



information



formation



recherche




*coopération
internationale*

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

RAPPORT ANNUEL 2003

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec 

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

RAPPORT ANNUEL 2003

DÉCEMBRE 2003



• 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 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 |

AVEC LA COLLABORATION DE

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

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.
- Aux assistantes de recherche : Roseline Lambert et Natalia Gutierrez.

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 gestion de l'information (DGPSEGI)). De plus, les Directions de la santé publique (DSP) de Mauricie-Centre-du-Québec, Montréal-Centre, Outaouais et Québec ainsi que l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) contribuent substantiellement au projet en y investissant de nombreuses ressources humaines et matérielles. Le PQDSC-II se fonde également sur un partenariat entre la santé publique et les centres locaux de services communautaires (CLSC) visant, ultimement, l'amélioration de la santé de leur clientèle. Enfin, le PQDSC-II compte sur le soutien essentiel de partenaires clés dont la Fondation des maladies du cœur du Québec et son Forum des intervenants en santé du cœur, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, la DGSP, les DSP, l'INSPQ ainsi que les Universités McGill, de Montréal et Laval.

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-2004-007

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2004
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-42088-8

©Institut national de santé publique du Québec (2004)

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| LISTE DES TABLEAUX | II |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PARTIE 1 : VOLET INTERVENTION | 3 |
| 1 STRATÉGIE PROVINCIALE..... | 3 |
| 1.1 Liaison, partage d'information | 3 |
| 2 IMPLANTATION RÉGIONALE | 7 |
| 2.1 Région de Québec | 7 |
| 2.2 Région de Montréal..... | 11 |
| 2.3 Région de la Mauricie – Centre-du-Québec..... | 16 |
| 2.4 Région de l'Outaouais | 20 |
| 3 CONCLUSION | 23 |
| PARTIE 2 : VOLET ÉVALUATION..... | 25 |
| INTRODUCTION..... | 25 |
| 1 POURSUITE DE L'ÉVALUATION D'IMPLANTATION..... | 25 |
| 1.1 Entrevues auprès des promotrices régionales et de la coordonnatrice provinciale | 26 |
| 1.2 Entrevues auprès des porteurs de dossier dans les CLSC | 27 |
| 2 ANALYSES DES DONNÉES DU TEMPS 0 DE L'ÉVALUATION..... | 28 |
| 2.1 Retour d'information aux CLSC expérimentaux..... | 28 |
| 2.2 Retour d'information aux CLSC témoins..... | 32 |
| 2.3 Analyses pour présentations et soumissions d'abrévés | 33 |
| 3 FINALISATION DES PROFILS DES CLSC | 34 |
| 4 CARTABLE DES RESSOURCES..... | 34 |
| 5 FORMATION NUDIST ET N.VIVO | 35 |
| PARTIE 3 : BUDGET..... | 37 |
| PARTIE 4 : PRÉSENTATIONS ET ABRÉGÉS..... | 41 |
| 1 VOLET INTERVENTION | 41 |
| 2 VOLET ÉVALUATION..... | 41 |
| PARTIE 5 : MEMBRES DES COMITÉS 2002-2003..... | 43 |
| ANNEXE I | 45 |
| ANNEXE II | 51 |

LISTE DES TABLEAUX

| | | |
|--------------|--|----|
| Tableau 1 : | Nombre d'intervenants formés entre le 1 ^{er} avril 2002 et le 31 mai 2003, région de Québec..... | 7 |
| Tableau 2 : | Éléments du processus d'implantation du projet <i>Au cœur de la vie</i> , avril 2002 à mars 2003, région de Québec | 8 |
| Tableau 3 : | Activités par CLSC, région de Québec | 11 |
| Tableau 4 : | Éléments du processus d'implantation du projet <i>Au cœur de la vie</i> , région de Montréal | 13 |
| Tableau 5 : | Activités par CLSC, région de Montréal..... | 14 |
| Tableau 6 : | Nombre d'intervenants présents lors des formations, région de la Mauricie – Centre-du-Québec | 17 |
| Tableau 7 : | Éléments du processus d'implantation au projet <i>Au cœur de la vie</i> , région de Mauricie – Centre-du-Québec..... | 18 |
| Tableau 8 : | Activités par CLSC, région de Mauricie – Centre-du-Québec | 19 |
| Tableau 9 : | Éléments du processus d'implantation au projet <i>Au cœur de la vie</i> , région de l'Outaouais | 20 |
| Tableau 10 : | Activités, région de l'Outaouais..... | 21 |
| Tableau 11 : | Données recueillies dans le cadre de l'évaluation d'implantation au 31 mars 2003..... | 26 |
| Tableau 12 : | Nombre d'infirmières et de médecins ayant rempli un questionnaire selon la région | 30 |
| Tableau 13 : | Informations retournées aux CLSC expérimentaux, évaluation de résultats..... | 30 |
| Tableau 14 : | Nombre d'usagers rejoints, selon la région | 31 |
| Tableau 15 : | Informations retournées aux CLSC expérimentaux, évaluation d'impact..... | 31 |
| Tableau 16 : | Informations retournées aux CLSC témoins, évaluation de résultats et d'impact | 32 |

INTRODUCTION

Ce document est le troisième 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 dix CLSC expérimentaux ont commencé à recevoir un soutien de la santé publique à partir de l'été 2001.

La troisième 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. Les promotrices régionales ont accompagné les CLSC expérimentaux dans le processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie*. La coordination provinciale a facilité les échanges entre les promotrices afin de discuter des lignes directrices sur l'hypertension, les dyslipidémies et le tabagisme et de développer des outils permettant l'application de ces lignes directrices.

Pour l'évaluation, la troisième année fut principalement consacrée à l'analyse des données recueillies lors du temps 0 de l'évaluation (référence rapport 2001-2002) et au retour d'information pour les CLSC expérimentaux. Il s'agissait principalement d'une analyse descriptive des données de l'évaluation d'implantation, de résultats et d'impact. 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 communautés. 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 porteur du projet et son équipe dans les CLSC expérimentaux. Ces porteurs 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 promotrices (professionnelles de santé publique) sont essentielles 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 et 3). Le soutien de la promotrice consiste à aider le porteur 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'expérience démontre que l'acquisition de connaissances ne peut à elle seule, générer de tels changements dans une organisation.

La conception et l'implantation des plans d'actions élaborés la première année ont marqué l'année 2002-2003 du projet. Ce rapport annuel en fait la description.

1.1 Liaison, partage d'information

Pour l'année 2002-2003, la coordination provinciale s'est fixée trois grands objectifs :

- maintenir les échanges entre les promotrices;
- discuter entre promotrices des lignes directrices sur l'hypertension, les dyslipidémies et le tabagisme;
- développer des outils permettant l'application des lignes directrices.

Cette deuxième année du projet a porté sur la conception et le dépôt de plans d'action dans chacun des dix CLSC expérimentaux. Les plans comportent généralement des activités touchant trois cibles : les intervenants des Services courants, l'utilisateur et la communauté et trois stratégies : éducationnelle, soutien à la pratique et organisationnelle.

Cette planification a demandé un accompagnement qui tient compte des contraintes du milieu et de la culture organisationnelle des CLSC.

Le deuxième numéro du bulletin *Au cœur de la vie* est paru en décembre 2002 (annexe I). Il a été réalisé par l'équipe provinciale et distribué dans tous les CLSC expérimentaux et à l'ensemble des partenaires. Les CLSC témoins peuvent le consulter sur le site internet. On y fait un bref survol de l'intervention et de l'évaluation dans chacune des régions.

1.1.1 Maintenir les échanges entre les promotrices

Au cours de l'année 2002-2003, deux nouvelles promotrices se sont jointes au groupe, ce qui a nécessité un travail d'accompagnement, notamment pour les initier au projet en leur présentant le contexte, les objectifs poursuivis et la démarche proposée.

La coordination provinciale s'est assurée de faciliter les échanges entre les promotrices par le biais de conférences téléphoniques, de rencontres provinciales et par l'utilisation de la base de discussion sur Lotus Notes prévue à cet effet. Chaque promotrice a accès à cette base de discussion sur son espace de travail Lotus Notes. Les promotrices peuvent donc partager des questions et commentaires via cette base de discussion. Des documents, des outils ou des présentations sont également archivés (par la coordonnatrice ou par les promotrices) sur cet espace de travail afin qu'ils soient partagés avec l'ensemble du groupe.

Deux rencontres ont été organisées entre les promotrices par la coordination provinciale. Une rencontre en décembre 2002 a permis de poursuivre la réflexion sur les lignes directrices et d'opérationnaliser les pratiques exemplaires en les transposant dans le *continuum* de soins pour assurer le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des facteurs de risque et des habitudes de vie associés aux maladies cardiovasculaires. Cet exercice a été fait pour les lignes directrices des dyslipidémies, de l'hypertension, du diabète, du tabagisme, de l'alimentation et de l'activité physique.

Les 20 et 21 février 2003, une rencontre de mise en commun des documents sur les lignes directrices a permis de préciser de quelle façon ceux-ci pourraient servir de base de travail à l'ensemble des promotrices. À cette rencontre, il est apparu prioritaire de développer du matériel issu des consensus d'experts concernant l'alimentation l'activité physique, et thèmes d'intervention retenus dans la majorité des CLSC expérimentaux pour 2003-2004.

Les promotrices ont apprécié ces rencontres provinciales. Elles leur ont permis de discuter des éléments de l'accompagnement, de la planification et de la communication des messages à transmettre. Ces rencontres ont également permis d'alimenter et de soutenir un sentiment d'équipe. Les contacts téléphoniques, malgré leur importance dans le suivi des ajustements de l'intervention à travers les quatre régions, ne permettent pas l'établissement d'une dynamique entre les promotrices qui est essentielle au bon avancement de l'implantation du projet *Au cœur de la vie*.

1.1.2 Discussion autour des lignes directrices

Des formations ont été organisées par la coordination provinciale à l'intention des promotrices. Ces formations ont porté principalement sur les lignes directrices émises par les groupes d'experts concernant le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi de l'hypertension, des dyslipidémies et du tabagisme.

En avril et en juin 2002, deux rencontres d'information et de mise à jour des connaissances ont eu lieu. La première, animée par le Dr Denis Drouin, de la Société québécoise d'hypertension portait sur la mise à jour des lignes directrices canadiennes 2001-2002 concernant le dépistage, le diagnostic, le traitement pharmacologique et non-pharmacologique de l'hypertension, de même que sur l'auto-mesure de la tension artérielle. L'importance de la précision de la mesure de la tension et des sources d'erreurs qui y sont fréquemment associées a été également abordée. Des algorithmes décisionnels ont été proposés (parus dans les Actualités du cœur à l'hiver 2002) ainsi qu'un guide de pratique intitulé : *Hypertension artérielle 2002: guide thérapeutique de la Société québécoise d'hypertension artérielle*.

Lors de la deuxième rencontre, le Dr Robert Dufour, de la clinique des lipides de l'Institut de recherche clinique de Montréal a présenté les lignes directrices concernant les dyslipidémies et le Dre Chantal Lacroix, médecin-conseil à la DSP de Montréal-Centre a présenté les pratiques exemplaires en regard de la cessation tabagique. Le Dr Dufour a discuté du dépistage, du diagnostic, du traitement et du suivi des cas de dyslipidémies. Il a présenté des méthodes permettant de classifier le risque de développer une maladie cardiovasculaire et a insisté sur l'enseignement et le suivi que doivent recevoir ces patients, particulièrement celui assuré par une nutritionniste.

Le Dre Lacroix, à la lumière du rapport de l'Institut national de santé publique, *Interventions en matière de cessation tabagique: description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*, a fait avec nous une analyse critique des différentes méthodes de cessation et a présenté l'algorithme décisionnel pour la prise en charge du client fumeur. Une discussion a également porté sur les différences entre les lignes directrices américaines et canadiennes.

1.1.3 Développement d'outils permettant l'application des lignes directrices

Les présentations des Drs Drouin, Dufour et Lacroix, ont servi de point de départ à une réflexion sur les façons de transposer les lignes directrices et les consensus d'experts dans la pratique des intervenants des Services courants (dyslipidémies, hypertension, diabète, tabagisme, nutrition et activité physique) et sur le type d'accompagnement que nécessite une telle démarche (annexe II).

2 IMPLANTATION RÉGIONALE

2.1 Région de Québec

2.1.1 Processus d'implantation

L'an 2 a vu la mise en œuvre des actions proposées aux plans d'action, mise en œuvre qui a été grandement facilitée par l'implication constante des porteurs de projet (CLSC) et l'assiduité des promotrices régionales (DSP – Québec). Les plans d'action, élaborés à l'an 1 du projet par les membres des comités de projet mis en place dans chaque CLSC, ont été entérinés, avant leur mise en application, par les gestionnaires des Services courants de chacun des milieux. De la même façon, des guides de pratiques exemplaires ont été soumis et approuvés par l'ensemble des membres des équipes médicales.

Les trois CLSC de la région ont travaillé sur deux facteurs de risque, l'hypertension artérielle (HTA) et le tabagisme. Les activités se sont concentrées sur la formation des professionnels des Services courants et sur la modification de leur environnement de pratique afin de faciliter l'atteinte des objectifs fixés par le projet.

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

Malgré la volonté exprimée par les gestionnaires de former le maximum de personnel possible, la participation des intervenants aux rencontres de formation a été davantage en fonction de la disponibilité du personnel de remplacement que de l'intérêt suscité par les formations (tableau 1).

Tableau 1 : Nombre d'intervenants formés entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 mai 2003, région de Québec

| | CLSC 1 | | | CLSC 2 | | | CLSC 3 | | |
|----------------------|--------|------|--------|--------|------|--------|--------|------|--------|
| | Inf. | M.D. | Autres | Inf. | M.D. | Autres | Inf. | M.D. | Autres |
| HTA volet 1 | 14 | 2 | 4 | 12 | 2 | 1 | 17 | 8 | 22 |
| HTA volet 2 | 8 | 1 | 3 | 5 | - | - | 17 | 8 | 20 |
| Tabac volet 1 | 14 | - | 4 | 6 | - | 6 | 15 | 8 | 23 |
| Tabac volet 2 | 10 | - | 3 | - | - | - | 10 | 8 | 23 |

Le tableau 2 reprend les différents éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie* dans les trois CLSC expérimentaux de la région de Québec.

Tableau 2 : Éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie*, avril 2002 à mars 2003, région de Québec

| | CLSC 1 | CLSC 2 | CLSC 3 |
|---|---|--|---|
| Titre | Plan d'action en hypertension et tabac | Plan d'action en hypertension et tabac | Plan d'action en hypertension et tabac |
| Facteur de risque ou habitude de vie | Hypertension Tabac | Hypertension Tabac | Hypertension Tabac |
| Cibles de l'intervention : | | | |
| • Médecins | Pas de médecins aux Services courants (SC) | Médecins des SC | Médecins des SC et résidents UMF |
| • Infirmières | Infirmières des SC | Infirmières des SC | Infirmières des SC |
| • Autres intervenants | Technologistes médicales, nutritionniste, technicienne en alimentation et travailleurs sociaux. | Travailleurs sociaux | Technologistes médicales, stagiaires en soins infirmiers, nutritionniste et éducateur physique. |
| Comité de travail | Oui | Oui | Oui |
| Rencontres avec promoteur | 17 rencontres | 7 rencontres | 26 rencontres |
| Formations | - Hypertension (volets 1 et 2 : 3 heures chaque) - Tabac, volet 1 : 3 heures | - Hypertension volet 1 : 3 heures - Tabac, volet 1 : 3 heures | - Hypertension volets 1 et 2 : 3 heures chaque - Tabac, volets 1 et 2, 3 heures chaque |

2.1.2 Activités réalisées

Des formations ont donc été offertes aux intervenants sur l'hypertension artérielle et la cessation tabagique. La formation sur l'hypertension a été divisée en deux blocs. Le bloc 1 (3 heures) proposait de revoir en premier lieu les notions de base sur les maladies cardiovasculaires, l'impact des habitudes de vie sur ces dernières, leur prévalence estimée sur chaque territoire, le rôle et l'impact des professionnels en prévention, ainsi que les principales barrières à l'introduction de la prévention dans leur pratique quotidienne. Cette formation comprenait également une mise à jour des recommandations sur l'hypertension artérielle incluant : définition, dépistage, classification et diagnostic, urgence hypertensive, bilan de base, investigation de l'hypertendu, prévalence, causes, facteur prédisposant, conséquences, symptômes. Une fraction importante du temps de formation a été consacrée à l'enseignement d'un protocole de mesure de TA, suivi d'un exercice pratique et à la sensibilisation des intervenants sur l'importance des principales sources d'erreur lors de la mesure de la TA, y compris la calibration adéquate des appareils utilisés.

Le bloc 2 (3 heures) ciblait davantage le traitement de l'HTA, en mettant essentiellement le focus sur les recommandations non pharmacologiques, soit l'alimentation, l'activité physique et le tabac. Afin de faciliter et de maximiser le *counselling* sur ces trois habitudes de vie, le modèle de changement de comportement de Prochaska a été enseigné. Selon leur disponibilité dans les CLSC, la section alimentation était donnée par la nutritionniste du CLSC, alors que le volet activité physique mettait à contribution leur éducateur physique. Avant de clore ce deuxième bloc, des informations ont été transmises sur un des aspects majeurs de toute recommandation faite à un patient (pharmacologique ou non pharmacologique), soit la *compliance*, sur les moyens de la documenter et principalement de l'améliorer.

La formation tabac a également été divisée en deux blocs de 3 heures et avait pour but d'habiliter les intervenants à effectuer un *counselling* bref – 30 secondes à 3 minutes – auprès des patients. Après avoir révisé la situation épidémiologique du tabagisme et de ses conséquences, un cas clinique a été soumis aux intervenants qui ont été invités à y répondre en sous-groupe. Cet atelier interactif nous a permis de réviser les notions suivantes en tenant compte des recommandations de divers organismes reconnus :

- l'identification du statut tabagique : qui, quand, comment;
- la conduite à adopter en fonction du statut tabagique et du stade de changement de comportement;
- les peurs les plus fréquentes (café, alcool, stress, sorties, amis fumeurs, etc.);
- la diminution graduelle et la date d'arrêt;
- les principes de conditionnement;
- les symptômes de sevrage;
- la prise de poids;
- les rechutes;
- les aides pharmacologiques et non pharmacologiques;
- la documentation à remettre au patient;
- les ressources locales, régionales et provinciales en cessation.

L'atelier a permis également de tester la facilité d'utilisation d'un outil d'intervention pour la prise en charge d'un fumeur basé sur le modèle transthéorique.

Le second bloc de formation sur ce facteur de risque de MCV s'est attardé à recueillir les difficultés rencontrées par les intervenants quant à la mise en place des pratiques exemplaires enseignées dans la première partie, à la fréquence et à l'efficacité des interventions en cessation tabagique qu'ils étaient amenés à réaliser et à trouver avec eux des solutions correspondant à la réalité de leur propre milieu.

Des actions ont été menées par les porteurs de projet auprès des chefs de service et gestionnaires afin d'assurer l'implantation des pratiques exemplaires enseignées lors des formations HTA (haute tension artérielle) et tabac, soit :

- la révision des feuilles de triage et de collecte de données afin de favoriser l'inscription des valeurs de TA et du statut tabagique pour tout patient qui consulte aux services courants;
- la mise en disponibilité dans chaque salle d'examen des protocoles HTA et tabac;
- la mise en disponibilité de dépliants d'information sur l'HTA et le tabac à remettre aux patients lors d'une consultation ;
- le développement d'un carnet à l'intention des patients hypertendus pour l'inscription de leurs valeurs ;
- la mise en place d'un protocole d'entretien préventif et de calibration des appareils de mesure de TA (tension artérielle) ;
- la relocalisation des sphygmomanomètres dans certaines salles d'examen dans le but de les rendre conformes au protocole ;
- l'achat de nouveaux appareils de mesure de TA afin de remplacer progressivement les appareils au mercure.

Des liens ont été tissés entre les porteurs de projet et l'intervenant de CLSC responsable du volet cessation tabagique, suite à l'implantation de services de cessation tabagique dans tous les CLSC de la région en janvier 2002, permettant ainsi d'ajouter au *counselling* bref dispensé par les intervenants des Services courants, des services intensifs de cessation sous forme individuelle ou de groupe.

Le tableau 3 présente les différentes activités réalisées dans les trois CLSC expérimentaux de la région de Québec.

Tableau 3 : Activités par CLSC, région de Québec

| | CLSC 1 | CLSC 2 | CLSC 3 |
|--|--|--|---|
| Dépistage | <ul style="list-style-type: none"> - Prise de tension artérielle systématique pour tous les usagers (avant ACDV) - Évaluation du statut tabagique | Prise de tension artérielle systématique pour tous les usagers (implantation graduelle) | <ul style="list-style-type: none"> - Prise de tension artérielle systématique au triage pour tous les usagers (implantation graduelle) - Évaluation du statut tabagique |
| Informations-recommandations | Recommandations systématiques selon le protocole en hypertension et le protocole en tabac | Lors du suivi des usagers hypertendus : enseignement sur les habitudes de vie (30 secondes à 3 minutes) | <ul style="list-style-type: none"> - Lors des suivis infirmiers en hypertension : enseignement (non systématique) sur les habitudes de vie et l'hypertension - Recommandations pour cesser de fumer |
| Développement d'outils et remise d'outils | <ul style="list-style-type: none"> - Feuilletts ACTI-MENU sur l'hypertension et le tabac remis lors des interventions - Carnet HTA remis aux hypertendus | <ul style="list-style-type: none"> - Feuilletts ACTI-MENU remis lors du suivi pour hypertension - Carnet énergie : agenda avec les objectifs et les résultats de chaque usager /test « Avez-vous bon cœur? » (rempli par l'usager) | <ul style="list-style-type: none"> - Trousse « cœur en santé » (non systématique) - Feuilletts ACTI-MENU (non systématique) - Carnet HTA remis aux hypertendus |
| Suivis | Suivi assuré par les soins infirmiers courants : plusieurs prises de tension artérielle, recommandations | Suivis infirmiers pour les prises de tension artérielle régulières et pour de l'enseignement sur les habitudes de vie | Suivis infirmiers pour de l'enseignement sur la tension artérielle et les habitudes de vie |
| Référence | Référence non systématique aux cliniques médicales, au service de nutrition, et en cessation tabagique | Référence non systématique à des groupes de support intra/extra CLSC à l'aide des formulaires de référence | Référence non systématique aux groupes de cessation tabagique du CLSC |
| Autres interventions | <ul style="list-style-type: none"> - Entretien préventif et calibrage des appareils de mesure de tension artérielle - Sensibilisation au retrait progressif des appareils au mercure | <ul style="list-style-type: none"> - Entretien préventif et calibrage des appareils de prise de tension artérielle - Sensibilisation au retrait progressif des appareils au mercure | <ul style="list-style-type: none"> - Entretien préventif et calibrage des appareils de prise de tension artérielle - Sensibilisation au retrait progressif des appareils au mercure |

2.2 Région de Montréal

2.2.1 Processus d'implantation

La mise en place de comités de travail dans chacun des trois CLSC expérimentaux de la région de Montréal a constitué une étape importante pour l'implantation du projet. La composition des comités de travail diffère : un comité regroupant des représentants de l'ensemble des professionnels des Services courants (médecins, infirmières, gestionnaire) est à l'œuvre dans un CLSC, une équipe restreinte de travail faisant le lien entre les groupes de professionnels est en place dans un autre et un comité composé d'une gestionnaire,

d'infirmières et d'une nutritionniste contractuelle constitue l'équipe de base dans le troisième CLSC. Le travail en comité s'effectue régulièrement et des rencontres avec l'équipe de la promotrice régionale se déroule aux six semaines pour chacun des CLSC.

La collaboration avec d'autres professionnels œuvrant au CLSC – notamment des nutritionnistes et des organisateurs communautaires – a permis un élargissement de la portée du projet. Les nutritionnistes ont offert de la formation aux intervenants des Services courants et les organisateurs communautaires ont collaboré à l'élaboration de répertoires de ressources présentes dans la communauté et qui font la promotion de saines habitudes de vie.

La révision de la feuille de cueillette de données de l'infirmière dans les trois CLSC, la conception et l'implantation de protocoles de dépistage et de prise en charge de la clientèle hypertendue dans deux CLSC, ont favorisé l'harmonisation des pratiques et des interventions au sein des Services courants. Ces nouveaux outils sont en voie d'être sanctionnés par les autorités décisionnelles de chacun des CLSC.

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

- formation sur nutrition et dyslipidémies dispensée par la nutritionniste engagée pour le projet *Au cœur de la vie* à l'intention des infirmières (CLSC 1) ; ces deux formations de trois heures chacune réunissaient les cinq infirmières des Services courants et ont permis la mise à jour des connaissances, tout en servant d'assises au projet des ateliers d'enseignement destinés à la clientèle;
- formation sur la nutrition (diète DASH) et l'hypertension artérielle dispensée par la nutritionniste du CLSC à l'intention des infirmières des Services courants (CLSC 2). Suite à cette formation, les intervenants ont choisi le matériel d'éducation à remettre au patient;
- révision des lignes directrices sur l'hypertension artérielle à l'intention de sept médecins du CLSC 3;
- interventions individuelles auprès des patients selon les stades de changement de Prochaska à l'intention du personnel des Services courants de deux CLSC : au CLSC 1, cinq infirmières ont été formées, au CLSC 3, dix infirmières et six médecins ont assisté à la formation. L'objectif de ces présentations était d'optimiser les interventions en tenant compte du stade de changement du patient;
- ateliers pratiques sur la prise de tension artérielle offerts dans les deux CLSC ayant choisi cette thématique à l'intention des médecins et des infirmières des Services courants (CLSC 2 et 3); au CLSC 2, douze infirmières étaient présentes à la formation, au CLSC 3, huit médecins et dix infirmières y étaient.

Dans le but de sensibiliser le personnel des CLSC à l'importance d'une bonne santé cardiovasculaire, deux CLSC ont organisé une journée de dépistage en santé cardiovasculaire et en évaluation de la condition physique.

Enfin, deux rencontres régionales, auxquelles participaient intervenants et gestionnaires, ont été tenues en juin et en décembre afin de permettre les échanges et le partage d'informations et de stratégies.

Le tableau 4 reprend les différents éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie* dans les trois CLSC expérimentaux de la région de Montréal.

Tableau 4 : 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 et dyslipidémies | Hypertension | Hypertension |
| Comité de travail | Oui | Oui | Oui |
| Rencontres avec promoteur | Aux 6 semaines | Aux 6 semaines | Aux 6 semaines |
| Cibles de l'intervention | | | |
| Médecins | Non | Médecins des Services courants (SC) | Médecins des SC |
| Infirmières | Infirmières des SC | Infirmières des SC | Infirmières des SC |
| Autres intervenants | Nutritionniste (privée) | Organisateur communautaire, nutritionniste | Organisatrice communautaire |
| Formations | Mise à jour des connaissances sur l'alimentation et les dyslipidémies (Infirmières) Interventions individuelles selon le modèle de Prochaska (Infirmières) | Atelier de prise de tension artérielle (infirmières et médecins) Nutrition et HTA (infirmières) | Mise à jour des Lignes directrices sur l'hypertension artérielle (médecins) Atelier de prise de tension artérielle (infirmières et médecins) Interventions individuelles selon le modèle Prochaska (infirmières et médecins) |
| Autres activités | | Journée de dépistage en santé cardiovasculaire et en évaluation de la condition physique pour les intervenants | Journée de dépistage en santé cardiovasculaire et en évaluation de la condition physique pour les intervenants |

2.2.2 Activités réalisées

Le travail entrepris pour améliorer le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des clients s'est traduit par la mise en place de protocoles de dépistage, de prise en charge et de suivi de la clientèle hypertendue dans deux CLSC et de groupes d'enseignement portant sur l'alimentation des hypercholestérolémiques dans un autre CLSC.

Des activités dans la communauté ont aussi été réalisées. Une conférence sur le cholestérol a été offerte dans un CLSC avec le soutien d'une compagnie pharmaceutique et dans un autre, des conférences sur la santé cardiovasculaire ont été organisées dans les groupes communautaires. Quant au troisième CLSC, il s'est entendu avec un club sportif pour offrir un rabais aux clients qu'il réfère.

Le tableau 5 présente les différentes activités réalisées dans les trois CLSC expérimentaux de la région de Montréal.

Tableau 5 : Activités par CLSC, région de Montréal

| | CLSC 1 | CLSC 2 | CLSC 3 |
|--|--|---|--|
| Usagers ciblés par les interventions | Usagers dyslipidémiques | Usagers hypertendus | Usagers hypertendus référés par les médecins |
| Dépistage | Non | Oui | Oui |
| Informations-recommandations | Non | Recommandations systématiques et uniformes auprès des usagers hypertendus | Recommandations systématiques uniformes auprès des usagers hypertendus /références aux activités d'enseignement selon certains critères |
| Développement d'outils et remise d'outils | Pour le personnel : <ul style="list-style-type: none"> - Algorithme décisionnel pour les patients hypercholestérolémiques - <i>Counselling</i> 30 secondes à 3 minutes - Références aux groupes d'enseignement - Collecte de données ponctuelle - Cahiers de l'animateur pour les groupes d'enseignement (Atelier 1 terminé; ateliers 2 et 3 à compléter) | Pour le personnel : <ul style="list-style-type: none"> - Suivi pour la clientèle hypertendue - Formulaire de suivi infirmier pour HTA - Algorithme décisionnel pour les patients des services généraux présentant une TA élevée - Recommandations pour la mesure de la tension artérielle - Protocole de calibration et d'entretien préventif des sphygmomanomètres, stéthoscopes et brassards - Feuille signes vitaux - Inventaire des ressources | Pour le Personnel : <ul style="list-style-type: none"> - Collecte de données infirmières - Feuillet de référence aux activités d'enseignement - Protocole de calibrage et d'entretien préventif des sphygmomanomètres, des stéthoscopes et des brassards - Plan de traitement – Suivi HTA - Graphique de la tension artérielle - Guide thérapeutique de la prise en charge de la clientèle hypertendue - Activités d'enseignement : critères de références et description |

| | CLSC 1 | CLSC 2 | CLSC 3 |
|--|---|---|---|
| Développement d'outils et remise d'outils (suite) | Pour les usagers : - Cahier du participant (Atelier 1 : terminé; Ateliers 2 et 3 à compléter) | Pour les usagers : - Feuille de référence pour programme hyper-marche | Pour les usagers : - Formulaire d'entente pour contrôler la tension artérielle - Journal d'activité physique - Inventaire des ressources alimentaires et physiques du quartier - Tableau des objectifs santé - Conseil sur les médicaments - Plan d'action de tension artérielle - Contrat de cessation du tabagisme |
| Suivis auprès des usagers | Référence aux groupes d'enseignement inscrite dans le dossier des usagers | Les suivis sont assurés par la clinique d'hypertension ou par le médecin traitant | Outil pour les suivis : graphique de tension artérielle qui indique le poids, l'IMC et les prises de TA |
| Référence des usagers | Formulaire de référence pour les groupes d'enseignement développé (à être utilisé par les médecins) | Référence des médecins, infirmières et nutritionniste à la clinique d'hypertension par une procédure interprofessionnelle | Références à l'externe pour mesures de la tension artérielle (liste des pharmacies) |
| Nouveau service | Groupe d'enseignement pour clients hypercholestérolémiques | Suivi individuel par l'infirmière et la nutritionniste une fois par semaine au besoin | Groupe d'enseignement pour clients hypertendus |
| Autres interventions | | Calibrage des appareils de TA | - Calibrage des appareils de TA - Conférences sur l'hypertension, le tabac, le cholestérol dans des organismes communautaires (ponctuel) |

2.3 Région de la Mauricie – Centre-du-Québec

2.3.1 Processus d'implantation

Pour les trois CLSC de la région de la Mauricie – Centre du Québec, le tabagisme a été choisi comme facteur de risque pour l'intervention.

Pour faciliter l'implantation du projet *Au cœur de la vie* deux CLSC ont créé chacun un groupe de travail, alors que dans le troisième CLSC deux comités ont été formés (se référer au rapport annuel 2001-2002 pour la mise en place des comités). Dans deux CLSC, les groupes de travail sont composés du porteur, de la promotrice régionale et de l'intervenant régional tabac. Ces groupes de travail se réunissent toutes les deux ou trois semaines. Dans le troisième CLSC, deux comités ont été créés. Le comité de gestion, composé du porteur, du chef de programme, d'une infirmière-conseil, de la promotrice régionale et du répondant tabac, se réunit toutes les trois semaines. Le comité consultatif, composé de trois infirmières de la clinique ambulatoire, de trois infirmières des SIC du CLSC, d'une inhalothérapeute, du porteur de projet, du chef de programme et d'une infirmière-conseil, se réunit toutes les six semaines. La promotrice régionale et le répondant régional tabac assistent à toutes les réunions de travail réalisées dans le cadre d'*Au cœur de la vie* dans les trois CLSC. Pour tous les CLSC expérimentaux, un médecin de liaison a été nommé. Le rôle de ce médecin est de transmettre les informations relatives à l'avancement de travaux et à faire valider ceux-ci par le corps médical.

De plus, des rencontres régionales regroupant les trois CLSC expérimentaux sont organisées périodiquement. Ces rencontres visent à créer des liens entre les CLSC, à discuter d'enjeux communs et à partager les outils qui sont conçus dans le cadre du projet.

Les interventions ont ciblé d'une part les équipes du CLSC et d'autre part les services offerts aux usagers fumeurs. Il s'agit d'interventions minimales et brèves en cessation tabagique implantées dans le cadre d'*Au cœur de la vie* et intégrées à un autre programme régional (PQAT) qui a pour objectif la mise sur pied de centres d'abandon du tabac (CAT). Ces cliniques ont également commencé à partir de mars 2002.

Dans chacun des CLSC, les intervenants (infirmières, inhalothérapeutes et médecins des services courants) ont reçu une formation sur l'intervention en cessation tabagique. Les formations sur les interventions minimales et brèves ont été données par l'intervenant du CAT de leur établissement, parfois en collaboration avec la promotrice. Ces formations ont été données au niveau local selon les disponibilités du personnel de chacun des établissements. Concernant les interventions complètes et intensives en cessation tabagique, ce sont deux personnes ressources externes, en collaboration avec le répondant régional tabac et un médecin conseil en santé publique, qui ont offert une formation de quatre jours. Le tableau 6, indique le nombre d'intervenants présents lors des formations.

Tableau 6 : Nombre d'intervenants présents lors des formations, région de la Mauricie – Centre-du-Québec

| | Présences aux formations sur les interventions minimales et brèves | Présences aux formations sur les interventions complètes et intensives |
|---------------|---|--|
| CLSC 1 | 2 médecins 2 infirmières | 1 médecin 1 infirmière 1 inhalothérapeute |
| CLSC 2 | 18 infirmières des soins infirmiers courants et 15 de la clinique ambulatoire | 1 médecin 2 infirmières 6 inhalothérapeutes |
| CLSC 3 | 5 médecins ¹ 9 infirmières | 1 médecin 1 infirmière 1 inhalothérapeute |

¹ Un volet plus détaillé sur les TSN a été ajouté à la demande des médecins

Un questionnaire a été conçu pour évaluer l'implantation des interventions. Un seul CLSC l'a utilisé auprès des infirmières. Les résultats de l'évaluation ont montré que les intervenants étaient à l'aise avec l'intégration des interventions brèves en cessation tabagique auprès des usagers et avec l'utilisation des outils proposés. Un autre CLSC a également évalué la satisfaction des interventions auprès des intervenants et les résultats obtenus sont identiques à ceux du CLSC précédent.

Le 26 mars 2003, une rencontre régionale a été organisée afin d'amorcer une réflexion sur le prochain thème d'intervention à traiter dans *Au cœur de la vie*. Cette démarche a été soutenue par un travail de fond réalisé par la promotrice en collaboration avec Dr Louise Soulière. L'objectif de ce travail était de faire ressortir les enjeux reliés au choix de divers facteurs de risque, il visait à guider les porteurs et chefs de programme dans le choix du prochain thème d'intervention. Les thèmes retenus sont l'activité physique et l'alimentation.

Le tableau 7 reprend les différents éléments du processus d'implantation du projet *Au cœur de la vie* dans les trois CLSC expérimentaux de la région de la Mauricie – Centre-du-Québec.

Tableau 7 : Éléments du processus d'implantation au projet *Au cœur de la vie*, région de Mauricie – Centre-du-Québec

| | CLSC 1 | CLSC 2 | CLSC 3 |
|---|--|---|--|
| Titre | Interventions minimales et brèves au service de santé courant / Centre d'abandon du tabagisme (CAT) | - Interventions minimales et brèves aux Services courants (SC) et à la clinique ambulatoire - Interventions complètes en inhalothérapie | Interventions minimales et brèves aux Services courants/ Centre d'abandon du tabac (CAT) |
| Facteur de risque ou habitude de vie | Tabac | Tabac | Tabac |
| Cibles de l'intervention : | | | |
| Médecins | Médecins d'un point de service | Médecins de la clinique ambulatoire | Médecins des SC (sauf à St-Tite) |
| Infirmières | Infirmières des SC | Infirmières des SC et de la clinique ambulatoire | Infirmières des SC |
| Autres intervenants | Inhalothérapeute et secrétaires (remise du questionnaire) | Inhalothérapeutes | Inhalothérapeute (CAT) |
| Comité de travail | Groupe de travail | Deux comités de travail | Groupe de travail |
| Formations | - Formation intensive sur l'intervention en cessation tabagique (M.D. et inf. du CAT, inhalothérapeute) - Formation sur l'intervention brève en cessation tabagique (inf. et M.D. des SC) | - Formation intensive sur l'intervention en cessation tabagique (M.D. et inf. du CAT, inhalothérapeutes) - Formation sur l'intervention brève en cessation tabagique (inf. et M.D. des SC) | - Formation intensive sur l'intervention en cessation tabagique (Inf. et M.D. du CAT, inhalothérapeute) - Formation sur l'intervention brève en cessation tabagique (inf. et M.D. des SC) |
| Rencontres avec promoteur | - Fréquence : une toutes les 2 à 3 semaines - Rencontres régionales avec le porteur, le médecin de liaison et chef de programme selon les cas (environ 4 par année) | - Fréquence : une toutes les 3 semaines - Rencontres régionales avec les porteurs, le médecin de liaison et le chef de programme selon les cas (environ 4 par année) | - Fréquence : une toutes les 3 semaines - Rencontres régionales avec le porteur, le médecin de liaison et chef de programme selon les cas (environ 4 par année) |

2.3.2 Activités réalisées

Les activités visaient principalement la mise en place d'un dépistage systématique du statut tabagique des usagers par les intervenants des Services courants, accompagné de recommandations brèves. Dans les trois CLSC, des feuillets d'informations sont remis aux usagers et des suivis sont assurés auprès des usagers fumeurs.

Le tableau 8 présente les différentes activités réalisées dans les trois CLSC expérimentaux de la région de Mauricie – Centre-du-Québec.

Tableau 8 : Activités par CLSC, région de Mauricie – Centre-du-Québec

| | CLSC 1 | CLSC 2 | CLSC 3 |
|--|--|--|--|
| Usagers ciblés | Fumeurs | Fumeurs | Fumeurs |
| Dépistage | Évaluation systématique du statut tabagique de tous les usagers des SC (questionnaire) | Identification du statut tabagique au dossier de tous les usagers | Identification systématique du statut tabagique et du nombre de cigarettes au dossier de tous les usagers |
| Informations-recommandations | Recommandations systématiques standardisées selon le statut tabagique | Informations et conseils adaptés à l'étape de changement de l'usager selon des lignes directrices systématiques (Prochaska) | Recommandations systématiques et standardisées selon le statut tabagique de l'usager |
| Développement d'outils et remise d'outils | <ul style="list-style-type: none"> - Algorithme décisionnel pour les intervenants - Questionnaire pour identifier le statut tabagique (mis au dossier) - Dépliant présentant le centre d'abandon remis systématiquement aux fumeurs | <ul style="list-style-type: none"> - Algorithme décisionnel pour les intervenants - Feuille de référence pour le CAT - Document de réflexion pour les fumeurs et questionnaire aux fumeurs (remis systématiquement) | <ul style="list-style-type: none"> - Algorithme décisionnel pour les intervenants - Feuille au dossier - Dépliants pour fumeurs en phase de réflexion et de pré-réflexion disponibles dans la salle d'attente |
| Suivis | <ul style="list-style-type: none"> - Les dates de réévaluation du statut tabagique sont inscrites au dossier - Suivi des fumeurs à long terme par le centre d'abandon du tabac | <ul style="list-style-type: none"> - Suivi des fumeurs à long terme par le centre d'abandon du tabac | <ul style="list-style-type: none"> - Les dates de réévaluation du statut tabagique inscrites au dossier - Suivi des fumeurs par le centre d'abandon du tabac |
| Référence | Les intervenants réfèrent systématiquement (procédure selon le statut tabagique) les fumeurs au centre d'abandon (bordereau de référence) | Référence au centre d'abandon du tabac par le formulaire de référence rempli par les intervenants ou par le document de réflexion rempli par l'usager (fumeur) | Référence au centre d'abandon du tabac par la fiche d'inscription remise par les médecins et les infirmières |
| 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 | <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

Le CLSC expérimental de la région de l'Outaouais a retenu la cessation tabagique comme thème d'intervention pour 2002-2003.

En avril 2002, un nouveau porteur s'est joint au projet et en juillet, une nouvelle promotrice a remplacé celui qui était en place depuis le début du projet à la Direction de la santé publique. Ces changements ont ralenti les travaux dans cette région. Par ailleurs, il n'a pas été possible de constituer un comité de travail dans ce CLSC à cause de l'impossibilité de libérer des infirmières pour travailler dans un comité. La promotrice et la porteuse ont donc opté pour un fonctionnement plus informel. Durant la dernière année, la promotrice régionale a eu plusieurs rencontres (6) ou conférences téléphoniques avec le nouveau porteur du CLSC.

Pour aider à l'harmonisation des pratiques en cessation tabagique, une formation a été offerte aux médecins (« Médecins actifs pour contrer le tabagisme »).

Le tableau 9 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 9 : Éléments du processus d'implantation au projet *Au cœur de la vie*, région de l'Outaouais

| | CLSC |
|---|--|
| Titre | Harmonisation des pratiques en cessation tabagique /Service permanent d'aide à la cessation tabagique (Santé sans fumée) |
| Facteur de risque ou habitude de vie | Tabac |
| Cibles de l'intervention : | |
| Médecins | Médecins des Services courants |
| Infirmières | Infirmières des Services courants |
| Formations | Cessation tabagique (porteur) hiver 2002 |

2.4.2 Activités réalisées

Les activités visaient principalement l'harmonisation des pratiques en cessation tabagique. Le tableau 10 présente les différentes activités réalisées dans le CLSC expérimental de la région de l'Outaouais.

Tableau 10 : Activités, région de l'Outaouais

| | CLSC |
|-------------------------------------|--|
| Usagers ciblés | Fumeurs |
| 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 |
| Remise d'outils | Brochures <i>J'arrête, j'y gagne</i> et <i>Quit to Win</i> disponibles dans les salles d'attente et dans les bureaux des infirmières et des médecins (au CLSC et dans les cliniques) |
| Suivis | Suivi du statut tabagique dans le dossier de l'utilisateur (à venir) |
| 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 |

3 CONCLUSION

L'année 2002-2003 s'est principalement caractérisée par la mise en place de conditions favorables pour l'atteinte de l'objectif de changements de pratique dans la prévention des facteurs de risque reliés aux maladies cardiovasculaires dans les CLSC expérimentaux. Dans l'ensemble des CLSC des formations ont été offertes aux intervenants (médecins et infirmières principalement) des Services courants sur le ou les facteur(s) de risque retenus dans les plans d'action pour l'année 2002-2003. Par ailleurs, de nouveaux outils ont été intégrés à la pratique des intervenants.

Parallèlement à l'implantation des activités dans les différents CLSC, la coordination provinciale s'est attachée à l'opérationnalisation des lignes directrices et des consensus d'experts dans la pratique des médecins et infirmières aux Services courants en vue de les intégrer à la pratique des intervenants au courant de l'année 2003-2004.

Dans l'année qui vient, le groupe provincial, constitué des promotrices, de la coordonnatrice et de la chercheuse principale, se penchera sur la possibilité de généraliser l'expérience du projet *Au cœur de la vie* à d'autres organisations comme les GMF (groupes de médecine de famille), les cliniques médicales et les autres CLSC.

Les promotrices continueront leur travail de soutien pour la mise en place de nouvelles interventions et verront à la consolidation des actions du plan de l'année 2002-2003.

PARTIE 2 : VOLET ÉVALUATION

INTRODUCTION

L'année 2002-2003 a été principalement consacrée à l'analyse des données recueillies lors du temps 0 de l'évaluation (référence rapport 2001-2002) et au retour d'information pour les CLSC expérimentaux. Il s'agissait principalement d'une analyse descriptive des données de l'évaluation d'implantation, de résultats et d'impact. 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.

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

Durant la dernière année des entrevues téléphoniques ont été réalisées auprès des 20 porteurs (un par CLSC) et auprès des promoteurs régionaux. Deux suivis ont été réalisés auprès des porteurs dans chacun des 20 CLSC et auprès des promoteurs régionaux. Le tableau 11 propose une synthèse de la cueillette des données dans le cadre de l'évaluation d'implantation au 31 mars 2003.

Tableau 11 : Données recueillies dans le cadre de l'évaluation d'implantation au 31 mars 2003

| Cueillette | Entrevues et documents | Nombre d'entrevues réalisées | Objectifs |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Temps zéro (année 2001-2002) | Entrevues auprès des intervenants, cadres, administrateurs, directeurs généraux | 154 entrevues (voir rapport annuel 2001-2002) | Réaliser un portrait organisationnel des CLSC participants |
| Suivis promoteurs | 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 (voir rapport annuel 2001-2002) 2 ^e suivi (juin-juillet 2002) : 4 entrevues 3 ^e suivi (décembre 2002-Janvier 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 | 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 | 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> |

1.1 Entrevues auprès des promotrices régionales et de la coordonnatrice provinciale

Les CLSC expérimentaux reçoivent un soutien de la santé publique par le 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 2002 et mars 2003, les promotrices et la coordonnatrice ont été interviewées à deux reprises (tableau 11). La première série d'entrevues s'est déroulée à l'été 2002 et la seconde à l'hiver 2003. En tout, neuf entrevues ont 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.

1.2 Entrevues auprès des porteurs de dossier dans les CLSC

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 inter-organisationnels DSP/CLSC et
- 4) les facteurs qui influencent l'implantation du projet (réactions des intervenants, soutien administratif, climat organisationnel, etc.).

Élaboration de l'instrument de collecte d'information auprès des porteurs :

Dans un premier temps, une grille de suivi «auto-administrée» a été élaborée par l'équipe de recherche afin que les porteurs puissent transmettre régulièrement les informations sur le processus d'implantation à l'équipe de recherche. Suite aux commentaires reçus (manque de temps pour remplir la grille, perception négative de l'ajout d'une nouvelle grille à remplir, etc.), il a été décidé de remplacer cette grille par des suivis téléphoniques réguliers auprès des porteurs (entrevues semi-dirigées) d'une durée de 15 à 20 minutes. Une première série de suivis a eu lieu en juin 2002 et une seconde en octobre 2002.

Ces suivis ont été effectués par une agente de recherche préalablement formée auprès de tous les porteurs (CLSC expérimentaux et témoins). Cette méthode de cueillette de données s'est avérée bien adaptée aux besoins des porteurs tout en permettant à l'équipe de recherche de recueillir des informations plus précises.

Suite au premier suivi, des modifications ont été apportées quant aux thèmes abordés avec le porteur afin d'assurer un meilleur recueil de l'information.

Préparation du suivi :

Préalablement à la réalisation de l'entrevue, les porteurs sont 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 pour tâche d'effectuer une analyse documentaire avant de réaliser les entrevues avec les différents porteurs. Selon l'analyse documentaire réalisée, l'agente de recherche peut adapter la grille (questions spécifiques) au contexte particulier de chaque CLSC.

Transcription et codification :

Une retranscription intégrale de chaque entrevue n'est pas réalisée. L'agente de recherche retranscrit les informations recueillies à l'aide d'une grille identique pour chaque CLSC. Des remarques sur le climat de l'entrevue sont également incluses. Les suivis sont ensuite codés automatiquement sur Nudist. Éventuellement des codes plus précis sont ajoutés dans la base de données sur NUDIST.

Retour d'information :

Une fois la grille complétée pour chaque CLSC, celle-ci est 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. Toutefois, s'il le désire, le porteur peut diffuser cette grille à d'autres personnes du CLSC. Les remarques sur le climat de l'entrevue ne sont pas incluses dans la grille renvoyée au porteur.

2 ANALYSES DES DONNÉES DU TEMPS 0 DE L'ÉVALUATION

L'analyse des données du temps 0 réalisée au courant de cette année a été donc faite en fonction de deux objectifs : 1) le retour d'information aux CLSC participant au projet et 2) analyses réalisées pour des présentations particulières et l'écriture d'abrévés soumis à des conférences.

2.1 Retour d'information aux CLSC expérimentaux

2.1.1 Présentations auprès des CLSC expérimentaux

Entre le mois de septembre 2002 et le mois de février 2003, deux membres de l'équipe de recherche se sont déplacés dans les dix CLSC expérimentaux pour présenter les résultats aux intervenants, cadres et administrateurs, et recueillir leurs commentaires. Pour planifier ces rencontres, un travail de coordination a été nécessaire entre les promotrices, l'équipe de recherche, le gestionnaire et le porteur du CLSC. Des invitations individuelles ont été envoyées aux intervenants par l'équipe de recherche. 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, des gestionnaires travaillant aux Services courants ainsi que le directeur général étaient présents. La plupart des présentations ont eu lieu aux heures de dîner pour mieux répondre aux disponibilités des intervenants.

Ces rencontres se sont déroulées dans un climat très positif, suscitant de nombreuses questions et une réflexion sur les pratiques préventives des professionnels et les problématiques de santé abordées par les médecins et infirmières lors des consultations. Ces rencontres ont été l'occasion de discuter du déroulement de l'intervention et de la réalité des CLSC et des Services courants à l'heure actuelle. Ces rencontres ont été appréciées par les intervenants, les cadres et les promotrices et ont même occasionnellement permis, en raison des débats qu'elles ont suscités dans certains CLSC, de renforcer l'adhésion au projet.

2.1.2 Information retournée

L'information a été présentée d'une manière standardisée dans l'ensemble des CLSC expérimentaux. Les points saillants des résultats du temps 0 de l'évaluation d'implantation, de résultats et d'impact ont été présentés (se référer au rapport annuel 2001-2002 pour une présentation détaillée de la collecte des données pour ces trois volets de l'évaluation).

Évaluation d'implantation :

Le retour d'information quant à l'analyse du contenu des entrevues qualitatives réalisées auprès d'intervenants et de cadres administratifs des Services courants des CLSC a porté sur les thèmes suivants :

- 1) la place de la prévention (présentation des pratiques préventives au niveau des MCV et facteurs reliés à ces pratiques);
- 2) la perception des répondants de leurs rôles en prévention et de l'attitude des usagers;
- 3) les perceptions des professionnels des Services courants sur le projet *Au cœur de la vie* (les perceptions positives et négatives du projet et sur les facteurs pouvant influencer l'implantation du projet).

En plus de la présentation orale réalisée par les deux membres de l'équipe de recherche, des rapports complets de l'analyse des dimensions ci-dessus ont été effectués et envoyés individuellement aux personnes ayant participé aux entrevues téléphoniques (au temps 0 de l'évaluation).

Évaluation des 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 facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.

Le nombre d'infirmières et de médecins par CLSC étant trop faible, les résultats ont été présentés selon la région et comparés à ceux obtenus pour l'ensemble des 20 CLSC. Pour la région de l'Outaouais, où seuls deux CLSC participent au projet, il n'a pas été possible de calculer des pourcentages étant donné la faiblesse des effectifs. Concernant la région de la

Mauricie – Centre-du-Québec, le très faible effectif pour les médecins a limité les interprétations au niveau régional (tableau 12).

Tableau 12 : Nombre d’infirmières et de médecins ayant rempli un questionnaire selon la région

| Région | Infirmières N | Médecins N |
|-----------------------------|------------------|---------------|
| Québec | 42 | 33 |
| Montréal | 53 | 27 |
| Mauricie – Centre du Québec | 70 | 15 |
| Outaouais | 12 | 8 |
| 20 CLSC | 177 | 83 |

Le tableau 13 présente les informations retournées aux CLSC expérimentaux pour le temps 0 de l'évaluation de résultats. Il s'agit d'informations concernant la fréquence de certains actes préventifs, les types de recommandations données généralement aux patients et le niveau de préparation des médecins et infirmières pour intervenir dans certains domaines.

Tableau 13 : Informations retournées aux CLSC expérimentaux, évaluation de résultats

| |
|---|
| <p>Fréquence des actes préventifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fréquence de la prise de la tension artérielle selon le contexte de pratique (avec et sans rendez-vous); - fréquence du <i>counselling</i> anti-tabagique selon le contexte de pratique; - fréquence à laquelle le professionnel s'informe sur le niveau d'activité physique du patient selon le contexte de pratique; - fréquence à laquelle le professionnel s'informe sur l'alimentation du patient selon le contexte de pratique. |
| <p>Types de recommandations données pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la cessation tabagique; - le contrôle de l'hypertension artérielle; - le contrôle du cholestérol; - le contrôle du diabète. |
| <p>Niveau de préparation des médecins et infirmières (se sentir pas, peu ,bien, très bien préparé) pour intervenir dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - alimentation; - activité physique; - cessation tabagique; - embonpoint; - stress. |
| <p>Sources d'information les plus fréquemment utilisées concernant les facteurs de risque reliés aux maladies cardiovasculaires.</p> |

Évaluation d'impact :

Pour l'évaluation d'impact, nous rappelons qu'il s'agissait (temps 0) d'une enquête auprès des usagers des Services courants des différents CLSC participant au projet. Le nombre d'usagers rejoints par CLSC a permis de présenter les résultats selon le CLSC et de les comparer aux résultats obtenus au niveau de la région et pour l'ensemble des 20 CLSC participant au projet *Au cœur de la vie*. Le tableau 14 présente les effectifs selon la région et celui obtenu pour l'ensemble des 20 CLSC.

Tableau 14 : Nombre d'usagers rejoints, selon la région

| Région | N |
|-----------------------------|-------|
| Québec | 1 143 |
| Montréal | 1 143 |
| Mauricie – Centre du Québec | 1 170 |
| Outaouais | 346 |
| 20 CLSC | 3 802 |

Le tableau 15 présente les informations retournées aux CLSC expérimentaux pour le temps 0 de l'évaluation d'impact. La présentation portait principalement sur la prévalence de certains facteurs de risque (hypertension, hypercholestérolémie, diabète) des usagers rejoints et sur la fréquence de certains actes préventifs et recommandations reçus par les usagers de la part des intervenants du CLSC.

Tableau 15 : Informations retournées aux CLSC expérimentaux, évaluation d'impact

| |
|--|
| <p>Prévalence de facteurs de risque selon le sexe et l'âge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tabagisme; - hypertension; - cholestérol; - diabète; - antécédent de MCV. |
| <p>Actes préventifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise de la tension artérielle lors de dernière visite au CLSC; - valeur de la tension artérielle donné par l'intervenant du CLSC. |
| <p>Recommandations déjà reçues de la part d'au moins un professionnel du CLSC sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la cessation tabagique (usagers fumeurs); - le contrôle de la tension artérielle (usagers hypertendus); - le contrôle du cholestérol (usagers hypercholestérolémiques); - le contrôle du diabète (usagers diabétiques); - alimentation (ensemble des usagers); - activité physique (ensemble des usagers). |
| <p>Type des recommandations reçues par les usagers de la part d'intervenants du CLSC pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la cessation tabagique; - le contrôle de l'hypertension; - le contrôle du cholestérol. |

2.2 Retour d'information aux CLSC témoins

Le retour d'information aux CLSC témoins s'est fait sous la forme d'un court rapport écrit. De par le devis expérimental de l'évaluation, aucune information qui pourrait être reliée à une forme de soutien de la santé publique a été retournée aux CLSC témoins. Comme pour les CLSC expérimentaux, les points saillants de l'analyse des données des questionnaires remplis par les médecins et infirmières (évaluation de résultats) ont été présentés seulement par région à cause des faibles effectifs par CLSC. Le tableau 16 présente les informations retournées aux dix CLSC témoins.

Tableau 16 : Informations retournées aux CLSC témoins, évaluation de résultats et d'impact

| |
|---|
| Évaluation de résultats : |
| Fréquence des actes préventifs : <ul style="list-style-type: none">- fréquence de la prise de la tension artérielle selon le contexte de pratique (avec et sans rendez-vous);- fréquence du <i>counselling</i> anti-tabagique selon le contexte de pratique;- fréquence à laquelle le professionnel s'informe sur l'alimentation du patient selon le contexte de pratique;- fréquence à laquelle le professionnel s'informe sur l'activité physique du patient selon le contexte de pratique. |
| Niveau de préparation des médecins et infirmières (se sentir pas, peu, bien, très bien préparé) pour intervenir dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none">- alimentation;- activité physique;- cessation tabagique;- embonpoint;- stress. |
| Sources d'information les plus fréquemment utilisées concernant les facteurs de risque reliés aux maladies cardiovasculaires |
| Évaluation d'impact : |
| Prévalence de facteurs de risque selon l'âge : <ul style="list-style-type: none">- tabagisme;- hypertension;- cholestérol;- diabète;- antécédent de MCV. |
| Recommandations déjà reçues de la part d'au moins un professionnel du CLSC sur : <ul style="list-style-type: none">- la cessation tabagique (usagers fumeurs);- le contrôle de la tension artérielle (usagers hypertendus);- le contrôle du cholestérol (usagers hypercholestérolémiques);- le contrôle du diabète (usagers diabétiques);- alimentation (ensemble des usagers);- activité physique (ensemble des usagers). |

2.3 Analyses pour présentations et soumissions d'abrévés

2.3.1 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. Les résultats de cette analyse ont fait l'objet d'une présentation auprès des promoteurs régionaux (décembre 2002) dont l'objectif était de présenter les différences dans les processus d'implantation entre les CLSC au statut expérimental et ceux avec un statut de témoin.

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 aura 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.

2.3.2 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 facilitants aux 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. Le premier accepté au 71^e congrès de l'ACFAS propose 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 abrégé accepté à l'American Public Health Association (APHA), 131st Annual Meeting qui aura lieu en novembre 2003, présente un 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) porte plus précisément sur les pratiques préventives reliées à l'activité physique et à l'alimentation parmi les professionnels des CLSC.

3 FINALISATION DES PROFILS DES CLSC

Au cours de l'année 2001-2002, un profil des 20 CLSC a été effectué pour recueillir des informations reliées à l'organisation des services et sur les programmes de promotion-prévention déjà implantés ou en cours dans chacun des CLSC. Ces profils ont été repris afin d'en faire des versions succinctes sous forme de tableaux facilement intégrables dans notre base de données sur NUDIST. Les informations manquantes dans la première version des profils ont été recueillies auprès des porteurs lors des suivis téléphoniques et dans les rapports annuels des CLSC. Ces tableaux seront codés et intégrés à la base de données principale sur le logiciel NUDIST.

4 CARTABLE DES RESSOURCES

Suite au premier suivi réalisé auprès des porteurs, dans le cadre duquel ces derniers indiquaient différentes ressources en santé cardiovasculaire (externes aux CLSC) qu'ils utilisaient (outils, documents, etc.) dans le cadre de l'implantation du projet *Au cœur de la vie*, il a été décidé de rassembler ces différentes ressources. L'agente de recherche responsable des suivis auprès des porteurs a recueilli les différentes ressources citées par les porteurs auprès des organismes qui les diffusent, notamment Santé Canada, la Fondation des maladies du cœur, les compagnies pharmaceutiques, etc. Ces ressources ont été ensuite classées dans un cartable.

5 FORMATION NUDIST ET N.VIVO

Une agente de recherche a bénéficié d'une demi-journée de formation sur le logiciel NUDIST (Université de Sherbrooke). Deux agentes de recherche ont été formées à l'interne sur N.Vivo, logiciel complémentaire à NUDIST.



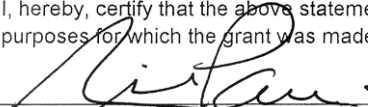
Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

THE RESEARCH INSTITUTE OF THE MCGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE

Grantee: Dr. Gilles Paradis October 6, 2003
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, 2002 TO MARCH 31, 2003 | |
|---|---------------------|
| Previous year-end balance: | \$21,150.72 |
| REVENUES: | |
| Plus: Current year grant for 2002-2003 (Payment received late, July 2003) | \$100,000.00 |
| NET GRANT FUNDS AVAILABLE | \$121,150.72 |
| EXPENDITURES: | |
| Salaries | \$0.00 |
| Fringe Benefits | \$0.00 |
| Materials and Lab Supplies | \$0.00 |
| Animal Costs | \$0.00 |
| Purchased Services | \$0.00 |
| Travel | \$0.00 |
| Equipment | \$0.00 |
| Total expenditures: | \$0.00 |
| UNDER (OVER) EXPENDED BALANCE | \$121,150.72 |

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



 Principal Investigator

Oct 8 2003

 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

October 6, 2003

 Date

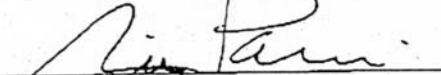


Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

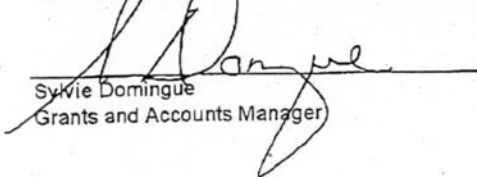
Grantee: Dr. Gilles Paradis June 10, 2003
 Agency: "Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation"
 Grant Title: "Évaluation du projet québécois de dissémination en santé du cœur"
 MGHRI Ref. No. 236820

| FINANCIAL STATEMENT OF REVENUES AND EXPENDITURES FOR THE YEAR ENDING MARCH 31, 2003 | |
|--|--------------------|
| Previous year-end balance: | (\$3,971.13) |
| REVENUES: | |
| Plus: Current year grant or instalment(s) | \$30,000.00 |
| NET GRANT FUNDS AVAILABLE | \$26,028.87 |
| EXPENDITURES: | |
| Salaries | \$0.00 |
| Fringe Benefits | (\$1,347.00) |
| Materials and Lab Supplies | \$317.73 |
| Animal Costs | \$0.00 |
| Purchased Services | \$5,417.61 |
| Travel | \$16.00 |
| Equipment | \$0.00 |
| Total expenditures: | \$4,404.34 |
| UNDER (OVER) EXPENDED BALANCE | \$21,624.53 |

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 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 Date

June 10th, 2003
 Date

PARTIE 4 : PRÉSENTATIONS ET ABRÉGÉS

1 VOLET INTERVENTION

Présentations :

- Octobre 2002 : description de l'intervention lors de la réunion de l'Advisory Group du Canadian Heart Health Dissemination Project, en octobre 2002 à Edmonton.
- 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.
- Décembre 2002 : Conférence invitée par Lise Renaud dans le cadre du « Congreso Internacional de promocion y comunicacion en salud », de la faculté de médecine, division de la santé publique de Medellin, Colombie.

2 VOLET ÉVALUATION

Présentations :

- Octobre 2002 : présentation du devis d'évaluation et de l'avancement de la collecte des données lors de la réunion de l'Advisory Group du Canadian Heart Health Dissemination Project, en octobre 2002 à Edmonton.

Abrégés :

- 71^e Congrès de l'ACFAS, Rimouski, mai 2003 :
Auteurs : Leune 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) Leune V, La Tour S, Renaud L, Paradis G pour le 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 (accepté, table ronde);
 - 2) La Tour S, Leune 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 (accepté, table ronde).
- Second conference of the International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity (ISBNPA), Québec, juillet 2003 :
Leune 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 in Quebec (accepté, poster).

PARTIE 5 : MEMBRES DES COMITÉS 2002-2003

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
Anne-Marie Panneton
Elisabeth Pérès
Lise Renaud

Équipe d'évaluation

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

COMITÉ DES PROMOTEURS

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

ANNEXE I

Bulletin *Au cœur de la vie*, numéro 2, décembre 2002



DANS CE NUMÉRO :

| | |
|--|-----|
| Au cœur de la vie : Au cœur de l'action | 1 |
| Nouvelles de l'évaluation | 2 |
| Nouvelles des régions | 2-3 |
| Nouveauté Déclaration de Montréal | 4 |

Au Cœur de la Vie : Au cœur de l'action !

CLSC expérimentaux participants

Région de Québec :

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

Région de Montréal :

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

Région de l'Outaouais :

- CLSC-CHSLD-CH du Pontiac

Région de la Mauricie-Centre du Québec :

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

CLSC témoins participants

Région de Québec :

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

Région de Montréal :

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

Région de l'Outaouais :

- CLSC-CHSLD de la Petite Nation

Région de la Mauricie-Centre du Québec :

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

Au cœur de la vie en est presque à la mi-projet. Au cours de cette année, les CLSC avaient pour mandat de concevoir et de mettre en œuvre un plan d'action ayant pour cible les pratiques des intervenants, le travail en interdisciplinarité et les alliances avec les ressources de la communauté. Ces actions visent l'intégration dans la pratique quotidienne des intervenants des Services courants, la promotion de la santé cardiovasculaire et la prévention des maladies cardiovasculaires. Mission accomplie ! Depuis mai 2001, les promoteures des quatre Directions de santé publique impliquées ont soutenu les démarches de planification des plans d'action avec succès. Elles ont accompagné les porteurs de projet dans l'identification des besoins de leur clientèle et des intervenants des Services courants, dans la conception et l'implantation de stratégies tant éducationnelle, organisationnelle que de soutien à la pratique.

Cette démarche s'est tout d'abord actualisée par la mise sur pied d'un comité de travail (appelé aussi comité de gestion) dans la plupart des CLSC. Les membres des comités varient d'un CLSC à l'autre mais en général, on y retrouve un représentant des médecins des Services courants, un représentant des infirmières et un responsable (gestionnaire, responsable ou chef de programme) des Services courants. Certains CLSC se sont également doté d'un comité aviseur dont la principale fonction est de valider le plan d'action conçu par le comité de travail.

L'identification des besoins de la clientèle et des intervenants des CLSC de même que le portrait et l'analyse organisationnelle ont été les premières

tâches des porteurs de projet. Cette étape leur a permis d'identifier et de choisir une thématique sur laquelle travailler pour la première année.

L'hypertension a été choisie dans la région de Québec, alors que la Mauricie-Centre du Québec et l'Outaouais ont opté de travailler sur la cessation tabagique. Deux CLSC de la région de Montréal se concentreront sur l'hypertension et un autre sur l'alimentation et l'hypercholestérolémie.

Ces choix sont appuyés par le Programme national de santé public (PNSB) sous la rubrique « Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives ». Le PNSB propose comme actions prioritaires le counselling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires et le soutien des cliniciens dans la détection précoce de l'hypertension. Elles contribueront à améliorer l'espérance de vie en bonne santé, à réduire l'incidence des maladies chroniques (dont les maladies cardiovasculaires) et leurs conséquences, tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité précoce et à engendrer des bénéfices appréciables pour la santé de la population⁽¹⁾.

Depuis mai dernier, les plans d'action sont en phase d'implantation. Bravo à toutes ces équipes qui travaillent d'arrache-pied à améliorer leurs pratiques !

Sylvie Chevalier
Coordonnatrice provinciale

⁽¹⁾ Ministère de la santé et des services sociaux, Programme national de santé publique, 2003-2012 (à paraître), décembre 2002.

Nouvelles de l'évaluation

La première phase de l'évaluation s'est déroulée de septembre 2001 à février 2002 et nous aimerions remercier l'ensemble des CLSC dont la collaboration a été un élément clef pour l'atteinte des objectifs de cette première collecte de données. La première phase de l'évaluation avait comme objectif d'avoir une «image» de la prévention des maladies cardiovasculaires dans les 20 CLSC participants. Cette étape comportait trois volets :

- 1) la réalisation d'entrevues qualitatives téléphoniques auprès de cadres et d'intervenants (médecins, infirmières, travailleurs sociaux et nutritionnistes) ;
- 2) la distribution de questionnaires sur les pratiques préventives complétés par les médecins et les infirmières, et
- 3) la tenue d'une enquête auprès des usagers et portant sur les facteurs

de risque, les habitudes de vie et sur les recommandations reçues au sujet des principaux facteurs de risque.

Pour le premier volet, entre six et huit entrevues ont été réalisées par CLSC, pour un total de 45 entrevues avec des cadres et 108 avec des intervenants (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, nutritionniste, organisateur communautaire). Pour le deuxième volet, un total de 177 infirmières (excellent taux de réponse de 78 %) et 83 médecins (un bon taux de réponse de 59 %) ont rempli le questionnaire sur les pratiques préventives. Finalement, pour le troisième volet, entre 150 et 200 usagers par CLSC ont accepté de répondre au questionnaire, soit un

total de 3802 personnes pour les 20 CLSC (très bon taux de consentement de 70 %).

L'équipe d'évaluation a commencé à retourner 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

Objectifs atteints pour la première phase de l'évaluation

sont invités à faire part de leurs réactions. Ces rencontres sont des moments importants d'échanges entre l'équipe d'évaluation et le personnel des Services courants

participant au projet Au cœur de la vie.

Nouvelles des régions

Montréal

Choix des thématiques, analyse des milieux, mise en place des comités de travail et examen des pratiques ont marqué les premiers mois d'implantation du projet Au cœur de la vie dans les CLSC montréalais.

Les CLSC St-Michel et du Plateau Mont-Royal ont choisi d'intervenir sur le facteur de risque « hypertension » et d'harmoniser l'ensemble des pratiques des Services courants pour faciliter le dépistage et la prise en charge des patients hypertendus. Une révision générale - feuilles de collecte de données, protocoles existants, matériel remis aux patients et même l'emplacement des appareils de prise de tension artérielle - a été entreprise. Des sessions de formation sont prévues pour soutenir la démarche. Les organisateurs communautaires de ces



Journée «Évaluation de la condition physique». Dr Gilles Paradis, DSP Montréal-Centre, et Mme Françoise Barbot, Directrice des Services courants, CLSC St-Michel.

deux CLSC ont également été sollicités et procèdent à l'inventaire des ressources communautaires intéressées à collaborer au projet. La prise en charge des patients hypertendus se traduira par des groupes d'enseignement au CLSC St-Michel et par une approche plus individualisée au CLSC du Plateau.

Le CLSC Ahuntsic a plutôt choisi d'intervenir en hypercholestérolémie et en alimentation et pour ce faire, s'est adjoint les services d'une nutritionniste-consultante. La mise à jour des connaissances des infirmières affectées aux Services courants sur les liens entre alimentation et cholestérol, l'élaboration du contenu de groupes d'enseignement destinés aux clients hypercholestérolémiques axés sur l'acquisition de connaissances et d'habiletés ont marqué l'automne. Les groupes d'enseignement devraient

débuter au début de la nouvelle année et cette expérience pilote sera évaluée.

Conscients de l'importance de s'intéresser à la santé cardiovasculaire du personnel, deux CLSC - St-Michel et Ahuntsic - ont organisé une journée de sensibilisation et d'évaluation de la condition physique et cardiaque.

Françine Hubert
Promoteure régionale

Québec

Dans la région de Québec, grâce à la précieuse collaboration et à l'implication de chacun des territoires ainsi que de l'ensemble des intervenants, cette première année s'achève avec des réalisations concrètes que nous tenons à souligner.

Pour les trois CLSC, deux thèmes ont été retenus pour l'an 1 du projet : l'HTA et le tabagisme. Le premier thème est considéré comme prioritaire par les intervenants des CLSC. Le

tabagisme l'est en raison des opportunités financières qui se présentent au niveau régional pour payer le temps de libération du personnel qui assistera aux formations.

Deux thèmes : l'HTA et le tabagisme

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

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

L'application des dernières lignes directrices sur l'HTA et le tabac en tenant compte des besoins et des réalités de chaque milieu s'est avérée une expérience stimulante.

La seconde année de ce projet québécois de dissémination en santé du cœur s'annonce toute aussi chargée. Les thèmes déjà traités seront reconduits afin de vérifier la compréhension et l'application dans les milieux et de nouveaux thèmes tels le diabète et les dyslipidémies seront abordés.

Raymonde Pineau
Ginette Turbide
Promoteures régionales

Mauricie et Centre-du-Québec

C'est le facteur de risque du tabagisme qui a été choisi par l'ensemble des CLSC expérimentaux qui participent au Programme québécois de dissémination en santé du cœur *Au cœur de la vie*. Il

faut dire que c'est ce facteur de risque qui offrirait le maximum d'opportunités dans un contexte régional de pénurie d'effectifs médicaux.

Les infirmières, les inhalothérapeutes et les médecins des Services courants des CLSC ont réalisé un exercice de partage visant à déterminer quelles interventions du guide de pratique en cessation tabagique pourraient être assumées par l'un ou l'autre des professionnels. Les choix retenus ont nécessité une réorganisation du travail pour tous les milieux soit, la création d'un Centre d'abandon du tabagisme au sein duquel œuvre une infirmière appuyée d'un médecin (interventions intensives et complètes incluant la Thérapie de substitution à la nicotine (TSN)) de même que la réalisation d'interventions minimales et brèves (dépistage, avis de cessation, référence)



Voici l'équipe *Au cœur de la vie* de la Mauricie et du Centre-du-Québec (en commençant par la droite) : Dr Marc Coulombe, porteur du CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie, Mme Nathalie Ratté, promoteure régionale de la DSP, Dr Isabelle St-Germain, médecin, Centre de santé de la MRC de Maskinongé, Mme Chantal Desaulniers, porteur, Centre de santé de la MRC de Maskinongé, Mme Lucette Cloutier, CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie, Dr Anne-Marie Grenier adjointe médicale au DSP et Mme Monique Hivon, porteur du CLSC-CHSLD Vallée-de-la-Batiscan.

de façon systématique par l'ensemble des intervenants des Services courants (infirmières et médecins). Les inhalothérapeutes font aussi partie des professionnels impliqués.

Au plan régional, le programme a été l'occasion de travailler de concert avec le répondant régional tabac dans le cadre de la mise en œuvre du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT). C'est une belle réussite sur le plan de l'intégration de deux programmes régionaux. Du côté des CLSC, le projet a représenté une

occasion unique pour les intervenants de travailler sur un objet commun et de créer des liens entre leurs différents secteurs d'activités et les points de services.

Nathalie Ratté
Promoteure régionale

Outaouais

Après les balbutiements des débuts, le projet *Au cœur de la vie* prend de l'essor.

Madame Pauline Ringrose, porteuse de projet, est en poste depuis avril 2002 en raison du départ de Mme Paula Keon et le docteur Annick Mwilambwe a remplacé le docteur Roger Girard comme promoteur du Projet.

Trois rencontres d'information ont été organisées pour les médecins et les intervenants des Services courants. Une harmonisation de l'approche en matière de tabagisme a été choisie comme thématique pour cette année. Les médecins font un counselling bref auprès des personnes fumeuses et les réfèrent à Madame Ringrose, porteuse du projet qui assure le counselling intensif tant en individuel qu'en groupe.

Les infirmières ont accepté d'inscrire le statut tabagique du patient sur la feuille de triage de patients. Ceci est une belle victoire !

Annick Mwilambwe
Promoteur régional



Jeux Noël !
Meilleurs vœux
pour la nouvelle année
L'équipe
« Au cœur de la vie »



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 :

*Sylvie Chevalier
Francine Hubert
Viviane Leaune
Annick Mwilanbwe
Elisabeth Pérès
Raymonde Pineau
Nathalie Ratté
Ginette Turbide*

Révision de textes :

*Francine Hubert
Elisabeth Pérès*

Mise en page :

Mireille Paradis

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

Nouveauté

Montréal a accueilli, du 15 au 18 septembre dernier, la 1^{re} **Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac (CIFCOT)** organisée par l'Association pour la santé publique du Québec et la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac.

La rencontre a permis à quelque 400 participants venus des quatre coins du monde d'échanger sur les stratégies traditionnelles de lutte contre le tabagisme, en particulier par les programmes de prévention auprès des jeunes, les aides à l'arrêt tabagique et la protection des non-fumeurs et de jeter un regard approfondi sur les nouvelles approches fondées sur les mesures politiques, l'action publique (advocacy) et la responsabilité de l'industrie du tabac. La Conférence s'est terminée par la signature de la *Déclaration de Montréal* que nous publions ci-après et qui nous semble une source d'inspiration pour tous les acteurs de santé publique quel que soit leur domaine d'action.

Élisabeth Pérès
DSP Montréal-Centre

**Conférence
internationale
francophone
sur le contrôle
du tabac
(CIFCOT)**

Déclaration de Montréal

18 septembre 2002

Nous, spécialistes du contrôle du tabagisme du monde francophone, réunis à Montréal, avons conclu que la lutte contre le tabagisme passe obligatoirement par une solution politique. L'industrie du tabac, en propageant la dépendance au tabac à travers le Monde, constitue le vecteur de cette épidémie qui tue 4 millions de personnes par année. Nous réclamons la mise en place d'une politique globale qui inclut un encadrement rigoureux de l'industrie du tabac.

L'Etat a la responsabilité de modifier les éléments de l'environnement social, créés en grande partie par l'industrie du tabac, qui rendent nos concitoyens vulnérables à l'épidémie tabagique. Les gouvernements doivent de toute urgence mettre en place un ensemble efficace de mesures, notamment réglementaires et fiscales, soutenu par un financement public permettant de contrôler l'épidémie et ses effets.

Il faut avant tout :

- mettre fin à toute forme de promotion directe et indirecte de ce produit mortel, y compris le parrainage ;
- rendre le tabac moins accessible en augmentant les taxes et en maîtrisant la contrebande ;
- protéger les non-fumeurs de toute exposition à la fumée du tabac ;
- favoriser l'arrêt du tabagisme et rendre accessibles les aides au sevrage ;
- informer le public du contenu et des effets des produits du tabac.

Le tabagisme étant la source de l'enrichissement mondial des fabricants de cigarettes, leur opposition à ces mesures est avérée et en fait l'adversaire principal à combattre. La solidarité des pays de la francophonie est d'autant plus importante que les pays en voie de développement sont les nouvelles cibles des multinationales du tabac.

Le Comité scientifique

1^{re} Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac
Montréal – Québec - Canada

ANNEXE II

**Fiches sur les interventions recommandées
pour les guides de pratique en CLSC**

Outils de réflexion

Lignes directrice en regard des Dyslipidémies (Réf. : CMAJ, Mai 2000, Dr Dufour (514) 987-5758)

1 DÉPISTAGE (et fréquence si résultats normaux)

1.1 Que tout :

- homme de plus de 40 ans (q5 ans)
- femme de plus de 50 ans (q5 ans)
- adulte de 18 ans et plus qui présente au moins deux facteurs de risque (sédentarité, obésité, tabagisme, HTA, hyperchol., diabète, etc.) de MCV (q5 ans)
- patient atteint de diabète (q1-3 ans avant 30 ans, q1 ans après)
- patient avec des évidences cliniques de MCV, maladies coronariennes, maladies vasculaires périphériques, maladies de l'artère carotide (q1 an)
- patient avec xanthomes ou autres signes de dyslipidémies (q5 ans)
- patient avec histoire familiale de dyslipidémie ou de MCV précoce (q5 ans)

qui se présentent aux services courants subisse un bilan lipidique (cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides) et une glycémie à jeun;

1.2 connaisse sa valeur de cholestérol sanguin, de HDL et de LDL;

1.3 connaisse la différence entre le cholestérol sanguin, les HDL et les LDL et le rôle qu'ils jouent sur sa santé cardiovasculaire;

1.4 soit informé que les dyslipidémies sont un facteur de risque de MCV.

2 DIAGNOSTIC

Il faut d'abord évaluer le niveau de risque de MCAS du patient. On fait le diagnostic si les valeurs du bilan lipidique sont au dessus des taux visés selon le niveau de risque. Il est mieux de procéder à un deuxième bilan lipidique un mois plus tard avant de poser le diagnostic. Le choix d'avertir le patient, des les premiers tests, d'un résultat lipidique anormal et de donner des conseils au niveau des habitudes de vie est libre à l'intervenant. Certes, sauf pour les patients à risque très élevés et surtout les patients post infarctus, il est recommandé d'avoir au moins deux bilans lipidiques anormaux avant de procéder à la pharmacothérapie.

2.1 Niveau de risque :

- **Très élevé** : ATCD de maladies coronariennes, maladies vasculaires périphériques, maladies de l'artère carotide, ATCD de diabète chez un individu de plus de 30 ans ou Framingham à plus de 30 %
- **Élevé** : Framingham entre 20 %-30 %
- **Moyen** : Framingham entre 10 %-20 % ou présence de 2 facteurs de risque majeurs ou plus
- **Faible** : Framingham inférieur à 10 % ou présence d'un facteur de risque ou moins

- 2.2 L'évaluation du niveau de risque se faisait à partir du nombre de facteur de risque. Cette approche n'est plus recommandée même si Framingham ne tient pas compte de la plupart d'entre eux. Framingham a démontré que ses calculs étaient prédictifs. Calculer le nombre de facteurs de risques ne prédit rien. De plus, il y a de la controverse entre facteurs de risque mineurs et majeurs.

| Risques non-modifiable | Risques modifiables | Marqueurs biochimiques |
|--|--|---|
| Age (H=45 et +, F=55 et+) ATCD familiaux (1 ^{er} degré, H < 55, F < 65) Ethnicité : Asie SE Statut post-ménopausé | Maladies cardio-vasculaires connues (=RTÉ) Diabète (=RTÉ) Tabagisme TA > 140/90 ou Rx anti-HTN HDL sous 0.9 Circ. Abdominale (H > 100cm, F > 90cm)) IMC > 25 Sédentarité Hypertrophie du VG | Triglycérides > 2-3 LDL en petites particules Lipoprotéines A Homocystéine Fibrinogène (thrombogène) High sensitive C réactive protein (inflammation) |

Le seul compromis possible serait le suivant :

Pour les patients sans ATCD de maladies vasculaires ou de diabète,
Calculer le nombre de facteurs de risque
Si 2 et + facteurs majeurs, calculer le risque selon Framingham
Si 0-1 facteur(s), considérer le patient à faible risque

(Réf. : National Cholesterol Education Program ou NCEP-ATP III)

- 2.3 Vérifier si le patient a des taux favorables, selon le niveau de risque établi ci-haut :

| Risque de CI | Taux visés | | |
|--------------|--------------|------------|------------|
| | LDL | CT/HDL | TG |
| Très élevé | < 2,5 mmol/L | < 4 mmol/L | < 2 mmol/L |
| Élevé | < 3,0 mmol/L | < 5 mmol/L | < 2 mmol/L |
| Moyen | < 4 mmol/L | < 6 mmol/L | < 2 mmol/L |
| Faible | < 5 mmol/L | < 7 mmol/L | < 3 mmol/L |

- 2.4 Si les résultats des tests sont normaux (inférieurs au taux visés selon le niveau de risque) refaire le bilan lipidique à la fréquence indiquée sous dépistage.
- 2.5 Que tout patient ayant des taux supérieurs aux taux visés selon le niveau de risque soit informé de ses résultats et reçoive un suivi selon son niveau de risque, tel qu'indiqué ci-bas.

3 SUIVI

- 3.1 Que tout patient ayant un risque faible reçoive un *counselling* visant le changement d'une ou des habitudes de vie, et réévaluer après 6 mois. Référer au médecin traitant si résultats anormaux.
- 3.2 Que tout patient ayant un risque modéré reçoive un *counselling* visant le changement d'une ou des habitudes de vie, et réévaluer après 3 mois. Référer au médecin traitant si résultats anormaux.
- 3.3 Que tout patient ayant un risque élevé ou très élevé reçoive un *counselling* visant le changement d'une ou des habitudes de vie **ET** un traitement pharmacologique concomitant. Réévaluer après 3 mois. Si les valeurs se normalisent, continuez le changement des habitudes de vie et le suivi aux 6 mois. Si les valeurs demeurent anormales, référer au médecin traitant. Si les valeurs fluctuent, revoir aux trois mois et lorsque les valeurs se stabilisent, revoir aux 6 mois
- 3.4 Que tout patient ayant un risque faible moyen élevé ou très élevé de développer une MCI (mettre valeurs de LDL CT et TG) prenne les rendez-vous nécessaires pour faire évaluer l'efficacité du traitement pharmacologique et non-pharmacologique, pour poursuivre le counselling sur les habitudes de vie et l'importance de la médication s'il y a lieu et recevoir le renforcement positif nécessaire au maintien des nouvelles habitudes :
- soit compliant à prendre sa médication;
 - soit compliant aux recommandations de modifier les habitudes de vie concernées (alimentation, AP, tabagisme).

4 ÉVALUATION

- 4.1 Pour tout patient sous traitement hypo-lipidémiant, faire une analyse des causes possible de dyslipidémies :
- Causes possibles : diabète, hypothyroïdie, insuffisance rénale, syndrome néphrotique, éthylisme, maladies hépatiques, médicaments (nombreuses, surtout stéroïdes, anti-hypertenseurs, immunosupresseurs, tretinoïdes);
 - Investigations : glycémie, créatinine, AST, ALT, Alk. Phosphatase, analyse urinaire.

5 TRAITEMENT : *Counselling*

- 5.1 Que tout patient ayant un risque faible moyen élevé ou très élevé de développer une MCI :
- Soit questionné sur ses intentions de modifier certains comportements d'ici 1 mois, 6 mois , 2 ans (alimentation. AP, tabac);
 - Ait un bref *counselling* (3 minutes maximum) sur la ou les habitudes de vie à modifier en fonction du stade de changement où il se trouve;
 - Reçoive une documentation appropriée à sa situation.

5.2 Reçoive un *counselling* plus élaboré (tx non pharmacologique) qui tienne compte de son stade de changement de comportement et de ses intentions de modifier un ou plusieurs des comportements suivants :

- Diminuer son poids lorsqu'excessif;
- Diminuer sa consommation de gras;
- Augmenter sa pratique de l'AP.

5.3 Cesser de fumer

6 ALIMENTATION : maintenir un poids santé et plus particulièrement :

- S'assurer d'un apport suffisant en fibres solubles (25-35 g/jour), vitamines, minéraux et antioxydants en consommant une grande variété de légumes, de fruits (5 à 10 portions), de céréales à grains entiers, de légumineuses, de noix et de graines (5 à 10 portions).
- Choisir de préférence le poisson, la volaille sans la peau, les viandes maigres ou les repas sans viandes à base de légumineuses (limiter sa consommation de viande maigre et de volaille et leurs équivalents à moins de 180 grammes (6 onces) par jour (2-3 portions?).
- Choisir du lait écrémé, du fromage cottage et de yogourt à 1 % de M.G. (soit 2-4 portions par jour). Réduire sa consommation de fromage à pâte dure et de beurre.
- Cuire les aliments à la vapeur, au four, au four micro-ondes ou dans une poêle à revêtement anti-adhésif, ou les faire griller. Éviter la friture.
- Inclure dans son alimentation, de petites quantités de noix, de graines et d'huiles qui fourniront les acides gras essentiels.
- Limiter sa consommation de graisses saturées, d'huiles végétales partiellement hydrogénées, d'aliments frits, d'autres aliments riches en graisses, de glucides raffinés et d'aliments à faible densité nutritive. Ne pas manger plus d'un œuf par semaine.
- S'assurer d'un apport équilibré en acides gras oméga-6 et oméga-3 présent dans les poissons riches en graisse vivant en eau froide (maquereau, saumon, sardine), les graines de lin, les légumes à feuilles vert foncé, le soja et les noix.
- S'assurer d'un apport suffisant d'acides gras trans (à développer avec une nutritionniste).

7 ACTIVITÉ PHYSIQUE :

- Faire 30 minutes ou plus d'activité physique modéré (marche rapide, bicyclette, course, natation, danse aérobique) chaque jour. Ces activités peuvent se faire par bloc de quelques minutes pour faire un total de 30 minutes à la fin de la journée. Pour rester actif, vous pouvez monter l'escalier au lieu de prendre l'ascenseur, stationner la voiture ou descendre de l'autobus quelques coins de rue avant d'arriver à destination, faire le tour du bloc à pied lors de vos pauses au travail, etc.
- Choisir des activités que vous aimez et qui vous conviennent. Les meilleures activités sont celles qui utilisent les gros muscles, surtout ceux des jambes.

8 TABAGISME : cesser de fumer

- Favoriser la cessation tabagique en déterminant à quel stade de changement de comportement est le patient.

9 TRAITEMENT : Pharmacologique

Principalement, si les LDL sont élevées, on commence par une statine (s'il n'y a pas de contre-indications). Si les LDL sont normales et qu'il y a soit des TG élevées et/ou des HDL bas, l'impact nutritionnel, celle de perdre du poids et, si diabétique, un contrôle de la glycémie, sont encore plus pertinents. Pour ce qui est de la pharmacothérapie dans ces cas, les fibrates sont recommandés en première ligne.

10 RÉFÉRENCES

10.1 Que tout patient ayant un risque faible moyen élevé ou très élevé de développer une MCI (mettre valeurs de LDL CT et TG) :

- Lorsque pertinent, soit référé à un spécialiste (diététiste, éducateur physique);
- Connaître quand il devra avoir un nouveau bilan lipidique;
- Soit informé de l'existence et référé (lorsque requis) à des groupes de support ou des services intra/extra CLSC, tels que : sessions pour cesser de fumer, clinique de contrôle du poids, centres de conditionnement physique, club de marche, groupe HTA, etc.

10.2 Tout patient :

- Chez qui on veut faire des investigations de dyslipidémies familiales (complexité des investigations);
- Chez qui on arrive pas à atteindre les valeurs cibles avec des changements alimentaires et une monothérapie;
- Chez qui a les valeurs lipidiques sont très anormales (jugement clinique);
- Qui a des contre-indications ou des complications au traitement.

Lignes directrices en regard de l'Hypertension

1 DÉPISTAGE

- 1.1 Que tout patient de 18 ans et plus qui se présente aux services courants (sans et avec rendez-vous) :
- Fasse mesurer sa TA;
 - Connaisse sa valeur de TA (une mesure sera prise si le patient ne connaît pas sa TA);
 - Connaisse qu'une TA normale est une TA inférieure à 130/85;
 - Soit informé que l'HTA est un facteur de risque de MCV;
 - Soit informé de l'importance de maintenir un poids santé : connaît son IMC, et l'IMC souhaité;
 - Soit informé des habitudes de vie requises pour améliorer une TA élevée ou maintenir une TA normale.

Alimentation

- Diminuer l'apport en sel à 2 à 3 g (90-130 mmol) par jour chez les patients hypertendus en :
 - Évitant d'ajouter du sel aux aliments,
 - Réduisant au minimum la quantité de sel utilisé dans la cuisson,
 - Achetant des aliments frais ou surgelés plutôt que des aliments en conserve ou transformés,
 - Lisant les étiquettes. Si les termes sel ou sodium figurent parmi les premiers ingrédients mentionnés sur l'étiquette du produit, ou si celui-ci contient 3 sources de sodium ou plus, éviter de l'acheter;
- Limiter la consommation d'alcool s'il y a lieu.
- Augmenter l'apport en potassium (60 mmol par jour) en consommant des fruits et légumes frais et congelés (5 à 10 portions par jour). On retrouve du potassium dans les bananes, les kiwis, les oranges, les melons, les pommes de terre, les tomates, les noix et les céréales à grains entiers.
- S'assurer d'un apport suffisant en fibres solubles (25-35 g/jour), vitamines, minéraux et antioxydants en consommant une grande variété de légumes, de fruits (5 à 10 portions), de céréales à grains entiers, de légumineuses, de noix et de graines (5 à 20 portions).
- Choisir de préférence le poisson, la volaille sans la peau, les viandes maigres ou les repas sans viandes à base de légumineuses. Limiter sa consommation de viande maigre et de volaille et leurs équivalents à moins de 180 grammes (6 onces) par jour (2-3 portions).
- Choisir du lait écrémé, du fromage cottage et de yogourt à 1 % de M.G. (soit 2-4 portions par jour). Réduire sa consommation de fromage à pâte dure et de beurre.
- Cuire les aliments à la vapeur, au four, au four micro-ondes ou dans une poêle à revêtement anti-adhésif, ou les faire griller. Éviter la friture.

- Inclure dans son alimentation, des petites quantités de noix, de graines et d'huiles qui fourniront les acides gras essentiels.
- Limiter sa consommation de graisses saturées, d'huiles végétales partiellement hydrogénées, d'aliments frits, d'autres aliments riches en graisses, de glucides raffinés et d'aliments à faible densité nutritive. Ne pas manger plus d'un œuf par semaine.
- S'assurer d'un apport équilibré en acides gras oméga-6 et oméga-3 présent dans les poissons riches en graisse vivant en eau froide (maquereau, saumon, sardine), les graines de lin, les légumes à feuilles verte foncé, le soja et les noix.

Activité physique :

- Faire 30 minutes ou plus d'activité physique modéré (marche rapide, bicyclette, course, natation, danse aérobique) chaque jour. Ces activités peuvent se faire par bloc de quelques minutes pour faire un total de 30 minutes à la fin de la journée. Pour rester actif, vous pouvez monter l'escalier au lieu de prendre l'ascenseur, stationner la voiture ou descendre de l'autobus quelques coins de rue avant d'arriver à destination, faire le tour du bloc lors de vos pauses au travail, etc.
- Choisir des activités que vous aimez et qui vous conviennent. Les meilleures activités sont celles qui utilisent les gros muscles, surtout ceux des jambes.

Tabagisme : cesser de fumer

- Favoriser la cessation tabagique en déterminant à quel stade de changement de comportement est le patient.

g) Ait une intervention soutenue, continue et complémentaire, ce qui implique que des informations soient colligées au dossier : valeur de TA, poids, taille, poids santé, informations sur les habitudes de vie, les stades de changement de comportement, recommandations de traitement (non pharmacologique et pharmacologique), référence et suivi.

2 DIAGNOSTIQUE

- 2.1 Que tout patient avec TA inférieur à 130/85 (TA normale) soit conseillé de faire mesurer sa TA d'ici deux ans;
- 2.2 Que tout patient avec une TA entre 130/85-89 (TA normale élevée) soit conseillé de faire mesurer sa TA d'ici un an.
- 2.3 Que tout patient avec une TA égale ou supérieure à 140/90 à la première mesure soit conseillé de faire mesurer sa TA à deux autres moments dans les deux mois qui suivent la première mesure, afin de confirmer le diagnostic d'hypertension et ait une évaluation médicale correspondant à sa situation.

2.4 Que tout patient dépisté et diagnostiqué HTA soit questionné ou évalué sur les habitudes de vie suivantes :

- Alimentation : mesure du poids et de la taille pour déterminer les valeurs du poids santé, est-ce qu'il consomme du sel et de ROH en trop grande quantité? Du potassium en quantité suffisante?
- Activité physique : est-ce qu'il fait de l'AP 30 minutes, 4 fois par semaine ou plus?
- Tabac : est-il fumeur?

3 TRAITEMENT

3.1 Que tout patient avec une Ta égale ou supérieure à 140/90 (moyenne des trois mesures) et/ou connu HTA :

- Soit questionné sur ses intentions de modifier certains comportements d'ici 1 mois, moins de 6 mois, plus de 6 mois (alimentation, AP, tabac);
- Ait un bref *counselling* (3 minutes maximum) sur la ou les habitudes de vie à modifier en fonction du stade de changement où il se trouve;
- Reçoive une documentation appropriée à sa situation sur un des thèmes suivants (HTA, sel, potassium, tabac, activité physique, guide alimentaire, stress);
- Reçoive un *counselling* plus élaboré (tx non pharmacologique) qui tienne compte de son stade de changement de comportement et de ses intentions de modifier un ou plusieurs des comportements suivants :
 - Diminuer son poids lorsqu'excessif,
 - Diminuer sa consommation de sel et d'alcool,
 - Augmenter sa consommation de potassium,
 - Augmenter sa pratique de l'AP,
 - Cesser de fumer;
- Reçoivent un traitement pharmacologique si la réponse au traitement non pharmacologique est insuffisante ou qu'un traitement pharmacologique est recommandé d'emblée.

4 RÉFÉRENCES ET SUIVIS

4.1 Que tout patient avec un TA égale ou supérieur à 140/90 (moyenne de trois mesures) et/ou connu hypertendu :

- Soit référé à un spécialiste s'il y a lieu (interniste, cardiologue, néphrologue, diététiste, éducateur physique, ...);
- Soit informé de l'existence et référé (lorsque requis) à des groupes de support ou des services intra/extra CLSC, tels que : sessions pour cesser de fumer, clinique de contrôle du poids, centres de conditionnement physique, club de marche, groupe HTA, etc.;
- Sache quand faire mesure sa TA à nouveau;
- Connaisse comment mesure sa TA (auto-mesure);

- Prenne les rendez-vous nécessaires pour faire évaluer l'efficacité du traitement pharmacologique et non-pharmacologique, pour poursuivre le *counselling* sur les habitudes de vie et l'importance de la médication s'il y a lieu et recevoir le renforcement positif nécessaire au maintien des nouvelles habitudes;
- Soit compliant à faire mesurer sa TA régulièrement;
- Soit compliant à prendre sa médication;
- Soit compliant aux recommandations de modifier les habitudes de vie concernées (alimentation, tabagisme, AP);
- Que tout patient en situation d'urgence hypertensive (TA supérieure à X/120) :
Soit référé immédiatement à un médecin du CLSC.

Lignes directrices en regard du diabète

(Inspiré des lignes directrices de l'Association canadienne du diabète, 1998)

L'association canadienne du diabète recommande que :

Le médecin de première ligne en collaboration avec les autres membres de l'équipe doit :

- Intégrer à sa pratique quotidienne les lignes directrices de pratique clinique en vigueur sur le diabète;
- Coordonner et faciliter les soins de la personne diabétique et utiliser un système de rappels approprié à l'évaluation et au traitement du diabète;
- Assurer une bonne communication entre tous les membres de l'équipe.

1 DÉPISTAGE

- 1.1 Que tout adulte de 45 ans et plus qui se présente aux services courants aient une mesure de glycémie à jeun prise une fois aux trois ans (sans et avec rendez-vous?).
- 1.2 Que tout adulte qui présente au moins un facteur de risque (diabète chez un parent du premier degré, autochtone, hispanique, asiatique ou africaine, HDL inférieur à 0,9 mmole/L, TG supérieur à 2,8 mmole/L) ait un dépistage minimalement une fois au trois ans.
- 1.3 Que tout adulte présentant un ou des facteurs de risque (antécédents d'intolérance au glucose, ou de glycémie à jeun marginale, présence de complications associées au diabète, antécédents de diabète gestationnel ou bébé de plus de 4 kg à la naissance, HTA, maladie coronarienne) ait un dépistage annuel.
- 1.4 Que tout adulte à risque soit informé de sa valeur de glycémie.
- 1.5 Que tout adulte à risque soit informé que le diabète est un facteur de risque de MCV.
- 1.6 Que tout adulte à risque soit questionné ou évalué sur les symptômes d'hyperglycémie, sur les habitudes alimentaires, l'histoire pondérale, le niveau d'activité physique et ses facteurs limitatifs et sur les facteurs de risque du diabète (ATCD familiaux, obésité, ATCD de DG).
- 1.7 Que tout adulte à risque soit informé des habitudes de vie requises pour prévenir un diabète de type 2, diminuer et maintenir un taux de glycémie normal.

Alimentation: maintenir un poids santé et plus particulièrement : (trousse cœur en santé)

- Manger trois repas équilibrés par jour en s'assurant de choisir des aliments parmi chacun des quatre groupes du guide alimentaire canadien;
- S'assurer de manger un féculent par repas comme du pain, des pâtes alimentaires, des pommes de terre ou du riz;
- Consommer moins de gras, surtout le gras d'origine animale. Choisir des viandes plus maigres, de la volaille ou du poisson. Choisir des produits laitiers faibles en gras comme du lait écrémé ou 1%, du fromage contenant 15 % de matières grasses ou moins selon l'étiquette, et du yogourt faible en gras;

- Éviter les aliments très sucrés, comme les bonbons et les biscuits;
- Attendre 4 à 6 heures entre les repas;
- En cas de soif, boire de l'eau. Consommer des boissons gazeuses diètes avec modérations;
- Utiliser des substituts de sucre avec modération. Vérifier avec une diététiste de la quantité à laquelle le patient a droit;
- Boire de l'alcool avec modération. Ne pas dépasser plus de 2 consommations par jour. Prendre l'alcool avec un repas et vérifier si les médicaments pris permettent d'en consommer;
- En présence d'hypertension ou de néphropathie, diminuer la consommation de sel. Utiliser moins de sel dans la cuisson et à table et éviter les aliments salés;
- Si vous devez attendre plus de 6 heures entre les repas, assurez-vous de prendre une collation;
- Les collations seront légères et nutritives : un morceau de fruit, des légumes crus, du fromage faible en gras et des biscottes non salées;
- Une collation à l'heure du coucher est nécessaire chez les patients insulino-dépendants.

Activité physique : Soyez actif chaque jour soit en :

- Prévoyant 30 minutes ou plus d'activité physique chaque jour;
- Faisant 30 minutes ou plus d'activité physique modéré (marche rapide, bicyclette, course, natation, danse aérobique) chaque jour. Ces activités peuvent se faire par bloc de quelques minutes pour faire un total de 30 minutes à la fin de la journée. Pour rester actif, vous pouvez monter l'escalier au lieu de prendre l'ascenseur, stationner la voiture ou descendre de l'autobus quelques coins de rue avant d'arriver à destination, faire le tour du bloc à pied lors de vos pauses au travail, etc.;
- Choissant des activités que vous aimez et qui vous conviennent. Les meilleurs activités sont celles qui utilisent les gros muscles, surtout ceux des jambes;
- Avant de commencer un programme d'activités, consultez un médecin pour déterminer si l'activité que vous prévoyez faire est un bon choix pour vous, si vous devez modifier votre alimentation et l'heure de vos repas, si votre médication doit être ajustée et ce que vous devez faire en cas de baisse de votre glycémie à la suite d'une activité physique trop intense;
- Vous ne devez pas faire d'activité physique si vous souffrez d'une grave maladie du cœur, de troubles graves de la vision, de douleurs, picotements ou engourdissement dans les pieds ou les jambes;
- Éviter de faire de l'activité physique si votre glycémie est mal contrôlée ou lors de condition de chaleur ou de froid extrêmes.

2 DIAGNOSTIC

- 2.1 Un diagnostic de diabète sera posé en présence de symptômes diabétiques et d'une valeur de glucose sanguin aléatoire de plus de 11,1 mmole/L ou d'une glycémie plasmatique à jeun de plus 7,0 mmole/L ou d'une glycémie plasmatique d'un échantillon à 2 heures de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale supérieure à 11,1 mmole/L.
- 2.2 Il faut procéder à un test de confirmation un autre jour dans tous les cas, en l'absence d'une hyperglycémie sans équivoque conjuguée à une décompensation métabolique aiguë. Ce test doit être fondé sur des mesures en laboratoire de la glycémie plasmatique veineuse.

3 TRAITEMENT

- 3.1 Que tout patient avec des symptômes diabétiques et une valeur de glucose sanguin aléatoire de plus de 11,1 mmole/L ou une glycémie plasmatique à jeun de plus 7,0 mmole/L ou une glycémie plasmatique d'un échantillon à 2 heures de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale supérieure à 11,1 mmole/L subisse un examen médical complet (symptômes, revue des systèmes, ATCD personnels, ATCD familiaux, facteurs de risque, facteurs sociaux, ATCD médicamenteux, habitudes de vie) aux services courants ou soit référé à son médecin de famille.
- 3.2 Que tout patient diabétique soit questionné sur ses intentions de modifier certains comportements d'ici 1 mois, moins de six mois, plus de 6 mois (alimentation, activité physique).
- 3.3 Que tout patient diabétique ait un *counselling* bref sur la ou les habitudes de vie à modifier.
- 3.4 Que tout patient diabétique reçoive un *counselling* plus élaboré qui tienne compte de son stade de changement de comportement et de ses intentions de modifier un ou plusieurs des comportements suivant :
- Diminuer son poids lorsqu'excessif;
 - Modifier son alimentation;
 - Augmenter sa pratique d'activité physique.
- 3.5 Que tout patient diabétique reçoive une documentation appropriée à sa situation sur un des thèmes suivants : alimentation, activité physique, médication, auto- surveillance, complications du diabète.
- 3.6 Que tout patient diabétique reçoive un traitement pharmacologique si la réponse au traitement non pharmacologique est insuffisante ou qu'un traitement pharmacologique est recommandé d'emblée.

4 RÉFÉRENCES ET SUIVIS

4.1 Que tout patient diabétique :

- Soit référé à un ou des spécialistes (endocrinologue, diététiste, psychologue, infirmière spécialisée en soins des pieds, éducateur physique);
- Soit informé de l'existence et référé à des groupes d'enseignement pour diabétique;
- Sache quand revoir son médecin à nouveau (visite de routine aux 2 à 4 mois);
- Subisse un examen des pieds à chaque visite;
- Prenne les rendez-vous nécessaires pour suivre et contrôler son diabète;
- Soit compliant à ses rendez-vous médicaux;
- Soit compliant à son traitement pharmacologique et non phamacologique;
- Soit compliant à l'auto-surveillance de sa glycémie.

Lignes directrices en regard du tabagisme

1 DÉPISTAGE

1.1 Que tout patient se présentant aux services courants :

- Soit questionné sur son statut tabagique;
- Soit informé des habitudes de vie requises pour améliorer sa santé cardiovasculaire concernant le tabac plus particulièrement).

2 DIAGNOSTIC

2.2 Que tout patient fumeur qui se présente aux services courants :

- Soit questionné sur la quantité de cigarettes fumées par jour;
- Soit questionné pour identifier son niveau de dépendance à la nicotine (première cigarette fumée au réveil);
- Soit questionné sur ses intentions de modifier son comportement tabagique d'ici un mois, six mois afin d'établir le stade de changement de comportement où il se trouve.

3 TRAITEMENT

3.1 Que tout patient fumeur qui se présente aux services courants :

- Reçoive un bref *counselling* tabagique adapté au stade de changement de comportement où il se trouve :
 - **Pré-réflexion** : aider le patient à amorcer une réflexion sur la cessation tabagique,
 - **Réflexion** : aider le patient à prendre la décision de cesser de fumer dans un avenir rapproché,
 - **Préparation** : aider le patient à se préparer à cesser de fumer et à trouver des stratégies pour devenir non-fumeur,
 - **Action et suivi** : aider la patient à demeurer non-fumeur;
- Reçoive les informations nécessaires qui lui permettront de choisir la méthode de cessation de son choix;
- Reçoive des informations sur les différentes méthodes de cessation dont les traitements de remplacement de la nicotine;
- Reçoive la documentation pertinente qui le fera cheminer dans le processus d'arrêt tabagique.

4 RÉFÉRENCES ET SUIVIS

- 4.1 Ajustez la pharmacothérapie pour la cessation tabagique au besoin.
- 4.2 Référez à des groupes de cessation au besoin.
- 4.3 Référez à des ressources de la communauté en cessation au besoin.
- 4.4 Inscrire au dossier les informations pertinentes qui permettront de suivre l'évolution du processus d'arrêt du patient.

Lignes directrices en regard de l'alimentation

(Référence : U.S. Preventive Services task forces, décembre 2002)

1 DÉPISTAGE

- 1.1 Pour les patients de 18 ans et plus ayant un IMC de plus de 25, un diagnostic d'hyperlipidémie, d'hypertension ou de diabète se présentant aux services courants du CLSC :
- Soit questionné sur ses habitudes alimentaires quotidiennes (consommation de fruits et légumes, de viandes et substituts, de lait et produits laitiers, de pain et céréales);
 - Soit pesé et mesuré et que son tour de taille soit mesuré;
 - Connaisse les 4 groupes alimentaires du guide alimentaire canadien et les particularités relatives à son alimentation et sa condition de santé (HTA, diabète dyslipidémies, etc.);
 - Ait une intervention soutenue, continue et complémentaire, ce qui implique que des informations devront être colligées dans son dossier : valeur de CT/HDL, LDL, TG, poids, taille, poids santé, pression artérielle, informations sur les habitudes de vie, les stades de changement de comportement.

2 DIAGNOSTIC

- 2.1 Que chaque patients de 18 ans et plus ayant un IMC de plus de 25, un diagnostic d'hyperlipidémie, d'hypertension ou de diabète se présentant aux services courants du CLSC.
- 2.2 Connaisse son IMC et l'IMC souhaitable lorsque pertinent.
- 2.3 Soit questionné sur ses habitudes alimentaires en se basant sur les recommandations du guide alimentaire canadien :
- **5 à 10 portions de fruits et légumes** par jour (de préférence des légumes vert foncé ou orange et des fruits orange)
 - **2-3 portions de viandes et substituts** par jour (de préférence des viandes, volailles, poissons plus maigres et des légumineuses)
 - **2-4 portions de lait et de produits laitiers** par jour (de préférence des produits laitiers moins gras)
 - **5 à 12 portions de produits céréaliers** par jour (de préférence des produits à grains entiers ou enrichis)

À titre d'exemple :

Une portion de viande = un jeu de cartes ou une cassette audio

Une portion de fruits = une balle de tennis

Une portion de fromage = environ la taille du pouce d'un adulte

Une cuillerée à thé de sauce à salade, de beurre ou de margarine = le bout de votre pouce

Une tasse = un poing d'adulte

Une demi-tasse = une cuillère à crème glacée

Deux cuillerées de beurre d'arachide = une balle de ping-pong

- 2.4 Soit questionné sur ses intentions de modifier ses comportements alimentaires d'ici 1 mois, moins de 6 mois, 6 mois ou plus afin d'établir le stade de changement de comportement où il se trouve

3 TRAITEMENT

- 3.1 Que chaque patients de 18 ans et plus ayant un IMC de plus de 25, un diagnostic d'hyperlipidémie, d'hypertension ou de diabète se présentant aux services courants du CLSC :

- Ait une évaluation nutritionnelle qui puisse lui permettre de fixer des objectifs réalistes;
- Reçoive les conseils nutritionnels adaptés au stade de changement de comportement où il se trouve;
- Soit informé du rôle de l'alimentation dans le maintien d'une bonne santé cardiovasculaire et d'un poids santé;
- Reçoive un *counselling* intense en nutrition (plus de 6 contacts avec une diététiste de plus de 30 minutes chacun en individuel ou session de groupe);
- Reçoive un *counselling* qui respecte les 5 A soit :
 - "**Assess**" : documenter les habitudes alimentaires et les facteurs de risque qui y sont associés,
 - "**Advise**" : conseiller de modifier une ou des habitudes alimentaires,
 - "**Agree**" : s'entendre avec le patient des objectifs à atteindre,
 - "**Assist**" : soutenir le patient dans sa démarche de changement et identifier les barrières au changement,
 - "**Arrange**" : faire les suivis nécessaires ou référer à une diététiste au besoin,
 - reçoive la documentation appropriée qui lui permettra de modifier les comportements alimentaires ciblés.

- 3.2 Que chaque patient de 18 ans et plus qui se présente aux services courants du CLSC :
- Reçoive un *counselling* bref de 5 minutes ou moins sur l'alimentation par un professionnel de la santé autre qu'une diététiste en lui remettant la documentation pertinente (guide alimentaire canadien pour manger sainement);
 - Participe à une session de groupe ou ait 2 ou 3 rencontres individuelles avec une nutritionniste pour une évaluation nutritionnelle et reçoive les conseils qui s'y rattache.

4 SUIVI ET RÉFÉRENCES

- 4.1 Que chaque patients de 18 ans et plus ayant un IMC de plus de 25, un diagnostic d'hyperlipidémie, d'hypertension ou de diabète se présentant aux services courants du CLSC :
- Soit référé à une nutritionniste lorsque sa situation l'exige;
 - Soit informé ou référé à des ressources de la communauté (groupe de soutien de perte de poids, cuisines collectives, groupe d'enseignement, etc.).

Lignes directrices en regard de l'activité physique

(Références : 1- US Preventive Services Task Force, juillet 2002 et
2- avis du comité scientifique de Kino-Québec, 1999)

1 DÉPISTAGE

Lorsque la situation s'y prête, pour les patients de 18 ans et plus qui se présentent aux services courants¹ :

- 1.1 Mesurer son niveau d'activité physique pratiqué au quotidien
 - Activités physique de loisirs (marche, bicyclette, conditionnement physique individuel, hockey sur glace, danse sociale, autres);
 - Activité physique de travail ou d'occupation principale (classer du matériel, faire le service aux tables, transporter des colis, pelleter de la terre, autres);
 - Activité physique de transport (se rendre au travail ou à l'école en marchant, en vélo, en patin à roues alignées, autres);
 - Activité physique domestique (se laver, habiller les enfants, passer l'aspirateur, bricoler, pelleter, faire le marché, jardiner, autres).
- 1.2 Ait une intervention soutenue, continue et complémentaire, ce qui implique que des informations soient colligées au dossier : poids, taille, IMC actuel, IMC souhaitable, informations sur les habitudes de vie, le stade de changement de comportement auquel le patient se situe en regard de la pratique de l'activité physique,
- 1.3 Vérifier la présence de risques associés à la pratique de l'activité physique (évaluation médicale de l'aptitude à l'activité physique de santé Canada, X-AAP)
- 1.4 Mesurer l'intention, l'attitude (plaisir, utilité, perception de contrôle) et identifier le stade de changement de comportement où le patient se trouve (outil no 4 , santé Canada, société canadienne de physiologie de l'exercice, 1997)
- 1.5 Connaître le niveau d'activité requis pour en tirer des bénéfices sur sa santé soit :
 - Pratiquer des activités modérées au moins 30 minutes par jour tous les jours ou presque comme le jardinage, marcher pour aller au travail, prendre les escaliers, etc.)
 - Un peu c'est déjà beaucoup;
 - L'activité physique c'est pour tout le monde, peu importe le sexe, l'âge, le niveau actuel d'activité physique ou de condition physique;
 - Il faut être actif régulièrement, tout au long de l'année;
 - Toutes les activités conviennent :
 - activité physique domestique,
 - activité physique de travail,
 - activité physique de transport,
 - activité physique de loisirs;

- Il n'est pas nécessaire de faire toute l'activité physique d'un seul coup;
- C'est la dépense calorique qui compte;
- Il faut moduler en fonction de la personne (comportement, attitude, disponibilité et accessibilité, sources de motivation).

1.6 Évaluer si le patient atteint l'équivalent de 30 minutes d'activité modéré par jour

2 DIAGNOSTIC

2.1 Déterminer s'il serait souhaitable et souhaité par le patient qu'il modifie son niveau d'activité physique.

2.2 Déterminer le niveau de restriction de la pratique de l'activité physique selon l'état de santé du patient :

- Aucune restriction;
- Restriction mineures (blessure, mal de dos mineur, etc.);
- Restrictions majeures (maladies coronariennes, diabète, HTA, histoire d'infarctus, etc.).

3 TRAITEMENT

3.1 Informer du niveau d'activité physique requis pour améliorer sa santé cardiovasculaire et sa santé en général à l'aide des cibles d'activité physique à viser : 500, 1000 ou 1500 Kcal par semaine (réf. 2 : Kino p. 14)

3.2 Faire un *counselling* bref ou plus élaboré sur la pratique de l'activité physique pour en retirer des bénéfices pour la santé :

- Consacrer un minimum de 30 minutes à des activités physiques d'une intensité modérée au cours de la journée. Cette durée doit être augmentée à 60 minutes si l'activité physique est de faible intensité ou si elle est pratiquée irrégulièrement;
- Maintenir la régularité dans la pratique d'activités physiques tout au long de l'année. Les personnes sédentaires qui sont dans cet état depuis plusieurs années doivent débiter lentement et augmenter progressivement leur dépense énergétique quotidienne;
- Pratiquer des activités physiques telles que la marche, la natation, le patinage, la randonnée cycliste, le ski de fonds ou d'autres activités de locomotion du même type. Privilégier des activités qui sont susceptibles de bien s'intégrer à son mode de vie et varier le type d'activités en fonction des saisons. Pour certaines personnes, un entraînement régulier dans un centre de conditionnement est la solution, pour d'autres, des activités intégrées au quotidien (marcher pour se rendre au travail, utiliser les escaliers, etc.) sont préférables.

Counselling bref :

- Pratiquer des activités modérées au moins 30 minutes par jour tous les jours ou presque comme le jardinage, marcher pour aller au travail, prendre les escaliers, etc.);
- Un peu c'est déjà beaucoup;
- L'activité physique c'est pour tout le monde, peu importe le sexe, l'âge, le niveau actuel d'activité physique ou de condition physique;
- Il faut être actif régulièrement, tout au long de l'année;
- Toutes les activités conviennent :
 - activité physique domestique,
 - activité physique de travail,
 - activité physique de transport,
 - activité physique de loisirs;
- Il n'est pas nécessaire de faire toute l'activité physique d'un seul coup;
- C'est la dépense calorique qui compte;
- Il faut moduler en fonction de la personne (comportement, attitude, disponibilité et accessibilité, sources de motivation).

3.3 Déterminer avec le patient des cibles de changement visant à augmenter son niveau d'activité physique.

3.4 Utiliser un outil (une prescription d'activité physique, documentation, auto-test, etc.) qui l'incitera à modifier son comportement.

3.5 Offrir de la documentation appropriée à son état de santé sur l'activité physique et les bienfaits sur sa santé.

4 RÉFÉRENCES

4.1 Au besoin, dans le cas restrictions majeures de la pratique de l'activité physique référer à un spécialiste de l'activité physique (kinésologue).

4.2 Soit informé ou référé au besoin à des ressources de la communauté (club de marche, club de conditionnement physique spécialisé Ex :EPIC , etc.).

5 SUIVI

5.1 Ce point sera développé ultérieurement.