

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EN PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES :
PORTRAIT DES INTERVENTIONS DANS LES GROUPES DE MÉDECINE DE
FAMILLE EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC.**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE**

**PAR
GENEVIÈVE LAFLAMME**

MAI 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (M.SC.)

Direction de recherche :

Julie Houle

Prénom et nom

directeur de recherche

François Trudeau

Prénom et nom

codirecteur de recherche

Jury d'évaluation

François Trudeau

Prénom et nom

Codirecteur

Fonction du membre de jury

Paule Miquelon

Prénom et nom

Évaluatrice interne (UQTR)

Fonction du membre de jury

Said Mekary

Prénom et nom

Évaluateur externe (Université de Sherbrooke)

Fonction du membre de jury

RÉSUMÉ

L'activité physique (AP) est efficace pour réduire les impacts des maladies chroniques sur la morbidité, les incapacités et ainsi améliorer la qualité de vie. À cet égard, plusieurs regroupements d'experts ont fait des recommandations en matière d'AP et sur la réduction du comportement sédentaire. Au Québec, tout près de 50 % de la population est considérée comme sédentaire ou un peu active. Les interventions des professionnels peuvent influencer l'adhésion aux recommandations. Les groupes de médecine de famille (GMF) sont des endroits de choix pour la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Mieux comprendre les pratiques, les barrières, les facteurs facilitants, les contextes interne et externe est important afin de favoriser la mise en œuvre des recommandations en AP. **Objectifs.** L'étude comporte trois objectifs spécifiques. Elle vise à 1) décrire les méthodes d'évaluation et d'intervention en matière d'AP utilisées par les membres de l'équipe multidisciplinaire auprès des usagers atteints de maladies chroniques suivis en GMF, 2) décrire les contextes externe et interne de pratique ainsi que les caractéristiques individuelles des professionnels qui auront une influence potentielle sur la mise en œuvre de l'intervention et 3) comparer les pratiques en matière d'évaluation et d'intervention entre les différents professionnels. **Méthode.** Il s'agit d'une étude descriptive utilisant un questionnaire auto-administré comportant trois sections soit 1) les pratiques professionnelles, 2) les contextes interne et externe ainsi que 3) les données sociodémographiques et caractéristiques des professionnels. L'échantillon de convenance est composé de 68 professionnels (âge : $x = 38 \pm 9$) pratiquant en GMF sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Quatre groupes ont été formés: 1) les infirmières (INF, n=17), 2) les médecins (MD, n=31), 3)

les autres professionnels de la santé (APS, n=9), et 4) les travailleurs sociaux (TS, n=11).

Résultats. 67 répondants (98,5 %) mentionnent être « tout à fait d'accord » (n=53; 78 %) ou « d'accord » (n=14; 21 %) à l'effet qu'ils ont un rôle à jouer dans la promotion de l'AP. La fréquence d'évaluation et d'intervention est similaire chez les groupes et représente une moyenne entre « parfois » et « souvent ». Les répondants utilisent peu d'outils d'évaluation et d'intervention. Les APS préconisent la prescription écrite d'AP et les INF la remise de dépliants. Peu de professionnels de la santé abordent les comportements sédentaires alors que les effets néfastes de la sédentarité sont de plus en plus connus. Globalement, les professionnels rapportent peu de barrières à l'évaluation en AP ($\bar{x} = 3,10 \pm 0,64$) et à l'intervention en AP ($\bar{x} = 3,15 \pm 0,60$). Toutefois, la barrière principale pour les MD est le manque de temps. Pour tous les autres groupes, le manque de connaissances est la barrière prépondérante. En GMF, l'accessibilité aux outils validés pour évaluer et intervenir en matière d'AP est limitée. **Conclusion.** Les bienfaits de l'AP ne sont plus à démontrer. Toutefois, dans le but de favoriser la mise en œuvre des recommandations en matière d'AP, certaines barrières devront être considérées. Malgré les limites, l'étude a permis de faire une analyse du contexte au sein des GMF de la Mauricie et du Centre-du -Québec, et ce, dans le but de proposer des solutions simples et innovantes pour améliorer l'adhésion à l'AP auprès des personnes atteintes de maladies chroniques.

Mots-clés : activité physique, intervention, évaluation, maladies chroniques, professionnels, groupe de médecine de famille.

ABSTRACT

Physical activity (PA) is effective in reducing the impact of chronic diseases (CDs) on morbidity, disability, and thus improving quality of life. In this regard, several groups of experts have made recommendations regarding PA, including the reduction of sedentary behavior. In Quebec, close to 50% of the population is considered sedentary or not very active. Professional interventions can influence adherence to recommendations. Family medicine groups (FMGs) are prime locations for the management of people with CD. A better understanding of practices, barriers, facilitating factors, and internal and external contexts is important to support implementation of PA recommendations. **Objectives.** The study has three specific objectives. It aims to 1) describe the methods of assessment and intervention in PA used by members of the multidisciplinary team with users with CD followed in FMGs, 2) describe the external and internal contexts of practice as well as the individual characteristics of the professionals who will have a potential influence on the implementation of the intervention, and 3) compare assessment and intervention practices between the various professionals. **Method.** This is a descriptive study using a self-administered questionnaire with three sections: 1) professional practices, 2) internal and external contexts, and 3) sociodemographic data and characteristics of professionals. The convenience sample was composed of 68 professionals (age: $x = 38 \pm 9$) practising in FMGs in the Mauricie and Centre-du-Québec region. Four groups were formed: 1) nurses (NUR, $n=17$), 2) family physicians (FP, $n=31$), 3) other health professionals (OHP, $n=9$), 4) social workers (SW, $n=11$). **Results.** 67 respondents (98.5%) reported "strongly agreeing" ($n=53$; 78%) or "agreeing" ($n=14$; 21%) that they have a role to play in promoting PA. The frequency of assessment and intervention was similar across the groups and averaged between "sometimes" and "often". Respondents

use few assessment and intervention tools. OHP advocated written PA prescriptions and NUR advocated providing pamphlets. Few health professionals address sedentary behaviors even though the harmful effects of a sedentary lifestyle are increasingly known. Overall, professionals report few barriers to PA assessment ($\bar{x} = 3.10 \pm 0.64$) and PA intervention ($\bar{x} = 3.15 \pm 0.60$). However, the main barrier for FP was lack of time. For all other groups, lack of knowledge was the predominant barrier. In FMG, accessibility to validated tools to assess and to intervene in PA is limited. **Conclusion.** The benefits of PA are well documented. However, in order to promote the implementation of PA recommendations, some barriers will need to be considered. Despite the limitations, the study allowed for an analysis of the context within the FMGs of the Mauricie and Centre-du-Quebec regions, with the aim of proposing simple and innovative solutions to improve adherence to physical activity among people with CD.

Keywords: physical activity, intervention, evaluation, chronic diseases, professionals, family medicine group.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
ABSTRACT	iv
TABLE DES MATIÈRES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES FIGURES	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS	x
REMERCIEMENTS	xi
INTRODUCTION	1
PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	4
Fléau des maladies chroniques	5
Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques	7
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	15
Évaluation de l'AP chez les personnes atteintes de MC	18
Intervention en AP auprès des personnes atteintes de MC	22
Le transfert de connaissances.....	29
Objectifs de la recherche.....	32
MÉTHODOLOGIE	33
Devis de recherche	34

Milieu de recherche	34
Population à l'étude et échantillon	35
Déroulement de l'étude et recrutement	37
Outil de collecte de données	38
Considérations éthiques	40
Analyse des données	41
RÉSULTATS	45
Caractéristiques de l'échantillon	46
Méthodes d'évaluation et d'intervention en AP	51
Contextes externe et interne de pratique	63
DISCUSSION	68
CONCLUSION	93
RÉFÉRENCES	96
ANNEXE A	x
ANNEXE B	xii
ANNEXE C	xv
ANNEXE D	xvii
ANNEXE E	xxii
ANNEXE F	xliv
ANNEXE G	xlvi

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Mots clés et opérateurs booléens.....	16
Tableau 2 : Dimensions pour comprendre la mise en œuvre d'une intervention selon le CFIR	31
Tableau 3 : Répartition des professionnels	47
Tableau 4 : Portrait de l'échantillon, par groupe de profession (<i>n</i> =68).....	50
Tableau 5 : Fréquence d'évaluation et d'intervention en AP selon les groupes de professionnels	52
Tableau 6 : Fréquence des éléments abordés lors de l'évaluation (Q.3) et lors de l'intervention (Q.17) en AP selon les groupes de professionnels	55
Tableau 7 : Barrières relatives à l'évaluation en AP, selon les groupes de professionnels	59
Tableau 8 : Barrières relatives à l'intervention en AP, selon les groupes de professionnels	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Adaptation et traduction libre du modèle conceptuel de l'activité physique comme un comportement complexe et multidimensionnel	11
Figure 2. Niveau d'activité physique de loisir et de transport, au Québec	12
Figure 3. Diagramme de flux.....	17
Figure 4. Structure du questionnaire.....	40
Figure 5. Diagramme de flux représentant l'échantillonnage.....	46
Figure 6. Fréquence d'utilisation des outils d'évaluation de l'AP, selon les groupes.....	56
Figure 7. Fréquence d'utilisation des outils d'intervention en AP, selon les groupes...	57
Figure 8. Fréquence relative aux notes au dossier pour tous les professionnels.....	65

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AP:	Activité physique
APS :	Autres professionnels de la santé (nutritionniste, kinésologue, inhalothérapeute, physiothérapeute)
BIQ :	Banque interactive de questions
CIUSSS MCQ :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
GMF :	Groupe de médecine de famille
GMF-U :	Groupe de médecine de famille universitaire
INF :	Infirmière, infirmière clinicienne et IPSPL
IPSPL :	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
MC :	Maladies chroniques
MD :	Médecin et résident en médecine
MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
SCPE :	Société canadienne de physiologie de l'exercice
TS :	Travailleur social
UQTR :	Université du Québec à Trois-Rivières

REMERCIEMENTS

En préambule à ce mémoire, je désire remercier les personnes qui m'ont soutenu à travers mon cheminement à la maîtrise. D'abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche, Julie Houle; par son écoute, son authenticité, sa rigueur et sa passion, elle a su respecter qui je suis tout en m'accompagnant dans mon cheminement. Merci pour ta bienveillance. Je souhaite remercier mon co-directeur, François Trudeau; pour ses conseils et son expertise, il m'a soutenu tout au long de mon projet de recherche. À vous deux, merci sincèrement de votre patience et de votre accompagnement dans mon cheminement. Je tiens également à remercier Jean Lemoyne pour son soutien inestimable dans l'analyse de mes données. Je tiens à remercier les participants au projet de recherche, les professionnels ayant participé aux entretiens téléphoniques préparatoires, à Karine Lampron, directrice adjointe services de soins ambulatoires de santé primaire et gestion des maladies chroniques et les chefs de programme, Anne-Marie Grenier, directrice des services professionnels et de la pertinence clinique, pour leur soutien au projet. Un merci particulier à Kim Skorupski, agente de planification, programmation et recherche, responsable du dossier GMF; ses conseils judicieux, sa connaissance du milieu ont contribué au succès de cette étude. Des remerciements vont à la société du Parc industriel et portuaire de Bécancour et au Fonds institutionnel de recherche de l'UQTR pour leur soutien financier. Finalement, je remercie affectueusement mes parents et amis pour leur soutien tout au long de mon parcours. Merci à mon conjoint et nos enfants, Félix, Samie et Loan, de m'avoir encouragé quotidiennement à relever ce défi. Sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible.

INTRODUCTION

Depuis des décennies, l'impact des maladies chroniques (MC) est bien connu et documenté. En effet, selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les MC constituent un fardeau personnel, familial, sociétal (ISQ, 2013; OMS, 2018a) et économique très important (ISQ, 2018). La prise en charge adéquate des MC est essentielle pour diminuer leur impact sur la santé et la qualité de vie des usagers et, même, de leur entourage. La littérature scientifique est unanime à l'effet que les saines habitudes de vie contribuent à générer des effets réels chez les personnes atteintes de MC (Comité scientifique de Kino-Québec, 2020; Dubé, Noreau, & Landry, 2012; Pedersen, & Saltin, 2015; Thornton et al., 2016). Entre autres, l'activité physique (AP) agit positivement sur les facteurs de risque modifiables des MC tels que l'obésité (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2015; Wharton et al., 2020), l'hypertension artérielle (Nerenberg et al., 2018; Rabi et al. 2020), l'hyperglycémie (American Diabetes Association, 2021; Diabète Canada, 2018), la dyslipidémie (Anderson et al., 2016; Pearson et al., 2021). Le réseau québécois de santé et services sociaux, par la création des groupes de médecine de famille (GMF), est une structure organisationnelle ayant pour objectif d'optimiser la prise en charge des personnes atteintes de MC. Grâce à la présence d'une équipe multidisciplinaire offrant un suivi à long terme, les GMF peuvent mettre en œuvre des interventions visant l'amélioration des saines habitudes de vie, dont la pratique de l'AP, auprès de personnes atteintes d'une MC afin d'améliorer leur qualité de vie et prévenir l'évolution de la maladie. Malgré les ressources humaines et financières investies dans les soins primaires du système de santé québécois, visant la lutte aux MC, il est légitime de se demander pourquoi le niveau d'AP de la majorité des personnes ayant un ou plusieurs diagnostics de MC est encore aussi faible. Y a-t-il une divergence entre les

recommandations basées sur des données probantes et la pratique réelle en GMF ? Cette étude tentera d'explorer les pratiques des professionnels qui exercent en GMF en regard de la promotion de l'AP auprès des personnes atteintes d'une MC. Par cette étude, nous souhaitons relever les points forts, les défis et les lacunes dans l'espoir de trouver des pistes de solution adaptées au contexte des GMF, et ce, afin de favoriser la mise en œuvre des recommandations en AP auprès de personnes atteintes de MC.

Ce mémoire se compose de cinq chapitres. Dans le premier chapitre, la problématique détaillée sera exposée. Le chapitre 2 sera consacré à une revue de littérature par thématique suivie des objectifs et des questions de recherche. Par la suite, le chapitre 3 abordera la méthodologie utilisée. Les résultats de recherche seront présentés au chapitre 4. Le chapitre 5 proposera une discussion qui portera un regard critique et général sur les résultats obtenus où des recommandations pour la pratique et pour la recherche seront proposées.

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Fléau des maladies chroniques

Depuis des décennies, l'impact des MC est bien connu et documenté. Au Canada, 44 % des adultes ont une des dix MC les plus communes (Agence de la santé publique du Canada, 2019). Au Québec, la prévalence des MC est demeurée stable, bien qu'élevée, dans les dernières années. En effet, près d'un Québécois sur deux (47,5 %), âgé de 12 ans et plus, est atteint d'au moins un problème de santé chronique (ISQ, 2018).

Par définition, les MC sont des affections de longue durée causées par un ensemble de facteurs biologiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux incluant les habitudes de vie. On parle principalement des maladies cardiovasculaires incluant la maladie coronarienne, l'insuffisance cardiaque, la maladie vasculaire cérébrale et la maladie vasculaire périphérique, des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), du diabète et des cancers (OMS, 2018a).

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), chaque année ces maladies causent de nombreux décès prématurés. Les cancers et les maladies du cœur sont les principales causes de décès prématurés au Québec (INSPQ, 2019a).

De surcroît, la littérature démontre que les MC affectent considérablement la qualité de vie des personnes atteintes, mais également celle de leur famille et leur entourage (Dubé et al., 2012; OMS, 2018). Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) offre des données de surveillance de cinq MC qui sont reliées à des risques d'incapacités globales soit l'arthrite, le diabète, les MPOC, l'hypertension artérielle et les maladies cardiaques. Il faut également ajouter

l'ostéoporose, la dépression et le cancer pour compléter cette liste de MC les plus communes chez la population québécoise. Plus un individu présente de comorbidités ou de multimorbidités, plus sa qualité de vie sera affectée. Les incapacités touchent 40 % des 15 à 64 ans et 84 % des personnes de 65 ans et plus lorsqu'elles sont atteintes d'une ou de plusieurs MC (ISQ, 2013). Les incapacités ayant une prévalence plus élevée sont reliées à la mobilité et à l'agilité; par exemple la difficulté à marcher une distance raisonnable, monter et descendre quelques marches, soulever des charges légères, difficultés à se pencher, à s'habiller ou encore à se laver. Elles affectent donc grandement les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes (ISQ, 2013). Afin de les éviter, il est donc important de prévenir les MC en s'intéressant notamment à leurs facteurs de risque modifiables.

Les facteurs de risque sont sensiblement les mêmes pour l'une ou l'autre des MC, notamment pour ceux qui ont trait aux habitudes de vie; la consommation d'alcool abusive, l'alimentation malsaine, le tabagisme, l'inactivité physique et la sédentarité (OMS, 2018a). De ce fait, un premier diagnostic de MC engendre régulièrement une cascade d'événements complexes menant à d'autres diagnostics. Par exemple, il arrive régulièrement qu'une personne atteinte de diabète de type II soit également atteinte d'hypertension artérielle. En conséquence, les MC constituent un fardeau personnel, familial, sociétal et économique très important dont les impacts ne peuvent être négligés (ISQ, 2013; OMS, 2018a; Pépin, & Bernier, 2015). Le vieillissement de la population vient aussi accroître le fardeau imposé par les MC (ISQ, 2013; Pépin et al., 2015). Les personnes atteintes de MC deviennent inévitablement de grands consommateurs de soins et de services et ainsi contribuent à dépenser près des deux tiers du budget prévu en santé (Agence de la santé publique du Canada, 2016; Institut canadien d'information

sur la santé, 2014). Les MC contribuent à alourdir le système de santé qui ne cesse de voir ces dépenses augmentées. Notamment, les dépenses totales de santé par habitant, les dépenses relatives aux programmes et services de santé ainsi que les dépenses totales en santé (ISQ, 2018).

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques

Au Québec, selon la loi de la santé et des services sociaux (2019), la santé est : « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. » (p. 10). Cette définition propose différentes variables qui influencent la santé.

En cohérence avec cette définition, l'état santé est influencé par plusieurs déterminants interdépendants et dynamiques. Le MSSS propose un cadre de référence qui regroupe l'ensemble des déterminants de la santé catégorisés en quatre grands champs soit: 1) les caractéristiques individuelles, 2) les milieux de vie, 3) les systèmes et 4) le contexte global (MSSS, 2012). Dans une perspective de prévention des MC, il est nécessaire de s'intéresser à ces déterminants de la santé.

Tout d'abord, d'un point de vue macroscopique, dans un contexte global, on constate un milieu politique impliqué dans la santé des populations. En effet, plusieurs politiques, cadres de référence, guides de pratique provenant du MSSS visent la promotion de la santé et la prévention des problèmes évitables de santé tels que les MC. Par exemple, la Politique gouvernementale de prévention en santé est la première politique interministérielle plaçant la prévention en premier plan afin d'améliorer la santé

et la qualité de vie des Québécois (Gouvernement du Québec, 2017c). De plus, en 2017, le MSSS a publié le Guide de bonnes pratiques en prévention clinique qui s'adresse principalement aux médecins, infirmières, pharmaciens et tous autres professionnels de la santé (MSSS, 2017a). L'objectif de ce guide interactif est de soutenir les professionnels dans leurs interventions individuelles préventives visant ultimement à « accroître les années de vie en bonne santé en agissant le plus tôt possible ».

Ensuite, au niveau systémique, l'organisation du système de santé et des services sociaux au Québec est en constante évolution. La création des GMF, en 2002 ainsi que leur optimisation en 2015 est un parfait exemple. Ils ont été créés afin d'offrir, par un travail collaboratif et multidisciplinaire, des services continus de santé primaire dans un souci d'améliorer le suivi des patients, la qualité et l'accessibilité des soins (MSSS 2017a). Le GMF présente donc un endroit de choix pour l'optimisation de la prise en charge de la clientèle atteinte de MC. D'ailleurs, selon les données recueillies du MSSS en 2019, au Québec, 81 % de la population est suivie, ce qui dépasse la cible établie par le gouvernement en 2017 (Gouvernement du Québec, 2019b).

Enfin, les déterminants de la santé sur lesquels chaque individu présente un potentiel changement sont les caractéristiques individuelles. En effet, les saines habitudes de vie dont la saine alimentation, le non-tabagisme et la pratique régulière d'activité physique sont des facteurs de protection modifiables de la santé (Dubé et al., 2012). En contrepartie, les habitudes de vie malsaines peuvent devenir des facteurs de risque importants pour les MC (OMS, 2018b).

En prévention secondaire, les experts sont unanimes quant aux bienfaits de l'adoption de saines habitudes de vie sur les facteurs de risque modifiables de MC,

notamment par la pratique régulière d'AP (Dubé et al., 2012; Hoffmann et al., 2016; OMS, 2018a; Pederson et al., 2015). Concrètement, l'AP contribue à diminuer la pression artérielle systolique et diastolique, diminuer le tour de taille et le taux d'adiposité viscérale, améliorer le profil lipidique, aider à contrôler le poids et l'indice de masse corporelle (Pederson et al., 2015). De plus, l'AP aide à diminuer la glycémie et l'hémoglobine glyquée (Hoffmann et al., 2016; Pederson et al., 2015). L'AP permet de stabiliser ou de ralentir le déclin de la maladie, prévient les comorbidités et les complications et améliore inévitablement la qualité de vie des personnes atteintes et de leur proche (Brawner, Churilla, & Keteyian, 2016). L'AP présente des effets comparables à la pharmacologie pour plusieurs MC, cependant on remarque qu'elle est peu prescrite par les cliniciens (Hoffmann et al., 2016).

De plus, les comportements sédentaires sont également des facteurs de risque de MC importants et indépendants. En effet, ils semblent provoquer une augmentation des triglycérides, du cholestérol et du glucose dans le sang. Les comportements sédentaires contribuent donc à augmenter le risque de diabète de type 2, d'athérosclérose et de MCV et métaboliques (Tremblay, Colley, Saunders, Healy, & Owen, 2010). Selon le modèle conceptuel du mouvement 24h publié par Tremblay et ses collaborateurs (2017), un comportement sédentaire est une situation d'éveil se déroulant en position assise, couchée ou inclinée, qui représente une très faible dépense énergétique ($\leq 1,5$ MET). Souvent confondue avec l'inactivité physique, la sédentarité est représentée par un niveau global élevé ou très élevé de comportements sédentaires. Au Canada, les adultes sembleraient passer 46 % de leur temps d'éveil à pratiquer des activités sédentaires (Rao, Orpana, & Krewski, 2016). En prévention primaire tout comme en prévention secondaire, il est important de réduire les comportements

sédentaires (Comité scientifique de Kino-Québec, 2020). D'ailleurs, cette recommandation se retrouve dans les récentes lignes directrices de prévention et de gestion des MC telles que le diabète, l'hypertension, les MCV (American Diabetes Association, 2021; Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020; Rabi et al., 2020)

En matière d'AP, la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE) a fait des recommandations générales, pour les adultes de 18 ans et plus, qui sont d'accumuler, chaque semaine, au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité moyenne à élevée (SCPE, 2019). De plus, en prévention secondaire, des recommandations spécifiques prenant en compte des contre-indications relatives et absolues doivent être réalisées afin d'optimiser l'atteinte des cibles de traitement (Hoffmann et al., 2016). Toutefois, le premier pas vers l'adhésion à l'AP est d'intégrer graduellement une variété de comportements actifs dans son quotidien (Comité scientifique de Kino-Québec, 2020).

Pour y arriver, une des nouvelles tendances est de quantifier le niveau d'AP des individus de façon plus inclusive en intégrant les comportements actifs provenant de ces quatre domaines : les transports, les tâches quotidiennes, le travail/occupation et les loisirs. De plus, ce modèle permet aussi d'intégrer la notion de comportements sédentaires. La Figure 1 présente le modèle conceptuel de l'AP défini comme un comportement multidimensionnel et complexe (Petree, Morrow, & Woolsey, 2012). Généralement, des recommandations plus accessibles tendent vers l'intégration d'un mode de vie physiquement actif pour tous (Comité scientifique de Kino-Québec, 2020; INSPQ, 2015). En effet, selon l'Avis sur le Plan national de surveillance de l'état de santé

de la population et de ses déterminants – Volet : Activité physique, l'intégration des quatre domaines favoriseraient le changement de comportement pour tous en considérant l'AP dans les sphères de la vie quotidienne.. Les domaines du transport et des loisirs représentent le plus haut potentiel de modifications de comportements (INSPQ, 2019). Bien que les bienfaits de l'AP soient grandement documentés et que les recommandations soient plus inclusives, le taux d'adhésion semble encore trop faible dans la population générale et également chez les personnes atteintes de MC.

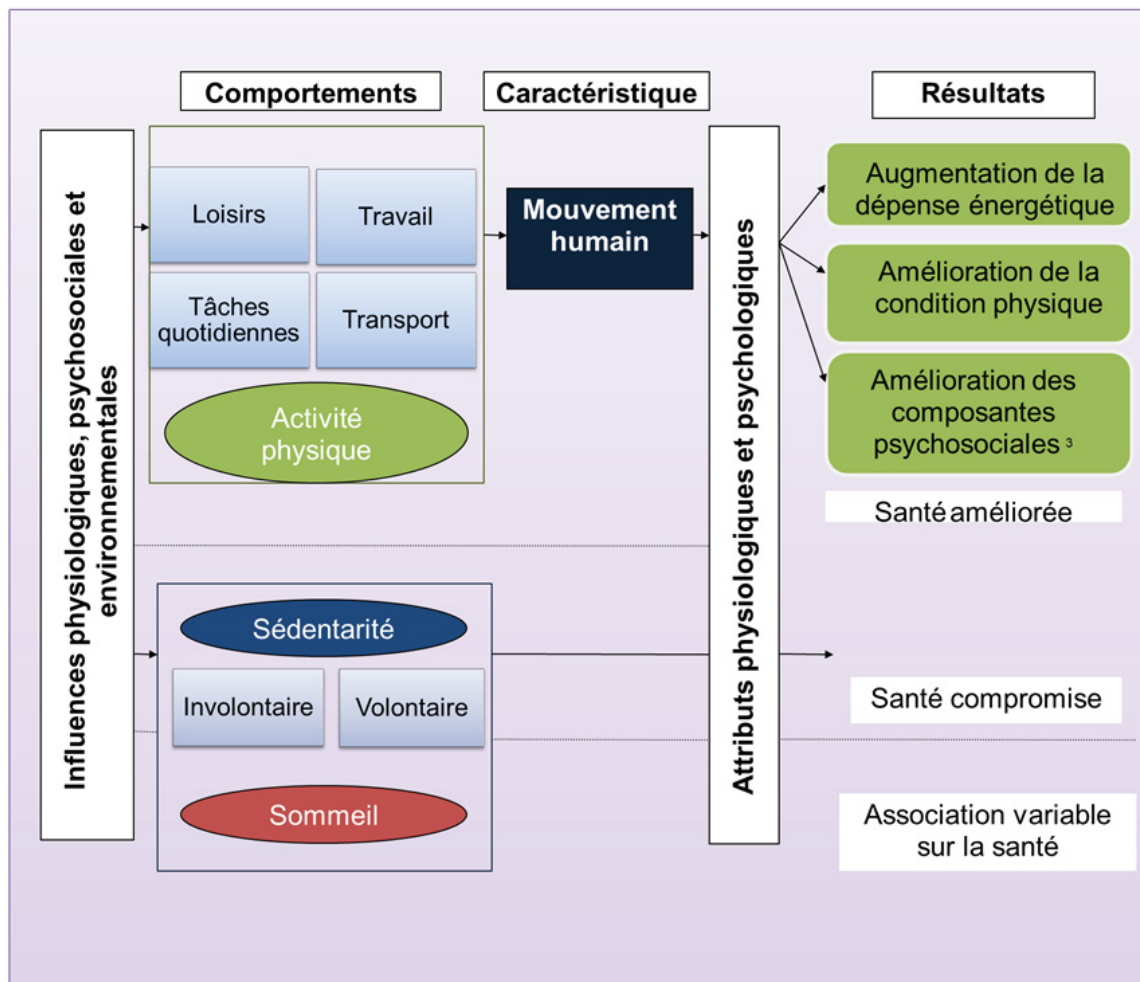


Figure 1. Adaptation et traduction libre du modèle conceptuel de l'activité physique comme un comportement complexe et multidimensionnel (Pettee et al., 2012)

En effet, on perçoit un enjeu réel relié à l'adhésion des comportements actifs. Au Canada, seulement 17 % de la population adulte rencontre les recommandations canadiennes en matière d'AP (Statistique Canada, 2015). Par ailleurs, au Québec, tout près de 50 % de la population est considérée comme sédentaire ou un peu active (ISQ, 2016). Ces proportions sont présentées dans la Figure 2.

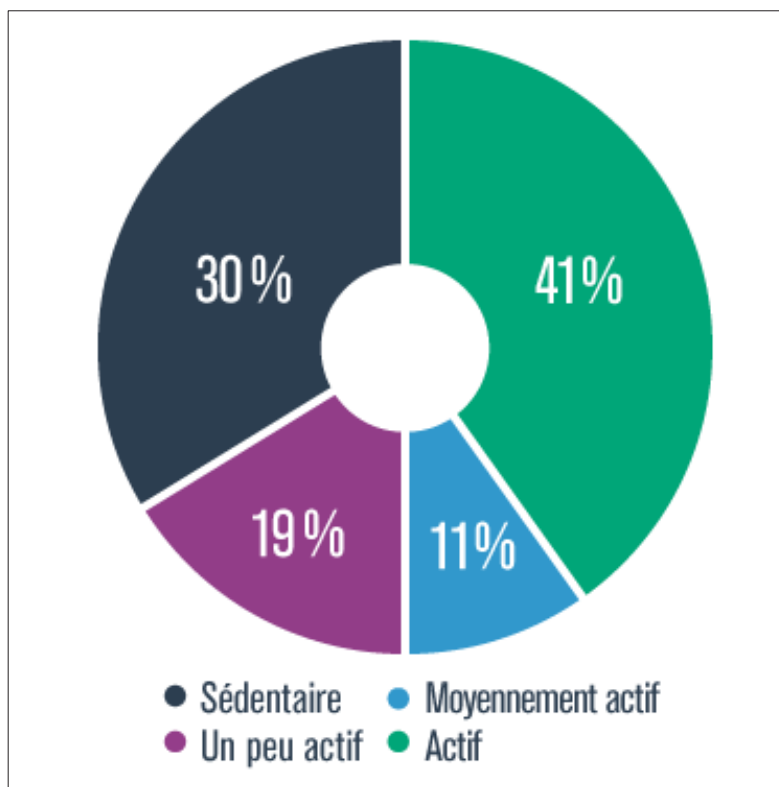


Figure 2. Niveau d'activité physique de loisir et de transport, au Québec (Institut de la Statistique du Québec, 2016)

Plusieurs déterminants influencent l'adhésion aux habitudes de vie et peuvent être liés à la personne, aux professionnels et au système de santé (Carey, Muntner, Bosworth, & Whelton, 2018). L'étude faisant l'objet de ce mémoire s'intéresse particulièrement aux déterminants liés aux professionnels et au système de santé

puisque'il s'agit de déterminants pouvant influencer l'implantation ou la mise en œuvre des recommandations en matière d'AP au sein des GMF.

Selon les informations du Centre de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), pour l'optimisation de la prise en charge des MC, les GMF sont des endroits de choix. Les médecins ainsi que l'équipe multidisciplinaire travaillent en collaboration afin d'assurer la qualité et l'accessibilité des soins de première ligne ainsi qu'un meilleur suivi de l'état de santé des patients (CIUSSS MCQ, 2019; Dubé et al., 2012). Pour ce faire, il est nécessaire d'intégrer le concept de transfert de connaissances qui selon l'INSPQ (2009a) est « un processus dynamique qui réfère à l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation de nouvelles connaissances ». Il s'agit d'un concept complexe, dynamique et imprévisible (INSPQ, 2009a). Une variété de cadres de références portant sur le transfert de connaissances est reconnue dans plusieurs domaines (ex. éducation, santé, santé et sécurité au travail). Le transfert de connaissances dans le secteur de la santé et des services sociaux est primordial pour l'amélioration continue des pratiques. Pour ce faire, l'INSPQ (2009b) a développé un outil d'aide à la décision pour le transfert des connaissances qui est présenté à l'Annexe A. Cet outil suggère qu'à la suite des analyses visant les besoins du public cible et le contexte, trois catégories de résultats visés sont possibles soit 1) diffuser les connaissances, 2) sensibiliser/informer » et 3) améliorer l'action. Des stratégies d'action sont proposées en fonction des résultats attendus. Notre projet de recherche s'inscrit dans la troisième catégorie puisque'il vise à offrir un accompagnement des professionnels de la santé et des services sociaux favorisant l'application des recommandations en matière d'AP. De ce fait, les assises de ce projet ont été fondées sur un cadre théorique

pour la mise en œuvre d'une intervention soit une métathéorie, publié en 2009, qui s'appelle : *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)* élaboré par les auteurs Damschroder, Aron, Keith, Kirsh, Alexander, & Lowery (Damschroder et al., 2009). Celui-ci a donc servi de cadre de référence pour cette recherche. Le modèle stipule qu'il y a cinq dimensions à considérer lors de la mise en œuvre d'une intervention, et ce, afin d'optimiser le transfert de connaissances. Les cinq dimensions, qui seront présentées au prochain chapitre sont : 1) les caractéristiques de l'intervention 2) le contexte interne 3) le contexte externe 4) les caractéristiques des individus impliqués et 5) le processus de mise en œuvre de l'intervention. Dans le cadre de cette étude, l'intervention fait référence aux recommandations en matière d'AP. Le terme « mise en œuvre des recommandations en matière d'AP » sera donc utilisé tout au long de ce mémoire faisant ainsi référence à la mise en œuvre d'une intervention telle que proposée par le CFIR.

Finalement, afin d'intervenir dans un processus d'amélioration des pratiques cliniques pour favoriser l'adoption de comportements actifs chez les personnes atteintes de MC, il est pertinent d'abord de définir ce qui est connu sur le plan théorique et empirique. Le prochain chapitre présentera, sous forme de revue de littérature, les connaissances relatives aux méthodes d'évaluation et d'intervention en AP.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Une revue intégrative de la littérature relative aux thématiques de recherche a été réalisée. Pour ce faire, une recherche par mots-clés a été réalisée dans quatre bases de données soient Pubmed, CINAHL, SportDiscus et Medline.

Tableau 1

Mots-clés et opérateurs booléens

Mots-clés et opérateurs booléens
"Cardiovascular diseases*" OR Diabet* OR "Chronic obstructive pulmonary diseases*" OR Hypertens* OR Cancer*
AND
"Physical activit*" OR "Exercis*" OR fitness
AND
Assess* OR Intervention* OR management*
AND
primary care" OR "primary health care" OR "primary healthcare"

L'algorithme des étapes de la lecture ciblée de Levasseur (2011) a été utilisé pour la sélection des articles. Les critères d'inclusion des articles étaient la langue (anglais ou français), la publication entre 2014 et 2021 présentant un contexte de soins de santé primaire similaire au Québec. Les articles concernant la prévention primaire des MC étaient exclus de la sélection finale. La Figure 3 présente le diagramme de flux détaillant

la démarche de sélection des articles. Au total, 470 articles ont été trouvés et 52 articles ont été retenus. Les résultats de la revue intégrative seront présentés, par thématique, dans les prochaines sections de ce mémoire. Les thématiques abordées sont : 1) l'évaluation de l'AP chez les personnes atteintes de MC 2) l'intervention en AP auprès des personnes atteintes de MC et 3) le transfert de connaissances.

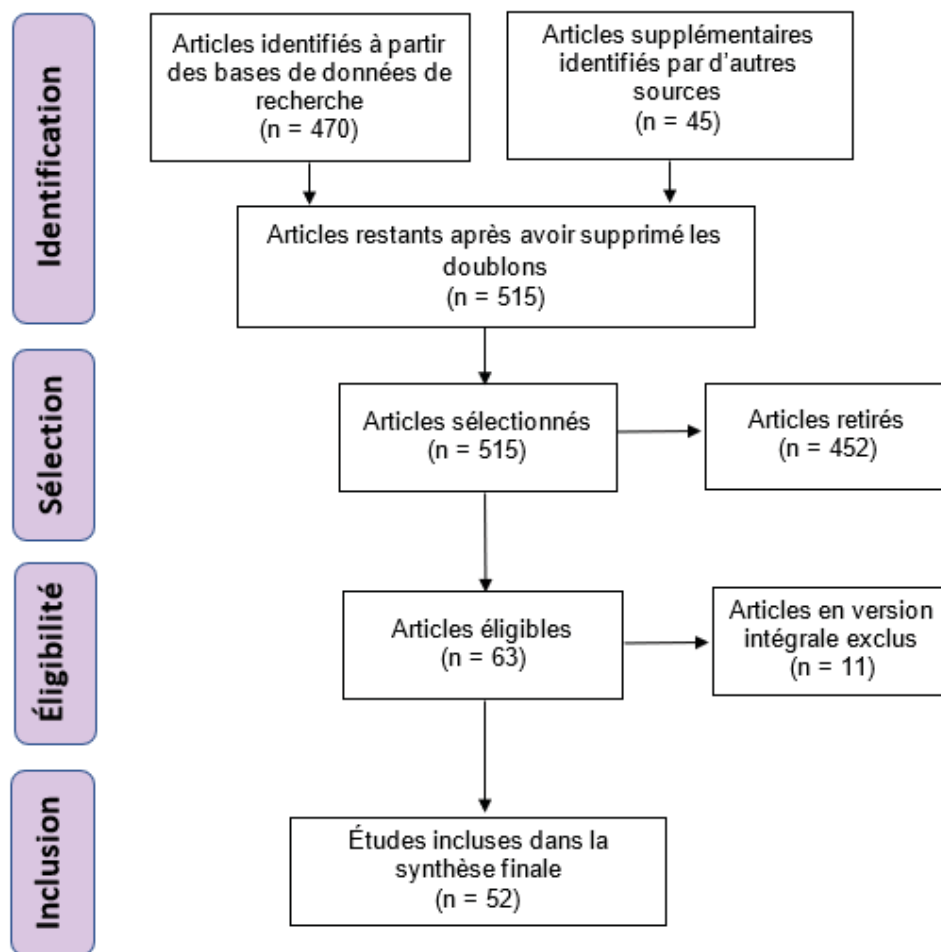


Figure 3. Diagramme de flux

Évaluation de l'AP chez les personnes atteintes de MC

L'évaluation de l'AP en milieu clinique est essentielle. En effet, elle constitue l'étape préalable de l'intervention, oriente les recommandations et permet d'assurer un suivi (Pettee et al., 2012; Smith et al., 2017; Strath et al., 2013; Wald, & Garber, 2018).

De ce fait, l'évaluation de l'AP, notamment la mesure de la condition cardio-respiratoire chez les usagers devrait être réalisée régulièrement lors des visites médicales (American Diabetes Association, 2021; Ross et al., 2016; Strath et al., 2013) tout comme le dépistage du diabète, de l'hypertension artérielle, de la dyslipidémie, de l'obésité et du tabagisme. En effet, cette mesure devrait être additionnée aux mesures usuelles visant à bonifier la classification des facteurs de risque des usagers afin d'optimiser la prise en charge des MC en émettant des recommandations plus spécifiques pour l'adoption de saines habitudes de vie (Ross et al., 2016). En effet, l'AP est également un facteur de risque modifiable des MC qui a été clairement démontré (American Diabetes Association, 2021; Dubé et al., 2012; OMS, 2018a; Pedersen et al., 2015). En prévention primaire et secondaire des MC, l'évaluation est utilisée pour quantifier le niveau d'AP, en tentant d'estimer la dépense énergétique pour ainsi identifier les individus sédentaires ou peu actifs. Cette classification permet aux cliniciens d'orienter leurs recommandations ou leurs interventions cliniques. Une évaluation valide est nécessaire pour guider l'intervention afin d'aider l'utilisateur à augmenter son niveau d'AP pour atteindre les recommandations en AP permettant de réduire ses facteurs de risque de MC (Kondamudi, Mehta, Thangada & Pandey, 2021; Pettee et al., 2012; Smith et al., 2017; Strath et al., 2013; Wald et al., 2018).

De plus, il y a un consensus scientifique à l'effet que l'AP est représentée par

quatre dimensions non négligeables soient le type d'activité, la fréquence, la durée et l'intensité (Pettee et al., 2012; Smith et al., 2017; Strath et al., 2013; Wald et al., 2018). Ces dimensions doivent être prises en compte autant au niveau de l'évaluation que de l'intervention en AP. Bien sûr, avant d'effectuer l'évaluation, il faut se questionner sur les besoins de celle-ci et les ressources disponibles. Qu'est-ce que le chercheur ou le clinicien veut connaître ? Quelles sont les ressources matérielles, humaines et financières disponibles ? Strath et ses collaborateurs (2013), a publié un algorithme d'aide à la décision intéressant qui propose des outils d'évaluation pertinents relatifs au besoin défini par les utilisateurs. Il existe des méthodes d'évaluation objectives et subjectives de l'AP.

Les méthodes objectives sont par exemple la calorimétrie directe et l'équivalent métabolique de l'activité (MET) ainsi que l'observation directe. Par ailleurs, la méthode la plus populaire en clinique et en recherche en raison de son accessibilité, sa sensibilité et sa spécificité est l'accéléromètre. Cette méthode permet d'estimer la dépense énergétique en calculant le nombre de pas par jour, la fréquence, la durée et l'intensité de l'AP. En contrepartie, le podomètre est plus accessible que l'accéléromètre, mais n'est pas aussi valide dans l'estimation de la dépense énergétique du fait qu'il ne permet pas de calculer l'intensité de l'effort. Le podomètre est utilisé en recherche pour vérifier l'effet d'une intervention sur le niveau d'AP. Cet outil peut également être utile pour appliquer des techniques de changement de comportements permettant de rehausser le niveau d'AP chez des personnes atteintes d'une MC. L'utilisation du podomètre s'est d'ailleurs révélée efficace afin de rehausser le niveau d'AP auprès de populations atteintes de MC (Dasgupta et al., 2017; Houle, Doyon, Vadeboncoeur, Turbide, Diaz, & Poirier, 2012; Sangster, Furber, Phongsavan, Redfern, Mark, & Bauman, 2017).

Pour les méthodes subjectives, on parle surtout des questionnaires autoadministrés et du journal de bord. À ce jour, il existe une panoplie de questionnaires servant à quantifier l'AP (Golightly et al., 2017; Smith et al., 2017; Strath et al., 2013). Cependant, aucun ne semble être le choix « incontournable » (Smith et al., 2017). Selon deux revues de littérature (2017), le questionnaire autoadministré sur la pratique générale d'activité physique (GPPAQ) semble le plus répandu en contexte de soins primaires au États-Unis, en Angleterre (Golightly et al., 2017; Smith et al., 2017). Au Québec, le questionnaire traduit et validé en français de Godin semble le plus populaire (Godin, & Shephard, 1997). Toutefois, le questionnaire de signes vitaux à l'AP (PAVS) constitue à ce jour, possiblement le meilleur choix par sa spécificité et sa sensibilité (Kondamudi et al., 2021; Smith et al., 2017; Wald et al., 2018).

Les signes vitaux sont des facteurs prédicteurs des MC. Par exemple, l'hypertension artérielle est un facteur de risque important de développer une maladie coronarienne, un accident vasculaire cérébrale ou encore une insuffisance rénale. Les signes vitaux informent les professionnels de la probabilité de développer une MC ou bien de la sévérité de la MC présente. Depuis quelques années, l'activité physique est considérée comme un signe vital (physical activity vital sign) et doit être évalué à chaque visite clinique pour une prise en charge optimale des MC. Pour ce faire, deux questions doivent être posées : 1) En moyenne, combien de jours par semaine pratiquez-vous de l'activité physique d'intensité moyenne à élevée ? 2) En moyenne, combien de minutes pratiquez-vous une activité physique à cette intensité ? Les études démontrent que ces deux questions, posées par les professionnels de la santé, sont importantes autant en prévention primaire, secondaire que tertiaire des MC (Golightly et al., 2017; Kondamudi et al., 2021; Smith et al., 2017; Wald et al., 2018).

La littérature présente également des questionnaires spécifiques pour des usagers plus âgés dans lesquels la littératie est notamment ajustée. Par exemple, les auteurs Topolski et collaborateurs (2006) ont élaboré et validé le Rapid Assessment Physical Activity (RAPA). Ce questionnaire est simple à utiliser en clinique et permet de classifier le niveau d'activité des personnes âgées (activités aérobies, force et flexibilité). De plus, ce questionnaire est utilisé, par des chercheurs, dans le cadre de projet de recherche ciblant une population plus âgée (Achttien, Lieshout, Wensing, Sanden, & Staal, 2020).

Cependant, chez les personnes atteintes de MC, les questionnaires d'évaluation de l'AP présentent quelques limites puisque la perception de l'intensité de l'effort influence les réponses. Par exemple, un usager atteint d'une MPOC sévère ou d'insuffisance cardiaque sera essoufflé à la marche lente et répondra qu'il fait régulièrement des AP dans lesquelles ses fréquences cardiaques et respiratoires sont augmentées. Pourtant, il n'est pas nécessairement actif puisque pour ces personnes, la dyspnée et la hausse de la fréquence cardiaque peut se présenter au repos. De plus, les questionnaires doivent faire appel à la mémoire, ce qui peut être un problème chez les personnes ayant des troubles cognitifs. À ce jour, il est unanime que les données probantes quant aux outils d'évaluation en AP sont insuffisantes pour influencer la pratique clinique (Albert et al., 2020; Pettee et al., 2012; Smith et al., 2017).

De plus, des études récentes ont intégré des concepts novateurs en prévention secondaire tels que l'évaluation des besoins, des désirs et des préférences des usagers afin d'orienter les interventions. L'étude de Tinetti et ses collaborateurs (2021) a démontré la faisabilité de cette évaluation. Cependant, des recherches supplémentaires

sont nécessaires afin de démontrer la validité de cette méthode sur l'adhésion au comportement et à l'amélioration des issues de santé (Tinetti et al., 2021). À la lumière des recherches effectuées, on constate qu'il existe une variété de pratiques et d'outils autant chez les cliniciens que chez les chercheurs, ce qui rend la recherche et les comparaisons difficiles. Finalement, sur le plan clinique, l'utilisation de méthodes d'évaluation différentes complexifie la communication entre les cliniciens.

Intervention en AP auprès des personnes atteintes de MC

Depuis des décennies, on remarque des méthodes d'évaluation et d'intervention très variables qui n'offrent pas les résultats cliniques, et de recherche, escomptés (Lion et al., 2018; Pettee et al., 2012). Des auteurs, comme Pettee et ses collaborateurs (2012), se sont penchés sur ce phénomène et ont apporté l'idée qu'il y a potentiellement une confusion dans la définition même de l'AP et de ces concepts reliés. En effet, se doter d'une définition et une terminologie communes est nécessaire afin que les cliniciens, les chercheurs et les intervenants de santé publique parlent de la même chose.

De façon plus holistique, l'auteur définit l'AP comme étant un comportement impliquant le mouvement humain apportant des résultats sur les attributs physiologiques tels que l'augmentation de la dépense énergétique et l'amélioration de la condition physique. De ce fait, il propose également un schéma conceptuel innovateur considérant l'AP comme un comportement complexe et multidimensionnel. Cet auteur apporte aussi la nécessité d'inclure les comportements actifs et sédentaires aux questionnaires d'évaluation et aux interventions en AP. Les récentes lignes directrices et énoncés en matière de préventions primaire et secondaire des MC intègrent également la notion de

sédentarité (American Diabetes Association, 2021; Diabète Canada, 2018; Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020; Comité scientifique de Kino-Québec, 2020; Rabi et al., 2020; SCPE, 2021)

Finalement, l'aspect multidimensionnel fait référence aux quatre domaines d'AP soit le transport, le travail/l'occupation, les loisirs et les tâches quotidiennes. Ces domaines doivent être pris en considération autant dans l'évaluation que dans l'intervention en AP afin de porter un regard global sur la pratique d'AP de l'individu (Pettee et al., 2012; Strath et al., 2013). Comme mentionné plus tôt, la Figure 1 présente une adaptation et une traduction libre du modèle.

La nature des interventions en AP est très variable d'une étude à l'autre. Par exemple, on parle autant de prescriptions formelles, d'interventions brèves ou très brèves, de counseling complet ou de référence vers un kinésiologue ou encore, toutes ces réponses (Lamming et al., 2017; Lion et al., 2018; Thornton et al. 2021). Il est démontré qu'un counseling complet en AP basée sur le modèle conceptuel des 5 A est efficace pour diminuer les risques de développer une MC (Shuval et al., 2017).

Dans les dernières années, plusieurs chercheurs se sont intéressés aux différentes théories de changement de comportement en lien avec l'AP. La récente revue sélective de Williamson et al. (2021) présente cinq modèles théoriques de changement de comportement proposant des actions réalistes à entreprendre pour les professionnels de la santé dans le but d'améliorer l'intervention en promotion de l'AP. On parle de : 1) théorie socio-cognitive, 2) modèle transthéorique, 3) approche du processus d'action de santé (APAS), 4) théorie de l'auto-détermination et 5) capacité, opportunité, motivation, comportement (COM-C).

Ces modèles théoriques intégrés aux données probantes ont permis aux auteurs de mettre en lumière les techniques concrètes de changement de comportement, pouvant être réalisées par différents professionnels de la santé et offrant des effets positifs sur l'adoption de comportement de santé. On parle notamment de fixer des objectifs, d'identifier et adresser les barrières et les facilitateurs, de planifier l'action (ex. fréquence, durée, intensité, environnement physique et social, etc.), de réévaluer les objectifs, de donner de la rétroaction, de convenir d'une méthode d'autosurveillance, d'identifier le soutien social, de prodiguer des conseils techniques sur l'activité choisie et d'informer sur les conséquences positives et négatives du comportement sur la santé.

À ce jour, la littérature ne présente pas de consensus quant à la méthode de changement de comportement idéale à utiliser. Toutefois, les recherches permettent de proposer, aux professionnels de la santé, des recommandations générales démontrées efficaces en prévention secondaire afin d'augmenter l'AP et de contrer la sédentarité. Il est important d'intégrer une approche collaborative plutôt que prescriptive, favoriser une approche individualisée, évaluer les succès sur le changement de comportement plutôt que sur les indicateurs cliniques, se concentrer sur le changement d'un seul comportement, utiliser les techniques de changement de comportement reconnues telles que présentées précédemment (Williamson et al., 2021).

Au 21^e siècle, la technologie prend une place de plus en plus importante, le système de santé ne faisant pas exception. De ce fait, plusieurs outils technologiques ont été développés pour motiver les individus et peuvent être utiles dans un contexte de soins de santé primaire. On appelle l'utilisation de la technologie en santé la e-Santé. Ces types d'outils sont intéressants puisqu'ils rendent l'intervention et l'accompagnement

accessible, 24 heures sur 24, notamment pour les personnes demeurant en milieu rural. De plus, ils permettent d'éviter des bris de service lors d'une crise telle que vécue lors de la pandémie COVID-19 (Williamson et al., 2021). Les outils tels que le podomètre, l'accéléromètre, les applications sur téléphone mobile, les systèmes de rétroaction par messagerie texte, les plateformes web sont des technologies novatrices pour lesquels les évidences scientifiques sont variables et ambiguës, mais dont les cliniciens doivent faire preuve d'ouverture et de créativité face à leur utilisation (Hodkinson et al., 2021; Thornton et al., 2016, 2021; Williamson et al., 2021).

Différentes combinaisons d'outils, de technologies et de méthodes visant le changement de comportements ont été réalisées par des chercheurs et cliniciens. Par exemple, des auteurs ont démontré que le podomètre, combiné à une intervention socio-cognitive pourrait contribuer, en prévention secondaire, à améliorer les issus de santé (Houle et al., 2012; Houle et al., 2013). De plus, une récente revue systématique et méta-analyse a démontré une association significative entre l'utilisation de moniteurs d'AP (podomètre, accéléromètre ou moniteur d'exercice) intégrée à des interventions réalisées par des professionnels de la santé et l'augmentation du niveau d'AP chez les personnes atteintes de maladie cardiométaboliques (Hodkinson et al., 2021). Cependant, la littérature ne permet pas de définir la combinaison optimale à préconiser.

Finalement, de façon plus conservatrice, écrire une prescription dans le but d'augmenter le nombre de minutes d'AP est reconnu comme une bonne pratique qui favorise l'observance au comportement (Lion et al., 2018; Thornton et al., 2016, 2021). De plus, la prescription écrite semble améliorer l'efficacité d'une intervention brève en AP (Lamming et al., 2017). Noter la mesure et le type d'AP réalisée dans un journal de

bord constitue une motivation adéquate pour l'utilisateur et permet au professionnel de la santé d'assurer un suivi (Lion et al., 2018; Thornton et al., 2016; Williamson et al., 2021). En dépit de tous les outils et les méthodes existantes, à ce jour, la littérature n'offre pas de consensus clair par rapport au meilleur choix pour favoriser l'adhésion aux comportements actifs chez les personnes atteintes de MC.

Au Québec, 85 % de la population rencontre un médecin de famille au moins une fois par année (Statistique Canada, 2013). D'ailleurs, il est reconnu que les usagers apprécient qu'un professionnel de la santé leur parle d'AP et la satisfaction augmente davantage lorsque c'est le médecin qui l'aborde (Baillot et al., 2018). Cependant, il semble que peu de professionnels de la santé réalisent une évaluation et une intervention en matière d'AP. Il en est de même pour la référence vers un kinésologue ou spécialiste de l'AP (Baillot et al., 2018; Thornton et al., 2016). Il est clair que les connaissances face à l'AP et le sentiment de compétence des professionnels jouent un rôle important dans l'intervention ou non en AP (Baillot et al., 2018; Thornton et al., 2016). Selon l'étude de Baillot et ses collaborateurs (2018), les professionnels « champions » qui offrent à leurs usagers des interventions et des suivis réguliers en AP sont les nutritionnistes. Elles sont suivies de loin par les infirmières et en dernier de liste les médecins qui interviennent rarement en AP (Baillot et al., 2018). Les professionnels responsables de la prise en charge des usagers atteints de MC ont un rôle primordial à jouer dans leur changement de comportement.

Recommandations en matière d'AP en prévention secondaire des MC

À ce jour, bien que les cliniciens préconisent encore davantage le traitement pharmacologique au détriment des interventions non pharmacologiques telles que l'AP

(Molin et al., 2020), la littérature abonde d'écrits scientifiques confirmant les bienfaits de l'AP tant en prévention primaire (Comité scientifique de Kino-Québec, 2020; Fortier, McFadden, & Faulkner, 2020; Mervin et al., 2017; OMS, 2018a) que secondaire (Fortier et al., 2020, Fowles, O'Brien, Solmundson, Oh, & Shields, 2018; OMS, 2018a; Pederson et al., 2015). Partant du fait que l'AP réalisée adéquatement est bénéfique pour tous (Comité scientifique de Kino-Québec, 2020), les recommandations en matière d'AP chez les personnes atteintes de MC se rapprochent des recommandations pour les personnes n'ayant pas de problème de santé particulier en y ajoutant des interventions plus spécifiques. La lecture des textes scientifiques et des lignes directrices associées aux MC témoigne que les recommandations en matière d'AP sont très similaires d'une maladie à l'autre. D'abord, l'Avis du comité scientifique de Kino-Québec (2020) présente les plus récentes recommandations en AP pour la population générale incluant donc les personnes atteintes de MC. Deux principes de base sont à respecter pour retirer des bénéfices optimaux soit : 1) augmenter le niveau d'AP et 2) diversifier les AP. Pour y arriver, les AP doivent être réalisées régulièrement, en respectant une progression et une récupération adéquate selon une approche personnalisée.

Précisément, les personnes atteintes de MC, tout comme les adultes en général, devraient accumuler au moins 150 minutes d'AP aérobie, d'intensité moyenne, chaque semaine. De plus, des exercices de renforcement musculaire devraient être réalisés au moins 2 journées par semaine (American Diabetes Association, 2021; Diabète Canada., 2018; Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020; Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2019). Pour les personnes atteintes de diabète et de MCV, il est également recommandé d'utiliser le podomètre ou l'accéléromètre afin de suivre les activités réalisées. De plus, il est conseillé de consulter un kinésiologue afin

d'intégrer les exercices de renforcement musculaire de façon sécuritaire (Diabète Canada, 2018; Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020). Selon Hypertension Canada (2020), l'AP est bénéfique tant en prévention primaire qu'en prévention secondaire de l'hypertension. En effet, il est recommandé de faire 30 à 60 minutes d'AP de type aérobie d'intensité moyenne, quatre à sept fois par semaine, et ce, en plus des activités physiques quotidiennes. De plus, pour les personnes normotendues ou atteintes d'hypertension de stade 1, il est également bénéfique d'intégrer des exercices de renforcement musculaire (Nerenberg et al., 2018; Rabi et al., 2020).

En prévention primaire et secondaire, il y a un consensus scientifique solide quant aux bienfaits de limiter la sédentarité notamment en évitant la position assise sur une longue durée, tout en profitant de chaque occasion pour bouger (American Diabetes Association, 2021; Diabète Canada, 2018; Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020; Nerenberg et al., 2018; Rabi et al. 2020). Ceci est bien reflété dans les lignes directrices qui s'adressent particulièrement aux professionnels de la santé. Les recommandations générales en matière d'AP chez les personnes atteintes de MC sont donc assez claires, simples et cohérentes.

Cependant, les revues de Pederson et ses collaborateurs (2015) et de Hoffmann et ses collaborateurs (2016) viennent baliser et encadrer davantage les interventions efficaces à réaliser selon la MC. En effet, ces auteurs précisent que les exercices peuvent être autant efficaces que la pharmacologie pour traiter plusieurs MC. Pour ce faire, les exercices doivent être adaptés à la condition de la personne afin d'induire un effet réel sur les cibles thérapeutiques. Cependant, pour une personne atteinte de MC, les recommandations spécifiques, voire générales, peuvent être perçues comme étant

inatteignables, ce qui représente un impact sur la motivation à bouger. À cet égard, il est intéressant de souligner qu'en somme, simplement augmenter le niveau d'AP, engendre des effets bénéfiques pour la santé et la qualité de vie des personnes atteintes de MC (Comité scientifique de Kino-Québec, 2020; Fortier et al., 2020). La recommandation d'accumuler au moins 150 minutes d'AP à intensité moyenne à élevée par semaine n'est donc pas un seuil minimal absolu à atteindre pour retirer des bénéfices sur la santé.

Afin que les actions prévues dans les lignes directrices se traduisent dans les pratiques cliniques des professionnels de la santé et des services sociaux impliqués dans le suivi des usagers atteints de MC, il est nécessaire d'optimiser le transfert de connaissances.

Le transfert de connaissances

Dans les dernières années, plusieurs scientifiques se sont intéressés au concept de transfert de connaissances. Selon l'INSPQ (2009a) :

Le transfert des connaissances réfère à l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé. (p.7)

Plus précisément, le transfert de connaissances est un processus continu d'interactions entre de nombreuses personnes, provenant de différents secteurs (ex. : sociopolitique, organisationnel) jouant un rôle important dans la production, le relais et l'utilisation des connaissances. Ce processus est composé de sept grandes étapes : 1) la production, 2) l'adaptation, 3) la diffusion, 4) la réception, 5) l'adoption, 6) l'appropriation et 7) l'utilisation des connaissances.

En 2008, naît une volonté politique de mettre en place des stratégies visant un transfert de connaissances efficace en santé (INSPQ, 2009a). L'INSPQ a conçu notamment l'outil d'aide à la décision pour le transfert des connaissances qui a été présenté au chapitre 2 et placé à l'Annexe A (INSPQ, 2009b). Notre étude se retrouve dans la troisième section soit *Amélioration de l'action* puisqu'elle vise la mise en œuvre des recommandations en matière d'AP par les professionnels de la santé et des services sociaux.

Au cours des dernières années, plusieurs auteurs ont proposé des cadres de référence en matière de transfert de connaissances. Pour répondre aux objectifs de recherche, le cadre de référence CFIR (2009) est un modèle très pertinent. Ce cadre est né d'une imbrication de plusieurs cadres théoriques bien connus notamment le modèle conceptuel de la diffusion des innovations (2004), le *Ottawa Model of Research Use* (2004) et le *Practical, Robust Implementation and Sustainability Model* (2008). Le CFIR propose cinq dimensions à considérer pour comprendre la mise en œuvre d'une intervention et optimiser le transfert de connaissances. Ces dimensions sont présentées dans le Tableau 2. Pour cette étude, trois des cinq dimensions ont été considérées soit : 1) le contexte externe de pratique 2) le contexte interne de pratique et 3) les caractéristiques individuelles des professionnels impliqués. Ces trois dimensions sont étroitement reliées. La ligne est donc parfois mince entre l'une et l'autre des dimensions notamment en ce qui concerne les contextes de pratique interne et externe (Damschroder et al., 2009). Dans le cadre de cette étude, ces thèmes seront abordés conjointement.

Tableau 2

Dimensions pour comprendre la mise en œuvre d'une intervention selon le CFIR

Dimensions	Explications / exemples
1) Caractéristiques de l'intervention	• Validité et qualité de la force de l'évidence scientifique • Perception des avantages • Adaptabilité et souplesse de l'intervention • Complexité • Coût de l'intervention
2) Contexte externe	• Besoins des patients • Ressources disponibles • Réseautage • Pressions externes • Politiques et mesures incitatives (rétribution financière, reconnaissance)
3) Contexte interne	• Structure organisationnelle (âge, maturité, stabilité de l'équipe) • Collaboration interprofessionnelle • Communication (formelle et informelle) • Normes, valeurs, culture • Climat de travail
4) Caractéristiques des individus impliqués	• Connaissances et croyances au sujet de l'intervention • Attitude • Sentiment d'auto-efficacité • Stades de changement • Sentiment d'appartenance au milieu
5) Processus d'implantation	• Planification • Engagement • Exécution • Évaluation de l'intervention

Objectifs de la recherche

L'objectif général de ce projet est de décrire les pratiques des professionnelles de la santé et des services sociaux en matière d'évaluation et d'intervention en AP dans la prise en charge des personnes atteintes de MC et suivies en GMF.

Plus spécifiquement, l'étude vise à : 1) décrire les méthodes d'évaluation et d'intervention en matière d'AP utilisées par les membres de l'équipe multidisciplinaire auprès des usagers atteints de MC suivis en GMF, 2) décrire les contextes externe et interne de pratique ainsi que les caractéristiques individuelles des professionnels qui auront une influence potentielle sur la mise en œuvre de l'intervention et 3) comparer les pratiques en matière d'évaluation et d'intervention entre les différents professionnels.

Questions de recherche :

1. Comment les membres de l'équipe multidisciplinaire évaluent-ils l'AP auprès des usagers atteints de MC suivis en GMF ?
2. Comment les membres de l'équipe multidisciplinaire interviennent-ils afin de faire la promotion de l'AP auprès des usagers atteints de MC suivis en GMF ?
3. Quel est le contexte externe et interne de pratique en GMF ?
4. Quelles sont les caractéristiques individuelles des professionnels qui exerceront une influence potentielle sur la mise en œuvre de l'intervention?
5. Est-ce qu'il y a une différence au niveau des pratiques en matière d'évaluation et d'intervention entre les différents professionnels?

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les détails relatifs à la méthode utilisée pour effectuer l'intégralité de la recherche. Des informations méthodologiques telles que le type de devis, le milieu de recherche, la population cible et échantillon, le déroulement de l'étude et du recrutement des participants, l'outil de collecte de données, les considérations éthiques et l'analyse des données seront abordés.

Devis de recherche

La recherche présente un devis quantitatif de type descriptif. Ce devis permet de décrire de façon générale un phénomène dans un temps donné dans le but notamment de dresser un portrait de situation (Fortin & Gagnon, 2016). Plus précisément, afin de répondre aux objectifs 1 et 2 de la recherche, un devis descriptif simple a été choisi afin de présenter des caractéristiques spécifiques quant aux méthodes d'évaluation et d'intervention en AP (objectif 1) et quant aux contextes externe et interne de pratique ainsi qu'aux caractéristiques individuelles des professionnels (objectif 2).

Afin de comparer les pratiques en matière d'évaluation et d'intervention entre les différents professionnels (objectif 3), un devis descriptif comparatif a été choisi. Ce devis permet de présenter les différences et les similitudes observées entre les groupes (Fortin & Gagnon, 2016).

Milieu de recherche

Les GMF sont des organisations de type « public/ privé ». En effet, le MSSS finance une partie des frais de fonctionnement, l'autre partie est assumée par les médecins (Lévesque, Roberge & Pineault, 2007).

Chaque GMF est affilié au CISSS ou CIUSSS de son territoire. Le MSSS, en

fonction de critères établis par le programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille, attribue un niveau de reconnaissance entre 1 et 9, en fonction du nombre d'usagers inscrits à chaque GMF pondérés notamment à l'indice de vulnérabilité. Par exemple, un usager vulnérable vaut pour deux inscriptions. (MSSS, 2017b). De plus, le MSSS octroie un certain nombre de ressources professionnelles au GMF en fonction de niveau reconnu. Par exemple, les infirmières cliniciennes, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé (ex. : nutritionnistes, kinésiologues, physiothérapeutes, travailleurs sociaux) sont embauchées par un CIUSSS, mais pratiquent au GMF attiré (MSSS, 2017b). Comme mentionné précédemment, l'organisation du travail en GMF permet d'assurer la qualité et l'accessibilité des soins de première ligne ainsi qu'un meilleur suivi de l'état de santé des patients (CIUSSS MCQ, 2019).

Dans le cadre de l'étude, le territoire du CIUSSS MCQ dessert une population d'environ 522 341 habitants sur un vaste territoire de 47 000 km² (CIUSSS MCQ, 2020). En octobre 2019, selon les données de la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique, le CIUSSS MCQ comptait 26 GMF et les 3 groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U).

Population à l'étude et échantillon

La population cible est constituée de l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux pratiquant en GMF et en GMF-U en Mauricie et Centre-du-Québec, notamment, les médecins, les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL), les infirmières cliniciennes, les nutritionnistes, les kinésiologues et les travailleurs sociaux.

Pour participer à la recherche, les participants devaient répondre à deux critères d'inclusion soit : 1) être un professionnel de la santé ou des services sociaux pratiquant en GMF ou GMF-U et 2) travailler depuis au moins six mois auprès des personnes atteintes de MC. Aucun critère d'exclusion n'était pertinent à ce projet de recherche.

Un échantillon de convenance représentant cette population cible a été recruté sur le territoire du CIUSSS MCQ. Cette méthode d'échantillonnage a été choisie pour des raisons de faisabilité. En effet, puisque cette étude s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, une limite de temps était imposée. De plus, des contraintes relatives aux communications avec les professionnels dans les GMF ont complexifié la collecte de données. En effet, les chercheurs ne sont pas tenus de communiquer directement avec les professionnels. De ce fait, le territoire du CIUSSS MCQ étant à proximité de l'UQTR semblait un choix logique et réaliste puisque nous avons des collaborations préalables avec les deux directions pertinentes pour notre projet.

Puisqu'il s'agit d'une étude descriptive, la taille d'échantillon est estimée en fonction du nombre de professionnels accessibles œuvrant au sein des GMF sur le territoire du CIUSSS MCQ. L'estimation de la taille d'échantillon est basée sur les informations fournies par la Direction des services de soins ambulatoires de santé primaire et gestion des maladies chroniques et par la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique au moment de débiter l'étude. En octobre 2019, il a été estimé à 197 le nombre de professionnels de la santé et des services sociaux répartis dans 26 GMF et 3 (GMF-U) sur le territoire du CIUSSS MCQ. À ce nombre, s'ajoutent 422 médecins et résidents en médecine. Tous les professionnels ont été sollicités pour participer à l'étude. En fonction des collaborations préalables qui

seront présentées à la section suivante; un taux de réponse global de 30 % était envisagé (n=186).

Déroulement de l'étude et recrutement

Les contacts avec les collaborateurs du milieu ont été entamés à partir du mois de juillet 2019. Le but était de faire connaître le projet de recherche pour ensuite obtenir l'appui des Directions impliquées. L'Annexe B expose les lettres d'appui obtenu par les deux directions stratégiques pour le recrutement soit la Direction adjointe des services de soins ambulatoires de santé primaire et gestion des maladies chroniques ainsi que la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique. Une présentation du projet par l'équipe de recherche a été proposée aux chefs de programme afin de faire connaître notre étude tout en espérant optimiser le taux de recrutement. Toutefois, cette proposition n'a pas été retenue par les chefs de programme. Aucune présentation préalable du projet n'a été réalisée. La collecte de données a été lancée à la suite de l'obtention des certificats d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ (CÉRM-2019-008-01) et de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) (CER-19-263-10.03).

Tout d'abord, pour le recrutement des participants, des lettres d'invitation à participer au projet ont été envoyées aux personnes concernées via courriel. Dans ces lettres, le lien web pour l'accès au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au questionnaire en ligne a été distribué aux professionnels ciblés. Afin de respecter les voies de communications officielles du CIUSSS MCQ, une stratégie de communication a été établie. En effet, pour les professionnels autres que les médecins, les lettres d'invitation à participer au projet ont été envoyées par leur chef de programme respectif. Pour le recrutement des médecins et des résidents pratiquant en GMF et GMF-

U, les lettres ont été envoyées par courriel par la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique comme stipulé dans la lettre d'appui au projet de recherche. De plus, pour les médecins des GMF-U, un courriel d'invitation à participer a été également transmis aux responsables du volet recherche, qui l'ont acheminé aux médecins et aux résidents de leur équipe. L'Annexe C présente le plan stratégique détaillé de recrutement. Avant de répondre au questionnaire, les participants devaient prendre connaissance du formulaire d'information et de consentement pour ensuite donner leur consentement à participer à l'étude.

Les professionnels avaient deux semaines pour répondre au questionnaire. Par la suite, une relance courriel était planifiée. Malheureusement, celle-ci n'a pas pu être réalisée au moment prévu puisque la pandémie de la COVID-19 venait de commencer au Québec. La relance a été effectuée au mois de juin lorsque l'autorisation de reprendre les activités de recherche a été émise par les établissements responsables. L'objectif de cette relance était d'augmenter le taux de réponse en offrant 10 jours supplémentaires pour remplir le questionnaire.

Outil de collecte de données

Tel que mentionné précédemment, afin de réaliser l'étude, le questionnaire en ligne a été construit à l'aide de la BIQ de l'UQTR. Le contenu du questionnaire a été créé par l'étudiante à partir de connaissances scientifiques relevées dans la revue de littérature présentée au chapitre 2 de ce mémoire. Le cadre de référence en matière de transfert de connaissances CFIR a également servi de guide pour la création du questionnaire.

Afin d'intégrer un contenu empirique, d'assurer la pertinence et la clarté des questions, une consultation sous forme d'entretien téléphonique semi-dirigé a été réalisée entre les mois de juin et juillet 2019. Sept experts-cliniciens ont été individuellement consultés : nutritionniste (1), infirmière clinicienne (1), infirmière auxiliaire (1), travailleurs sociaux (2), kinésologue (1) et omnipraticienne (1). Au moment de la consultation, ces professionnels pratiquaient en GMF; ils représentaient donc la population cible de l'étude. Au moment de l'entretien téléphonique, les professionnels étaient invités à répondre oralement aux questions de l'étudiante. Un guide d'entretien téléphonique présenté à l'annexe D a été préalablement construit. Au total, un temps de 30 minutes était alloué pour chaque expert. À la lumière de cette consultation d'experts-cliniciens, le questionnaire a été légèrement révisé afin de le rendre plus cohérent et pertinent avec la pratique clinique.

Le questionnaire présenté à l'Annexe E est composé de questions à choix de réponses. Des échelles de Likert de fréquence et de degré d'accord ont été utilisées pour chacune des questions. De plus, un choix de réponse « autre » incluant un champ d'écriture a été ajouté à chaque question pour permettre aux répondants de compléter les informations, le cas échéant. Deux questions ouvertes concluaient le questionnaire. La figure 4 présente la structure détaillée du questionnaire. Les trois sections sont reliées aux trois objectifs de recherche exposés précédemment par exemple, la section 1 a permis de répondre à l'objectif 1.

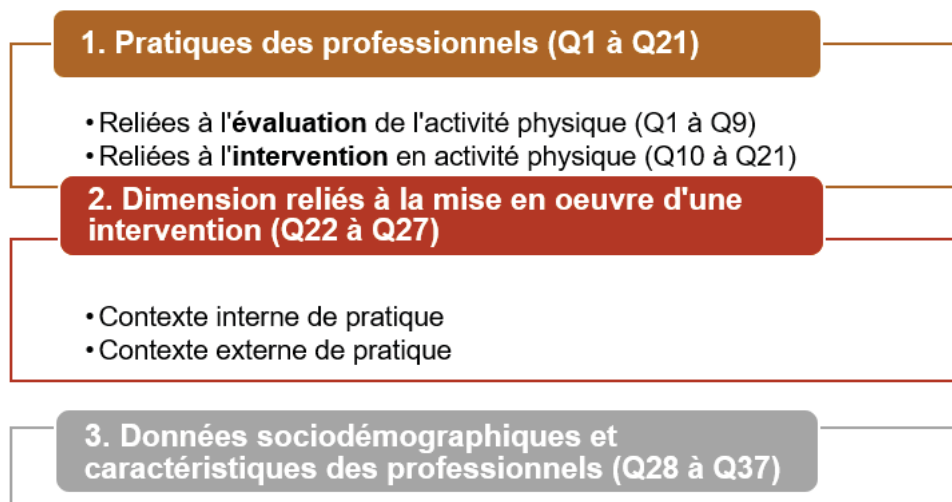


Figure 4. Structure du questionnaire

Considérations éthiques

Tout d’abord, les certificats d’éthique obtenus dans la cadre du projet sont présentés à l’Annexe F. À la suite de l’analyse de la convenance institutionnelle du CIUSSS MCQ, l’équipe de recherche a obtenu l’autorisation officielle du CIUSSS MCQ de mener cette étude. Alors, les étapes pour assurer le déploiement du questionnaire en ligne ont débuté.

Par souci de consentement libre et éclairé ainsi que de confidentialité, plusieurs actions ont été entreprises. Tout d’abord, les formulaires d’information et de consentement (Annexe G) étaient présentés, conjointement, dans un format PDF. Ce document était placé en amont du questionnaire. Pour accéder au questionnaire, les participants devaient prendre connaissance des formulaires. Ensuite, ils devaient appuyer sur le bouton « J’ai lu le formulaire d’information et je consens à participer à l’étude » en guise de signature. Les participants étaient invités à imprimer et conserver

une copie du formulaire. De plus, le questionnaire était anonyme; aucune information nominative n'était demandée. Il n'y avait donc pas de moyen d'identifier les répondants. Cependant, dans les GMF certaines professions sont moins représentées notamment les kinésiothérapeutes. Les risques de violation de la confidentialité étaient exposés clairement dans le formulaire et les professionnels étaient invités à faire un choix informé sur leur participation à l'étude. Tous les répondants étaient libres d'abandonner le projet, à tout moment, en quittant simplement la plateforme sans appuyer sur le bouton « Transmettre ».

Enfin, le questionnaire a été construit et hébergé sur une plateforme de l'UQTR nommée la Banque interactive de questions (BIQ). Il est démontré que la BIQ répond aux normes de confidentialité et de protection des renseignements exigés dans les activités de recherche. Elle offre également un environnement sécuritaire de conservation des données directement sur le serveur de l'UQTR. Dans le cadre de cette étude, les données seront conservées pendant 5 ans et par la suite seront supprimées de la BIQ. Aucun formulaire papier n'a été recueilli par les chercheurs.

Analyse des données

Une fois la collecte de données réalisées, plusieurs analyses statistiques ont été effectuées. Tout d'abord, afin de préserver la confidentialité des données considérant que certains professionnels étaient seuls ou peu nombreux dans leur catégorie (ex : kinésiothérapeute) et de permettre de faire des analyses statistiques, des regroupements de professionnels ont été réalisés. On retrouve quatre groupes : 1) les infirmières (INF) incluant les infirmières, infirmières cliniciennes et IPSPL, 2) les médecins (MD) incluant les médecins et médecins résidents, 3) les autres professionnels de la santé (APS)

incluant kinésologues, inhalothérapeutes, physiothérapeutes et nutritionnistes et 4) les travailleurs sociaux (TS).

Ensuite, le test de Levene a été réalisé sur les variables relatives aux caractéristiques de l'échantillon. Ce test a confirmé l'homogénéité de ces variables et a justifié l'utilisation de tests paramétriques pour vérifier si les groupes sont similaires en termes de caractéristiques sociodémographiques et d'expérience de travail.

Pour les variables continues, l'analyse de la variance (ANOVA) a permis de déterminer si les moyennes des groupes sont différentes. Des tests F ont été réalisés pour tester statistiquement l'égalité des moyennes. Des tests post-hoc (Bonferroni) ont également été réalisés afin de mieux comprendre les différences entre les groupes. Pour les variables dichotomiques, les proportions ont été comparées à l'aide des tests Khi-deux simple (χ^2). Les groupes étaient considérés comme comparables, soit aucune différence statistique significative, si la majorité des variables indiquaient une valeur de $p > 0,05$.

Afin de décrire les méthodes d'évaluation et d'intervention en AP (objectif 1) ainsi que les trois dimensions permettant de mieux comprendre la mise en œuvre des recommandations en matière d'AP et ainsi d'optimiser le processus de transfert de connaissances (objectif 2), des analyses descriptives ont été réalisées. Notamment, des moyennes et écarts-types, des fréquences et des pourcentages ont été calculés.

De plus, afin de comparer les pratiques selon les groupes de professionnels (objectif 3), des analyses comparatives ont été réalisées. Afin de choisir le type de tests comparatifs à appliquer (paramétriques ou non paramétriques), les courbes de

distribution des valeurs ont été observées sur 68 variables aléatoires issues du questionnaire de collecte de données. Les caractéristiques observées pour chacune des courbes étaient 1) la symétrie par rapport à la moyenne, 2) les queues touchant à l'axe des x seulement à l'infini et 3) la courbe a une forme de cloche (Dancey & Reidy, 2016). Dans la majorité des cas, les distributions des variables ne respectaient pas la courbe normale attendue. De ce fait, pour faire preuve de prudence, des tests non paramétriques ont été appliqués puisque contrairement aux tests paramétriques, ceux-ci ne supposent pas le respect d'une distribution normale des variables (Dancey & Reidy, 2016).

Le test Kruskal-Wallis (H) a notamment été utilisé pour comparer les variables en fonction des différents groupes de professionnels. Ce test comparatif est une alternative à l'ANOVA simple. Cependant, le calcul est réalisé sur la valeur du rang moyen. Le Kruskal-Wallis est un test comparatif générique qui permet de soulever, pour une variable donnée, s'il existe une différence entre les groupes. Toutefois, il ne permet pas de préciser entre quel groupe la différence se situe. En contrepartie, l'observation des valeurs des rangs moyens de chaque groupe permet de déduire l'endroit probable où la différence se situe. En effet, plus la valeur d'un groupe est élevée par rapport au rang moyen des autres groupes, plus on suppose que la différence se situe entre ces groupes (Dancey & Reidy, 2016).

Les variables relatives aux barrières des professionnels face à l'évaluation et l'intervention en AP ont été analysées en deux volets. Premièrement, des analyses descriptives (moyenne et écart-type) et comparatives (Kruskal-Wallis et Mann-Whitney) ont été réalisées comme décrit dans le paragraphe précédent. Ces tests ont permis de

décrire et de comparer les barrières spécifiques à l'évaluation et l'intervention en AP pour chaque groupe de professionnels.

Ensuite, un recodage a été réalisé pour créer deux nouvelles variables globales soit « barrières à l'évaluation en AP » et « barrières à l'intervention en AP ». Après avoir observé les courbes de distribution des valeurs de ces deux nouvelles variables, une distribution ne respectant pas une distribution normale des variables a été remarquée notamment pour la variable « barrières à l'intervention ». Un test d'homogénéité des variables (Levene) a été réalisé afin de valider cette observation. En effet, les résultats de ce test ont confirmé une différence significative pour la variable « barrières à l'intervention en AP » seulement. Bien que la variable « barrières à l'évaluation en AP » respecte une distribution homogène des valeurs, des tests non paramétriques ont été réalisés pour comparer ces nouvelles variables selon les différents groupes. Plus précisément, le test Kruskal-Wallis décrit précédemment a été réalisé. Ensuite, un test post-hoc a été appliqué soit le Mann-Whitney (U). Tous les groupes ont été comparés individuellement par chacun des autres groupes pour préciser entre quels groupes se situait la différence significative. Par exemple, on a comparé les INF avec les MD, les INF avec les APS, les INF avec les TS et ainsi de suite (Dancey & Reidy, 2016).

L'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 27 (SPSS Version 27.0; IBM Corporation, New York, NY, USA). Les résultats les plus pertinents de l'étude seront présentés dans le chapitre suivant.

RÉSULTATS

L'analyse quantitative des données recueillies lors de l'étude permet de présenter des résultats intéressants. Tout d'abord, ce chapitre mettra en lumière les caractéristiques de l'échantillon. Ensuite, les méthodes d'évaluation et d'intervention en AP utilisées par les professionnels ayant répondu au sondage seront décrites (objectif 1) suivies de la description des contextes externe et interne de pratique (objectif 2). La comparaison des pratiques en matière d'évaluation et d'intervention entre les différents professionnels (objectif 3) sera présentée dans la même section que celle où sont présentées les méthodes d'évaluation et d'intervention.

Caractéristiques de l'échantillon

Dans le cadre de cette étude, les données sociodémographiques recueillies ont permis de décrire les caractéristiques de l'échantillon qui est composé de 68 participants. Cet échantillon représente 11 % de l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux pratiquants en GMF et GMF-U sur le territoire du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. L'échantillonnage est illustré à la Figure 5.

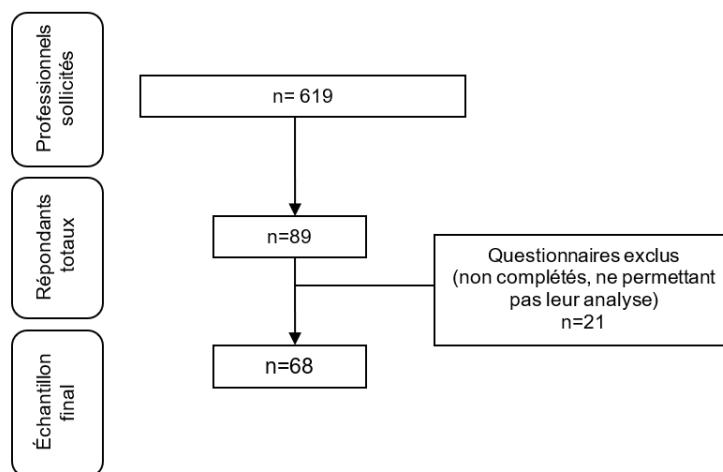


Figure 5. Diagramme de flux représentant l'échantillonnage

Le Tableau 3 détaille l'échantillonnage souhaité et obtenu pour chacune des professions. On constate que la représentativité des professions est très variable. En effet, le nombre de MD ayant répondu au questionnaire (n=31) est beaucoup plus élevé que tous les autres groupes de professionnels. Toutefois, seulement 7,3 % (31/422) des MD ont répondu au questionnaire, tandis que le taux de participation pour les autres professionnels, dont le nombre de participants est supérieur à 1, varie entre 13,3 et 50 %. Tous les répondants occupent un emploi au sein de l'un des 29 GMF et GMF-U du territoire du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

Tableau 3
Répartition des professionnels

	Nombre approximatif de professionnels sollicités	Nombre de répondants estimé	Nombre de répondants réels	Pourcentage de répondants
Médecins +résidents	422	126	31	7,3 %
Infirmières cliniciennes et infirmières	105	32	14	13,3 %
Infirmières praticiennes	29	8	4	13,8 %
Kinésilogues	1	1	1	100 %
Nutritionnistes	10	3	5	50 %
Travailleurs sociaux	46	14	11	23,9 %
Inhalothérapeute	1	1	1	100 %
Physiothérapeute	1	1	1	100 %
Autres (ergothérapeutes, psychologues)	4	1	0	0 %
TOTAL	619	186	68	11 %

Le Tableau 4 présente le portrait détaillé de l'échantillon par groupe de professionnels. L'échantillon présente une forte majorité féminine (85,3 %) et la répartition des hommes et des femmes est similaire entre les groupes (χ^2 3.11; $p=0,80$). L'âge des participants varie entre 25 et 63 ans ($\bar{x} = 38 \pm 9$). Il n'y a pas de différence significative entre les groupes concernant l'âge des participants ($F=1.03$, $p=0,39$). La plupart des répondants au questionnaire détiennent un diplôme universitaire (94,1 %). De ce nombre, dix d'entre eux (14,7 %) possèdent un diplôme de 2^e cycle et 3^e cycle. Les participants ont une expérience très variable auprès de la clientèle ciblée par l'étude, celle-ci variant entre 0 et 39 ans ($\bar{x} = 6,78 \pm 7,21$). Une différence statistiquement significative entre les groupes a été remarquée en lien avec le nombre d'années d'expérience auprès de la clientèle atteinte de MC ($F= 3,16$; $p < 0,05$). En effet, les TS sont les professionnels ayant le moins d'expérience auprès de la clientèle ciblée ($\bar{x} = 2 \pm 1$ ans). En contrepartie, les MD ont rapporté le plus d'années d'expérience ($\bar{x} = 9 \pm 9$ ans) auprès des usagers atteints de MC.

De plus, presque tous les répondants (95,6 %) possèdent un statut d'emploi permanent, dont 61 participants (89,7 %) détiennent un poste à temps complet. Finalement, on remarque une grande variabilité entre les groupes concernant le pourcentage d'usagers atteints de MC dans les charges de cas des professionnels. Ceci est traduit par une différence statistiquement significative entre les groupes ($F=20,58$; $p<0,01$). Précisément, les tests de comparaison multiples de Bonferroni permettent d'observer cette différence lorsque chaque groupe est comparé individuellement avec le groupe TS. En effet, ce dernier représente les professionnels ayant le plus faible

pourcentage d'utilisateurs atteints de MC ($\bar{x}$ =25,67 $\pm$ 19,60) dans la charge de cas. Par ailleurs, ce sont les INF qui ont le plus fort pourcentage d'utilisateurs atteints de MC ($\bar{x}$ =82,47 $\pm$ 16,31). En somme, l'analyse des caractéristiques sociodémographiques permet de constater que les quatre groupes de professionnels sont comparables.

Tableau 4
Portrait de l'échantillon, par groupe de professions (n=68)

Variables socio démographiques, par profession	INF	MD	APS	TS	TOUS	F	χ^2	valeur p
n (%)	17 (25,0)	31 (45,6)	9 (13,2)	11 (16,2)	68 (100)			
Genre n (%)						N/A	3,11	0,80 ^{NS}
Masculin	1 (5,6)	5 (16,1)	2 (25,0)	1 (9,1)	9 (13,2)			
Féminin	16 (94,1)	25 (80,8)	7 (77,8)	10 (90,9)	58 (85,3)			
Autres	0 (0)	1 (3,2)	0 (0)	0 (0)	1 (1,5)			
Âge ($\bar{x} \pm \text{ÉT}$) (n=66)	37 $\pm$ 6	36 $\pm$ 10	33 $\pm$ 5	41 $\pm$ 11	38 $\pm$ 9	1,03	N/A	0,39 ^{NS}
Niveau de formation, n (%)						N/A	11,12	0,27 ^{NS}
Collégial	2 (11,1)	0 (0)	1 (11,1)	1 (9,1)	4 (5,9)			
Universitaire 1 ^{er} cycle	12 (70,6)	26 (83,9)	7 (77,8)	9 (81,8)	54 (79,4)			
Universitaire 2 ^e cycle	3 (16,7)	1 (3,2)	1 (11,1)	1 (9,1)	6 (8,8)			
Universitaire 3 ^e cycle	0 (0)	4 (12,9)	0 (0)	0 (0)	4 (5,9)			
Expérience professionnelle								
totale (années), ($\bar{x} \pm \text{ÉT}$) (n=67)	13 $\pm$ 6	10 $\pm$ 10	8 $\pm$ 6	15 $\pm$ 8	11 $\pm$ 9	1,21	N/A	0,31 ^{NS}
avec clientèle MC (années), ($\bar{x} \pm \text{ÉT}$) (n=68)	6 $\pm$ 5	9 $\pm$ 9	5 $\pm$ 4	2 $\pm$ 1	7 $\pm$ 7	3,16	N/A	0,03 *
Statut de travail, n (%)						N/A	16,04	0,07 ^{NS}
Temps complet permanent	15 (88,2)	31 (100,0)	6 (66,7)	9 (81,9)	61 (89,7)			
Temps complet occasionnel	1 (5,9)	0 (0)	1	0 (0)	2 (2,9)			
Temps partiel permanent	1 (5,9)	0 (0)	2	1 (9,1)	4 (5,9)			
Temps partiel occasionnel	0 (0)	0 (0)	0	1 (9,1)	1 (1,5)			
Clientèle atteinte de MC provient d'un milieu, n (%)						N/A	3,59	0,73 ^{NS}
Urbain	9 (52,9)	16 (51,6)	6 (66,7)	3 (27,3)	34 (50)			
Rural	6 (35,3)	12 (38,7)	2 (22,2)	6 (54,5)	26 (38,2)			
Inconnu	2 (11,8)	3 (9,7)	1 (11,1)	2 (18,2)	8 (11,8)			
Pourcentage des usagers atteints de MC ($\bar{x} \pm \text{ÉT}$)	82,47 $\pm$ 16,31	50,10 $\pm$ 19,29	69,89 $\pm$ 24,09	25,67 $\pm$ 19,60	57,92 $\pm$ 26,67	20,58	N/A	< 0,001**

Légende : INF=Infirmières cliniciennes, infirmières, IPSPL; MD=Médecins et résidents; APS=Autres professionnels (kinésiothérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, nutritionnistes); TS=Travailleurs sociaux.
*p < 0,05, ** p < 0,01, NS : non significatif

Concernant les croyances et les perceptions des professionnels composant l'échantillon, les résultats démontrent qu'ils croient fortement aux bénéfices de l'AP pour améliorer la santé des usagers atteints d'une MC. En effet, la totalité des intervenants (n=68) rapportent être « tout à fait d'accord » (n=66; 97 %) ou d'« accord » (n=2; 3 %) avec l'énoncé que l'AP contribue à la santé. Par ailleurs, 65 professionnels (95,6 %) sont « tout à fait d'accord » (n=54; 79 %) ou d'« accord » (n=11; 16 %) avec l'énoncé proposant que la sédentarité soit dangereuse pour la santé. Finalement, 67 répondants (98,5 %) mentionnent être « tout à fait d'accord » (n=53; 78 %) ou « d'accord » (n=14; 21 %) à l'effet que les professionnels de la santé ont une responsabilité de promouvoir l'AP chez les usagers. Près de 80 % (n=54) des professionnels en GMF ayant répondu au questionnaire mentionnent avoir confiance en leurs compétences à recommander l'AP. Par ailleurs, seulement 10,3 % (n=7) indiquent ne pas être en mesure de convaincre les usagers de bouger. Finalement, près de 90 % (n=61) des professionnels composant l'échantillon affirment avoir l'intention de recommander plus fréquemment l'AP aux usagers.

Méthodes d'évaluation et d'intervention en AP

Cette section présentera les résultats en lien avec deux des trois objectifs de l'étude. En effet, les méthodes d'évaluation et d'intervention en matière d'AP utilisées par les membres de l'équipe multidisciplinaire seront décrites (objectif 1) et elles seront comparées entre les différents professionnels (objectif 3). Le Tableau 5 représente la fréquence des évaluations et des interventions en AP dans la pratique clinique quotidienne des répondants. En guise de rappel, une échelle de Likert à 5 points allant

de 1 (jamais) à 5 (toujours) a été utilisée. Les moyennes obtenues représentent une fréquence entre « parfois=3 » et « souvent=4 ». Les données rapportées permettent de constater que, globalement, les professionnels de l'étude évaluent l'AP et interviennent sur ce comportement selon la même fréquence ($\bar{x} = 3,79 \pm 1,05$ et $3,69 \pm 0,78$, respectivement). En regard des différentes catégories de professionnels, les MD représentent le groupe ayant les moyennes les plus similaires en termes de fréquence d'évaluation et fréquence d'intervention ($\bar{x} = 3,58 \pm 0,77$ et $3,68 \pm 0,75$, respectivement).

Tableau 5

Fréquence d'évaluation et d'intervention en AP selon les groupes de professionnels

	INF (n=17)	MD (n=31)	APS (n=9)	TS (n=11)	Tous (n=68)
Fréquence d'évaluation de la pratique d'AP ($\bar{X} \pm \text{ÉT}$)	4,47 $\pm$ 0,51	3,58 $\pm$ 0,77	4,44 $\pm$ 0,73	2,82 $\pm$ 1,54	3,79 $\pm$ 1,05
Fréquence d'intervention en AP ($\bar{X} \pm \text{ÉT}$)	3,71 $\pm$ 0,69	3,68 $\pm$ 0,75	3,89 $\pm$ 0,78	3,55 $\pm$ 1,04	3,69 $\pm$ 0,78

Légende : INF =Infirmières cliniciennes, infirmières, IPSPL; MD=Médecins et résidents; APS=Autres professionnels (kinésiolesgues, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, nutritionnistes); TS=Travailleurs sociaux
Fréquence : 1 = jamais, 2=rarement, 3=parfois, 4=souvent, 5=toujours

Par ailleurs, les données d'analyses de comparaison entre les groupes quant à la fréquence de l'évaluation en AP démontrent une différence statistiquement significative ($H=20,23$; $p < 0,01$). En effet, les INF et les APS sont les professionnels qui semblent réaliser plus fréquemment l'évaluation du niveau d'AP en comparaison avec les autres groupes (INF : $x = 4,47 \pm 0,51$; APS : $4,44 \pm 0,73$). En contrepartie, chez les TS, cette pratique semble être réalisée de façon moins fréquente ($\bar{x}=2,82 \pm 1,54$) que les

autres professionnels. Toutefois, les données statistiques de comparaison à l'égard de la fréquence des interventions en AP ne présentent pas de différence significative entre les groupes ($H=0,57$; $p=0,90$). Plus précisément, toutes les catégories de professionnels semblent réaliser des interventions en matière d'AP dans une fréquence qui se rapproche du libellé « souvent » ($\bar{x}= 3,69 \pm 0,78$).

L'étude a permis également de définir les principaux éléments abordés lors des évaluations et des interventions. Le Tableau 6 présente ces éléments. Tout d'abord, globalement, lorsque les professionnels réalisent **l'évaluation de l'AP**, les éléments abordés le plus fréquemment, chez tous les groupes sont l'AP dans les loisirs ($\bar{x}=4,20 \pm 0,86$) et le type d'AP pratiquée ($\bar{x} = 4,37 \pm 0,75$). En contrepartie, l'élément le moins fréquemment abordé lors des évaluations en AP est celui des activités sédentaires ($\bar{x} = 2,53 \pm 1,13$). Cette moyenne se situe entre « rarement=2 » et « parfois=3 ». Les résultats obtenus sont assez homogènes entre les catégories de professionnels. Toutefois, les MD sont les professionnels abordant les activités sédentaires lors de l'évaluation de l'AP le plus fréquemment ($\bar{x} = 2,65 \pm 1,11$). En contrepartie, les INF représentent le groupe abordant le moins fréquemment cet élément ($\bar{x} = 2,35 \pm 1,06$). De plus, lors de l'évaluation, les TS semblent aborder autant les facteurs facilitants ($\bar{x} = 3,64 \pm 0,81$) et les barrières associées ($\bar{x} = 3,36 \pm 1,12$) à la pratique d'AP auprès des usagers. Cependant, pour tous les autres groupes, les professionnels abordent plus fréquemment les barrières ($\bar{x} = 3,88 \pm 0,89$) que les facteurs facilitant la pratique d'AP ($\bar{x} = 3,06 \pm 1,08$).

Ensuite, le Tableau 6 présente également la fréquence des thèmes abordés lors des **interventions** en AP. En cohérence avec les résultats des données relatives à

l'évaluation, les professionnels semblent aborder « rarement » ($\bar{x} = 2,30 \pm 1,14$) la notion d'activités sédentaires lors des interventions en matière d'AP auprès d'usagers. Tout comme les données relatives à l'évaluation, le type d'AP est un élément fréquemment abordé lors des interventions, et ce, par tous les groupes ($\bar{x} = 4,29 \pm 0,60$). Par ailleurs, les données à l'égard des quatre domaines de l'AP proposés par les auteurs Pettee et al. (2012) et exposées précédemment (loisirs, déplacements, travail, tâches quotidiennes) sont intéressantes. En effet, tous les groupes de professionnels abordent de façon plus fréquente l'AP dans les loisirs ($\bar{x} = 4,16 \pm 0,78$). En contrepartie, les interventions ciblant les trois autres domaines sont moins fréquentes.

Tableau 6

Fréquence des éléments abordés lors de l'évaluation (Q.3) et lors de l'intervention (Q.17) en AP selon les groupes de professionnels

	INF (n=17)	MD (n=31)	APS (n=9)	TS (n=11)	Tous (n=68)
Éléments d'évaluation d'AP (X±ÉT)					
Loisirs	4,47±0,51	4,10±0,79	4,67±0,71	3,82±1,33	4,2±0,86
Déplacement	3,47±1,18	2,94±1,12	3,89±0,6	2,55±1,21	3,13±1,16
Travail/occupation	3,65±1,06	3,77±0,81	3,89±0,78	2,45±0,93	3,54±1
Tâches quotidiennes	3,53±1	3,23±1,09	3,56±0,73	3,09±0,94	3,32±1
Nbr minutes/sem.	3,59±1,18	3,42±1,09	3,56±1,24	2,91±1,45	3,4±1,19
Nbr jours/sem.	4,00±1,00	2,94±1,26	3,78±0,97	2,55±1,37	3,25±1,29
Durée	4,18±0,73	3,16±1,19	4,22±0,97	3,09±1,38	3,54±3,54
Intensité	4,00±0,61	3,29±1,00	4,00±0,71	2,27±1,10	3,40±1,07
Type d'AP	4,65±0,49	4,23±0,81	4,78±0,44	4,00±0,89	4,37±0,75
Activités sédentaires	2,35±1,06	2,65±1,11	2,44±1,01	2,55±1,44	2,53±1,13
Motivation	3,82±0,64	3,77±0,96	3,89±0,78	3,91±0,70	3,82±0,81
Barrières	4,29±0,59	3,77±0,88	4,11±0,78	3,36±1,12	3,88±0,89
Facilitants	2,88±0,99	3,10±1,11	2,56±1,24	3,64±0,81	3,06±1,08
Élément d'intervention en AP (X±ÉT)					
Loisirs	4,29±0,69	4,13±0,72	4,22±0,97	4,00±1,00	4,16±0,78
Déplacement	3,65±0,86	3,23±1,18	3,56±0,73	3,00±1,27	3,34±1,07
Travail/occupation	3,53±0,94	3,61±0,99	3,33±1,12	2,73±1,10	3,41±1,04
Tâches quotidiennes	3,65±0,70	3,26±1,18	3,33±1,00	3,18±0,75	3,35±0,99
Nbr jours/sem.	4,47±0,51	3,9±0,75	4,33±0,50	3,55±1,30	4,04±0,84
Durée	4,47±0,62	3,71±0,94	4,00±0,50	3,27±1,35	3,87±0,98
Intensité	4,18±0,73	3,19±1,11	3,78±0,67	2,55±1,21	3,41±1,12
Type d'AP	4,53±0,51	4,19±0,54	4,33±0,50	4,18±0,87	4,29±0,60
Activités sédentaires	2,18±1,33	2,27±1,02	2,44±0,88	2,45±1,44	2,30±1,14

Légende : INF =Infirmières cliniciennes, infirmières, IPSPL; MD=Médecins et résidents; APS=Autres professionnels (kinésiothérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, nutritionnistes); TS=Travailleurs sociaux
Fréquence : 1 = jamais, 2=rarement, 3=parfois, 4=souvent, 5=toujours

Bien que certains éléments soient fréquemment abordés lors des évaluations et des interventions en AP, la Figure 6 démontre que très peu d'outils et de méthodes spécifiques sont utilisés par les professionnels lors de l'évaluation. En effet, afin d'évaluer l'AP des usagers, les professionnels semblent utiliser principalement la section « habitudes de vie » du questionnaire de collecte de données initiales ($\bar{x} = 3,53 \pm 1,62$). À titre de précision, ce questionnaire est réalisé lors de la première rencontre avec un nouvel usager. Les professionnels y consignent notamment des données relatives à l'état de santé, aux antécédents de santé, aux capacités fonctionnelles dans le but d'établir un plan de traitement et une priorisation des soins. En contrepartie, tous les autres outils proposés, notamment les moniteurs d'AP de type podomètre ou accéléromètre, le journal d'AP, le questionnaire scientifiquement validé, les applications mobiles semblent « jamais », « rarement » ou que « parfois » utilisés par les professionnels.

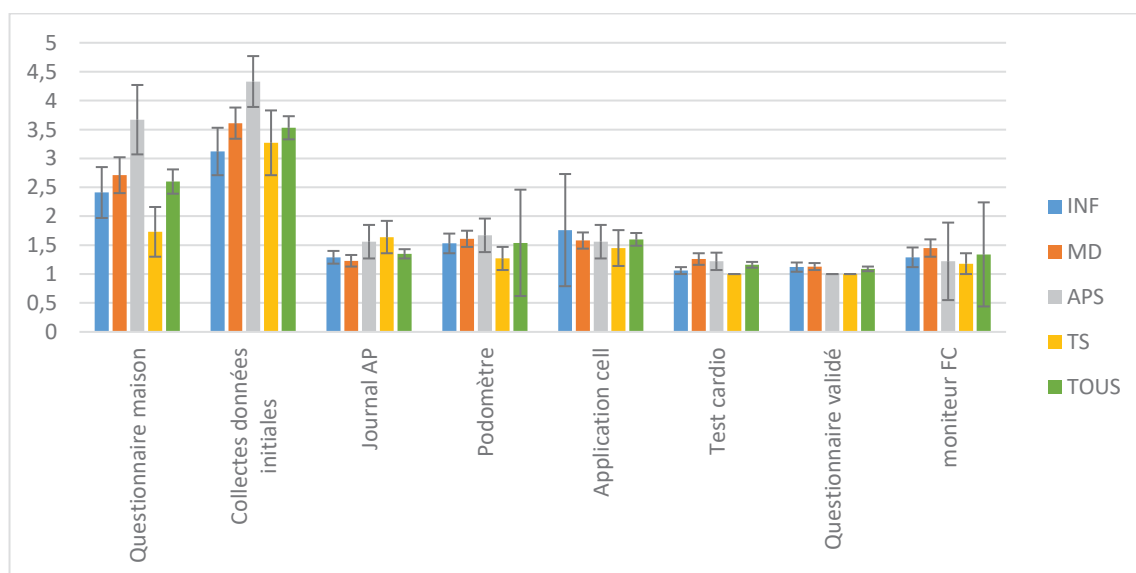


Figure 6. Fréquence d'utilisation des outils d'évaluation de l'AP, selon les groupes

De surcroît, la Figure 7 présente un phénomène semblable en lien avec les interventions. De fait, les professionnels semblent utiliser peu d'outils et méthodes spécifiques à l'intervention en AP. Globalement, pour tous les groupes de professionnels, la prescription écrite d'AP et la remise de dépliants sont les deux moyens privilégiés. Plus précisément, les APS sont les répondants présentant la fréquence d'utilisation la plus élevée quant à la prescription d'AP ($\bar{x} = 3,78 \pm 0,97$).

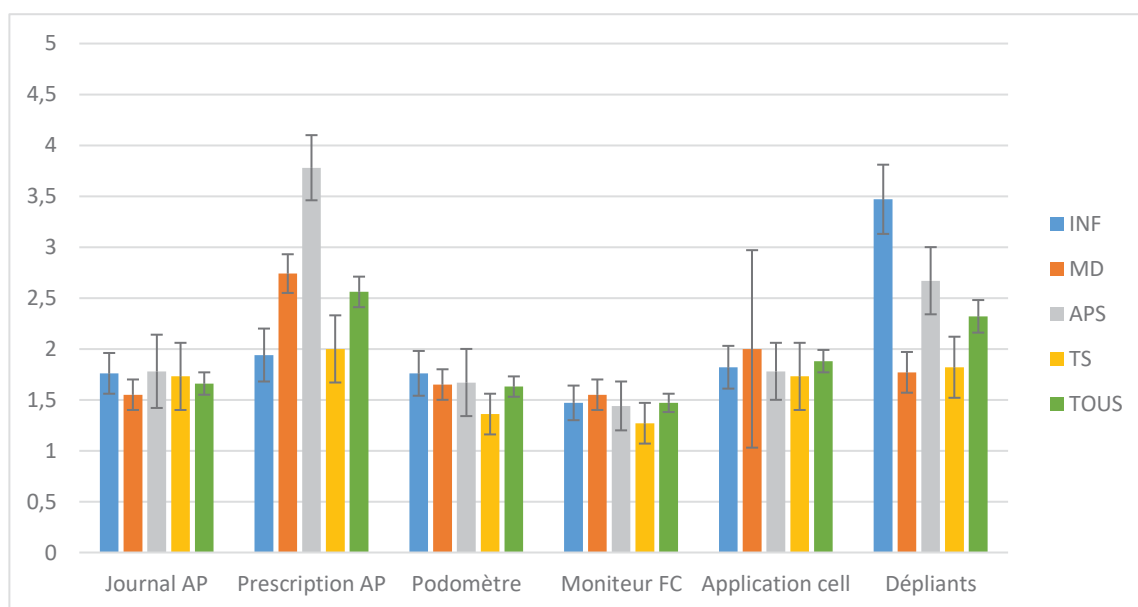


Figure 7. Fréquence d'utilisation des outils d'intervention en AP, selon les groupes

Chez les INF, la remise de dépliants est privilégiée ($\bar{x} = 3,47 \pm 1,42$). Par ailleurs, la figure 8 démontre également que les MD utilisent peu d'outils afin de réaliser les interventions en AP. En effet, ce groupe semble privilégier la prescription d'AP comme outil d'intervention. Cependant, selon les répondants, la fréquence d'utilisation de l'outil se situe entre « 2 = rarement » et « 3 = parfois » ($\bar{x} = 2,74 \pm 1,03$). En somme, les

résultats de l'étude laissent présager que les professionnels ayant répondu à l'étude n'utilisent pas ou que très peu d'outils lorsqu'ils pratiquent des évaluations et des interventions en matière d'AP auprès des personnes atteintes de MC.

L'analyse des données de l'étude permet de décrire les barrières relatives à l'évaluation et aux interventions en matière d'AP rapportées par les répondants. Le Tableau 7 et le Tableau 8 représentent respectivement ces résultats.

Tableau 7

Barrières relatives à l'évaluation en AP, selon les groupes de professionnels

Variable	n	$\bar{x} \pm \text{ÉT}$	Rang moyen	n en bas de la médiane	Kruskal-Wallis (H)	Valeur p
Manque de temps						
INF	17	3,53 ± 1,42	29,21	12	34,42	0,00*
MD	31	4,74± 0,63	48,16	6		
APS	9	3,11± 1,17	20,72	9		
TS	11	2,55 ± 1,13	15,45	11		
TOUS	68	3,87 ± 1,33				
Manque de connaissance des outils						
INF	17	4,47 ± 0,62	43,06	8	8,11	0,04*
MD	31	3,55± 1,23	28,35	24		
APS	9	3,67 ± 1,58	32,72	6		
TS	11	4,27± 0,91	40,05	6		
TOUS	68	3,91± 1,17				
Manque de connaissances sur l'interprétation des résultats						
INF	17	4,41 ± 0,71	44,91	8	19,8	0,00*
MD	31	2,94 ± 1,26	24,63	26		
APS	9	3,33 ± 1,80	31,5	6		
TS	11	4,64 ± 0,51	48,68	4		
TOUS	68	3,63 ± 1,35				
Manque de connaissances sur les lignes directrices						
INF	17	3,53 ± 0,87	45,06	8	19,84	0,00*
MD	31	2,35 ± 0,95	25,5	27		
APS	9	2,44 ± 1,33	27,44	6		
TS	11	3,91 ± 1,22	49,32	4		
TOUS	68	2,91 ± 1,21				
Manque de connaissances sur les contre-indications						
INF	17	3,76 ± 0,90	44,91	5	25,5	0,00*
MD	31	2,26 ± 0,86	22,13	27		
APS	9	3,33 ± 1,58	38,61	4		
TS	11	4,09 ± 1,22	49,91	2		
TOUS	68	3,07 ± 1,27				
Manque d'intérêt des usagers concernant l'AP						
INF	17	4,29 ± 0,59	44,44	11	11,31	0,01*
MD	31	3,65 ± 1,02	33,02	25		
APS	9	3,89 ± 1,17	37,78	5		
TS	11	2,73 ± 1,32	20,64	11		
TOUS	68	3,69 ± 1,11				
Peur de nuire à l'usager						
INF	17	2,41 ± 1,12	40,88	11	3,79	0,29
MD	31	1,77 ± 0,67	30,31	27		
APS	9	2,33 ± 1,58	34,72	7		
TS	11	2,18 ± 1,17	36,27	8		
TOUS	68	2,07 ± 1,04		53		
Peur du jugement des collègues						
INF	17	1,65 ± 0,70	34,5	15	0,98	0,81
MD	31	1,65 ± 0,66	34,69	28		
APS	9	1,44 ± 0,53	29,83	9		
TS	11	1,82 ± 0,87	37,77	8		
TOUS	68	1,65 ± 0,69				

Légende : INF =Infirmières cliniciennes, infirmières, IPSPL; MD=Médecins et résidents; APS=Autres professionnels (kinésiothérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, nutritionnistes); TS=Travailleurs sociaux
Fréquence : 1 = jamais, 2=rarement, 3=parfois, 4=souvent, 5=toujours, * $p < 0,05$ = différence statistique significative

Tableau 8

Barrières relatives à l'intervention en AP, selon les groupes de professionnels

Variables	n	$\bar{x} \pm \text{ÉT}$	Rang moyen	n en bas de la médiane	Kruskal-Wallis (H)	Valeur p
Manque de temps						
INF	17	3,47 ± 1,42	26,91	12	34,81	0,00*
MD	31	4,87 ± 0,34	48,34	4		
APS	9	3,44 ± 1,24	23,83	8		
TS	11	2,64 ± 1,12	15,95	10		
TOUS	68	3,97 ± 1,29				
Manque de connaissance des outils et méthodes d'intervention						
INF	17	4,47 ± 0,51	44,47	9	16,52	0,00*
MD	31	3,55 ± 0,96	26,61	27		
APS	9	3,33 ± 1,58	28,22	7		
TS	11	4,55 ± 0,52	46,45	5		
TOUS	68	3,91 ± 1,03				
Manque de connaissances sur les lignes directrices ou les bonnes pratiques en AP						
INF	17	3,88 ± 0,78	47,5	4	26,03	0,00*
MD	31	2,55 ± 0,81	24,74	27		
APS	9	2,44 ± 1,33	24,39	6		
TS	11	4,09 ± 1,04	50,18	3		
TOUS	68	3,12 ± 1,15				
Manque de connaissances sur les contre-indications à l'AP						
INF	17	4,06 ± 0,90	46,94	2	27,55	0,00*
MD	31	2,39 ± 0,88	22,37	27		
APS	9	3,11 ± 1,69	33,5	5		
TS	11	4,27 ± 0,65	50,27	1		
TOUS	68	3,21 ± 1,28				
Manque d'intérêt des usagers par rapport à l'AP						
INF	17	4,35 ± 0,49	39,71	11	7,99	0,05*
MD	31	4,03 ± 0,84	33,82	22		
APS	9	4,22 ± 1,30	42,06	4		
TS	11	3,27 ± 1,19	22,18	9		
TOUS	68	4,01 ± 0,95				
Peur de nuire à l'utilisateur						
INF	17	2,59 ± 1,00	40,94	10	7,98	0,05*
MD	31	1,87 ± 0,72	27,79	27		
APS	9	2,56 ± 1,59	36,33	5		
TS	11	2,73 ± 1,27	41,95	5		
TOUS	68	2,28 ± 1,08				
Peur du jugement des collègues face à l'intervention						
INF	17	1,47 ± 0,72	31,94	11	4,6	0,2
MD	31	1,55 ± 0,57	35,76	15		
APS	9	1,22 ± 0,44	26	7		
TS	11	1,82 ± 0,75	41,86	4		
TOUS	68	1,53 ± 0,63				

Légende : INF =Infirmières cliniciennes, infirmières, IPSPL; MD=Médecins et résidents; APS=Autres professionnels (kinésithérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, nutritionnistes); TS=Travailleurs sociaux
Fréquence : 1 = jamais, 2=rarement, 3=parfois, 4=souvent, 5=toujours, * $p < 0,05$ = différence statistique significative

En premier lieu, l'analyse des différentes limites en regard aux groupes de professionnels présente des éléments très similaires en ce qui a trait à l'évaluation et à l'intervention en AP. Toutefois, les MD semblent nettement plus limités par le manque de temps que les autres groupes de professionnels (évaluation : $4,74 \pm 0,63$; intervention : $4,87 \pm 0,34$). En contrepartie, dans ce groupe, les limites relatives au manque de connaissances en AP sont peu rapportées tant au niveau de l'évaluation que de l'intervention en AP. Par ailleurs, les INF et les TS perçoivent le manque de connaissances comme une barrière importante à l'évaluation et l'intervention en AP. Particulièrement, le manque de connaissances au sujet des outils et méthodes à utiliser, des lignes directrices et des contre-indications à l'AP. Finalement, la perception du manque d'intérêt des usagers en ce qui a trait à l'AP est une limite perçue et rapportée par les INF et les APS.

En somme, l'analyse comparative sur les rangs moyens a permis de constater une différence statistiquement significative entre les groupes de professionnels concernant six des huit limites à l'évaluation de l'AP ainsi qu'auprès de six sur sept limites relatives à l'intervention en AP. Pour comparer les groupes entre eux, la valeur du rang moyen a été utilisée. En guise de rappel, plus la valeur du rang moyen d'un groupe est élevée par rapport à un autre groupe, plus on suppose que la limite est importante pour ce groupe. L'observation des données relatives aux rangs moyens dans le Tableau 7 et le Tableau 8 permet facilement de constater entre quels groupes se situent les différences les plus marquées.

En second lieu, on remarque que les répondants à l'étude perçoivent, globalement peu de limites à l'évaluation en AP ($\bar{x} = 3,10 \pm 0,64$) et à l'intervention en AP ($\bar{x} = 3,15 \pm 0,60$). Plus spécifiquement, les résultats démontrent que les MD sont les professionnels rapportant le moins de limites globales, et ce, tant à l'égard de l'évaluation ($\bar{x} = 2,86 \pm 0,55$) qu'à l'égard de l'intervention en AP ($\bar{x} = 2,97 \pm 0,38$).

Les tests de comparaison des variables démontrent une différence statistique significative tant pour les limites à l'évaluation en AP ($H=12,93$; $p < 0,01$) que pour les limites à l'intervention en AP ($H=10,76$; $p < 0,01$). Or, les résultats des post-tests démontrent que le groupe INF présente beaucoup plus de limites totales rapportées que les MD. Cette différence est statistiquement significative tant pour les barrières à l'évaluation ($U=104,00$; $p < 0,01$) que pour les barrières à l'intervention ($U=107,00$; $p < 0,01$). De plus, les INF présentent plus de limites totales tant pour l'évaluation que pour l'intervention en AP que les APS (évaluation : $U=45,00$; $p=0,95$ et intervention $U=54,00$; $p=0,24$) et que les TS (évaluation : $U=70,00$; $p=0,29$ et intervention $U=80,50$; $p=0,55$) toutefois, cette différence est non statistiquement significative.

La section suivante présentera les résultats de l'étude relatifs aux contextes de pratique des professionnels pratiquant en GMF. Ces résultats sont reliés aux objectifs 2 et 3 de la recherche soit décrire les contextes de pratique et comparer les groupes quant aux pratiques en matière d'évaluation et d'intervention en AP.

Contextes externe et interne de pratique

Dans un processus de mise en œuvre des recommandations en matière d'AP, comprendre le contexte externe dans lequel pratiquent les professionnels est nécessaire. Selon le CFIR (2009), le contexte externe représente les caractéristiques de l'environnement externe tel que le contexte économique, politique et social gravitant autour de l'organisation et qui influence la mise en œuvre d'actions comme par exemple les besoins des usagers, les ressources disponibles et le réseautage. Les résultats de cette étude permettent de décrire sommairement le contexte externe de pratique dans les GMF de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Tout d'abord, les données démontrent que les professionnels accordent une grande importance aux besoins des usagers. En effet, pour tous les groupes de professionnels, les motivations et les besoins des usagers guident « souvent » ou « toujours » l'intervention en AP avec des moyennes de $4,40 \pm 0,74$ et de $4,40 \pm 0,65$ respectivement. Plus précisément, 62 professionnels (91,2 %) indiquent être guidés, entre autres, par les motivations des usagers et 64 intervenants (94,2 %) par les besoins des usagers.

De plus, le réseautage des professionnels en GMF permet de connaître les ressources spécialisées en AP pour favoriser le référencement. De façon générale, tous les groupes de l'étude, lorsqu'ils émettent une référence en AP, semblent référer à des programmes d'AP dans la communauté; par exemple les programmes Viactive, PIED et Cardio plein air. Les moyennes de fréquence ($\bar{x} = 3,56 \pm 0,84$) se situent entre « parfois » et « souvent ». De plus, le référencement des usagers vers le kinésologue responsable au programme de *Prévention et gestion intégrée des maladies chroniques*

du CIUSSS MCQ est assez fréquent ($\bar{x} = 3,18 \pm 1,11$). En contrepartie, le référencement des usagers vers les kinésiologues en GMF ($\bar{x} = 1,46 \pm 1,04$) et les kinésiologues au privé ($\bar{x} = 2,21 \pm 1,11$) est peu fréquent pour tous les répondants.

Le réseautage des professionnels permet également de construire du soutien clinique pour ceux-ci. À cet effet, les professionnels répondants semblent d'« accord » à l'effet que l'accès à du soutien clinique aiderait à réaliser de façon plus optimale l'évaluation ($\bar{x} = 4,09 \pm 1,02$) et les interventions ($\bar{x} = 4,15 \pm 0,98$) en AP. Or, les intervenants pratiquant en GMF rapportent ne pas avoir accès à ce type de soutien en matière d'AP ($\bar{x} = 2,68 \pm 0,95$).

Finalement, dans un processus de mise en œuvre des recommandations en matière d'AP, il est également important de s'intéresser au contexte interne de pratique des professionnels impliqués. À titre de rappel, bien que le contexte interne et externe soit deux concepts théoriquement bien scindés, en pratique, ils sont difficilement dissociables. Selon le CFIR, le contexte interne est défini comme l'ensemble des caractéristiques de l'environnement interne d'une organisation comme par exemple la structure organisationnelle, la culture, la collaboration interprofessionnelle et la communication (Damschroder et al., 2009).

La communication entre les professionnels est notamment importante dans la prise en charge des personnes atteintes de MC. La Figure 8 représente la moyenne des fréquences relatives à trois éléments concernant les notes au dossier soit : 1) la consignation des résultats de l'évaluation en AP, 2) la consignation des interventions réalisées en AP et 3) la consultation des dossiers avant les rendez-vous. En guise de

rappel, plus le résultat est près de 5, plus la moyenne représente la fréquence « toujours ». En contrepartie, plus le résultat est près de 0, plus la moyenne représente la fréquence « jamais ». Les résultats de l'étude démontrent que les répondants consignent les données de l'évaluation ($\bar{x}=4,47 \pm 0,84$) et des interventions ($\bar{x}=4,34 \pm 0,78$) réalisées en matière d'AP de façon très fréquente (entre « souvent » et « toujours »). Cependant, une différence significative entre les groupes de professionnels est observée en lien avec la fréquence de consignation au dossier des interventions en AP ($H=14,99$; $p < 0,01$). En effet, en observant plus attentivement les données des rangs moyens de chaque groupe de professionnels, on remarque que les MD semblent consigner les données relatives aux interventions en AP de façon nettement moins fréquente que tous les autres groupes (rang moyen MD=25,94 vs rang moyen le plus élevé APS=48,61).

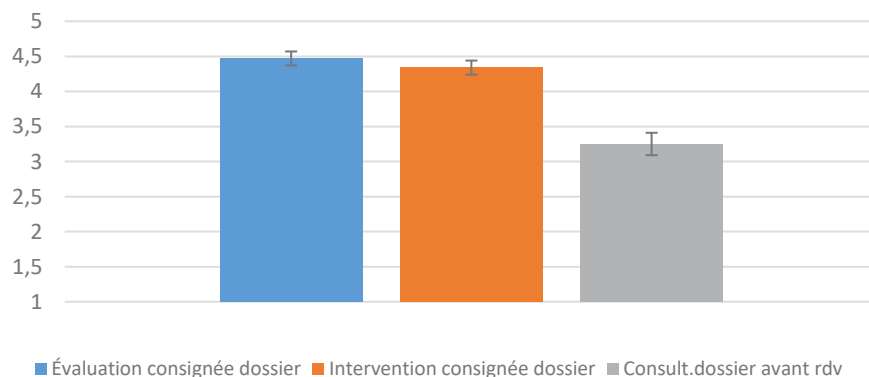


Figure 8. Fréquence relative aux notes au dossier pour tous les professionnels

De plus, les professionnels de l'étude ne semblent pas consulter de façon systématique les dossiers des usagers dans le but d'obtenir des informations sur les évaluations et les interventions en AP réalisées préalablement (Figure 8). En effet, la moyenne des fréquences ($3,25 \pm 1,35$) représente « parfois ». De plus, on note une différence significative ($H=14,06$; $p < 0,01$) entre les moyennes de fréquence des différents groupes de professionnels. Plus précisément, en observant les rangs moyens, il semble que les MD (rang moyen= 27,34) et les TS (rang moyen=29,45) consultent de façon moins fréquente les dossiers des usagers avant les rencontres.

Ensuite, dans un processus de mise en œuvre des recommandations en matière d'AP, l'accessibilité aux sources d'information clinique doit être prise en considération et préalablement définie. À la lumière des données recueillies, l'ensemble des professionnels ayant participé à la recherche a accès à l'Intranet du CIUSSS MCQ, à la bibliothèque clinique du CIUSSS MCQ ainsi qu'aux lignes directrices des différentes MC. Toutefois, l'ensemble des répondants de l'étude semblent avoir peu accès à d'autres sources d'information clinique telles que de la formation continue ($\bar{x} = 2,21 \pm 0,89$) en matière d'AP et du soutien clinique ($\bar{x} = 2,68 \pm 0,95$). Pour cette dernière variable, les données comparatives ne présentent pas de différence statistiquement significative ($H=3,51$; $p = 0,32$) entre les groupes. Toutefois, l'observation plus précise des rangs moyens des groupes de professionnels révèle que les TS (rang moyen=32,59) et les MD (rang moyen=30,87) représentent les groupes ayant le moins accès à ce soutien clinique en matière d'AP.

Les modalités d'encadrement et de soutien clinique mises en place par l'établissement visent l'amélioration de la pratique clinique et l'acquisition de connaissances. Dans le cadre de cette étude, les modalités ciblées sont le mentorat, les communautés de pratique, les comités de pairs, la supervision clinique et le codéveloppement. De plus, ces modalités visent tous les thèmes pertinents pour chacune des disciplines composant l'échantillon. D'une part, près de la moitié des professionnels de chaque groupe ont affirmé avoir participé à des comités de codéveloppement, des communautés de pratiques et de la supervision clinique durant les deux dernières années. D'autre part, une majorité de répondants ne semblent pas avoir participé, dans les deux dernières années, à des comités de pairs ($n = 51$; 75 % vs $n = 17$; 25 %), ni avoir eu accès à du préceptorat-mentorat ($n = 47$; 69 % vs $n = 21$; 31 %).

Finalement, les professionnels ayant répondu au questionnaire semblent être « d'accord » avec le fait que les interventions orientées vers les saines habitudes de vie, incluant l'AP, sont valorisées par les gestionnaires du CIUSSS MCQ notamment la direction générale du CIUSSS ($\bar{x} = 4,03 \pm 0,95$), la direction adjointe responsable des ressources en GMF ($\bar{x} = 3,75 \pm 1,16$) ainsi que la direction du GMF ($\bar{x} = 4,00 \pm 0,86$). En somme, l'étude a permis de définir des éléments importants des contextes externe et interne de la pratique en GMF qui sont essentiels à un processus de mise en œuvre des recommandations en matière d'AP.

Le chapitre suivant présentera une discussion relative aux résultats obtenus lors de l'étude et présentés précédemment.

DISCUSSION

Ce chapitre présentera une discussion sur les résultats de recherche qui seront analysés à la lumière de la littérature. Il débutera par la présentation des faits saillants des résultats obtenus en regard de l'objectif général de l'étude. Ensuite, ce dernier chapitre présentera plus précisément une discussion sur les résultats de l'étude relativement à trois des cinq dimensions à considérer pour comprendre la mise en œuvre des recommandations en matière d'AP selon le cadre de référence qui a guidé cette étude, soit le CFIR (Tableau 1). Les dimensions qui seront abordées et discutées sont : 1) les caractéristiques des individuelles des professionnels impliqués, 2) le contexte interne et 3) le contexte externe de pratique. Par la suite, les forces et les limites de l'étude seront mises en lumière. Finalement, les recommandations pour la recherche et pour la pratique clinique seront exposées.

Faits saillants de l'étude

À titre de rappel, l'objectif général de ce projet était de décrire les pratiques des professionnels de la santé et des services sociaux en matière d'évaluation et d'intervention en AP dans la prise en charge des personnes atteintes de MC et suivies en GMF. Les résultats démontrent que les professionnels de l'étude, autant du secteur de la santé que du secteur des services sociaux, croient aux bienfaits de l'AP. De plus, ils pratiquent des évaluations et des interventions pour promouvoir l'AP de façon assez fréquente. Ces résultats sont différents des données retrouvées dans la littérature qui rapporte des fréquences « souvent » ou « toujours ». Cependant, dans notre étude, très peu d'outils validés sont utilisés, et ce, tant pour l'évaluation que pour l'intervention en AP. Sommairement, les répondants semblent questionner les usagers sur le type d'AP

pratiquées et la fréquence hebdomadaire d'AP réalisées dans les loisirs. Pour ce faire, ils utilisent le questionnaire de collecte de données initiales ou un questionnaire conçu par le professionnel. Cependant, aucun outil d'évaluation validé ne semble être utilisé. Pourtant, il existe de nombreux outils validés pour mesurer l'AP comme des questionnaires (mesure subjective) et des moniteurs d'activité physique (mesure objective) (Lobelo et al., 2018; Smith et al., 2017; Strath et al., 2013).

De plus, il existe plusieurs études ayant démontré l'efficacité des moniteurs d'AP de type podomètre ou accéléromètre pour évaluer et intervenir afin d'améliorer la pratique de l'AP, notamment auprès de personnes atteintes de MC (Dasgupta et al., 2017; Houle et al., 2012; Sangster et al., 2017). En cohérence avec les résultats relatifs à l'évaluation, lors des interventions visant la pratique d'AP, les répondants abordent fréquemment des éléments reliés aux types d'AP (vélo, marche, natation, yoga, etc.) réalisés principalement dans le domaine des loisirs. Pour ce faire, peu d'outils spécifiques sont utilisés par les groupes de professionnels. En effet, seulement la prescription écrite d'AP et la remise de dépliants semblent être utilisées, toutefois, dans une fréquence qui se situe entre « rarement » ou « parfois ». De récentes études novatrices se sont intéressées à la mesure objective de l'AP chez les personnes atteintes de maladies cardiométaboliques, et ce, tant pour l'évaluation que pour l'intervention. L'utilisation de moniteurs d'activité physique semble des outils efficaces et conviviaux à utiliser en contexte de soins de santé primaire (Hodkinson et al., 2021; Lobelo et al., 2018). Ces moniteurs ne semblent pas utilisés par les professionnels de notre étude.

Le contexte interne de pratique en GMF semble favorable à l'échange d'informations et à la collaboration interprofessionnelle, notamment par l'accessibilité aux ressources informatiques, par l'utilisation du dossier médical électronique (DME) pour tous les professionnels et par les modalités de soutien (communauté de pratique, codéveloppement) qui sont déjà implantées. Toutefois, le contexte externe de pratique notamment le réseautage semble un élément défavorable à la mise en œuvre des recommandations en matière d'AP. En effet, l'accessibilité limitée à des ressources spécialisées en AP, tel que les kinésithérapeutes et l'inaccessibilité à des formations continues en matière d'intervention en AP semble être une lacune importante. D'ailleurs, les barrières rapportées les plus importantes chez les répondants, autres que les MD, sont le manque de connaissances au sujet des outils disponibles, des lignes directrices et des contre-indications à l'AP.

Caractéristiques individuelles des professionnels impliqués

Tout d'abord, en cohérence avec l'objectif 1 de l'étude, les données recueillies permettent de décrire globalement les pratiques des professionnels pratiquant en GMF quant aux méthodes d'évaluation et d'interventions en AP réalisées auprès de personnes atteintes de MC. De plus, les résultats des comparaisons de ces pratiques entre les groupes de professionnels de l'étude permettent de répondre à l'objectif 3.

Comme relevé dans la littérature, nos résultats présentent une divergence de pratique entre les différents types de professionnels (Crisford et al., 2018). Selon certains auteurs, cette différence pourrait être une conséquence relative à l'incohérence dans la définition même de l'AP et des concepts associés, notamment l'évaluation et

l'intervention (Pettee et al., 2012; Smith et al., 2017) et la littéracie physique (Cornish et al., 2020). Néanmoins, nos résultats démontrent que, les professionnels ayant répondu au questionnaire croient d'une part, aux bienfaits de l'AP et d'autre part, aux effets néfastes de la sédentarité. De plus, ils ont rapporté avoir un rôle à jouer afin de promouvoir l'AP auprès des usagers. Les professionnels de l'étude rapportent avoir confiance en leur compétence à recommander l'AP aux usagers. Finalement, les TS ont rapporté des données similaires aux autres professionnels quant au sentiment d'auto-efficacité, aux croyances et aux attitudes envers l'intervention en AP. Ces constats sont intéressants puisque, selon le CFIR, les croyances, l'attitude et les connaissances des professionnels envers le comportement souhaité favorisent le processus de mise en œuvre des recommandations (Damschroder et al., 2009).

De surcroît, selon une revue systématique publiée en 2018, outre les connaissances et les croyances, le sentiment d'auto-efficacité est un facteur déterminant dans la promotion de l'AP pour tous les professionnels de la santé et des services sociaux (Crisford et al., 2018). En lien avec ces thèmes, les résultats de notre étude sont cohérents avec les données récentes de la littérature. En effet, une revue systématique publiée en 2020 démontre que les professionnels de la santé sont confiants dans leur capacité à promouvoir l'AP (Albert, Crowe, Malau-Aduli, & Malau-Aduli, 2020). Par ailleurs, les chercheurs notent une association significative entre le niveau de confiance des professionnels et la réalisation d'interventions en matière de promotion d'AP auprès des usagers. De plus, une forte majorité des professionnels de la santé et des services

sociaux rapportent que la promotion de l'AP fait partie de leur rôle et que l'AP est importante, voire essentielle à la gestion des MC (Albert et al., 2020; Lobelo et al., 2018).

Les données permettent de constater que l'ensemble des professionnels réalise des évaluations et des interventions en AP de façon assez fréquente (entre « parfois » et « souvent »). De ce fait, cette donnée semble différente de ce qui est observé ailleurs dans le monde. En effet, selon la littérature, la majorité des professionnels (psychologues, nutritionnistes, médecins, infirmières, etc.) posent des questions en lien avec l'AP « souvent », « toujours » ou « régulièrement » (Albert et al. 2020; Crisford et al., 2018). Cependant, l'étude de Crisford et collaborateurs (2018) stipule que les MD abordent l'AP de façon beaucoup moins fréquente que les autres professionnels. Dans notre étude, l'écart entre les MD et les autres groupes n'est pas aussi marqué. En contrepartie, les résultats ne démontrent pas de différence marquée entre les MD et les autres groupes de professionnels en regard aux fréquences d'évaluation et d'intervention en AP.

Par ailleurs, la littérature propose que l'évaluation de l'AP oriente l'intervention en AP (Albert et al., 2020; Pettée et al., 2012; Smith et al., 2017; Strath et al., 2013; Wald et al., 2018) et devrait donc s'effectuer en même temps (Ross et al., 2016; Strath et al., 2013). Globalement, les résultats de notre étude représentent ce fait avec cohérence. En effet, les professionnels composant l'échantillon semblent, en moyenne, réaliser aussi fréquemment l'évaluation que l'intervention en AP. Cependant, lorsqu'on observe les données en fonction des groupes, on s'aperçoit que seuls les MD évaluent et interviennent à la même fréquence. De ce fait, les INF et APS semblent pratiquer

l'évaluation de l'AP de façon plus fréquente que l'intervention. Or, pour les TS, on observe l'effet contraire. Ils pratiquent des interventions en AP de façon plus fréquente que l'évaluation. Cette variabilité entre les groupes pourrait notamment s'expliquer par la problématique relative à la définition soulevée précédemment. Qu'est-ce qu'une évaluation de l'AP ? Qu'est-ce qu'une intervention en AP ? De plus, pour les TS, la nature psychosociale de leur travail pourrait expliquer la fréquence plus élevée de l'intervention en AP par rapport à l'évaluation. En GMF, le rôle du TS est complémentaire à celui du MD. Il évalue le fonctionnement social de l'utilisateur afin de le soutenir et favoriser son rétablissement. Pour ce faire, le TS intervient sur les aspects psychosociaux qui pourraient influencer la santé globale (Gouvernement du Québec, 2017b). En effet, on peut penser qu'ils utilisent davantage l'AP comme un moyen d'atteindre des cibles psychosociales (ex. : briser l'isolement, gestion du stress). Ces cibles faisant objets d'évaluations, non pas le niveau d'AP en soi. Finalement, toujours dans le groupe des TS, une hétérogénéité des valeurs a été observée. Celle-ci se traduisant par un grand écart-type qui laisse croire une variabilité des pratiques relatives à l'évaluation et à l'intervention en AP dans le groupe de TS. Or, la littérature ne permet pas de constater si ces résultats sont cohérents avec les pratiques ailleurs au Canada ou dans le monde. Toutefois, des recommandations récentes basées sur des données probantes incitent fortement les professionnels de la santé et des services sociaux à faire la promotion de l'AP auprès des personnes atteintes de dépression. Pour ce faire, les auteurs proposent des actions concrètes pour soutenir les professionnels qui œuvrent en santé mentale. Par exemple, on propose de demander la permission à l'utilisateur pour aborder le sujet de l'AP, parler du volume d'AP recommandé par les lignes directrices, encourager à intégrer

l'AP dans les loisirs, transports et tâches quotidiennes. L'AP prévient la récurrence de la maladie, diminue les symptômes dépressifs et améliore la qualité de vie de ces individus. (Fortier et al., 2020).

Ensuite, les données recueillies lors de l'étude ne nous permettent pas de connaître ni de décrire précisément le contenu des évaluations et des interventions. En regard aux éléments abordés pendant l'évaluation et l'intervention en AP, les professionnels composant l'échantillon ne semblent pas intégrer des principes innovateurs, comme l'AP dans les déplacements et les activités sédentaires.

En effet, l'AP dans les loisirs ainsi que les types d'AP pratiquée sont les éléments les plus fréquemment abordés par tous les professionnels. Or, depuis quelques années, les auteurs et les organismes publics reconnaissent également les bienfaits des exercices de renforcement, de flexibilité et de posture intégrés aux quatre sphères de l'AP soit les loisirs, déplacement, travail et tâches quotidiennes (Comité scientifique de Kino-Québec, 2020; Institut national de santé publique du Québec, 2019; Organisation mondiale de la santé, 2018a). La mesure de l'AP pourrait se faire de façon plus holistique et inclusive. D'ailleurs, Pettee et collaborateurs (2012) présentent l'AP comme un comportement de santé; complexe et multidimensionnel. De ce fait, ces auteurs proposent une nouvelle définition de l'AP, soit : « comportement impliquant le mouvement humain qui se résulte en attributs physiologiques incluant l'augmentation de la dépense énergétique et l'amélioration de la condition physique. » [traduction libre] (p.S15).

De plus, la littérature récente propose de limiter le temps passé à des activités sédentaires (American Diabetes Association, 2021; Comité scientifique de Kino-Québec, 2020; Diabète Canada, 2018; Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2020; Nerenberg, 2018; Pettee et al., 2012; SCPE, 2021). Ceux-ci font référence aux activités réalisées en position assise engendrant une faible dépense énergétique (< 1.5 METs). De plus, les activités physiques et les activités sédentaires devraient être mesurées indépendamment. En effet, le niveau d'activité physique et la durée des comportements sédentaires sont des facteurs de risque de MC distincts (American Diabetes Association, 2021; Comité scientifique de Kino-Québec, 2020; Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020; Pettee et al., 2012; Rabi et al., 2020). Par exemple, une personne qui pratique une activité physique à intensité moyenne à élevée au moins 30 minutes par jour pourrait occuper un emploi de bureau qui nécessite une position assise prolongée. Son niveau d'activité physique est un facteur de protection de MC, mais son comportement sédentaire est un facteur de risque de MC. Les résultats de notre étude présentent les activités sédentaires comme un élément « rarement » abordées lors de l'évaluation. Cette donnée est surprenante considérant les récentes lignes directrices incluant la diminution des comportements sédentaires. À titre informatif, les comportements sédentaires peuvent être limités, notamment, en profitant de chaque occasion pour bouger (Comité scientifique de Kino-Québec, 2020; MSSS, 2017; SCPE, 2021). Par exemple, prendre des pauses actives, se lever pour aller à l'imprimante ou pour discuter avec un collègue, prendre les escaliers, se déplacer à pied ou à vélo, etc.

Dans un autre ordre d'idée, les données de notre étude présentent une cohérence avec les données canadiennes et mondiales quant aux outils ou méthodes utilisés. En effet, les médecins ainsi que les autres professionnels semblent utiliser peu d'outils spécifiques lors des interventions en AP (Fowles et al., 2018; Hoffman et al. 2016; O'Brien et al., 2017; Smith et al., 2011). En effet, seul le groupe APS semble utiliser la prescription écrite, la moyenne de fréquence d'utilisation de l'outil se situant être « parfois » et « souvent ». Notons que selon certains auteurs, la prescription favorise l'observance à l'AP chez les usagers (Albert et al., 2020; Lion et al., 2018; Thornton et al., 2016, 2021). Cette donnée peut être expliquée par le fait que le groupe APS de notre étude inclut kinésiologue, et physiothérapeute. Il s'agit de professionnels dont l'AP fait partie intégrante de la pratique (Baillot et al., 2018). Les INF privilégient la remise de dépliants. Cette pratique ne semble pas être abordée dans la littérature comme ayant des effets sur la pratique de l'AP. Finalement, les TS et les MD de notre étude ne rapportent pas l'utilisation systématique d'outils ou de méthodes spécifiques à l'intervention en AP.

De plus, des données similaires relatives à l'utilisation d'outils d'évaluation en AP ont été recueillies. En guise de rappel, la littérature démontre que l'évaluation sert notamment à guider l'intervention du professionnel. D'ailleurs, le choix des outils utilisés ainsi que les thèmes abordés sont très importants (Pettee et al., 2012; Smith et al., 2017;; Strath et al., 2013; Wald et al., 2018). Cependant, notre étude démontre que très peu de professionnels utilisent des outils d'évaluation validés tels que le podomètre, cardiofréquencemètre, questionnaire validé, le journal d'AP, etc. En effet, le

questionnaire conçu par le professionnel ou la section « habitude de vie » de la collecte de données initiale sont les outils les plus fréquemment utilisés par tous les professionnels.

Enfin, lors d'un processus de mise en œuvre d'une intervention, il est important de connaître les barrières afin de pouvoir les adresser, poser des actions afin de les diminuer et favoriser l'implantation d'une pratique (Damsröder et al., 2009; Koorts et al., 2018; Williamson et al., 2021). Dans notre étude, les INF présentent globalement plus de barrières à l'évaluation et à l'intervention en AP que les autres professionnels. Or, ces barrières ne semblent pas influencer la fréquence de ces actions. En effet, les INF de l'étude rapportent faire des évaluations et des interventions en AP de façon fréquente (moyenne entre « parfois » et « toujours »). Les MD de notre étude sont les professionnels ayant perçu le moins de barrières globales. D'ailleurs, ce sont le groupe ayant rapporté le plus d'expérience auprès des usagers atteints de MC, ce qui pourrait expliquer qu'ils ont moins de barrières perçues que les autres professionnels. En revanche, les MD n'ont pas rapporté faire davantage d'évaluations et d'interventions en matière de promotion de l'AP que les autres professionnels. De plus, lorsqu'on s'attarde plus particulièrement aux types de barrières, les MD de l'étude semblent nettement plus limités par le manque de temps que tous les autres professionnels. De ce fait, on peut penser que le manque de temps, chez les MD, représente une barrière importante et que celle-ci nuit à la réalisation des évaluations et des interventions. Selon l'étude de Fowles et collaborateurs (2018), la majorité des médecins canadiens (68 %) passent moins de 25 minutes avec leur patient, ceci pourrait expliquer en partie la barrière du temps

rapportée par ces professionnels. Or, certains auteurs prétendent que les usagers apprécient et s'attendent à ce que les professionnels de la santé abordent l'AP avec eux. Ces usagers apprécient davantage que l'AP soit abordée par leur médecin. Par ailleurs, la forte majorité des usagers sont satisfaits de la gestion de l'AP (évaluation et counseling) réalisée par tous professionnels en GMF (Baillot et al., 2018).

Par ailleurs, les données de l'étude présentent que les APS, les INF et les TS partagent des limites similaires relatives au manque de connaissances en regard des outils d'évaluations et d'intervention, des contre-indications et des lignes directrices. Ces résultats pourraient expliquer notamment que les répondants de l'étude rapportent utiliser peu d'outils spécifiques lors des évaluations et des interventions en AP. En effet, la revue de littérature présentée au début de ce mémoire expose plusieurs outils d'évaluation et d'interventions accessibles pour les professionnels (Hodkinson et al., 2021; Lamming et al., 2017; Lion et al., 2018; Smith et al., 2017; Strath et al., 2013 ; Thornton et al. 2021; Wald et al., 2018; Williamson et al., 2021). Or, à ce jour, la littérature n'offre pas de consensus scientifique à l'égard de l'outil ou la méthode la plus performante pour réaliser les évaluations et les interventions en AP. L'interprétation des données quant aux limites des professionnels permet de constater qu'offrir des recommandations plus claires sur les outils disponibles, sur les lignes directrices ainsi que sur les contre-indications à l'AP pourrait être bénéfique pour l'ensemble des professionnels. Finalement, on constate que de façon générale, les TS ne rapportent pas davantage de limites que les autres professionnels de la santé. En effet, les barrières rapportées par les TS ressemblent fortement aux barrières des INF et APS de l'étude.

De ce fait, il pourrait être pertinent de considérer les professionnels des services sociaux lorsque des actions seront entreprises afin de favoriser la promotion de l'AP au sein des GMF.

En somme, connaître les caractéristiques individuelles des professionnels impliqués dans le processus de mise en œuvre des recommandations en AP est nécessaire afin de mieux comprendre les pratiques actuelles en matière d'AP. La prochaine section présentera la discussion relative aux données recueillies à l'égard des contextes interne et externe de pratique.

Contextes interne et externe de pratique

Le succès d'un processus de mise en œuvre des recommandations en matière d'AP est influencé par les contextes interne et externe de pratique des professionnels. Définir les contextes interne et externe dans lesquels pratiquent les professionnels ciblés permet de mieux comprendre l'organisation des soins et services offerts. En cohérence avec l'objectif 2 de cette étude, les résultats ont permis de définir plusieurs aspects du contexte de pratique en GMF comme étant favorables au transfert de connaissances, d'une part, entre les différents professionnels de la santé et des services sociaux et, d'autre part, entre les professionnels et les usagers. Les forces du système pourraient être utilisées pour proposer des actions qui diminueront les barrières identifiées par les intervenants.

Tout d'abord, les données recueillies présentent peu d'informations sur le contexte organisationnel de la pratique en GMF, par exemple la stabilité et la maturité

de l'équipe. Par ailleurs, 90 % des participants à l'étude présentent un statut de travail permanent, à temps complet. De ce fait, on peut présager qu'il y a une certaine stabilité dans les équipes de professionnels en GMF. Selon les auteurs Damschroder et al. (2009), la stabilité d'une équipe est un élément favorable au processus de mise en œuvre d'une intervention telle que les recommandations en matière d'AP.

Ensuite, selon le CFIR, les communications formelles et informelles sont importantes dans un contexte de mise en œuvre des recommandations en matière d'AP. (Damschroder et al., 2009). En GMF, l'utilisation du dossier médical électronique (DME) est un moyen de communication intéressant entre les professionnels et semble être efficace à l'amélioration des soins visant la prise en charge des MC (Institut canadien d'information sur la santé, 2014). Or, on l'utilise principalement pour remplacer le dossier papier en consignant les caractéristiques des usagers et des consultations (Institut canadien d'information sur la santé, 2014). Les résultats permettent de constater ce fait. Effectivement, l'évaluation et l'intervention en matière d'AP semblent fréquemment consignées au dossier de l'utilisateur, et ce, par tous les professionnels. Toutefois, les résultats démontrent que les professionnels composant l'échantillon ne semblent consulter que « parfois » les notes au dossier relatives à l'AP avant les rendez-vous. Cette donnée laisse présager qu'il y a peu de continuité dans les interventions en AP réalisées par les différents professionnels de l'équipe multidisciplinaire. Consulter les notes au dossier de l'utilisateur permettrait de répondre à certaines barrières rapportées par des professionnels. Par exemple, pour les MD, cela permettrait d'optimiser le temps d'évaluation et d'intervention en AP lors du rendez-vous. Pour les autres professionnels,

la lecture des notes consignées pourrait favoriser le partage de connaissances en AP entre les professionnels. Certes, pour l'ensemble des professionnels en GMF, cette pratique favoriserait la continuité dans les interventions auprès des usagers. Notamment en prévention secondaire des MC, le suivi des interventions est nécessaire à l'optimisation du changement de comportement de l'utilisateur. Il consiste, entre autres, à réévaluer les objectifs, identifier et adresser les barrières et les facilitateurs et donner de la rétroaction à l'utilisateur (Williamson et al., 2021).

De plus, selon les résultats de l'étude, les intervenants semblent avoir accès à différentes sources d'informations cliniques telles que la bibliothèque clinique, l'intranet du CIUSSS MCQ ainsi que les lignes directrices en lien avec la prise en charge des différentes MC. Tel que nommé précédemment, le manque de connaissances en matière d'AP est une barrière rapportée par tous les groupes de professionnels autres que les MD. Cela porte à croire qu'ils ne consultent pas l'information dont ils ont accès, et ce, probablement dû au fait que le mode de transmission de l'information n'est pas adapté à leur situation. De plus, l'information clinique spécifique à l'évaluation et l'intervention en AP ne se retrouve peut-être pas dans les documents accessibles ou encore, l'information est difficilement repérable. La barrière importante relative aux manques de connaissances en AP est relatée dans la revue systématique de Albert et ses collaborateurs (2020) tout comme dans notre étude. Nos résultats de recherche démontrent que les barrières perçues sont différentes entre les MD et les autres groupes de professionnels. En effet, les MD répondants ne perçoivent pas de barrières du point

de vue des connaissances en AP, tandis que pour tous les autres groupes, le manque de connaissances est la barrière la plus importante.

Dans un autre ordre d'idée, les répondants semblent familiers avec les modalités d'encadrement et de soutien du CIUSSS MCQ. La moitié de ceux-ci participent ou ont déjà participé, dans les deux dernières années, à des séances de codéveloppement, de communauté de pratiques et ont eu accès à de la supervision clinique; tous sujets confondus. Toutefois, les répondants ont rapporté notamment que l'accès à du soutien clinique (expertise clinique) et l'accès à des formations en matière d'AP aideraient à réaliser de façon optimale les évaluations et les interventions en AP.

Selon les données de la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique du CIUSSS MCQ (2019), il n'y a qu'un seul kinésiologue sur les 197 ressources professionnelles (autres que les médecins) pratiquant au sein d'un GMF sur leur territoire. Le manque de ressources spécialisées en AP pourrait également expliquer l'inaccessibilité des professionnels à des modalités de soutien clinique et formations continues en AP. Le réseautage est un élément important du transfert de connaissances (Damschroder et al., 2009). En effet, le réseautage favorise le partage d'une vision et des informations transmises, ce qui engendre une communication cohérente entre les professionnels ainsi qu'auprès des usagers (Careau et al., 2018; Damschroder et al., 2009).

Finalement, les professionnels perçoivent que l'organisation du CIUSSS MCQ, indépendamment du niveau hiérarchique, valorise les interventions orientées vers les saines habitudes de vie incluant la pratique de l'AP. L'engagement de la direction est

grandement favorable dans un contexte de transfert de connaissances (Damschroder et al., 2009 ; Koorts et al., 2018). Par ailleurs, les données de cette étude ne permettent pas de décrire le climat de travail dans les GMF. Ce thème aurait été pertinent à documenter puisque la qualité des relations entre les collègues au travail est primordiale, voire plus importante que les caractéristiques individuelles, des professionnels (Damschroder et al., 2009). Par ailleurs, une culture de collaboration dans le GMF est primordiale pour favoriser la collaboration interprofessionnelle (Carreau et al., 2018) qui, selon le CFIR, est une dimension importante du contexte interne de pratique (Damschroder et al., 2009).

Ensuite, comme mentionné dans le chapitre précédent, les besoins et les motivations des usagers influencent les pratiques des répondants de l'étude en matière d'AP. Les soins centrés sur les usagers constituent une pratique essentielle pour favoriser la collaboration interprofessionnelle (Carreau et al., 2018) et celle-ci est nécessaire au processus de transfert de connaissances (Damschoder et al., 2009; Williamson et al., 2021). En prévention secondaire, il semble être pertinent d'évaluer les besoins, les désirs et les préférences de l'utilisateur (Tinetti et al., 2021). Qui plus est, les professionnels de la santé auraient avantage à offrir des soins de santé orientés vers les usagers dans le but d'aider les personnes à améliorer leur littéracie physique (Cornish et al., 2020). Selon l'International Physical Literacy Association, ce concept « peut être décrit comme la motivation, la confiance, le savoir et la compréhension pour valoriser et prendre en charge son engagement envers l'activité physique pour toute sa vie. » [traduction libre] (2017). Ce concept est primordial pour favoriser le changement de comportement des usagers. Toutefois, les professionnels de la santé ne semblent pas

avoir des pratiques permettant d'améliorer la littéracie physique. Par ailleurs, selon une étude américaine incluant 2050 adultes, seulement 22 % indiquent connaître l'existence de lignes directrices en matière d'AP (Piercy et al., 2020).

Forces et limites de l'étude

Tout d'abord, la force principale de cette étude est l'intégration des assises théoriques basées sur la théorie de mise en œuvre d'une intervention de Damschroder et ses collaborateurs, 2009. Ce cadre conceptuel a permis de décrire les pratiques des professionnels en tenant compte des différents éléments essentiels au transfert de connaissances soit, les caractéristiques individuelles des professionnels impliqués et les contextes interne et externe de pratique en GMF. Au-delà du cadre de gestion des GMF et des guides d'intégration des professionnels rédigés par le Gouvernement du Québec, il est intéressant de recueillir, sur le terrain, comment se passe la pratique réelle en GMF afin de proposer des actions innovantes qui vont tenir compte du contexte sans dénaturer les pratiques.

De plus, une seconde force de l'étude est l'intégration de l'ensemble des membres de l'équipe multidisciplinaire incluant les professionnels des services sociaux. L'étude a permis de constater qu'il est pertinent de considérer les TS dans la proposition d'innovations pour améliorer les pratiques en termes d'évaluation et d'intervention en AP. En effet, ces professionnels croient aux bienfaits de l'AP pour les usagers et sentent qu'ils ont un rôle à jouer dans la promotion de l'AP. D'ailleurs, les données recueillies auprès de ce groupe sont similaires à celles des professionnels de la santé (MD, INF,

APS) quant à la fréquence des interventions en AP, aux outils utilisés ainsi qu'aux barrières rapportées.

Toutefois, les limites et des biais doivent être exposés. L'étude comporte plusieurs obstacles à la validité externe. La généralisation des résultats est compromise (Fortier et al., 2016). Tout d'abord, il est difficile d'élaborer un portrait régional, voire provincial, des pratiques en raison de la taille d'échantillon qui est insuffisante pour représenter l'ensemble des professionnels. En effet, les résultats présentent une erreur statistique de type 2 et nuit à la généralisation des résultats. La puissance statistique étant trop faible pour relever des différences significatives sur certaines comparaisons de variables (Fortier et al., 2016). Dans le cas où l'échantillon aurait été plus grand, des différences significatives réelles seraient probablement observées (Fortier et al., 2016).

L'échantillon de l'étude était composé de 68 professionnels de la santé et des services sociaux des GMF de la Mauricie et du Centre-du-Québec sur 619 professionnels sollicités. Le taux de répondants (11%) représente moins de la moitié du taux espéré (30%). Il semble également plus faible que les taux obtenus dans d'autres études visant une population similaire, au Canada, ceux-ci variant entre 12% et 74% (Mc Fadden et al., 2019; Smock et al., 2020; Soegtrop et al., 2018). Le recrutement des MD a été particulièrement difficile. En effet, ce groupe représente un taux de 7 % de la population totale de MD pratiquant en GMF sur le territoire du CIUSSS MCQ. Au Canada, le recrutement des médecins pour remplir des questionnaires en ligne semble efficace lorsqu'il passe par les associations de médecins (Smock et al., 2020). Cette stratégie, en plus de la démarche réalisée dans cette étude, aurait légitimé davantage le projet aux

yeux des MD, ce qui aurait possiblement influencé positivement le taux de répondants. Cependant, quelques éléments contextuels pourraient expliquer le faible pourcentage global de réponse. L'élément principal étant la mise sur pause du recrutement à cause de la pandémie de COVID-19 qui a imposé une suspension de toutes les activités de recherche à partir du 13 mars 2020. Le recrutement avait débuté le 2 mars 2020 et devait se poursuivre jusqu'au 16 mars 2020. Un courriel de relance était prévu deux semaines après le lancement du recrutement. Les activités de recherche ont repris, trois mois plus tard, soit en juin 2020, ce qui a grandement bouleversé le recrutement. Le contexte de pratique des professionnels a été affecté par la pandémie. Il a été demandé aux professionnels de répondre aux questions en se référant à leur pratique avant la pandémie.

De plus, cette étude présente un biais de sélection et de désirabilité sociale important. En effet, l'échantillon de convenance présente un biais de sélection. Les professionnels volontaires, ayant pris le temps de participer à l'étude, avaient probablement un intérêt préalable pour le sujet et se sentaient interpellés par celui-ci. De ce fait, l'échantillon de l'étude est possiblement composé de professionnels ayant une attitude favorable envers le comportement actif et ils sont peut-être les plus motivés. Cela contribue à présenter un portrait de la situation plus positif que la situation réelle des pratiques des professionnels.

De plus, l'étude présente un biais de désirabilité social. En effet, le sujet de l'étude ainsi que les objectifs de recherche doivent être clairement présentés afin que les professionnels puissent faire un choix libre et éclairé sur leur participation. De ce fait, il

est naturel, par le concept de désirabilité social, qu'inconsciemment les professionnels présentent un portrait plus positif de leur pratique pour « plaire » aux chercheurs. Bien que les résultats semblent globalement cohérents avec les données empiriques attendues et la littérature, l'interprétation et la généralisation des résultats doivent être réalisées avec prudence.

En amont du déploiement de la recherche, des stratégies pour diminuer l'effet de ces biais ont été prévues. En effet, plusieurs éléments ont été exposés dans la section *Considérations éthiques* de ce mémoire. Par exemple, la collecte de données était anonyme et confidentielle, de plus, les risques de violation de confidentialité étaient clairement exposés dans les formulaires d'information et de consentement.

En somme, les résultats de l'étude ont permis de constater qu'il y a beaucoup de travail à faire pour accompagner et améliorer les pratiques des professionnels en matière d'évaluation et d'intervention en AP auprès des usagers atteints de MC. La dernière section de ce mémoire présentera des recommandations tant pour la recherche que pour la pratique clinique.

Recommandations pour la recherche et pour la pratique clinique

Cette étude a permis de présenter des résultats intéressants et pertinents concernant les pratiques des professionnels en matière d'évaluation et d'intervention en AP. En effet, à la lumière de ces résultats plusieurs recommandations émergent autant pour orienter des recherches futures que pour améliorer les pratiques cliniques.

En premier lieu, pour la recherche, il serait pertinent de déployer le questionnaire dans les GMF à travers le Québec dans le but d'augmenter la taille de l'échantillon pour décrire un portrait plus réaliste des pratiques des professionnels et des contextes de pratique et ainsi, améliorer la validité externe de l'étude. De plus, une étude qualitative pourrait permettre de comprendre et décrire davantage le contenu, les outils utilisés et la qualité des évaluations et des interventions réalisées en AP. De surcroît, l'étude qualitative pourrait mieux définir les particularités relatives aux contextes interne et externe de pratique en GMF. D'ailleurs, il serait intéressant d'évaluer la qualité de la collaboration interprofessionnelle notamment en questionnant davantage sur les éléments de communication formelle et informelle. De plus, il serait pertinent de décrire, de façon plus exhaustive, le climat de travail, les normes, les valeurs et la culture des différents GMF qui sont des éléments reliés au contexte interne de pratique. Par ailleurs, afin de recueillir davantage d'informations sur le contexte externe de pratique, il serait intéressant de documenter les besoins des usagers afin de mieux orienter les actions visant la mise en œuvre des recommandations en matière d'AP. Les futures recherches sont importantes afin de décrire, plus précisément, les éléments favorables ou les défis reliés aux contextes de pratique. Enfin, mieux comprendre les contextes interne et externe de pratique permettrait d'orienter et d'optimiser les actions visant la mise en œuvre des recommandations en matière d'AP.

En second lieu, les recommandations pour la pratique clinique reposent sur l'utilisation des forces du contexte de pratique en GMF favorisant la communication et la collaboration interprofessionnelle afin d'intégrer des pratiques innovantes dans le but

d'augmenter la fréquence et la qualité des évaluations et des interventions en AP. Pour ce faire, l'optimisation du rôle de chaque professionnel tenant compte des barrières et des facteurs facilitateurs identifiés dans notre étude est primordiale. Des actions concrètes peuvent être posées. Par exemple, créer un réseau de kinésologues-ressources provenant des CIUSSS et de la communauté pourrait être une solution envisageable afin d'accompagner, conseiller et outiller les professionnels dans les évaluations et les interventions en AP.

D'autres stratégies peuvent être entreprises comme participer à des formations continues, notamment de la Fédération des kinésologues du Québec (FKQ) ou toute autre association. D'ailleurs, il serait pertinent de proposer des initiatives conjointes entre la FKQ et les autres professions.

De plus, faire un résumé des lignes directrices en matière d'AP ciblant les MC les plus répandues et les rendre accessibles pour tous les professionnels en GMF. Ensuite, intégrer le thème de l'AP aux communautés de pratique et aux rencontres de codéveloppement déjà existantes et identifier un expert-conseil au sein du CIUSSS MCQ (ex. : un kinésologue) afin d'offrir un soutien clinique ponctuel en matière d'AP aux professionnels des GMF. Concernant cette dernière proposition, au CIUSSS MCQ, chaque réseau local de services (n = 8 RLS) offre un programme de Prévention et gestion intégrée des MC dans lequel collaborent quotidiennement nutritionnistes, kinésologues, infirmières cliniciennes, inhalothérapeutes et travailleurs sociaux. Ces équipes pourraient agir à titre de personnes-ressources pour les professionnels en GMF

concernant notamment l'AP chez les personnes atteintes de MC. Ces idées sembleraient répondre aux barrières perçues relatives notamment au manque de connaissances.

De surcroît, il sera pertinent de rendre accessible, dans les GMF, de l'information relative aux recommandations en AP, des conseils favorisant la motivation des usagers, des outils d'évaluation et d'intervention simples et efficaces. À titre d'exemple, la Société canadienne de physiologie de l'exercice (2017) propose un outil d'évaluation de la pratique sécuritaire d'AP : Questionnaire « Menez une vie plus active ». Destiné tant aux professionnels qu'aux usagers cet outil peut servir de guide afin de connaître les contre-indications à l'AP, mieux comprendre les principes pour une pratique sécuritaire d'AP. (Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2017). De plus, il serait très pertinent d'intégrer plus de kinésiothérapeutes dans les GMF et ainsi y offrir des stages cliniques pour les étudiants en kinésiothérapie.

Ensuite, des interventions dans le but de réduire les activités sédentaires devraient être intégrées à la pratique des professionnels (Comité scientifique de Kino-Québec, 2020). Par exemple, inciter les usagers à prendre des pauses actives, à se lever régulièrement, à utiliser l'escaliers au lieu de l'ascenseur, à se déplacer le plus régulièrement possible à pied ou à vélo. En effet, la littérature est unanime à l'effet que les comportements sédentaires sont également des facteurs de risque de MC importants (American Diabetes Association, 2021; Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020; Rabi et al. 2020; SCPE, 2021; Tremblay et al. 2010).

À plus long terme, les professionnels bénéficieraient d'une formation plus spécifique afin d'optimiser les pratiques en matière en AP. En effet, selon une récente

étude de Fowles et al. 2018, un programme d'une journée favorisant le counseling et la prescription de l'AP pour les professionnels offrant des soins de santé primaires aurait des effets très favorables, et ce, même après 3 mois. Il favoriserait le sentiment d'auto-efficacité, diminuerait les barrières face à l'intervention en AP, augmenterait les connaissances et le nombre de prescriptions relatives à l'AP (Fowles et al., 2018)

Finalement, en regard des constats réalisés à la suite de notre étude, il serait grandement intéressant de développer un programme d'accompagnement pour les professionnels de la santé, adapté au contexte des GMF. Pour ce faire, une plateforme web pourrait être développée. Comme proposé par les auteurs Lobelo et ses collaborateurs (2018), la plateforme pourrait contenir des outils d'évaluation et d'intervention validés (ex : moniteur d'AP), des astuces motivationnelles, des techniques de changement de comportement. Il pourrait répondre à plusieurs barrières rapportées par les professionnels notamment en lien avec le manque de connaissances (outils, lignes directrices et contre-indications).

En somme, l'étude a permis de cibler plusieurs pistes de solutions afin de répondre aux barrières perçues tout en considérant le contexte de pratique et les facteurs facilitants. Souhaitons que des études futures puissent proposer d'autres idées innovantes et valider leur efficacité.

CONCLUSION

Les bienfaits de l'AP ne sont plus à démontrer et il existe un consensus dans la littérature quant à la pertinence de faire la promotion de l'AP auprès des personnes atteintes de MC. Selon ces évidences scientifiques, plusieurs regroupements d'experts ont émis des recommandations en matière d'AP. Toutefois, le taux d'adhésion à ces recommandations est faible. Dans le but de favoriser la mise en œuvre des recommandations en matière d'AP, il est pertinent de faire une analyse des caractéristiques individuelles des professionnels et des contextes internes et externes de pratique au sein des GMF. Cette étude descriptive, malgré ses limites, a permis de décrire les pratiques actuelles portant sur l'évaluation et les interventions en matière d'AP. Il est encourageant de constater que les professionnels de la santé et des services sociaux sont convaincus des bienfaits que procure l'AP dans la prévention et le traitement des MC. De surcroît, ils reconnaissent qu'ils ont un rôle à jouer dans la promotion de l'AP auprès des usagers. Bien que les professionnels pratiquant en GMF soient engagés dans la promotion de l'AP auprès des personnes atteintes de MC, peu d'outils validés et basés sur des données probantes sont utilisés, et ce, tant pour l'évaluation que pour l'intervention. La prescription écrite d'AP et la remise de dépliants sont les principales interventions réalisées. Peu de professionnels abordent les comportements sédentaires alors que les effets néfastes de la sédentarité sont de plus en plus connus. De plus, l'étude a permis de constater qu'en GMF l'accessibilité aux outils validés pour évaluer et intervenir en matière d'AP est limitée.

Globalement, les professionnels rapportent peu de barrières à l'évaluation et à l'intervention en matière d'AP. Toutefois, la barrière principale pour les MD est le

manque de temps. En contrepartie, le manque de connaissances est la barrière prépondérante pour tous les autres groupes.

Cette étude a le potentiel d'engendrer des retombées pour la pratique clinique. En effet, mieux comprendre les pratiques et les contextes, identifier les barrières et reconnaître les facteurs facilitants permet d'accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des recommandations en AP en proposant des solutions adaptées à leur contexte en GMF. Cette étude a mis en lumière plusieurs éléments contextuels à considérer pour mettre en place des stratégies qui permettront un transfert des connaissances optimal entre les données probantes sur lesquelles sont basés plusieurs recommandations et indicateurs pour la pratique des professionnels en matière d'évaluation et d'intervention en AP. De plus, cette étude a donné quelques pistes pour des recherches futures portant sur le développement et l'évaluation d'interventions visant à rehausser l'adhésion à l'AP auprès des personnes atteintes d'une MC.

En somme, l'étude a permis de faire une analyse du contexte au sein des GMF de la Mauricie et du Centre-du-Québec, et ce, dans le but de proposer des solutions simples et innovantes pour améliorer l'adhésion à l'AP auprès des personnes atteintes de MC.

RÉFÉRENCES

- Achttien, R. J. Lieshout, J. V. Wensing, M., Sanden, M. N., Staal, J. B. (2020). The decline in physical activity in aging people is not modified by gender or the presence of cardiovascular disease. *European Journal of Public Health*, 30(2), 333-339. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz159>
- Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies du cœur au Canada*. Repéré à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/report-heart-disease-canada-2018/pub1-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2019). *Prévalence des maladies chroniques chez les adultes canadiens*. Repéré à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/prevalance-adultes-canadiens-infographie-2019.html>
- American Diabetes Association. (2021). Standards of medical care in diabetes—2021 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 39(1), 14-43. <https://doi.org/10.2337/cd21-as01>
- Anderson, T.J., Grégoire, J., Pearson, G.J., Barry, A. R., Couture, P., Dawes, M., ...& Ward, R. (2016). Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(2016), 1263-1282. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.07.510>
- Baillet, A., Baillargeon, J. P., Pare, A., Poder, T. G., Brown, C., & Langlois, M. F. (2018). Physical activity assessment and counseling in Quebec family medicine groups. *Canadian Family Physician*, 64 (5), e234-e241.
- Brawner, C.A., Churilla, J.R., & Keteyian, S.J. (2016). Prevalence of Physical Activity Is Lower among Individuals with Chronic Disease. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 48(6), 1062-1067. Repéré à : <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000000861>
- Carey, R. M., Muntner, P., Bosworth, H. B., & Whelton, P. K. (2018). Prevention and control of hypertension: JACC Health Promotion Series. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(11), 1278–1293. Repéré à : <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.008>
- Centre de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2019). *Cliniques médicales et groupes de médecine familiale (GMF)*. Repéré à : <https://www.ciusssmcq.ca/soins-et-services/ou-consulter/cliniques-medicales-et-groupes-de-medecine-familiale-gmf>

- Centre de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2020). Plan d'organisation 2018-2021. 3^e éd. Repéré à : <https://ciusssmcq.ca/telechargement/921/plan-d-organisation-du-ciusss-mcq-2018-2021>
- Comité d'éthique de santé publique. (2019). *Avis sur le plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants - volet : activité physique*. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2547_etat_sante_population_determinants_activite_physique.pdf
- Comité scientifique de Kino-Québec. (2020). *Pour une population québécoise physiquement active : des recommandations / Savoir et agir*, Québec, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Direction du sport, du loisir et de l'activité physique, 84 p. Repéré à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/loisir-sport/KINO_Population_physiquement_active.pdf
- Crisford, P. Winzenberg, T. Venn, A., Schultz, M., Aitken, D., & Cleland, V. (2018). Factors associated with physical activity promotion by allied and other non-medical health professionals: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(10), 1775-1785. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.011>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 1-50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Dancey, C.P.&Reidy, J. (2016). *Statistiques sans maths pour psychologues*. Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Dasgupta, K., Rosenberg, E., Joseph, L., Cooke, A. B., Trudeau, L., Bacon, S. L., Chan, D., Sherman, M., Rabasa-Lhoret, R., & Daskalopoulou, S. S. (2017). Physician step prescription and monitoring to improve ARTERial health (SMARTER): A randomized controlled trial in patients with type 2 diabetes and hypertension. *Diabetes, Obesity & Metabolism*, 19(5), 695-704. <https://doi.org/10.1111/dom.12874>
- Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. (2018). Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 42 (Suppl 1): S1-S325.
- Dubé, F., Noreau, E., & Landry, G. (2012). Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-942-01F.pdf>

- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. (2020). *Quelle quantité d'activité physique vous faut-il ?* Repéré à : <https://www.coeuretavc.ca/vivez-sainement/garder-la-forme/quelle-quantite-d-activite-physique-vous-faut-il>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal, Canada : Chenelière éducation.
- Fowles, J.R., O'Brien, M. W., Solmundson, K., Oh, P.I., & Shields, C.A. (2018). Exercise is medicine Canada physical activity counselling and exercise prescription training improves counselling, prescription, and referral practices among physicians across Canada. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 43, 535-539. <http://dx.doi.org/10.1139/apnm-2017-0763>
- Godin, G., Shephard, R. J. (1997). Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Supplement: S36-S38.
- Golightly Y.M., Allen, K.D., Ambrose, K.R., Stiller, J.I., Evenson, K.R., Voisin, C., ... & Callahan, L.f. (2017). Physical Activity as a Vital Sign: A Systematic Review. *Preventing Chronic Disease*. 14(E123), 1-11. <https://doi.org/10.5888/pcd14.170030>.
- Gouvernement du Québec. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 1-88. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2017a). *Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique*. Repéré à : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/>
- Gouvernement du Québec. (2017b). *Politique gouvernementale de prévention en santé : Plan d'action interministériel 2017-2021*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-297-02W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2019a). Loi sur les services de santé et les services : L.R.Q., Chapitre S-4.2, article 1. Repéré à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>
- Gouvernement du Québec. (2019b). *Accès aux services médicaux de premières lignes*. Repéré à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/>

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. (2015). *Prévention et gestion de l'obésité chez les adultes. Mettre la prévention en pratique*. Repéré à : <https://canadiantaskforce.ca/wpcontent/uploads/2016/10/ctfphcadultobesityrfinal-1.pdf>
- Hodkinson, A., Kontopantelis, E., Adeniji, C., van Marwijk, H., McMillan, B., Bower, P., & Panagioti, M. (2021). Interventions Using Wearable Physical Activity Trackers Among Adults with Cardiometabolic Conditions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 4(7), e2116382. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.16382>
- Hoffmann, T. C., Mayer, C. G., Briffa, T., Sherrington, C., Bennell, K., Alison, J., ...& Glasziou, P. P. (2016). Prescribing exercise interventions for patient with chronic conditions. *Canadian Medical Association Journal*, 188(7). <https://doi.10.1503/CMAJ.150684>
- Houle J., Doyon, O., Vadeboncoeur, N., Turbide, G., Diaz, A. & Poirier, P. (2012). Effectiveness of a pedometer-based program using a socio-cognitive intervention on physical activity and quality of life in a setting of cardiac rehabilitation. *Canadian Journal of Cardiology*, 28, 27–32. <https://doi:10.1016/j.cjca.2011.09.020>
- Houle, J., Valera, B., Gaudet-Savard, T., Auclair, A. & Poirier, P. (2013). Daily steps threshold to improve cardiovascular disease risk factors during the year after an acute coronary syndrome. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 33, 406-410. <https://doi:10.1097/HCR.0000000000000021>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2014). *Gestion des maladies chroniques en soins de santé primaires : démonstration de l'utilité des données du DME pour la surveillance de la qualité et de l'utilisation du système de santé*. Repéré à : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC2467>
- Institut national de santé publique du Québec. (2009a). *Animer un processus de transfert de connaissance : Bilan des connaissances et outils d'animation*. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/institut/transfert-des-connaissances/animer-un-processus-de-transfert-des-connaissances>
- Institut national de santé publique du Québec. (2009b). *Outil d'aide à la décision pour le transfert de connaissances (TC)*. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/outil_aide_a_la_decision_pour_le_transfert_des_connaissances.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 1-88. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

- Institut national de santé publique du Québec. (2019a). *Principales causes de décès*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/syntheses/principales-causes-de-deces>
- Institut national de santé publique du Québec. (2019b). *Avis sur le Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants – Volet : Activité physique*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2547>
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-metho_an.html
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015*. Repéré à : <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/activite-physique-en-quelques-chiffres/>
- Institut de la statistique du Québec. (2018). *Le Québec chiffres en main*. Repéré à : http://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/pdf/qcm2018_fr.pdf
- Kondamudi, N., Mehta, A., Thangada, N. D., & Pandey, A. (2021). Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness: Vital Signs for Cardiovascular Risk Assessment. *Curr Cardiol Rep*, 23(11), 172. <https://doi.org/10.1007/s11886-021-01596-y>
- Koorts, H., Eakin, E., Estabrooks, P., Timperio, A., Salmon, J., & Bauman, A. (2018). Implementation and scale up of population physical activity interventions for clinical and community settings: the PRACTIS guide. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0678-0>
- Lamming, L., Pears, S., Mason, D., Morton, K., Bijker, M., Sutton, S., & Hardeman, W. (2017) What do we know about brief interventions for physical activity that could be delivered in primary care consultations? A systematic review of reviews. *Preventive Medicine*, 99, 152–163. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.02.017>
- Levasseur, J. (2011). La lecture ciblée ou comment faire un choix judicieux, *Le Médecin du Québec*, 46(1). Repéré à : <https://lemedecinquebec.org/Media/111680/049-054DrLevasseur01111.pdf>
- Lévesque J, Roberge D, & Pineault R. (2007). La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec ? In : Fleury M, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L, eds. *Le système de santé socio-sanitaire au Québec*. Montréal. p. 63-78. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_ServicesPremLignes.pdf
- Lion, A., Vuillemin, A., Thornton, J. S., Theisen, D., Stranges, S., & Ward, M. (2018). Physical activity promotion in primary care: a Utopian quest? Debate. *Health Promotion International*, 1-10. <https://doi.org/10.1093/heapro/day038>

- Lobelo, F., Rohm Young, D., Sallis, R., Garber, M. D., Billinger, S. A., Duperly, J., Hutber, A., Pate, R. R., Thomas, R. J., Widlansky, M. E., McConnell, M. V., & Joy, E. A. (2018). Routine Assessment and Promotion of Physical Activity in Healthcare Settings: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 137(18), e495-e522. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000559>
- McFadden, T., Fortier, M., Sweet, S.N., Tomasone, J.R., McGinn, R., & Levac, B.M. (2019). Canadian medical students' perceived motivation, confidence and frequency recommending physical activity. *Preventive Medicine Reports*, 15. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100898>
- Melvin, C.L., Jefferson, M. S., Rice, L.J., Nemeth, L.S., Wessell, A.M., ...& Hughes-Halbert, C. (2017). A systematic review of lifestyle counseling for diverse patients in primary care. *Preventive Medicine*, 100, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.020>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants*. Gouvernement du Québec. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). *Guide de bonnes pratiques en prévention clinique*. Repéré à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/prevention-clinique/guide-des-bonnes-pratiques/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-920-09W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Politique gouvernementale de prévention en santé est la première politique interministérielle*. Repéré à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/politique-prevention-sante/>
- Molin, K.R., Søndergaard, J., Lange, P., Egerod, I., Langberg, H., & Lykkegaard, J. (2020). Danish general practitioners' management of patients with COPD: a nationwide survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 391-398.
- Nerenberg, K.A., Zarnke, K.B., Leung, A.A., Dasgupta, K., Butalia, S., McBrien, K., ... & Côté, A. A. (2018). Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Canadian Journal of Cardiology*, 34, 506-525. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.02.022>
- Organisation mondiale de la santé. (2018a). *Sauver des vies en dépensant moins : Une riposte stratégique face aux maladies non transmissibles*. Repéré à : <http://www.who.int/ncds/management/ncds-strategic-response/fr/>

- Organisation mondiale de la santé (2018b). *Maladies non transmissibles: Principaux faits*. Repéré à :
<http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Osinaïke, J., & Hartley, S.E. (2021). Physical activity counselling among junior doctors in the UK: A qualitative study. *Health Education Journal*, 1-12.
<https://doi.org/10.1177/0017896921999074>
- Pearson, G. J., Thanassoulis, G., Anderson, T. J., Barry, A. R., Couture, P., Dayan, N., ...& Wray, W. (2021). 2021 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in Adults [Practice Guideline]. *The Canadian Journal of Cardiology*.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2021.03.016>
- Pedersen, B.K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 25 (suppl.3), 1-72.
<https://doi.org/10.1111/sms.12581>
- Pépin, Y., & Bernier, S. (2015). *Portrait de la santé de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et tendances par RLS dans le cadre du plan d'action régional de santé publique 2015-2020*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).1-63.
- Pettee Gabriel, K., Morrow, J. R., & Woolsey, A. L. (2012). Framework for physical activity as a complex and multidimensional behaviour. *Journal of Physical Activity and Health*, 9 (suppl1), s11-s18. <https://doi.org/10.1123/jpah.9.s1.s11>
- Rabi, D. M., McBrien, K. A., Sapir-Pichhadze, R., Nakhla, M., Ahmed, S. B., Dumanski, S. M., ...& Daskalopoulou, S. S. (2020). Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *The Canadian journal of cardiology*, 36(5), 596–624. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.02.086>
- Rao, D. P., Orpana, H., & Krewski, D. (2016). Physical activity and non-movement behaviours: their independent and combined associations with metabolic syndrome. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13, 26. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0350-5>
- Ross, R., Blair, S. N., Arena, R., Church, T. S., Després, J. P., Franklin, B. A., ...& Wisløff, U. American Heart Association Physical. (2016). Importance of Assessing Cardiorespiratory Fitness in Clinical Practice: A Case for Fitness as a Clinical Vital Sign: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 134(24),e653–e699.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000461>

- Sangster, J., Furber, S., Phongsavan, P., Redfern, J., Mark, A., & Bauman, A. (2017). Effects of a Pedometer-Based Telephone Coaching Intervention on Physical Activity Among People with Cardiac Disease in Urban, Rural and Semi-Rural Settings: A Replication Study. *Heart, Lung & Circulation*, 26(4), 354-361. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2016.07.004>
- Shuval, K., Leonard, T., Drope, J., Katz, D. L., Patel, A. V., Maitin-Shepard, M., & Amir, O. (2017). Physical activity counseling in primary care: Insights from public health and behavioral economics. *American Cancer Society*, 67, 233-244. <https://doi.org/10.3322/caac.21394>
- Smith, T. O., McKenna, M. C., Salter, C., Hardeman, W., Richardson, K., Hillsdon, M., & Jones, A. P. (2017). A systematic review of the physical activity assessment tools used in primary care. *Family Practice*, 34(4), 384-391. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz011>
- Smock, C., Chatfield, S.L. (2020). Assessing factors that influence healthcare provider attitudes and practices regarding place-based exercise prescriptions: Results of principal components analysis of a newly developed survey instrument. *Advances in Preventive Medicine*, Volume 2020, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2020/5084053>
- Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2017). Questionnaire « Menez une vie plus active ». Repéré à : <https://scpe.ca/2021/06/02/questionnaire-menezunevieplusactive/>
- Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2019). *Directives canadiennes en matière d'activité physique à l'intention des adultes âgés de 18 à 64 ans*. Repéré à : <https://csepguidelines.ca/fr/adults-18-64/>
- Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2021). Directives en matière de 24 heures. Repéré à : <https://csepguidelines.ca/language/fr/>
- Soegtrop, R., Douglas-Vail, M., Bechamp, T., Columbus, M., Wood, K., Van Aarsen, K., & Sedran, R. (2018). Physical activity prescription by Canadian Emergency Medicine Physicians. *Applied physiology, Nutrition, and metabolism*, 43(8), <https://doi.org/10.1139/apnm-2017-0616>
- Statistics Canada. (2013). *Access to a regular medical doctor*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2014001/article/14013-eng.htm>
- Statistique Canada. (2015). *Distribution de la population à domicile selon s'ils rencontrent/ne rencontrent pas les Directives canadiennes en matière d'activité physique, inactif*. Tableau_13-10-0337-01. <https://doi.org/10.25318/1310033701-fra>

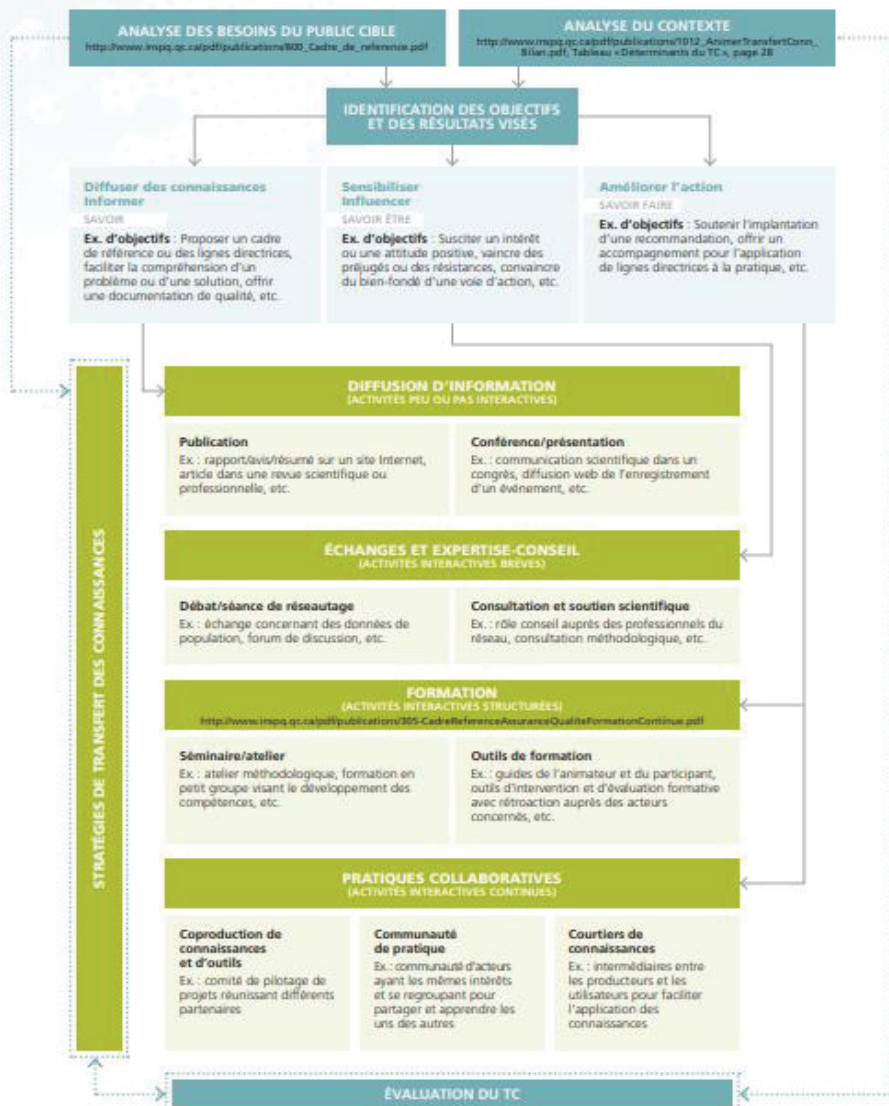
- Strath, S. J., Kaminsky, L. A., Ainsworth, B.E., Ekelund, U., Freedson, P.S., Gary, R.A. & Swartz, A.N. (2013). Guide to the assessment of physical activity: Clinical and research applications: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 128(20), 2259-2279. <https://doi.org/10.1161/01>
- Thornton, J. S., Fremont, P., Khan, K., Poirier, P., Fowles, J., Wells, G. D., & Frankovich, R. J. (2016). Physical Activity Prescription: A Critical Opportunity to Address a Modifiable Risk Factor for the Prevention and Management of Chronic Disease: A Position Statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 26(4), 259-265. <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000363>
- Thornton, J. S., Fremont, P., Khan, K., Poirier, P., Fowles, J., Wells, G. D., & Frankovich, R. J. (2021). Énoncé de position: La prescription de l'activité physique, une occasion unique de s'attaquer à un facteur de risque modifiable dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. *Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice*. Repéré à https://casem-acmse.org/wp-content/uploads/2018/06/CASEM-Physical-Activity-Final-Draft-21-03-21_FR-002.pdf
- Tinetti, M.E., Costello, D. M., Naik, A. D., Davenport, C., Hernandez-Bigos, K., Van Liew, J.R., ... & Dindo, L. (2021). Outcome Goals and Health Care Preferences of Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *JAMA Network Open*, 4(3), 1-15. <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.1271>
- Topolski, T. D., LoGerfo, J., Patrick, D. L., Williams, B., Walwick, J., & Patrick, M. B. (2006). The Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) among older adults. *Preventing chronic disease*, 3(4), 1-8. www.cdc.gov/pcd/issues/2006/oct/06_0001.htm
- Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., Chastin, S. F. M., Altenburg, T. M., & Chinapaw, M. J. M. (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>
- Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N., & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 35(6), 725-740. <https://doi.org/10.1139/H10-079>
- Wald, A., Garber, C. E. (2018). A Review of Current Literature on Vital Sign Assessment of Physical Activity in Primary Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(1), 65-73. <https://doi.org/10.1111/jnu.12351>

- Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., ...& Wicklum, S. (2020). L'obésité chez l'adulte: ligne directrice de pratique clinique. *Canadian Medical Association Journal*, 192(49), E1757-E1775. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707-f>
- Williamson, T. M., Moran, C., McLennan, A., Seidel, s., Ma, P. P., Koerner, M. L., Campbell, T. S. (2021). Promoting adherence to physical activity among individuals with cardiovascular using behavioral counseling: A theory and research-based primer for health care professionals. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 64. 41-54. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.12.007>

ANNEXE A

Outil d'aide à la décision pour le transfert des connaissances (INSPQ, 2009)

Outil d'aide à la décision pour le transfert des connaissances (TC)¹



1. Le contenu de cet outil est adapté du guide *Aider un processus de transfert des connaissances*, INSQ 2009 http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/7012_AimerTransfertConc_Bilan.pdf. Il a été révisé grâce au soutien financier de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

ANNEXE B

Lettres d'appui au projet de recherche

Saint-Tite, le 25 juin 2019
PAR COURRIEL

Université du Québec à Trois-Rivières
Département des Sciences de l'activité physique
3351, boul. des Forges
Trois-Rivières (Québec) G8Z 4M3

Objet : Lettre d'appui à un projet de recherche

Madame,

Par la présente, nous désirons confirmer l'appui de la Direction adjointe des Services de soins ambulatoires de santé primaire et gestion des maladies chroniques du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au projet de recherche « L'activité physique en prévention des maladies chroniques : Portrait des interventions dans les Groupes de médecine de famille (GMF) en Mauricie et au Centre-du-Québec » réalisé dans le cadre d'une maîtrise en sciences de l'activité physique sous la direction de Mme Julie Houle et de M. François Trudeau de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

De ce fait, la Direction adjointe accepte de collaborer au projet selon les besoins de l'équipe de recherche de l'UQTR. Principalement, la direction adjointe et les chefs de programme s'engagent à favoriser les liens entre l'équipe de recherche de l'UQTR et les intervenants de GMF. Plus spécifiquement, faire connaître le projet de recherche aux professionnels concernés. Pour la collecte de données, transmettre le lien Internet aux intervenants et permettre aux cliniciens d'allouer un temps pour remplir le questionnaire. D'autres actions de collaboration pourront être entreprises en cours de projet au besoin de l'équipe de recherche.

Considérant que ce projet apportera des retombées intéressantes pour la recherche et pour la pratique clinique et que le soutien de la Direction adjointe des Services de soins ambulatoires de santé primaire et gestion des maladies chroniques est nécessaire à sa réussite, il nous fait grand plaisir de collaborer à ce projet de recherche.

Je vous prie d'accepter, Madame, mes salutations les plus distinguées.



Karine Lampron, directrice adjointe — Services de soins ambulatoires de santé primaire et gestion des maladies chroniques

cc. Pierre Bigaouette, chef de l'administration du programme de la prévention et de la gestion intégrée des maladies chroniques
Julie Houle, inf. PhD, CSIC(c) Professeure titulaire

352, rue du Courant
Saint-Tite (Québec) G2H 3H0
Téléphone : 418-355-1556, 1905
www.ciussssq.ca

PAR COURRIEL

Trois-Rivières, le 14 septembre 2019

Madame Geneviève Laflamme
Université du Québec à Trois-Rivières
Département des Sciences de l'activité physique
3351, boulevard des Forges
Trois-Rivières (Québec) G8Z 4M3

Objet : Lettre d'appui à un projet de recherche

Madame Laflamme,

Par la présente, nous désirons confirmer l'appui de la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique (DSPPC) du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au projet de recherche « L'activité physique en prévention des maladies chroniques : Portrait des interventions dans les Groupes de médecine de famille (GMF) en Mauricie et au Centre-du-Québec » réalisé dans le cadre d'une maîtrise en sciences de l'activité physique sous la direction de Mme Julie Houle et de M. François Trudeau, de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

La DSPPC reconnaît que le recrutement des participants est une étape cruciale dans ce projet, nous acceptons de collaborer, principalement, à l'étape de la collecte de données. L'entente de collaboration avec l'équipe de recherche consiste à transmettre le lien web donnant accès au questionnaire, à tous les médecins pratiquant en GMF du CIUSSS MCQ via nos canaux de communications habituels.

Considérant que ce projet apportera des retombées intéressantes pour la recherche et pour la pratique clinique, et que la collaboration entre les chercheurs et la DSPPC est nécessaire à sa réussite, il nous fait grandement plaisir de collaborer à cette recherche.

Je vous prie d'accepter mes salutations distinguées.

M. Lemay pour Anne-Marie Grenier

Dre Anne-Marie Grenier
Directrice des services professionnels et
de la pertinence clinique (DSPPC)
CIUSSS MCQ

ANNEXE C

Plan stratégique de recrutement

Tableau 3

Stratégie de recrutement

	Médecins en GMF	Professionnels en GMF (autre que médecins)
Présentation du projet de recherche	• L'équipe de recherche présente le projet et obtient la lettre d'appui de collaboration avec la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique.	• L'équipe de recherche obtient la lettre d'appui de collaboration de la Direction adjointe des services de soins ambulatoires de santé primaire et gestion des maladies chroniques du CIUSSS MCQ.
Envoi des questionnaires par courriel	• Envoi des questionnaires aux GMF et GMF-UMF pour les médecins par l'APPR de la DSPPC; • Pour les GMF-UMF, l'envoi sera aussi fait par une collaboratrice de recherche, Dr Magali Brousseau-Foley auprès des chefs responsable du volet recherche.	• Envoi des questionnaires aux gestionnaires des professionnels visés; • Les gestionnaires assurent l'envoi et le suivi par courriel des questionnaires; • Une relance courriel est prévue après les deux semaines de déploiement; • Parallèlement, la chercheuse principale envoi, par courriel, un avis de déploiement du questionnaire à tous ces collaborateurs du milieu afin que ceux-ci puissent agir en tant qu'agent multiplicateur dans leur milieu pour augmenter le taux de répondants.
Délai de réponse	• 2 semaines	• 2 semaines

ANNEXE D
Entrevue semi-dirigée (Guide)

Entrevue semi-dirigée

Avec des experts-cliniciens afin d'orienter les questions de l'outil de collecte de données

Mise en contexte : Je réalise une étude visant à décrire les méthodes d'évaluation et intervention en matière d'activité physique envers les personnes atteintes de maladies chroniques. Je dois créer un questionnaire qui servira d'outil de collecte de données. Par souci de créer un questionnaire bref, réaliste et efficace, je désire consulter et impliquer des experts-cliniciens. C'est pour cette raison que j'ai sollicité votre chef de service. L'entretien téléphonique durera environ 30 minutes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Les réponses obtenues m'aideront simplement à cibler des choix de réponse dans mon questionnaire ou d'ajouter/retrancher des questions. Est-ce que vous êtes intéressé à poursuivre l'entretien avec moi ?

Préciser le contexte :

- a) GMF : _____ % du temps
- b) Programme prévention et gestion intégré des maladies chroniques : _____ % du temps

1. En général, quels sont les principaux besoins exprimés par les patients atteints d'une maladie chronique (incluant HTA, diabète, maladies du cœur, AVC, MPOC, cancer) ?

- a) Et en matière d'AP ?

ÉVALUATION

2. Que signifie pour vous, évaluer l'activité physique ?

3. Selon vous, quelles sont les méthodes (ou outils) utilisées ~~par les~~ professionnels de votre discipline pour évaluer l'AP ?

4. Qu'est-ce qui aideraient les professionnels de ta discipline à évaluer davantage l'AP ?
(ex. seulement si nécessaire : outils cliniques, formations, temps, incitatif financier)

5. Qu'est-ce qui pourrait empêcher les professionnels de ta discipline d'évaluer l'AP ?

INTERVENTION

6. Que signifie pour vous, intervenir en activité physique ?

7. Est-ce que l'intervention en AP fait partie du rôle des professionnels de ta discipline ? O/M

a. Pourquoi ?

b. À quoi sert l'intervention en AP dans ta pratique ?

c. Elle représente quel pourcentage du temps clinique des professionnels de votre discipline ?

8. Qu'est-ce qui guident les interventions en matière d'activité physique dans votre discipline?
(ex. si nécessaire : Les besoins et désirs des patients, atteinte des recommandations en AP, disponibilité des ressources, etc.)

a. Utilisez-vous des lignes directrices ? O/N , lesquelles ?

9. Qu'est-ce qui aiderait les professionnels à intervenir davantage ou de façon optimale en AP
(ex. : outils cliniques, formations, temps, incitatif financier) ?

10. Qu'est-ce qui pourrait empêcher les professionnels d'intervenir en matière de promotion de
l'AP?

11. Quelles sont les méthodes de communication utilisées au sein de l'équipe interprofessionnelle ?

12. Est-ce qu'il y a des éléments contextuels (interne ou externe) qu'il serait pertinent de
considérer?

13. Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions à me faire ?



Cela conclue l'entretien téléphonique. Merci énormément pour le temps investi dans le projet. Ce fut une aide très précieuse pour finaliser le questionnaire.

Vous devriez recevoir un courriel pour vous inviter à compléter le questionnaire de l'étude en ligne au cours de l'hiver 2020.

Bonne journée !

ANNEXE E

Outil de collecte de données : Le questionnaire

L'activité physique en prévention des maladies chroniques:

Portrait des interventions dans les Groupes de médecine de famille (GMF) en Mauricie et au Centre-du-Québec

Objectifs de recherche

1. Décrire les méthodes d'**évaluation** et d'**intervention** en activité physique utilisées par les membres de l'équipe multidisciplinaire auprès des personnes atteintes de maladies chroniques (MC) suivies en GMF
2. Décrire les **contextes externe et interne** de pratique ainsi que les **caractéristiques individuelles** de ces professionnels.

Consignes : Répondre à chacune des questions au meilleur de votre connaissance en pensant à la situation représentant le dernier mois. Si vous travaillez dans plusieurs GMF ou dans plusieurs points de service, pensez à la situation qui représente votre réalité « en général ». Vous pouvez en tout temps retourner à la question précédente. Le temps estimé pour remplir le questionnaire est de 20 minutes

Rappel : Les questions ne sont pas orientées pour évaluer vos compétences ou connaissances, mais bien pour mieux comprendre votre réalité.

Définitions :

Maladies chroniques : Affections de longue durée ayant pour facteurs de risque ou facteur de protection les habitudes de vie. Par exemple, le diabète, les maladies cardiovasculaires dont l'hypertension artérielle, la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque, la maladie pulmonaire obstructive chronique, les cancers, la dépression (OMS, 2018).

Activité physique : Comportement complexe et multidimensionnel qui augmente la dépense énergétique, que ce soit durant les loisirs, le travail, les déplacements ou les tâches quotidiennes (Petee, 2012). (Petee, 2012).

Les résultats de recherche vous seront transmis le plus rapidement possible, via votre chef de programme ou par Kim Skorupki, responsable du dossier GMF à la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique au CIUSSS MCQ.

Merci de votre précieuse collaboration !

L'équipe de recherche

28 janvier 2020

1 de 22

Section 1: Trois thèmes reliés aux pratiques des professionnels

A. Évaluation de l'activité physique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques

Pour répondre aux questions suivantes, pensez aux situations cliniques rencontrées dans le dernier mois en regard aux suivis que vous avez effectués auprès de personnes atteintes de maladies chroniques (une ou plusieurs).

1. En GMF, je réalise l'évaluation de la pratique d'activité physique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

2. J'évalue l'activité physique des personnes atteintes de maladies chroniques : [Pour chaque énoncé, cochez ce qui représente votre pratique]

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
À chaque rendez-vous	☐	☐	☐	☐	☐
À chaque nouvel usager	☐	☐	☐	☐	☐
À la demande d'un usager	☐	☐	☐	☐	☐
À la demande d'un autre professionnel	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

3. Lorsque j'évalue l'activité physique des personnes atteintes de maladies chroniques, j'aborde les éléments suivants ? [Pour chaque énoncé, cochez ce qui représente votre pratique]

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
L'activité physique dans les loisirs	☐	☐	☐	☐	☐
L'activité physique dans les déplacements	☐	☐	☐	☐	☐
L'activité physique dans le travail ou l'occupation principale	☐	☐	☐	☐	☐
L'activité physique dans l'exécution des tâches quotidiennes	☐	☐	☐	☐	☐
Le nombre de minutes d'activité physique par semaine passé à intensité moyenne à élevée.	☐	☐	☐	☐	☐
Le nombre de journée, par semaine, incluant des activités physiques d'intensité moyenne à élevée d'une durée d'au moins 10 minutes consécutives	☐	☐	☐	☐	☐
La durée de chacune des séances d'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
L'intensité des séances d'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Les types d'activité physique (ex : marche, natation, yoga, vélo, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Le temps d'activité sédentaire (ex : télévision, téléphone intelligent, jeux vidéo, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
La motivation à faire de l'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Les barrières et les limites (ex: douleur aux genoux, au dos, les coûts, le manque de temps, etc.) qui empêchent de faire de l'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Les facteurs facilitants à la pratique d'activité physique (ex : accessibilité, faible coût, le temps, auto-efficacité, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

4. Lors de l'évaluation de l'activité physique, j'utilise les outils ou méthodes suivantes :
[Pour chaque énoncé, cochez ce qui représente votre pratique]

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Un questionnaire sommaire « maison »	☐	☐	☐	☐	☐
La section <i>Habitudes de vie</i> de la collecte initiale de données	☐	☐	☐	☐	☐
Un questionnaire d'évaluation de l'activité physique scientifiquement validé (ex : questionnaire sur la pratique générale d'activité physique (GPPAQ), questionnaire de signes vitaux à l'activité physique (PAVS), questionnaire de Godin, etc.) Précisez : _____	☐	☐	☐	☐	☐
Un journal d'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Un moniteur d'activité physique de type podomètre/accéléromètre (ex : Fitbit)	☐	☐	☐	☐	☐
Moniteur de fréquence cardiaque (ex : montre polar)	☐	☐	☐	☐	☐
Une application pour téléphone intelligent	☐	☐	☐	☐	☐
Un test sous-maximal de capacité cardiorespiratoire (Ex. : tests de marche, vélo, escaliers)	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

5. Les résultats de l'évaluation de l'activité physique sont consignés au dossier:

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

6. L'évaluation de l'activité physique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques me permet de _____? [Pour chacun des énoncés, cochez ce qui représente votre avis]

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Vérifier si l'utilisateur atteint les recommandations en activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Mesurer la dépense énergétique quotidienne	☐	☐	☐	☐	☐
Classifier son niveau d'activité physique (ex. : Très actif, actif, peu actif, sédentaire)	☐	☐	☐	☐	☐
Orienter l'intervention en activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Cibler un objectif relié à la pratique d'activité physique (ex : faire 8000 pas par jour, marcher 30 min. par jour)	☐	☐	☐	☐	☐
Fixer un objectif pour l'atteinte d'une cible clinique (ex. : diminuer la pression artérielle, diminuer l'anxiété)	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐

7. L'évaluation en activité physique devrait être réalisée par : _____
 [Pour chacun des énoncés, cochez ce qui représente votre avis]

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le médecin	☐	☐	☐	☐	☐
L'infirmière	☐	☐	☐	☐	☐
L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL)	☐	☐	☐	☐	☐
Le kinésiologue	☐	☐	☐	☐	☐
Le travailleur social	☐	☐	☐	☐	☐
Le psychologue	☐	☐	☐	☐	☐
L'ergothérapeute	☐	☐	☐	☐	☐
Le physiothérapeute	☐	☐	☐	☐	☐
Le professionnel qui réalise la collecte de données initiales	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

Autres (précisez) : _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

8. Quelles sont mes limites relatives à l'évaluation de l'activité physique chez les personnes atteintes de maladies chroniques? [Pour chacun des énoncés, cochez ce qui représente votre avis]

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le manque de temps	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de connaissances sur les outils et méthodes d'évaluations	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de connaissances sur l'interprétation des résultats	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de connaissances sur Les lignes directrices ou les bonnes pratiques en activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de connaissances sur les contre-indications à l'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque d'intérêt des usagers par rapport à l'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
La peur de nuire aux usagers	☐	☐	☐	☐	☐
Le jugement des collègues	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐

9. Qu'est-ce qui m'aiderait à réaliser de façon optimale l'évaluation de l'activité physique ?
[Pour chacun des énoncés, cochez ce qui représente votre avis]

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Des formations	☐	☐	☐	☐	☐
Des partages d'outils ou méthodes d'évaluation existants	☐	☐	☐	☐	☐
L'accès à des outils cliniques d'évaluation en activité physique (ex : questionnaires, moniteurs d'activité physique)	☐	☐	☐	☐	☐
Des ressources financières pour l'achat de matériel :	☐	☐	☐	☐	☐
L'accès à du soutien clinique (expertise clinique)	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

Intervention en activité physique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques

10. Je réalise des interventions en activité physique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques :

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

11. L'intervention en activité physique devrait être réalisée par : _____
 [Pour chacun des énoncés, cochez ce qui représente votre avis]

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le médecin	☐	☐	☐	☐	☐
L'infirmière	☐	☐	☐	☐	☐
L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL)	☐	☐	☐	☐	☐
Le kinésologue	☐	☐	☐	☐	☐
Le travailleur social	☐	☐	☐	☐	☐
Le psychologue	☐	☐	☐	☐	☐
L'ergothérapeute	☐	☐	☐	☐	☐
Le physiothérapeute	☐	☐	☐	☐	☐
Le professionnel qui réalise la collecte initiale de données	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Mes interventions en activité physique sont réalisées : _____
[Pour chaque énoncé, cochez ce qui représente votre pratique]

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Suite à l'évaluation	☐	☐	☐	☐	☐
Lorsque le besoin/désir est nommé par la personne	☐	☐	☐	☐	☐
Lors des rendez-vous de suivi	☐	☐	☐	☐	☐
Lors de la visite d'un nouvel patient	☐	☐	☐	☐	☐
À la demande d'un autre professionnel	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐

13. Mes interventions en activité physique sont guidées par : _____
[Pour chaque énoncé, cochez ce qui représente votre pratique]

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Les motivations de l'utilisateur	☐	☐	☐	☐	☐
Les besoins de l'utilisateur	☐	☐	☐	☐	☐

Mon intuition	☐	☐	☐	☐	☐
Les résultats de l'évaluation	☐	☐	☐	☐	☐
Les recommandations ou les lignes directrices en matière d'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (Précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

14. Lorsque j'interviens en considérant l'activité physique, j'utilise la ou les approche(s) suivante(s) :
[Pour chaque énoncé, cochez ce qui représente votre pratique]

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
L'entretien motivationnel	☐	☐	☐	☐	☐
L'éducation auprès de la personne et sa famille le cas échéant	☐	☐	☐	☐	☐
Les rencontres de groupe	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

15. Lorsque j'interviens en considérant l'activité physique, j'utilise le ou les outil(s) suivant(s) :
 Pour chaque énoncé, cochez ce qui représente votre pratique]

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Un journal d'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Une prescription d'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Un moniteur d'activité physique de type podomètre/accéléromètre	☐	☐	☐	☐	☐
Moniteur de fréquence cardiaque (ex : montre polar)	☐	☐	☐	☐	☐
Une application pour téléphone intelligent	☐	☐	☐	☐	☐
Un dépliant ou feuillets d'informations (ex. : Capsana, Kino Québec, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

16. Lorsque j'interviens en activité physique, je réfère vers : _____
 [Pour chaque énoncé, cochez ce qui représente votre pratique]

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Une activité dans la communauté (ex. : programme PIED, Viactive, cardio plein air, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Le kinésiologue du programme de <i>Prévention et gestion intégrée des maladies chroniques</i> du CIUSSS MCQ (ex. : clinique de facteurs de risque, Ma santé à vie, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Le kinésiologue du GMF	☐	☐	☐	☐	☐

Un kinésologue ou spécialiste en activité physique au privé	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

17. Lorsque j'interviens en activité physique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques, j'aborde les éléments suivants ?
[Pour chaque énoncé, cochez ce qui représente votre pratique]

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
L'activité physique dans les loisirs	☐	☐	☐	☐	☐
L'activité physique dans les déplacements	☐	☐	☐	☐	☐
L'activité physique dans le travail ou l'occupation principale	☐	☐	☐	☐	☐
L'activité physique dans l'exécution des tâches quotidiennes	☐	☐	☐	☐	☐
Le nombre de séances d'activité physique par semaine	☐	☐	☐	☐	☐
La durée de chacune des séances d'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
L'intensité des séances d'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Les types d'activité physique (marche, natation, yoga, vélo, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Le temps d'activité sédentaire	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

18. L'intervention en activité physique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques est importante pour _____ ?
[Pour chacun des énoncés, cochez ce qui représente votre avis]

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Augmenter la dépense énergétique quotidienne	☐	☐	☐	☐	☐
Augmenter la masse musculaire globale	☐	☐	☐	☐	☐
Améliorer la tolérance à l'effort	☐	☐	☐	☐	☐
Prévenir le déclin de la maladie	☐	☐	☐	☐	☐
Prévenir les comorbidités	☐	☐	☐	☐	☐
Améliorer la qualité de vie des usagers	☐	☐	☐	☐	☐
Atteindre des cibles cliniques (ex. : diminuer la pression artérielle, diminuer l'anxiété)	☐	☐	☐	☐	☐
Améliorer l'autogestion de la maladie	☐	☐	☐	☐	☐
Atteindre les recommandations générales en activité physique (150 min. activité de type aérobie/semaines)	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

19. L'intervention en activité physique est consignée au dossier de l'utilisateur :

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement

☐ Jamais

20. Quelles sont mes limites relatives à l'intervention en activité physique chez les personnes atteintes de maladies chroniques?

[Pour chacun des énoncés, cochez ce qui représente votre avis]

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le manque de temps	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de connaissances sur les outils et méthodes d'intervention	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de connaissances sur Les lignes directrices ou les bonnes pratiques en activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de connaissances sur les contre-indications à l'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque d'intérêt des usagers par rapport à l'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
La peur de nuire à l'utilisateur	☐	☐	☐	☐	☐
Le jugement des collègues face à mon intervention	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

21. Qu'est-ce qui m'aiderait à réaliser de façon optimale mes interventions en activité physique ?
 [Pour chacun des énoncés, cochez ce qui représente votre avis]

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Des formations	☐	☐	☐	☐	☐
Des partages au sujet d'outils ou méthodes existantes	☐	☐	☐	☐	☐
Des outils cliniques d'intervention en activité physique (ex : questionnaires, moniteurs d'activité physique)	☐	☐	☐	☐	☐
Des ressources financières pour l'achat de matériel	☐	☐	☐	☐	☐
L'accès à du soutien clinique (expertise clinique)	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

Dimensions reliées à la mise en œuvre d'une intervention

22. Pour chaque énoncé, cochez ce qui représente votre avis.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je crois que l'activité physique régulière contribue à la santé des usagers	☐	☐	☐	☐	☐
Je crois que la sédentarité est dangereuse pour la santé des usagers	☐	☐	☐	☐	☐
Je crois que les professionnels de la santé ont une responsabilité de promouvoir l'activité physique aux usagers	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai confiance en mes compétences pour prescrire l'exercice	☐	☐	☐	☐	☐
Je réussis à convaincre les usagers à commencer à faire de l'exercice	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai l'intention de prescrire plus souvent de l'activité physique aux usagers	☐	☐	☐	☐	☐

23. Au GMF, j'ai accès _____.
- [Pour chacun des énoncés, cochez ce qui représente votre situation]

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
À l'intranet du CIUSSS MCQ	☐	☐	☐	☐	☐
À la bibliothèque clinique du CIUSSS MCQ	☐	☐	☐	☐	☐
Aux lignes directrices de suivi des différentes maladies chroniques	☐	☐	☐	☐	☐
À du soutien clinique concernant l'activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
À de la formation continue en matière d'intervention en activité physique	☐	☐	☐	☐	☐
Autre (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

24. Je consulte le dossier de l'utilisateur afin de recueillir des informations sur l'évaluation ou les interventions en activité physique réalisées préalablement :

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

25. L'intervention orientée vers l'adoption de saines habitudes de vie chez les usagers incluant l'activité physique est valorisée par _____ : [Pour chacun des énoncés, cochez ce qui représente votre avis]

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Le CIUSSS MCQ	☐	☐	☐	☐	☐
Ma direction/direction adjointe	☐	☐	☐	☐	☐
Mon GMF	☐	☐	☐	☐	☐

26. Ma clinique est reconnue GMF depuis :

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1 à 3 ans
- ☐ 4 à 6 ans
- ☐ Plus de 6 ans
- ☐ Je ne sais pas

27. À ce jour, mon GMF est reconnu au ministère de la Santé et des Services sociaux comme un niveau ____ ?

- ☐ 1 à 3
- ☐ 4 à 6
- ☐ 7 à 9
- ☐ Je ne sais pas

➤ Le GMF compte combien de professionnels autres que médecins ?

28. Dans les deux dernières années, j'ai participé à des modalités de soutien et/ou d'encadrement (tous sujets confondus) de type :

[Pour chacun des énoncés, cochez ce qui représente votre situation]

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Codéveloppement	☐	☐	☐	☐	☐
Communauté de pratique	☐	☐	☐	☐	☐
Comité de pairs	☐	☐	☐	☐	☐
Préceptorat/Mentorat	☐	☐	☐	☐	☐
Supervision clinique	☐	☐	☐	☐	☐
Autres (précisez) : _____	☐	☐	☐	☐	☐

Section 2 : Données sociodémographiques

29. Je suis :

- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Infirmier(ère) clinicien(ne)
- ☐ Infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) en soins de première ligne (IPSPL)
- ☐ Infirmier (ère)
- ☐ Kinésiologue
- ☐ Médecin
- ☐ Médecin résident
- ☐ Nutritionniste
- ☐ Physiothérapeute
- ☐ Psychologue
- ☐ Travailleur(se) social (e)
- ☐ Autres : _____

28 janvier 2020

20 de 22

30. J'ai _____ ans.

31. Je suis de genre

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Autre : _____

32. Mon niveau de formation est :

- ☐ Collégial
- ☐ Universitaire 1^e cycle (baccalauréat ou doctorat en médecine)
- ☐ Universitaire 2^e cycle (maîtrise)
- ☐ Universitaire 3^e cycle (PhD)
- ☐ Autres (précisez) : _____

33. Mon nombre total d'années d'expérience est : _____

34. Je pratique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques depuis : _____
années

35. Mon statut de travail est :

- ☐ Temps complet permanent
- ☐ Temps complet occasionnel
- ☐ Temps partiel permanent
- ☐ Temps partiel occasionnel

36. Je pratique dans un GMF :

- ☐ Privé (composé uniquement de site hors établissement)
- ☐ Public (composé uniquement de sites en établissement)
- ☐ Mixte (composé de sites en établissement et hors établissement)
- ☐ Je ne sais pas

37. Ma clientèle atteinte de maladies chroniques demeure principalement en milieu : [Cochez la réponse la plus appropriée]

- ☐ Rural
- ☐ Urbain

38. Les personnes atteintes d'au moins une maladie chronique représentent quel pourcentage de votre charge de cas ? _____ %

39. Est-ce qu'il y a d'autres données pertinentes à considérer qui n'ont pas été abordées dans ce questionnaire ?

40. Avez-vous des idées et des suggestions qui aideraient à améliorer les pratiques professionnelles en matière de promotion de l'activité physique? Si oui, merci de nous les partager. _____

Remerciements

L'équipe de recherche tient à vous remercier chaleureusement pour votre temps investi dans cette recherche. Par cette action, vous contribuez à l'optimisation de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Merci !

ANNEXE F
Certificats d'éthique

Certificat d'approbation éthique

Description du projet de recherche :

Titre du projet :	L'activité physique en prévention secondaire des maladies chroniques : Portrait des interventions dans les Groupes de médecine familiale (GMF) en Mauricie et Centre-du-Québec
Numéro du projet :	CÉRM-2019-008
Chercheur :	Geneviève Laflamme

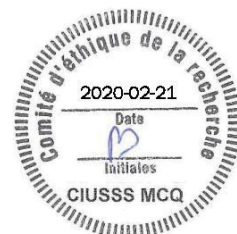
Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude :	Date de la version
Résumé du projet	2019-10-22
Protocole de recherche	2019-10-29
Formulaire d'information et de consentement à l'intention des cliniciens	2019-11-08
Questionnaire, version française	<u>2020-01-28</u>

Approbation éthique :

Étude initiale du projet par notre CÉR :	2019-10-10
Certificat actuel :	
Raison d'émission :	<u>Modifications de documents à l'étude</u>
Date d'étude par notre CÉR :	<u>2020-02-20</u>
Période de validité :	Du <u>2020-02-21</u> au 2020-11-08



Bernard Deshaies
Président
Comité d'éthique de la recherche volet médical



À noter que le présent document est acheminé de manière électronique seulement et agit à titre de version officielle.



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : **L'activité physique en prévention secondaire des maladies chroniques : Portrait des interventions dans les Groupes de médecine familiale (GMF) en Mauricie Centre-du-Québec**

Chercheur(s) : Geneviève Laflamme
Département des sciences de l'activité physique

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-19-263-10.03

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 18 novembre 2020 au 18 novembre 2021

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Me Richard LeBlanc
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

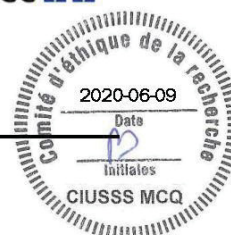
Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 23 octobre 2020

ANNEXE G
Le formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRES D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

 À L'INTENTION DES CLINIENS



Titre du projet :

L'activité physique en prévention des maladies chroniques:

 Portrait des interventions dans les Groupes de médecine de famille (GMF) en Mauricie et au

 Centre-du-Québec.

Chercheuse principale :	Geneviève Laflamme, B. Sc. M. Sc. (c) Département des sciences de l'activité physique
Co-chercheurs :	Julie Houle, inf. Ph.D (UQTR) François Trudreau, Ph.D (UQTR)
Collaborateurs du milieu clinique :	Karine Lampron, Directrice adjointe-service de soins ambulatoires de santé primaire et gestion des maladies chroniques, CIUSSS MCQ Pierre Bigaouette, Chef de l'administration de programme de la prévention et de la gestion intégrée des maladies chroniques, CIUSSS MCQ Kim Skorupski, Agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), responsable du dossier GMF, Direction des services professionnels et de la pertinence clinique, CIUSSS MCQ Magali Brousseau-Foley, MD, M. Sc, PhD(c), DPM, CCMF Omnipraticienne, chargée d'enseignement de clinique Faculté de médecine de l'Université de Montréal CHAUR et Unité de médecine familiale de Trois-Rivières
Source de financement :	Aucun
Déclaration de conflit d'intérêt :	Aucun

Le but de cette recherche est de décrire les pratiques des professionnelles de la santé et des

 services sociaux en matière d'évaluation et d'intervention en activité physique dans la prise en

 charge des personnes atteintes de maladies chroniques suivies en Groupe de médecine de famille

 (GMF).

Les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivants :

- ☐ Décrire les méthodes d'évaluation et d'intervention en activité physique utilisées par les membres de l'équipe multidisciplinaire auprès des personnes atteintes de maladies chroniques et suivies en GMF
- ☐ Décrire les contextes externe et interne de pratique en GMF ainsi que les caractéristiques individuelles des professionnels qui auront une influence potentielle sur le transfert de connaissances

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre participation au projet de sorte à prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez le temps de la lire attentivement. Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toutes questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mme Geneviève Laflamme, B.Sc. M.Sc (c) à l'adresse suivante : genevieve.laflamme@uqtr.ca

Tâche

Votre tâche dans le cadre de cette étude consiste à remplir le questionnaire en ligne. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous devez répondre à chacune des questions au meilleur de votre connaissance en rapportant à la situation représentant le mieux le dernier mois **avant** l'arrivée de crise socio-sanitaire reliée au COVID-19

Le temps estimé pour compléter le questionnaire est de 20 minutes. Tel que convenu avec votre supérieur immédiat, vous pouvez prendre ce temps sur vos heures de travail.

Le sujet qui sera traité dans le questionnaire touche les pratiques professionnelles reliées à l'intervention en **activité physique** auprès des personnes atteintes d'une ou plusieurs **maladies chroniques**.

Lexique :

-Les **maladies chroniques** sont des affections de longue durée causées par un ensemble de facteurs biologiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux qui engendrent des incapacités importantes pour la personne atteinte. L'étude inclut tout diagnostic ayant pour facteurs de risque ou facteurs de protection les habitudes de vie (OMS 2018).

Exemples : diabète, maladies cardiovasculaires, maladie pulmonaire obstructive chronique, cancers, dépression, trouble anxieux, trouble d'adaptation.

- L'**activité physique** est un comportement complexe et multidimensionnel qui augmente la dépense énergétique, que ce soit durant les loisirs, le travail, les déplacements ou les tâches quotidiennes (Pettee, 2012).

Aucune préparation préalable n'est requise. Après avoir lu et signé le formulaire de consentement, vous accéderez au questionnaire en ligne. Les questions sont regroupées en 3 sections :

1. Pratiques des professionnels

- a. Reliées à l'**évaluation** de l'activité physique
- b. Reliées à l'**intervention** en activité physique

2. Transfert de connaissances

- a. Caractéristiques du contexte externe de pratique
- b. Caractéristiques du contexte interne de pratique
- c. Caractéristiques individuelles des professionnels

3. Données sociodémographiques

Les questions permettront de répondre aux objectifs suivants :

- 1. Décrire les pratiques des professionnels quant à l'évaluation de l'activité physique auprès des personnes atteintes de maladies chroniques
- 2. Décrire les pratiques des professionnels quant aux interventions en activité physique réalisées auprès des personnes atteintes de maladies chroniques
- 3. Décrire les contextes externe et interne de pratique en GMF ainsi que les caractéristiques individuelles des intervenants impliqués qui auront une influence sur le transfert de connaissances

Risques, Inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation à cette recherche. Les inconvénients relevés sont : le temps consacré au projet, soit environ 20 minutes pour remplir le questionnaire; le risque relié à la confidentialité, pour les professionnels étant peu nombreux à pratiquer en GMF (ex. : kinésologue) et le sentiment de faire juger ses pratiques. Pour ce dernier point, il faut noter que l'étude a pour but de dresser un portrait de situation. En aucun temps, le chercheur portera de jugement sur vos pratiques. L'étude vise à décrire et à comprendre la situation actuelle afin de faire des recommandations qui permettront de soutenir votre pratique et ce, en tenant compte de votre contexte réel.

Bénéfices

Votre participation pourra vous donner la satisfaction d'avoir contribué à un projet qui constitue une étape préalable à d'autres projets de recherche visant l'amélioration de la gestion des maladies chroniques en première ligne. En retour, l'équipe de recherche s'engage à vous transmettre les résultats de l'étude le plus rapidement possible, via votre chef de programme ou Kim Skorupski, responsable du dossier GMF à la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique au CIUSSS MCQ.

Compensation

Aucune compensation d'ordre monétaire ne sera accordée. Par contre, les chercheurs offrent d'organiser une activité de formation (non accréditée) portant sur l'activité physique qui pourra être donné en GMF ou lors d'une rencontre d'équipe. Le contenu et les modalités de formation sont à convenir avec vos gestionnaires et médecins responsables de la formation continue.

Confidentialité

Tous les participants devront lire le formulaire d'information et de consentement. Ensuite, vous devrez appuyer sur le bouton *Je consens à participer* lequel fera office de signature. Dès lors, vous aurez accès au questionnaire en ligne. Le questionnaire est créé sur la plateforme sécurisée *Banque interactive de questions* (BIQ) disponible à l'UQTR. Elle répond aux normes de confidentialité et de protection des renseignements exigés dans les activités de recherche. Elle offre aussi un environnement sécuritaire de conservation des données directement sur le serveur de l'UQTR. Les données seront conservées 5 ans à cet endroit puis seront détruits, de façon sécuritaire, par le professionnel responsable de la BIQ.

Les données recueillies seront entièrement confidentielles. Votre confidentialité sera assurée par l'anonymat des questionnaires. La BIQ numérottera les questionnaires en ordre de réception. L'identité des professionnels qui sont peu nombreux à pratiquer dans les GMF; par exemple les kinésiologues, pourrait être reconnu. Toutefois, l'équipe de recherche s'engage à assurer la confidentialité des données recueillies. À cet effet, il est à votre discrétion de participer ou non à cette étude.

Les résultats issus des réponses au questionnaire, qui seront diffusés sous forme d'articles et de communications scientifiques, ne permettront pas d'identifier les participants. Le chercheur responsable de ce projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Elles ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Clause de divulgation

La confidentialité est assurée à l'intérieur des limites prescrites par la loi.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'établissement et l'organisme subventionnaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mme Geneviève Laflamme, B.Sc. M.Sc (c) à l'adresse suivante : genevieve.laflamme@uqtr.ca

Identification des personnes ressources

Le comité d'éthique de la recherche médicale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a aussi approuvé ce projet de recherche. Ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et

au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ au 819-372-3133 poste 32303.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez une plainte ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS MCQ au numéro suivant : 1 888-693-3606.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, **Geneviève Laflamme B.Sc. M.Sc (c)**, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet intitulé **L'activité physique en prévention des maladies chroniques: Portrait des interventions dans les Groupes de médecine de famille (GMF) en Mauricie et au Centre-du-Québec**. J'ai bien saisi les conditions, les inconvénients et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

- ☐ **J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche**
(appuyer sur le bouton *Je consens à participer* pour consentir et accéder au questionnaire)

Je consens à participer

