



information



formation



recherche



*coopération
internationale*

PROJET QUÉBÉCOIS DE DISSÉMINATION
EN SANTÉ DU CŒUR (PQDSC-II)
VOLETS INTERVENTION ET ÉVALUATION

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

PROJET QUÉBÉCOIS DE DISSÉMINATION
EN SANTÉ DU CŒUR (PQDSC-II)
VOLETS INTERVENTION ET ÉVALUATION

AOÛT 2002

AUTEURS

Gilles Paradis, médecin-conseil	Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de Montréal-Centre
Lise Renaud, Ph.D.	Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de Montréal-Centre
Viviane Leaune, M.Sc.	Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de Montréal-Centre
Sylvie Chevalier, M.Sc.	Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de Montréal-Centre

AVEC LA COLLABORATION DE

Sara La Tour, Francine Hubert, Raymonde Pineau, Ginette Turbide, Nathalie Ratté, Anne-Marie Grenier, Annick Mwilambwe, Roger Girard.

REMERCIEMENTS

- Aux CLSC participant au projet ainsi qu'aux membres du comité aviseur.
- Nathalie Théorêt et Mireille Paradis pour la mise en page du rapport.
- Aux assistantes de recherche : Roseline Lambert, Natalia Gutierrez et Marie-Andrée Saint-Pierre.

***Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.***

CONCEPTION GRAPHIQUE :
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2002-032

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2003
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-40240-5

©Institut national de santé publique du Québec(2003)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IV
INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : VOLET INTERVENTION.....	3
1 – COORDINATION PROVINCIALE.....	3
2 - RÉGION DE QUÉBEC.....	5
2.1 - Démarrage du projet.....	5
2.2 - Information et sensibilisation dans les CLSC.....	5
2.3 - Analyse du milieu.....	6
2.4 - Thèmes et activités retenus pour la première année d'intervention (plan d'action).....	7
2.5 - Création de comités.....	8
3 - RÉGION DE MONTRÉAL.....	9
3.1 - Démarrage du projet.....	9
3.2 - Information et sensibilisation dans les CLSC.....	9
3.3 - Analyse du milieu.....	10
3.4 - Thèmes et activités retenus pour la première année d'intervention (plan d'action).....	11
3.5 - Création de comités.....	12
4 - RÉGION DE LA MAURICIE – CENTRE DU QUÉBEC	13
4.1 - Démarrage du projet.....	13
4.2 - Information et sensibilisation dans les CLSC.....	14
4.3 - Analyse du milieu.....	15
4.4 - Thèmes et activités retenus pour la première année d'intervention (plan d'action).....	16
4.5 - Création de comités.....	16

5 - RÉGION DE L'OUTAOUAIS	18
5.1 - Démarrage du projet.....	18
5.2 - Information et sensibilisation dans le CLSC.....	18
5.3 - Analyse du milieu	18
5.4 - Thèmes et activités retenus pour la première année d'intervention (plan d'action).....	19
PARTIE 2 : VOLET ÉVALUATION	21
6 - PLANIFICATION DE LA COLLECTE DU TEMPS 0	21
6.1 - Profil des CLSC	21
6.2 - Rencontres avec les CLSC pour la préparation de la collecte du temps 0	21
6.3 - Échéancier de la collecte du temps 0.....	22
7 - ÉVALUATION D'IMPLANTATION	23
7.1 - Choix des personnes interviewées par CLSC	23
7.2 - Recrutement des répondants	24
7.3 - Réalisation des entrevues téléphoniques.....	27
7.3.1 - Formation pour les entrevues	27
7.3.2 - Standardisation des procédures	27
7.3.3 - Taux de participation.....	28
7.4 - Attitudes des personnes interviewées	28
7.5 - Codification des entrevues	28
7.5.1 - Processus de validation de la codification	28
7.5.2 - Formation pour la codification.....	29
7.6 - Entrevues auprès des promoteurs	30
8 - ÉVALUATION DE RÉSULTATS	31
8.1 - Volet qualitatif : entrevues qualitatives téléphoniques.....	31
8.2 - Volet quantitatif : questionnaires sur les pratiques professionnelles	31
8.2.1 - Taux de réponse	31
8.2.2 - Entrée des données et analyses.....	32

9 - ÉVALUATION D'IMPACT	34
9.1 - Planification du terrain	34
9.1.1 - Sélection des recruteurs.....	34
9.1.2 - Rencontre avec les CLSC et planification des horaires de recrutement.....	34
9.2 - Formation des recruteurs.....	35
9.3 - Procédures et outils de recrutement.....	36
9.3.1 - Recrutement en salle d'attente.....	36
9.3.2 - Recrutement téléphonique	38
9.3.3 - Soutien auprès des assistantes de recherche	39
9.4 - Collecte des données	39
9.4.1 - Envoi des informations à l'institut de sondage	39
9.4.2 - Procédures de contrôle de la collecte des données.....	40
9.5 - Résultats.....	41
9.5.1 - Taux d'éligibilité.....	41
9.5.2 - Taux de consentement.....	45
9.5.3 - Pourcentage de questionnaires remplis.....	48
9.5.4 - Relations avec les usagers	50
9.5.5 - Relations avec les intervenants.....	50
9.5.6 - Impact des changements apportés dans la planification du terrain.....	50
9.6 - Vérifications et analyses	51
PARTIE 3 : BUDGET	53
PARTIE 4 : COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES	57
ANNEXE I : PLAN D'ACTION	59
ANNEXE II : BULLETIN <i>AU CŒUR DE LA VIE</i>.....	71
ANNEXE III : FINANCEMENT ET PARTENARIAT ET MEMBRES DES COMITÉS 2001-2002	77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Paliers organisationnels et niveau d'information escompté	24
Tableau 2 :	Nombre d'entrevues réalisées selon la fonction, CLSC et régions.....	26
Tableau 3 :	Nombre de questionnaires envoyés et reçus et taux de réponse, infirmières et médecins, par CLSC et région	33
Tableau 4 :	Proportion des personnes approchées éligibles à participer	43
Tableau 5 :	Distribution (%) des personnes non éligibles selon la raison de non- éligibilité	44
Tableau 6 :	Nombre de personnes recrutées, nombre de refus et taux de consentement, selon le CLSC et la région	46
Tableau 7 :	Nombre de femmes recrutées, nombre de refus et taux de consentement pour les femmes, selon le CLSC et la région	47
Tableau 8 :	Nombre d'hommes recrutés, nombre de refus et taux de consentement pour les hommes, selon le CLSC et la région	48
Tableau 9 :	Nombre et pourcentage de questionnaires remplis selon le CLSC, la région et le total des 20 CLSC	49

INTRODUCTION

Ce document est le deuxième rapport annuel du Projet québécois de dissémination en santé du cœur (PQDSC-II). Nous rappelons que le PQDSC-II est un essai communautaire randomisé qui vise à vérifier l'hypothèse qu'un support actif, basé sur un modèle d'interaction – communication entre les directions de santé publique (DSP) et les CLSC – augmentera l'utilisation des pratiques exemplaires en santé du cœur par les professionnels des Services courants de CLSC. Le projet se déroule dans quatre régions du Québec : Montréal, Québec, Mauricie et Outaouais. Selon le devis de recherche expérimental, six CLSC par région ont été sélectionnés à l'exception de celle de l'Outaouais où seulement deux CLSC participent à l'étude. Le pairage des CLSC s'est fait principalement sur la base de critères organisationnels (Services offerts) et structurels (type de CLSC et effectif du personnel). Une fois le pairage effectué et les premières ententes établies entre les CLSC et la DSP, une allocation au hasard du statut expérimental et témoin pour chacune des paires a été réalisée par l'équipe de recherche. Les 10 CLSC expérimentaux ont commencé à recevoir un soutien de la santé publique à partir de l'été 2001.

La deuxième année du PQDSC-II fut très active pour les deux volets du projet : l'intervention et l'évaluation.

Pour le volet intervention, l'ensemble des CLSC expérimentaux ont développé un plan d'action avec le soutien des promoteurs régionaux et ont commencé à implanter des activités. La coordination provinciale a proposé une démarche d'élaboration de plan d'action aux quatre promoteurs régionaux. Le rapport présente le déroulement de cette démarche.

Pour l'évaluation, la deuxième année fut principalement consacrée à la collecte du temps 0 qui s'est déroulée entre le mois de septembre 2001 et janvier 2002. Ce rapport résume les différentes étapes de cette collecte : sa planification, son organisation et les résultats obtenus en termes de participation des populations ciblées (personnel et usagers des CLSC). Nous rappelons que l'évaluation comprend trois volets : une évaluation d'implantation, une évaluation de résultats et une évaluation d'impact. Le rapport présente pour chacun de ces volets, l'organisation et les résultats de la collecte de données.

PARTIE 1 : VOLET INTERVENTION

1 – COORDINATION PROVINCIALE

Quatre régions participent au projet *Au cœur de la vie*. L'allocation au hasard des CLSC expérimentaux et témoins s'est fait au courant du printemps 2001 (voir premier rapport annuel du PQDSC-II pour une présentation du devis de recherche). Dans chaque région, la Direction de la santé publique (DSP) apporte un soutien aux CLSC expérimentaux. Ce soutien se traduit par la présence d'une ressource (promoteur) désignée par chacune des directions de santé publique. Les promoteurs accompagnent les porteurs de projet dans leur démarche de planification menant à la conception et l'implantation d'un plan d'action.

Une coordonnatrice provinciale relevant de l'INSPQ, soutient les promoteurs de chaque DSP impliquée. Une démarche d'élaboration de plan d'action leur a été présentée dans le but de partager une compréhension commune des objectifs du projet *Au cœur de la vie* (Annexe I). On retrouve dans cette démarche les étapes à suivre pour élaborer un plan d'action (analyse du milieu, stratégies d'intervention, modèles de plan d'action).

Liaison, partage d'information

En plus du soutien apporté aux promoteurs, la coordonnatrice provinciale s'assure de faire les liens et de diffuser l'information pertinente entre les régions. Pour ce faire, des conférences téléphoniques avec les promoteurs se sont tenues régulièrement aux quatre à six semaines. Deux rencontres réunissant les promoteurs et les investigateurs principaux ont permis d'approfondir les discussions et les réflexions soulevées lors des conférences téléphoniques.

Une base de discussion a été mise sur pied dans Lotus Notes permettant aux promoteurs d'accéder à tous les documents et présentations réalisés dans le cadre du projet. Elle permet également aux promoteurs de partager leur expérience en écrivant dans une section réservée à cet effet.

Le premier numéro du bulletin *Au cœur de la vie* est paru en décembre 2001 (Annexe II). Il a été réalisé par l'équipe provinciale et distribué dans tous les CLSC expérimentaux et à l'ensemble des partenaires. Les CLSC témoins peuvent le consulter sur le site internet. On y fait un bref survol de l'intervention et de l'évaluation dans chacune des régions.

Présentation du projet aux instances des CLSC

Pour les quatre régions, le projet a été présenté séparément aux CLSC expérimentaux et témoins. Les équipes d'intervention et d'évaluation ont fait ces présentations dans chacune des régions en présence de la promotrice ou du promoteur régional(e).

Le démarrage du projet *Au cœur de la vie* ne s'est pas fait au même moment dans l'ensemble des régions. Les régions de Montréal et Québec furent les premières à débiter le projet, alors que la région de la Mauricie fut la dernière à commencer l'implantation du projet.

Nous présentons pour chacune des régions, les principales étapes de l'implantation du projet : 1) le démarrage du projet, 2) les activités pour informer et sensibiliser le personnel des CLSC, 3) l'analyse du milieu et 4) les thèmes retenus pour l'intervention pour la première année d'implantation.

2 - RÉGION DE QUÉBEC

2.1 - Démarrage du projet

Les volets intervention et évaluation du projet ont été présentés au trois CLSC expérimentaux le 5 juillet 2001 en présence d'administrateurs et de cadres de chacun des CLSC et des promoteurs régionaux. Les contrats entre les différents CLSC et la DSP ont été signé au courant du mois d'août 2001 et le projet a été officiellement lancé le 19 septembre.

Nomination des porteurs

Le rôle de porteur de projet est d'élaborer et d'implanter un plan d'action dont les actions viseront à intégrer des pratiques en promotion de la santé cardiovasculaire et en prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires (MCV). Au courant du mois d'août 2001 deux des trois CLSC expérimentaux ont nommé leur porteur du projet. Pour des raisons de disponibilité de personnel, le porteur dans le troisième CLSC a été nommé plus tard (décembre 2001).

Le temps consacré au projet par le porteur dépend des ressources disponibles dans chacun des CLSC.

2.2 - Information et sensibilisation dans les CLSC

L'information et la sensibilisation concernant le projet *Au cœur de la vie* ont été faites principalement par des réunions d'informations organisées par les promoteurs régionaux et par la consultation interne des intervenants réalisée par les porteurs de projet.

Le premier numéro du bulletin *Au cœur de la vie*, paru en décembre 2001, a été distribué dans tous les CLSC expérimentaux

Présentation du projet par les promotrices régionales

Les promotrices de la région de Québec ont présenté le projet aux cadres des Services courants dans les trois CLSC expérimentaux et dans certains d'entre eux à toute l'équipe des Services courants.

Consultation et information auprès des intervenants

Dépendant du CLSC, des méthodes différentes ont été utilisées pour consulter et informer les intervenants. Dans un premier temps, ils ont été consultés pour identifier les facteurs de risque perçus comme prioritaires pour le projet. Deux CLSC ont fait paraître un article présentant les objectifs du projet dans le journal interne des CLSC, alors que le troisième a publié un article dans le journal local pour annoncer le lancement du projet. Les posters *Au cœur de la vie* ont été également affichés dans les CLSC.

Les porteurs ont profité de réunions déjà prévues ou en ont organisées spécifiquement pour informer les intervenants des Services courants sur le processus d'implantation du projet.

2.3 - Analyse du milieu

Dans chacun des trois CLSC expérimentaux le porteur était responsable de la réalisation d'une analyse du milieu qui était constituée des éléments suivants :

1. Identification des conditions liées à l'administration, à l'organisation, aux pratiques et au climat organisationnel qui peuvent faciliter ou faire obstacle à l'implantation du projet.
2. Documentation du mode de fonctionnement de l'équipe des Services courants, description de tâches.
3. Documentation des raisons de consultation de la clientèle âgée de 18-74 ans aux Services courants pour la période du 1^{er} avril 2001 au 30 mars 2002 (a été réalisé dans un seul CLSC).
4. Documentation des activités de formation en prévention-promotion des maladies cardiovasculaires (MCV) tenues dans les deux à trois dernières années, particulièrement sur les thèmes suivants : hypertension artérielle (HTA), dyslipidémies, diabète, obésité, tabac, activité physique, alimentation.
5. Documentation des interventions quotidiennes réalisées auprès des usagers qui consultent au Services courants sur les thèmes suivants : HTA, dyslipidémies, diabète, obésité, tabac, activité physique, alimentation.
6. Documentation des ressources professionnelles et matérielles disponibles en MCV dans le CLSC (ex. : en nutrition, activité physique, cliniques pour diabétiques, hypertendus, dyslipidémiques, fumeurs, obèses).

7. Documentation des ressources disponibles en MCV dans la communauté (ex. : en nutrition, activité physique, cliniques pour diabétiques, hypertendus, dyslipidémiques, fumeurs, obèses).
8. Précisions sur les moyens à utiliser pour maintenir le projet à l'agenda du CLSC durant son déroulement et en assurer la pérennité au-delà de 2005.

2.4 - Thèmes et activités retenus pour la première année d'intervention (plan d'action)

Thèmes

Pour les trois CLSC, deux thèmes ont été retenus pour l'an 1 : l'hypertension artérielle et le tabagisme. Le premier thème a été considéré comme prioritaire par les intervenants des CLSC ou a été choisi en raison du nombre important de consultations au CLSC reliées à l'hypertension. Le tabagisme a été retenu en raison des opportunités financières qui se présentaient au niveau régional pour payer le temps de libération du personnel qui assistera aux formations.

Activités-stratégies

Les trois CLSC ont retenu les mêmes stratégies pour améliorer la santé cardiovasculaire des usagers des CLSC :

1. former les intervenants afin de les inciter à introduire dans leur pratique quotidienne 30 secondes à 3 minutes d'intervention en prévention des MCV auprès de chaque usager des Services courants ;
2. modifier l'environnement de pratique des intervenants et l'environnement des usagers.

2.5 - Création de comités

Comité de projet

Dans deux CLSC, un comité de projet a été créé. Ce comité est formé de membres permanents (le ou les porteur(s) de projet, les deux promotrices régionales) et de membres associés. Concernant les membres associés, dans le premier CLSC on retrouve un gestionnaire des Services courants, un responsable des soins infirmiers, un gestionnaire des Services courants et santé mentale, un médecin de la clinique jeunesse, une technicienne en nutrition et la porteuse du projet tabac. Dans l'autre CLSC, il s'agit seulement d'un membre associé, soit un gestionnaire des Services courants. Dépendant du CLSC, ce comité s'est réuni quatre à dix fois au cours de la première année.

Comité de gestion et comité aviseur

Un CLSC a créé deux comités : un comité de gestion et un comité aviseur. Le premier comité est constitué de membres permanents (porteur de projet et promotrices régionales) et d'un membre associé (un gestionnaire des Services courants). Le mandat du comité de gestion est d'assurer l'implantation du projet, d'élaborer le plan d'action local en tenant compte du plan d'action provincial, de planifier et réaliser les activités, de faire le suivi budgétaire et d'assurer les liens avec le comité de régie et le conseil d'administration du CLSC. Ce comité s'est réuni une dizaine de fois durant l'année.

Le comité aviseur est constitué seulement de membres permanents (porteur de projet, promotrices régionales, un gestionnaire des Services courants, une infirmière des Services courants, une infirmière clinicienne et un médecin). Le mandat du comité aviseur est de valider les plans d'action, de commenter le déroulement de l'implantation du projet et l'impact des formations, de contribuer à la réalisation des activités en fonction de leur intérêt et de leur disponibilité et de favoriser la participation des professionnels à l'évaluation du projet. Ce comité s'est réuni quatre fois durant l'année.

3 - RÉGION DE MONTRÉAL

3.1 - Démarrage du projet

Le lancement officiel du projet dans la région de Montréal a eu lieu en mai 2001. Ce lancement s'est fait au moment de l'attribution des six CLSC retenus en groupe témoin et expérimental par l'équipe de recherche, en présence des représentants des établissements et du directeur de santé publique en mai 2001. Les directeurs des établissements ont reçu des mains du directeur de la santé publique un chèque symbolique au montant de 30 000 \$. Une photo de l'événement a été remise à chacun pour fins de publicité. Certains CLSC l'ont utilisée pour faire connaître l'existence du projet dans leur journal interne.

Dès septembre 2001, les responsables des établissements signent un contrat, lequel spécifie le cadre de l'intervention et les responsabilités de chacune des parties.

3.2 - Information et sensibilisation dans les CLSC

Information du personnel

Les porteurs de projets, désignés dans chacun des établissements par la Direction, ont été invités à une rencontre d'information distincte pour les groupes témoins et expérimentaux. La rencontre a permis de répondre aux questions plus spécifiques sur la mise en place du projet dans chacun des CLSC et de rencontrer l'équipe de recherche. Les porteurs de projet des CLSC expérimentaux sont toutes des infirmières : deux occupent des postes de gestion aux Services courants à titre d'adjointes et une est responsable, entre autres, des dossiers liés à la promotion de la santé dans son CLSC.

Les premières rencontres avec les porteurs de projet visaient à organiser la cueillette d'information de la première phase du volet évaluation du projet (voir partie de ce rapport qui présente le volet évaluation). Des documents informant sur le déroulement de cette cueillette ont été proposés pour diffusion au personnel.

Des rencontres d'information ont eu lieu avec les équipes de direction ou les professionnels des Services courants au cours de l'automne 2001. Ces rencontres visaient à présenter la prévalence des problèmes liés à la santé cardiovasculaire dans chacun des territoires et l'importance du rôle de l'équipe des Services courants en promotion de la santé.

Sensibilisation des intervenants à l'importance d'agir

Une activité de sensibilisation du personnel à l'importance de leur santé cardiovasculaire – sous forme d'évaluation de la condition physique et de la santé cardiovasculaire - a été proposée aux porteurs de projet. Deux CLSC ont accepté la proposition et ont invité l'ensemble du personnel à participer à l'activité. Le personnel a répondu à l'invitation en grand nombre et des retombées connexes ont été enregistrées. Dans un CLSC, la porteuse de projet a mis sur pied un club de marche et une séance de gymnastique à l'intention du personnel.

3.3 - Analyse du milieu

Le travail avec les porteurs de projet a débuté avec l'analyse de leur milieu. Cette analyse permet de valider ou d'invalider certains outils de cueillette d'information utilisés par les CLSC pour documenter les problèmes de santé des usagers, de revoir certaines pratiques, d'apprécier les documents réalisés par des sources extérieures qui portent un jugement sur certaines pratiques (ex : comité d'agrément) et de faire le point sur les ressources communautaires disponibles en promotion de la santé cardiovasculaire. Cette démarche, a permis l'amorce d'une collaboration avec d'autres professionnels des CLSC, notamment les organisateurs communautaires. À la fin de l'exercice, les CLSC étaient en mesure d'identifier le facteur de risque sur lequel porterait le premier Plan d'action : deux CLSC ont décidé de travailler sur l'hypertension et le troisième, sur l'alimentation en lien avec les dyslipidémies.

Pour préciser les besoins de formation et d'information des professionnels des Services courants, des mini-quizz sur l'hypertension et sur les dyslipidémies ont été élaborés et diffusés auprès du personnel des Services courants. Ces questionnaires ont suscité des discussions et ont mis parfois en évidence la nécessité d'harmoniser les pratiques et les discours .

Les liens entre la promotrice régionale et les porteurs se sont faits sur une base bi-mensuelle, par le biais de rencontres de travail pour la préparation des dossiers, par courrier électronique et par téléphone. Une rencontre régionale a également eu lieu au début de l'automne 2001.

3.4 - Thèmes et activités retenus pour la première année d'intervention (plan d'action)

Thèmes

Deux des trois CLSC ont retenu l'hypertension comme thème prioritaire pour la première année d'implantation du projet, alors que le troisième a retenu le thème de l'alimentation en lien avec les dyslipidémies.

Stratégies-activités

Dans deux CLSC, l'harmonisation des pratiques des professionnels des Services courants a été retenue comme principale stratégie. Pour un CLSC, cette harmonisation est prévue au niveau du dépistage, du diagnostic, du traitement et du suivi de la clientèle hypertendue. Des activités d'enseignement à l'intention des hypertendus sont en élaboration et des changements ont été apportés à l'environnement de la pratique (calibrage des sphygmomanomètres, déplacement des appareils, etc.). Par ailleurs, les ressources communautaires en santé cardiovasculaire ont été répertoriées et des rencontres entre ces organismes, la porteuse du projet et l'organisatrice communautaire ont déjà eu lieu. La collaboration plus formelle des organismes communautaires devrait être finalisée au moment de la mise en place des activités d'enseignement pour les usagers. Des interventions ciblant les pharmaciens et les médecins qui réfèrent des clients hypertendus au CLSC sont également prévues. L'ensemble du personnel bénéficiera de formations pour faciliter l'implantation des changements dans l'environnement de pratique et l'organisation des soins pour cette clientèle.

Dans le troisième CLSC, la stratégie retenue vise à rendre autonome les usagers ayant une hypercholestérolémie en offrant plus d'information sur l'alimentation. Des groupes d'enseignement en alimentation seront organisés et on encouragera la référence systématique des médecins des Services courants des cas de dyslipidémie aux groupes d'enseignement.

Des activités de formation sont inscrites dans chacun des plans d'action des trois CLSC en lien avec le facteur de risque choisi et les activités privilégiées.

3.5 - Création de comités

L'élaboration des plans d'action a favorisé la mise en place de comités de travail dans chacun des CLSC. Dépendant du CLSC, ces comités sont constitués en plus des porteurs de projets d'un ou de médecins et/ou d'infirmières des Services courants et/ou de membres de l'équipe de Direction. Dans un CLSC, une nutritionniste est membre du comité et dans un autre CLSC on retrouve l'organisateur communautaire. Les comités de travail se rencontrent en moyenne aux six semaines.

4 - RÉGION DE LA MAURICIE – CENTRE DU QUÉBEC

4.1 - Démarrage du projet

Dans un premier temps, les 11 directeurs généraux des CLSC ont été rencontrés en avril 2001 par l'adjointe médicale de la Direction de la santé publique (DSP) et la promotrice dans le cadre d'une réunion de la Table régionale des directeurs généraux de CLSC. La présentation mettait l'accent sur l'importance de la problématique des MCV dans la région et sur les liens entre le projet *Au cœur de la vie* et les différentes orientations nationales (Commission Clair, Programme national de santé publique à venir) et régionales (Plan de consolidation 1999-2002, cadre de référence régional de santé publique à venir). Les facteurs de risque et les déterminants de la santé cardiovasculaire ont aussi été abordés de façon à mettre en lumière le fait qu'en agissant sur ceux-ci, on prévient d'autres maladies chroniques tel que le cancer, le diabète et l'obésité.

La question du financement, de la reddition de comptes, du nombre de CLSC appelés à participer et des critères d'appariement ont aussi fait partie des discussions.

Suite à cette rencontre, les directeurs généraux ont transmis le dossier au chef de programme concerné dans leur établissement.

Rencontre des chefs de programme

L'ensemble des chefs de programme ont été rencontrés en juin 2001 par la promotrice et les chercheurs principaux d'*Au cœur de la vie*. En plus des éléments qui avaient été présentés aux directeurs généraux des CLSC, les aspects liés à l'intervention ont été abordés. L'accent a été mis sur les implications et les opportunités que pouvait apporter le projet dans leur milieu. Lors de cette rencontre, il a été convenu que les CLSC auraient le libre choix du facteur de risque ou du déterminant sur lequel ils souhaiteraient travailler.

Nomination des porteurs de projet des CLSC

Les porteurs de projets ont été nommés au cours de l'automne 2001. Cette démarche était sous la responsabilité unique des CLSC. Au Centre de la Mauricie, un médecin spécialiste en santé communautaire a été nommé responsable du projet. Au Centre de santé de la MRC de Maskinongé, une infirmière rattachée à la clinique ambulatoire (plus spécifiquement au Centre d'enseignement sur l'asthme) a été nommée porteur. Finalement, au CLSC-CHSLD Vallée de la Batiscan une infirmière des soins infirmiers courants est associée au projet.

Rencontres des chefs de programme et des porteurs

Dans un premier temps, les porteurs ont été rencontrés localement par la promotrice en présence des chefs de programme. Des informations sur le cadre d'intervention et sur l'évaluation ont été transmises. Cette rencontre a aussi permis de négocier les rôles de chacun et de convenir des modalités de gestion projet.

4.2 - Information et sensibilisation dans les CLSC

Présentation du projet aux intervenants des CLSC

Selon le CLSC, le porteur a présenté le projet de façon formelle ou informelle aux intervenants. Ces premières présentations ont permis d'annoncer officiellement l'implication des CLSC dans le projet et de mesurer la réceptivité des intervenants.

Les rencontres régionales

Une première rencontre régionale des porteurs et des médecins associés au projet a été organisée en janvier 2002 par la promotrice et l'adjointe médicale de la Direction de la santé publique (DSP). Les objectifs de la rencontre visaient à clarifier les besoins et les attentes de part et d'autre et à présenter certains outils à être utilisés dans le cadre de l'analyse du milieu et du développement du plan d'action.

Une deuxième rencontre avec les mêmes acteurs a eu lieu en avril 2001 et avait comme objectifs d'une part, de présenter et discuter les démarches déjà réalisées dans les CLSC (plans d'action, algorithmes, organisation des cliniques de cessation tabagique, outils divers) et d'autre part de déterminer les besoins de formation. Le répondant régional tabac s'est joint à cette rencontre organisée par la promotrice et l'adjointe médicale de la DSP.

Les rencontres avec les CLSC

Une série de réunions ont eu lieu dans chacun des CLSC (entre 7 et 9 réunions dépendant du CLSC) à partir de décembre 2001. Grâce à ces rencontres l'ensemble des tâches ont pu être complétées (analyse de milieu, élaboration du plan d'action, choix des interventions brèves à mettre en place, réorganisation des services, conception d'outils pour les intervenants).

Le rôle de la promotrice a été surtout de planifier et d'animer des rencontres, de soutenir la planification et la réalisation de certaines tâches et de créer des liens avec l'adjointe médicale de la DSP. La promotrice a bénéficié de l'aide d'intervenants de santé publique rencontrés de façon informelle (le répondant tabac, l'adjointe médicale au DSP, le directeur de santé publique et le responsable de la formation de la Régie régionale). Ces rencontres ont permis de faire le point sur les tâches réalisées dans les CLSC, à identifier les enjeux, à déterminer les meilleures stratégies pour faire avancer le dossier (ex : manque d'effectifs médicaux, financement de la formation) ou encore à préparer de la documentation pour les rencontres locales.

Les trois CLSC ayant décidé de donner la priorité au tabagisme, le répondant régional tabac s'est joint à plusieurs rencontres. Des liens étroits ont été créés entre le Programme québécois de dissémination en santé du cœur (PQDSC) et le programme québécois d'arrêt tabagique (PQAT). Une approche visant à intégrer ces deux projets complémentaires a été privilégiée. Les CLSC ont été particulièrement satisfaits de cette décision. Le mandat du répondant tabac est d'amener une expertise de contenu concernant les interventions brèves puis intensives en cessation tabagique.

Rencontres pour valider les tâches réalisées (analyse du milieu et plan d'action)

Les porteurs ont rencontré leur chef de programme pour leur présenter les tâches réalisées afin de valider celles-ci auprès d'eux. La plupart du temps, la promotrice régionale a assisté à ces rencontres. Ces rencontres ont permis de faire valider les travaux et d'assurer une prise de décision qui permettait de poursuivre les démarches entreprises.

Des rencontres de validation auprès des intervenants ont eu lieu dans deux CLSC. Ces rencontres ont été organisées par les porteurs et les chefs de programme. La promotrice et le répondant tabac ont apporté leur soutien à l'organisation de ces rencontres. Dans le troisième CLSC, à cause d'un processus de réorganisation administrative, seules des rencontres informelles ont eu lieu au printemps 2001 avec un médecin et une infirmière.

4.3 - Analyse du milieu

L'analyse du milieu a été la première étape de la collaboration entre les porteurs de projet et la promotrice régionale. Les informations recueillies ont été utiles en permettant de mieux comprendre la réalité du milieu et conséquemment d'élaborer un plan d'action qui tenait compte du contexte de chacun des CLSC.

Toutefois, les analyses de milieu ne tiennent pas compte des changements survenus dans certains établissements au courant de l'année (fusions, application de la Loi 114, arrivée et départ de médecins, changement de tâches de certains intervenants).

4.4 - Thèmes et activités retenus pour la première année d'intervention (plan d'action)

Thème

Les trois CLSC ont retenu le tabac comme thème pour la première année d'intervention. Ce choix a été motivé en grande partie par l'implantation du PQAT dans les trois CLSC.

Stratégies-activités

Les trois CLSC ont adopté des stratégies fort semblables : des interventions brèves qui ont pour objectif d'identifier le statut tabagique des usagers et de renforcer l'idée d'arrêter de fumer chez les usagers. Il s'agit donc d'intégrer des interventions de prévention primaire et secondaire du tabagisme dans la pratique des intervenants des Services courants.

Dans un CLSC, le plan d'action s'articule autour de deux objectifs, d'une part intégrer des interventions de prévention primaire et secondaire du tabagisme dans la pratique des intervenants des Services courants et d'autre part, mettre sur pied une clinique permanente de cessation tabagique. Un questionnaire sur le statut tabagique rejoint le premier objectif en proposant un dépistage systématique du statut auprès de l'ensemble des usagers des Services courants et un encadrement de tous les usagers avec facteurs de risque. Une clinique de cessation tabagique fera suite à cette intervention mais relèvera du PQAT de la Régie régionale.

4.5 - Création de comités

Le manque de ressources expliquent que les comités de travail ne sont constitués que de deux personnes, le porteur de projet et la promotrice régionale. Étant donné le manque d'effectifs médicaux dans la région, aucun médecin n'était disponible pour participer aux travaux des comités de travail. Ils ont été associés au projet par le biais d'un représentant qui a été consulté à des moments stratégiques (documentation des pratiques actuelles, choix du facteur de risque, validation des interventions retenues).

Dans le troisième CLSC, le porteur s'est associé à deux comités. Un comité de gestion composé d'un chef de programme, d'une adjointe et de la promotrice régionale et un comité consultatif composé de trois infirmières de la clinique ambulatoire, de trois infirmières des soins infirmiers courants, d'une inhalothérapeute, d'un chef de programme, d'une adjointe et de la promotrice régionale.

5 - RÉGION DE L'OUTAOUAIS

5.1 - Démarrage du projet

Deux CLSC participent au projet *Au cœur de la vie* dans la région de l'Outaouais dont un seul reçoit le soutien de la direction de la santé publique (CLSC expérimental). L'équipe provinciale d'intervention et celle d'évaluation ont présenté les objectifs des deux volets du projet en septembre 2001. Les cadres et certains intervenants des Services courants étaient présents à cette présentation.

Nomination du porteur

La porteuse de projet a été nommée en novembre 2001, cependant elle a été remplacée par une autre intervenante au courant de l'année. Cette dernière est également responsable du programme Santé sans fumée, ce qui permet de faire des liens entre les deux programmes.

5.2 - Information et sensibilisation dans le CLSC

Information et consultation auprès des intervenants

Des rencontres avec les infirmières et les médecins des Services courants du CLSC Fort-Coulonge ont permis de cibler la consommation tabagique comme thème de la première année d'intervention.

Les médecins et les infirmières préfèrent être consultés et informés lors de réunions courantes ou de manière informelle en raison de leurs horaires très chargés et de la pénurie d'infirmières. Les intervenants craignent que le projet soit une surcharge de travail, mais ils sont ouverts à modifier leurs pratiques si les interventions proposées sont efficaces. Inscire le statut tabagique sur la feuille de triage n'est pas perçu comme une surcharge de travail.

5.3 - Analyse du milieu

L'analyse du milieu a été principalement constituée par un profil des usagers du CLSC.

5.4 - Thèmes et activités retenus pour la première année d'intervention (plan d'action)

Thème

Le thème du tabac a été retenu par l'ensemble des intervenants

Stratégie-activités

La stratégie retenue est l'harmonisation des pratiques en cessation tabagique aux Services courants. Il s'agit d'établir un protocole d'intervention en cessation tabagique au niveau de la santé courante afin d'uniformiser les pratiques, les approches et les outils des intervenants. Ce protocole s'inspire du modèle Prochaska. Les intervenants des Services courants auront à inscrire sur la feuille de triage le statut tabagique de l'utilisateur et son stade de changement. Dans le cas d'un fumeur qui n'envisage pas de cesser de fumer, l'infirmière et le médecin offriront des conseils pour sensibiliser le patient, dans le cas d'un fumeur qui projette d'arrêter de fumer, le patient sera référé au programme *Santé sans fumée*. Il existe déjà une procédure de référence au programme *Santé sans fumée* pour les fumeurs qui consultent aux Services courants.

PARTIE 2 : VOLET ÉVALUATION

6 - PLANIFICATION DE LA COLLECTE DU TEMPS 0

6.1 - Profil des CLSC

Un profil pour chaque CLSC a été constitué pour recueillir l'information nécessaire à une meilleure connaissance de leurs contextes particuliers, qu'il s'agisse de la structure organisationnelle, des services offerts ou encore de leur expérience dans l'implantation de programme de promotion-prévention.

Le profil de chaque CLSC comprend une description de la structure organisationnelle des services à la clientèle ainsi que tous les services offerts, dans l'ensemble, mais plus particulièrement ceux offerts aux Services courants. Les projets particuliers du CLSC sont recensés, qu'il soit question de services, de formations, de publications ou de projets de recherche passés ou en cours ainsi que les liens développés avec les divers organismes communautaires du quartier. Le profil dénombre aussi les expériences du CLSC (pour les cinq dernières années), en ce qui a trait aux programmes de promotion-prévention, dans tous les champs d'activités et ceux propres à la santé cardiovasculaire.

6.2 - Rencontres avec les CLSC pour la préparation de la collecte du temps 0

Pour les régions de Montréal, Québec et de la Mauricie, deux rencontres ont été organisées dans chacune des régions, l'une réunissant les CLSC expérimentaux et l'autre les CLSC témoins. Ces rencontres avaient pour objectifs de présenter les deux volets de l'étude : l'intervention et l'évaluation. Dans le cadre des rencontres avec les CLSC témoins, la présentation du volet intervention était limitée aux grands objectifs du projet. Pour le volet évaluation, les différentes procédures de collecte de données ont été présentées. Pour la région de l'Outaouais, un membre de l'équipe d'intervention et d'évaluation se sont déplacés dans les deux CLSC pour présenter le projet.

Suite à ces différentes rencontres, l'équipe d'évaluation a visité chacun des CLSC pour organiser avec eux la collecte des données pour les différents volets de l'évaluation. Une rencontre a eu lieu dans chaque CLSC avec le porteur de projet et/ou des membres de la direction des Services courants. L'objectif de cette rencontre était de procéder à une visite des lieux et de rassembler les informations nécessaires pour la planification de la collecte des données. Ces rencontres ont souvent permis de clarifier certains points de l'évaluation encore mal compris par les CLSC.

Pour l'évaluation d'implantation, la rencontre a permis de dresser la liste des personnes œuvrant au CLSC (administrateurs, cadres et intervenants) et susceptibles d'accepter une entrevue téléphonique ou d'identifier la personne responsable de dresser cette liste.

Pour l'évaluation de résultats, la plupart des CLSC ont identifié une personne qui serait en charge de distribuer les questionnaires aux médecins et infirmières des Services courants.

La visite auprès de chaque CLSC a surtout été justifiée par la planification du terrain pour l'évaluation d'impact. La présence pendant au moins sept semaines d'une assistante de recherche dans la salle d'attente du CLSC, requérait une collaboration étroite du CLSC. Pour retenir des journées et des heures de recrutement, l'équipe d'évaluation devait obtenir les informations suivantes : les services offerts, l'horaire des cliniques et le volume hebdomadaire des usagers.

6.3 - Échéancier de la collecte du temps 0

La collecte pour le temps 0 s'est échelonnée du mois de septembre 2001 au mois de février 2002. Certaines entrevues qualitatives téléphoniques (évaluation d'implantation) ont été réalisées au courant du mois de juillet et août 2001 dans certains CLSC de la région de Québec, auprès d'administrateurs et cadres intermédiaires. Le développement des instruments et le prétest ont été décrits dans le premier rapport annuel du PQDSC-II.

7 - ÉVALUATION D'IMPLANTATION

Nous rappelons que l'évaluation d'implantation a pour objectif d'étudier les mécanismes qui sous-tendent l'implantation du programme *Au cœur de la vie*. Plus précisément, elle vise à étudier comment l'interaction entre la Direction de la santé publique et les CLSC expérimentaux conduit à l'adaptation du programme, comment évoluent les opinions et l'utilisation des pratiques exemplaires des professionnels et comment le programme s'intègre dans la structure, la gestion et la « culture » du CLSC.

Une approche exclusivement qualitative a été utilisée pour recueillir l'information. Entre juillet 2001 et mars 2002, 153 entrevues semi-dirigées ont été réalisées par téléphone dans les 20 CLSC participants (document : outils d'enquête, PQDSC-II).

7.1 - Choix des personnes interviewées par CLSC

Les entrevues ont été réalisées auprès d'administrateurs et de cadres et auprès d'intervenants (médecins, infirmières, nutritionnistes, travailleur-se social-le, organisateurs communautaires). Ces répondants représentaient différents paliers organisationnels des CLSC. L'objectif de ces entrevues était de recueillir des informations pour dresser un portrait organisationnel des CLSC et des pratiques professionnelles en matière de prévention.

Les entrevues auprès des intervenants visaient à recueillir des informations sur les pratiques professionnelles en prévention (maladies cardiovasculaires et autres) et leurs compétences, ainsi que sur leur niveau de participation au projet *Au cœur de la vie* (intérêt, motivation, perception générale, etc.).

Les entrevues auprès des administrateurs et des cadres visaient à recueillir des informations sur les dynamiques internes reliées à l'implantation de nouveaux programmes, ainsi que des informations générales sur le CLSC et son environnement social, économique et politique. Plus précisément, on recherchait auprès des administrateurs des informations sur la mission et le rôle du CLSC et les liens avec les différentes ressources existant sur ce territoire. Les administrateurs et les cadres étaient invités à s'exprimer sur la pertinence du projet *Au cœur de la vie* pour le CLSC. Ces différentes informations permettent d'avoir un portrait général du CLSC au niveau organisationnel et communautaire.

Les entrevues auprès des cadres avaient aussi pour objectif de recueillir des informations sur la coordination des services et des professionnels ainsi que sur la supervision des activités de prévention. Des informations étaient également recueillies sur l'engagement et l'implication des acteurs des Services courants dans le projet *Au cœur de vie* et son opérationnalisation. Le tableau 1 résume ces informations.

Tableau 1 : Paliers organisationnels et niveau d'information escompté

Palier organisationnel	Niveau d'information
Administrateurs (niveau macrosocial)	Mission Pertinence ressources
Cadres intermédiaires (niveau intermédiaire)	Coordination Supervision Engagement
Intervenants/professionnels (niveau microsociologique)	Pratiques Compétences Participation

7.2 - Recrutement des répondants

Pour le recrutement des répondants, nous avons fourni à chaque CLSC des critères d'éligibilité et le nombre de répondants souhaités pour la réalisation des entrevues téléphoniques.

Les critères d'éligibilité étaient les suivants :

1. un an d'expérience professionnelle minimum au CLSC ;
2. au moins 50 % de la pratique aux Services courants (pour les intervenants seulement).

Le premier critère n'a pas toujours été observé surtout pour des raisons de roulement de personnel et le second critère a dû être assoupli et adapté à la réalité de chaque CLSC (inclure les médecins et infirmière de l'urgence du CH fusionné au CLSC, inclure les médecins de l'unité de médecine familiale arrimée aux Services courants, etc...)

Pour les CLSC expérimentaux, nous souhaitons rejoindre des personnes ayant les fonctions suivantes :

- un administrateur (directeur-trice général-le)
- un cadre intermédiaire des Services courants ;
- le porteur du projet ;

- deux médecins travaillant à temps plein ou partiel aux Services courants ;
- deux infirmières travaillant aux Services courants ;
- un-e nutritionniste (si présent-e aux Services courants du CLSC) ;
- un-e organisateur-trice communautaire (si présent-e aux Services courants) ;
- un-e travailleur-se psychosocial-e.

Pour les CLSC témoins :

- un administrateur ;
- un cadre intermédiaire des Services courants ;
- un médecin travaillant à temps plein ou partiel aux Services courants ;
- une infirmière travaillant aux Services courants.
- un-e nutritionniste (si présente aux Services courants du CLSC) ;
- un-e organisateur-trice communautaire (si présent-e aux Services courants) ;
- un-e travailleur-se psychosocial-e.

Le tableau 2 présente pour chaque CLSC et région, le nombre de personnes interviewées selon leur fonction. Le nombre de personnes rejointes est sensiblement le même par région à l'exception de la région de l'Outaouais où seulement deux CLSC participent. Les infirmières représentant la majorité des intervenants aux Services courants, il n'est pas étonnant qu'elles constituent le tiers de notre échantillon total (30,7 %). À l'exception d'un CLSC, l'ensemble des directeurs-directrices de CLSC ont accepté de réaliser une entrevue.

Tableau 2 : Nombre d'entrevues réalisées selon la fonction, CLSC et régions

CLSC	Fonctions ¹							Autre	Total
	ADM	CAD	MD	INF	OC	TS	NUT		
Région de Montréal									
CLSC 1*	1	1	2	3	0	0	0	0	7
CLSC 2*	1	2	2	3	1	1	1	0	11
CLSC 3	1	1	1	2	0	1	1	0	7
CLSC 4	1	2	1	1	1	0	1	0	7
CLSC 5*	1	1	2	3	1	0	0	0	8
CLSC 6	1	1	1	2	0	1	0	0	6
Total	6	8	9	14	3	3	3		46
Région de Québec									
CLSC 7*	1	1	2	2	1	0	0	0	7
CLSC 8*	1	2	0	3	1	0	0	0	7
CLSC 9*	1	3	2	3	0	1	1	1	12
CLSC 10	0	1	0	2	1	0	1	0	5
CLSC 11	1	1	1	2	1	0	1	0	7
CLSC 12	0	1	1	2	0	0	1	0	5
Total	4	9	6	14	4	1	4	1	43
Région de l'Outaouais									
CLSC 13	1	1	1	1	1	1	1	0	7
CLSC 14*	1	1	1	4	0	0	0	1	8
Total	2	2	2	5	1	1	1	1	15
Région de la Mauricie									
CLSC 15	1	1	1	2	1	1	1	0	8
CLSC 16*	1	1	3	2	1	1	1	0	10
CLSC 17	1	2	1	2	0	1	1	0	8
CLSC 18*	1	1	2	3	0	1	1	0	9
CLSC 19*	1	1	2	3	0	0	0	0	7
CLSC 20	1	2	0	2	1	1	1	0	8
Total	6	8	9	14	3	5	5	0	50
Total 20 CLSC	18	27	26	47	11	10	13	2	154

* CLSC expérimentaux

¹ ADM : Administrateur ; CAD : Cadre ; MD : Médecin ; INF : Infirmière ; OC : Organisateur-trice communautaire ; TS : Travailleur-euse social-le ; NUT : Nutritionniste.

7.3 - Réalisation des entrevues téléphoniques

7.3.1 - Formation pour les entrevues

Pour réaliser l'ensemble des entrevues dans le temps qui nous était imparti, deux assistantes de recherche ont été engagées en plus de deux autres membres de l'équipe de recherche. Ces assistantes de recherche ont seulement réalisé des entrevues avec des intervenants. Leur formation s'est effectuée en trois étapes.

La première étape (2 heures) permettait de se familiariser avec la grille d'entrevue et les entrevues préalablement réalisées. Les objectifs des entrevues téléphoniques et de la grille d'entrevue (explication des grands thèmes et la justification des questions) étaient présentés. Pour les familiariser avec le ton des entrevues et les différents thèmes abordés, trois entrevues enregistrées et leur retranscription écrite leur ont été fournies. La seconde étape de la formation (3 heures) consistait à recueillir leurs réactions suite à l'écoute des entrevues et à en discuter pour leur permettre de clarifier certains points encore mal compris. Les assistantes de recherche ont également reçu de l'information sur les CLSC participants, sur les différentes fonctions des personnes à interviewer (médecin, infirmière, travailleur-se sociale, organisateur-trice communautaire, etc.), sur les termes techniques et les acronymes les plus courants, ainsi que sur la structure des CLSC et des Services courants.

La troisième étape (3 heures) consistait à réaliser une entrevue. Une fois les entrevues réalisées, les deux assistantes de recherche et la formatrice se sont réunies pour écouter les entrevues et les commenter. Ces discussions ont permis aux assistantes de recherche de préciser leur approche pour les prochaines entrevues. Les quatre entrevues suivantes réalisées par chacune des assistantes de recherche ont été écoutées par la coordonnatrice ou par l'agente de recherche pour en vérifier la qualité.

7.3.2 - Standardisation des procédures

Pour garantir la standardisation des procédures, les assistantes de recherche devaient suivre les consignes suivantes :

1. poser l'ensemble des questions de la grille d'entrevue sauf si le répondant y avait déjà répondu de lui-même, une très bonne qualité d'écoute était exigée de la part des assistantes de recherche afin d'éviter aux répondants de se répéter ;
2. éviter une réponse fermée (oui ou non) à une question et demander au répondant de préciser ses propos ;

3. assurer la plus grande neutralité en n'inférant aucune réponse et en évitant les commentaires évaluatifs sur les propos des répondants ;
4. respecter un bon niveau de vocabulaire et éviter les tics de langage (ex : répétition de « OK »).

7.3.3 - Taux de participation

En tout, 156 personnes ont été identifiées par les cadres des Services courants des CLSC pour participer aux entrevues. Seulement trois entrevues n'ont pu être réalisées. Il s'agit de deux médecins et d'un administrateur. Les raisons de non participation sont : un refus, aucun retour d'appel, des raisons personnelles.

7.4 - Attitudes des personnes interviewées

La réalisation des entrevues par téléphone a été bien reçue par l'ensemble des répondants et n'a pas soulevé de commentaires particuliers. Dans un cas seulement le répondant a suggéré que l'entrevue se fasse en face à face, mais ne s'est pas objecté à ce que l'entrevue soit réalisée par téléphone (nécessité de l'uniformité de la collecte des données dans l'ensemble des CLSC). Dans un cas seulement, l'enregistrement de l'entrevue a été refusé.

La grande flexibilité offerte par l'entrevue téléphonique (facile à planifier entre deux rendez-vous, facile à reporter en cas de problème) a grandement facilité l'accès et la disponibilité des intervenants à participer à l'étude. Le téléphone garantissait un anonymat qui a mis à l'aise les répondants et a facilité la communication.

7.5 - Codification des entrevues

7.5.1 - Processus de validation de la codification

Un arbre de code a été élaboré et informatisé (utilisation du logiciel NUDIST 4). Les grandes catégories de l'arbre de codes correspondent aux grands thèmes des grilles d'entrevues et les sous-catégories ont été élaborées en se basant sur les questions de recherche et l'analyse de dix entrevues. Ces entrevues sélectionnées parmi celles réalisées auprès des CLSC expérimentaux, ont été choisies en tenant compte de la richesse du contenu et des fonctions des répondants (administrateur, cadres et intervenants).

Ces dix entrevues ont fait l'objet d'une codification croisée par deux membres de l'équipe de recherche. Il s'agissait de codifier séparément les entrevues et ensuite de comparer les codes. Cette comparaison se faisait après la codification de deux entrevues. Chaque divergence faisait l'objet d'une réflexion et d'une définition claire. Suite à cette exercice de comparaison, certains codes ont été scindés, fusionnés ou ajoutés, donnant à chaque fois une nouvelle version de l'arbre de codes. Cette opération a été répétée jusqu'à l'arbre n'ait plus à être modifié.

L'actuelle version (juin 2002) de l'arbre des codes contient 12 thèmes et 530 catégories et sous-catégories, toutes définies dans un document de référence à l'usage des agentes de recherche (document : outils d'enquête, PQDSC-II).

7.5.2 - Formation pour la codification

Trois personnes ont été chargées de la codification des entrevues. Deux assistantes de recherche ont été engagées pour la codification et ont reçu une formation. La première étape de la formation consistait en la présentation et l'explication de l'arbre de code (sa structure et les définitions des codes). Lors de cette étape, les assistantes de recherche ont codifié une entrevue sous la supervision de la formatrice. Elles ont ensuite codifié séparément deux entrevues pour se familiariser avec l'arbre de codes et le processus de codification. Une rencontre avec la formatrice, a permis de comparer leur codification et de faire part de leurs commentaires et questions sur la codification. À chaque fois que les codes étaient différents, la formatrice clarifiait les définitions de ces derniers. La dernière étape consistait en une formation sur le logiciel d'analyse NUDIST.

Vérification de la codification

Des vérifications croisées ont été régulièrement effectuées pour assurer la standardisation de la codification. Ces vérifications ont été plus fréquentes lorsque les assistantes de recherche ont commencé à codifier et se sont ensuite espacées.

Les cinq premières entrevues codifiées par les assistantes de recherche ont été systématiquement vérifiées au fur et à mesure que les assistantes finissaient de les coder. Les commentaires étaient faits aux deux assistantes de recherche en même temps pour s'assurer de l'uniformité des informations tout le long du processus de codification. Par la suite, une entrevue sur huit a été vérifiée, soit un total de 38. Toutefois, lorsque les assistantes avaient des doutes quant au code à utiliser, elles pouvaient consulter le membre de l'équipe responsable de la supervision de la codification. La durée moyenne pour codifier une entrevue de 40 minutes se situe entre 2h et 2h30.

7.6 - Entrevues auprès des promoteurs

Nous rappelons que pour chaque région, le soutien de la santé publique se fait via un promoteur dont la tâche est d'aider et guider les CLSC expérimentaux à implanter le programme *Au cœur de la vie*. Nous avons réalisé une entrevue auprès de chacun des quatre promoteurs. Les thèmes abordés lors de ces entrevues sont : le profil personnel du promoteur, le processus d'approche des CLSC avant l'implantation du programme, l'implantation du programme (étapes d'implantation, les liens avec les CLSC et ceux avec l'équipe d'intervention) et les impressions sur les facilitateurs et les obstacles potentiels à l'implantation.

8 - ÉVALUATION DE RÉSULTATS

L'évaluation de résultats vise à déterminer dans quelle mesure l'intervention a conduit à l'adoption formelle du programme par les différents acteurs du CLSC et à sa mise en œuvre au niveau des pratiques individuelles et communautaires.

Une approche mixte, qualitative et quantitative a été retenue pour recueillir l'information. Une partie de l'information recueillie lors des entrevues qualitatives réalisées dans le cadre de l'évaluation d'implantation intéresse principalement l'évaluation de résultats (pratiques professionnelles et communautaires).

Par ailleurs, un questionnaire prétesté (voir premier rapport annuel du PQDSC-II) portant sur les pratiques professionnelles en regard de la prévention des maladies cardiovasculaires a été distribué à l'ensemble des médecins et infirmières des Services courants des 20 CLSC participants (document : outils d'enquête, PQDSC-II).

8.1 - Volet qualitatif : entrevues qualitatives téléphoniques

Il s'agit des mêmes entrevues que pour l'évaluation d'implantation. Les mêmes procédures pour le recueil de l'information ont été suivies.

8.2 - Volet quantitatif : questionnaires sur les pratiques professionnelles

8.2.1 - Taux de réponse

Pour l'ensemble des CLSC, la distribution des questionnaires auprès des médecins et infirmières s'est déroulée de la manière suivante : les questionnaires étaient envoyés à une personne identifiée par le CLSC qui les distribuait à l'ensemble des médecins et infirmières. Ces derniers devaient remplir le questionnaire et nous le retourner directement dans une enveloppe pré-affranchie. Lorsque le taux de réponse après une première distribution était inférieur à 50 %, nous demandions à la personne ressource du CLSC de faire une relance auprès des infirmières et/ou des médecins pour qu'ils remplissent et nous retournent leur questionnaire.

Dans deux CLSC de la région de Québec, du fait de l'absence de services médicaux, seules les infirmières ont rempli le questionnaire. Le tableau 3 présente le nombre de questionnaires envoyés et reçus, ainsi que le taux de réponse (nombre de questionnaires reçus/sur le nombre de questionnaires envoyés) par région et pour l'ensemble des 20 CLSC. Les taux de réponse obtenus auprès des infirmières sont très satisfaisants. Les taux obtenus auprès des médecins correspondent à ceux que d'autres enquêtes réalisées auprès

de ce corps professoral obtiennent généralement. Le taux de réponse pour l'ensemble des 20 CLSC s'élève à 78 % pour les infirmières et à 59 % pour les médecins.

8.2.2 - Entrée des données et analyses

L'entrée des données pour les 259 questionnaires (infirmières et médecins) a été faite par une technicienne de recherche et supervisée par un membre de l'équipe de recherche qui a procédé à la vérification de 10 % des questionnaires, soit un total de 26 questionnaires pris au hasard. Par ailleurs, la technicienne de recherche avait comme consigne de consulter le membre de l'équipe de recherche quand elle avait un doute quant à la façon de coder une réponse.

Étant donné les faibles effectifs par CLSC, les analyses se feront au niveau régional, pour les CLSC expérimentaux et témoins et pour l'ensemble des 20 CLSC. Les réponses obtenues aux questions portant sur les pratiques préventives seront comparées aux informations tirées des entrevues qualitatives auprès des médecins et infirmières concernant les contextes de pratique.

Tableau 3 : Nombre de questionnaires envoyés et reçus et taux de réponse, infirmières et médecins, par CLSC et région

	Infirmières			Médecins		
	Envoyés	Reçus	Taux de réponse	Envoyés	Reçus	Taux de réponse
CLSC 1*	6	6		8	5	
CLSC 2*	8	8		11	7	
CLSC 3	13	11		8	3	
CLSC 4	15	8		10	5	
CLSC 5*	4* (perte 3)	4		10	7	
CLSC 6*	7	5		6	6	
Région Montréal	53	42	79 %	53	33	62 %
CLSC 7*	9	8		4	3	
CLSC 8*	9	5				
CLSC 9*	12	11		14 (19R)	10 (6R)	
CLSC 10	10	8				
CLSC 11	9	7		7	6	
CLSC 12	24	14		14	8	
Région Québec	73	53	73 %	39¹	27¹	69 %
CLSC 13	10	6		6	2	
CLSC 14*	10	6		9	6	
Région Outaouais	20	12	60 %	15	8	53 %
CLSC 15	12	10		6	4	
CLSC 16*	34	32		8	4	
CLSC 17	3	2		4	1	
CLSC 18*	11	10		6	1	
CLSC 19*	3	2		4	3	
CLSC 20	18	14		6	2	
Région Mauricie	81	70	86 %	34	15	44 %
Total	227	177	78 %	141¹	83¹	59 %

* CLSC expérimentaux

1 Les questionnaires remplis par les médecins résidents ne sont pas comptabilisés.

9 - ÉVALUATION D'IMPACT

Nous rappelons que l'objectif de ce volet de l'évaluation est d'évaluer l'impact du programme auprès de la clientèle des Services courants. Une approche exclusivement quantitative a été retenue. Il s'agit d'une enquête auprès des usagers des Services courants des différents CLSC participants. Le questionnaire pré-testé (voir le premier rapport annuel du PQDSC-II) porte sur les habitudes de vie reliées à la prévention des maladies cardiovasculaires, les différents facteurs de risque et sur les recommandations données par les intervenants du CLSC aux usagers concernant les habitudes de vie et les facteurs de risque (document : outils d'enquête, PQDSC-II).

9.1 - Planification du terrain

9.1.1 - Sélection des recruteurs

Le faible taux de consentement obtenu au prétest auprès des hommes soulignait un effet probable du sexe du recruteur. Afin de contrôler cet effet, l'équipe de recherche a décidé de ne retenir que des assistantes de recherche pour assurer le recrutement dans les CLSC. Cette décision a été approuvée par la plupart des CLSC qui préféraient généralement que le recrutement soit fait par une femme pour minimiser les risques de mécontentement parmi les usagers. Des assistantes de recherche ont donc été engagées pour le recrutement des usagers dans la salle d'attente des CLSC, à l'exception d'un où un homme a été retenu sur la liste des employés temporaires.

9.1.2 - Rencontre avec les CLSC et planification des horaires de recrutement

Afin de planifier la collecte de données, une rencontre a eu lieu dans chaque CLSC avec le porteur de projet et/ou des membres de la direction des Services courants. L'objectif de cette réunion était de procéder à une visite des lieux et de rassembler les informations nécessaires à l'organisation des journées de recrutement : les services offerts, l'horaire des cliniques, le volume d'usagers et autres caractéristiques des CLSC. Par la suite, d'autres rencontres ont eu lieu au besoin, afin de répondre aux problèmes reliés au terrain lorsque ceux-ci se présentaient.

Dans l'ensemble des CLSC, le recrutement devait se dérouler sur sept semaines, à raison de trois jours par semaine. Durant cette période, il était prévu de recruter environ deux cents personnes. Dans les CLSC où le recrutement s'est fait rapidement, le nombre de journées a été diminué afin qu'il n'y ait pas moins de six semaines de recrutement au total. Par contre, dans les CLSC où le volume de clientèle était faible, on a augmenté à quatre jours par semaine le recrutement et/ou celui-ci s'est poursuivi sur un plus grand nombre de semaines.

L'équipe de recherche a fixé les horaires de recrutement, principalement en fonction des heures de services offerts par les médecins et les infirmières (avec et sans rendez-vous) et selon les heures d'affluence. Par contre, d'autres périodes de recrutement ont été choisies afin d'assurer une bonne représentativité des usagers du CLSC. Lorsque le CLSC avait plusieurs points de services, les horaires devaient prévoir des périodes de recrutement dans les différents points de services offrant des services médicaux et infirmiers et où le volume de la clientèle était suffisant.

Dans deux CLSC de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec, les horaires de recrutement ont dû tenir compte des disponibilités des assistantes de recherche qui continuaient à travailler à temps partiel pour le CLSC. Le fait que l'assistante de recherche était déjà à l'emploi du CLSC a représenté un facilitant pour le recrutement. Cette personne obtenait généralement facilement la collaboration des intervenants et des usagers qui la connaissaient. Par ailleurs, l'assistante de recherche était plus facilement informée des changements d'horaire ou de service, ce qui permettait une meilleure planification des heures de recrutement.

9.2 - Formation des recruteurs

Plusieurs formations ont été offertes sur les procédures de recrutement en salle d'attente. Le contenu de la formation a été la même pour les quatre régions. Une formation pour le recrutement téléphonique a été offerte aux assistantes de recherche de trois CLSC dans la région de Québec, où le faible volume d'usagers ne semblait pas justifier la présence d'une assistante de recherche en salle d'attente.

La formation était divisée en trois grandes parties.

1. Présentation du projet et de ses objectifs :
l'ensemble du projet et ses objectifs ont été présentés (document : outils d'enquête, PQDSC-II). Lors de cette présentation, l'importance du respect de la confidentialité des informations nominatives a été souligné et chaque assistante de recherche a rempli le formulaire « Déclaration de confidentialité » (document : outils d'enquête, PQDSC-II).
2. Examen détaillé des procédures de recrutement :
 - a) approche auprès de l'utilisateur et demande de participation ;
 - b) explication des modalités de participation à l'étude ;
 - c) procédures suite à un consentement ou à un refus (document : outils d'enquête, PQDSC-II).

Les outils utilisés à chacune des étapes du recrutement ont été présentés et expliqués.

3. Explication des procédures d'envoi et de réception des informations nominatives : explication des étapes à suivre pour l'envoi des listes des personnes recrutées et autres grilles de collectes de données (cette procédure est décrite dans la section « autres outils »).

9.3 - Procédures et outils de recrutement

9.3.1 - Recrutement en salle d'attente

Approche auprès de l'utilisateur et vérification des critères de participation

Dans un premier temps, l'assistante de recherche devait s'assurer que la personne était éligible en utilisant la grille des **personnes non éligibles** (document : outils d'enquête, PQDSC-II). La plupart des codes correspondent à une caractéristique que doit ou non avoir une personne pour participer :

- langue : avoir une bonne compréhension de l'anglais ou du français ;
- âge : être âgé-ée entre 18 et 74 ans ;
- handicap : ne pas avoir un handicap auditif (le questionnaire étant administré par téléphone) ou un autre handicap pouvant limiter la compréhension des questions posées ;
- raison de la visite : l'utilisateur doit être venu consulter un médecin, une infirmière ou une nutritionniste dans le cadre des Services courants ;
- interruption dans le recrutement : lorsque le recrutement n'a pu être finalisé (par exemple, l'utilisateur a été appelé par un professionnel) ;
- sans téléphone : les personnes ne possédant pas de téléphone ;
- non joignable : les personnes qui seront absentes et ne pourront être rejointes dans un délai raisonnable (dans les 2 semaines suivant le recrutement) ;
- déjà approché : les personnes déjà abordées au cours de journées précédentes de recrutement, qu'elles aient ou non consenti à participer précédemment.

Procédures dans le cas d'un accord de participer à l'étude

- 1) L'assistante de recherche présente le formulaire de consentement (document : outils d'enquête, PQDSC-II) à l'utilisateur, selon la procédure décrite dans le « Protocole de recrutement des usagers dans la salle d'attente » (document : outils d'enquête, PQDSC-II). Si la personne accepte de participer, elle doit signer deux exemplaires de ce formulaire (de même que l'assistante de recherche). Une copie est remise à l'utilisateur et l'autre conservée par l'assistante de recherche.
- 2) L'assistante de recherche utilise le formulaire de participation (document : outils d'enquête, PQDSC-II) pour recueillir les informations nominatives de la personne (nom, prénom, numéro de téléphone) ainsi que les jours et heures où elle souhaiterait être rejointe par la firme de sondage. Si elle le préfère, la personne peut remplir elle-même le formulaire de participation individuel (document : outils d'enquête, PQDSC-II). Dans ce dernier cas, l'assistante de recherche doit recopier les informations sur le formulaire de participation « collectif », afin que l'ensemble des informations nominatives se retrouve sur un seul formulaire pour faciliter la transmission de ces informations.
- 3) Finalement, toutes les personnes recrutées reçoivent une carte de remerciement (document : outils d'enquête, PQDSC-II) sur laquelle sont inscrites les coordonnées d'une personne de l'équipe d'évaluation auprès de qui elles peuvent obtenir des informations additionnelles.

Procédures dans le cas d'un refus de participer à l'étude

Si la personne refuse, l'assistante de recherche utilise la grille de refus (document : outils d'enquête, PQDSC-II) pour y inscrire le sexe, le groupe d'âge auquel appartient la personne et la ou les raisons du refus. Lorsqu'il est impossible d'obtenir la collaboration de l'utilisateur, l'assistante estime l'âge de la personne et coche la case « aucune raison » si la personne n'a exprimé aucune raison pour refuser de participer.

9.3.1.1 - Autres outils

Pour documenter le contexte dans lequel s'est déroulé le recrutement, l'assistante de recherche devait remplir chaque jour une grille d'observation (document : outils d'enquête, PQDSC-II). Celle-ci permet de recueillir des informations sur la réaction des usagers et des intervenants, sur les principales contraintes et principaux « facilitants » de recrutement, de même que les caractéristiques (sexe, âge, raisons de la visite) des personnes qui refusent.

À la fin de la journée de recrutement, les assistantes de recherche faisaient parvenir les documents selon la procédure d'envoi des documents par télécopieur (document : outils d'enquête, PQDSC-II). Dans un premier temps, l'assistante doit téléphoner à la personne responsable de la réception des documents à Montréal pour la prévenir qu'elle s'apprête à télécopier les documents. Elle doit faxer le ou les formulaires de participation cumulatifs, la grille d'observation, les grille de refus et la grille de personnes non éligibles. Elle doit ensuite vérifier auprès de la personne responsable de la réception des documents que tous ont bien été reçus et sont compréhensibles. Par la suite, elle doit jeter les grilles et détruire les informations nominatives en suivant les procédures du CLSC quant aux documents confidentiels. Finalement, elle doit envoyer à l'équipe de recherche, les formulaires de consentement signés et les formulaires de participation individuels remplis par les participants. Un télécopieur dédié et à l'usage exclusif de l'équipe de recherche, situé dans un bureau fermé a été utilisé pour la réception des documents contenant des informations nominatives.

9.3.1.2 - Identification de l'assistante de recherche et du projet

Chaque assistante de recherche devait porter une carte d'identité avec photo sur laquelle était apposé le logo « *Au cœur de la vie* » et où étaient inscrits son nom et le nom de l'Institut national de santé publique du Québec. De plus, les assistantes avaient comme tâche de placer dans la salle d'attente du CLSC de grandes affiches « *Au cœur de la vie* » et de petites affiches (document : outils d'enquête, PQDSC-II) signalant leur présence.

9.3.2 - Recrutement téléphonique

Les étapes et objectifs de la formation pour le recrutement par téléphone étaient les mêmes que ceux de la formation pour le recrutement en salle d'attente. La procédure de recrutement et les outils étaient différents. Le recrutement téléphonique a été maintenu seulement dans un CLSC. Pour les deux autres, le recrutement s'est poursuivi en salle d'attente, le recrutement par téléphone n'étant pas assez performant et occasionnant des problèmes de personnel aux CLSC.

9.3.2.1 - Procédures et outils de recrutement

Dans un premier temps, un intervenant du CLSC fait parvenir à l'assistante de recherche le nom des personnes ayant consulté un médecin, une infirmière ou une nutritionniste, pour chaque jour de la semaine et à chaque point de services ciblé. L'assistante doit alors dresser la liste des personnes, en utilisant le formulaire de participation (document : outils d'enquête, PQDSC-II) et contacter chacune d'elles en suivant la procédure telle que décrite dans le

document « Protocole de recrutement par téléphone » (document : outils d'enquête, PQDSC-II). Lorsque la personne à rejoindre est absente, l'assistante doit compléter la feuille de gestion des rappels (document : outils d'enquête, PQDSC-II) que ceux-ci soient faits dans la même soirée ou au cours de soirées subséquentes. Lorsque la personne est présente, la procédure de recrutement suit les mêmes étapes que celle faite en salle d'attente, à l'exception de la signature du formulaire de consentement, puisqu'il est administré verbalement.

9.3.2.2 - Autres outils

Dans le but de rassembler des informations sur la démarche de recrutement, l'assistante de recherche doit remplir la feuille de notes personnelles sur le recrutement par téléphone (document : outils d'enquête, PQDSC-II). Elle doit y noter ses impressions sur la réaction des usagers quant à l'appel, au formulaire de consentement, au projet en général et quant à l'entrevue téléphonique qui sera administrée par la maison de sondage.

À la fin de chaque soirée de recrutement téléphonique, l'assistante fait parvenir les documents selon la procédure d'envoi des documents par télécopieur (document : outils d'enquête, PQDSC-II). Elle suit les mêmes procédures que pour le recrutement en salle d'attente.

9.3.3 - Soutien auprès des assistantes de recherche

Au cours du recrutement, l'équipe de coordination du terrain était à l'écoute des besoins des assistantes de recherche qui procédaient au recrutement. Celles-ci étaient encouragées à exprimer leurs préoccupations ou difficultés. Dans les régions de Montréal et de la Mauricie, des rencontres ont eu lieu en cours de terrain, afin de faire le point sur le déroulement et sur les procédures de recrutement pour améliorer le taux de consentement.

9.4 - Collecte des données

9.4.1 - Envoi des informations à l'institut de sondage

La procédure de transmission des coordonnées des individus recrutés dans les CLSC devait garantir une transmission exacte des informations et en garantir la confidentialité. À ces fins, la transmission des coordonnées se faisait par courriel entre l'équipe de recherche et la firme de sondage. L'équipe de recherche gardait la liste sur support informatique, des noms et numéros de téléphone pour permettre une contre-vérification au cas où une coordonnée s'avérerait inexacte.

Suite à la réception des documents envoyés par les assistantes de recherche responsables du recrutement dans les différents CSLC, la personne responsable de la réception des télécopies devait faire la saisie d'informations sur fichier Excel. Les informations suivantes y étaient rapportées : le code de la région du CLSC, le code donné au répondant, son nom et prénom, son numéro de téléphone, son sexe, le nom de l'assistante de recherche, la date du recrutement, les jours et heures où le répondant veut être contacté, ainsi que la langue dans laquelle l'interview doit être administrée. Une fois le fichier muni d'un mot de passe, celui-ci était transmis par courriel à la personne responsable à l'institut de sondage.

Les informations nominatives reçues par télécopieur étaient détruites une fois saisies sur fichier Excel (protégé par un mot de passe). Comme convenu dans le formulaire de consentement, une fois l'entrevue réalisée l'information nominative était détruite autant par l'équipe de recherche que par l'institut de sondage. Ce dernier faisait parvenir quotidiennement à l'équipe de recherche, la liste des numéros des entrevues réalisées, permettant à la personne responsable de l'équipe de recherche de détruire les informations nominatives reliées à chaque numéro.

9.4.2 - Procédures de contrôle de la collecte des données

Procédure d'appel

La firme de sondage devait réaliser l'entrevue avec chaque personne recrutée dans les deux semaines suivant la date de recrutement en respectant les tranches horaires spécifiées par chacune des personnes recrutées.

Les interviewers de l'institut devaient suivre les procédures suivantes lorsqu'ils contactaient les personnes :

- 1) se présenter comme interviewer de l'institut de sondage et demander à parler à la personne ;
- 2) si la personne est présente, indiquer qu'il s'agit de l'enquête réalisée par l'Institut national de santé publique en collaboration avec le CLSC (préciser le nom) et pour laquelle la personne a accepté de participer. Indiquer la date du recrutement et le nom de la personne qui a recueilli son consentement et réitérer l'aspect confidentiel du traitement de l'information. Après avoir confirmé avec la personne qu'elle a bien donné son consentement pour participer, procéder à l'entrevue ;
- 3) si la personne est absente et qu'une autre répond, ne pas spécifier à cette dernière que la personne a été recrutée lors d'une visite à son CLSC afin de respecter le caractère confidentiel de cette information et indiquer que l'institut de sondage rappellera la personne.

Taux de réponse

Le contrat signé avec l'institut de sondage stipulait un taux de réponses minimum de 90 % auprès des personnes ayant donné leur accord pour participer pour chacun des CLSC. Le taux de réponse au questionnaire est calculé en divisant le nombre de répondants par la somme des répondants, des personnes non-répondantes et des ménages non-répondants.

Pour permettre à l'équipe de recherche un suivi du taux de réponse, l'institut de sondage devait fournir sur une base bi-hebdomadaire : le nombre d'entrevues complétées par CLSC ; le taux de réponse par CLSC et la durée moyenne des entrevues.

Contrôle de la qualité des entrevues téléphoniques

La firme devait effectuer un contrôle de chaque intervieweur par l'écoute téléphonique de 10 % des questionnaires complétés par chacun d'eux. Cette écoute devait être répartie de façon égale durant la période de l'enquête.

L'équipe de recherche pouvait écouter sans avertissement les entrevues téléphoniques pendant qu'elles se déroulaient. Cette écoute se faisait en dehors des locaux de l'institut de sondage. L'écoute téléphonique des entrevues a été assurée par trois membres de l'équipe de recherche, à raison de trois jours par semaine durant toute la période de la collecte des données. Quand cette écoute révélait des anomalies, celles-ci étaient signalées à la firme de sondage pour que des changements soient apportés. Si la qualité du travail d'un intervieweur ne s'améliorait pas, l'équipe de recherche pouvait exiger le retrait de ce dernier.

9.5 - Résultats

9.5.1 - Taux d'éligibilité

Pour être éligible à participer, une personne devait être âgée de 15 à 75 ans, pouvoir s'exprimer et comprendre suffisamment le français ou l'anglais pour répondre au questionnaire par entrevue téléphonique, ne pas avoir un handicap auditif et venir consulter un médecin, infirmière ou nutritionniste le jour de recrutement.

Le tableau 4 présente les taux d'éligibilité pour les différents CLSC et régions. Pour l'ensemble des 20 CLSC le taux d'éligibilité s'établit à seulement 36 %. Dans le calcul de ce taux nous avons retiré les personnes qui avaient déjà été approchées antérieurement par l'assistante de recherche, qu'elles aient ou non accepté de participer. Pour les régions de Montréal, Québec et Outaouais, on obtient sensiblement le même taux, alors que pour la région de la Mauricie, le taux s'élève à 40 %. Pour le CLSC où le recrutement s'est fait par

téléphone le taux d'éligibilité s'élève à 85 % étant donné que seuls les noms des personnes qui avaient consulté un médecin, une infirmière (pour soins cliniques) ou un-e nutritionniste étaient contactées par l'assistante de recherche. Si on exclut ce CLSC, le plus faible taux d'éligibilité obtenu est de 16 % et le plus élevé 52 %.

Ces faibles taux d'éligibilité s'expliquent par les proportions élevées de personnes dont la visite au CLSC le jour du recrutement n'était pas justifiée par une consultation auprès d'un médecin, d'une infirmière (pour soins cliniques) ou d'un-e nutritionniste. Le tableau 5, montre que la principale raison de non éligibilité, était la raison de la visite (62 %). En effet, une très forte proportion des personnes se présentait au CLSC pour un prélèvement, et dans une plus faible mesure pour le renouvellement de leur carte d'assurance maladie ou pour une consultation auprès d'un ou une travailleur-se social-le. L'âge de la personne représente la seconde raison de non éligibilité.

Dans certains CLSC, où le nombre de la clientèle est plus faible (principalement en milieu rural), près du tiers ou plus des non éligibles était constitué de personnes qui avaient déjà été sollicitées par l'assistante de recherche.

Tableau 4 : Proportion des personnes approchées éligibles à participer

CLSC	Personnes recrutées + Refus (1)	Total non éligibles (2)	Total personnes approchées (1) + (2)	Tx éligibilité (%) (2)/Total personnes approchées %
1*	326	480	806	40 %
2*	318	878	1 196	27 %
3	319	426	745	43 %
4	352	439	791	45 %
5*	326	808	1 134	29 %
6	367	717	1 084	34 %
7*	223	39	262	85 %
8*	264	1 418	1 682	16 %
9*	304	339	643	47 %
10	308	578	886	35 %
11	410	397	807	51 %
12	281	767	1 048	27 %
13	243	563	806	30 %
14*	224	332	556	40 %
15	225	461	686	33 %
16*	302	503	805	38 %
17	285	267	552	52 %
18*	323	372	695	46 %
19*	252	379	631	40 %
20	405	750	1 155	35 %
Régions				
Montréal	2 008	3 748	5 756	35 %
Québec	1 790	3 538	5 328	34 %
Outaouais	467	895	1 363	34 %
Mauricie	1 792	2 732	4 524	40 %
Total	6 057	10 913	16 970	36 %

* CLSC expérimentaux

Tableau 5 : Distribution (%) des personnes non éligibles selon la raison de non-éligibilité

CLSC	Âge	Langue	Handicap	Raison visite	Arrêt recrutement ¹	Sans téléphone	Non rejoint ²	Déjà approchés	Total
1*	16 %	2 %	1 %	58 %	8 %	3 %	2 %	11 %	526
2*	15 %	0 %	2 %	65 %	3 %	2 %	2 %	11 %	978
3	16 %	1 %	3 %	53 %	8 %	5 %	2 %	13 %	481
4	8 %	3 %	2 %	71 %	5 %	2 %	3 %	7 %	458
5*	12 %	5 %	1 %	72 %	4 %	2 %	1 %	3 %	819
6	12 %	4 %	3 %	64 %	4 %	2 %	1 %	10 %	786
7*	20 %	0 %	5 %	4 %	0 %	11 %	14 %	46 %	56
8*	7 %	0 %	0 %	80 %	1 %	0 %	1 %	10 %	1 573
9*	16 %	1 %	2 %	59 %	8 %	1 %	6 %	7 %	355
10	15 %	0 %	1 %	56 %	3 %	1 %	2 %	21 %	722
11	24 %	0 %	1 %	57 %	3 %	2 %	4 %	9 %	417
12	30 %	0 %	0 %	61 %	1 %	1 %	2 %	6 %	799
13	16 %	0 %	2 %	61 %	4 %	2 %	5 %	10 %	610
14*	9 %	0 %	2 %	57 %	4 %	2 %	4 %	11 %	819
15	25 %	0 %	2 %	59 %	3 %	0 %	2 %	9 %	502
16*	15 %	0 %	2 %	69 %	4 %	2 %	2 %	5 %	524
17	25 %	0 %	3 %	32 %	8 %	2 %	2 %	28 %	359
18*	30 %	0 %	2 %	60 %	3 %	1 %	1 %	4 %	382
19*	25 %	0 %	1 %	28 %	5 %	0 %	1 %	40 %	629
20	12 %	0 %	0 %	73 %	3 %	1 %	4 %	7 %	787

Régions									
Montréal	13 %	3 %	2 %	65 %	5 %	2 %	2 %	9 %	4 048
Québec	16 %	0 %	1 %	66 %	2 %	1 %	2 %	11 %	3 922
Outaouais	21 %	0 %	2 %	57 %	4 %	2 %	4 %	11 %	819
Mauricie	21 %	0 %	2 %	55 %	4 %	1 %	2 %	15 %	3 183
Total	17 %	1 %	1 %	62 %	4 %	1 %	2 %	12 %	11 972

* CLSC expérimentaux

¹ Recrutement interrompu car personne appelée par un intervenant du CLSC.

² La personne ne pourra pas être rejointe dans un délai de deux semaines après le recrutement.

9.5.2 - Taux de consentement

Le taux de consentement est le rapport des personnes qui ont donné leur consentement à participer à l'étude lors du recrutement sur le nombre de personnes sollicitées et éligibles (total des personnes recrutées et des refus).

Pour l'ensemble des 20 CLSC, le taux de consentement s'établit à 70 % (tableau 6). Ce taux est supérieur à celui que nous avons prévu suite aux résultats du prétest (premier rapport annuel du PQDSC-II). Nous rappelons que le taux de consentement s'établissait à 55 % lors du pré-test. Nous avons toutefois fait l'hypothèse qu'une plus longue durée de recrutement permettrait d'améliorer le taux de consentement ainsi que la présence d'assistantes de recherche (des femmes exclusivement) et nous avons fixé d'atteindre un taux de 65 %.

C'est dans la région de Montréal qu'on enregistre le plus faible taux de consentement, c'est aussi dans cette région où on note la plus faible variation entre les CLSC (tableau 6). C'est la seule région où le recrutement s'est fait par différentes assistantes de recherche dans chaque CLSC, minimisant ainsi les biais reliés au travail de recrutement. Toutefois, dans le cas des autres régions, les variations observées ne doivent pas être seulement attribuées au travail des assistantes de recherche. Le contexte de travail dans les salles d'attentes variait selon le CLSC et contribuait ou pas à faciliter le recrutement. Par ailleurs, le taux de refus étant plus élevé parmi les personnes plus âgées, ceci a contribué à baisser le taux de consentement dans les CLSC où la clientèle est plus âgée.

Les taux de consentement des femmes sont généralement supérieurs à ceux des hommes (tableaux 7 et 8). Tout au long du terrain nous avons essayé de contrôler cette différence qui est plus marquée dans certains CLSC. C'est dans la région de la Mauricie que la différence est la plus grande (11 points) et dans celle de Montréal où elle est la plus faible (cinq points). Cette différence varie également selon le CLSC. Dans quatre CLSC, le taux de consentement chez les hommes a été inférieur à 60 %.

Tableau 6 : Nombre de personnes recrutées, nombre de refus et taux de consentement, selon le CLSC et la région

CLSC	Total recrutées	Total refus	Total sollicitées	Taux de consentement
Région Montréal				
1*	214	112	326	66 %
2*	215	103	318	68 %
3	211	108	319	66 %
4	226	126	352	64 %
5*	212	114	326	65 %
6	229	138	367	62 %
Région de Québec				
7*	165	58	223	74 %
8*	172	92	264	65 %
9*	233	71	304	77 %
10	217	91	308	70 %
11	257	153	410	63 %
12	220	61	281	78 %
Région de l'Outaouais				
13	213	30	243	88 %
14*	178	46	224	79 %
Région de la Mauricie				
15	212	13	225	94 %
16*	217	85	302	72 %
17	217	68	285	76 %
18*	209	114	323	65 %
19*	164	88	252	65 %
20	246	159	405	61 %
Régions				
Montréal	1 307	701	2 008	65 %
Québec	1 264	526	1 790	71 %
Outaouais	391	76	467	84 %
Mauricie	1 265	527	1 792	71 %
Total	4 227	1 830	6 057	70 %

* CLSC expérimentaux

Tableau 7 : Nombre de femmes recrutées, nombre de refus et taux de consentement pour les femmes, selon le CLSC et la région

CLSC	Total recrutées	Total refus	Total sollicitées	Taux de consentement
Région Montréal				
1*	156	72	228	68 %
2*	157	67	224	70 %
3	134	67	201	67 %
4	150	81	231	65 %
5*	141	73	214	66 %
6	157	89	246	64 %
Région de Québec				
7*	110	27	137	80 %
8*	108	53	161	67 %
9*	150	44	194	77 %
10	166	66	232	72 %
11	172	97	269	64 %
12	141	35	176	80 %
Région de l'Outaouais				
13	126	17	143	88 %
14*	118	24	142	83 %
Région de la Mauricie				
15	144	4	148	97 %
16*	129	43	172	75 %
17	156	42	198	79 %
18*	139	57	196	71 %
19*	112	45	157	71 %
20	128	73	201	64 %
Régions				
Montréal	895	449	1 344	67 %
Québec	847	322	1 169	72 %
Outaouais	244	41	285	86 %
Mauricie	808	264	1 072	75 %
Total	2 804	1 076	3 870	72 %

* CLSC expérimentaux

Tableau 8 : Nombre d'hommes recrutés, nombre de refus et taux de consentement pour les hommes, selon le CLSC et la région

CLSC	Total recrutées	Total refus	Total sollicitées	Taux de consentement
Région Montréal				
1*	58	39	97	60 %
2*	58	36	94	62 %
3	77	41	118	65 %
4	73	45	118	62 %
5*	71	41	112	63 %
6	67	49	116	58 %
Région de Québec				
7*	55	31	86	64 %
8*	64	38	102	63 %
9*	83	27	110	75 %
10	51	25	76	67 %
11	85	56	141	60 %
12	79	26	105	75 %
Région de l'Outaouais				
13	87	13	100	87 %
14*	60	22	82	73 %
Région de la Mauricie				
15	68	9	77	88 %
16*	88	42	130	68 %
17	61	26	87	70 %
18*	70	56	126	56 %
19*	52	43	95	55 %
20	118	86	204	58 %
Régions				
Montréal	404	251	655	62 %
Québec	417	203	620	67 %
Outaouais	147	35	182	81 %
Mauricie	457	262	719	64 %
Total	1 425	751	2 176	65 %

* CLSC expérimentaux

9.5.3 - Pourcentage de questionnaires remplis

L'entente avec l'institut de sondage postulait un pourcentage de 90 % de personnes rejointes (questionnaires remplis) parmi celles ayant donné leur consentement pour participer. Cet objectif a été atteint pour l'ensemble des CLSC (tableau 9).

Le pourcentage de questionnaires remplis est le rapport du nombre de questionnaires remplis sur le total de personnes retenues comme éligibles par la firme de sondage (dépendant du CLSC, entre 1 et 6 % des personnes recrutées n'étaient finalement pas éligibles (mauvaise maîtrise du français ou de l'anglais, handicap auditif, mauvais numéro de téléphone, etc...). On peut observer que le pourcentage de questionnaires remplis n'est jamais inférieur à 90 %, ce qui est un résultat très satisfaisant.

Tableau 9 : Nombre et pourcentage de questionnaires remplis selon le CLSC, la région et le total des 20 CLSC

CLSC	Personnes recrutées	Personnes éligibles		Questionnaires remplis	
		N	% ¹	N	% ²
1	214	203	95 %	191	94 %
2	215	206	96 %	190	92 %
3	211	204	97 %	184	90 %
4	226	215	95 %	200	93 %
5	212	196	92 %	177	90 %
6	229	219	96 %	201	92 %
7	165	158	96 %	154	97 %
8	172	164	95 %	153	93 %
9	233	223	96 %	217	97 %
10	217	210	97 %	194	92 %
11	257	240	93 %	225	94 %
12	220	208	95 %	200	96 %
13	213	199	93 %	185	93 %
14	178	168	94 %	161	96 %
15	212	210	99 %	201	96 %
16	217	211	97 %	195	92 %
17	217	210	97 %	202	96 %
18	209	202	97 %	200	99 %
19	164	161	98 %	150	93 %
20	246	229	93 %	222	97 %
Régions					
Montréal	1 307	1 243	95 %	1 143	92 %
Québec	1 264	1 203	95 %	1 143	95 %
Outaouais	391	367	94 %	346	94 %
Mauricie	1 265	1 223	97 %	1 170	96 %
Total	4 227	4 036	95 %	3 802	94 %

¹ Rapport du nombre de personnes éligibles sur le nombre de personnes recrutées.

² Rapport du nombre de questionnaire remplis sur le nombre de personnes éligibles.

9.5.4 - Relations avec les usagers

Dans l'ensemble, le recrutement n'a pas suscité de réactions négatives de la part des usagers, à part deux cas dans la région de Montréal. Une personne recrutée a contacté un membre de l'équipe de recherche pour mentionner qu'elle avait mal compris à quoi elle s'était engagée. Après avoir reçu un complément d'information, elle a confirmé sa participation. L'autre personne voulait souligner son insatisfaction face au travail de l'interviewer qui n'avait pas respecté les conditions de participation convenues. Celui-ci avait insisté pour qu'elle réponde à toutes les questions, contrairement aux indications du formulaire de consentement. Suite à cet incident, un suivi a été fait auprès de l'institut de sondage pour corriger ce problème.

9.5.5 - Relations avec les intervenants

Dans certains CLSC, des intervenants n'ont pas été suffisamment informés sur le processus d'évaluation. Les médecins et les infirmières étaient généralement informés du fait qu'ils participaient également à l'évaluation des résultats. Dans certains CLSC, les employés de l'accueil n'avaient pas été prévenus de l'arrivée de l'assistante de recherche, de la procédure et de l'horaire de recrutement ou du projet comme tel. La collaboration a toutefois été généralement très bonne avec les divers intervenants.

9.5.6 - Impact des changements apportés dans la planification du terrain

La collaboration d'une personne-ressource dans le CLSC s'est avérée un élément important pour la bonne marche du terrain. Il était beaucoup plus simple de procéder à des ajustements lorsqu'on pouvait entrer facilement en contact avec cette personne-ressource.

Par exemple, dans la région de Montréal, il était prévu d'assigner une assistante de recherche à un CLSC, mais au cours du recrutement, il s'est avéré nécessaire de faire une rotation avec les différentes assistantes. La personne-ressource du CLSC était donc sollicitée pour accueillir l'assistante de recherche lorsqu'elle se présentait pour la première fois au CLSC, ce qui pouvait parfois causer des difficultés.

9.6 - Vérifications et analyses

Étant donné le mode de collecte informatisé, la codification et la saisie se sont faites automatiquement. Les sauts programmés dans le système informatisé ont été vérifiés par la firme de sondage et l'équipe de recherche. De plus, le logiciel utilisé par la firme de sondage interdisait les erreurs de saisie et les sauts non prévus. La validation logique a donc été effectuée a priori et non a posteriori. La codification des questions ouvertes sera réalisée par une technicienne de recherche sous la supervision d'un membre de l'équipe de recherche.

Les analyses se feront au niveau de l'ensemble des 20 CLSC, au niveau des CLSC expérimentaux et témoins, au niveau régional et pour chaque CLSC. Il s'agira dans un premier temps d'analyses descriptives sur les facteurs de risque, les habitudes de vie et sur les recommandations reçues par les usagers concernant les facteurs de risques et leurs habitudes de vie. Par la suite, quand les données nous le permettront, des analyses multivariées seront réalisées.

PARTIE 3 : BUDGET



1650 Avenue Cedar, Montreal, Quebec H3G 1A4

Tel: (514) 934-1934 ext 44500

Fax: (514) 934-8260

**FINANCIAL STATEMENT OF REVENUES AND EXPENDITURES
FOR THE YEAR ENDING ON MARCH 31, 2002**

Grantee PARADIS, DR. G. July 5, 2002
Agency CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH
Grant No 6542
MGHRI Ref. No. YY1-44641

OPENING BALANCE

Previous year-end balance \$0.00
Total Opening Balance \$0.00

REVENUES

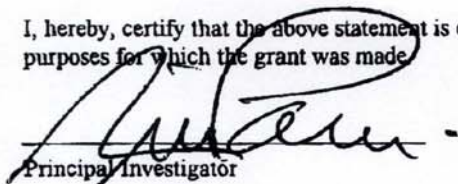
Current year grant or instalments(s) received \$211,574.00
Total Revenues \$211,574.00

EXPENDITURES

Salaries \$163,000.57
Fringe Benefits \$24,195.16
Materials & Lab Supplies \$4,603.91
Equipment \$0.00
Travel \$8,032.68
Purchased Services \$15,089.98
Animal Costs \$0.00
Miscellaneous Expenditures \$0.00
Transfers \$0.00
Total Expenditures \$214,922.30

UNDER (OVER) EXPENDED BALANCE (\$ 3,348.30)

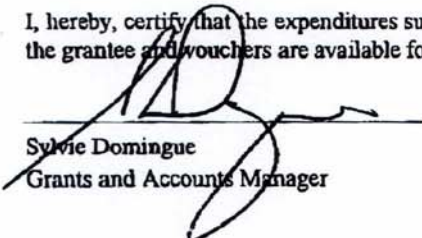
I, hereby, certify that the above statement is correct and that the expenditures shown were for the purposes for which the grant was made.


Principal Investigator

03 SEP. 2002

Date

I, hereby, certify that the expenditures summarized above were incurred wholly and paid on behalf of the grantee and vouchers are available for audit purposes.


Sylvie Domingue
Grants and Accounts Manager

July 5, 2002

Date



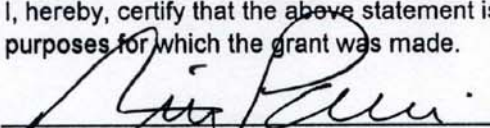
Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

THE RESEARCH INSTITUTE OF THE MCGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE

Grantee: Dr. Gilles Paradis September 18, 2002
Agency: PROVINCIAL AGENCIES/MSSS
Grant Title: Projet Québécois de Demonstration en Santé du Couer PQDSC-II
MGHRI Ref. No. 684520

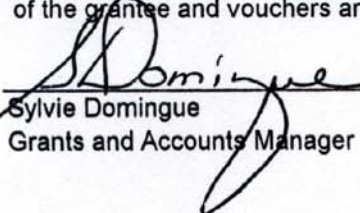
FINANCIAL STATEMENT OF REVENUES AND EXPENDITURES FOR THE PERIOD OF APRIL 1, 2001 TO MARCH 31, 2002		
Previous year-end balance:		\$0.00
REVENUES:		
Plus:	Grant Portion received for 2000-2001	\$100,000.00
	Current year grant for 2001-2002	\$100,000.00
NET GRANT FUNDS AVAILABLE		\$200,000.00
EXPENDITURES:		
	Salaries	\$0.00
	Fringe Benefits	\$0.00
	Materials and Lab Supplies	\$2,412.90
	Animal Costs	\$0.00
	Purchased Services	\$176,436.38
	Travel	\$0.00
	Equipment	\$0.00
Total expenditures:		\$178,849.28
UNDER (OVER) EXPENDED BALANCE		\$21,150.72

I, hereby, certify that the above statement is correct and that the expenditures shown were for the purposes for which the grant was made.


Principal Investigator

20-09-02
Date

I, hereby, certify that the expenditures summarized above were incurred wholly and paid on behalf of the grantee and vouchers are available for audit purposes.


Sylvie Domingue
Grants and Accounts Manager

September 18, 2002
Date

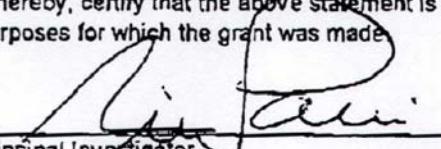


**Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre**

Grantee: Dr. Gilles Paradis September 6, 2002
 Agency: "Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation"
 Grant Title: "Évaluation du projet québécois de dissémination en santé du cœur"
 MGHRI Ref. No. 236820

FINANCIAL STATEMENT OF REVENUES AND EXPENDITURES FOR THE YEAR ENDING MARCH 31, 2002	
Previous year-end balance:	\$8,191.11
REVENUES:	
Plus: Current year grant or instalment(s)	\$30,000.00
<hr/>	
NET GRANT FUNDS AVAILABLE	\$38,191.11
EXPENDITURES:	
Salaries	\$7,054.66
Fringe Benefits	\$1,870.84
Materials and Lab Supplies	\$2,387.63
Animal Costs	\$0.00
Purchased Services	\$30,849.11
Travel	\$0.00
Equipment	\$0.00
Total expenditures:	\$42,162.24
UNDER (OVER) EXPENDED BALANCE	(\$3,971.13)

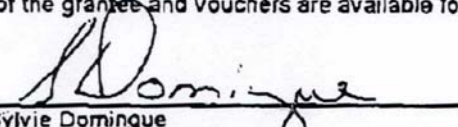
I, hereby, certify that the above statement is correct and that the expenditures shown were for the purposes for which the grant was made.



 Principal Investigator

10/9/02
 Date

I, hereby, certify that the expenditures summarized above were incurred wholly and paid on behalf of the grantee and vouchers are available for audit purposes.



 Sylvie Domingue
 Grants and Accounts Manager

September 6th, 2002
 Date

PARTIE 4 : COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES

Chevalier S, Renaud L, Paradis G. Dissémination des pratiques exemplaires en santé cardiovasculaire au Québec : cadre théorique et stratégies d'intervention. XVIIIème Conférence Mondiale de Promotion et d'Éducation pour la Santé. Paris, 14-17 juillet 2001.

Leaune V, Paradis G, Renaud L, La Tour S. Évaluation du programme québécois de dissémination en santé du cœur (PQDSC) – Validation des méthodes de cueillette des données et des instruments de mesure. Un nouveau paradigme pour la santé publique, 1^{er} colloque international, Programmes locaux et régionaux de santé, Amiens, France, 23-26 octobre 2001.

Leaune V, La Tour S, Renaud L, Paradis G. Implantation de programmes de promotion et de prévention : perceptions d'intervenants de centres locaux de services communautaires (CLSC) du Québec. Un nouveau paradigme pour la santé publique, 1^{er} colloque international, Programmes locaux et régionaux de santé, Amiens, France, 23-26 octobre 2001.

ANNEXE I

PLAN D'ACTION

DOCUMENT DE TRAVAIL



PROPOSITION D'UNE DÉMARCHE D'ÉLABORATION DE PLAN D'ACTION

NOVEMBRE 2001

VERS UN PLAN D'ACTION...

1. Analyse du milieu

L'analyse des milieux est une étape préalable essentielle à la rédaction d'un plan d'action. Les données recueillies permettront de retourner au porteur de projet et à l'ensemble des intervenants des Services courants, une information pertinente et personnalisée de la problématique MCV, de leurs pratiques actuelles en SCV et de l'importance de les améliorer dans leur CLSC. Ce portrait facilitera votre travail de sensibilisation à l'importance d'intégrer la prévention des MCV et la promotion de la SCV dans la pratique des intervenants des Services courants, de favoriser le travail interdisciplinaire et de renforcer les liens avec les ressources de la communauté. Cette étape vous aura donc permis de dresser un portrait tant de la population qui fréquente les Services courants que du fonctionnement de ce service et du CLSC en général. Vous avez probablement eu l'occasion de mesurer la réceptivité des intervenants des Services courants à la venue d'au cœur de la vie dans le CLSC. L'enthousiasme ou la résistance des intervenants vous dirige dès maintenant vers des actions qui verront à faciliter l'implantation de ce projet dans tous ces milieux si différents les uns des autres. Finalement vous avez sommairement investigué l'existence de ressources en SCV dans la communauté et les liens qui les relient au CLSC.

La littérature nous permet déjà d'anticiper certaines barrières qui pourraient freiner les intervenants à intégrer la prévention et la promotion de la SCV dans leur pratique. La perception de l'inefficacité de leurs actions de promotion ou de prévention auprès de leur clientèle (attentes mitigées quant au résultat), le manque de temps, la non-observance des patients à leurs conseils, la perception que la promotion ou la prévention ne fait pas partie de leur rôle, l'absence de consensus dans les guides de pratiques, l'absence d'incitatif financier ou l'insuffisance des sommes remboursées (pour les médecins payés à l'acte) et un environnement de pratique qui ne se prête pas à l'intégration de telles activités (absence de systèmes de rappel et de matériel de consultation, peu de soutien de la part du personnel ou des consultants) peuvent constituer des contraintes importantes qui sont documentées dans la littérature (McClaran et coll. 2001, INSPQ, 2001).

Le « Canadian Task Force on Preventive Health Care » cite Haines et Donald (1998) qui ont classé les barrières liées au changement de pratique en six catégories, soit celles liées à : 1- **l'environnement de pratique** (manque de temps, absence de mécanismes pour suivre prescription des patients, clinique sur rendez-vous versus sans rendez-vous); 2- **l'environnement éducationnel** (éducation continue insuffisante ou inappropriée, absence d'incitatifs pour assister aux formations continues) ; 3- **l'environnement du système de santé** (manque de ressource financière, clientèle non clairement identifiée, politiques de santé qui encourage des pratiques inefficaces ou qui n'ont pas été prouvées efficaces, accessibilité réduite des médecins à de la formation continue) ;4- **l'environnement social** (influence des médias sur les patients qui pourraient générer une demande accrue pour des soins préventifs ou de l'information sur une habitude de vie, facteur de risque ou une problématique de santé) ; 5- **des facteurs liés aux praticiens** (connaissance, influence de leader d'opinion, croyances et attitudes); 6- **des facteurs liés aux patients** (demande de soins curatifs versus préventifs des patients dans un contexte de virage ambulatoire, perceptions ou croyances culturelles de ce que devraient être des soins appropriés).

Il est donc important d'identifier les barrières présentes dans chaque milieu et de trouver des moyens de les contourner. Il est d'autant plus important de retourner l'information aux intervenants concernés de façon à illustrer clairement quels sont les facteurs qui freinent l'intégration de la promotion et de la prévention dans leur pratique, d'identifier les moyens de les contourner et d'illustrer l'écart entre ce qu'est leur pratique actuelle et ce qui serait souhaité. Cette étape est cruciale puisqu'elle servira de sensibilisation des intervenants à l'importance d'adhérer au projet. Elle pourrait s'avérer suffisante pour générer la motivation nécessaire pour amorcer un changement de pratique et créer un climat positif et réceptif aux stratégies qui inciteront au changement. Les intervenants doivent se retrouver dans cette présentation et voir les avantages et les gains que ce projet leur procurera.

Il faut voir cette étape comme un processus qui peut s'étaler sur quelques mois, voire sur quelques années. Il faudra doser la somme d'informations que le milieu est prêt à recevoir pour amorcer un changement, sans se sentir jugé et menacé dans leur pratique actuelle.

Afin de mieux illustrer les différentes dimensions à analyser dans l'élaboration d'un portrait de chaque milieu, voici une proposition de grille qui ne se veut pas exhaustive, mais qui pourrait vous permettre de compléter les informations que vous avez déjà recueillies. Cet exercice pourrait se faire par facteur de risque et par habitude de vie.

Différentes dimensions à analyser

Objets d'analyse	Dimensions analysées
<p>Usagers (services)</p>	<p>Documenter la clientèle qui fréquente les Services courants soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raisons de consultation (service med. et inf. et nutrition) • Nombre de consultation (service med. et inf. et nutrition) • Nombre d'intervention (service med. et inf. et nutrition) <p>Documenter les pratiques soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de guides de pratique (Dépistage, Dx, Tx et suivi) • Recommandations émises (md, inf, dt) • Documentation remise (fréquence, laquelle) <p>Documenter les activités faites en SCV soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formations reçues en SCV • les thèmes qui devraient faire l'objet de formation • les outils de pratique et de suivi en place dans le CLSC • les activités faites en SCV de même que les facteurs de succès ou d'échec qui leur sont associés
<p>Équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les conditions organisationnelles qui pourraient faciliter ou faire obstacle à l'implantation du projet (réceptivité des intervenants au projet, intérêt pour un thème en particulier, ...) • Préciser le mode de fonctionnement des Services courants (points de service, par type de professionnel) • Documenter le type (ressources disponibles en MCV) et le temps de présence des professionnels aux Services courants • Documenter la présence ou l'absence de référence interprofessionnelle aux Services courants et entre les services • Documenter les mécanismes de références interprofessionnelles et interservices • Documenter la présence de mécanisme de transmission d'information concernant le patient entre les professionnels
<p>Communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les ressources disponibles en SCV et MCV dans la communauté (tabac, AP, nutrition, HTA, diabète, obèses, ...) • Documenter les liens existants entre ces ressources et le CLSC • Documenter la fréquence à laquelle on réfère la clientèle à ces ressources • Documenter la façon dont le CLSC travaille avec les journaux locaux

Enfin vous avez recensé les interventions faites en santé cardiovasculaire aux Services courants au cours des trois dernières années, de même que les obstacles ou les facteurs qui ont fait qu'elles ont été un succès ou un échec. Je vous propose ici une grille pour identifier plus facilement les pistes d'action qui pourraient en découler.

Portrait des projets fait en SCV au cours des 3 dernières années

PROJETS	CIBLE	FACTEUR DE RISQUE	BARRIÈRES	FACILITANTS
Nom	Usager			
	Équipe			
	Communauté			

À partir de ces informations, il vous est maintenant possible de positionner les projets et les activités faites au cours des dernières années dans le modèle théorique de départ (cible d'intervention) et d'illustrer les lacunes ou les besoins à combler.

Vous pouvez désormais rédiger un énoncé des besoins et identifier une problématique sur laquelle les intervenants du CLSC sont prêts à travailler. Vous avez assez d'information pour énoncer un but et des objectifs d'intervention qui feront consensus auprès des membres du personnel visé. Vous êtes prêts à planifier l'action.

2. Stratégies d'intervention

Pour changer la pratique clinique, il faut tenir compte du milieu dans lequel évoluent les cliniciens et faire en sorte que les changements proposés puissent s'y intégrer concrètement (INSPQ, 2001). L'analyse du milieu prend donc ici toute son importance.

Il existe différentes stratégies d'intervention pour modifier les pratiques. Selon Wyszewlanski et collaborateurs, (2000), les stratégies de changement de pratique appartiennent à deux catégories : celles axées sur les connaissances et celles axées sur les comportements (INSPQ, 2001). Nous en avons ajouté une troisième : l'environnement de pratique. Ainsi, les activités mises en place dans le plan d'action seraient de nature éducative, organisationnelle (environnement de pratique) ou en soutien à la pratique.

Le tableau suivant illustre les différences entre ces trois niveaux d'intervention :

Stratégies d'intervention possibles pour un changement de pratique

ÉDUCATIONNELLE	Toutes activités d'information ou de formation visant à améliorer les attitudes, les connaissances et les habiletés des intervenants dans le but d'intégrer la prévention des MCV et la promotion de la SCV, de favoriser le travail interdisciplinaire et de créer les conditions nécessaires pour faciliter l'accès aux ressources de la communauté.
DE SOUTIEN À LA PRATIQUE	Toutes activités ou outils qui facilitent ou renforcent le clinicien et l'intervenant dans ses interventions de promotion et de prévention auprès de l'utilisateur, qui favorise le travail interdisciplinaire et qui crée des conditions nécessaires pour faciliter l'accès aux ressources de la communauté
ORGANISATIONNELLE	Toutes activités qui viennent améliorer l'environnement de pratique soit ce qui touche à l'organisation des soins, l'organisation physique des lieux de pratique, la promotion du travail d'équipe, la coordination entre les services en vue de permettre l'intégration de la promotion de la SCV et la prévention des MCV à leur pratique, le travail interdisciplinaire et la référence aux ressources de la communauté.

En faisant le lien entre notre modèle théorique de départ (cible d'intervention) et les stratégies d'intervention qui peuvent s'y appliquer, on obtient, à titre d'exemple, les possibilités suivantes :

Relations entre les cibles d'intervention et les stratégies

CHOIX D'UNE CIBLE	CHOIX D'UNE STRATÉGIE	EXEMPLES D'ACTIVITÉS
Usagers (services)	ÉDUCATIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de formation de l'ensemble du personnel sur le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi d'une MCV des facteurs de risque ou des habitudes de vie liée aux MCV EX : conférence-midi, rencontre individuelle...
		<ul style="list-style-type: none"> • Activités de sensibilisation du personnel à l'importance d'intégrer la prévention / promotion à leur pratique EX : dépistage auprès du personnel d'un facteur de risque ou habitude de vie, présentation au personnel du profil des pratiques au CLSC, présentation des barrières liées à l'intégration de la promotion dans la pratique des intervenants, revue de dossiers, présentation des gains potentiels de faire du dépistage (via la littérature)...
		<ul style="list-style-type: none"> • Formation sur les stades de changement de comportement et application du modèle à une habitude de vie
	SOUTIEN À LA PRATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Brochure, documentation à remettre au patient
		<ul style="list-style-type: none"> • algorithme décisionnel
		<ul style="list-style-type: none"> • note de rappel dans les dossiers
	ORGANISATIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de clinique (HTA, diabète, cessation tabagique...)
<ul style="list-style-type: none"> • Implantation d'une feuille de suivi au dossier 		
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un suivi systématique de clientèle 		

CHOIX D'UNE CIBLE	CHOIX D'UNE STRATÉGIE	EXEMPLES D'ACTIVITÉS
<p>(équipe)</p> <p>Interdisciplinarité</p>	ÉDUCATIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de formation qui rassemble plus d'un type de professionnel • Présentation d'une thématique par une ressource du CLSC : EX : diététiste, organisateur communautaire,...
	SOUTIEN À LA PRATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Feuille de suivi et de référence interprofessionnelle au dossier
	Organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de mécanismes de références interprofessionnelles • Retour d'information aux cadres pour les sensibiliser à la rentabilité d'un tel projet
		<ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître aux intervenants les ressources disponibles dans la communauté en SCV
Communauté	ÉDUCATIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître aux intervenants les ressources disponibles dans la communauté en SCV
	SOUTIEN À LA PRATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Rassembler les ressources communautaires dans un bottin
	ORGANISATIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des ententes avec les ressources communautaires quant aux références de la clientèle • Travailler avec l'organisateur communautaire
		<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec l'organisateur communautaire

3. Proposition de plan d'action

Le processus d'élaboration de recommandations professionnelles et médicales (guides de pratiques ou clinical guidelines) s'arrêtent souvent à l'étape de la diffusion. L'étape de mise en œuvre est souvent le fait d'initiatives locales, sauf dans les cas de mise en œuvre par des stratégies d'incitation financière ou de coercition (contrôle des prescriptions par la RAMQ). Les stratégies optimales de mise en œuvre restent encore à préciser mais le recours à plusieurs d'entre elles semblent apporter un bénéfice (Matillon, 2001). C'est pourquoi il nous apparaît que le plan d'action, pour maximiser ses chances de succès, devrait comporter au moins deux stratégies (éducationnelle, de soutien à la pratique ou organisationnelle) qui touchent à au moins deux cibles (usager, équipe ou communauté) pour un facteur de risque ou habitude de vie liées aux MCV.

Comment élaborer votre plan d'action :

Lorsqu'il sera terminé, votre plan devrait préciser :

- Ce que vous espérez accomplir (**objectif**)
- Sur quel problème vous voulez agir (**facteur de risque ou habitude de vie**)
- Vers qui se dirigeront vos actions (**choix d'une cible** : usager, équipe, communauté)
- Comment vous prévoyez l'accomplir (**choix d'une stratégie d'intervention et description des actions**)
- Quand vous prévoyez l'accomplir (**échéancier**)
- Qui s'occupera de l'accomplir (**ressources**)

Vous pouvez vous inspirer de la grille qui suit pour l'élaboration de votre plan d'action :

Modèle de plan d'action :

Objectif général :

Objectifs spécifiques :

Problématique, besoin visé :

Cible	Stratégie	Activité	Personnel visé	Échéancier
Usager				
Équipe				
communauté				

Références

Canadian task force on preventive health care (1999), Effective dissemination and implementation of canadian task force guidelines on preventive health care : literature review and model development. Santé Canada, pp. 24-25

Haynes B. Haines A. (1998) Getting research findings into practice : Barriers and bridges to evidence based clinical practice. BMJ, 317 : pp273-276

Institut national de santé publique, (2001), Dissémination des guides de pratiques chez les médecins, pp.22-23

Matillon Y, Dosquet J, Orvain A. (2000), Que peut-on attendre de la diffusion des recommandations pour la modification des pratiques? Techniques hospitalières, no 651, novembre

McClaran, J., David Kaufman, Millicent Toombs, Sue Beardall, Isra Levy, Arun Chockalingeam, (2001), From Death and disability to patient empowerment : an interprofessional partnership to achieve cardiovascular health in Canada, Journal canadien de santé publique, vol 92, no 4, juillet-août

Wyszewianski L., green LA, (2000), Strategies for changing clinicians' practice patterns. A new perspective. Journal of family practice, no 49, pp.461-464

ANNEXE II

BULLETIN *AU CŒUR DE LA VIE*



Au Cœur de la Vie : C'est parti !

DANS CE NUMÉRO :

Au cœur de la vie : C'est parti !	1
Nouvelles de l'évaluation	2
Nouvelles des régions	2-3
Nouveautés	4
Ajustez vos manomètres ! Les vôtres sont-ils bien calibrés ?	4

Vous trouverez la liste des CLSC participants à la page 3

Au cœur de la vie est le début d'un partenariat qui s'échelonne sur quatre ans avec une vingtaine de CLSC, quatre Directions de santé publique (DSP), en association avec l'Institut national de santé publique du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Santé Canada, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et la Fondation des maladies du cœur du Québec.

Au Québec, les décès par maladies cardiovasculaires (MCV) comptent pour plus du tiers (36 %)⁽¹⁾ de l'ensemble des décès et les hospitalisations imputables à ces maladies se chiffrent à près de 30 000 par année (29 563 en 1998-1999)⁽¹⁾. Notre mission est de promouvoir la santé cardio-vasculaire de la population québécoise et de diminuer la morbidité et la mortalité associées aux MCV. *Au cœur de la vie* s'engage à faire la promotion et la prévention de la santé du cœur avec des partenaires privilégiés que

sont les CLSC, leurs Services courants et les organismes communautaires et privés présents dans le territoire de chacun des 20 CLSC répartis à travers la province. *Au cœur de la vie* s'inscrit dans la vision préconisée par la Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux, la Commission Clair, qui propose que les DSP fassent connaître aux professionnels de la santé et des services sociaux les pratiques efficaces de prévention et que celles-ci soient intégrées dans la pratique clinique des intervenants de CLSC.

Quant aux CLSC, la Commission Clair les reconnaît comme acteurs essentiels dans les programmes de promotion et de prévention ainsi que des pôles intégrateurs dans la coordination des ressources intersectorielles de leur communauté.

Au cœur de la vie est donc un projet qui favorise l'intégration des activités de promotion de la santé du cœur et

de prévention des MCV dans la pratique quotidienne des intervenants des Services courants du CLSC. Il vise à soutenir et encourager le travail inter et multidisciplinaire et à renforcer les échanges et les liens avec les ressources et les organismes de la communauté. Le projet vise également la création d'un réseau d'intervenants qui partageront leur savoir et leurs expériences en matière de promotion de la santé du cœur et de prévention des maladies cardiovasculaires.

Depuis cet automne, les CLSC ont accepté de relever ce défi et le projet est maintenant démarré. Les CLSC sont enthousiastes et ils sont prêts à réaliser un plan d'action qui réponde aux besoins de leur milieu.

⁽¹⁾ Fondation des maladies du cœur, 1999.

Nouvelles de l'évaluation

L'évaluation vise à mieux comprendre les déterminants qui influencent l'intégration d'activités de promotion, de prévention primaire et secondaire en MCV dans la pratique des intervenants des Services courants.

Un devis **expérimental** a été retenu pour l'évaluation. Dix paires de CLSC ont été formés et une allocation au hasard des CLSC à l'intérieur de chacune des paires a été faite. Dix CLSC expérimentaux reçoivent un soutien actif de la Direction de la santé publique de sa région, alors que les 10 autres ne bénéficient pas de ce soutien. L'ensemble des CLSC reçoivent le même soutien financier pour la mise en place d'une intervention et ont accès au site Internet développé par le projet.

L'évaluation comporte trois volets :

1. une évaluation d'implantation
 2. une évaluation des résultats
 3. une évaluation d'impact ;
- et se fera en trois phases**
1. temps 0 : avant l'implantation du programme à l'automne 2001
 2. temps 1 : 18 mois après le début de l'implantation
 3. temps 2 : à la fin de l'implantation.

L'évaluation d'implantation a pour objectif d'étudier les mécanismes qui sous-tendent l'implantation et l'utilisation du programme *Au cœur de la vie*. Des entrevues qualitatives téléphoniques sont réalisées dans chaque CLSC auprès d'une dizaine de personnes travaillant aux Services courants (cadres et intervenants) à chacune des phases de l'évaluation.

L'évaluation des résultats vise à déterminer dans quelle mesure l'intervention a conduit ces changements au niveau des pratiques individuelles et communautaires. L'information est recueillie à partir d'entrevues téléphoniques et de questionnaires remplis par l'ensemble des médecins et infirmières des Services courants. Cette collecte de données se fait à chacune des phases de l'évaluation.

L'évaluation d'impact vise à évaluer l'impact du programme auprès de la clientèle des Services courants. Dans chacun des CLSC, les personnes répondant à des critères spécifiques (être âgé entre 18 et 74 ans et consulter un médecin, une infirmière ou une nutritionniste) sont sollicitées pour participer à l'étude.

Où en est l'évaluation ?

Mauricie-Centre du Québec

Impact : recrutement des usagers se poursuit, taux de consentement, 66 %.
Implantation : entrevues se poursuivent.
Résultats : à venir.

Montréal

Impact : recrutement des usagers est terminé, taux de consentement, 65 %.
Implantation : entrevues se poursuivent.
Résultats : taux de réponse préliminaire : 70 % chez les infirmières, 51 % chez les médecins.

Outaouais

Impact : recrutement des usagers se terminera avant Noël, taux de consentement, 83 %.
Implantation : entrevues presque terminées, CLSC expérimental
Résultats : taux de réponse préliminaire : 40 % chez les infirmières, 70 % chez les médecins.

Québec

Impact : recrutement des usagers se poursuit, taux de consentement, 71 %.
Implantation : entrevues seront terminées avant Noël.
Résultats : taux de réponse préliminaire : 75 % chez les infirmières, 54 % chez les médecins.

Nouvelles des régions

Mauricie - Centre du Québec

Le 9 octobre dernier, Nathalie Ratté, responsable du projet pour la région de la Mauricie - Centre du Québec, Sylvie Chevalier, coordonnatrice provinciale à l'INSPQ et Sara La Tour, responsable de l'évaluation de l'implantation ont présenté les composantes de l'intervention et de l'évaluation du programme *Au cœur de la vie* aux responsables des Services courants soit Gilles Gignac et Monique Hivon du CLSC Vallée de la Batiscan, Lyne Pépin et Murielle Moreau du CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie et Carole Paquin du Regroupement de la santé et des services sociaux de la MRC de Maskinongé. Ces CLSC font maintenant officiellement partie du projet à titre de CLSC expérimentaux.

Le même exercice s'est répété le 11 octobre, auprès de Louise Desaulniers, responsable des Services courants au CLSC-CHSLD Les blés d'or, de Francine Courchesne, du Complexe de la santé et des services sociaux Nicolet-Yamaska et de Jean-Pierre Bergeron et Lise Bergeron, du Regroupement Cloutier-du-Rivage. Ces CLSC agiront à titre de CLSC témoins.

Monique Hivon du CLSC-CHSLD de la Vallée de la Batiscan, Chantal Bellavance du CLSC-CHSLD Les blés d'or, Doris Houde du Regroupement Cloutier-du-Rivage, Chantal Desaulniers du Regroupement de la santé et des services sociaux de la MRC de Maskinongé et Marc Coulombe du CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie agiront à titre de responsables de projet dans leur CLSC.

Montréal

Le lancement officiel du projet s'est déroulé le 15 mai dernier dans la région montréalaise. Richard Lessard, directeur de la santé publique de Montréal-Centre accueillait à cette occasion les représentants des CLSC participants soit Diane Reed du CLSC Plateau Mont-Royal, Daniel Corbeil, Louise Frenette et Céline Jodar du CLSC Ahuntsic.



Daniel Corbeil, Directeur général du CLSC Ahuntsic et Richard Lessard, Directeur de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Le sort a déterminé qu'ils participeraient au projet en tant que CLSC expérimental tout comme le CLSC St-Michel, alors que c'est à titre de CLSC témoin que les CLSC Villeray, St-Louis du Parc et Hochelaga-Maisonneuve feront partie du projet. Denise Guillard, du CLSC Villeray, Jean-Pierre Perrault, Marie-Josée Pelletier et Jeanne-Evelyne Turgeon du CLSC Hochelaga-Maisonneuve et Thaddeus Rezanowicz du CLSC St-Louis du Parc représentaient leur CLSC pour cet événement.

Notons également la présence de Gloria Silver, responsable de l'unité Santé physique et Véronique Déry, responsable de l'équipe Santé du cœur à la DSP de Montréal-Centre, de Francine Hubert, promotrice de Montréal, de Denis St-Amand de l'Association des CLSC-CHSLD du Québec, de Lilianne Bertrand et de Hélène Poirier de la Fondation des maladies du cœur du Québec. Les promoteurs des autres régions participantes soit Raymonde Pineau pour la région de Québec, Nathalie Ratté, pour celle de la Mauricie-Centre du Québec et Roger Girard pour la région de l'Outaouais faisaient également partie de la liste des invités. Mentionnons enfin la participation de Viviane Leane, coordonnatrice du volet évaluation, de Sara La Tour, agente de recherche pour l'évaluation, de Lise Renaud et Gilles Paradis, co-chercheurs principaux, de Sylvie Chevalier, coordonnatrice de l'intervention et d'Élisabeth Pérès, agente d'information à la DSP de Montréal-Centre.

Julie Poussard du CLSC Plateau Mont-Royal, Paulette Poirier du CLSC St-Michel, Céline Jodar du CLSC Ahuntsic, Marie-Josée Pelletier du CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Johanne Grondin du CLSC St-Louis du Parc et Denise Guillard du CLSC Villeray agiront à titre de responsable des projets dans leur CLSC respectif.

Outaouais

Dans la région de l'Outaouais, le 27 septembre a marqué le début du projet *Au cœur de la vie*. Hélène Valade, directrice générale du CLSC-CHSLD de la Petite Nation, Linda Allaire, infirmière et Johanne Lauzon, responsable des Services courants ont rencontré Roger Girard, promoteur



Roger Girard, Mireille Gervais, Paula Keon, Charlotte L'Écuyer

pour la région de l'Outaouais, Sylvie Chevalier coordonnatrice provinciale pour l'INSPQ et Viviane Leane, coordonnatrice provinciale de l'évaluation. Le CLSC-CHSLD de la Petite Nation agira à titre de CLSC témoin.

Les responsables de son vis-à-vis expérimental, le CLSC-CHSLD-CH du Pontiac, soit Charlotte L'Écuyer, directrice générale, Mireille Gervais, responsable des Services courants, Paula Keon responsable du projet au CLSC, Raymond Rochon, psychologue, et Martin Leclerc ont également participé à une rencontre d'information. Paula Keon sera la personne responsable pour le CLSC de la région du Pontiac et Joanne Lauzon le sera pour le CLSC de la Petite Nation.

Québec

Au cœur de la vie a démarré, dans la région de Québec le 19 septembre dernier, lors de son lancement officiel. François Desbiens, directeur de la santé publique de la région de Québec, rencontrait alors les directeurs généraux des CLSC des Hautes-Marées et de Charlevoix (CLSC expérimentaux), soit Renée Lamontagne et Jean-François Mellon. Les gestionnaires des Services courants, Raymonde Pépin du CLSC Haute-Ville-des-Rivières, Ginette Saucier du CLSC des Hautes-Marées, Claire Hanley du Centre de santé de Portneuf, Lucie Prémont du CLSC de la Jacques-Cartier et Pauline Bergeron du CLSC Orléans étaient également présentes.

Les responsables de projet soit Francine Pelletier du CLSC Haute-Ville-des-Rivières, Maude Lachance du CLSC Orléans, Raymonde Pineau responsable du projet à la Direction de la santé publique de Québec et Ginette Turbide, coordonnatrice pour la région de Québec, Lise Renaud co-chercheure et responsable du projet à l'INSPQ et Sylvie Chevalier, coordonnatrice provinciale à l'INSPQ, participaient également à ce lancement.

Monique Fortin du CLSC des Hautes-Marées, Francine Pelletier du CLSC Haute-Ville-des-Rivières, Claire Hanley du Centre de santé de Portneuf, Lucie Prémont du CLSC de la Jacques-Cartier, Pauline Bergeron du CLSC Orléans, Sylvie Laurin et Richard Kègle du CLSC Charlevoix seront responsables du projet dans leur milieu.



Maude Lachance, Raymonde Pépin, François Desbiens, Francine Pelletier, Renée Lamontagne, Ginette Saucier, Claire Hanley, Raymonde Pineau, Lucie Prémont, Lise Renaud, Pauline Bergeron, Ginette Turbide, Jean-François Mellon, Sylvie Chevalier

CLSC expérimentaux participants

Région de Québec :

CLSC des Hautes-Marées
CLSC Charlevoix
CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières

Région de Montréal :

CLSC Plateau Mont-Royal
CLSC St-Michel
CLSC Ahuntsic

Région de l'Outaouais :

CLSC-CHSLD-CH du Pontiac

Région de la Mauricie-Centre du Québec :

CLSC-CHSLD Vallée de la Batiscan
CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie
Regroupement SSS de la MRC de Maskinongé

CLSC témoins participants

Région de Québec :

Centre de santé Portneuf
CLSC de la Jacques-Cartier
CLSC Orléans

Région de Montréal :

CLSC Hochelaga-Maisonneuve
CLSC St-Louis du Parc
CLSC Villeray

Région de l'Outaouais :

CLSC-CHSLD de la Petite Nation

Région de la Mauricie-Centre du Québec :

CLSC-CHSLD Les blés d'or
Regroupement Cloutier-du-Rivage
Complexe SSS Nicolet-Yamaska



Pour plus d'information
contactez Sylvie Chevalier au
(514) 528-2400, poste 35 18
Institut national de santé
publique du Québec

Au cœur de la vie

Rédaction :

Sylvie Chevalier
Viviane Leaune
Lise Renaud

Édition :

Françine Hubert
Elisabeth Pérès

Mise en page :

Mireille Paradis

Notre site internet :
[www.inspq.qc.ca/
aucoeurdelavie](http://www.inspq.qc.ca/aucoeurdelavie)

Nouveautés

Une nouvelle adresse électronique à inscrire à vos favoris
www.inspq.qc.ca/aucoeurdelavie

Ce site internet a été conçu pour les intervenants des Services courants dans le cadre de leur pratique quotidienne en lien avec la promotion et la prévention en santé cardiovasculaire.

Grâce au **RÉPERTOIRE**, vous aurez accès rapidement à du matériel et des listes de services tels que documents, affiches, trousse, cassettes, programmes, consultants, etc. En plus du répertoire, vous pourrez obtenir des **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX** sur le projet, il vous sera aussi possible de télécharger du matériel de **FORMATION** utile à la mise à jour des connaissances des professionnels, notamment sur les habitudes de vie, le diabète, l'hypertension, et les dyslipidémies. Vous aurez également accès à des **HYPERLIENS** avec les lignes directrices américaines et canadiennes sur diverses thématiques. Enfin, vous pourrez consulter toutes les **PUBLICATIONS** réalisées dans le cadre de ce projet.

*Le connaître c'est l'adopter !
Passez le mot à vos amis.*

*Joyeux Noël !
Meilleurs vœux
pour la nouvelle année
de l'équipe
Au cœur de la vie*



Ajustez vos manomètres ! Les vôtres sont-ils bien calibrés ?

L'hypertension est fortement associée aux maladies cardiovasculaires, vous vous en doutez bien. Mais saviez-vous qu'un Canadien adulte sur cinq (et plus d'un sur deux chez les 55 à 74 ans) a une pression artérielle élevée et que 84 % des Canadiens qui souffrent d'hypertension ne gèrent pas convenablement ce problème de santé ?

Les professionnels de la santé doivent savoir qu'un contrôle déficient de la pression artérielle est un problème de santé publique majeur que certaines mesures peuvent atténuer. À titre d'exemple, les manomètres utilisés dans les établissements de santé doivent être étalonnés périodique-

ment. Selon les sondages, environ 40 % des manomètres anéroïdes sont mal ajustés, et leur étalonnage est rarement ou jamais vérifié. C'est une action simple qui peut résoudre une partie de l'équation. D'autres suggestions vous sont présentées dans l'éditorial de juillet/août 2001 de la *Revue canadienne de santé publique*, numéro 4, volume 92. On y suggère entre autres de prendre la

*40 % des
manomètres
utilisés dans les
établissements de
santé sont mal
ajustés*

pression artérielle de tous les adultes examinés dans les établissements de santé, de s'informer des modifications

au mode de vie susceptibles de prévenir l'hypertension ou d'en faciliter le contrôle.

Vous trouverez également dans ce numéro un supplément qui rapporte le travail de partenariat interdisciplinaire réalisé au plan national voué à la réalisation d'un mode de vie sain et de la santé cardiovasculaire pour tous les Canadiens. Deux articles fort pertinents présentent des façons d'améliorer les pratiques des professionnels en matière de prévention des maladies cardiovasculaires.

Bonne lecture !

ANNEXE III

FINANCEMENT ET PARTENARIAT et MEMBRES DES COMITÉS 2001-2002

FINANCEMENT ET PARTENARIAT

Le PQDSC-II est financé par les Instituts canadiens de recherche en santé (ICRS) et par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Directions générales de la santé publique (DGSP) et de la planification stratégique et de l'évaluation (DGPSE)). De plus, les directions de santé publique (DSP) de Mauricie-Centre-du-Québec, Montréal-Centre, Outaouais et Québec ainsi que l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) contribuent substantiellement au projet en y investissant de nombreuses ressources humaines et matérielles. Le PQDSC-II se fonde également sur un partenariat entre la santé publique et les centres locaux de services communautaires visant, ultimement, l'amélioration de la santé de leur clientèle. Enfin, le PQDSC-II compte sur le soutien essentiel de partenaires clés dont la Fondation des maladies du cœur du Québec et son Forum des intervenants en santé du cœur, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, la DGSP, les DSP, l'INSPQ ainsi que les universités McGill, de Montréal et Laval.

MEMBRES DES COMITÉS 2001-2002

COMITÉ AVISEUR

Michel Beauchemin
Pierre Bergeron
Lilianne Bertrand
Josée Bourdages
Véronique Déry
Anne-Marie Grenier
Brigitte Lachance
Gilles Paradis
Lise Renaud
Gloria Sacks-Silver
Denis St-Amand
Normand Trempe

COMITÉ DE COORDINATION

Équipe d'intervention

Sylvie Chevalier
Francine Hubert
Anne-Marie Panneton
Elisabeth Pérès
Lise Renaud

Équipe d'évaluation

Natalia Gutierrez
Roseline Lambert
Sara La Tour
Viviane Leaune
Gilles Paradis
Marie-Andrée Saint-Pierre (jusqu'en juin 2002)

COMITÉ DES PROMOTEURS

Sylvie Chevalier
Roger Girard (jusqu'en juin 2002)
Anne-Marie Grenier
Francine Hubert
Annick Mwilambwe (depuis juillet 2002)
Raymonde Pineau
Nathalie Ratté
Lise Renaud
Ginette Turbide