interaction avec la conférencière et la documentation 3,9 (sur 4,0). Le local et la durée ont obtenu la cote la plus faible, soit (3,7). La cote moyenne est de 3,8, ce qui est jugé excellent.

Degré de satisfaction générale :

Le degré de satisfaction générale reçoit une cote de 3,9 (sur 4,0).

Points forts de cette activité

Clarté (8)
Points pratiques du 0.5.30 (2)
Bonne recommandation sur l'activité physique (2)
Conférencière dynamique (15)
Interaction ++ (5)
Sujet très intéressant
Sujet d'actualité (2)
Concerne les patients mais aussi les médecins
Revue des patients bénéfique
Trucs pratiques (5)
Bravo pour la remise du podomètre (5)
Excellent visuel (2)
Information très pertinente (2)
Mise à jour des connaissances bien partagées (2)
Stimulant (3)
Bonne longueur (concis)
Rejoint mes préoccupations personnelles et professionnelles
Un message à la fois

Points à améliorer

Réserver plus de temps ++ (4)
Trucs pour aider les phases contemplation
Plus de précisions et moins de généralités
Fournir les documents pour patients immédiatement pendant la conférence (pad, etc.)

Autres commentaires et suggestions pour d'autres activités de formation continue

Merci (3)
Domaine préventif en général.
Parler plus du 0 et du 5

Compilation : Christine Simard et Chantal Sauvageau, le 9 juillet 2006
Interprétation : Chantal Sauvageau, le 9 août 2006

Merci pour votre participation !

Annexe 14 : Grille d'évaluation des ateliers de formation en activité physique

Département de santé publique du CHUQ

FORMATION

Thème : Compilation formation en activité physique

Date : 7 juillet 2006

Jusqu'à quel point cette formation vous a permis de répondre aux objectifs suivants :									
	Entièrement	Beaucoup	Assez	Peu	Pas du tout	TOTAL	n	Cote moyenne	% satisfait entièrement et beaucoup
	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)				
Obj. 1	48	28	2			280	78	3,6	97%
Obj. 2	42	33	3			273	78	3,5	96%
Obj. 3	47	29	2			279	78	3,6	97%
Obj. 4	52	21	5			281	78	3,6	94%
						1113	312	3,6	96%
Quel est votre degré de satisfaction face aux aspects suivants ?									
	Excellent	Très bien	Bien	Faible	NSP	TOTAL	n	Cote moyenne	% excellent et très bien
	(4)	(3)	(2)	(1)					
Maîtrise	73	4	1			306	78	3,9	99%
Clarté	71	6	1			304	78	3,9	99%
Interactions	72	5	1			305	78	3,9	99%
Utilité	61	15	2			293	78	3,8	97%
Durée	58	17	2			287	77	3,7	97%
Documentation	68	9	1			301	78	3,9	99%
Support A-V	65	13	0			299	78	3,8	100%
Local	56	18	2			282	76	3,7	97%
						2377	621	3,8	98%
Quel est votre degré de satisfaction générale ?									
	Excellent	Très bien	Bien	Faible		TOTAL	n	Cote moyenne	% excellent et très bien
	(4)	(3)	(2)	(1)					
	67	11				301	78	3,9	100%

Complété par : Christine Simard

Date : 7 juillet 2006

Annexe 15 : Compilation des résultats d'évaluation des ateliers de formation en tabac

ÉVALUATION



TITRE DE LA FORMATION : Mise à jour sur l'aide à la cessation tabagique
CONFÉRENCIÈRES : Joanne Provencher, M.D., Médecin-conseil, Clinique d'aide à la cessation tabagique, Hôpital Laval
 Compilation des quatre formations du 31 janvier 2006 au 5 juin 2006

Participants ayant complété l'évaluation

Médecin :

23

Autre : 1

POUR CHACUN DES ITEMS, ENERCLEZ LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX À VOTRE OPINION

Jusqu'à quel point cette formation vous a permis de répondre aux objectifs suivants :

	Entièrement	Beaucoup	Assez	Peu	Pas du tout
1. Reconnaître les bénéfices à intervenir auprès des fumeurs.	21	3			
2. Énumérer et appliquer les différentes stratégies d'intervention démontrées efficaces (counselling indiv., programme de groupe, aides pharmacologiques, combinaisons de stratégies).	20	4			
3. Intervenir auprès de clientèles spécifiques : fumeurs irréductibles, en sevrage, en rechute, moins de 18 ans, etc.).	18	6			
4. Connaître et conseiller les ressources complémentaires externes à la disposition des médecins.	18	5	1		

Quel est votre degré de satisfaction face aux aspects suivants ?

	Excellent	Très bien	Bien	Faible	NSP*
Maîtrise du contenu par la conférencière	20	4			
Clarté de la présentation	19	5			
Interactions avec la conférencière	16	7	1		
Utilité du contenu dans votre travail	20	4			
Durée de la formation (spécifiez si besoin)	11	9	3		
Documentation remise	19	4			1
Support audiovisuel	18	5	1		
Local	14	8	2		

* Ne s'applique pas

Quel est votre degré de satisfaction générale ?

Excellent	Très bien	Bien	Faible
17	7	0	0

Analyse des feuilles d'évaluation	Nombre de participants :	49
	Nombre de répondants :	24

Atteinte des objectifs :

La cote associée à l'atteinte du premier objectif est de 3,9 (sur 4,0), de 3,8 pour les deuxième et troisième objectifs et de 3,7 pour le quatrième. La cote moyenne est de 3,8 (sur 4,0). Les participants ont répondu à 99 % avoir atteint entièrement ou beaucoup les quatre objectifs.

Degré de satisfaction p/r à différents aspects :

Parmi les différents items évalués au regard de la satisfaction, les cotes varient de 3,3 à 3,8 (sur 4,0). Les éléments ayant obtenu le plus haut degré de satisfaction sont : la maîtrise, la clarté, l'utilité et la documentation 3,8 (sur 4,0). Le local (3,5) et la durée (3,3) ont obtenu les cotes les plus faibles. La cote moyenne est de 3,7 (sur 4,0), ce qui est jugé excellent.

Degré de satisfaction générale :

Le degré de satisfaction générale reçoit une cote de 3,7 (sur 4,0).

Points forts de cette activité

Documentation remise
Présentatrice
Bonne information sur la clientèle spécifique à risque
Intéressant
Très clair
Efficacité si on aborde le sujet
Comment ajuster les doses de Nicoderme
Sensibiliser les patients à cesser de fumer
Les différentes aides proposées
Pratique

Points à améliorer

Autre période d'une 1 h 00 complémentaire
Conférence divisée en deux ou augmentation de la durée
Temps trop court

Autres commentaires et suggestions pour d'autres activités de formation continue

Avoir plus de temps pour discuter
Pertinence du sujet

Compilation : Christine Simard et Chantal Sauvageau, le 9 juillet 2006
Interprétation : Chantal Sauvageau, le 9 août 2006

Merci pour votre participation !

Annexe 16 : Grille d'évaluation des ateliers de formation en tabac

Département de santé publique du CHUQ

FORMATION

Thème : Compilation formation en arrêt tabagique

Date : 7 juillet 2006

Jusqu'à quel point cette formation vous a permis de répondre aux objectifs suivants :									
	Entièrement (4)	Beaucoup (3)	Assez (2)	Peu (1)	Pas du tout (0)	TOTAL	n	Cote moyenne	% satisfait entièrement et beaucoup
Obj. 1	21	3				93	24	3,9	100%
Obj. 2	20	4				92	24	3,8	100%
Obj. 3	18	6				90	24	3,8	100%
Obj. 4	18	5	1			89	24	3,7	96%
						364	96	3,8	99%
Quel est votre degré de satisfaction face aux aspects suivants ?									
	Excellent (4)	Très bien (3)	Bien (2)	Faible (1)	NSP	TOTAL	n	Cote moyenne	% excellent et très bien
Maîtrise	20	4				92	24	3,8	100%
Clarté	19	5				91	24	3,8	100%
Interactions	16	7	1			87	24	3,6	96%
Utilité	20	4				92	24	3,8	100%
Durée	11	9	3			77	23	3,3	87%
Documentation	19	4			1	88	23	3,8	100%
Support A-V	18	5	1			89	24	3,7	96%
Local	14	8	2			84	24	3,5	92%
						700	190	3,7	96%
Quel est votre degré de satisfaction générale ?									
	Excellent (4)	Très bien (3)	Bien (2)	Faible (1)		TOTAL	n	Cote moyenne	% excellent et très bien
	17	7				89	24	3,7	100%

Complété par : Christine Simard

Date : 7 juillet 2006

