

Québec 

Institut national  
de santé publique  
du Québec

**« AU CŒUR DE LA VIE »**

**Le projet québécois de dissémination  
en santé du cœur (PQDSC-II)**

**1<sup>er</sup> rapport annuel  
(avril 2000 à mars 2001)**

**« AU CŒUR DE LA VIE »**

**Le projet québécois de dissémination  
en santé du cœur (PQDSC-II)**

**1<sup>er</sup> rapport annuel  
(avril 2000 à mars 2001)**

**Institut national de santé publique du Québec**

**Août 2001**

## **AUTEURS**

Gilles Paradis, médecin-conseil

Institut national de santé publique du Québec et  
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Lise Renaud, Ph.D.

Institut national de santé publique du Québec et  
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Viviane Leaune, M.Sc.

Institut national de santé publique du Québec et  
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Sylvie Chevalier, M.Sc.

Institut national de santé publique du Québec et  
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

pour les chercheurs du PQDSC-II

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>*

*Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

### **CONCEPTION GRAPHIQUE**

Bellemare communication visuelle

**DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTECOM (<http://www.santecom.qc.ca>)**

Cote : A 15.608

**DÉPÔT LÉGAL – 3<sup>E</sup> TRIMESTRE 2001**

**BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC**

**BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA**

**ISBN 2-550-38036-3**

© Institut national de santé publique du Québec

## TABLE DES MATIÈRES

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>VOLET INTERVENTION .....</b>	<b>3</b>
2.1	Recrutement.....	4
2.2	Développement.....	4
2.3	Communications .....	5
<b>III.</b>	<b>VOLET ÉVALUATION .....</b>	<b>7</b>
3.1	Devis d'évaluation .....	7
3.2	Développement des instruments de mesure .....	7
3.3	Prétest des instruments de mesure .....	9
3.4	Références.....	12
<b>IV.</b>	<b>BUDGET .....</b>	<b>13</b>
<b>V.</b>	<b>COMITÉS.....</b>	<b>19</b>
5.1	Comité aviseur .....	19
5.2	Comité de coordination .....	19
5.3	Comité des promoteurs.....	19
<b>VI.</b>	<b>PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES.....</b>	<b>21</b>
6.1	Publications dans des revues avec comité de pair.....	21
6.2	Publications et rapports scientifiques.....	21
6.3	Communications dans des conférences scientifiques avec abrégés révisés par les pairs .....	21
6.4	Autres communications scientifiques.....	21
<b>VII.</b>	<b>ANNEXE .....</b>	<b>23</b>

## I. INTRODUCTION

Ce document est le premier rapport annuel du Projet québécois de dissémination en santé du cœur (PQDSC-II). 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. Au delà de la santé du cœur ce modèle pourrait être utile pour améliorer l'efficacité de la dissémination d'autres programmes de santé au sein du réseau socio-sanitaire québécois.

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

La première année du PQDSC-II fut très active. Nous avons d'abord établi la structure de gestion qui se veut souple et adaptable à l'évolution du projet. Docteur Lise Renaud assume la responsabilité du volet intervention et docteur Gilles Paradis celle des volets évaluation et gestion financière du projet. Mme Sylvie Chevalier assure la coordination provinciale de l'intervention et Mme Viviane Leane, celle de l'évaluation. Un comité aviseur a été constitué et s'est réuni à deux reprises. Ce comité reçoit les rapports sur l'état d'avancement du projet, conseille les chercheurs quant aux orientations et assure les liens avec les principaux partenaires institutionnels du projet. Un comité de coordination se réunit deux fois par mois et regroupe les membres des équipes centrales d'intervention et d'évaluation. Ce comité assure la coordination des équipes et veille à l'implantation de tous les aspects du protocole de recherche. Enfin, un comité des promoteurs des DSP se réunit par conférence téléphonique deux fois par mois pour discuter de tous les aspects opérationnels des interventions auprès des CLSC. Les membres de ces comités sont énumérés à la section 5.

## II. ACTIVITÉS DU VOLET INTERVENTION

L'intervention du PQDSC-II vise à offrir un support aux CLSC basé sur un modèle d'interaction et de communication afin d'optimiser l'intégration des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies cardiovasculaire dans la pratique quotidienne des intervenants des Services courants.

Le PQDSC-II s'intitule *Au cœur de la vie* et comporte trois objectifs à long terme. Le premier objectif est d'**optimiser les interventions faites auprès des usagers en intégrant des activités de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaire dans la pratique quotidienne des intervenants des Services courants**. Les pratiques actuelles au niveau des services courants s'articulent autour des activités de dépistage, de diagnostic, de traitement, de counseling et de suivi. La prévention et la promotion de la santé dans le cadre des pratiques courantes font appel à des habiletés qui ne sont pas nécessairement maîtrisées par tous. *Au cœur de la vie* permettra à des professionnels de recevoir de la formation en promotion de la santé en prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires (MCV) et de connaître différents outils qui viendront épauler leur pratique.

Le deuxième objectif est de **soutenir et encourager le travail en équipe inter et multidisciplinaire au sein des services courants et des autres services des CLSC**. *Au cœur de la vie* permettra aux CLSC d'optimiser le travail d'équipe entre les différents secteurs d'activités de leurs services (Info-santé, services médicaux, infirmiers et spécialisés avec et sans rendez-vous, services de diagnostics), avec d'autres services du CLSC (en particulier les services d'organisation communautaire). Ce travail d'équipe permettra d'offrir aux usagers des interventions de prévention primaire ou secondaire des MCV.

Enfin, le troisième objectif est de **resserrer les liens des intervenants des services courants avec les ressources et les organismes de la communauté**. Les ressources et l'expertise des organismes communautaires du territoire touchant la santé cardiovasculaire méritent d'être connues tant des intervenants que de la population. *Au cœur de la vie* permettra d'amorcer ou de consolider des collaborations avec ces organismes et le CLSC. Les façons de faire seront définies dans chacun des CLSC.

Pour atteindre ces objectifs l'intervention utilise différentes stratégies. **La première stratégie est de former les intervenants des services courants en promotion/ prévention des maladies cardiovasculaires**. En participant au projet, les CLSC pourront bénéficier de formations sur différentes thématiques reliées aux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, sur les habitudes de vie ainsi que sur certaines notions en promotion de la santé. Des répertoires de ressources et de programmes d'intervention en promotion de la santé cardiovasculaires seront également mis à la disposition des intervenants.

**La deuxième stratégie est d'associer les services courants à des réseaux en promotion de la santé cardiovasculaire**. La portée provinciale d'*Au cœur de la vie* favorisera la création de liens et de lieux d'échanges tant avec les porteurs de projet dans chacun des CLSC impliqués, qu'avec les organismes communautaires de chacun des territoires et d'autres ressources provinciales associées au réseau de la santé publique (Fondation des maladies du cœur, Kino-Québec, Réseau des Menus Mieux Vivre, etc.). L'accès à ces ressources favorisera l'autonomie et le maintien du programme.

Enfin, *Au cœur de la vie* vise ultimement à **offrir aux usagers des CLSC un programme intégré en santé cardiovasculaire**. Les usagers bénéficieront de conseils et de traitement préventifs pour la santé cardiovasculaire en consultant les services de première ligne du CLSC. *Au cœur de la vie* permettra donc aux CLSC de consolider leur mission de promotion de la santé en l'intégrant dans la pratique courante de leurs intervenants.

Les activités d'intervention pour l'année 2000-2001 se regroupent en trois catégories : 1) recrutement, 2) développement et 3) communication.

## 2.1 RECRUTEMENT

Deux étapes de recrutement étaient prévues : une première pour le recrutement des DSP et l'autre pour les CLSC. La première étape s'est avérée beaucoup plus ardue et plus longue que prévue. Les directeurs de DSP furent rencontrés en groupe et individuellement et des présentations furent réalisées auprès d'équipes de professionnels. Sur les onze DSP approchées individuellement quatre ont accepté de participer. Les raisons les plus fréquemment évoquées pour expliquer un refus étaient le manque de ressources et le fait que la santé du cœur n'était pas une priorité nationale de santé publique. Les quatre DSP régionales qui ont accepté de participer au projet sont : Mauricie-Centre-du-Québec, Montréal, Outaouais, Québec et.

Au sein de chaque région, six CLSC furent recrutés pour le projet (sauf la région de l'Outaouais qui décida de recruter deux CLSC). Les critères de sélection des CLSC portaient sur la présence de services courants et l'achalandage de ceux-ci. Les CLSC ainsi choisis furent appariés par paire selon les critères suivants : 1) mission (CLSC, CLSC-CHSLD, CLSC-CHSLD-CH); 2) rural ou urbain; 3) nombre d'employés; 4) services médicaux et infirmiers courants et 5) taux de pauvreté. Chaque CLSC étant unique, il est impossible d'obtenir une concordance parfaite à l'intérieur de chaque paire. Ces critères servaient donc de guide pour les DSP et l'équipe de coordination pour créer des paires le plus homogène possible. Une procédure aléatoire a ultérieurement été utilisée pour l'allocation de chaque CLSC d'une paire au statut expérimental ou témoin. Tous les CLSC approchés acceptèrent de participer au projet. Le nombre total de CLSC participant est de vingt alors que 24 étaient prévus au protocole. Ceci pourrait diminuer légèrement la puissance statistique de l'étude.

### 2.1.1 Changements au protocole

Les longs délais de recrutement des DSP ont conduit les chercheurs à raccourcir l'intervention de quatre à trois années. Ce changement pourrait diminuer l'impact du programme.

Un autre changement important au protocole fut la décision d'allouer le même soutien financier sur trois ans aux CLSC expérimentaux et témoins (15 000 \$ la 1<sup>re</sup> année; 10 000 \$ la 2<sup>e</sup> année et 5 000 \$ la 3<sup>e</sup> année). Ceci permettra une évaluation plus claire de l'effet de l'intervention qui ne sera plus confondue avec le soutien financier.

## **2.2 DÉVELOPPEMENT**

La première année a également servi à entreprendre le développement d'interventions pour supporter l'action des promoteurs dans les CLSC. Des études documentaires et des groupes de discussion ont été réalisés en soutien au développement des outils. Les projets majeurs de développement en 2000-2001 incluent :

1. Inventaire des programmes de promotion de la santé du cœur en français et l'évaluation de l'utilité de ceux-ci.
2. Revue exhaustive de la littérature scientifique sur la dissémination des pratiques exemplaires auprès des médecins.
3. Production de quatre guides de formation pour professionnels de la santé portant sur l'hypertension, les dyslipidémies, le diabète et les habitudes de vie. Production d'un court guide cartonné résumant les pratiques exemplaires en santé du cœur pour les médecins. Production d'une feuille résumée pour le dossier patient pour les facteurs de risque MCV.
4. Étude pilote auprès d'un CLSC de l'utilisation de cette formation et de ces outils.
5. Étude par groupes de discussion de l'utilisation de l'internet par les professionnels de CLSC.
6. Mise en chantier d'un site Internet dans lequel un répertoire de ressources francophones en promotion de la santé cardiovasculaire et en prévention des MCV sera présenté. Les lignes directrices issues des consensus américains et canadiens et des guides de formation pour les professionnels de la santé des CLSC seront aussi disponibles sur le site. Nous prévoyons que le site sera fonctionnel en octobre 2001.

## **2.3 COMMUNICATIONS**

Trois outils d'informations qui résument le projet furent préparés à l'intention des partenaires du projet. Ceux-ci sont présentés en annexe. Enfin des communications scientifiques ont été réalisées et sont énumérées à la section 6.



### **III. ACTIVITÉS DU VOLET ÉVALUATION**

#### **3.1 DEVIS D'ÉVALUATION**

L'évaluation comporte trois parties : une évaluation d'implantation, une évaluation des résultats et une évaluation d'impact. Trois phases de collecte des données sont prévues : avant l'implantation du programme (temps 0), 18 mois après le début de l'implantation (temps 1) et à la fin de l'implantation (temps 2). Il s'agit d'un devis expérimental avec allocation au hasard des CLSC avec support actif de la Direction de la santé publique et ceux n'ayant aucun support actif.

##### **3.1.1 Évaluation d'implantation**

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

Une approche exclusivement qualitative a été retenue pour recueillir l'information. Il s'agit d'entrevues qualitatives téléphoniques auprès d'administrateurs, de cadres intermédiaires, de médecins, d'infirmières, de travailleurs-ses sociaux-les et de nutritionnistes.

##### **3.1.2 Évaluation des résultats**

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

Une approche mixte, qualitative et quantitative, a été retenue pour recueillir l'information utile à l'évaluation. Il s'agit des mêmes entrevues téléphoniques retenues dans le cadre de l'évaluation d'implantation et de questionnaires auto-administrés par l'ensemble des médecins et infirmières des services courants des différents CLSC participant. Les questionnaires portent sur les pratiques exemplaires en matière de prévention des maladies cardiovasculaires.

##### **3.1.3 Évaluation d'impact**

On cherche à évaluer l'impact du programme auprès de la clientèle des services courants. Une approche strictement quantitative a été retenue. Il s'agit d'une enquête téléphonique auprès des usagers des services courants des différents CLSC participant.

#### **3.2 DÉVELOPPEMENT DES INSTRUMENTS DE MESURE**

Pour chaque type d'évaluation, des instruments de mesure adaptés à une méthode de collecte (qualitative ou quantitative) ont été développés.

### **3.2.1 Évaluation d'implantation**

Pour le développement des grilles d'entrevue, les thèmes retenus l'ont été suite à une revue de la littérature réalisée lors de la rédaction du protocole de recherche. Les membres de l'équipe d'évaluation et d'intervention ont révisé les grilles d'entrevue, ainsi que les membres du comité aviseur. Des modifications ont été apportées suite à leurs commentaires.

Les principaux thèmes abordés lors des entrevues sont : les liens interprofessionnels, la place de la prévention dans les CLSC et la pratique professionnelle des intervenants, le processus d'implantation d'un nouveau programme de prévention et les liens avec les ressources dans la communauté.

### **3.2.2 Évaluation des résultats**

Concernant les questionnaires sur les pratiques exemplaires, quatre questionnaires devaient être initialement développés : un pour les médecins, un pour les infirmières, un pour les nutritionnistes et finalement un pour les travailleurs psychosociaux qui pratiquent dans des CLSC. Le nombre restreint de nutritionnistes et de travailleurs psychosociaux travaillant directement sur des problématiques de prévention de maladies cardiovasculaires ne justifiait pas le développement d'un questionnaire pour ces professionnels. Il a donc été décidé que l'information auprès de ces professionnels sur les pratiques en prévention des maladies cardiovasculaires serait exclusivement collectée lors des entrevues qualitatives prévues dans le cadre de l'évaluation d'implantation et de résultats.

Une revue des études s'intéressant aux pratiques de prévention dans le cadre de consultations médicales a été faite et a permis de sélectionner des questionnaires pertinents au développement de nos instruments de mesure<sup>1-11</sup>. La plupart des questions retenues dans la dernière version du questionnaire ont été traduites directement de l'anglais ou ont été développées en s'inspirant de questions déjà posées dans d'autres enquêtes (de langue française ou anglaise).

Les membres de l'équipe d'évaluation et d'intervention, ainsi que ceux du comité aviseur ont commenté les questionnaires. Suite à ces commentaires des révisions majeures ont été apportées aux questionnaires. Le questionnaire destiné aux médecins se différencie de celui qui s'adresse aux infirmières principalement par l'ajout de questions reliées à la pratique médicale.

### **3.2.3 Évaluation d'impact**

Pour mesurer l'impact du programme sur les usagers des services courants des CLSC, nous avons développé des questions pour mesurer la fréquence et le type de recommandations reliées à la prévention des maladies cardiovasculaires données par les intervenants du CLSC aux usagers. Il s'agit de questions sur la prévention primaire (alimentation et activité physique) et sur la prévention secondaire (hypertension, cholestérol, diabète et maladies cardiovasculaires). Nous avons également inclus des questions mesurant les habitudes de vie des usagers (alimentation et activité physique) et sur la présence de facteurs de risque (hypertension, cholestérol, diabète et maladies cardiovasculaires). Pour mesurer les habitudes alimentaires nous avons utilisé une échelle validée<sup>12</sup> et les questions pour mesurer le niveau d'activité physique se sont inspirées de deux études<sup>12-13</sup>.

### **3.3 PRÉTEST DES INSTRUMENTS DE MESURE**

Le prétest a été réalisé dans quatre CLSC. Ces CLSC étaient situés dans la région de Montréal, de Laval, des Laurentides et de Lanaudière.

#### **3.3.1 Évaluation d'implantation**

Pour valider nos grilles d'entrevues, vingt personnes ont été interviewées, six cadres et administrateurs, quatre médecins, sept infirmières, deux travailleurs psychosociaux et une nutritionniste. Les entrevues ont été faites par téléphone et ont été ensuite retranscrites intégralement et analysées à l'aide du logiciel NUDIST.

L'analyse des entrevues a révélé que nos grilles d'entrevues avaient permis de recueillir l'information sur les principaux thèmes que nous souhaitions explorer. Quelques modifications ont toutefois été apportées aux grilles d'entrevues afin de mieux cibler l'information que l'on souhaite recueillir.

#### **3.3.2 Évaluation de résultats**

La validation des questionnaires sur les pratiques exemplaires en matière de prévention des maladies cardiovasculaires s'est faite d'une part auprès de professionnels des quatre CLSC et auprès de médecins en pratique privée qui ont participé à deux groupes de discussion. Ces groupes de discussion ont permis de collecter qualitativement les réactions des médecins au questionnaire. Les 22 médecins qui ont participé à ces groupes de discussion ont aussi rempli le questionnaire.

Au total, 31 questionnaires « médecins » (9 en CLSC et 22 en pratique privée) et sept questionnaires « infirmières » ont été traités quantitativement à l'aide du logiciel SPSS. Les analyses se sont limitées aux fréquences et au calcul de la moyenne pour les questions avec échelle.

Les informations qualitatives (contenu des groupes de discussion et commentaires écrits sur les questionnaires) ont fourni des informations intéressantes permettant de mieux qualifier la pertinence et la compréhension du questionnaire dans son ensemble ainsi que pour certaines questions.

À la lumière des résultats obtenus, autant au niveau quantitatif que qualitatif, des modifications assez substantielles ont été apportées aux questionnaires avec un souci de diminuer leur longueur.

#### **3.3.3 Évaluation d'impact**

Pour l'évaluation d'impact, il a été décidé de faire appel à un institut de sondage pour réaliser les entrevues téléphoniques et d'embaucher un-e assistant-te de recherche pour effectuer le recrutement des usagers des services courants des CLSC.

### 3.3.3.1 *Sélection d'un institut de sondage pour la réalisation des entrevues téléphoniques*

Un cahier de charges a été rédigé et envoyé à sept instituts de sondage qui nous ont fait chacun une offre de services. Quatre critères (avec pondération) ont été retenus pour évaluer les sept offres : 1) l'expérience de la firme dans le domaine des enquêtes de santé, 2) l'approche préconisée (méthodologie), 3) l'assurance de qualité et 4) l'organisation du projet. Cinq membres de l'équipe de recherche ont évalué chacune des offres et l'institut de sondage Léger Marketing a obtenu la note la plus élevée.

### 3.3.3.2 *Processus de collecte*

Le questionnaire développé a été informatisé par l'institut de sondage. La version informatique du questionnaire a été testée par un membre de notre équipe de recherche avant qu'elle soit utilisée dans le cadre du prétest.

Une semaine avant le début de la collecte, une journée de formation des interviewers alloués par Léger Marketing à notre projet a été réalisée par trois des membres de l'équipe de recherche. Cette formation avait comme objectif de sensibiliser les interviewers à la problématique de l'enquête (facteurs de risques reliés aux maladies cardiovasculaires et prévention) et de les familiariser avec le questionnaire.

Les procédures suivantes ont été retenues pour la transmission des coordonnées des personnes recrutées au sein des CLSC et pour la réalisation des entrevues :

- ↪ les coordonnées sont transmises par l'équipe de recherche à l'institut de sondage;
- ↪ l'institut de sondage doit réaliser l'entrevue téléphonique avec l'utilisateur à l'heure et au jour que celui-ci aura indiqué à l'assistant-te de recherche lors du recrutement, au plus tard deux semaines après son recrutement au CLSC.

### 3.3.3.3 *Processus de recrutement des usagers des services courants dans les salles d'attente des CLSC*

Un assistant de recherche était en charge du recrutement des usagers dans les salles d'attentes des CLSC. Le recrutement s'est fait sur quatre semaines à raison de trois jours par CLSC, à l'exception du dernier CLSC où le recrutement s'est déroulé sur cinq jours. Tout au long de ce processus, des ajustements dans la procédure de recrutement ont dû être effectués en fonction des réactions, observations et commentaires de l'assistant de recherche.

L'assistant de recherche procédait de la façon suivante pour recruter les usagers :

- ↪ l'assistant de recherche approchait les usagers de manière individuelle et s'assurait qu'ils étaient âgés entre 18 et 75 ans ;
- ↪ il présentait les objectifs de l'étude et expliquait en quoi consistait leur participation;
- ↪ si la personne acceptait, elle signait le formulaire de consentement et donnait son nom et son numéro de téléphone à l'assistant de recherche qui les transmettait en fin de journée à l'équipe de recherche.

#### 3.3.3.4 Résultats du prétest

##### Procédures de recrutement des usagers :

L'expérience de terrain dans les quatre CLSC a montré l'importance d'adapter les procédures de recrutement aux caractéristiques environnementales et organisationnelles de chaque CLSC. Il est important de s'assurer que l'ensemble des intervenants soient bien informés de la présence des assistants de recherche afin de faciliter le recrutement.

Des questions seront ajoutées (certains l'ont déjà été) à la procédure d'approche afin que l'assistant puisse identifier facilement les personnes éligibles (celles qui utilisent les services médicaux, qui viennent pour des rencontres de groupes (SCV) ou qui consultent une nutritionniste).

Il est difficile de prévoir les réactions des personnes dans les salles d'attente, qu'elles soient positives ou négatives. L'expérience du prétest suggère qu'il serait préférable que l'assistant de recherche responsable du recrutement soit domicilié sur le territoire du CLSC afin de faciliter l'approche auprès des usagers, particulièrement en ce qui concerne les CLSC ruraux.

##### Taux de participation selon le CLSC :

Le taux de participation est égal au rapport des personnes qui ont accepté de participer à l'enquête téléphonique lors du recrutement dans les CLSC sur le nombre total de personnes qui ont été sollicitées pour participer. Sur les 134 personnes qui ont accepté, 21 n'ont pu être rejointes par la firme de sondage responsable de la réalisation des entrevues téléphoniques.

Nous obtenons un taux global de 60 %, le taux varie entre 51 % et 69 % selon le CLSC. Les résultats montrent un taux de participation nettement plus faible pour les hommes (45 % versus 68 % pour les femmes) et parmi les personnes âgées de 25 à 54 ans. Du fait de la courte période de recrutement (trois jours) dans chacun des CLSC, il est difficile d'attribuer les différences du taux de participation selon le CLSC à des particularités reliées à l'organisation des services courants des CLSC ou encore au profil socio-économique et sanitaire des usagers de chacun des CLSC. Sur une période aussi courte, il suffit d'une journée où les refus sont plus nombreux pour faire baisser considérablement le taux global de participation.

La plupart des personnes n'ont pas précisé la raison pour laquelle elles refusaient de participer à l'étude. Les raisons restent vagues, telles que « sans raison », « pas intéressé » ou encore « ne veut pas participer ».

Le taux de participation global obtenu est plus faible que celui que nous avons prévu ( 70 %). Cependant, avec un terrain de plusieurs semaines nous devrions améliorer le taux obtenu au prétest. En effet, un terrain de plusieurs semaines permet de mieux s'ajuster aux particularités de chaque CLSC. Les plus faibles taux de participation chez les hommes et les personnes âgées de moins de 55 ans sont préoccupants et un effort particulier sera fait pour redresser ce problème afin de s'assurer que les personnes recrutées soient le plus possible représentatives de la clientèle de chaque CLSC.

### Validation du questionnaire :

Un total de 113 personnes ont été rejointes par l'institut de sondage et parmi ces dernières 94 ont été rejoints une deuxième fois dans le cadre du test-retest. Ces personnes ont été contactées la seconde fois, deux semaines après la première entrevue téléphonique.

Le pré-test avait comme objectif de mesurer la **fiabilité et la validité** de notre questionnaire ainsi que la capacité des questions à détecter des changements attribuables spécifiquement à l'intervention. Les analyses statistiques, l'écoute d'une vingtaine d'entrevues téléphoniques et les commentaires des interviewers de Léger Marketing, nous ont permis d'apporter des changements à notre instrument de mesure (retrait ou changement de formulation de certaines questions, ainsi des modifications dans la séquence des questions).

### **RÉFÉRENCES**

1. Alberta Heart Health Project, Health Promotion Capacity Survey, 2000.
2. Calnan M. The role of the general practitioner in health promotion in the UK : the case of coronary heart disease prevention. *Patient education and counseling*, 1995; 25, 301-304 (questionnaire envoyé par l'auteur)
3. Davies S, McDonnell A, Brown J, Shewan J. Practice nurses' use of evidence-based research. *Nursing Times*, 1999;95 :57-60. (questionnaire et rapport de recherche envoyés par les auteurs)
4. Déry V. Étude des pratiques de prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) des médecins de l'Ouest de l'île de Montréal Septembre, DSC Hôpital Général Lakeshore, 1994.
5. James P, Cowan T, Graham R & Majeroni B. Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *The Journal of family practice*, 1997; 45(4), 341-347. (questionnaire envoyé par auteurs).
6. Maheux B, Haley N, Rivard M, Gervais A. Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? *Canadian Medical Association Journal*, 1999;160 :1830-1834
7. Mann K & Putnam W. Physicians' perceptions of their role in cardiovascular risk reduction. *Preventive Medicine* 1989; 18, 45-58 (les auteurs ont envoyé une copie du questionnaire suite à notre demande).
8. Sanchez LM. Déterminants des pratiques de prévention secondaire des maladies cardiovasculaires, Université de Montréal, Février 1998.
9. Steptoe A, Sheelagh D, Kendrick T, Rink E, Hilton S. Attitudes to cardiovascular health promotion, opinion about efficacy and perceptions of skills in lifestyle counselling in GPs and nurses from the same practices. *Family Practice*, 1999;16 :158-160. (questionnaire envoyé par les auteurs)
10. Le counselling tabagique : sondage auprès des médecins de Montréal. Direction de la Santé Publique, Montréal.
11. Wechsler H, Levine S, Idelson RK, Rohman O, O Taylor J. The physician's role in health promotion – A survey of primary-care practitioners. *New England Journal of Medicine*, 1996;308(2) :97-100. (questionnaire envoyé par les auteurs).
12. O'Loughlin J, Paradis G, Kishchuk N et al. Evaluation of the Cœur en Santé St-Henri Heart Health Promotion Program: Design and Methods. *J Epidemiol Comm Health*, 1995;49:495-502.
13. Santé Québec. Et votre cœur, ça va ?. Rapport de l'Enquête Québécoise sur la Santé Cardiovasculaire, 1990.

#### **IV. BUDGET**

Trois comptabilités distinctes sont mises en place à l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill pour faciliter les rapports à chacun des trois organismes qui financent le PQDSC-II. Pour le présent rapport seul l'état des comptes pour les budgets provenant du PNRDS (maintenant ICRS) et de la DGPSE sont présentés. Le montant de 100 000 \$ provenant de la DGSP ne fut envoyé que le 1<sup>er</sup> mars 2001 soit moins d'un mois avant la fin de l'année fiscale 2000-2001 et n'a donc pas été dépensé même si cette somme est déjà allouée au support financier des CLSC participants.



Grantee: Dr. Gilles Paradis juillet 23, 2001

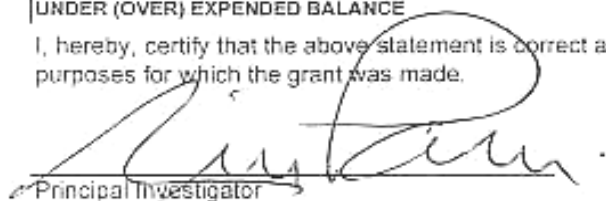
Agency: "Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation"

Grant Title: "Évaluation du projet québécois de dissémination en santé du cœur"

MGHRI Ref. No. 236820

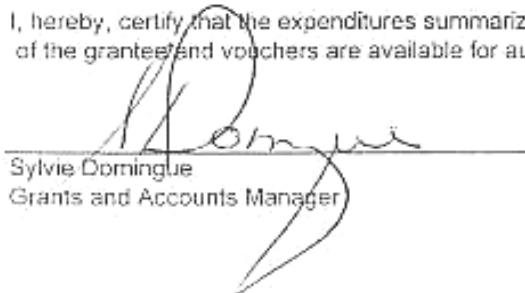
FINANCIAL STATEMENT OF REVENUES AND EXPENDITURES FOR THE YEAR ENDING MARCH 31, 2001	
Previous year-end balance:	\$0,00
<b>REVENUES:</b>	
Plus: Current year grant or instalment(s)	\$30 000,00
<hr/>	
<b>NET GRANT FUNDS AVAILABLE</b>	<b>\$30 000,00</b>
<b>EXPENDITURES:</b>	
Salaries	\$226,93
Fringe Benefits	\$1 629,26
Materials and Lab Supplies	\$29,50
Animal Costs	\$0,00
Purchased Services	\$19 664,51
Travel	\$256,69
Equipment	\$0,00
<b>Total expenditures:</b>	<b>\$21 808,89</b>
<hr/>	
<b>UNDER (OVER) EXPENDED BALANCE</b>	<b>\$8 191,11</b>

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

23 JUL. 2001  
 Date

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

  
 Sylvie Domingue  
 Grants and Accounts Manager

juillet 24, 2001  
 Date



Health Canada Santé Canada Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) Protégé « B » une fois rempli Répertoire des renseignements personnels NHW/P-PU-100

**Formulaire de réclamation et de prévisions - Projets  
(Annexe D de l'Accord de contribution)**

\*\*Le présent formulaire a été modifié en juin 1997. Il est le seul qui puisse être utilisé pour fins de rapport et de soumission des créances et des prévisions.\*\*

1 Numéro du projet du PNRDS  
6605-05-1999/2750006

2 Numéro de référence de l'organisme bénéficiaire  
2382

3 Organisme bénéficiaire  
L'Institut de l'Hôpital général de Montréal

4 Titulaire de la bourse  
Docteur Gilles Paradis

5 Titre du projet



Projet québécois de dissémination du Cœur (PQDSC-II)

6 Période visée (faisant l'objet de la demande de remboursement des dépenses réelles) : Année financière :  
DE : 1er oct 2000 À : 31 mars 2001 Nombre de mois : 6

7 Période faisant l'objet des prévisions : Année financière :  
DE :

8 Catégorie du budget	9 Approuvé (Planifié)	10 Visé par la réclamation (Réel)	11 Écart (entre les colonnes 9 et 10)	12 Prévu	13 Explication de l'écart
14 Nombre de mois	6	6			
15 Personnel	54 300,05	54 300,05	0,00	0,00	
16 Déplacement	8 000,00	3 001,75	4 998,25	0,00	
17 Matériel	1 000,00	1 000,00	0,00	0,00	
18 Fournitures et services	187 126,00	192 124,25	-4 998,25	0,00	
19 TOTAL	250 426,05	250 426,05	0,00	0,00	

20 L'écart par rapport à l'année financière courante ( )  SERA /  NE SERA PAS dépensé pendant la période faisant l'objet des prévisions.

21 Moi, le soussigné, agent autorisé de l'organisme, atteste, conformément aux dispositions du Programme national de recherche et développement en matière de santé, que le gouvernement fédéral doit les montants indiqués ci-dessus à l'organisme bénéficiaire; que les dépenses effectuées par l'organisme, indiquées ci-dessus, sont conformes aux conditions budgétaires approuvées par le ministre de la Santé; que lesdits montants ont été versés pour régler des dépenses engagées pendant les périodes indiquées et qu'aucune part des dites dépenses n'a fait l'objet d'un remboursement pour une réclamation précédente. Les dossiers et les comptes de l'organisme sont à la disposition du Ministre, de ses fonctionnaires ou de ses agents aux fins d'inspection ou d'examen.

Je certifie en outre que la présente réclamation est conforme aux dossiers et aux comptes de l'organisme et qu'elle est étayée par les factures et les autres documents pertinents; que tous les crédits ou remboursements ont été pris en considération et que, si d'autres crédits ou remboursements sont reçus à cet égard, j'en aviserai le ministre de la Santé et j'effectuerai les rajustements nécessaires dans la réclamation subséquente.

22 Nom de la personne responsable des comptes de l'organisme (la personne qui a rempli le présent document)  
Sylvie Domingue

N° de téléphone et poste Fax  
(514) 937-6011 poste 4577 (514) 934-8270

Internet < sylvie.domingue@muhc.mcgill.ca >

23 Signature l'agent autorisé de l'organisme  
Date : 31/05/2001

24 Signature du titulaire de la bourse  
Date : 2001/06/20

**NHRDP PROJECT NU: 6605-05-1999 / 2750006**

**PROJECT TITLE: *Projet québécois de dissémination en santé du cœur (PQDSC II)***

**PRINCIPAL INVESTIGATOR: Gilles Paradis**

### **Explanation for variances in expenditures**

The difference between the projected and actual expenses is due to smaller than expected travel expenditures which is due to slower than expected recruitment of Local Community Health Centers and hence less travel to these LCSCs for planning and data collection and less travel to conferences to present baseline data as a result of this delay. Conversely, we have spent close to \$ 5000 more for consultation fees for the conduct of the pilot test for our data gathering instruments (Supplies and furniture).

Health Canada	Santé Canada	Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)	Protégé - B - une fois rempli Répertoire des renseignements personnels NHF/P-PU-100		
<b>Formulaire de réclamation et de prévisions - Projets</b> (Annexe D de l'Accord de contribution) **Le présent formulaire a été modifié en juin 1997. Il est le seul qui puisse être utilisé pour fins de rapport et de soumission des créances et des prévisions.**				1 Numéro du projet du PNRDS 6605-05-1999/2750006	
				2 Numéro de référence de l'organisme bénéficiaire 2382	
3 Organisme bénéficiaire L'Institut de l'Hôpital général de Montréal			4 Titulaire de la bourse Docteur Gilles Paradis		
5 Titre du projet					
Projet québécois de dissémination du Cœur (PQDSC-II)					
6 Période visée (faisant l'objet de la demande de remboursement des dépenses réelles) : Année financière : DE : 1 <sup>er</sup> avril 2000      À : 30 septembre      Nombre de mois : 6					
7 Période faisant l'objet des prévisions : Année financière : DE : 1 <sup>er</sup> octobre 2000      À : 31 mars 2001      Nombre de mois : 6					
8 Catégorie du budget	9 Approuvé (Planifié)	10 Visé par la réclamation (Réel)	11 Écart (entre les colonnes 9 et 10)	12 Prévu	13 Explication de l'écart
14 Nombre de mois	12	6		6	
15 Personnel	181 521,00	39 266,98	142 254,02	54 300,00	Voir pièce jointe
16 Déplacement	26 480,00	3 962,75	22 517,25	8 000,00	Voir pièce jointe
17 Matériel	1 230,00	720,37	509,63	1 000,00	Voir pièce jointe
18 Fournitures et services	95 395,00	10 250,85	85 145,15	187 126,00	Voir pièce jointe
19 TOTAL	304 627,00	54 200,95	250 426,05	250 426,00	
20 L'écart par rapport à l'année financière courante <input checked="" type="checkbox"/> SERA / <input type="checkbox"/> NE SERA PAS dépensé pendant la période faisant l'objet des prévisions.					
21 Moi, le soussigné, agent autorisé de l'organisme, atteste, conformément aux dispositions du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, que le gouvernement fédéral doit les montants indiqués ci-dessus à l'organisme bénéficiaire; que les dépenses effectuées par l'organisme, indiquées ci-dessus, sont conformes aux conditions budgétaires approuvées par le ministre de la Santé; que lesdits montants ont été versés pour régler des dépenses engagées pendant les périodes indiquées et qu'aucune part des dites dépenses n'a fait l'objet d'un remboursement pour une réclamation précédente. Les dossiers et les comptes de l'organisme sont à la disposition du Ministre, de ses fonctionnaires ou de ses agents aux fins d'inspection ou d'examen. Je certifie en outre que la présente réclamation est conforme aux dossiers et aux comptes de l'organisme et qu'elle est étayée par les factures et les autres documents pertinents; que tous les crédits ou remboursements ont été pris en considération et que, si d'autres crédits ou remboursements sont reçus à cet égard, j'en aviserai le ministre de la Santé et j'effectuerai les ajustements nécessaires dans la réclamation subséquente.					
22 Nom de la personne responsable des comptes de l'organisme (la personne qui a rempli le présent document) Sylvie Domingue			N° de téléphone et poste      Fax (514) 937-6011 poste 4577      (514) 934-8270  Internet < sylvie.domingue@mulc.mcgill.ca >		
23 Signature l'agent autorisé de l'organisme Date : 26/01/2001					
24 Signature du titulaire de la bourse					

## PNRDS

### FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET DE PRÉVISIONS - PROJETS

Projet nu : 6605-05-1999/2750006

Titre du projet : *Projet québécois de dissémination en santé du cœur*

#### Section 13 : Explication de l'écart

Les changements aux prévisions de dépenses portent principalement sur le transfert de catégories de dépenses du personnel vers les fournitures et services. Ceci s'explique par notre décision de confier la réalisation du terrain de l'enquête de base de l'étude à une firme de sondage plutôt que de le faire nous même et procéder à l'embauche de personnel. Ceci minimise les frais et la gestion du terrain tout en conservant la rigueur méthodologique de l'étude. De plus, nous procéderons à un transfert plus important de sommes que prévu aux CLSC participants la première année du projet étant donné le retard de l'annonce de la contribution du ministère provincial de la santé au financement de notre projet de recherche. Ce financement provincial vient d'être confirmé et nous permettra de respecter les catégories et montants globaux des dépenses prévues sur les cinq années du projet pour appuyer la participation des CLSC au projet. Cette participation se situe au niveau de la rémunération d'agents de projets et d'assistants de recherche pour la coordination du terrain de l'intervention et de l'évaluation.

## **V. MEMBRES DES COMITÉS 2000-2001**

### **5.1 COMITÉ AVISEUR**

Pierre Bergeron  
Josée Bourdages  
Lilianne Bertrand  
Monic Coupal  
Véronique Déry  
Brigitte Lachance  
François Lagarde  
Réjean Landry  
Gilles Paradis  
Lise Renaud  
Gloria Sacks-Silver

### **5.2 COMITÉ DE COORDINATION**

#### **5.2.1 *Équipe d'intervention***

Lise Renaud  
Sylvie Chevalier  
Francine Hubert  
Athanasios Tom Koutsavlis (jusqu'à 06-2001)  
Michèle Vincent (jusqu'à 12-2000)  
Anne-Marie Panneton (depuis 03-2001)  
Mireille Desrochers (jusqu'à 07-2000)  
Elisabeth Pérès

#### **5.2.2 *Équipe d'évaluation***

Gilles Paradis  
Viviane Leaune  
Sara La Tour  
Julie Guimond (jusqu'à 11-2000)  
Bernadette Dallaire (jusqu'à 06-2000)

### **5.3 COMITÉ DES PROMOTEURS**

Lise Renaud  
Sylvie Chevalier  
Francine Hubert  
Roger Girard  
Nathalie Ratté  
Raymonde Pineau  
Ginette Turbide

## **VI. PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES**

### **6.1 PUBLICATIONS DANS DES REVUES AVEC COMITÉ DE PAIR (N= 1)**

1. Renaud L, Paradis G for the Quebec Heart Health Dissemination Researchers. « Au cœur de la vie » : The Quebec Heart Health Dissemination Project. Promotion and Education Journal 2001 (accepted).

### **6.2 PUBLICATIONS ET RAPPORTS SCIENTIFIQUES (N= 4)**

1. Vincent M. Analyse critique de programmes en prévention et promotion de la santé cardiovasculaire. Rapport de stage. Département de médecine sociale et préventive. Université de Montréal, Montréal, Décembre 2000.
2. Vincent M. Recension des programmes exemplaires en prévention et promotion de la santé cardiovasculaire, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Montréal, Décembre 2000.
3. Koutsavlis AT. Disseminating Practice Guidelines to physicians. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Montréal, Octobre 2000.
4. Caron-Bouchard M, Renaud L. CLSC et internet, rapport de recherche, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Montréal, Septembre 2000.

### **6.3 COMMUNICATIONS DANS DES CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES AVEC ABRÉGÉS RÉVISÉS PAR LES PAIRS (N=3)**

1. Chevalier S, Renaud L, Paradis G. Dissémination des pratiques exemplaires en santé cardiovasculaire au Québec : cadre théorique et stratégies d'intervention. XVII<sup>ème</sup> Conférence Mondiale de Promotion et d'Éducation pour la Santé. Paris, 14-17 juillet 2001.
2. Paradis G, Renaud L. The Quebec Heart Health Dissemination Program : Intervention model and strategies. Canadian Cardiovascular Conference, Vancouver, 29 octobre au 1<sup>er</sup> novembre 2000.
3. Paradis G, Renaud L, Leane V, Dallaire B. for the Quebec Heart Health Dissemination Project Consortium. Use of Qualitative and Quantitative Methods in Evaluating Dissemination of an Integrated Heart Health Program (IHHP). Canadian Cardiovascular Conference, Vancouver, 29 octobre – 1<sup>er</sup> novembre 2000.

### **6.4 AUTRES COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES (N=2)**

1. Paradis G, Renaud L. « Au cœur de la vie », le projet québécois de dissémination en santé du cœur. Colloque « Vers des actions efficaces en santé cardiovasculaire dans un contexte de maladies chroniques et de vieillissement de la population ». Québec, 6 juin 2001.
2. Lachance B. Le projet québécois de dissémination en santé du cœur. Colloque Nouvelles approches nutritionnelles en santé cardiovasculaire pour l'an 2000. Québec, 25, 26 mai 2000.

## **VII. ANNEXE**