



information



formation



recherche



*coopération
internationale*

PROJET QUÉBÉCOIS DE DISSÉMINATION EN SANTÉ DU CŒUR (PQDSC-II)

RAPPORT ANNUEL 2004

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

PROJET QUÉBÉCOIS DE DISSÉMINATION
EN SANTÉ DU CŒUR (PQDSC-II)

RAPPORT ANNUEL 2004

DÉCEMBRE 2004

Québec 

• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

AUTEURS

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

AVEC LA COLLABORATION DE

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

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, de l'évaluation et de la gestion de l'information (DGPSEGI)). De plus, les Directions régionales de la santé publique (DSP) de Mauricie-Centre-du-Québec, Montréal, Outaouais et de la Capitale nationale 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 clefs 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.

REMERCIEMENTS

- Aux CLSC participant au projet ainsi qu'aux membres du Comité aviseur;
- À Nathalie Théorêt et Mireille Paradis pour la mise en page du rapport;
- À Roseline Lambert, assistante de recherche.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <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-2005-029

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2005
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-44456-6

©Institut national de santé publique du Québec (2005)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : VOLET INTERVENTION	3
1 STRATÉGIE PROVINCIALE	3
1.1 Maintenir les échanges entre les responsables régionaux.....	3
1.2 Rédaction d'un guide d'implantation du projet <i>Au cœur de la vie</i>	6
1.3 Continuité du projet au-delà de la subvention de recherche	6
2 INTERVENTIONS RÉGIONALES ET LOCALES	7
2.1 Région de Québec.....	7
2.2 Région de Montréal	16
2.3 Région Mauricie et Centre-du-Québec.....	20
2.4 Région de l'Outaouais	29
PARTIE 2 : VOLET ÉVALUATION.....	33
1 ÉVALUATION D'IMPLANTATION	33
1.1 Collecte de données	33
1.2 Analyses	36
2 ÉVALUATION DE RÉSULTATS	39
2.1 Collecte de données	39
2.2 Modifications apportées au questionnaire	39
2.3 Entrée des données et analyses	40
2.4 Retour d'information aux CLSC expérimentaux	40
3 ANALYSES POUR PRÉSENTATIONS ET SOUMISSIONS D'ABRÉGÉS	43
3.1 Analyses qualitatives	43
3.2 Analyses quantitatives	43
PARTIE 3 : BUDGET.....	45
PARTIE 4 : PRÉSENTATIONS ET ABRÉGÉS	49
PARTIE 5 : MEMBRES DES COMITÉS 2003-2004.....	51
ANNEXE : BULLETIN AU COEUR DE LA VIE, NUMÉRO 3, DÉCEMBRE 2004.....	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Éléments du processus d'implantation du projet <i>Au cœur de la vie</i> , région de Québec.....	8
Tableau 2 :	Activités par CLSC, région de Québec	15
Tableau 3 :	Éléments du processus d'implantation du projet <i>Au cœur de la vie</i> , région de Montréal	17
Tableau 4 :	Activités par CLSC, région de Montréal	19
Tableau 5 :	Éléments du processus d'implantation du projet <i>Au cœur de la vie</i> , région Mauricie et Centre-du-Québec.....	23
Tableau 6 :	Activités par CSSS, région Mauricie et Centre-du-Québec	27
Tableau 7 :	Éléments du processus d'implantation du projet <i>Au cœur de la vie</i> , région de l'Outaouais	29
Tableau 8 :	Activités, région de l'Outaouais.....	31
Tableau 9 :	Données recueillies dans le cadre de l'évaluation d'implantation au 31 mars 2004	34
Tableau 10 :	Nombre de questionnaires envoyés et reçus et taux de réponse des infirmières et médecins, par CLSC et région.	41

INTRODUCTION

Ce document est le quatrième 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'automne 2001.

La quatrième 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 continué l'implantation des activités inscrites dans leur plan d'action et en ont produit de nouveaux, ciblant les habitudes de vie. Les promotrices régionales ont continué leur accompagnement des CLSC expérimentaux. La coordination provinciale a facilité les échanges entre les promotrices afin de discuter des messages brefs à transmettre concernant l'alimentation, l'activité physique et le tabagisme. Des outils permettant l'application de ces lignes directrices ont été développés.

Pour l'évaluation, la quatrième année fut principalement consacrée à la collecte de la deuxième phase de l'évaluation (temps 1) et à l'analyse des données recueillies pour un retour d'information auprès des CLSC expérimentaux. Ce rapport résume la collecte du temps 1 qui s'est déroulée entre le mois d'avril et juillet 2003. Des analyses complémentaires qualitatives et quantitatives (bivariées et multivariées) ont été réalisées dans le cadre de proposition d'abrévés pour différentes conférences. Par ailleurs, l'évaluation d'implantation s'est poursuivie par les suivis réalisés auprès des porteurs des 20 CLSC participant au projet *Au cœur de la vie* et auprès des promoteurs régionaux.

PARTIE 1 : VOLET INTERVENTION

1 STRATÉGIE PROVINCIALE

Le projet *Au cœur de la vie* vise à intégrer la prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) et la promotion de la santé dans la pratique des intervenants des Services courants des CLSC, à soutenir le travail interdisciplinaire et à renforcer les échanges avec les ressources de la communauté. Il se déroule dans vingt CLSC du Québec, soit dix CLSC expérimentaux et dix CLSC témoins. Pendant trois ans, des professionnels de santé publique collaborent de façon étroite avec un responsable local et son équipe dans les CLSC expérimentaux. Ces responsables locaux agissent comme catalyseur et agent de changement dans leur milieu. *Au cœur de la vie* propose un processus d'accompagnement qui mène à des changements de pratique pouvant aller jusqu'à des modifications de l'environnement de pratique. Il ne s'agit pas d'un programme clé en main mais plutôt d'une démarche qui se construit avec le CLSC, selon les contraintes et les besoins identifiés dans chaque milieu.

Les responsables régionaux (professionnels de santé publique) sont essentiels au processus d'accompagnement dans les étapes de sensibilisation (année 1), d'analyse du milieu (année 1), de la conception et de l'implantation du plan d'action (années 1, 2, 3). Le soutien du responsable régional consiste à aider le responsable local à planifier et à concevoir un plan d'action dans lequel les interventions mises en place permettront d'atteindre les objectifs précités. Le personnel et les gestionnaires des services courants s'impliquent dans cette démarche qui les amène à modifier certains aspects de leur pratique et de l'organisation des soins.

L'implantation, la consolidation et le suivi des plans d'action ont marqué l'année 2003-2004. Au cours de l'année, la coordination provinciale s'est fixée trois grands objectifs :

- Maintenir les échanges entre les responsables régionaux;
- Rédiger un guide d'implantation du projet *Au cœur de la vie*;
- Voir à la continuité du projet au-delà de la subvention de recherche.

1.1 MAINTENIR LES ÉCHANGES ENTRE LES RESPONSABLES RÉGIONAUX

Au cours de l'année 2003-2004, une nouvelle responsable régionale s'est jointe au groupe (région de l'Outaouais), ce qui a nécessité deux rencontres de travail et des rencontres téléphoniques pour la mettre au fait du projet, lui présenter le contexte, les objectifs poursuivis et la démarche proposée.

La coordination provinciale s'est assurée de faciliter les échanges entre les responsables régionaux par le biais de cinq rencontres provinciales, d'une conférence téléphonique et de la base de discussion sur Lotus Notes. Les responsables régionaux se servent de cette base

pour archiver des documents et rendre disponible les outils développés dans le cadre du projet dans leur région.

1.1.1 Rencontres provinciales

Cinq rencontres provinciales ont été organisées au cours de l'année. La première, les 2 et 3 juin 2003 à Bécancour, avait pour but de poursuivre le processus de réflexion amorcé lors de la rencontre des 20-21 février 2003 sur le *counselling* bref touchant les habitudes de vie. Lors de cette rencontre, Marie-Claude Gélinau (diététiste) et François Croteau (médecin) du groupe ACTI-MENU, ont présenté le matériel de formation destiné aux professionnels de la santé (médecins, infirmières) et les outils développés pour la clientèle. La présentation sur le *counselling* nutritionnel et celle sur l'activité physique ont convaincu les responsables régionaux d'utiliser le matériel d'ACTI-MENU pour former les intervenants des CLSC expérimentaux. Il a été décidé d'offrir les formations avec le soutien de la compagnie Fournier Pharma qui a accepté de financer une séance de formation par CLSC, dans chacune des régions. *Au cœur de la vie* s'est engagé à assumer les frais des formations supplémentaires lorsqu'il serait impossible de réunir tous les intervenants dispersés dans plusieurs points de service. Les régions de Québec, Mauricie et Centre-du-Québec et Montréal ont invité Mme Gélinau et Dr Croteau à former l'ensemble de leurs intervenants avec le matériel d'ACTI-MENU.

Lors de cette première réunion, les responsables régionaux de la région de la Mauricie et Centre-du-Québec ont présenté une version préliminaire d'outils pour le *counselling* bref et intense en alimentation s'inspirant du modèle de changement de comportement de Prochaska. Il a été décidé qu'une version retravaillée serait présentée à la prochaine rencontre provinciale.

Toujours lors de cette première rencontre, un consensus s'est fait autour de la nécessité de concevoir un guide d'implantation du projet *Au cœur de la vie* qui pourrait être utilisé par d'autres directions de santé publique souhaitant implanter un projet semblable. Les responsables régionaux ont accepté de faire part de leurs commentaires et suggestions quant à la conception de ce guide.

La deuxième rencontre provinciale s'est tenue les 18 et 19 novembre 2003 à Montréal. Elle avait deux principaux objectifs : réviser une première version du guide d'implantation du projet et identifier des stratégies pour assurer une suite au projet dans les quatre régions. Au cours de la réunion, les responsables régionaux ont donné leurs commentaires sur la première ébauche du guide d'implantation du projet. Concernant la pérennité du projet dans les CLSC expérimentaux et témoins ainsi que son implantation dans l'ensemble des CLSC des quatre régions, la possibilité de se joindre à des projets nationaux tels que CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention, OMS et santé Canada), ou le « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » (Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques, cadre de référence, Ministère de la santé et des services sociaux) a été évoquée dans l'hypothèse d'une implantation provinciale du projet.

Finalement, le développement d'un outil pour le *counselling* bref en alimentation et activité physique s'inspirant du modèle de changement de comportement de Prochaska, n'a pas été retenu car convenant mal à ces deux habitudes de vie. Il a été décidé d'utiliser les outils développés par le groupe ACTI-MENU, ainsi que le message bref « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » développé par la DSP de Québec.

La troisième rencontre provinciale s'est tenue à Montréal les 19 et 20 janvier 2004. Des représentantes du projet CINDI, Mme Sylvie Stachenko et Mme Lise Mathieu étaient présentes pour discuter de la possibilité d'associer *Au cœur de la vie* au projet CINDI. Mme Brigitte Lachance et Mme Marthe Hamel du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et M. Pierre Bergeron de l'Institut national de santé publique (INSPQ) étaient également présents.

Il a été convenu que le projet *Au cœur de la vie* pourrait être associé au projet CINDI. Les représentantes de CINDI et du MSSS ont souligné qu'une demande de subvention provenant de l'équipe du projet auprès des instances fédérale et provinciale serait étudiée avec beaucoup d'intérêt. Lise Renaud s'est engagée à rédiger une lettre à l'INSPQ et au MSSS pour le financement et la poursuite du projet. Pour sa part, le MSSS, sous l'égide de Mme Brigitte Lachance, a proposé de faire cheminer une demande de participation québécoise au projet CINDI. Pour ce faire, Mme Lachance a suggéré la formation d'un groupe de travail composé de Mme Marthe Hamel et de Mme Liliane Bertrand pour écrire une proposition de participation au projet CINDI s'adressant aux instances provinciale et fédérale.

Dans le cadre de cette troisième rencontre, l'équipe d'évaluation a présenté des résultats préliminaires de la deuxième phase de collecte des données (temps 1) qui ont été ensuite discutés. Ces résultats ont permis l'identification de pistes pour la poursuite de l'intervention dans les CLSC expérimentaux.

Finalement, une discussion a porté sur la forme que pourrait prendre un soutien minimal dans un contexte de généralisation du projet à plusieurs milieux cliniques (CLSC, GMF, cliniques privées).

Les 27 et 28 septembre s'est tenue la quatrième rencontre provinciale à Québec. Elle avait pour objectif principal de réviser la version retravaillée du guide d'implantation. Nous avons également abordé la poursuite du projet au delà de la subvention de recherche. Nous avons invité Liliane Bertrand et Brigitte Lachance à se joindre à nous pour discuter des opportunités qui pourraient se dessiner avec la naissance d'une proposition d'actions issues du MSSS pour prévenir les problèmes liés aux maladies chroniques et à l'obésité au Québec. Les discussions se sont poursuivies en soirée avec Louis Drouin et Liliane Bertrand. Il leur est apparu opportun d'orienter la rédaction du guide vers la promotion de saines habitudes de vie en vue de prévenir l'obésité, plutôt que de le présenter comme un ouvrage s'appliquant aux pratiques cliniques préventives en général.

Nous avons également discuté de la clôture de la phase expérimentale. Nous avons opté pour que les chercheurs principaux fassent une tournée des quatre régions pour remercier les CLSC de leur participation et leur présenter une synthèse des résultats d'évaluation. Cette tournée se fera au printemps ou au plus tard en juin.

Notre dernière rencontre provinciale a eu lieu les 9 et 10 décembre 2004. Nous avons révisé l'ensemble des outils développés dans le cadre de la phase expérimentale. Ils seront rassemblés sur un CD qui sera inséré dans le guide d'implantation.

Nous avons également convenu qu'une lettre sera envoyée à l'ensemble des CLSC (témoins et expérimentaux) pour les aviser de la fin de la phase expérimentale et les remercier de leur participation. Une tournée en mai ou en juin est prévue pour la présentation des résultats de l'évaluation.

1.1.2 Bulletin du projet

Le troisième numéro du bulletin *Au cœur de la vie* est paru en janvier 2004 (Annexe). Il a été réalisé par l'équipe provinciale et distribué dans tous les CLSC expérimentaux et à l'ensemble de nos partenaires subventionnaires. Les CLSC témoins peuvent le consulter sur le site Internet. Le bulletin propose un résumé de l'intervention et de l'évaluation dans chacune des régions.

1.2 RÉDACTION D'UN GUIDE D'IMPLANTATION DU PROJET *AU CŒUR DE LA VIE*

La coordination provinciale a amorcé l'écriture d'un guide d'implantation d'*Au cœur de la vie* qui synthétise les processus et les stratégies déployés dans les quatre régions qui participent à la phase expérimentale. Le guide se veut un document pratique destiné aux directions de santé publique intéressées par l'intégration des pratiques cliniques préventives. Il présente le processus d'implantation et les outils développés pour appliquer la démarche. Sa parution est prévue en juin 2005.

1.3 CONTINUITÉ DU PROJET AU-DELÀ DE LA SUBVENTION DE RECHERCHE

Des représentations ont été initiées par les chercheurs principaux auprès des instances susceptibles de financer la poursuite du projet dans les quatre régions expérimentales et éventuellement l'implanter dans d'autres régions. Ainsi les représentants du projet CINDI, de la direction de la promotion de la santé au MSSS et le responsable de la Direction Systèmes de soins et services de l'INSPQ ont été rencontrés ou contactés à cet effet. De plus, une présentation du projet a été faite en mai 2003 par la coordination provinciale lors d'une rencontre réunissant tous les représentants des directions de santé publique de la province pour discuter d'un cadre de référence pour la prévention des maladies chroniques (appelé aussi le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION).

2 INTERVENTIONS RÉGIONALES ET LOCALES

2.1 RÉGION DE QUÉBEC

2.1.1 Processus d'implantation

La troisième et dernière année d'*Au cœur de la vie* a servi à compléter les formations thématiques, à offrir une formation synthèse comprenant l'ensemble des messages véhiculés depuis le début du projet, à mettre à jour les outils de support à l'intervention développés et testés en cours de projet et à concrétiser les changements dans l'environnement de pratique des professionnels des Services courants afin de faciliter leurs interventions en promotion – prévention.

Une réflexion avec les gestionnaires des Services courants, les porteurs de projet ainsi que la Direction de santé publique de Québec a également été amorcée sur les conditions nécessaires pour assurer la poursuite du projet dans la région et son élargissement à l'ensemble des CLSC du territoire.

Il faut aussi noter que le programme intégré de prévention des maladies chroniques développé par l'équipe Habitudes de vie/Maladies chronique de notre DSP a teinté la programmation de la dernière année du projet. Ainsi, une attention particulière a été accordée afin d'inclure le concept 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION dans toutes les activités réalisées auprès des professionnels de la santé des Services courants.

Le tableau 1 décrit de façon schématique les différents éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie* dans les trois CLSC expérimentaux de la région de Québec. Des détails suivent la présentation de ce tableau.

Tableau 1 : Éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie*, région de Québec

	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3
Facteur de risque ou habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertension • Tabac • Nutrition • Activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertension • Tabac • Nutrition • Activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertension • Tabac • Nutrition • Activité physique
Cibles de l'intervention:			
<ul style="list-style-type: none"> • Médecins • Infirmières • Autres intervenants 	<p>Médecins Services courants (SC) pour clientèle jeunesse et jeunes adultes</p> <p>Infirmières des SC</p> <p>Technologistes médicales, nutritionniste, technicienne en nutrition, chef adj. De programme</p>	<p>Médecins SC</p> <p>Infirmières des SC</p> <p>Éducateur physique</p>	<p>Médecins UMF - Services courants et Résidents UMF</p> <p>Infirmières des SC</p> <p>Technologistes médicales, stagiaires en soins infirmiers, nutritionniste, éducateur physique, secrétaires, chef de programme</p>
Comité de travail	Oui	Oui	Oui
Rencontres avec promoteur	Aux 3 à 4 semaines	Aux 4 à 6 semaines	Aux 3 à 4 semaines
Formations	<p>Décembre 2003, 3 heures sur la nutrition : Atelier « 7 cibles pour une meilleure nutrition » et « Les fruits et les légumes »</p> <p>Juin 2004, 3 heures sur activité physique : Atelier « 7 cibles pour que ça bouge » et « Le podomètre, pour simplifier la prescription d'exercice »</p> <p>Octobre 2004, 3 heures : Atelier synthèse sur connaissances transmises et habiletés acquises depuis début projet</p>	<p>Décembre 2003, 3 heures sur la nutrition : Atelier « 7 cibles pour une meilleure nutrition » et « Les fruits et les légumes »</p> <p>Juin 2004, 3 heures sur activité physique : Atelier « 7 cibles pour que ça bouge » et « Le podomètre, pour simplifier la prescription d'exercice »</p>	<p>Décembre 2003, 3 heures sur la nutrition : Atelier « 7 cibles pour une meilleure nutrition » et « Les fruits et les légumes »</p> <p>Juin 2004, 3 heures sur activité physique : Atelier « 7 cibles pour que ça bouge » et « Le podomètre, pour simplifier la prescription d'exercice »</p> <p>Octobre 2004, 3 heures : Atelier synthèse sur connaissances transmises et habiletés acquises depuis début projet</p>
Révision d'outils d'aide à la décision et de support à l'intervention :	Oui	Oui	Oui
<ul style="list-style-type: none"> • Algorithme HTA • Algorithme tabac • Table de poids • Carnet podomètre 			
Développement d'outils de support à l'intervention :	Oui	Oui	Oui
<ul style="list-style-type: none"> • Prescription 0•5•30 • Dépliant 0•5•30 			
Distribution outils – intervenants, salles d'examen et bureaux de consultation	Oui	Oui	Oui
Présentoirs bureaux de consultation pour dépliants à remettre à la clientèle	Oui	Oui	Oui
Protocole d'entretien préventif et de calibration des sphygmomanomètres, achat de brassards et retrait progressif des appareils au mercure	Oui	Oui	Oui

Tableau 1 : Éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie*, région de Québec (suite)

	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3
Modification feuilles de triage et de collecte de données	Oui	Non. Présence de feuilles pour évaluation MCV et HTA antérieures au projet	Oui
Ajout du 0•5•30 dans les notes évolutives du dossier patient	Oui	Oui	Oui
Sélection de dépliants à remettre	Oui	Oui	Oui
Pérennité du projet	Rencontre avec la gestionnaire SC, le porteur et les promotrices Poursuite de la réflexion avec la chef d'équipe du Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION de la DSP	Rencontre avec la gestionnaire SC, le porteur et les promotrices Poursuite de la réflexion avec la chef d'équipe du Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION de la DSP	Rencontre avec la gestionnaire SC, le porteur, les membres du comité aviseur et les promotrices Poursuite de la réflexion avec la chef d'équipe du Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION de la DSP

- **Formations**

Atelier interactif en nutrition dont la première partie couvrait l'ensemble des recommandations nutritionnelles en lien avec le Guide alimentaire canadien; cet atelier intitulé « sept cibles pour une meilleure nutrition », animé par une nutritionniste du Programme santé ACTI-MENU faisait ressortir l'importance des 4 PLUS (Plus de fruits et de légumes, Plus de produits laitiers, Plus de poisson et de légumineuses, Plus de grains entiers) et des 3 MOINS (Moins de gras animal, Moins de sel, Moins de sucre). La seconde partie mettait l'accent sur le « 5 » du 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, soit la consommation d'au moins cinq fruits et légumes par jour. Une nutritionniste d'un des CLSC expérimentaux a contribué au développement et à l'animation de ce second volet de l'atelier, en collaboration avec la DSP.

Soixante-seize personnes ont assisté à cet atelier, dont 30 infirmières, 31 médecins et Résidents en médecine, trois nutritionnistes, deux techniciennes en nutrition, trois technologistes médicales, deux travailleurs sociaux, trois secrétaires, un stagiaire en soins infirmiers et une chef adjointe de programme.

Atelier interactif en activité physique

Basé sur les mêmes principes que l'atelier nutrition, la formation sur l'activité physique comportait deux volets. La première partie animée par le Dr François Croteau, omnipraticien ou Dr Paul Poirier, cardiologue, voulait inciter les professionnels à inclure dans leurs interventions des recommandations sur l'activité physique et leur fournir des messages brefs et concrets pour recommander la pratique d'activités physiques à leurs patients.

La seconde partie développée et animée par un kinésologue du Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC) de l'Hôpital Laval sensibilisait les participants aux bénéfices d'un outil de motivation à la pratique d'activités physiques et permettait d'en tester les effets sur leurs propres comportements avant de le proposer à leurs patients. Ainsi, tous les professionnels présents à la formation ont reçu, pour leur usage personnel, un podomètre dont ils ont pu vérifier l'utilisation, la fiabilité et la correspondance avec la recommandation du 30 minutes par jour.

Soixante-dix-sept personnes ont assisté à l'atelier sur l'activité physique, dont 32 infirmières, 34 médecins et Résidents en médecine, deux nutritionnistes, deux techniciennes en nutrition, trois technologues médicales, un travailleur social, deux éducateurs physique et un chef de programme.

De plus, chaque CLSC dispose maintenant de dix podomètres pouvant être prêtés à la clientèle qui consulte au CLSC.

Atelier synthèse

Afin de clore le projet *Au cœur de la vie*, un atelier synthèse a été offert aux professionnels des trois CLSC participants au projet. Quarante trois personnes ont assisté à cette formation. Les intervenants d'un des CLSC n'ont pu être présents par manque d'effectif pour les remplacer; l'atelier leur sera donné au printemps 2005, même si le projet de recherche est terminé.

Cet atelier visait les objectifs suivants :

- Réaliser une synthèse des connaissances transmises et des habiletés acquises lors des formations antérieures dispensées dans le cadre du projet;
- Rappeler les données régionales concernant la prévalence de l'HTA, le tabagisme, la consommation de fruits et de légumes et la pratique de l'activité physique;
- Réaliser un rappel :
 - des principaux bénéfices associés à l'abstinence tabagique, à la saine alimentation et à la pratique de l'activité physique;
 - de l'efficacité d'un *counselling* bref portant sur les saines habitudes de vie;
 - des recommandations portant sur la gestion de l'HTA, l'abstinence tabagique, la saine alimentation et la pratique de l'activité physique;
- Présenter les mises à jour des outils développés dans le cadre du projet;
- Recueillir les commentaires de la part des participants en ce qui concerne leur expérience de *counselling* portant sur les trois habitudes de vie ainsi que de la gestion de l'HTA dans leur pratique;
- Favoriser le développement d'une attitude positive face au *counselling* portant sur les trois habitudes de vie.

- **Révision et mise à jour des outils développés et testés au cours des deux premières années du projet**

Le contenu de chacun de ces outils a été révisé à la lumière des commentaires des professionnels qui en ont fait usage dans le cadre du projet, tout en tenant compte des recommandations consensuelles les plus récentes. Ils ont été présentés aux intervenants lors de la formation synthèse donnée en octobre 2004, dans un format et un graphisme grandement améliorés. Ils sont maintenant disponibles dans les salles d'examen et de traitement des CLSC. En voici une brève description.

1. Algorithme HTA (format cartonné recto verso) intitulé « Recommandations pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, l'évaluation et le traitement de l'hypertension artérielle », qui accorde une place majeure aux trois habitudes de vie dans la prévention et le traitement de l'HTA; il comprend également les éléments suivants: Classification de la TA, Dépistage et Diagnostic, investigation, Causes secondaires d'HTA, Valeurs d'initiation du traitement et Valeurs cibles, Algorithme pour le traitement de l'HTA, Traitement non pharmacologique, Recommandations et impact des habitudes de vie sur la TAS (tension artérielle systolique), Traitement pharmacologique, Causes d'une HTA réfractaire au traitement et Stratégies pour améliorer l'observance du patient au traitement.
2. Algorithme TABAC (format cartonné recto verso) intitulé « Intervention en tabagisme » qui permet à l'intervenant de repérer rapidement les éléments clés de l'intervention à faire auprès de la clientèle qui consulte, à savoir : comment identifier le statut tabagique et le stade où le patient se situe, le but de l'intervention, le *counselling* bref de 30 secondes – trois minutes, et le *counselling* long, selon le temps dont il dispose et le contexte de la consultation. Le verso comprend une liste de ressources à suggérer aux patients: brochures, ressources régionales, ligne téléphonique, sites Internet, aides pharmacologiques.
3. Table de poids (format cartonné recto verso) utilisant les zones d'IMC et qui précise la fourchette de poids santé, l'utilisation du Tour de Taille dans l'évaluation du risque cardiovasculaire ainsi que les valeurs seuils.
4. Carnet podomètre intitulé « Le podomètre, un outil qui marche ! » qui comprend son mode d'utilisation, les critères de sélection d'un bon podomètre, un calendrier pour y inscrire le nombre de pas faits quotidiennement, de même que les objectifs à atteindre.

- **Développement d'outils de support à l'intervention**

Aux outils élaborés en cours de projet et révisés lors de la dernière année, s'ajoutent les deux outils suivants : la Prescription 0•5•30 et le Dépliant 0•5•30.

1. Prescription 0•5•30 (format post-it 7 cm x 7 cm x 7 cm, autocollant) intitulé « Votre prescription 0•5•30 » qui invite les professionnels à cocher l'une des trois habitudes de vie pour lesquelles des changements seraient souhaitables : tabac, alimentation, activité physique. Les professionnels sont encouragés à signer et à apposer cette prescription sur un dépliant qu'ils remettent aux patients ou encore sur l'ordonnance de médicaments selon le cas.
2. Dépliant intitulé « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION Une combinaison pour vous ». Élaboré à la demande des infirmières du triage, cet outil permet à l'intervenant qui souvent dispose de trop peu de temps pour parler de promotion – prévention, d'aborder le sujet en suggérant au patient d'en prendre connaissance en attendant la consultation avec le médecin. Conçu de façon simple et conviviale, il permet au patient d'amorcer une réflexion sur chacun des éléments de la COMBINAISON PRÉVENTION (tabac, alimentation, activité physique), de se féliciter de ses bonnes habitudes ou de situer ses intentions de passer à l'action et de compléter le tout avec le médecin qu'il est venu consulter.

- **Installation de présentoirs**

Des présentoirs ont été installés dans les bureaux de consultation des professionnels des Services courants afin de faciliter la remise de feuillets d'information aux patients. De prime abord considérée comme banale, cette intervention a reçu des commentaires très positifs de la part des professionnels des Services courants et principalement des médecins qui n'ont plus à courir d'un bureau à l'autre afin d'y chercher les dépliants qu'ils souhaitent remettre à leurs patients.

- **Application du protocole d'entretien préventif et de calibration des sphygmomanomètres**

Des discussions avaient été amorcées en début de projet visant à sensibiliser les milieux à l'importance de se doter d'un protocole d'entretien préventif et de calibration des appareils de mesure de TA. Les démarches, qui aux yeux des gestionnaires et des responsables des Services techniques ne pouvaient se limiter aux Services courants, ont dû englober l'ensemble des services du CLSC et du CHSLD où des appareils étaient couramment utilisés pour le soin des patients. Il ne s'agissait donc plus de quelques appareils à vérifier mais de centaines d'appareils à considérer. Le processus est bien enclenché dans tous les CLSC du projet *Au cœur de la vie* et la vérification est en voie d'être complétée, pour être maintenue sur une base annuelle par la suite.

Des brassards de différentes dimensions ont été achetés et mis à la disposition des professionnels afin de répondre aux normes recommandées dans le Protocole de mesure de TA enseigné au cours de l'an 1 du projet.

De plus, dans le but de protéger l'environnement, nous avons profité de l'occasion pour accentuer le retrait progressif des appareils au mercure, tel que suggéré par l'équipe Environnement de la DSP.

Lors de rénovations effectuées ou à venir dans les bureaux des Services courants des CLSC, les porteurs de projet s'assurent que la relocalisation des appareils muraux de mesure de TA s'effectue en conformité avec le protocole enseigné.

- **Modification des feuilles de triage et de collecte de données**

Plutôt réfractaires à l'ajout de nouvelles feuilles dans les dossiers des patients déjà assez bien garnis, nous avons, en collaboration avec les gestionnaires et les porteurs, proposé de modifier les feuilles de collecte de données infirmières et celles utilisées au triage, de façon à ajouter des informations plus détaillées sur les facteurs de risque et les habitudes de vie. Ainsi, plus d'espace a été accordé à l'inscription des valeurs de TA, de taille et de poids, le statut tabagique et le nombre de cigarettes consommées par jour s'y retrouve également. Dans un des CLSC, on dispose aussi d'espace pour inscrire les informations sur l'alimentation, l'activité physique, ainsi que les recommandations proposées aux patients.

- **Ajout à la section « Notes évolutives » du dossier patient**

Suite aux formations données et à l'emphase mise sur l'utilisation du 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, il a été proposé aux professionnels des Services courants de compléter la rédaction de leur « Note d'évolution » par l'inscription des chiffres 0•5•30 avec encerclement du chiffre correspondant à l'intervention sur une des trois habitudes de vie effectuée lors de la consultation, quelle qu'en soit sa nature. Le chiffre encerclé pourra signifier que le patient a été questionné sur ses habitudes de vie, qu'il a reçu un *counselling* bref, qu'on lui a remis un dépliant, une prescription 0•5•30, ou encore qu'on lui suggère d'utiliser des services disponibles dans la communauté, en lien avec une des trois habitudes de vie.

- **Sélection de dépliants à l'intention des patients**

Outre les outils déjà mentionnés, les dépliants suivants sont maintenant accessibles aux professionnels et ils peuvent les remettre à leurs patients lors des consultations :

- Arrêtez de fumer, prenez le contrôle!, ACTI-MENU 2004;
- Six actions pour se détacher, ACTI-MENU 2004;
- Les centres d'abandon du tabagisme, Programme J'Arrête 2003;
- L'hypertension artérielle Attention ! Zone de haute pression, ACTI-MENU 2004;

- Bien manger pour contrôler sa tension artérielle, ACTI-MENU 2004;
- Le guide alimentaire canadien, Santé Canada;
- Mangez-vous santé?, ACTI-MENU 2001;
- Avez-vous bougé aujourd'hui?, ACTI-MENU 2003;
- Le guide d'activité physique, Santé Canada.

- ***Achat d'outils de motivation à la pratique d'activités physiques à l'intention des professionnels des Services courants et de leurs patients***

Un podomètre a été remis à chaque professionnel qui a assisté à l'atelier de formation sur l'activité physique au cours duquel cet outil a été mis en valeur.

Les gestionnaires des Services courants ont également reçu un podomètre afin de souligner l'importance accordée par le projet à la pratique quotidienne de l'activité physique.

- ***Échanges avec les gestionnaires des CLSC sur la pérennité du projet Au cœur de la vie***

Au printemps 2004, des discussions ont été amorcées avec les gestionnaires des Services courants afin d'inclure les composantes du projet *Au cœur de la vie* dans la programmation régionale en prévention des maladies chroniques, sous l'angle des « Actions éducatives » du Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Les discussions s'étant avérées fructueuses, une réflexion s'amorcera avec les interlocuteurs clés, réflexion qui devra être alimentée par les expériences vécues des porteurs de projet, des gestionnaires, des promoteurs, en provenance des CLSC expérimentaux et des témoins, le tout à la lumière des résultats d'évaluation.

2.1.2 Activités réalisées

Les activités à réaliser par les intervenants auprès de la clientèle qui consulte se sont implantées de façon progressive, mais le temps nous a manqué pour s'assurer qu'elles deviennent une habitude pour tous, systématiques, voire permanentes. Elles sont décrites dans le tableau 2.

Tableau 2 : Activités par CLSC, région de Québec

	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> Prise de tension artérielle Identification du statut tabagique 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de tension artérielle Identification du statut tabagique 	<ul style="list-style-type: none"> Prise de tension artérielle Identification du statut tabagique
Recommandations	<ul style="list-style-type: none"> <i>Counselling</i> bref sur les habitudes de vie (30 secondes - 3 minutes) Prescription 0•5•30, 0 tabagisme, 5 fruits et légumes/jour, 30 minutes d'activités physiques/jour 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Counselling</i> bref sur les habitudes de vie (30 secondes -- 3 minutes) Prescription 0•5•30, soit 0 tabagisme, 5 fruits et légumes/jour, 30 minutes d'activités physiques/jour 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Counselling</i> bref sur les habitudes de vie (30 secondes - 3 minutes) Prescription 0•5•30, soit 0 tabagisme, 5 fruits et légumes/jour, 30 minutes d'activités physiques/jour
Remise de documentation	<ul style="list-style-type: none"> Feuillets ACTI-MENU sur HTA, tabac, alimentation, activité physique, diète DASH Dépliant 0•5•30 Carnet podomètre Carnet HTA Guide alimentaire canadien Guide activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> Feuillets ACTI-MENU sur HTA, tabac, alimentation, activité physique, diète DASH, test Avez-vous bon cœur? Dépliant 0•5•30 Carnet podomètre Carnet Énergie Guide alimentaire canadien Guide activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> Feuillets ACTI-MENU sur HTA, tabac, alimentation, activité physique, diète DASH Dépliant 0•5•30 Carnet podomètre Carnet HTA Guide alimentaire canadien Guide activité physique
Prêt de podomètres	Pour le personnel du CLSC	Pour la clientèle et le personnel du CLSC	Pour la clientèle et le personnel du CLSC
Suivis	Suivis assurés par les soins infirmiers courants : prise de TA, enseignement en HTA, recommandations 0•5•30	Suivis assurés par les soins infirmiers courants : prise de TA, enseignement en HTA, recommandations 0•5•30	Suivis assurés par les soins infirmiers courants, les Résidents et médecins UMF/SC : prise de TA, enseignement en HTA, recommandations 0•5•30
Références	Référence systématique à l'urgence via le 911 si urgence hypertensive Références occasionnelles aux cliniques médicales, au service de nutrition, aux ateliers de cuisine santé, aux visites à l'épicerie et au service de cessation tabagique	Référence systématique au médecin du CLSC si urgence hypertensive Références occasionnelles à des groupes de support intra/extra CLSC à l'aide de formulaires de référence	Référence systématique au médecin du CLSC si urgence hypertensive Références occasionnelles à la nutritionniste, aux groupes de cessation tabagique du CLSC
Autres interventions	Entretien préventif et calibration des appareils de mesure de TA Retrait progressif des appareils au mercure Achats de brassards conformes au protocole Inscription de l'intervention 0•5•30 au dossier	Entretien préventif et calibration des appareils de mesure de TA Retrait progressif des appareils au mercure Achats de brassards conformes au protocole Inscription de l'intervention 0•5•30 au dossier	Entretien préventif et calibration des appareils de mesure de TA Retrait progressif des appareils au mercure Achats de brassards conformes au protocole Inscription de l'intervention 0•5•30 au dossier

• **Perspectives du projet *Au cœur de la vie* dans la région de Québec**

La troisième et dernière année d'implantation a été très remplie. Malgré la fin du projet *Au cœur de la vie*, des activités seront à planifier si l'on veut s'assurer que la prévention — promotion des habitudes de vie soit réellement intégrée dans les pratiques quotidiennes des professionnels de la santé.

2.2 RÉGION DE MONTRÉAL

2.2.1 Processus d'implantation

Le projet s'achève dans un contexte de changements importants. Les 29 CLSC de Montréal ont été regroupés en 12 CSSS; les équipes de direction des CLSC ont été dissoutes et des structures de transition ont été implantées. Les modifications à la pratique médicale ont entraîné une diminution du nombre de médecins affectés aux Services courants, du moins dans certains CLSC expérimentaux. Les comités de travail d'*Au cœur de la vie* dans chacun des CLSC ont aussi connu des bouleversements, puisque deux des trois porteurs de projet auront quitté leur CLSC à la fin du projet en 2004.

Malgré ces changements, les éléments prévus aux Plans d'action des trois CLSC ont été réalisés et ce, pour chacun des facteurs de risque choisis. Les activités prévues pour favoriser la diffusion d'information et la prise en charge de leur santé par les clients hypertendus ou affectés par des problèmes de cholestérol ont été implantées. Des groupes d'enseignement pour hypertendus ou pour hypercholestérolémiques ont été offerts avec succès ainsi que du soutien individuel pour clients hypertendus. Le travail d'harmonisation des pratiques des professionnels des Services courants a été complété dans les trois CLSC, en tenant compte de la réalité de chacun des milieux. L'examen des outils documentaires à remettre aux clients est terminé et un consensus sur les messages — santé à transmettre aux clients a également été atteint dans les trois CLSC.

En 2004, l'accent a été mis sur la promotion de saines habitudes de vie comme approche globale en santé cardiovasculaire. Trois éléments ont été ciblés : le non-tabagisme et la non-exposition à la fumée de tabac, la consommation d'au moins cinq fruits et légumes par jour et la pratique de 30 minutes d'activités physiques presque tous les jours. Le message qui résume cette promotion est : « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION ».

- **Formations**

Pour soutenir les intervenants, les formations suivantes ont été offertes :

- Modèle de changement de comportement de Prochaska à l'intention des infirmières des Services courants;
- Ateliers sur la prise de tension artérielle à l'intention des médecins et des infirmières des Services courants;
- Dyslipidémies;
- Promotion d'une saine alimentation offerte par une nutritionniste de l'équipe d'ACTI-MENU aux médecins et aux infirmières dans chacun des trois CLSC;
- Promotion de l'activité physique offerte par un médecin spécialiste de l'équipe d'ACTI-MENU aux médecins et aux infirmières dans chacun des trois CLSC;

- Utilisation du podomètre comme outil de motivation en promotion de l'activité physique offerte par un kinésiologue;
- *Counselling* motivationnel pour habileter les professionnels à soutenir les changements de comportement chez les clients.

Tableau 3 : Éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie*, région de Montréal

	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3
Titre	Groupes d'enseignement en alimentation / Système de référence aux groupes d'enseignement	Procédures d'harmonisation des pratiques en hypertension / Clinique d'hypertension	Harmonisation des pratiques en hypertension / Groupes d'enseignement sur la santé artérielle
Facteur de risque ou habitude de vie	Alimentation, dyslipidémies et activité physique	Hypertension / Activité physique et alimentation	Hypertension/ activité physique et alimentation
Comité de travail	Oui	Oui	Oui
Rencontres avec promoteur	Réunion du comité de travail une fois par mois	Aux trois mois	Aux 6 semaines
Cibles de l'intervention			
• Médecins	MD du CLSC pour la référence aux groupes	Médecins (SC)	Médecins des SC
• Infirmières	Infirmières des SC	Infirmières des SC	Infirmières des SC
• Autres intervenants	Nutritionniste (privée)	Nutritionniste, organisateur communautaire	Organisatrice communautaire
Formations	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation (ACTI-MENU) • Approche Prochaska pour les infirmières • Dyslipidémies 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation (ACTI-MENU) • Utilisation du podomètre • <i>Counselling</i> motivationnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'activité physique et d'une saine alimentation (ACTI-MENU) • Atelier de prise de TA (infirmières et médecins) • Interventions individuelles modèle Prochaska (MD et INF)
Autres activités (pour le personnel)	« Journée espadrille » : activités de sensibilisation du personnel aux bienfaits de l'exercice physique avec utilisation de podomètres	<ul style="list-style-type: none"> • Journée sur la santé cardiovasculaire et l'activité physique pour le personnel du CLSC • Journée de dépistage en santé cardiovasculaire et en évaluation de la condition physique pour les intervenants 	Simulation d'un « Tour de la Gaspésie » pour le personnel regroupé par équipes de marcheurs et cumulant les pas à l'aide de podomètres

2.2.2 Activités mises en place

Les activités réalisées au cours des trois années du projet visaient les usagers et le personnel (voir tableau 4). Dans le but de sensibiliser les intervenants à l'importance d'une bonne santé cardiovasculaire, des journées de dépistage et d'évaluation de la condition physique ont été réalisées en cours de projet dans tous les CLSC. De plus, afin de favoriser l'utilisation du podomètre comme outil de sensibilisation à l'activité physique auprès de la clientèle, une vingtaine de podomètres ont été remis à chacun des CLSC. Ceux-ci étaient encouragés à en faire la promotion auprès de leur personnel pour qu'éventuellement celui-ci

les prescrire aux clients. Des activités spéciales — telles une simulation du « Tour de la Gaspésie » par le personnel regroupé en équipes de marcheurs et cumulant les pas comptés par les podomètres, Journée de l'espadrille, concours entre équipes du CLSC pour le nombre de pas parcourus pendant une semaine — ont été organisées pendant l'été 2004.

Le projet s'est terminé par une dernière visite dans chacun des CLSC, où un bilan des activités réalisées a été présenté ainsi que certains résultats préliminaires de recherche. Les outils qui favoriseront la promotion du message « 0•5•30 COMBINAISON PREVENTION » ont été distribués au personnel des Services courants.

Tableau 4 : Activités par CLSC, région de Montréal

	CLSC 1	CLSC 2	CLSC 3
Usagers ciblés par les interventions	Usagers dyslipidémiques et usagers présentant des facteurs de risque.	Usagers hypertendus	Usagers hypertendus référés par les médecins
Dépistage	Collecte de données : taille, poids, IMC, alimentation, sédentarité.	Oui	Oui Systématique pour tout usager se présentant aux SC sans rendez-vous
Informations – recommandations	<ul style="list-style-type: none"> Recommandations sur l'alimentation et l'activité physique par les infirmières des SC Références aux groupes d'enseignement 	<ul style="list-style-type: none"> Recommandations systématiques et uniformes auprès des usagers hypertendus (30 sec. à 3 min.) 	<ul style="list-style-type: none"> Recommandations auprès des usagers hypertendus Références aux activités d'enseignement selon certains critères
Développement d'outils et remise d'outils	<p>Pour le personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Algorithme décisionnel pour les patients hypercholestérolémiques Référence aux groupes d'enseignement Collecte de données Cahiers de l'animateur pour les groupes d'enseignement <p>Pour les usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> Cahier du participant pour les 3 ateliers Passeport santé Matériel ACTI-MENU Matériel « 0•5•30 » 	<p>Pour le personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Suivi pour la clientèle hypertendue Formulaire de suivi infirmier pour HTA Algorithme décisionnel pour les patients avec TA élevée Protocole calibrage et entretien de stéthoscopes, brassards et sphymomanomètres Recommandations pour la mesure de la TA Feuille des signes vitaux Inventaire des ressources communautaires Tableau <i>counselling</i> HTA de 30 sec. à 3 min. <p>Pour les usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> Feuillet de référence pour programme hyper-marche Matériel ACTI-MENU Diète DASH Guide alimentaire canadien Documents sur le sodium, le potassium, céréales, fromage Document sur la prise de TA Matériel « 0•5•30 » 	<p>Pour le personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Suivi pour la clientèle hypertendue Formulaire de suivi infirmier pour HTA Algorithme décisionnel pour les patients avec TA élevée Protocole calibrage et entretien de stéthoscopes, brassards et sphymomanomètres Recommandations pour la mesure de la TA Feuille des signes vitaux Inventaire des ressources communautaires Tableau <i>counselling</i> HTA de 30 sec. à 3 min. <p>Pour les usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> Feuillet de référence pour programme hyper-marche Matériel ACTI-MENU Diète DASH Guide alimentaire canadien Documents sur le sodium, le potassium, céréales, fromage Document sur la prise de TA Matériel « 0•5•30 »
Suivis auprès des usagers	Référence groupes d'enseignement	Suivis assurés par la clinique d'hypertension ou par le médecin traitant	Outil pour suivis : graphique de TA indiquant le poids, l'IMC et les prises de TA
Référence des usagers	Formulaire référence pour groupes (utilisé par les MD)	Référence à la clinique d'hypertension par une procédure interprofessionnelle	Références à l'interne
Nouveau service	Groupe d'enseignement, clients hypercholestérolémiques	Suivi individuel par infirmière et nutritionniste une fois/ semaine, ou au besoin	Groupe d'enseignement pour clients hypertendus
Autres interventions			Conférences ponctuelles : HTA, tabac, cholestérol dans organismes communautaires

- ***Perspectives du projet Au cœur de la vie dans la région de Montréal***

L'expérience vécue et les outils créés dans chacun des trois CLSC seront vraisemblablement partagés avec les CLSC qui font désormais partie du même regroupement en CSSS. Quant à l'équipe de la Direction de santé publique, elle s'interroge actuellement sur les meilleures façons de soutenir les services préventifs en milieux cliniques.

2.3 RÉGION MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

2.3.1 Processus d'implantation

Pour les trois centres de santé et de services sociaux (CSSS, les trois CLSC expérimentaux de cette région sont maintenant sous l'appellation de CSSS) de la région de la Mauricie et Centre-du-Québec, l'alimentation (5 portions de légumes et de fruits) et l'activité physique (30 minutes cumulées d'activités physiques modérées presque tous les jours) ont été choisies en avril 2003 comme thématiques pour l'intervention. Ces choix sont le résultat d'un processus régional de priorisation organisé par la Direction de santé publique (DSP). Un plan d'action a été élaboré par chacun des CSSS en regard de ces deux thématiques.

- ***Comités de travail***

Tel que mentionné dans les rapports annuels précédents, les CSSS n'ont pas tous eu les mêmes possibilités concernant la création d'un comité local de travail. Faute de ressources suffisantes, les comités de travail du CSSS 1 et du CSSS 3 ont été composés dans un premier temps du porteur de projet du CSSS et de la promotrice régionale.

Récemment, des développements sont survenus du côté du CSSS 1. Ainsi, depuis juin 2004, le groupe de travail de cet établissement est composé du porteur local, d'une nutritionniste et d'une éducatrice physique. La promotrice régionale se joint à ce comité de façon ponctuelle. Elle peut être accompagnée d'un médecin conseil et d'une kinésiologue de la DSP selon les besoins.

Du côté du CSSS 2, le porteur local bénéficie toujours de l'appui de deux comités. Un premier comité (de gestion) qui est composé du porteur local, du chef de programme, d'une infirmière conseil et de la promotrice régionale. Puis, un deuxième comité (consultatif) qui est composé du porteur local, d'un chef de programme, d'une infirmière-conseil, de trois infirmières de la clinique ambulatoire, de trois infirmières des soins infirmiers courants, d'une nutritionniste et de la promotrice régionale. Dans la très grande majorité des rencontres de ces groupes de travail, la promotrice régionale était accompagnée d'un médecin conseil et d'une kinésiologue de la DSP.

Dans chaque CSSS, un lien avec les médecins était prévu par le biais d'un représentant qui devait être consulté à des moments stratégiques (documentation des pratiques actuelles, priorisation du facteur de risque, validation des interventions retenues...). Cependant, dans tous les cas, il n'a pas été possible de maintenir le lien avec les médecins des établissements. Plusieurs raisons peuvent expliquer cet obstacle : absence de médecins dans l'établissement, pénurie d'effectifs médicaux, départs du médecin de liaison.

Depuis le début de l'implantation du projet, la gestion locale de celui-ci s'est caractérisée par plusieurs changements de porteurs locaux. Dans un des CSSS, les chefs de programme se sont aussi succédés. La promotrice régionale a eu le rôle fort important d'assurer la continuité du projet malgré ces difficultés.

En plus des rencontres locales, des rencontres régionales regroupant les trois CSSS expérimentaux ont été organisées par la DSP. Rappelons que ces rencontres visaient à développer une vision régionale, à prendre des décisions à l'égard des orientations, à favoriser le partage d'expériences, à échanger des outils, à fournir des occasions de soutien mutuel et à réaliser des économies d'échelle.

La rencontre régionale d'octobre 2003 a permis de préciser quelle serait la nature des interventions à mettre en œuvre dans les CSSS. Pour ce faire, une boîte à outils et un document d'aide à la prise de décision ont été conçus par la DSP (promotrice régionale et médecin conseil de la DSP). Grâce à la boîte à outils, les CSSS ont été en mesure d'identifier les messages clé à adresser à la clientèle : la consommation de légumes et de fruits et la pratique régulière de 30 minutes cumulées d'activités physiques modérées presque tous les jours. L'outil d'aide à la prise de décision a permis aux CSSS de convenir qu'une approche dite « intégrée » était préférable. C'est ainsi que le concept « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » développé par la DSP de Québec, a été choisi comme base pour l'intervention.

Cet outil d'aide à la prise de décision a aussi permis de réfléchir sur l'approche à privilégier pour transmettre le message à la clientèle :

- Message dit « intégré » ou message sur une seule thématique;
- Message dit « universel » ou message adapté;
- Intervention systématique ou intervention pour une clientèle cible.

Quant à la rencontre régionale de février 2004, elle a permis de déterminer les besoins des CSSS en matière d'outils et de formation. Cette rencontre a été organisée par la promotrice régionale qui est aussi nutritionniste, un médecin conseil et une kinésiologue de la DSP.

Enfin, une prochaine rencontre aura lieu en décembre 2004 ou en janvier 2005. Celle-ci visera notamment, à déterminer les moyens à mettre en place pour que les CSSS soient en mesure d'évaluer l'implantation des interventions planifiées, la satisfaction du personnel quant aux outils proposés et la réceptivité de la clientèle face aux interventions brèves. Elle sera organisée par le nouveau promoteur régional qui est aussi répondant régional tabac, un médecin conseil, une kinésiologue et une nutritionniste de la DSP.

- **Formations et conception d'outils**

Des formations interdisciplinaires sur la saine alimentation et la pratique d'activités physiques ont été offertes aux intervenants locaux par la DSP au printemps 2004 et ce, en complémentarité avec celles sur le tabagisme offertes en 2002-2003. Celles-ci se sont déroulées localement et duraient une journée complète. Ainsi, 21 heures de formation ont été données dans la région concernant ces deux sujets. Quatre modules étaient prévus. Le premier visait à convaincre les praticiens de l'efficacité des interventions préventives en alimentation et en promotion de l'activité physique (médecin conseil de la DSP), les second et troisième modules fournissaient du contenu sur l'activité physique et l'alimentation (kinésologue de la DSP et Acti Menu) et le dernier donnait l'occasion d'identifier et de mettre en pratique des interventions brèves dans les deux domaines concernés (promotrice régionale).

Des outils pour les intervenants ont été conçus par la DSP pour appuyer les contenus des formations :

- Poids de l'évidence des liens entre les trois habitudes de vie (tabac, légumes et fruits et activité physique), le maintien d'une bonne santé et plusieurs maladies;
- Lien entre les raisons de consultations usuelles et les trois habitudes de vie (tabac, légumes et fruits et activité physique);
- Obstacles des clients à la consommation de légumes et de fruits et à la pratique d'activités physiques et argumentaires pour les contourner.

Les évaluations ont démontré une très grande satisfaction des intervenants quant à l'organisation et au contenu des formations offertes. Il est cependant important de noter que les difficultés de remplacement, notamment des infirmières, ont porté ombrage à la participation des intervenants aux formations. Actuellement, la DSP travaille sur la conception d'une formation d'appoint de plus courte durée qui faciliterait la participation des intervenants, notamment celle du personnel de remplacement. Éventuellement, une telle formation pourrait aussi être offerte aux médecins de la région.

À ce sujet, la DSP s'interroge sur la non participation des médecins des CSSS aux formations offertes dans le cadre d'*Au cœur de la vie*. Il est possible qu'il s'agisse du contexte défavorable à l'égard des effectifs médicaux dans la région ou encore des modalités propres aux formations elles-mêmes. Il est dans l'intention de la DSP d'explorer des solutions face à cette problématique.

Le tableau 5 reprend les éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie* pour chacun des CSSS expérimentaux du 1^{er} avril 2003 au 15 novembre 2004.

Tableau 5 : Éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie*, région Mauricie et Centre-du-Québec

	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3
Titre	Interventions minimales ou brèves en tabagisme, en alimentation et en activité physique « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION »	Interventions minimales ou brèves en tabagisme, en alimentation et en activité physique « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION »	Interventions minimales ou brèves en tabagisme, en alimentation et en activité physique « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION »
Facteur de risque ou habitude de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Tabac (poursuite implantation 2002-2003) • Alimentation (5 portions de légumes et fruits par jour) • Activité physique (30 minutes, intensité modérée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabac (poursuite implantation 2002-2003) • Alimentation (5 portions de légumes et fruits par jour) • Activité physique (30 minutes, intensité modérée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabac (poursuite implantation 2002-2003) • Alimentation (5 portions de légumes et fruits par jour) • Activité physique (30 minutes, intensité modérée)
Cibles de l'intervention : Médecins	Médecins services courants d'un point de services	Médecins des services courants d'un site	Médecins des services courants d'un site
Infirmières	Infirmières des services courants de trois sites	Infirmières des services courants de deux sites	Infirmières des services courants de deux sites
Autres intervenants	Nutritionniste, éducatrice physique, auxiliaires familiales, ergothérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, intervenants sociaux, intervenants en santé scolaire, en soutien à domicile et du centre de jour	Inhalothérapeutes (tabac uniquement) Nutritionnistes	Inhalothérapeute Nutritionnistes
Comité de travail	Comité local composé du porteur local, d'une nutritionniste et d'une éducatrice physique. Promotrice régionale en lien direct avec le porteur local. D'autres intervenants de la DSP invités aux rencontres selon la thématique (répondant tabac, kinésiologue et médecin).	Deux comités de travail : <ul style="list-style-type: none"> • Comité de gestion : porteur local, chef de programme, infirmière conseil, promotrice régionale et professionnels de la DSP selon les thématiques (répondant tabac, kinésiologue et médecin) • Comité consultatif : porteur local, chef de programme, infirmière conseil, promotrice régionale, infirmières de la clinique ambulatoire et du CLSC, nutritionniste ou inhathérapeute selon la thématique, professionnels de la DSP selon les thématiques (répondant tabac, kinésiologue et médecin) 	Le comité est composé du porteur local et de la promotrice régionale. Selon les besoins, le chef de programme, certains intervenants du CSSS (inhalothérapeute ou nutritionnistes) et des professionnels de la DSP (répondant tabac, kinésiologue et médecin) participent aux travaux du comité

Tableau 5 : Éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie*, région Mauricie et Centre-du-Québec (suite)

	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3
Formations	<p>Formation sur l'alimentation et l'activité physique en avril-mai 2004 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 infirmière • 1 nutritionniste • 1 éducateur physique <p>Formations locales abrégées sur « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » données à l'automne 2004 par l'équipe locale à 50 intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du CSSS : 2 infirmières des services courants, ergothérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, auxiliaires familiales, intervenants sociaux, infirmière en santé scolaire, infirmières des soins à domicile, responsable du centre de jour, travailleur social. • De la communauté : nutritionniste au centre de conditionnement physique, pharmacien de la communauté, responsable de la maison de la famille 	<p>Formation sur l'alimentation et l'activité physique en avril-mai 2004 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 infirmières • 2 nutritionnistes • 1 médecin 	<p>Formation sur l'alimentation et l'activité physique en avril-mai 2004 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 infirmières • 2 nutritionnistes • 1 inhalothérapeute
Rencontres avec la promotrice	<p>En 2003-2004 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 rencontres locales à l'automne 2003 <p>En 2004-2005</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une rencontre locale d'orientation en juin 2004 et 3 «rencontres téléphoniques» en août et septembre 2004 • Une rencontre de débriefing en octobre 2004 (suite à une conférence de presse) • Pas de porteur local de janvier 2003 à septembre 2003 puis de janvier 2004 à mai 2004 	<p>En 2003-2004 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 rencontres avec le comité de gestion et 6 rencontres avec le comité consultatif <p>En 2004-2005 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rencontre avec le comité de gestion et 1 rencontre de planifiée en décembre 2004 avec le comité consultatif 	<p>En 2003-2004 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 rencontres d'orientation (changement de porteur 2 fois durant l'année) et 3 rencontres locales de travail <p>En 2004-2005 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 rencontre locale et en moyenne un contact téléphonique chaque mois • Pas de porteur local de mars 2003 à septembre 2003
	2 rencontres régionales ont été tenues d'avril 2003 à novembre 2004. Une autre est prévue pour décembre 2004 ou janvier 2005.		

2.3.2 Activités mises en place

- **Interventions brèves**

Ce sont principalement les médecins et les infirmières des services courants qui ont été ciblés par les activités du projet. Cependant, le projet a suscité la participation de divers professionnels, parfois au-delà du cadre des services courants. Dans tous les cas, les nutritionnistes, l'éducateur physique et les inhalothérapeutes ont été parties prenantes du projet. De plus, au CSSS 1, des activités ont été adressées aux auxiliaires familiales, aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes, aux intervenants sociaux, aux intervenants en santé scolaire, au soutien à domicile, aux intervenants du centre de jour.

Au niveau de l'intervention locale, on retrouve en plus des interventions minimales et brèves déjà réalisées au sujet du tabagisme, des interventions brèves en regard de la consommation d'au moins 5 portions de légumes et de fruits et de la pratique régulière de 30 minutes cumulées d'activités physiques modérées presque tous les jours « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION ». Dans tous les CSSS, les interventions s'adressent de façon systématique aux clients des services courants et parfois, à ceux d'autres services du CSSS 1. Certains CSSS ont privilégié l'approche qui consiste à transmettre un message identique à tous les clients. D'autres CSSS (1 et 3) ou encore certains points de services de CSSS privilégient une approche plus personnalisée. En effet, leur intervention tient compte des niveaux de consommation de légumes et de fruits et de pratique d'activités physiques des clients. Cette façon de faire est plus fréquente dans le cadre des services courants avec rendez-vous.

- **Outils de soutien à l'intervention**

Pour soutenir les intervenants, plusieurs outils à remettre aux clients ont été conçus par la DSP et ce, en fonction des besoins exprimés. Ils sont disponibles dans les salles d'examen :

- Une affiche « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION »;
- Un feuillet d'informations « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION »;
- Un répertoire de ressources disponibles localement « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION ».

Le feuillet d'information est remis systématiquement. Il semble que le répertoire local de ressources soit lui aussi remis systématiquement dans la plupart des milieux.

En parallèle, d'autres outils de soutien à la pratique ont été élaborés en fonction de la réalité de chacun des CSSS. Au CSSS 3, il s'agit d'un algorithme décisionnel « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION ». Dans les autres, il s'agit d'un questionnaire sur les trois habitudes de vie destiné à la clientèle et de bordereaux de référence vers certains professionnels : nutritionnistes (CSSS 1 et 3) et éducateur physique (CSSS 1). Ainsi, dans plusieurs milieux, des liens interdisciplinaires ont été créés entre les infirmières des services courants et certains professionnels. De plus, il est intéressant de noter qu'au CSSS 1, de

nouveaux services de *counselling* en nutrition et en activité physique ont été rendus disponibles en complément au projet *Au cœur de la vie*. Enfin, les intervenants de deux CSSS (1 et 3) utilisent une feuille de cueillette de données spécifique aux trois habitudes de vie qui s'intègre au dossier du client. Dans les deux cas, cette feuille a été élaborée en collaboration avec les archivistes des CSSS.

Le tableau 6 présente succinctement les différentes activités réalisées du 1^{er} avril 2003 au 15 novembre 2004 dans le cadre de l'implantation du projet *Au cœur de la vie* dans les trois CSSS expérimentaux.

- ***Perspectives du projet Au cœur de la vie dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec***

Les perspectives du projet *Au cœur de la vie* s'annoncent prometteuses dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec. En effet, dans la foulée des activités prévues dans le Programme national de santé publique, du Plan d'action régional de santé publique de la Mauricie et Centre-du-Québec et des chantiers provinciaux mis sur pied relativement à la problématique du poids au Québec, la DSP a l'intention de poursuivre les travaux amorcés dans le cadre d'*Au cœur de la vie*. En effet, pour les trois prochaines années, la DSP mise sur la consolidation des activités dans les CSSS expérimentaux et l'élargissement du projet aux autres CSSS de la région. Un financement est déjà prévu à cet effet et une équipe régionale multidisciplinaire se penche actuellement sur la question de l'intensité du soutien à offrir aux CSSS et sur les orientations à donner au projet. Concernant ce dernier point, il faudra en effet tenir compte de l'émergence des réseaux locaux et des changements que cela suppose pour nos partenaires.

Tableau 6 : Activités par CSSS, région Mauricie et Centre-du-Québec

	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3
Clients ciblés	Clients adultes	Clients adultes	Tout client de 14 ans et plus
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Identification systématique du statut tabagique au dossier de tous les usagers • Évaluation sommaire systématique du niveau de consommation de légumes et de fruits et consignation de l'information au dossier de tous les clients • Évaluation sommaire systématique de la pratique d'activités physiques et consignation de l'information au dossier de tous les clients 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification systématique du statut tabagique au dossier de tous les clients 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification systématique du statut tabagique au dossier de tous les clients • Évaluation sommaire systématique du niveau de consommation de légumes et de fruits et consignation au dossier de tous les clients (site St-Tite seulement) • Évaluation sommaire systématique de la pratique d'activités physiques et consignation au dossier de tous les clients (un seul site)
Informations - recommandations	<p>« 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations systématiques standardisées selon le statut tabagique du client • Intervention systématique brève sur la consommation de légumes et de fruits (selon les niveaux de consommation de légumes et de fruits du client) • Intervention systématique brève sur la pratique d'activités physiques (selon le niveau de pratique du client) 	<p>« 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations et conseils systématiques adaptés à l'étape de changement de comportement du client (Prochaska) • Intervention systématique brève sur la consommation de légumes et de fruits • Intervention systématique brève sur la pratique d'activités physiques 	<p>« 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations systématiques et standardisées selon le statut tabagique et conseils adaptés à l'étape de changement de comportement du client (Prochaska) • Intervention systématique brève sur la consommation de légumes et de fruits (un site le fait en tenant compte des niveaux de consommation de légumes et de fruits du client) • Intervention systématique brève sur la pratique d'activités physiques (un site le fait en tenant compte du niveau de pratique d'activités physiques du client)
Développement d'outils et remise d'outils	<p>Outils pour les intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algorithme décisionnel pour les intervenants (tabac) • Questionnaire « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » pour le client, à mettre au dossier • Feuillet « Astuces pour parler prévention : partir de la raison de consultation pour aborder les 3 habitudes de vie » • Feuillet sur les liens entre les 3 habitudes de vie, la santé et les maladies 	<p>Outils pour les intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algorithme décisionnel pour les intervenants « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » • Note au dossier sur le statut tabagique • Feuille de référence pour le CAT • Feuillet « Astuces pour parler prévention : partir de la raison de consultation pour aborder les 3 habitudes de vie » 	<p>Outils pour les intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algorithme décisionnel pour les intervenants (tabac) • Feuille au dossier « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » • Feuillet « Astuces pour parler prévention : partir de la raison de consultation pour aborder les 3 habitudes de vie »

Tableau 6 : Activités par CSSS, région Mauricie et Centre-du-Québec (suite)

	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3
Clients ciblés	Clients adultes	Clients adultes	Tout client de 14 ans et plus
Développement d'outils et remise d'outils (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • Feuillelet sur les obstacles des patients face à la consommation de légumes et de fruits et à la pratique d'activités physiques • Carnets de référence (Centre d'abandon du tabagisme-CAT, nutritionniste et éducateur physique) • Bordereaux de référence (CAT, nutritionniste et éducateur physique) <p>Outils pour les clients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Document de réflexion remis aux fumeurs seulement • Dépliant « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » (systématiquement) • Affiche « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » • Répertoire de ressources « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » (remis systématiquement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Feuillelet sur les liens entre les 3 habitudes de vie, la santé et les maladies • Feuillelet sur les obstacles des patients face à la consommation de légumes et de fruits et à la pratique d'activités physiques <p>Outils pour les clients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Document de réflexion pour les fumeurs et questionnaire aux fumeurs (remis systématiquement) • Dépliant « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » (systématiquement) • Affiche « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » • Répertoire de ressources « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » (remis systématiquement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Feuillelet sur les liens entre les 3 habitudes de vie, la santé et les maladies • Feuillelet sur les obstacles des patients quant à la consommation de légumes et de fruits et à la pratique d'activités physiques • Bordereaux de référence (CAT et nutritionniste) <p>Outils pour les clients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépliants pour fumeurs en phase de réflexion et de pré-réflexion disponibles dans la salle d'attente • Dépliant « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » (remis systématiquement) • « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » • Répertoire de ressources « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION » (remis au besoin)
Suivis	<ul style="list-style-type: none"> • Les dates de réévaluation du statut tabagique sont inscrites au dossier • Suivi selon le niveau de consommation de légumes et de fruits du client • Suivi selon le niveau de pratique d'activités physiques du client 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des fumeurs à court terme par les soins infirmiers courants : 15 minutes est prévu pour l'intervention tabac lors du rendez-vous suivant • Suivi à déterminer au sujet de la consommation de légumes et de fruits et de pratique d'activités physiques du client 	<ul style="list-style-type: none"> • Les dates de réévaluation du statut tabagique inscrites au dossier • Suivi selon le niveau de consommation de légumes et de fruits et de pratiques d'activités physiques du client (un site) • Suivi à déterminer au sujet de la consommation de légumes et de fruits et de pratique d'activités physiques du client (un site)
Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Les intervenants réfèrent systématiquement (procédure selon le statut tabagique) les fumeurs au CAT (bordereau de référence) • Référence à la nutritionniste et à l'éducateur physique du CSSS au besoin • Référence aux ressources de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Référence au CAT par le formulaire de référence rempli par les intervenants ou par le document de réflexion rempli par l'usager (fumeur) • Référence aux ressources de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Référence au centre d'abandon du tabac par la fiche d'inscription remise par les médecins et les infirmières • Référence possible à la nutritionniste si présence de pathologie • Référence aux ressources de la communauté

Tableau 6 : Activités par CSSS, région Mauricie et Centre-du-Québec (suite)

	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3
Clients ciblés	Clients adultes	Clients adultes	Tout client de 14 ans et plus
Nouveau service	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres individuelles en cessation tabagique par une infirmière et un médecin du CAT. Le service est disponible une journée par semaine. • Ateliers de groupe sur la saine alimentation • Ateliers de groupe sur l'activité physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres individuelles en cessation tabagique par une infirmière du CAT. Le service est disponible une journée par semaine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres individuelles en cessation tabagique par une infirmière et un médecin du CAT. Le service est disponible une journée par semaine.

2.4 RÉGION DE L'OUTAOUAIS

2.4.1 Processus d'implantation

En 2002–2003 le CLSC expérimental de la région de l'Outaouais avait retenu la cessation tabagique comme thème d'intervention. Pour l'année 2003–2004, les interventions en cessation tabagique se sont poursuivies et un facteur de risque a été rajouté, l'hypertension.

Comme l'année précédente, il n'a pas été possible de constituer un comité de travail compte tenu de la difficulté de libérer des infirmières pour s'y impliquer. La promotrice et la porteur ont continué à fonctionner sur une base informelle : rencontres et conférences téléphoniques.

Une formation a été offerte aux infirmières des services courants par la promotrice concernant la prise de la tension artérielle afin d'améliorer les pratiques en la matière.

Le tableau 7 présente les éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie* dans le CLSC expérimental de la région de l'Outaouais.

Tableau 7 : Éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie*, région de l'Outaouais

	CLSC EXPÉRIMENTAL
Titre	Harmonisation des pratiques en cessation tabagique / Service permanent d'aide à la cessation tabagique (Santé sans fumée) Intervention hypertension
Facteur de risque ou habitude de vie	Tabac Hypertension
Cibles de l'intervention :	
• Médecins	Médecins des Services courants
• Infirmières	Infirmières des Services courants
Formations	Formation sur la prise de TA pour les infirmières : automne 2003

2.4.2 Activités réalisées

Les activités en matière de cessation tabagique présentées dans le rapport annuel précédent se sont poursuivies au courant de l'année 2003–2004.

Concernant l'hypertension une carte de prise de tension pour les usagers hypertendus a été développée. La carte indique à l'utilisateur ce qu'il doit ou ne doit pas faire avant une mesure de sa tension artérielle. Par exemple, on conseille à l'utilisateur de ne pas se rendre à bicyclette à un suivi pour une mesure de tension artérielle, ce qui aurait pour conséquence de la faire augmenter. La carte permet également d'inscrire, à chaque suivi, le chiffre de tension artérielle de l'utilisateur. Une feuille de relevé de la tension artérielle a également été conçue pour faire les suivis de la clientèle hypertendue, de même qu'un carnet d'entente pour son contrôle. Ce dernier permet à l'intervenant d'aider l'utilisateur à prioriser une habitude de vie à modifier dans le but de contrôler sa tension artérielle. Il permet d'ouvrir le dialogue avec lui et d'identifier des stratégies pour atteindre l'objectif fixé.

Un présentoir avec différents dépliants bilingues relatifs à la santé du cœur a été installé dans la salle d'attente des services courants. On y trouve, par exemple, les dépliants d'ACTI-MENU sur l'alimentation et l'activité physique.

Un protocole pour l'entretien et le calibrage des sphygmomanomètres a été également proposé et un dépliant à remettre aux usagers hypertendus et présentant les ressources du territoire pour aider les personnes à contrôler leur hypertension (par exemple lieux pour faire de l'activité physique) était en cours de développement.

Tableau 8 : Activités, région de l'Outaouais

	CLSC EXPÉRIMENTAL
Usagers ciblés	Fumeurs – Usagers hypertendus
Dépistage	Les intervenants ont à inscrire sur la feuille de triage le statut tabagique et le stade de changement de tous les usagers
Informations-recommandations	Sensibilisation des fumeurs en pré-réflexion
Développement d'outils et remise d'outils	<ul style="list-style-type: none"> • Brochures « J'arrête, j'y gagne » et « Quit to win » disponibles dans les salles d'attente et dans les bureaux des infirmières et des médecins (au CLSC et dans les cliniques) • Brochures Acti-menu disponibles dans la salle d'attente • Carte de prise de TA pour l'utilisateur hypertendu (les résultats des prises de TA sont notés sur la carte) • Élaboration d'un cartable pour les infirmières contenant de l'information sur tous les facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> - Entente pour contrôler ma tension artérielle; - Feuille de relevé de la tension artérielle; - Protocole de calibrage et d'entretien des sphygmomanomètres.
Référence	Procédure de référence au service d'aide à la cessation tabagique (Santé sans fumée) à l'aide de la feuille de consultation et d'Infosanté (procédure déjà implantée avant ACDV)
Nouveau service	Programme Santé sans fumée : service d'aide à la cessation tabagique Protocole sur l'entretien et le calibrage des sphygmomanomètres

PARTIE 2 : VOLET ÉVALUATION

L'année 2003-2004 a été consacrée à la collecte de données du Temps 1 et à la poursuite de l'analyse des données recueillies lors du temps 0 de l'évaluation (rapport décembre 2003) ainsi qu'à l'analyse des données qualitatives et quantitatives recueillies au printemps 2003 (Temps 1 de l'évaluation). Un retour d'information pour les CLSC expérimentaux s'est fait au courant de l'hiver 2004.

La collecte de données au Temps 1 s'est faite dans le cadre de l'évaluation d'implantation et de résultats. Pour l'évaluation d'implantation, des entrevues qualitatives téléphoniques ont été réalisées auprès d'un cadre des services courants dans chacun des 20 CLSC et auprès des porteurs. Pour l'évaluation de résultats, nous avons procédé de la même manière que lors du Temps 0 de l'évaluation (voir le 2^e rapport annuel, septembre 2002), un questionnaire auto-administré a été distribué aux médecins et infirmières des services courants dans l'ensemble des 20 CLSC participant au projet *Au cœur de la vie*.

1 ÉVALUATION D'IMPLANTATION

L'évaluation d'implantation a pour objectif d'étudier les mécanismes qui sous-tendent l'implantation du projet *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 projet, comment évoluent les opinions et l'utilisation des pratiques exemplaires des professionnels et comment le projet s'intègre dans la structure, la gestion et la «culture» du CLSC. Une approche exclusivement qualitative a été utilisée pour recueillir l'information.

1.1 COLLECTE DE DONNÉES

Entre juillet 2001 et mars 2002, 154 entrevues semi-dirigées ont été réalisées par téléphone dans les 20 CLSC (voir rapport annuel 2001-2002).

Depuis le début de l'implantation des activités, des suivis réguliers (entrevues téléphoniques) ont été réalisés avec les porteurs du projet dans chacun des 20 CLSC, avec les promotrices régionales et la coordonnatrice provinciale.

Au printemps 2003, dans le cadre du Temps 1 de l'évaluation, une entrevue qualitative téléphonique a été réalisée auprès d'un cadre des services courants dans chacun des CLSC.

Le tableau 9 propose une synthèse de la cueillette des données dans le cadre de l'évaluation d'implantation au 31 mars 2004.

Tableau 9 : Données recueillies dans le cadre de l'évaluation d'implantation au 31 mars 2004

Cueillette	Entrevues et documents	Nombre d'entrevues réalisées	Objectifs
Temps zéro (année 2001-2002)	Entrevues auprès des intervenants, cadres, administrateurs, directeurs généraux	154 entrevues	Réaliser un portrait organisationnel des CLSC participants
Suivis promoteurs (suivis depuis juin 2001)	Entrevues auprès des promoteurs du projet <i>Au cœur de la vie</i> et de la coordonnatrice provinciale Analyses documentaires	1 ^{er} suivi (juin – juillet 2001) : 5 entrevues 2 ^e suivi (juin – juillet 2002) : 4 entrevues 3 ^e suivi (décembre 2002 – Janvier 2003) : 5 entrevues 4 ^e suivi (juin – juillet 2003) : 5 entrevues	Description des interventions et du lien interorganisationnel entre DSP et CLSC. Identifier les stratégies des promoteurs régionaux et cerner les facteurs associés à l'implantation et les enjeux reliés à <i>Au cœur de la vie</i>
Suivis auprès des porteurs (suivis depuis juin 2002)	Entrevues auprès des porteurs du projet <i>Au cœur de la vie</i> Analyses documentaires	1 ^{er} suivi (juin 2002) : 20 entrevues 2 ^e suivi (octobre – novembre 2002) : 20 entrevues 3 ^e suivi (mai – juin 2003) : 20 entrevues	Description des interventions et du lien interorganisationnel entre DSP et CLSC. Identifier les interventions et outils élaborés à l'interne, et cerner les facteurs et les enjeux reliés à <i>Au cœur de la vie</i>
Temps 1 de l'évaluation	Entrevues auprès de cadres des services courants	19 entrevues réalisées entre le 23 mai et le 2 juillet 2003	Décrire le processus d'implantation et la présence/absence de résultats liés à l'implantation du programme Identifier présence/absence du soutien organisationnel (implication des acteurs à l'interne) Liens interorganisationnels DSP/CLSC

• ***Suivis auprès des porteurs***

Durant la dernière année un suivi a été réalisé auprès des 20 porteurs (un par CLSC) et auprès des quatre promotrices régionales.

Les entrevues auprès des porteurs visaient à recueillir de l'information sur :

1. les interventions effectuées;
2. les outils et moyens mis en œuvre dans le cadre de l'implantation;
3. les liens interorganisationnels DSP/CLSC; et
4. les facteurs qui influencent l'implantation du projet (réactions des intervenants, soutien administratif, climat organisationnel, etc.).

Pour ce suivi, nous avons procédé de la même manière que lors des suivis antérieurs (voir rapport annuel 2002-2003). Préalablement à la réalisation de l'entrevue, les porteurs ont été invités à faire parvenir à l'équipe de recherche les différents documents utilisés et développés dans le cadre du projet *Au cœur de la vie* (plan d'action, procès verbaux de réunions, outils utilisés et développés pour les activités d'intervention, etc.). L'agente de recherche responsable de ce volet de l'évaluation a effectué une analyse documentaire avant de réaliser les entrevues téléphoniques avec les différents porteurs. Selon l'analyse documentaire, l'agente de recherche a adapté la grille (questions spécifiques) au contexte particulier de chaque CLSC.

Transcription et codification des entrevues :

La retranscription des informations recueillies lors des entrevues s'est faite de la même manière que lors des premiers suivis (voir rapport annuel 2002-2003). Suite aux entrevues, l'agente de recherche a retranscrit les informations recueillies à l'aide d'une grille identique pour chaque CLSC. Les suivis ont été ensuite codés automatiquement sur Nudist.

Retour d'information aux porteurs :

Comme pour les suivis antérieurs, une fois la grille complétée pour chaque CLSC, celle-ci a été renvoyée à chaque porteur afin qu'il vérifie l'information recueillie. La grille n'est envoyée qu'au porteur selon l'entente de confidentialité établie avec ce dernier avant la réalisation des entrevues téléphoniques.

• ***Entrevues auprès des promotrices régionales et de la coordonnatrice provinciale***

Les CLSC expérimentaux reçoivent un soutien de la santé publique par le biais du travail effectué par les promotrices régionales et la coordonnatrice provinciale dont le rôle est d'aider et guider l'implantation du projet *Au cœur de la vie*.

Entre mars 2003 et mars 2004, les promotrices et la coordonnatrice ont été interviewées une seule fois (tableau 10), il s'agissait de la 4^e série d'entrevues. Cinq entrevues ont donc été réalisées et transcrites. Les thèmes abordés lors de ces entrevues étaient :

1. les étapes de l'implantation du projet dans les CLSC;
2. le rôle de la promotrice et ses liens avec l'équipe du CLSC;
3. la perception de l'environnement organisationnel du CLSC et des facteurs contextuels pouvant influencer le projet;
4. les liens avec l'équipe d'intervention provinciale et la Direction de santé publique;
5. les obstacles et éléments favorables à l'implantation;
6. le bilan d'une année d'implantation et la perception des ajustements à effectuer en cas de généralisation du projet.

- **Entrevues auprès de cadres des services courants**

Durant la dernière année, l'équipe d'évaluation a réalisé des entrevues auprès des gestionnaires des Services courants. Une entrevue a été réalisée dans tous les CLSC participant à l'étude sauf un. Dans ce CLSC la gestionnaire, nouvellement en poste au moment de la collecte de données s'est désistée en raison de son manque de connaissance du programme. En tout, 19 entrevues ont été réalisées.

Les thèmes des entrevues :

Les entrevues auprès des cadres visaient à recueillir des informations sur les dynamiques internes liées à l'implantation d'*Au cœur de la vie* et sur les résultats observables (changements organisationnels et changements de pratique) depuis l'implantation du programme. Les thèmes suivants ont été abordés :

1. La connaissance du programme et l'implication des gestionnaires, de l'administration et des intervenants dans son implantation;
2. Les liens interorganisationnels entre la Direction de santé publique et le CLSC;
3. Le processus d'implantation à l'interne (moyens mis en œuvre et effets de l'implantation du programme à l'interne au niveau des pratiques et de l'organisation);
4. Les perceptions sur le programme.

Déroulement des entrevues :

Pour la réalisation de ces entrevues, la même procédure qu'au temps zéro a été utilisée (voir rapport 2001-2002). Les gestionnaires ont été contactés par téléphone par l'agente de recherche afin de convenir d'un rendez-vous téléphonique. La durée moyenne des entrevues était de 45 minutes. Chaque entrevue réalisée a également fait l'objet d'un commentaire sur le climat de l'entrevue, son déroulement et sur les points importants abordés par les gestionnaires. Toutes les entrevues ont été retranscrites par des assistants externes sur le logiciel Word.

Codification et analyse :

Les entrevues ont été codifiées et analysées dans le cadre de l'analyse comparative entre CLSC expérimentaux et témoins (voir section analyse).

1.2 ANALYSES

Deux types d'analyses ont été effectués lors de l'année 2002-2003 : une analyse par CLSC et une analyse comparative entre CLSC témoins et expérimentaux.

- **Analyses par CLSC**

Les analyses par CLSC ont été réalisées à partir des sources de données suivantes : les entrevues réalisées au temps 0 (cadres et intervenants), les entrevues auprès des

promoteurs, les suivis auprès des porteurs et les entrevues réalisées au temps 1 (printemps 2003) auprès d'un cadre dans chaque CLSC.

L'objectif de ces analyses était de réaliser un bilan du processus d'implantation au temps 1 et d'identifier les facteurs associés. Plus précisément, ces analyses visaient à répondre aux questions d'évaluation suivantes (protocole) :

- Les interventions implantées répondent-elles aux objectifs initiaux du projet?
- Le processus d'implantation s'est-t-il traduit par des changements de pratiques individuelles et/ou organisationnelles (ex. : utilisation de nouveaux protocoles, références à des ressources internes et externes) ou à la mise en place de conditions favorables (ex. : formations des intervenants, ressources mises à la disposition de l'implantation, etc.) à ces changements?
- Les changements ou mises en place de conditions favorables répondent-ils aux objectifs initiaux du projet? Si oui : dans quelle mesure répondent-ils? Si non : dans quelle mesure s'en éloignent-ils?

La grille d'analyse :

Trois dimensions ont été considérées pour analyser le processus d'implantation : 1) l'engagement organisationnel des CLSC envers le programme, 2) la structure de coordination mise en place dans les CLSC et 3) les mécanismes mis en place pour le soutien au changement de pratique.

Pour la première dimension (engagement organisationnel des CLSC envers le programme), l'analyse a porté sur le niveau de familiarité de la Direction, de l'administration, des cadres et des intervenants par rapport au programme, sur le rôle que chacun s'attribue par rapport à son implantation et sur l'importance des ressources humaines et matérielles allouées pour faciliter ce processus.

Pour la seconde dimension (mise en place d'une structure de coordination), l'analyse a consisté à identifier les mesures prises pour assurer la coordination du programme au niveau local : la présence d'un plan d'action, la nomination d'un porteur et le temps de travail de ce dernier, la présence d'un ou de comité(s) pour le suivi de l'implantation et leur composition (acteurs présents dans le ou les comité(s)), les moyens mis en œuvre pour informer les différents acteurs du CLSC et la définition des rôles des principaux acteurs dans l'implantation du programme dans le CLSC.

Pour la troisième dimension, nous avons examiné les mécanismes mis en place à l'interne pour soutenir un éventuel changement de pratique (formations offertes et outils intégrables à la pratique).

L'analyse a permis de dégager les facteurs contextuels et interorganisationnels (soutien des DSP, implication dans d'autres programmes MCV, caractéristiques et besoins de la clientèle, caractéristiques du territoire, etc.) intra-organisationnels (culture organisationnelle, ressources de l'organisation, etc.) et individuels (expertise, engagement personnel par rapport à ACDV, etc.) pouvant jouer un rôle sur les trois dimensions retenues.

- **Analyse comparative**

L'analyse comparative des CLSC vise à comparer les CLSC témoins et expérimentaux pour chaque paire de CLSC constituée au tout début du processus d'évaluation (voir rapport annuel 2001) et ce afin d'évaluer l'impact du soutien de la DSP. Au temps 1 de l'évaluation, l'analyse comparative visait à répondre aux deux questions suivantes : 1) dans quelle mesure le soutien de la santé publique a facilité le processus d'implantation du programme dans les CLSC expérimentaux et 2) dans quelle mesure le soutien de la santé publique s'est traduit par la mise en place de conditions favorables au changement de pratique organisationnel et individuel?

La grille d'analyse

Pour chaque paire de CLSC, l'analyse reprend les trois dimensions utilisées pour l'analyse par CLSC. Elle permet de faire ressortir les différences/ressemblances entre CLSC témoins et expérimentaux quant à l'engagement organisationnel, au type de coordination mis en place et le type de soutien apporté à un éventuel changement de pratique et aux éléments contextuels, interorganisationnels, intraorganisationnels, individuels ayant pu influencer ces dimensions.

Notons que pour des raisons pratiques, la grille d'analyse par CLSC et la grille d'analyse comparative ont été intégrées en une seule.

Les analyses ont été réalisées individuellement par trois agentes de recherche à partir des deux grilles d'analyses. Pour chacune des paires, les agentes de recherche comparaient leurs résultats, les complétaient et les ajustaient au besoin. Ces analyses ont permis la réalisation de 10 tableaux synthèses (20 CLSC regroupés en paires) et font l'objet d'un rapport amorcé en 2002-2003.

2 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.

Lors de la deuxième collecte (temps 1), nous avons demandé aux médecins et infirmières de remplir le même questionnaire que lors du temps 0 (peu de modifications ont été apportées dans les questionnaires utilisés au temps 1).

2.1 COLLECTE DE DONNÉES

Pour l'envoi des questionnaires, nous avons procédé en deux temps. Nous avons tout d'abord envoyé directement à chaque médecin et infirmière le questionnaire à remplir. Le taux de réponse n'étant pas satisfaisant nous avons demandé dans un deuxième temps au porteur du projet dans chaque CLSC d'effectuer une relance auprès des médecins et des infirmières à qui nous avons adressé un questionnaire. Les intervenants devaient remplir le questionnaire et nous le retourner directement dans une enveloppe pré-affranchie.

Dans deux CLSC de la région de Québec, du fait de l'absence de services médicaux, seules les infirmières ont rempli un questionnaire. Le tableau 11 présente le nombre de questionnaires remplis et le taux de réponse (nombre de questionnaires reçus/sur le nombre de questionnaires envoyés) par région et pour l'ensemble des 20 CLSC. Au total, 146 infirmières et 82 médecins ont rempli un questionnaire. Les taux de réponse parmi les infirmières sont aussi ou plus élevés que ceux obtenus en 2001 (temps 0 de l'évaluation). Pour les médecins on observe une légère hausse du taux de réponse pour l'ensemble des 20 CLSC, passant de 59 % en 2001 à 62 % en 2003 (tableau 10).

2.2 MODIFICATIONS APPORTÉES AU QUESTIONNAIRE

Six questions portant sur l'implantation du projet *Au cœur de la vie* ont été ajoutées. Les questions portaient sur : 1) la connaissance générale du projet; 2) la manière dont les intervenants ont été informés sur le projet; 3) la connaissance des thèmes d'intervention; 4) le type d'activités reliées au projet; 5) l'exposition à des formations offertes par le projet; 6) la connaissance du site Internet du projet et 7) une question ouverte pour recueillir des commentaires concernant l'implantation du projet dans leur CLSC.

2.3 ENTRÉE DES DONNÉES ET ANALYSES

L'entrée des données des 228 questionnaires (infirmières et médecins) a été fait 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 23 questionnaires pris au hasard. La technicienne avait comme consigne de consulter le membre de l'équipe de recherche lorsqu'elle avait un doute quant à la façon de coder une réponse.

Étant donné les faibles effectifs par CLSC, les analyses ont été réalisées seulement pour le niveau régional, pour l'ensemble des CLSC expérimentaux et témoins, et pour l'ensemble des 20 CLSC. Il s'agit seulement d'analyses descriptives.

2.4 RETOUR D'INFORMATION AUX CLSC EXPÉRIMENTAUX

Durant l'hiver 2004, un retour d'information a été réalisé auprès de CLSC expérimentaux dans les régions de Québec (deux CLSC) et de la Mauricie et Centre-du-Québec (trois CLSC) sous la forme de présentations orales. Ces rencontres avaient comme objectifs de présenter quelques résultats concernant l'évaluation d'implantation et de résultats. Le nombre de personnes ayant assisté aux présentations de l'équipe d'évaluation a fluctué selon le CLSC mais dans la plupart d'entre eux, des infirmières, des médecins et des gestionnaires travaillant aux Services courants étaient présents. La plupart des présentations ont eu lieu aux heures de dîner pour mieux répondre aux disponibilités des intervenants. Les rencontres se sont déroulées dans un climat très positif, suscitant de nombreuses questions et une réflexion sur les pratiques préventives des professionnels. Ces rencontres ont été l'occasion de discuter du déroulement de l'intervention.

L'organisation de telles rencontres n'a pu se concrétiser pour un des CLSC expérimental de la région de Québec, pour les trois CLSC expérimentaux de la région de Montréal et pour celui de la région de l'Outaouais du fait de la difficulté de libérer suffisamment d'intervenants et de gestionnaires pour assister à ces rencontres.

Tableau 10 : Nombre de questionnaires envoyés et reçus et taux de réponse des infirmières et médecins, par CLSC et région.

CLSC et Régions	Infirmières				Médecins			
	Envoyés	Reçus	Taux de réponse Temps 1	Taux de réponse Temps 0	Envoyés	Reçus	Taux de réponse Temps 1	Taux de réponse Temps 0
1	3	3			7	4		
2	7	7			10	7		
3	12	7			8	3		
4	11	9			9	5		
5	6	5			9	7		
6	6	6			6	5		
Montréal	44	37	84 %	79 %	50	31	62 %	62 %
7	8	6			4	4		
8	7	6			Pas de médecins			
9	12	6			13	10		
10	8	6			Pas de médecins			
11	9	7			8	8		
12	12	11			14	7		
Québec	56	44	79 %	73 %	39	29	74 %	69 %
13	7	4			6	1		
14	6	4			8	5		
Outaouais	13	8	69 %	60 %	14	6	43 %	53 %
15	12	9			6	5		
16	31	23			8	2		
17	4	4			4	3		
18	9	4			6	3		
19	3	3			3	3		
20	16	14			1	0		
Mauricie	75	57	76 %	86 %	28	16	57 %	44 %
TOTAL	188	146	78 %	78 %	131	82	63 %	59 %

- **Information retournée**

L'information a été présentée d'une manière standardisée dans l'ensemble des CLSC expérimentaux. Il s'agissait des points saillants des résultats du temps 1 de l'évaluation d'implantation (entrevues auprès des porteurs et des gestionnaires des services courants), de résultats partiels sur les pratiques préventives des intervenants (évaluation de résultats) et d'un retour sur les résultats de l'évaluation d'impact au temps 0 (enquête auprès des usagers) portant sur les recommandations reçues en matière d'activité physique et d'alimentation.

Évaluation d'implantation :

Le retour d'information sur le contenu des entrevues qualitatives réalisées auprès des porteurs et des gestionnaires des Services courants a porté principalement sur les facteurs contextuels, organisationnels et individuels associés au processus d'implantation du projet ACDV. Ces facteurs ont été analysés en fonction de trois principales dimensions : le niveau d'engagement du CLSC par rapport au projet, le type de coordination mise en place pour implanter le projet et le type de soutien apporté au changement de pratique.

Évaluation de résultats :

Les points saillants des résultats concernant la fréquence et la nature des pratiques préventives chez les médecins et les infirmières des Services courants ont été présentés aux CLSC expérimentaux. L'accent était mis sur les pratiques reliées aux thèmes de la première année d'intervention : hypertension et tabac pour les CLSC de la région de Québec et tabac pour les CLSC de la région de la Mauricie et Centre-du-Québec.

3 ANALYSES POUR PRÉSENTATIONS ET SOUMISSIONS D'ABRÉGÉS

3.1 ANALYSES QUALITATIVES

Des analyses qualitatives plus détaillées ont été effectuées à partir des 154 entrevues réalisées au temps 0 de l'évaluation d'implantation. Il s'agit principalement d'une analyse horizontale, à la différence de l'analyse verticale (par CLSC) réalisée pour le retour d'information aux CLSC expérimentaux. Un des objectifs de cette analyse horizontale était d'examiner les éléments organisationnels et contextuels présents avant l'implantation du projet *Au cœur de la vie* dans les dix CLSC expérimentaux et les dix CLSC témoins qui pourraient influencer sur le processus d'implantation.

Un autre objectif était de mieux cerner les facteurs qui influent sur l'implantation de programmes. Les résultats ont permis l'écriture d'un abrégé accepté à la conférence de l'American Public Health Association (APHA), 131st Annual Meeting qui a eu lieu en novembre 2003.

Finalement, l'analyse horizontale a permis d'examiner la place des pratiques préventives reliées aux maladies cardiovasculaires dans les 20 CLSC participant au projet *Au cœur de la vie*. Une attention a été portée plus précisément sur les facteurs organisationnels et contextuels qui pourraient expliquer les variations dans la fréquence des pratiques préventives parmi les 20 CLSC. Les résultats ont fait l'objet de l'écriture d'une présentation dans le cadre du 71^e congrès de l'ACFAS, le 22 mai 2003, à Rimouski.

3.2 ANALYSES QUANTITATIVES

Des analyses quantitatives plus détaillées ont été réalisées à partir des données des questionnaires remplis par les médecins et les infirmières sur les pratiques préventives et des données de l'enquête réalisée auprès des usagers.

Un des objectifs de ces analyses, était de mettre en parallèle les réponses données par les intervenants (médecins et infirmières) et celles des usagers quant aux pratiques préventives concernant les facteurs de risque reliés aux maladies cardiovasculaires. Ces résultats ont également été croisés à ceux des données qualitatives obtenues auprès des intervenants quant à leurs perceptions sur les obstacles et les facteurs facilitant les pratiques préventives.

Ces analyses (bivariées et multivariées) ont permis de vérifier des hypothèses quant aux facteurs organisationnels, contextuels et individuels qui influent sur les pratiques préventives des professionnels dans les 20 CLSC participant au projet *Au cœur de la vie*. Ces analyses ont permis l'écriture de trois abrégés, qui ont tous été acceptés. Le premier a fait l'objet d'une présentation orale au 71^e congrès de l'ACFAS qui portait sur une classification des 20 CLSC selon leur performance reliée aux pratiques préventives et d'avancer des explications organisationnelles et contextuelles à ce classement. Un deuxième a fait l'objet d'une présentation orale en table ronde à l'American Public Health Association (APHA),

131st Annual Meeting (novembre 2003) qui faisait état des pratiques préventives des professionnels en santé cardiovasculaire dans les 20 CLSC participant au projet. Finalement, l'abrégé accepté à la 2^e conférence de l'International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity (ISBNPA) (18 au 20 juillet 2003, Québec) a fait l'objet d'une présentation par poster qui portait sur les pratiques préventives reliées à l'activité physique et à l'alimentation parmi les professionnels des CLSC.

PARTIE 3 : BUDGET



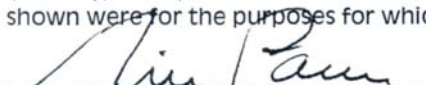
**Centre universitaire de santé McGill
 McGill University Health Centre**

THE RESEARCH INSTITUTE OF THE MCGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE

Grantee: Dr. Gilles Paradis November 3, 2004
 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, 2003 TO MARCH 31, 2004	
Previous year-end balance:	\$121,150.72
REVENUES:	
Plus: Current year grant for 2003-2004 (Payment received late, September 2004)	\$100,000.00
NET GRANT FUNDS AVAILABLE	\$221,150.72
EXPENDITURES:	
Salaries	\$0.00
Fringe Benefits	\$0.00
Materials and Lab Supplies	\$6,814.87
Animal Costs	\$0.00
Purchased Services	\$75,046.67
Travel	\$1,192.14
Equipment	\$0.00
Total expenditures:	\$83,053.68
UNDER (OVER) EXPENDED BALANCE	\$138,097.04

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

15 NOV 2004
 Date

wholly and paid on behalf of the grantee and vouchers are available for audit purposes


 Sylvie Domingue
 Grants and Accounts Manager

November 3, 2004
 Date



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

The Research Institute of the MUHC
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, 2004**

Grantee **DR. G. PARADIS** Wednesday, July 28, 2004
Agency **Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation**
Grant No **2368**
Agency Ref. No. **PQDSC-11**

OPENING BALANCE

Previous year-end balance \$21,624.53

Total Opening Balance \$21,624.53

REVENUES

Current year grant or instalments(s) received \$30,000.00

Total Revenues \$30,000.00

EXPENDITURES

Salaries \$0.00

Fringe Benefits \$0.00

Materials & Lab Supplies \$407.88

Equipment \$0.00

Travel \$2,265.57

Purchased Services \$3,257.23

Animal Costs \$0.00

Miscellaneous Expenditures \$0.00

Transfers \$0.00

Total Expenditures \$5,930.68

UNDER (OVER) EXPENDED BALANCE \$45,693.85

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

24 Août 2004

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.

for
Sylvie Domingue
Director, Grants Management Department

Lynn Déry Capes, C.A., M.B.A.
Chief Operating Officer
The Research Institute of the
McGill University Health Centre

Wednesday, July 28, 2004

Date

PARTIE 4 : PRÉSENTATIONS ET ABRÉGÉS

Intervention :

Présentations :

- Novembre 2003, la promotrice de la région de la Mauricie-Centre du Québec, la gestionnaire des Services courants du CLSC St-Michel, la porteur de projet du CLSC Haute-Ville-des-Rivières de la région de Québec et la coordonnatrice provinciale présentaient lors d'une demie journée aux JASP à Québec. Ces présentations ont été l'occasion de partager réflexions et expériences sur la dissémination des pratiques exemplaires en santé du cœur tant au niveau provincial que national.
- Gille Paradis, Lise Renaud : Colloque de l'Association des CLSC-CHSLD en octobre 2003.
- Marc Coulombe, md conseil, CLSC-CHSLD du Centre de la Mauricie, Colloque de l'Association des CLSC-CHSLD en octobre 2003.
- Françoise Barbot, responsable des services courants, CLSC St-Michel, Colloque de l'Association des CLSC-CHSLD en octobre 2003.
- Sylvie Chevalier, Québec, mai 2003, Rencontre provinciale sur la prévention en maladies chroniques, le programme « 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION ».
- Lise Renaud, Ottawa, novembre 2004, « *Au cœur de la vie* » Program Delivery Model, Intervention Strategies and Targeted Actors, La prévention intégré des maladies chroniques: Ensemble en action, Première Conférence national.
- Sylvie Chevalier, coordonnatrice de l'intervention. Québec, novembre 2004. Le partage des rôles et responsabilités provinciaux, régionaux, et locaux d'un projet d'intégration de pratiques cliniques préventives : l'exemple d'« *Au cœur de la vie* ». 2^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé.
- Gilles Paradis, Québec, novembre 2004, « *Au cœur de la vie* » : La dissémination de pratiques exemplaires de prévention cardiovasculaire auprès des cliniciens de 1^e ligne. 2^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé.
- Ginette Turbide, responsable régionale, DSP de Québec. Québec, novembre 2004. « *Au cœur de la vie* » : L'expérience d'implantation dans la région de la capitale nationale. 2^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé.
- Nathalie Ratté, responsable régionale DSP Mauricie et Centre-du-Québec, Québec, novembre 2004. « *Au cœur de la vie* » en Mauricie et Centre-du-Québec. 2^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé.
- Gilles Gignac, chef de programme, Centre de santé et des services sociaux de la Vallée de la Batiscan, Québec, Novembre 2004. L'application locale d'« *Au cœur de la vie* », le projet au CSSS Vallée de la Batiscan. 2^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé.

Évaluation :

Abrégés :

- *71^e Congrès de l'ACFAS*, Rimouski, mai 2003 :
Auteurs : Leaune V, La Tour S, Renaud L, Paradis G pour les chercheurs du PQDSC-II;
Titre : Portrait des pratiques préventives en santé du cœur dans 20 CLSC : variations locales et régionales (présentation orale).
- *Congrès annuel de l'APHA*, San Francisco, novembre 2003 : *l'American Public Health Association (APHA), 131st Annual Meeting*
 1. Auteurs : Leaune V, La Tour S, Renaud L, Paradis G pour les chercheurs du PQDSC-II; Titre : Prevention counselling practices related to cardiovascular risk factors in 20 Local community services centers in Quebec : the weakness of primary prevention (table ronde);
 2. Auteurs : La Tour S, Leaune V, Renaud L, Chevalier S, Paradis G pour les chercheurs du PQDSC-II; Titre : Factors influencing the implementation of a dissemination program for best practices in cardiovascular disease prevention (table ronde).
- *Second conference of the International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity (ISBNPA)*, Québec, juillet 2003 :
Auteurs : Leaune V, Paradis G, Renaud L, Latour S, Chevalier S pour les chercheurs du PQDSC-II; Titre : Low level of dietary and physical activity counselling by physicians and nurses.
- *2^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé*, Québec, novembre 2004 :
 1. Auteurs : Leaune V, La Tour S, Renaud L, Paradis G pour les chercheurs du PQDSC-II; Titre : Les résultats de l'évaluation d'implantation : les deux premières années (présentation orale).
 2. Auteurs : Leaune V, La Tour S, Renaud L, Paradis G pour les chercheurs du PQDSC-II; Titre : Portrait des pratiques préventives en santé du cœur dans 20 CLSC : variations locales et régionales (présentation orale).

PARTIE 5 : MEMBRES DES COMITÉS 2003-2004

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
France Hubert
Lise Renaud

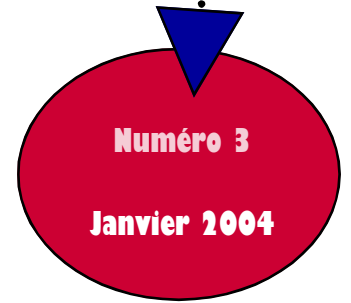
Équipe d'évaluation

Roseline Lambert
Sara La Tour
Viviane Leaune
Gilles Paradis

COMITÉ DES PROMOTEURS

Sylvie Chevalier
Anne-Marie Grenier
Francine Hubert
Annick Mwilambwe
Raymonde Pineau
Nathalie Ratté
Lise Renaud
Ginette Turbide

ANNEXE
BULLETIN AU COEUR DE LA VIE,
NUMÉRO 3, DÉCEMBRE 2004



DANS CE NUMÉRO :

Au cœur de la vie : déjà la dernière année !	1
Nouvelles de l'évaluation	2
Nouvelles des régions	2-3
Nouveautés	4

Au Cœur de la Vie : déjà la dernière année !

CLSC expérimentaux participants

Région de Québec :

- CLSC-CHSLD Sainte-Foy-Sillery-Laurentien
- CLSC Charlevoix
- CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières

Région de Montréal :

- CLSC Plateau Mont-Royal
- CLSC St-Michel
- CLSC Ahuntsic

Région de l'Outaouais :

- Centre de santé du Pontiac

Région de la Mauricie-Centre du Québec :

- Centre de santé et des services sociaux de la Vallée de la Batiscan
- CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie
- Centre de santé de la MRC de Maskinongé

CLSC témoins participants

Région de Québec :

- Centre de santé Portneuf
- Centre de santé de la Haute-Saint-Charles
- 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 :

- Centre de santé Les blés d'or
- Centre de santé Cloutier-du-Rivage
- Centre de santé Nicolet-Yamaska

Déjà la dernière année d'intervention ! Depuis mai 2002, les promoteurs et les porteurs de projet des régions de Québec, Mauricie-Centre du Québec, Outaouais et Montréal, se sont appliqués à implanter leur plan d'action conçu l'année précédente. Tout un défi qui demandait de sensibiliser, de mobiliser et de former l'ensemble des intervenants des services courants selon la thématique choisie. Rappelons que la région de Québec avait choisi l'hypertension et le tabagisme, deux CSLC de Montréal avaient aussi priorisé cette thématique, le troisième ayant plutôt opté pour l'hypercholestérolémie et la nutrition. Quant aux régions de la Mauricie-Centre du Québec et de l'Outaouais, elles avaient choisi le tabagisme.

Le travail de collaboration entre les promoteurs et les porteurs de projet s'est consolidé au cours de cette année et a généré dans plusieurs milieux, une complicité nouvelle entre la Direction de la santé publique et le CLSC. L'accompagnement et le soutien des promoteurs se sont avérés source d'échange d'expériences et d'expertise menant à des changements dans les pratiques ou l'environnement de pratique des intervenants.

Cette expérience de soutien et d'accompagnement sera bientôt décrite dans un guide d'implantation destiné aux Directions de santé publique et aux CLSC qui voudront s'inspirer de ce projet pour intégrer la prévention dans les pratiques cliniques. L'ensemble des promoteurs participe à sa conception et sa parution est prévue pour l'automne prochain.

D'ici là, les faits saillants des résultats de recherche du temps 0 (avant le début de l'intervention) ont été partagés avec les intervenants et les cadres de tous les CLSC participants. L'intervention quant à elle, a été présentée aux Journées annuelles de santé publique 2002 par la promotrice de la région de la Mauricie-Centre du Québec, Nathalie Ratté, la gestionnaire des Services courants du CLSC St-Michel, Françoise Barbot, la porteuse de projet du CLSC Haute-Ville-des-Rivières de la région de Québec, Francine Pelletier, et la coordonnatrice provinciale, Sylvie Chevalier, dans le cadre d'une demi-journée thématique portant sur les services de première ligne. Ces présentations ont été l'occasion de partager réflexions et expériences sur la dissémination des pratiques exemplaires en santé du cœur, tant aux niveaux provincial que régional.

Pour l'année qui vient, trois régions sur quatre aborderont dans les CLSC expérimentaux l'alimentation et l'activité physique. Des formations données par le groupe Acti-Menu, outilleront les intervenants pour intégrer les conseils nutritionnels et ceux portant sur l'activité physique dans les consultations médicales ou infirmières.

Il ne reste qu'à souhaiter à l'ensemble des CLSC une excellente année. Bravo pour tout le travail accompli et merci de cette belle collaboration qui rend ce projet si spécial et agréable à mener avec les CLSC.

Sylvie Chevalier
Coordonnatrice provinciale

Nouvelles de l'évaluation

Mi-temps de l'évaluation : deuxième phase

Première phase

Nous vous rappelons que la première phase de l'évaluation s'est déroulée de septembre 2001 à février 2002. L'objectif de cette première phase était d'avoir un portrait de la prévention des maladies cardiovasculaires dans les 20 CLSC participant avant le début de l'implantation du projet *Au cœur de la vie*. Cette phase comportait trois volets :

- 1) des entrevues qualitatives téléphoniques auprès de cadres et d'intervenants ;
- 2) des questionnaires sur les pratiques préventives remplis par les médecins et les infirmières ;
- 3) une enquête auprès des usagers portant sur les facteurs de risque, les habitudes de vie et sur les recommandations reçues par rapport aux principaux facteurs de risque.

À l'automne 2002, l'équipe d'évaluation a retourné les résultats auprès de chacun

des CLSC expérimentaux dans le cadre d'une présentation faite dans chaque CLSC, où cadres et intervenants des Services courants ont été invités à faire part de leurs réactions. Les CLSC témoins ont reçu un rapport écrit des principaux résultats les concernant.

Deuxième phase

La deuxième phase de l'évaluation, de mai à septembre 2003, a eu moins d'ampleur que la première. Elle comportait deux volets :

- 1) des entrevues avec un cadre des services courants et le porteur du projet dans chacun des 20 CLSC ;
- 2) des questionnaires sur les pratiques préventives remplis par les médecins et les infirmières.

Le troisième volet du devis d'évaluation concernant l'impact (enquête auprès des usagers) sera repris lors de la troisième et dernière phase, à l'automne 2004.

Pour les questionnaires remplis par les médecins et les infirmières, les taux de réponse obtenus lors de la deuxième collecte sont supérieurs ou semblables à ceux obtenus lors de la première collecte. Pour l'ensemble des 20 CLSC, 146 infirmières ont retourné leur questionnaire (taux de réponse de 78 %) et 82 médecins (taux de réponse de 63 %).

Taux de réponse :
78 % (infirmières)
et 63 % (médecins)

Le retour d'information auprès des CLSC expérimentaux lors de présentations orales de l'équipe d'évaluation ont commencé et se poursuivront dans les quatre régions entre le mois de novembre 2003 et janvier 2004.

Nous souhaiterions une fois de plus remercier l'ensemble des CLSC qui participent au projet *Au cœur de la vie* pour leur précieuse collaboration au processus d'évaluation.

Viviane Leanea

Nouvelles des régions

Un beau défi à relever en Mauricie/Centre-du-Québec

La première année du projet *Au cœur de la vie* a été consacrée à l'intégration d'interventions brèves en cessation tabagique. Ce travail a permis de développer des algorithmes décisionnels adaptés à chaque service et des outils éducatifs pour les usagers. Une formation sur les interventions brèves en cessation tabagique a aussi été offerte dans chacun des milieux.

Le fait que tous les CLSC aient choisi le tabagisme comme facteur de risque pour la première année a permis de développer une formule intéressante en terme d'organisation du travail. Il y a bien sûr les comités locaux. Ceux-ci s'assurent que l'implantation du projet se réalise en tenant compte de la réalité de chacun des milieux. Puis, il y a le comité régional *Au cœur de la vie*. Ce dernier nous donne l'occasion de discuter de grands enjeux et des besoins communs concernant l'intégration d'interventions

Un beau défi à relever

brèves dans la pratique quotidienne des intervenants. Ce comité, regroupe les porteurs locaux d' *Au cœur de la vie* et, selon le cas, les médecins associés au projet et les chefs de programme. Selon le thème choisi, certains professionnels de la santé publique participent à ces rencontres. Ce fut le cas pour le répondant régional tabac et actuellement pour le responsable du volet activités physiques. Les CLSC y voient de nombreux avantages

notamment, la synergie créée, la formation, et le partage d'idées, d'expériences et d'outils.

C'est d'ailleurs dans le cadre d'une démarche régionale que la priorisation des facteurs de risque pour l'an 2 a été réalisée. Les CLSC ont choisi d'intervenir sur deux habitudes de vie de façon intégrée, soit la consommation d'au moins cinq portions de légumes et de fruits et la pratique d'activités physiques modérées, pour un total de 30 minutes cumulées, et ce, presque tous les jours. Parmi tous les critères de priorisation proposés, ce sont

les trois critères suivants qui ont permis d'identifier le choix des CLSC :

- l'environnement politique (perspectives de financement de l'époque)
- l'effet domino (facteur qui a une influence sur plusieurs autres facteurs de risque)
- la disponibilité du personnel requis (demande minimale auprès des médecins en raison du manque d'effectif médicaux qui sévit dans la région).

Nous sommes actuellement à déterminer la meilleure façon d'intégrer de telles préoccupations dans la pratique quotidienne des intervenants qui, faut-il le rappeler, oeuvrent dans un secteur plus curatif. Les travaux actuels sont prometteurs et semblent indiquer que tout comme les interventions brèves en cessation tabagique, l'équipe d' *Au cœur de la vie* en Mauricie et au Centre-du-Québec saura relever ce beau défi.

Nathalie Ratté, promotrice régionale
Louise Soulière, médecin-conseil en prévention des maladies chroniques
Lyne Otis, responsable du volet « activités physiques »

Québec

Un agenda bien chargé, un intérêt maintenu, une implication indéfectible et généreuse des porteurs de projet dans chacun des CLSC, voilà comment se caractérise cette seconde année.

Jusqu'à maintenant, plus de 70 professionnels des Services courants des CLSC expérimentaux ont assisté à 15 heures de formation portant sur les thèmes suivants : HTA, tabac et alimentation.

Ce sont principalement les médecins et les infirmières qui ont été ciblés par ces activités. Cependant, le projet a suscité la participation d'autres professionnels, dont les travailleurs sociaux, nutritionnistes, techniciennes en alimentation, technologues médicaux, éducateur physique et résidents en médecine, favorisant davantage l'harmonisation des pratiques.

Des outils de support à l'intervention ont été développés, en collaboration avec les membres des comités, et proposés aux intervenants lors de ces rencontres.

De plus, les professionnels disposent maintenant de feuillets d'information à remettre à leur clientèle, documentation qui vient appuyer leurs interventions brèves de 30 secondes – 3 minutes. Afin de faciliter la remise de cette documentation, des présentoirs ont été installés dans les salles d'examen comme en témoigne la photo ci-jointe.



Sylvie Agnès-Laurin, porteuse, CLSC Charlevoix

Le projet a su bénéficier de l'implantation de services de cessation tabagique dans tous les CLSC de la région depuis janvier 2002, ce qui a permis d'ajouter au counseling bref dispensé par les intervenants des Services courants, des services intensifs de cessation sous forme individuelle ou de groupe.

Et nous voici déjà rendus à l'aube de la dernière année qui sera marquée par l'ajout de deux thématiques : l'activité physique et le contrôle du poids, une consolidation des acquis et le maintien de l'intérêt des professionnels à offrir à leur clientèle quelques précieuses minutes de promotion-prévention.

Raymonde Pineau et Ginette Turbide, Promotrices

Montréal

L'année qui s'achève a été marquée par de multiples activités de formation et par la mise en place des comités de travail dans les trois CLSC expérimentaux de Montréal. Ces comités ont réussi à implanter une bonne partie des éléments prévus dans les plans d'action prévus en regard des thématiques choisies, soit l'hypertension pour les CLSC Le Plateau et St-Michel et la nutrition et l'hypercholestérolémie pour le CLSC Ahuntsic.

Formation

La mise à jour des connaissances a été réalisée dans les domaines suivants : Lignes directrices et hypertension artérielle, nutrition et dyslipidémies, nutrition et hypertension, présentation du modèle de changement de comportement proposé par Prochaska, ateliers pratiques de prise de tension artérielle. Des partenaires ont également participé à la formation : une compagnie pharmaceutique a présenté un logiciel permettant d'assurer le suivi des patients hypertendus et les professionnels du groupe Acti-Menu ont complété la tournée des trois CLSC montréalais avec des formations sur la nutrition et l'activité physique et sur les messages santé à transmettre. Enfin, dans le cadre de l'implantation du Programme québécois d'abandon du tabagisme, le CLSC Le Plateau a été désigné Centre d'abandon du tabagisme (CAT) et ses professionnels ont reçu une formation sur l'importance d'intervenir auprès des fumeurs et sur les façons de le faire.

Organisation des services

La révision des outils de cueillette d'information, des protocoles et des guides d'intervention a suscité la création de nouveaux outils et a permis la mise en place de procédures d'harmonisation des pratiques et des interventions des professionnels des Services courants. Cette démarche permet d'optimiser le dépistage et le diagnostic, de même que le traitement non pharmacologique et le suivi auprès des patients hypertendus ou qui présentent des taux de cholestérol élevé.

La clientèle reste au centre des préoccupations du travail des intervenants et se traduit par la mise en place de groupes d'enseignement pour hypertendus au CLSC St-Michel, d'une démarche de suivi individuel avec une infirmière et une

Formation et organisation des services

nutritionniste pour la clientèle hypertendue au CLSC Le Plateau et par une série de trois ateliers en nutrition offerts aux clients dont le taux de cholestérol est trop élevé au CLSC Ahuntsic. Le contenu de toutes ces interventions est déjà élaboré et celles-ci

devraient être offertes à la clientèle dès l'hiver 2004. Les clients seront référés par les professionnels des Services courants, suivant les protocoles établis ou recrutés dans la communauté.

Remerciements

Un grand merci à Paulette Poirier, porteur du projet au CLSC St-Michel pour sa contribution et pour l'enthousiasme démontré pendant ces deux dernières années. Paulette a accepté de relever de nouveaux défis.

Francine Hubert, Promotrice

Outaouais

L'année 2003 a été marquée par le départ de Mme Milambwe et son remplacement par Chantal Bergeron. Ces changements ont quelque peu ralenti l'atteinte des objectifs établis au départ. Mais le thème sur l'HTA est reparti de plus bel cet automne par l'atelier pratique sur la prise de la tension artérielle. L'atelier a été un vrai succès et sans aucun doute la pierre angulaire de l'année 2003. Il s'est déroulé dans une atmosphère de camaraderie ce qui nous a permis de faire connaissance et de catalyser l'énergie entre les différents participants du projet.

Nous avons également rédigé une version abrégée de la technique de prise de la tension artérielle et présenté aux infirmières les facteurs modifiant les valeurs de la tension artérielle. Ces informations sont rassemblées dans un cartable dans lequel d'autres seront intégrées éventuellement. Nous avons désigné des responsables de la calibration et la vérification des sphygmomanomètres, mis en place un babillard d'information sur les MCV, dressé une liste des sites Internet sur les facteurs de risque des MCV et de l'hypertension pour les professionnels et les patients. Finalement, nous avons conçu une carte plastifiée pour le patient sur laquelle sont inscrits les conseils à suivre avant de faire prendre sa tension artérielle.

L'année 2003 s'est achevée dans l'enthousiasme, 2004 s'amorce sur une note pleine d'entrain !

Chantal Bergeron, Promotrice



Francine Dufour et Julie Poussard du CLSC Le Plateau en pleine séance de dépistage de l'hypertension artérielle



Pour plus d'information
contactez Sylvie Chevalier au
(514) 528-2400, poste 3518
Institut national de santé
publique du Québec

Au cœur de la vie

Rédaction :

Chantal Bergeron
Sylvie Chevalier
Francine Hubert
Viviane Leaune
Lyne Otis
Elisabeth Pères
Raymonde Pineau
Nathalie Ratté
Louise Soulière
Ginette Turbide

Révision de textes :

Francine Hubert
Elisabeth Pères

Mise en page :

Mireille Paradis

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

Nouveautés

Site Internet *Au cœur de la vie*, constamment renouvelé !

N'oubliez pas de consulter le site Internet. De nouvelles ressources sont ajoutées régulièrement dans le répertoire, particulièrement celles traitant de l'activité physique. L'adresse : inspq.qc.ca/aucœurdelavie

L'Actimètre, maintenant disponible en ligne

Le logiciel d'évaluation du niveau d'activité physique des adultes est maintenant disponible en ligne sur le site Internet de Kino-Québec. Il s'agit d'un outil simple à utiliser par votre clientèle désireuse de faire le point sur sa condition physique. Des recommandations adaptées à leur niveau d'activité les aideront à devenir et surtout à demeurer des personnes actives. L'adresse : kino-quebec.qc.ca

Chronique « Prévention en pratique médicale »

Connaissez-vous les vertus des fruits et légumes, leur rôle dans la prévention de certaines maladies ? Lisez la chronique « Prévention en pratique médicale » du 15 décembre 2003, sur le site Internet de la Direction de santé publique de Montréal-Centre. Vous comprendrez le rôle prépondérant que jouent les fruits et les légumes dans l'alimentation. L'adresse : santepub-mtl.qc.ca

Un centre de référence sur la nutrition

Vous cherchez réponses à des questions d'actualité en nutrition ? Le site Extenso, centre de référence sur la nutrition humaine, pourrait vous aider à y répondre. Extenso est un organisme à but non lucratif qui a pour mission de sensibiliser les Québécois à une meilleure santé nutritionnelle et de diffuser des connaissances scientifiques actuelles en matière de nutrition. Présidé par le Dr Dominique Garrel, ce site bénéficie de l'expertise d'une équipe de diététistes pour nourrir des chroniques toutes aussi intéressantes les unes que les autres. L'adresse : extenso.org

Meilleurs vœux pour
la nouvelle année

L'équipe
« Au cœur de la vie »

Saviez-vous que...

Il est facile de consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour

À preuve, voici ce qui constitue une portion de fruits ou de légumes :

- un demi pamplemousse ou une demie tasse de fraises fraîches
- un légume ou un fruit de grosseur moyenne (carotte, poivron, pomme de terre, banane, kiwi, poire, pomme...)
- 125 ml (1/2 tasse) de légumes ou de fruits frais, surgelés ou en conserve (courgettes, fleurons de brocoli ou de chou-fleur, haricots verts ou jaunes, ananas, bleuets, cantaloups...)
- 125 ml (1/2 tasse) de jus à 100 % (légumes, tomate, orange, pomme, pruneau...)
- 250 ml (1 tasse) de salade (chou, épinard, verdure...).



