Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 41 • numéro 6 • juin 2021

Dans ce numéro

Recherche quantitative originale

191 Respect des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures par les étudiants de niveau postsecondaire : résultats de la première enquête Bien-être sur les campus canadiens (BECC)

Recherche qualitative originale

202 Étude qualitative sur les facteurs qui entravent et ceux qui facilitent le travail des médecins de famille devant prescrire des opioïdes contre la douleur chronique non cancéreuse

Commentaire

211 Les consultations en personne pour les victimes de violence conjugale : un service que les spécialistes en soins chroniques doivent considérer comme essentiel

Aperçu

215 Agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite : un rôle important dans la prestation de soins à des patients des collectivités des Premières Nations

Annonce

221 Autres publications de l'ASPC

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, DOAJ, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canada

Équipe de rédaction

Anne-Marie Ugnat, Ph. D.
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

Minh T. Do, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Scott Leatherdale, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Barry Pless, C.C., M.D., FRCPC
Rédacteur scientifique adjoint

Kelly Skinner, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Alexander Tsertsvadze, M.D., Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

Sylvain Desmarais, B.A., B. Ed.
Responsable de la production

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

Chanelle Ayoub, B. Sc.
Rédactrice subalterne

Nicholas Cheta, B. Sc. Santé
Rédacteur subalterne

Joanna Odrowaz, B. Sc.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Anna Olivier, Ph. D.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Dawn Slawecki, B.A.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Comité de rédaction

Caroline Bergeron, Dr. P. H.
Agence de la santé publique du Canada

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

Martin Chartier, D.M.D.
Agence de la santé publique du Canada

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

Charlotte Kent, Ph. D.
Centers for Disease Control and Prevention

Jean-Claude Moubarac, Ph. D.
Université de Montréal

Howard Morrison, Ph. D.
Agence de la santé publique du Canada

Candace Nykiforuk, Ph. D.
University of Alberta

Jennifer O'Loughlin, Ph. D.
Université de Montréal

Scott Patten, M.D., Ph. D., FRCPC
University of Calgary

Richard Stanwick, M.D., FRCPC, FAAP
Island Health

Mark Tremblay, Ph. D.
Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

Joslyn Trowbridge, M.P.P.
University of Toronto

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.
© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2021

ISSN 2368-7398
Pub. 200280
PHAC.HPCDP.journal-revue.PSPMC.ASPC@canada.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/information-intention-auteurs.html

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.6.01f

Recherche quantitative originale

Respect des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures par les étudiants de niveau postsecondaire : résultats de la première enquête Bien-être sur les campus canadiens (BECC)

Katie A. Weatherson, M. Sc. (1); Himabindu Joopally, M. Ing. (2); Kelly Wunderlich, M. Sc. (1); Matthew Y.W. Kwan, Ph. D. (3); Jennifer R. Tomasone, Ph. D. (4); Guy Faulkner, Ph. D. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Selon les nouvelles *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures* à l'intention des adultes, les adultes devraient pratiquer plusieurs heures d'activité physique légère chaque jour, faire 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à élevée (APIME) par semaine, dont des activités de renforcement musculaire au moins deux fois par semaine, limiter les heures de sédentarité à 8 heures par jour et le temps de loisir passé devant un écran à 3 heures par jour et enfin dormir de 7 à 9 heures par nuit. Cette étude a pour but d'analyser le respect de ces directives par les étudiants de niveau postsecondaire et ses associations avec la santé mentale et les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

Méthodologie. Les données analysées proviennent d'un échantillon de 20 090 étudiants de niveau postsecondaire au Canada ayant participé à l'enquête Bien-être sur les campus canadiens (BECC) réalisée en 2019-2020. Nous avons calculé le pourcentage d'étudiants respectant les directives portant sur l'activité physique, la sédentarité, le temps de loisir passé devant un écran et le sommeil. Nous avons estimé, à l'aide d'une régression logistique, les associations entre le respect de ces directives, les caractéristiques sociodémographiques des répondants et leur santé mentale.

Résultats. Au moment où l'enquête a été réalisée, seuls 9,9 % des étudiants (10,4 % des femmes et 9,2 % des hommes) respectaient quatre volets des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures. Les directives les mieux respectées étaient celles concernant l'APIME (61,1 %) et le sommeil (59,7 %). En revanche, les directives relatives aux périodes de sédentarité et au temps passé devant un écran étaient moins suivies (respectivement 56,3 % et 36,2 %). Les caractéristiques sociodémographiques associées à un plus grand respect des directives étaient les suivantes : être une femme, être plus âgé, se considérer comme d'origine ethnique blanche et avoir un statut socioéconomique élevé. Les étudiants ayant déclaré éprouver un bien-être psychologique élevé avaient une probabilité supérieure de satisfaire aux critères énoncés dans les directives.

Conclusion. Peu d'étudiants de niveau postsecondaire respectent les nouvelles directives au Canada. L'enquête BECC permet un suivi de la diffusion et de la mise en œuvre des nouvelles Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures à l'intention des adultes.

Mots-clés : *activité physique, temps passé devant un écran, sommeil, Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures*

Points saillants

- Environ 10 % des étudiants de niveau postsecondaire de l'échantillon respectaient les nouvelles Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures à l'intention des adultes.
- Les femmes et les étudiants plus âgés respectaient davantage ces directives.
- Les étudiants ayant indiqué éprouver un bien-être psychologique élevé avaient une probabilité supérieure de respecter ces directives.
- L'enquête BECC permet un suivi de la mise en œuvre de ces nouvelles directives.

Introduction

La Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE) a publié les *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les adultes âgés de 18 à 64 ans* et les *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les adultes âgés de 65 ans et plus : une approche intégrée regroupant l'activité physique, la sédentarité et le sommeil* en octobre 2020[1]. Le gouvernement du Canada a publié antérieurement des directives intégrées pour les enfants et les jeunes de 5 à 17 ans, en 2016[2] ainsi que des directives pour les jeunes enfants âgés de 0 à 4 ans, en 2017[3].

Rattachement des auteurs :

1. École de kinésiologie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
2. Planification et recherche institutionnelle, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
3. Études sur les enfants et les jeunes, Université Brock, St. Catharines (Ontario), Canada
4. École de kinésiologie et des sciences de la santé, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada

Correspondance : Guy Faulkner, École de kinésiologie, Université de la Colombie-Britannique, 2259 Lower Mall, Vancouver (Colombie-Britannique) V6T 1Z3; tél. : 604-822-2990; courriel : guy.faulkner@ubc.ca

Ces directives partent du principe que les comportements liés au mouvement ont une incidence sur la santé et donc que les différents comportements adoptés au cours d'un cycle de 24 heures sont déterminants[4]. Les directives pour les adultes offrent des recommandations fondées sur des données probantes qui concernent l'activité physique, la sédentarité (dont le temps de loisir passé devant un écran) et le sommeil, et ce, pour l'ensemble d'un cycle de 24 heures. Les directives sur l'activité physique (c.-à-d. 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à élevée [APIME] par semaine) et le sommeil (de 7 à 9 heures par nuit) correspondent aux anciennes directives et recommandations tandis que c'est la première fois qu'apparaissent des recommandations précises relatives à la sédentarité (8 heures maximum par jour), en particulier sur le temps de loisir passé devant un écran (3 heures maximum par jour; voir tableau 1).

Au Canada, plus de 2 millions de personnes, soit une forte proportion des jeunes adultes, sont inscrites à l'université ou dans un établissement post-secondaire (collège)[5]. Comme les étudiants entrant dans ces établissements forgent des habitudes et des comportements à long terme, les comportements acquis ou renforcés pendant leur passage au collège sont donc susceptibles d'avoir des répercussions sur leur mieux-être et leur santé à long terme. Pour cette raison, on doit considérer les campus d'établissements d'enseignement postsecondaire comme des lieux essentiels pour la promotion de la santé, au même titre que le sont les écoles[6]. Par exemple, les étudiants pourraient être la cible de campagnes régulières de sensibilisation sur la santé par l'entremise de réseaux d'échange des connaissances. Des installations, des programmes et du personnel subventionnés sont généralement disponibles pour assurer une intervention coordonnée.

Le rôle crucial joué par les établissements d'enseignement supérieur dans la promotion de la santé est reconnu par la Charte de l'Okanagan de 2015, une charte internationale pour les collèges et universités s'engageant à faire la promotion de la santé. Cette charte invite les établissements d'enseignement supérieur à intégrer la dimension de la santé dans leurs activités quotidiennes, leurs processus de fonctionnement et leur mandat et les invite également à offrir des initiatives de promotion de la santé et de collaboration[7].

Actuellement, la majorité des adultes, et les étudiants de niveau postsecondaire n'y font pas exception, ne respectent pas les différents volets des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures. Plus de 70 % des adultes ne font pas assez d'activité physique et ne dorment pas suffisamment[8] et plus de 60 % passent plus de deux heures de loisir par jour devant un écran[9]. Dans le même temps, plusieurs établissements d'enseignement postsecondaire signalent des situations de crise en santé mentale. Les jeunes adultes de 20 à 30 ans ont le niveau le plus élevé de troubles de l'humeur et de troubles d'anxiété[10], et le tiers des étudiants fréquentant des établissements d'enseignement postsecondaire au Canada déclarent éprouver des troubles de santé mentale (dont la dépression et l'anxiété[11]). L'adoption de comportements bénéfiques pour la santé comme la pratique d'une activité physique et le respect des recommandations en matière de sommeil et de temps passé devant un écran (Weatherson et al.[12]) sont corrélés positivement au bien-être psychologique des adolescents et négativement à la présence de troubles mentaux (Hu et al.[13]) chez les adultes.

TABLEAU 1
Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les adultes de 18 à 64 ans

Comportement lié au mouvement	Recommandation
Activité physique aérobique d'intensité moyenne à élevée	Au moins 150 minutes d'APIME par semaine (intégrant des activités de renforcement musculaire sollicitant les principaux groupes musculaires au moins deux fois par semaine)
Activité physique légère	Plusieurs heures par jour
Sédentarité	8 heures maximum par jour
Temps libre passé devant un écran	3 heures maximum par jour
Sommeil	De 7 à 9 heures par nuit

Source : Ross, Chaput, Giangregorio et al[1].

Objectif

L'un des objectifs de l'établissement de directives est, entre autres, la mise en place d'un mécanisme associé de suivi permettant de savoir quels groupes respectent ces directives. Il est alors possible de déterminer quelles interventions ciblées sont nécessaires auprès des groupes (ou sous-groupes) les plus enclins à ne pas respecter les recommandations et de préciser les mesures à adopter dans le but d'assurer un état de santé optimal.

Notre étude repose sur des données transversales autodéclarées recueillies dans le cadre de la première enquête Bien-être sur les campus canadiens (BECC), dont l'objectif était de déterminer la proportion d'étudiants de niveau postsecondaire respectant les Directives en matière de mouvement sur 24 heures à l'intention des adultes. Nous analysons également, dans le cadre de cette étude, les associations entre les caractéristiques sociodémographiques des étudiants et leur état de santé mentale. Cette recherche arrive à point, étant donné que parmi les premiers objectifs de mise en œuvre des directives ont été ciblés les étudiants de niveau postsecondaire[14].

Méthodologie

Plan d'étude

Cette étude observationnelle transversale s'appuie sur les données autodéclarées obtenues dans le cadre de la première enquête BECC, en 2019-2020. Pour décider des mesures de promotion de la santé au niveau postsecondaire, il faut en premier lieu disposer d'un mécanisme apte à évaluer la prévalence et les corrélats de la santé mentale et des comportements en matière de santé à un niveau local. À partir des renseignements obtenus, on peut établir les priorités d'intervention, sélectionner les mesures à mettre en place puis les mettre en œuvre et effectuer un suivi et enfin améliorer constamment les programmes et les services de santé[15]. C'est dans ce contexte que l'enquête BECC, qui se présente sous la forme d'un questionnaire en ligne, a été conçue, dans le but d'évaluer la santé et le bien-être des étudiants canadiens de niveau postsecondaire. Le détail du plan d'étude, de la méthodologie, des éléments mesurés et de la politique d'accès aux données de l'enquête

BECC est disponible en ligne à https://www.ccws-becc.ca/[15]. D'autres informations sur les éléments mesurés, en particulier la validité et la fiabilité des données, sont aussi disponibles[16].

L'enquête BECC a été approuvée par le comité d'éthique pour la recherche sur le comportement de l'Université de la Colombie-Britannique (approbation H19-01907) et par les établissements d'enseignement postsecondaire participant.

Population étudiée et recrutement

Chaque établissement d'enseignement postsecondaire a choisi sa propre stratégie d'échantillonnage (en fonction de sa taille). La majorité a sélectionné un échantillon aléatoire stratifié de sa population étudiante. Le pourcentage moyen d'étudiants invités à participer au sondage était de 45,51 % (écart-type [ET] : 25,97 %). Sur les 20 établissements, 5 ont choisi d'inviter plus de 70 % de leurs étudiants à participer au sondage. Chaque étudiant sélectionné a reçu un courriel d'information avec un lien personnel vers le sondage. Les étudiants ont également reçu des courriels de rappel avant la date butoir du sondage, chaque établissement choisissant le nombre de rappels à effectuer. Les étudiants ont disposé en moyenne de 23,1 jours pour répondre au sondage et ont reçu, en moyenne, 2,4 (ET : 1,1; au total entre 1 et 5) courriels de rappel.

Sur l'ensemble des 20 établissements d'enseignement postsecondaire, ce sont 165 997 étudiants qui ont été invités à répondre au questionnaire en ligne et 24 760 d'entre eux y ont répondu (taux de réponse global = 14,9 %). Le taux de réponse a été considérablement plus élevé (22,1 %) au sein des établissements ayant envoyé au moins 3 rappels et courriels incitatifs. Parmi les répondants, 21 156 ont répondu au sondage en entier (c.-à-d. jusqu'à la dernière page) et 3 604 étudiants ont répondu seulement partiellement.

Collecte des données

L'enquête BECC a été réalisée avec l'outil de sondage de l'Université de la Colombie-Britannique, une base de données infonuagique fournie par Qualtrics. Elle a été menée dans 2 établissements d'enseignement postsecondaire lors du trimestre d'automne 2019 (de novembre à décembre) et dans les 18 autres établissements lors du trimestre d'hiver 2020 (de janvier à avril). Parmi ces établissements, 8 étaient des universités, 10 des collèges et 2 ont été classés comme « autres ». Huit établissements comptaient de 1001 à 5000 étudiants, quatre de 10 001 à 20 000 étudiants, cinq de 20 001 à 40 000 étudiants et trois 40 000 étudiants ou plus.

Mesure des résultats

Activité physique d'intensité moyenne à élevée (APIME)

La méthode utilisée pour évaluer le temps passé à une activité physique d'intensité moyenne à élevée (moyenne en minutes par semaine) est basée sur le questionnaire international sur l'activité physique (*International Physical Activity Questionnaire*, voir Murphy et al.[17]). On a d'abord appliqué les règles de découpage du questionnaire international sur l'activité physique pour calculer ensuite la proportion d'étudiants respectant les directives sur l'activité physique. Ainsi, tous les résultats sur le temps passé à faire de l'APIME qui étaient supérieurs à 3 heures (180 minutes) par jour ont été ramenés à 180 minutes. De ce fait, le nombre d'heures d'activité physique par semaine pour chaque catégorie ne pouvait excéder 21 heures (3 heures × 7 jours). Tout étudiant ayant déclaré avoir fait de l'APIME pendant au moins 150 minutes par semaine a été considéré comme respectant la directive relative à l'APIME (1 = oui; 0 = non).

Le questionnaire international sur l'activité physique offre un niveau élevé de concordance et des corrélations moyennes avec les données mesurées par accéléromètre ainsi que des corrélations intraclasses moyennes (0,52; intervalle de confiance [IC] : 0,33 à 0,66) chez les étudiants universitaires[17].

Sédentarité

On a demandé aux étudiants combien d'heures et de minutes par jour ils avaient passé assis au cours des 7 derniers jours. Tout étudiant ayant déclaré avoir passé moins de 8 heures par jour en position assise a été considéré comme respectant les recommandations en matière de sédentarité (1 = oui; 0 = non).

Temps de loisir passé devant un écran

On a demandé aux étudiants combien d'heures et de minutes de temps de loisir ils avaient passé devant un écran en moyenne au cours des 7 derniers jours. Les étudiants ayant déclaré avoir passé moins de 3 heures par jour de leur temps de loisir devant un écran ont été considérés comme respectant les recommandations (1 = oui; 0 = non). Les questions sur la sédentarité reprennent des questions de l'outil international d'évaluation du comportement sédentaire (ISAT)[18] et certaines questions modifiées provenant d'autres enquêtes sur la santé de la population ayant une fiabilité suffisante.

Sommeil

Les questions sur le sommeil ont été rédigées en fonction de recommandations fondées sur des données probantes concernant l'évaluation de l'hygiène du sommeil auprès des adultes canadiens pour un suivi en santé publique[19]. Les étudiants devaient spécifier leurs heures de coucher et de réveil à la demi-heure près au cours des 7 derniers jours en utilisant un menu déroulant. La durée moyenne de leurs nuits de sommeil a été calculée sous forme de moyenne pondérée ([5 × le nombre total d'heures de sommeil les jours de semaine + 2 × le nombre total d'heures de sommeil le samedi et le dimanche]/7). Tout étudiant ayant déclaré avoir dormi de 7 à 9 heures par nuit a été considéré comme respectant les recommandations relatives au sommeil (1 = oui; 0 = non). Comme il n'existe pas de règles de découpage précises pour les données sur la sédentarité et le sommeil, nous avons choisi d'exclure les valeurs correspondant à 0 minute par jour ou se situant en dehors d'un intervalle de six écarts-types (à plus de 3 ET de la moyenne en positif ou en négatif).

Respect des directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures

Tout étudiant respectant les quatre volets des directives (APIME, temps passé en position assise, temps de loisir passé devant un écran, sommeil) a été considéré comme satisfaisant aux directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures (1 = oui; 0 = non).

Caratéristiques sociodémographiques

Les caratéristiques sociodémographiques autodéclarées susceptibles d'avoir une incidence sur le respect ou non des recommandations sont l'âge, l'origine ethnique, le genre, le niveau de scolarité des parents (en tant qu'indicateur du statut socioéconomique [SSE]), l'activité professionnelle et le lieu de résidence. Nous avons créé des groupes d'âge en fonction des âges déclarés par les étudiants : moins de

20 ans, 20 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 34 ans et 35 ans et plus.

Les étudiants devaient sélectionner l'origine (ou les origines) ethnique(s) leur correspondant le mieux à partir d'une liste similaire à celle du recensement canadien (https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm). Les différentes origines ont été regroupées en quatre catégories : blanche, asiatique (Asiatiques du Sud, Asiatiques de l'Ouest, Asiatiques du Sud-Est, Chinois, Coréens, Japonais et Philippins), autochtone et autre/mixte (Noirs, Arabes, Hispaniques, autres origines ethniques et personnes ayant plusieurs origines ethniques).

Les étudiants étaient aussi invités à indiquer s'ils se considéraient comme femme, homme, personne non-binaire ou personne bispirituelle (pour les participants d'origine autochtone). Le SSE des répondants a été évalué au moyen d'une question portant sur le niveau de scolarité le plus élevé atteint par les parents ou tuteurs légaux de l'étudiant (diplôme d'études secondaires ou moins; diplôme d'études collégiales, diplôme universitaire, diplômes d'études supérieures ou autre diplôme professionnel; je ne sais pas). Nous avons comparé les résultats des étudiants dont les parents avaient un diplôme d'études secondaires ou moins ceux des étudiants dont les parents avaient un diplôme d'études collégiales ou supérieures.

On a demandé aux étudiants combien d'heures de travail rémunérées par semaine ils avaient effectué pendant l'année scolaire (0 à 40 heures) pour évaluer leur activité professionnelle. Nous avons comparé les résultats des étudiants qui travaillaient une heure ou plus par semaine à ceux des étudiants sans emploi.

Une question a permis de déterminer le lieu de résidence (domicile) des étudiants et nous avons comparé les étudiants demeurant sur le campus à ceux demeurant hors campus.

Les établissements ont également fourni des données qui ont été jumelées aux réponses fournies par chaque étudiant à l'enquête : le statut de ce dernier (canadien ou étranger), son type d'inscription (nouvel étudiant ou réinscription) et son régime d'études (à temps plein ou à temps partiel).

Santé mentale

Détresse psychologique

Dans l'enquête BECC, une échelle de Kessler à 10 points (K-10; par exemple « À quelle fréquence vous êtes-vous senti désespéré? ») a été utilisée pour l'évaluation des symptômes de dépression et d'anxiété, afin d'obtenir une mesure globale de la détresse éprouvée par les étudiants au cours du mois précédant l'enquête[20]. Les choix de réponse allaient de « jamais » (1) à « tout le temps » (5) pour chaque question, sur une échelle de Likert à 5 points. Les scores obtenus ont ensuite été additionnés, un total plus élevé correspondant à un degré de détresse psychologique du répondant plus élevé. Les résultats ont été divisés en quatre groupes : absence de détresse psychologique ou détresse psychologique minime ($<$ 20), détresse psychologique légère (20 à 24), détresse psychologique moyenne (25 à 29) et détresse psychologique élevée (30 à 50).

Bien-être

Dans l'enquête BECC, on a évalué le bien-être émotionnel, social et psychologique des participants au cours des deux semaines précédant l'enquête au moyen de l'échelle de Warwick-Edinburgh (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale, ou WEMWBS)[21]. Cette échelle est composée de 14 questions formulées de façon positive qui abordent les principales dimensions (eudémonique et hédonique) du bien-être psychologique (par exemple, « Je me sens optimiste quant à l'avenir »). Les participants ont répondu aux questions au moyen d'une échelle de Likert à 5 points dont les choix de réponse allaient de « jamais » (1) à « tout le temps » (5). Les scores à chaque question ont ensuite été additionnés, fournissant un total compris entre 14 et 70. Un total plus élevé correspond à un degré de bien-être psychologique plus élevé. Les résultats ont été divisés en trois groupes : bien-être psychologique faible ($\leq$ 40), bien-être psychologique moyen (41 à 58) et bien-être psychologique élevé (59 à 70).

Analyse statistique

Nous avons utilisé des statistiques descriptives pour caractériser les participants, leur santé mentale et le respect des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures. Nous avons eu recours à des modèles de régression logistique afin d'estimer les rapports de cotes (RC) et les intervalles de confiance (IC) à 95 % pour les associations entre les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé mentale des participants et leur respect des directives. Le pourcentage moyen d'étudiants de niveau postsecondaire satisfaisant aux recommandations des directives était de 10,62 % (ET : 2,70 %). Le test du rapport de vraisemblance a révélé que le modèle de régression logistique était mieux adapté s'il était ajusté pour l'effet de regroupement des données (*cluster*) des étudiants faisant partie d'un même établissement d'enseignement postsecondaire. La signification statistique a été établie à $p < 0{,}05$. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec les procédures d'enquêtes du logiciel de statistiques R version 3.6.3 (Vienne, Autriche).

Résultats

Participants

Des 24 760 étudiants qui ont participé à l'étude, 3 575 ont été exclus car ils n'ont fourni de réponse à au moins un des quatre volets des directives (3 144 n'en ont pas fourni pour l'APIME, 3 021 pour le temps passé en position assise, 2 996 pour le temps passé devant un écran et 2 586 pour le sommeil), mais les étudiants ayant déclaré ne pas respecter les recommandations pour au moins un des quatre volets auxquels ils ont répondu ont été inclus (3 773 étudiants). De plus, 1 095 étudiants ont été exclus car ils n'ont pas d'indiqué leur âge ou que celui-ci se situait en dehors de la fourchette des 18 à 64 ans. L'échantillon final pour analyse était donc de 20 090 participants.

Caractéristiques sociodémographiques des étudiants

L'âge moyen des répondants était de 24,1 ans (ET : 7,1) et 67,0 % étaient des femmes. Près de la moitié des étudiants ont déclaré être d'origine asiatique (45,5 %) et 34,3 % d'origine blanche. Les deux tiers ont déclaré occuper un emploi (62,5 %) et la plupart vivaient hors campus (90,1 %). Les trois quarts des participants (76,8 %) provenaient de ménages à SSE élevé. Les données fournies par les universités ont révélé que la majorité étaient canadiens (75,9 %), avaient effectué une réinscription (71,1 %) et étudiaient à temps plein (79,1 %).

La moyenne d'APIME était de 283,6 min (ET : 260,7) par semaine. Les étudiants ont déclaré passer en moyenne 4,7 h (ET :

2,7) par jour de leur temps de loisir devant un écran. De plus, ils passaient en moyenne 8,0 h (ET : 3,4) par jour de leur temps en position assise et dormaient 7,9 h (ET : 1,4) par nuit. La moyenne au test d'évaluation du bien-être psychologique était de 45,1 sur 70 (ET : 10,1) et 60,2 % des étudiants ont été classés comme ayant un bien-être psychologique moyen (score de 41 à 58 sur l'échelle WEMWBS). La moyenne sur l'échelle de détresse psychologique était de 25,5 sur 50 (ET : 8,3). Si un peu plus de 25 % des étudiants ont été considérés comme éprouvant une détresse psychologique minime ou aucune détresse psychologique, 21,6 % d'entre eux éprouvaient une détresse psychologique légère, 20,6 % une détresse moyenne et 31,2 % une détresse élevée. Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final.

Respect des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures

Dans l'ensemble, 9,9 % des étudiants respectaient les critères des quatre volets des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures (voir tableau 3). Des quatre volets, ce sont les recommandations relatives à l'APIME qui étaient respectées par le plus grand nombre d'étudiants (61,1 %), suivi des directives sur le sommeil (59,7 %), sur le temps passé assis (56,3 %) et enfin sur le temps de loisir passé devant un écran (36,2 %). La proportion globale d'étudiants respectant les directives (9,9 %) est demeurée inchangée en considérant le temps de loisir passé devant un écran et le temps passé assis comme formant une catégorie « comportement sédentaire » (moins de 8 heures en position assise et moins de 3 heures passées devant un écran par jour).

Corrélats relatifs au respect des directives

En ce qui concerne les corrélats sociodémographiques, les hommes étaient moins susceptibles de respecter les directives dans leur globalité que les femmes (voir tableau 4). Les étudiants d'origine blanche étaient ceux qui avaient les probabilités les plus élevées de respecter les directives, suivi de ceux d'origine ethnique autre ou mixte, des étudiants d'origine autochtone et des étudiants d'origine asiatique. Les étudiants âgés de 35 ans ou plus, de 30 à 34 ans, de 25 à 29 ans et de 20 à 24 ans étaient statistiquement plus susceptibles de respecter l'ensemble des directives que les étudiants de moins de 20 ans. Par

TABLEAU 2
Caractéristiques de l'échantillon total de l'étude (N = 20 090)

Caractéristique	Effectifs et proportion de l'échantillon total (%) ou écart-type (ET)
Genre	
Femme	13 166 (67,0 %)
Homme	6230 (31,7 %)
Personne non binaire	243 (1,2 %)
Personne bispirituelle	16 (0,1 %)
Âge moyen en années	24,1 (ET : 7,1)
Groupe d'âge (ans)	
18 et 19	4601 (22,9 %)
20 à 24	9311 (46,3 %)
25 à 29	3132 (15,6 %)
30 à 34	1340 (6,7 %)
35 et plus	1706 (8,5 %)
Origine ethnique	
Blanche	6839 (34,3 %)
Asiatique	9053 (45,5 %)
Autochtone	363 (1,8 %)
Autre/mixte	3659 (18,4 %)
Niveau de scolarité des parents (SSE)	
Faible	4293 (23,2 %)
Élevé	14 216 (76,8 %)
Activité professionnelle	
Employé	11 896 (62,5 %)
Sans emploi	7142 (37,5 %)
Résidence	
Sur le campus	1843 (9,4 %)
Hors campus	17 751 (90,1 %)
Sans logement stable	106 (0,5 %)
Statut	
Canadien	15 244 (75,9 %)
Étranger	4846 (24,1 %)
Type d'étudiant	
Nouvel étudiant	3829 (28,9 %)
Réinscription	9443 (71,1 %)
Régime d'études	
Temps plein	15 533 (79,1 %)
Temps partiel	4112 (20,9 %)
Comportements liés au mouvement	
APIME, minutes par semaine	283,6 (ET : 260,7)
Temps libre passé devant un écran, heures par jour	4,7 (ET : 2,7)
Temps passé assis, heures par jour	8,0 (ET : 3,4)
Sommeil, heures par jour	7,9 (ET : 1,4)

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Caractéristiques de l'échantillon total de l'étude (N = 20 090)

Caractéristique	Effectifs et proportion de l'échantillon total (%) ou écart-type (ET)
Bien-être psychologique, moyenne du score WEMWBS[a]	45,1 (ET : 10,1)
Bien-être psychologique faible (résultat sur l'échelle WEMWBS : ≤ 40)	6162 (31,4 %)
Bien-être psychologique moyen (résultat sur l'échelle WEMWBS : 41 à 58)	11 809 (60,2 %)
Bien-être psychologique élevé (résultat sur l'échelle WEMWBS : 59 à 70)	1649 (8,4 %)
Maladies mentales, moyenne du score sur l'échelle K-10[b]	25,5 (ET : 8,3)
Détresse psychologique minime ou absente (résultat sur l'échelle K-10 : < 20)	5262 (26,6 %)
Détresse psychologique légère (résultat sur l'échelle K-10 : 20 à 24)	4286 (21,6 %)
Détresse psychologique moyenne (résultat sur l'échelle K-10 : 25 à 29)	4086 (20,6 %)
Détresse psychologique élevée (résultat sur l'échelle K-10 : 30 à 50)	6171 (31,2 %)

Abréviations : APIME, activité physique d'intensité moyenne à élevée; ET, écart-type; K-10, Échelle de Kessler à 10 items; SSE, statut socioéconomique; WEMWBS, échelle de Warwick-Edinburgh.

Remarque : La somme des calculs figurant dans le tableau ne correspond pas toujours au total indiqué en raison des données manquantes (dans les cas où un participant a répondu « Je préfère ne pas répondre », « Ne s'applique pas » ou « Je ne sais pas »).

[a] Évalué au cours des deux dernières semaines à l'aide de l'échelle WEMWBS[21]. Les participants ont répondu aux questions au moyen d'une échelle de Likert à 5 points dont les réponses allaient de « jamais » (1) à « tout le temps » (5). Leurs réponses ont ensuite été additionnées, fournissant un score total compris entre 14 et 70, un total plus élevé correspondant à un bien-être psychologique plus élevé.

[b] Évalué en fonction des réponses fournies aux questions de l'échelle de Kessley à 10 items[20]. Les participants ont répondu aux questions au moyen d'une échelle de Likert à 5 points dont les réponses allaient de « jamais » (1) à « tout le temps » (5). Les scores ont été additionnés, un total plus élevé correspondant à un degré de détresse psychologique plus élevé.

ailleurs, les étudiants ayant un SSE élevé respectaient davantage les directives que les étudiants ayant un SSE faible. Par rapport aux nouveaux étudiants, les étudiants réinscrits avaient moins tendance à suivre les recommandations.

En ce qui concerne la santé mentale, les étudiants éprouvant un bien-être psychologique élevé ou moyen étaient respectivement 90 % et 52 % plus susceptibles de suivre les directives dans leur ensemble que les étudiants ayant un bien-être psychologique faible. Les étudiants éprouvant une détresse psychologique élevée étaient les moins susceptibles de respecter les recommandations (voir tableau 4).

Analyse

Cette étude présente les premières données sur la proportion d'étudiants de niveau postsecondaire respectant les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures et a mis en évidence les corrélations entre les caractéristiques sociodémographiques et la santé mentale des étudiants et le respect des directives. La proportion d'étudiants suivant l'ensemble des directives s'est révélée faible, environ 10 %. Les établissements n'étaient guère différents entre eux du point de vue de l'adhérence des étudiants aux directives. D'autres études pourraient chercher à déterminer les facteurs spécifiques aux établissements susceptibles d'expliquer les légères variations détectées (situation en milieu urbain ou rural, taille de l'établissement, etc.).

Le passage des directives en matière d'activité physique aux nouvelles directives prenant en compte l'éventail des comportements liés au mouvement a conduit à un changement dans le profil des personnes respectant les directives au Canada. Les étudiants plus âgés respectent davantage les nouvelles directives que les étudiants plus jeunes, et les femmes davantage que les hommes. Les anciennes directives en matière d'activité physique étaient davantage respectées par les adultes plus jeunes et par les hommes[22]. Ce changement est probablement attribuable à la variabilité du temps passé devant un écran en fonction de l'âge et du genre. Une analyse d'enquêtes transversales réalisées au Canada a fait état de peu de différences entre les sexes ou les genres en matière de temps consacré à des activités sédentaires lorsque celui-ci était mesuré à l'aide d'un accéléromètre. Toutefois, les types d'activités auxquels les participants disaient se livrer étaient différents[23]. Les hommes déclaraient généralement passer davantage de leur temps de loisir devant un écran, par exemple pour jouer à des jeux vidéo, alors que les femmes consacraient une part supérieure de leur temps de loisir sédentaire à la lecture[23].

Le temps consacré aux différents types d'activités sédentaires varie selon l'âge. Bien que le nombre d'heures de loisir devant un écran ait augmenté pour tous les groupes d'âge, c'est chez les jeunes qu'il demeure le plus élevé et il décroît avec l'âge[24]. Davantage de jeunes adultes (de 20 à 24 ans) déclarent passer du temps à l'ordinateur et à jouer à des jeux vidéo, la popularité de ces passe-temps diminuant selon l'âge au profit de la lecture et de l'écoute de la télévision[9]. Les divergences entre les types de comportements sédentaires adoptés par les étudiants,

TABLEAU 3
Respect des Directives en matière de mouvement sur 24 heures

Recommandation	Proportion de participants respectant les directives (%)		
	Au total	Femmes	Hommes
Respect des quatre volets	9,9	10,4	9,2
Sommeil	59,7	59,1	61,7
APIME	61,1	59,6	64,4
Temps libre passé devant un écran	36,2	37,7	33,2
Temps passé assis	56,3	57,1	54,6
Comportement sédentaire[a]	22,1	23,1	20,0

Abréviation : APIME, activité physique d'intensité moyenne à élevée.

[a] Comportement sédentaire : moins de 8 heures par jour en position assise et moins de 3 heures passées devant un écran par jour.

TABLEAU 4
Proportion des étudiants respectant l'ensemble des directives et associations avec les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé mentale

Caractéristique sociodémographique	Proportion (%)	IC à 95 %	RC ajusté[a]	IC à 95 %	Valeur *p*
Genre					
Femme	10,4	(9,8 à 10,9)	Réf.	–	–
Homme	9,2	(8,5 à 9,9)	0,84	(0,73 à 0,96)	0,011*
Personne non binaire	9,1	(6,1 à 13,3)	1,14	(0,68 à 1,89)	0,626
Personne bispirituelle	18,8	(6,6 à 43,0)	2,49	(0,52 à 11,98)	0,256
Groupe d'âge					
18 et 19 ans	8,0	(7,2 à 8,8)	Réf.	–	–
20 à 24 ans	9,0	(8,4 à 9,6)	1,31	(1,10 à 1,57)	0,003**
25 à 29 ans	11,8	(10,7 à 13,0)	1,59	(1,29 à 1,95)	< 0,001***
30 à 34 ans	11,9	(10,3 à 13,8)	1,57	(1,21 à 2,04)	0,001***
35 ans et plus	15,5	(13,8 à 17,3)	1,71	(1,35 à 2,16)	< 0,001***
Origine ethnique					
Blanche	13,9	(13,1 à 14,7)	Réf.	–	–
Asiatique	7,6	(7,1 à 8,1)	0,55	(0,47 à 0,64)	< 0,001***
Autochtone	8,5	(6,1 à 11,9)	0,65	(0,41 à 1,03)	0,066
Autre/mixte	8,9	(8,1 à 9,9)	0,67	(0,56 à 0,80)	< 0,001***
Niveau de scolarité des parents ou tuteurs légaux (SSE)					
Faible	8,9	(8,1 à 9,8)	Réf.	–	–
Élevé	10,6	(10,1 à 11,1)	1,18	(1,01 à 1,37)	0,032*
Activité professionnelle					
Employé	10,6	(10,1 à 11,2)	Réf.	–	–
Sans emploi	9,1	(8,4 à 9,8)	0,89	(0,77 à 1,02)	0,086
Résidence					
Sur le campus	10,0	(8,7 à 11,5)	Réf.	–	–
Hors campus	10,0	(9,6 à 10,4)	1,08	(0,86 à 1,36)	0,501
Pas de logement stable	7,5	(3,9 à 14,2)	1,19	(0,49 à 2,92)	0,697
Statut					
Canadien	10,4	(9,9 à 10,9)	Réf.	–	–
Étranger	8,5	(7,7 à 9,3)	0,89	(0,75 à 1,06)	0,188
Type d'étudiant					
Nouvel étudiant	11,2	(10,3 à 12,3)	Réf.	–	–
Réinscription	10,6	(10,0 à 11,2)	0,79	(0,68 à 0,91)	0,001**
Régime d'études					
Temps plein	9,6	(9,2 à 10,1)	Réf.	–	–
Temps partiel	11,0	(10,0 à 12,0)	1,04	(0,89 à 1,21)	0,618
Variable relative à la santé mentale : bien-être					
Bien-être psychologique faible (résultat sur l'échelle WEMWBS : ≤ 40)	6,5	(5,9 à 7,2)	Réf.	–	–
Bien-être psychologique moyen (résultat sur l'échelle WEMWBS : 41 à 58)	11,2	(10,6 à 11,8)	1,52	(1,27 à 1,82)	< 0,001***
Bien-être psychologique élevé (résultat sur l'échelle WEMWBS : 59 à 70)	14,2	(12,6 à 16,0)	1,90	(1,46 à 2,48)	< 0,001***

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Proportion des étudiants respectant l'ensemble des directives et associations avec les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé mentale

Caractéristique sociodémographique	Proportion (%)	IC à 95 %	RC ajusté[a]	IC à 95 %	Valeur *p*
Variable relative à la santé mentale : troubles mentaux					
Détresse psychologique minime ou absente (résultat sur l'échelle K-10 : < 20)	14,3	(13,4 à 15,3)	Réf.	–	–
Détresse psychologique légère (résultat sur l'échelle K-10 : 20 à 24)	10,2	(9,3 à 11,1)	0,78	(0,66 à 0,91)	0,002**
Détresse psychologique moyenne (résultat sur l'échelle K-10 : 25 à 29)	9,1	(8,3 à 10,0)	0,72	(0,60 à 0,87)	< 0,001***
Détresse psychologique élevée (résultat sur l'échelle K-10 : 30 à 50)	6,6	(6,0 à 7,3)	0,54	(0,44 à 0,66)	< 0,001***

Abréviations : IC, intervalle de confiance; K-10, Échelle de Kessler à 10 items; RC, rapport de cotes; Réf., groupe de référence; SSE, statut socioéconomique; WEMWBS, échelle de Warwick–Edinburgh.

[a] Rapport de cotes ajusté pour toutes les autres variables du tableau et l'effet de regroupement des données des étudiants provenant d'un même établissement.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

notamment en ce qui concerne le temps de loisir passé devant un écran, pourraient expliquer pourquoi le respect de la directive intégrée était plus répandu chez les étudiants plus âgés et les femmes dans notre étude.

Pour ce qui est des comportements individuels relatifs au mouvement, la majorité des étudiants ont déclaré respecter les recommandations en matière d'activité physique (61,1 %) et de sommeil (59,7 %). Ces résultats sont similaires aux données nationales, selon lesquelles près des deux tiers des adultes canadiens de 18 à 34 ans déclaraient respecter les directives sur l'activité physique en 2018[25]. Notons cependant que seuls 16 % des adultes canadiens respectaient les recommandations en 2017, d'après une étude dans laquelle les données relatives à l'activité physique ont été mesurées au moyen d'appareils au lieu d'être autodéclarées par les participants[26]. Par ailleurs, les deux tiers (65 %) des adultes de 18 à 79 ans respectaient les recommandations relatives aux heures de sommeil, avec une durée moyenne de sommeil chez ce groupe d'âge de 7,2 heures par nuit[27]. Les adultes canadiens de 18 à 79 ans sont sédentaires 9,6 heures par jour, ce qui fait que la sédentarité des participants de notre échantillon est sans doute inférieure que ce qu'on aurait pu attendre[28]. Il faut souligner que les données relatives à la sédentarité dans l'enquête BECC sont fondées sur des données sur le temps passé assis, et donc ne tiennent sans doute pas compte du temps passé couché, par exemple.

Les conclusions de notre étude consolident l'association déjà établie entre santé mentale des participants et respect des directives[29]. Compte tenu de la nature transversale des données obtenues dans le cadre de l'enquête BECC, il est tout aussi vraisemblable qu'une bonne santé mentale favorise la pratique d'activité physique et l'adoption de comportements moins sédentaires que l'inverse. Ces conclusions soulignent la nécessité de se pencher sur la place accordée aux comportements liés au mouvement dans le cadre des initiatives en santé mentale qui visent le milieu postsecondaire (voir l'Association canadienne de normalisation[30]).

Les données obtenues dans le cadre de l'enquête BECC offrent un aperçu du nombre d'étudiants de niveau postsecondaire qui respectent les nouvelles Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures. Ces données peuvent servir de point de référence pour le suivi à long terme des comportements liés au mouvement. Dans la perspective d'une mise en œuvre de ces directives auprès de cette population[14] et d'après les conclusions de notre étude, une attention particulière semble devoir être apportée à la sédentarité, et particulièrement au temps passé devant un écran, si l'on veut augmenter le respect de l'ensemble des directives. Toutefois, la pertinence d'une telle intervention est discutable du point de vue de la santé, puisque des analyses compositionnelles ont démontré qu'allouer davantage de temps à la pratique d'APIME (plutôt qu'aux autres comportements liés au mouvement) permet d'obtenir des effets bénéfiques pour la plupart des résultats en santé[31]. Un examen systématique réalisé par Janssen et ses collaborateurs[31] avait pour but d'étudier si la manière dont était réparti le temps alloué aux comportements liés au mouvement chez les adultes (c.-à-d. le sommeil, la sédentarité, l'activité physique légère et l'APIME) avait une incidence sur la santé des participants. Les résultats donnent à penser qu'il est toujours bénéfique de réorganiser sa journée de façon à augmenter le temps consacré à l'APIME et diminuer celui consacré à des activités sédentaires[31]. Il serait donc pertinent de concevoir des messages expliquant l'importance de remplacer le temps alloué aux activités sédentaires (en particulier le temps de loisir devant un écran) par du temps consacré à l'activité physique. Pour ce faire, les interventions et les messages devraient être conçus en fonction du genre et du sexe ainsi qu'en fonction de la culture des étudiants étrangers et de ceux qui font partie d'un groupe minoritaire, que ce soit sur le plan de la culture, de l'ethnie, de l'orientation sexuelle ou d'autres caractéristiques identitaires.

L'interprétation des données doit se faire avec prudence vu la nature autodéclarée des données de l'enquête BECC et du taux de réponse final obtenu. De plus, la majorité des étudiants ont répondu avant que les restrictions relatives à la pandémie de COVID-19 soient mises en place en mars 2020. Or le début de la pandémie et les restrictions associées pourraient avoir diminué le taux de réponse pour plusieurs

établissements. Dans l'ensemble, l'échantillon de répondants était représentatif de la cohorte d'étudiants invités à répondre au sondage (voir Faulkner et al.[32]).

Pour terminer, les indicateurs évalués dans le cadre de l'enquête BECC sont dans l'ensemble cohérents avec les résultats obtenus en utilisant des données nationales comparables, comme celles de l'enquête National College Health Assessment (NCHA) effectuée auprès de 58 établissements d'enseignement postsecondaire canadiens en 2019[11] ou celles du projet pilote de l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogues dans les établissements d'enseignement postsecondaire[33,34]. Le fait que le taux de réponse des étudiants augmente après qu'ils aient reçu au moins trois rappels et mesures d'incitation constitue une information précieuse pour le prochain déploiement de l'enquête BECC. Il faut souligner que cette enquête ne tient pas compte des activités de renforcement musculaire ou de l'activité physique d'intensité légère, et qu'elle ne permet donc pas d'évaluer l'ensemble des composantes des nouvelles Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures.

L'enquête BECC va servir de fondement sur lequel appuyer les prochains déploiements d'initiatives et le suivi à long terme de la santé et du bien-être des étudiants de niveau postsecondaire. Comme on prévoit des activités de promotion des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les adultes auprès de cette population[14], l'enquête BECC va permettre d'effectuer un suivi de la diffusion et de la mise en œuvre de ces nouvelles directives. Une autre recherche va être réalisée pour étudier la façon dont les données issues de l'enquête BECC sont utilisées par les établissements et dont elles permettent de guider les politiques, les programmes et les pratiques se rapportant aux comportements liés au mouvement. À plus long terme, cela permettra certainement de dégager des pratiques exemplaires en matière de promotion de la santé chez les étudiants de niveau postsecondaire au Canada.

Remerciements

Le ministère de l'Enseignement supérieur, des Compétences et de la Formation a soutenu le déploiement provincial de l'enquête Bien-être sur les campus canadiens (BECC) en Colombie-Britannique, et ce, pour tous les établissements d'enseignement postsecondaire. L'Université de la Colombie-Britannique et l'Université de Toronto ont collaboré à la mise en œuvre de l'enquête BECC grâce au soutien financier de la Fondation Rossy.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs et avis

KAW : gestion du projet; méthodologie; rédaction (première ébauche)

HJ : organisation de contenu; analyse formelle; rédaction (première ébauche)

KW : gestion du projet; rédaction (première ébauche)

MYWK : méthodologie; rédaction (révision et relecture)

JRT : rédaction (révision et relecture)

GF : conception du projet; obtention de fonds; supervision; rédaction (révision et relecture)

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Ross R, Chaput JP, Giangregorio LM, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for adults aged 18–64 years and adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. Appl Physiol Nutr Metab. 2020;45(10, Suppl. 2): S57-102. https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0467

2. Tremblay MS, Carson V, Chaput JP, et al. Canadian 24-Hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. Appl Physiol Nutr Metab. 2016;41(6, Suppl. 3): S311-327. https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0151

3. Tremblay MS, Chaput JP, Adamo KB, et al. Canadian 24-Hour movement guidelines for the early years (0-4 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. BMC Public Health. 2017;17(Suppl 5): 874. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4859-6

4. Tremblay MS. Introducing 24-hour movement guidelines for the early years: a new paradigm gaining momentum. J Phys Act Health. 2020; 17(1):92-95. https://doi.10.1123/jpah.2019-0401

5. Statistique Canada. La rentrée scolaire… en chiffres. Ottawa (Ont.) : Le Quotidien; 2018 (consultation le 6 janvier 2021). En ligne à : https://www.statcan.gc.ca/fra/quo/smr08/2018/smr08_220_2018

6. Kwan M, Faulkner G. The need for a physical education- on the decline in physical activity in the transition to young adulthood, and the methodological challenges. Psychologist. 2010; 23(2):116-119.

7. Okanagan Charter: An International Charter for Health Promoting Universities and Colleges. An outcome of the 2015 International Conference on Health Promoting Universities and Colleges / VII International Congress; 2015; Kelowna (BC). https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/53926/items/1.0132754

8. Kwan MY, Faulkner GE, Arbour-Nicitopoulos KP, Cairney J. Prevalence of health-risk behaviours among Canadian post-secondary students: descriptive results from the National College Health Assessment. BMC Public Health. 2013;13(1):548. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-548

9. Herman KM, Saunders TJ. Sedentary behaviours among adults across Canada. Can J Public Heal. 2016; 107(4-5):e438-46. https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5587

10. Commission de la santé mentale du Canada. La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada. Ottawa (Ont.) : CSMC; 2013. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE_0.pdf

11. American College of Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment II: Canadian Consortium Executive Summary Spring 2019. Silver Spring (MD): ACHA; 2019.

12. Weatherson K, Gierc M, Patte K, Qian W, Leatherdale S, Faulkner G. Complete mental health status and associations with physical activity, screen time, and sleep in youth. Ment Health Phys Act. 2020;19(100354):100354. https://doi.10.1016/j.mhpa.2020.10035

13. Hu M, Turner D, Generaal E, et al. Exercise interventions for the prevention of depression: A systematic review of meta-analyses. BMC Public Health. 2020;20(1):1255. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09323-y

14. Tomasone JR, Flood SM, Latimer-Cheung AE, et al. Knowledge translation of the Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18–64 years and Adults aged 65 years or older: a collaborative movement guideline knowledge translation process. Appl Physiol Nutr Metab. 2020;45(10, Suppl. 2):S103-124. https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0601

15. Faulkner G, Ramanathan S, Kwan M; CCWS Expert Panel Group. Developing a coordinated Canadian post-secondary surveillance system: a Delphi survey to identify measurement priorities for the Canadian Campus Wellbeing Survey (CCWS). BMC Public Health. 2019;19(1):935. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7255-6

16. Weatherson K, Kwan M, Ramanathan S, et al. Development of the Canadian Campus Wellbeing Survey (CCWS): Technical Report Series. Vancouver, BC; 2019. www.ccws-becc.ca

17. Murphy JJ, Murphy MH, MacDonncha C, Murphy N, Nevill AM, Woods CB. Validity and reliability of three self-report instruments for assessing attainment of physical activity guidelines in university students. Meas Phys Educ Exerc Sci. 2017;21(3):134-141. https://doi.org/10.1080/1091367X.2017.1297711

18. Prince SA, LeBlanc AG, Colley RC, Saunders TJ. Measurement of sedentary behaviour in population health surveys: a review and recommendations. PeerJ. 2017;5:e4130. https://doi.org/10.7717/peerj.4130

19. Chaput J. Sleep questions for use in population health surveys. Rapport non publié. Agence de la santé publique du Canada; 2017.

20. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med. 2002;32(6):959-976. https://doi.org/10.1017/S0033291702006074

21. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, et al. The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. Health Qual Life Outcomes. 2007;5(1):63. https://doi.10.1186/1477-7525-5-63

22. Clarke J, Colley R, Janssen I, Tremblay MS. L'activité physique modérée à vigoureuse mesurée par accéléromètre chez les adultes canadiens, 2007 à 2017. Rapports sur la santé. 2019; 30(8):3-11. https://doi.org/10.25318/82-003-x201900800001-fra

23. Prince SA, Roberts KC, Melvin A, Butler GP, Thompson W. Gender and education differences in sedentary behaviour in Canada: an analysis of national cross-sectional surveys. BMC Public Health. 2020;20(1):1170. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09234-y

24. Prince SA, Melvin A, Roberts KC, Butler GP, Thompson W. Sedentary behaviour surveillance in Canada: trends, challenges and lessons learned. Int J Behav Nutr Phys Act. 2020;17:34. https://doi.org/10.1186/s12966-020-00925-8

25. Statistique Canada. Activité physique, autodéclarée chez les adultes, selon le groupe d'âge. Tableau 13-10-0096-13 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 (consultation le 19 janv. 2021). En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009613&request_locale=fr

26. Clarke J, Colley R, Janssen I, Tremblay MS. L'activité physique modérée à vigoureuse mesurée par accéléromètre chez les adultes canadiens, 2007 à 2017. Rapports sur la santé. 2019; 30(8):3-11. https://doi.org/10.25318/82-003-x201900800001-fra

27. Chaput J, Wong S, Michaud I. Durée et qualité du sommeil chez les Canadiens âgés de 18 à 79 ans. Rapports sur la santé. 2017; 28:30-35.

28. Centre de surveillance et de recherche appliquée. Indicateurs de l'activité physique, du comportement sédentaire et du sommeil (APCSS), 2018 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Infobase de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada; (consultation le 2 nov. 2020). En ligne à : https://sante-infobase.canada.ca/apcss/outil-de-donnees?index=2001

29. Rollo S, Antsygina O, Tremblay MS. The whole day matters: understanding 24-hour movement guideline adherence and relationships with health indicators across the lifespan. J Sport Heal Sci. 2020;9(6):493-510. https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.07.004

30. Association canadienne de normalisation. CSA Z 2003:20 : Santé mentale et bien-être pour les étudiants du postsecondaire. Toronto (Ont.) : CSA; 2020.

31. Janssen I, Clarke AE, Carson V, et al. A systematic review of compositional data analysis studies examining associations between sleep, sedentary behaviour, and physical activity with health outcomes in adults. Appl Physiol Nutr Metab. 2020;45(10, Suppl. 2): S24857. https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0160

32. Faulkner G, Weatherson K, Joopally H, Wunderlich K. Provincial deployment of the Canadian Campus Wellbeing Survey (CCWS) in British Columbia – 2019-20: Final Report for the Ministry of Advanced Skills, Education and Training. CCWS Technical Report Series 2020, n° 2. Vancouver (BC) : University of British Columbia; 2020.

33. Santé Canada. Données utiles concernant votre campus : données sur le cannabis de l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogues dans les établissements d'enseignement postsecondaire (ECCADEEP) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2018. En ligne à : https://pepah.ca/wp-content/uploads/2020/06/PEP-AH-Cannabis-Data-from-CPADS-Infographic-2020-fr.pdf

34. Santé Canada. Données utiles concernant votre campus : données sur l'alcool de l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogues dans les établissements d'enseignement postsecondaire (ECCADEEP) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 2018. En ligne à : https://pepah.ca/wp-content/uploads/2020/06/PEP-AH-Alcohol-Data-from-CPADS-Infographic-2020-fr.pdf

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.6.03f

Recherche qualitative originale

Étude qualitative sur les facteurs qui entravent et ceux qui facilitent le travail des médecins de famille devant prescrire des opioïdes contre la douleur chronique non cancéreuse

Joshua Goodwin, M.D. (1); Susan Kirkland, Ph. D. (1,2)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Les méfaits causés par les analgésiques opioïdes sur ordonnance constituent un grave problème de santé publique à l'échelle internationale. Des statistiques récentes font état d'une augmentation du nombre de décès associés à la prise d'opioïdes à travers le Canada. Or les médecins de famille canadiens semblent ne pas disposer des ressources suffisantes pour prescrire efficacement et sans risque les analgésiques opioïdes destinés au traitement de la douleur chronique non cancéreuse (DCNC).

Méthodologie. Au moyen d'entrevues semi-structurées avec huit médecins de famille en Nouvelle-Écosse, nous avons réalisé une étude qualitative sur les facteurs qui entravent et ceux qui facilitent une prescription d'opioïdes efficace et sans risque par les médecins de famille aux patients atteints de DCNC. Une analyse thématique a permis de dégager ces facteurs.

Résultats. Les médecins de famille interrogés ont mis en évidence plusieurs enjeux posés par la prescription d'analgésiques opioïdes pour le traitement de la DCNC : la complexité du traitement de la DCNC, le risque de dépendance et les outils de prescription, la formation des médecins, la relation médecin-patient, le suivi et le contrôle des ordonnances et enfin certains facteurs systémiques.

Conclusion. Les médecins de famille disent ne pas recevoir de soutien adéquat quant à la prescription d'analgésiques opioïdes pour le traitement de la DCNC et pensent qu'une approche intégrée et coordonnée visant à soutenir les médecins prescripteurs pourrait les aider.

Mots-clés : *opioïdes, médecins de famille, douleur chronique, dépendance*

Points saillants

- La prescription d'analgésiques opioïdes pour soulager la douleur chronique non cancéreuse (DCND) représente un ensemble complexe d'enjeux : la complexité du traitement de la DCNC, le risque de dépendance, la formation des médecins, la relation médecin-patient, le suivi et le contrôle des ordonnances ainsi que certains facteurs systémiques.
- Les médecins de famille et les patients doivent avoir accès rapidement à des spécialistes du traitement de la douleur.
- Un système intégré complet destiné à soutenir le traitement de la DCNC, qui fournirait des outils de communication entre pairs et qui donnerait accès à une équipe de spécialistes du traitement de la douleur, est nécessaire pour appuyer les médecins de famille et les patients.

Introduction

On a comptabilisé 16 364 décès associés aux opioïdes au Canada entre janvier 2016 et mars 2020[1]. La Nouvelle-Écosse estime à 57 le nombre de décès confirmés ou probables par intoxication aiguë aux opioïdes sur son territoire en 2019 et à 45 le nombre de décès par surdose d'opioïdes sur son territoire en 2020[2].

En 2018, près d'un Canadien sur huit se voyait prescrire des opioïdes[3]. En 2010, environ 86 % des médecins de famille canadiens ont prescrit des analgésiques opioïdes sur ordonnance pour traiter la douleur chronique non cancéreuse (DCNC) chez au moins un de leurs patients[4]. Une enquête plus récente, menée de mai 2018 à octobre 2019, a révélé que 89 % des médecins de famille avaient déjà prescrit des analgésiques opioïdes pour traiter la DCNC[5].

Une revue systématique de 14 études sur le respect par les médecins des lignes directrices sur la prescription de médicaments pour traiter la DCNC, effectuée en 2015 en Australie, au Canada, en France et aux États-Unis, a révélé qu'un pourcentage important de médecins ne suivaient pas ces lignes directrices. Ceci est explicable en grande partie par le fait que les médecins ne connaissent pas l'existence de ces lignes directrices, par le fait que les lignes directrices sont difficiles à mettre en œuvre dans la pratique et par le fait que les médecins ne sont pas suffisamment formés sur le traitement de la douleur par

Rattachement des auteurs :

1. Département de médecine, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
2. Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

Correspondance : Susan Kirkland, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Centre de recherche clinique, 5790, avenue University, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1V7; tél. : 902-494-1235; courriel : susan.kirkland@dal.ca

analgésiques opioïdes[6]. Les dernières lignes directrices canadiennes largement suivies sur la prescription d'analgésiques opioïdes pour le traitement de la DCNC sont celles publiées par le National Pain Centre de l'Université McMaster en 2017[7]. Une étude de 2020 fondée sur une enquête portant sur l'incidence de ces lignes directrices sur les médecins du Canada a révélé que les répondants la connaissaient en majorité et que, d'après certaines données, les médecins avaient adapté leurs pratiques pour mieux tenir compte des données probantes sur le traitement de la DCNC[8].

D'après des données de 2014 et 2015 sur l'Ontario, la majorité des ordonnances d'analgésiques opioïdes sont délivrées par des médecins de famille (38,4 %) et par des dentistes (16,7 %)[9]. Comme les médecins de famille jouent un rôle important dans la prescription d'opioïdes, l'étude de leurs pratiques en matière de traitement de la DCNC est utile pour savoir comment adapter les politiques et les services de soutien afin de rendre la prescription d'opioïdes pour le traitement de la DCNC aussi sûre et efficace que possible dans un contexte de hausse des méfaits liés aux analgésiques opioïdes sur ordonnance. Des études qualitatives internationales[10-13] et ontariennes[14,15] ont répertorié les principaux facteurs qui entravent et ceux qui facilitent une prescription sûre et efficace d'analgésiques opioïdes pour le traitement de la DCNC par les médecins de soins primaires. Ces études ont révélé un haut niveau de complexité dans les relations entre les patients atteints de DCNC et leurs fournisseurs de soins. Les médecins de soins primaires sont confrontés à la gestion complexe et coûteuse en temps du traitement de la DCNC, dans le contexte d'horaires souvent chargés en consultation externe en médecine familiale[12-14]. Une étude qualitative a révélé que, grâce à des ateliers tenus par vidéoconférence comportant des discussions structurées avec des pairs et des experts de diverses professions, les médecins de famille qui pratiquent en milieu rural en Ontario ont gagné en assurance en matière de prescription d'analgésiques opioïdes et ont établi de meilleures relations avec leurs patients atteints de DCNC[16].

Si on connaît mieux l'expérience des médecins de famille canadiens en matière de prescription d'analgésiques opioïdes pour le traitement de la DCNC grâce à des recherches récentes dans ce domaine en constante évolution, aucune étude qualitative approfondie sur la prescription de médicaments pour le traitement de la DCNC n'a été réalisée à ce jour au Canada atlantique.

Une meilleure compréhension des facteurs qui entravent et de ceux qui facilitent la prescription sûre d'analgésiques opioïdes par les médecins de famille peut contribuer à ce que les stratégies de santé publique favorisent une prescription efficace tout en réduisant au minimum les méfaits potentiels. Une recherche qualitative de ce type peut également aider à cibler les zones à étudier plus en profondeur.

Méthodologie

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université Dalhousie a approuvé cette étude.

Nous avons mené des entrevues semi-structurées avec des médecins de famille en exercice, sélectionnés à l'aide de la technique d'échantillonnage en « boule de neige » (c.-à-d. qu'un répondant sélectionné au départ a suggéré d'autres personnes de son entourage comme répondants et que ceux-ci en ont suggéré d'autres, et ainsi de suite). L'enquêteur (JG) a utilisé un guide préétabli (disponible sur demande auprès des auteurs). Les entrevues, en anglais, ont été enregistrées et transcrites.

Les entretiens ont porté sur :

- les principaux problèmes et défis liés à la prescription d'analgésiques opioïdes
- les types de soutien susceptibles d'être utiles à la prescription sûre et efficace d'analgésiques opioïdes.

Les transcriptions ont été analysées (par JG), dans l'ordre de leur enregistrement, au moyen d'une approche d'analyse thématique et à l'aide du logiciel Atlas.ti, version 1.5.4[17]. L'auteur a ensuite codé les transcriptions (chaque code étant associé à de multiples citations) et réparti les codes dans la catégorie des obstacles ou dans celle des facteurs favorables à une prescription sûre et efficace d'opioïdes destinés au traitement des DCNC. Un manuel de codage a été tenu à jour pour définir explicitement chaque code, avec prise de notes à chaque modification. Les codes ont été revus et validés par SK. Tout au long de l'analyse des données, un journal réflexif a été tenu afin de s'assurer d'une bonne transparence quant à l'influence des codeurs sur les résultats de la recherche. Certaines citations particulières ont été associées à des notes de rappel afin de surveiller l'émergence potentielle de nouveaux thèmes. Les codes ont été triés dans Atlas.ti en fonction des descriptions ayant émergé du codage puis on a vérifié l'absence de contradictions.

Des entrevues ont été menées jusqu'à ce que les données atteignent leur point de saturation. Nous avons interrogé huit répondants au total. Les deux auteurs ont décidé, par consensus à partir de l'analyse des codes et des thèmes, que le point de saturation avait été atteint, car aucun nouveau thème important n'avait émergé des trois plus récentes entrevues transcrites et analysées.

Les entrevues ont eu lieu entre août 2016 et juin 2017.

Résultats

Les répondants pratiquaient dans divers domaines (tableau 1). Cependant, les questions d'entrevue portaient uniquement sur leur expérience en consultation externe en médecine familiale.

Au total, 67 codes ont été créés et utilisés lors de l'analyse pour regrouper les données par thèmes. Six thèmes clés sont ressortis des transcriptions d'entrevue : 1) la complexité du traitement de la DCNC, 2) les risques de dépendance et les outils de prescription, 3) la formation des médecins, 4) la relation médecin-patient, 5) le suivi et le contrôle des ordonnances et 6) les facteurs systémiques.

(1) Complexité du traitement de la DCNC

Les obstacles posés par la complexité inhérente au traitement de la DCNC sont ressortis clairement des entrevues. Les médecins de famille ont émis de nombreux commentaires sur leur difficulté à traiter les patients qui se plaignent de douleurs imprécises ou de troubles mal compris comme la fibromyalgie.

> Le problème, c'est [que les opioïdes ne sont] tout simplement pas la meilleure solution à ce problème. Nous n'avons pas de bonne solution pour traiter la douleur chronique. Il faut sans doute plutôt aller vers une consultation psychologique. Les personnes peuvent avoir des incapacités et

TABLEAU 1
Paramètres de l'entrevue et caractéristiques des huit répondants

Date des entrevues	Août 2016 à juin 2017
Durée des entrevues	35 min à 1 h 35 min
Lieux de pratique des répondants	Halifax (Nouvelle-Écosse) (n = 6) Collectivités rurales de Nouvelle-Écosse (n = 2)
Sexe	3 femmes, 5 hommes
Expérience	Entre 1 et 38 ans
Domaines de pratique	Médecine familiale générale, cliniques sans rendez-vous, médecins suppléants, dépendances, santé mentale, gériatrie, Premières Nations
Nombre de patients des répondants	500 à 1000 patients
Proportion de patients des répondants ayant des douleurs suffisamment intenses pour être traitées avec des analgésiques opioïdes sur ordonnance	1 à 10 % (estimations des répondants)

> des blessures très semblables, mais des réactions très différentes à la douleur. (Médecin 7)

Selon un répondant, la subjectivité des patients quant à l'intensité de leur douleur est un aspect spécifique du traitement de la douleur qui le rend plus difficile à gérer que les problèmes visibles ou quantifiables.

> Et les expériences des gens sont aussi très subjectives […] pour beaucoup de gens, les causes physiologiques de leur douleur ne sont pas claires. (Médecin 5)

Les répondants ont fait des commentaires sur la forte comorbidité entre la DCNC et les problèmes de santé mentale. Ils ont également mentionné que, dans une pratique typique de médecine familiale, le temps est souvent une entrave au traitement rigoureux de la DCNC.

> Dans la collectivité [un médecin de famille] peut avoir un [rendez-vous] de cinq, sept, dix ou quinze minutes, mais ce temps alloué est trop peu, et il arrive que le patient aborde le sujet alors qu'il ne reste plus de temps. (Médecin 6)

(2) Les risques de dépendance et les outils de prescription

Les répondants ont répété à de nombreuses reprises que le fait qu'un patient ait des antécédents de toxicomanie est susceptible de limiter les options de traitement de la douleur. En effet, les médecins craignent que la prescription d'analgésiques opioïdes ne mène à une utilisation dangereuse par ces patients. Plusieurs ont aussi mentionné leurs difficultés à traiter la douleur de patients dont ils ont « hérités », à qui leur ancien professionnel de la santé avait déjà prescrit des analgésiques opioïdes pour le traitement de la DCNC à des doses considérées comme trop élevées, certains de ces patients ayant sans doute développé des troubles liés à la consommation de substances causés par la prise de ces analgésiques.

> […] "hériter" d'un patient est difficile. Surtout s'ils suivent un traitement [avec les analgésiques opioïdes sur ordonnance] depuis longtemps : "Je prends ceci depuis 20 ans; mon autre médecin disait" ceci et cela. Il est difficile de changer leur mentalité ou même de les amener à songer à une autre option. (Médecin 6)

La plupart des répondants ont aussi souligné qu'ils choisissent de prescrire des analgésiques opioïdes à action prolongée aux patients aux prises avec des DCNC. Un répondant a mentionné que ces analgésiques posent moins de risque de dépendance, et un autre répondant a mentionné que ces médicaments ont moins de valeur sur le marché noir et qu'il y a donc moins de risque qu'ils soient détournés.

La majorité des répondants ont indiqué que, même si les outils conçus pour déterminer le risque de dépendance aux analgésiques opioïdes avant d'entreprendre le traitement sont utiles pour certains médecins, ils ne les utilisent pas dans leur pratique en raison de contraintes de temps et car ils peuvent évaluer eux-mêmes les risques en analysant les antécédents des patients. Un répondant a considéré qu'un outil normalisé d'évaluation des risques liés aux opioïdes était utile à sa pratique s'il l'utilisait conjointement avec une échelle des répercussions sur le fonctionnement et une échelle de dramatisation face à la douleur, pour évaluer si le client retirera des bénéfices des opioïdes pour traiter sa douleur.

Tous les répondants pratiquant actuellement la médecine familiale ont utilisé des contrats de traitement aux analgésiques opioïdes. La plupart ont précisé que ces contrats sont utiles pour refuser une demande d'augmentation de la dose ou du nombre de comprimés à un niveau approprié.

> Ensuite, j'utilise toujours les contrats de traitement. Ils sont utiles parce que lorsque les gens ne respectent pas leur contrat de traitement, je peux le sortir [et dire] : "Vous rappelez-vous quand j'ai dit que si vous en prenez plus que ce que j'ai prescrit et que vous en manquez, je ne vous en donnerai pas plus ?" Et ils disent "Oh, oui." (Médecin 3)

Un répondant qui travaille avec des patients des Premières Nations a précisé que les outils d'évaluation ne fonctionnent pas pour tous les groupes de patients.

> Nous avons beaucoup de patients diabétiques, donc nous traitons souvent des douleurs neuropathiques. Nous avons beaucoup de patients qui ont de vieilles blessures parce que les traumatismes physiques sont un gros problème […] un taux de blessures qui, je pense, dépasse probablement la moyenne dans la population de la Nouvelle-Écosse. C'est vraiment difficile de leur faire remplir un questionnaire. Pas nécessairement à cause de la barrière de la langue, qui, j'en suis sûr, est un obstacle dans beaucoup de collectivités. Mais plutôt parce que leur culture est basée sur une tradition orale, sur la narration d'histoires. Beaucoup de contes. Et les gens ne réagissent généralement pas très bien à une série de questions. (Médecin 5)

Tous les répondants ont également mentionné avoir fait passer des tests de dépistage aléatoires de drogues dans l'urine à des patients atteints de DCNC qui suivaient un traitement avec analgésiques opioïdes sur ordonnance. Ils ont trouvé

ces analyses utiles pour surveiller à la fois la consommation d'autres substances et le détournement de ces analgésiques (prouvé par leur absence dans l'urine). Avec le contrat de traitement, dans le cas de tels résultats, ils ont pu annuler la prescription d'un patient. Deux répondants ont fait remarquer que si eux-mêmes avaient un accès rapide à l'analyse d'urine par bandelette dans leur propre clinique, les médecins n'ont pas tous cette ressource et pourraient donc considérer l'obligation de devoir envoyer des échantillons d'urine à des laboratoires pour les faire analyser comme un obstacle à l'utilisation efficace de cet outil.

(3) Formation des médecins

Les répondants ont déclaré que la formation générale du programme de médecine et de médecine familiale de premier cycle n'est pas suffisamment axée sur le soulagement de la douleur. Certains d'entre eux ont donc cherché à se perfectionner dans le traitement de la douleur.

> […] nous n'avons pas eu la moindre information. Je n'ai eu aucune formation didactique sur le traitement de la douleur, à part ce que j'ai appris avec l'expérience. (Médecin 2)

Plusieurs répondants ont mentionné que si certains médecins de famille suivent l'évolution des normes de soins pour le traitement de la DCNC, d'autres prescrivent encore des analgésiques opioïdes de manière trop libérale et à des doses trop élevées, suivant en cela la mentalité répandue dans la communauté médicale dans les années 1990 selon laquelle la douleur était traitée de manière insuffisante.

> Les opioïdes sont surutilisés en général. Et les doses sont souvent trop élevées. (Médecin 1)

> Je pense que le gros problème pour les médecins est que l'on continue à recevoir deux messages différents. On entend, d'une part, que les médecins font partie du problème des opioïdes et, d'autre part, que nous ne traitons pas assez la douleur. Nous recevons ces deux messages en même temps. Parfois de la part des mêmes personnes. Le problème de la prescription excessive d'opiacés semble être le message qui ressort en ce moment. Mais ça aurait été l'opposé il y a 10 ans. Le fait que les médecins étaient trop réticents à prescrire des opiacés était le principal problème il y a 10 ans. (Médecin 7)

Tous les répondants connaissaient l'existence de lignes directrices sur la prescription d'analgésiques opioïdes. La plupart ont dit utiliser soit les lignes directrices de l'Université McMaster de 2010, soit celles des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de 2016 pour orienter leur pratique. Il est intéressant de noter que la majorité des répondants considéraient les directives comme le meilleur moyen d'expliquer aux patients la raison pour laquelle ils maintenaient leur dose d'analgésiques opioïdes à un niveau donné. Les médecins ont indiqué estimer ces lignes directrices particulièrement utiles dans les cas où les patients demandent une dose supérieure à celle qu'ils jugent appropriée. Les répondants ont constaté que les patients étaient plus enclins à accepter leur réponse si elle était étayée par des données probantes tirées de lignes directrices.

Un répondant a déclaré que le respect de certaines des recommandations des lignes directrices de 2016 des CDC, en particulier la dose quotidienne maximale de 90 milligrammes d'équivalent morphine (MEM) et la suggestion de ne pas prescrire d'analgésiques opioïdes aux patients sous traitement psychiatrique, signifie que la douleur de certains patients reste insuffisamment traitée. Un autre répondant a déclaré que les directives de prescription dont on dispose, bien qu'appropriées, sont souvent difficiles à mettre en pratique en situation clinique pour les patients ayant des antécédents de dépendance aux opioïdes.

(4) Relation médecin-patient

Durant les entrevues, de nombreuses discussions ont porté sur la relation médecin-patient et sur la façon dont la confiance et la communication influencent les pratiques de prescription. Plusieurs répondants ont raconté que des patients en qui ils avaient confiance avaient fait un mauvais usage de leurs médicaments d'ordonnance ou les avaient détournés. Les répondants ont noté que de telles expériences leur ont appris à ne pas faire confiance aussi facilement à d'autres patients atteints de DCNC.

> Je ne sais pas si *confiance* est le mot juste, car il y a beaucoup de patients en qui j'avais confiance qui en ont abusé. Si vous faites passer des tests de dépistages de drogues dans l'urine seulement [aux personnes] que vous soupçonnez de mauvais usage ou de détournement, alors plusieurs personnes vont passer sous votre radar. (Médecin 3)

Un répondant a raconté qu'au début de sa pratique, il se serait senti coupable de diminuer la dose d'analgésiques opioïdes d'un patient, mais que maintenant il le fait avec plus de confiance. Tous les répondants ont décrit les pressions exercées par certains patients pour que leur soient prescrits des analgésiques opioïdes. Deux répondants ont été agressés verbalement ou ont reçu des menaces de la part d'un patient qui voulait se faire prescrire des analgésiques opioïdes.

> Je pense que les patients avec lesquels j'ai eu le plus de difficulté sont ceux dont j'ai hérités qui prenaient déjà de fortes doses d'opioïdes. Certains d'entre eux sont assez intimidants. Ils demandent fréquemment leur dose [ou] leur renouvellement plus tôt que prévu. Ils peuvent devenir agités ou en colère lors de discussions entourant la réduction des doses. Il y a toujours une raison pour laquelle ce n'est pas le bon moment pour faire un sevrage. Et ces raisons sont souvent, parfois, légitimes. Il peut s'agir de problèmes de santé mentale concomitants qui s'aggravent, ou d'une blessure qui fait que le moment est mal choisi pour réduire leur dose. Même lorsque vous commencez à réduire leur dose, il semble toujours y avoir une autre raison pour l'augmenter. Je pense que ces conversations font peur à beaucoup de médecins. Elles me terrifient. Lorsque je sais que je vais faire passer une [analyse] d'urine à quelqu'un qui, je le crois sérieusement, détourne les médicaments, je suis très nerveux. (Médecin 4)

> Mais il n'arrêtait pas de venir à des rendez-vous et d'être agressif à ce sujet. Il était agressif verbalement et le problème était qu'il avait vraiment mal […] J'ai tout essayé. Chaque visite me rendait mal à l'aise, parce qu'à chaque fois, il me disait d'une manière agressive que je ne l'aidais pas à traiter sa douleur. (Médecin 8)

Tous les répondants ont raconté avoir « hérité » de patients qui prenaient des

doses d'analgésiques opioïdes beaucoup trop élevées, prescrites par leur ancien professionnel de la santé. Les répondants devaient « sevrer » ces patients pour en arriver à une dose respectant les lignes directrices. Les répondants ont déclaré que cette mesure était habituellement mal reçue par les patients, et qu'ils trouvaient difficile de maintenir leur relation avec ces derniers lorsqu'ils devaient réduire leur dose d'opioïdes.

(5) Le suivi et le contrôle des ordonnances

Tous les répondants disent avoir éprouvé des difficultés avec des patients qui détournaient les médicaments ou en faisaient mauvais usage.

> J'ai une patiente qui prend de fortes doses d'hydromorphone tous les jours, mais le résultat de son analyse d'urine avec bandelettes s'est avéré négatif hier. Nous devons donc déterminer pourquoi. Et cela arrive fréquemment. (Médecin 7)

Quatre des répondants ont raconté avoir rencontré des patients qu'ils ont soupçonnés être en quête d'un médecin de famille qui accepterait de leur prescrire des analgésiques opioïdes ou d'autres médicaments. Cela a parfois été le cas car les patients pensaient avoir affaire à un médecin débutant ou à un médecin remplaçant.

> Donc, il y a beaucoup de "magasinage de médecin". Et les gens essaient de vous tester et de voir s'ils pourraient obtenir du Dilaudid ou autre chose de votre part. J'ai l'impression, comme un professeur suppléant, qu'il faut être très strict lorsqu'on définit les limites et les attentes en débutant, et ensuite on peut en quelque sorte se détendre avec certains patients. (Médecin 3)

> Les gens entendent dire qu'il y a un médecin suppléant, et il y a automatiquement des opportunistes qui viennent voir ce qu'ils peuvent obtenir de vous. (Médecin 5)

Un répondant a laissé entendre que la crainte d'être l'objet de plaintes par l'entremise d'un organisme de réglementation contribuait à le dissuader de réduire les doses ou de cesser de prescrire des analgésiques opioïdes à un patient. Quatre répondants ont déclaré qu'ils trouvaient utile le Nova Scotia Prescription Monitoring Program (NSPMP). Un répondant a mentionné que ce programme l'avait mis en garde contre deux patients soupçonnés de détournement d'analgésiques opioïdes prescrits.

Tous les répondants sauf un ont mentionné qu'ils utilisaient la méthode des intervalles de délivrance pour une utilisation sans risque des analgésiques opioïdes. Des intervalles plus courts permettent au médecin de surveiller régulièrement les patients en face à face, et des intervalles d'administration préétablis garantissent que les patients ne consomment pas plus que ce qui est prescrit et qu'ils ne détournent pas les médicaments. Un répondant a cité le cas d'un patient à qui il faisait prendre sa dose quotidienne d'analgésiques opioïdes contre la DCNC sous la supervision d'un pharmacien, afin de l'empêcher d'en faire mauvais usage. Deux répondants ont compté les capsules d'analgésiques opioïdes avec au moins quelques-uns de leurs patients atteints de DCNC pour s'assurer qu'ils prenaient leur dose de la façon prescrite.

(6) Facteurs systémiques

Les répondants ont expliqué que la réglementation de la liste de médicaments remboursés du programme d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse exige l'essai de certains médicaments anti-douleur (autres que des analgésiques opioïdes) avant d'autres médicaments qui pourraient être plus adaptés à certains patients. De plus, les listes d'attente pour les traitements couverts par la province, comme les services de physiothérapie et les cliniques de traitement de la douleur, sont excessivement longues, ce qui amène parfois les médecins à prescrire des analgésiques pendant la période d'attente. Les répondants ont également mentionné les trop longues listes d'attente pour les services en santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

Plusieurs répondants ont mentionné la stigmatisation comme un obstacle majeur à la prestation de soins appropriés aux patients.

> J'en ai discuté avec de nombreux collègues et ils ne sont pas prêts à agir dans leur pratique comme je le fais par peur de l'intimidation. Et ils ne sont pas prêts à prescrire de la méthadone pour traiter la dépendance aux opioïdes, parce qu'ils ont peur. Et c'est bien dommage. (Médecin 4)

> Je pense qu'il y a des patients qui, lorsque vous voulez avoir une discussion sur la sûreté et l'efficacité, disent : "Oh, vous pensez que je suis un drogué?" [...] Mais ce n'est pas nécessairement la raison pour laquelle j'ai cette discussion avec eux. Et oui, on l'entend beaucoup. Probablement parce qu'ils ont déjà été mal traités. (Médecin 6)

D'après notre enquête, les facteurs systémiques qui facilitent le travail des médecins sont la capacité à prescrire des cannabinoïdes pour traiter la douleur, les cliniques de soins concertés, l'accès à des spécialistes du traitement de la douleur ainsi que le soutien par les pairs pour le traitement des cas complexes de DCNC. Certains médecins de famille ont dit être d'avis que leurs collègues médecins qui n'ont pas accès à de tels services ou à un tel soutien pourraient avoir plus de difficultés avec la prescription d'analgésiques opioïdes.

> Donc, au moins, dans une pratique en groupe, vous pouvez obtenir du soutien. Dans les collectivités éloignées, il n'y a d'ailleurs pas vraiment d'autres solutions que de discuter avec des collègues. Sauf qu'ils ne sont en général pas dans le même cabinet. [Mon collègue] fait partie d'un cabinet de trois médecins, mais il est très difficile pour [eux] d'avoir accès à des ressources. [Ils sont] pour ainsi dire laissés à eux-mêmes en ce qui concerne ces patients. (Médecin 7)

Certains des répondants connaissaient des médecins spécialistes du traitement de la douleur avec qui ils communiquent pour obtenir du soutien en ce qui concerne la prescription d'analgésiques opioïdes. Ils savaient qu'un bon nombre de leurs collègues n'ont probablement pas de tels contacts. Un médecin a mentionné l'utilisation d'un forum en ligne sur le traitement de la douleur à l'intention des médecins comme moyen potentiellement efficace d'avoir d'autres opinions sur des cas difficiles. Un autre répondant était toutefois d'avis que ces forums ne sont pas suffisamment privés et que le sentiment de gêne créé par le fait de demander de l'aide pourrait dissuader certains médecins de les utiliser. Cette personne a toutefois mentionné qu'une

ressource téléphonique pourrait être une solution de rechange efficace.

> […] un service d'assistance téléphonique ou quelque chose du genre serait utile. Tant que c'est accessible et exempt d'obstacles, et que les médecins ne se sentent pas jugés, parce que je pense que beaucoup de médecins sont dans une situation difficile à l'heure actuelle. Et qu'ils ont peur. C'est un peu différent. Car [sur un forum] il y a cette couche supplémentaire de honte, puisque vous devez admettre que vous êtes dans le pétrin. (Médecin 4)

Analyse

Les répondants ont signalé plusieurs enjeux relatifs à la prescription d'analgésiques opioïdes pour le traitement de la DCNC, soit la complexité du traitement de la DCNC, le risque de dépendance et les outils de prescription, la formation des médecins, la relation médecin-patient, le suivi et le contrôle des ordonnances et enfin certains facteurs systémiques. Les discussions entourant ces défis ont suscité de fortes émotions chez de nombreux répondants lors des entrevues.

Dans leur étude ethnographique américaine de 2012, Crowley-Matoka et True[18] ont décrit en détail les défis émotionnels auxquels font face les cliniciens à qui on demande de traiter la douleur efficacement tout en faisant face aux jugements du grand public sur la « prescription excessive » de médicaments analgésiques.

Nos constatations concordent en grande partie avec les études qualitatives antérieures sur les médecins de famille prescrivant des opioïdes pour traiter la DCNC réalisées ailleurs au Canada et dans le monde. Au Canada, seulement deux études de ce genre ont été menées, toutes deux en Ontario et par la même équipe de recherche[14,15]. Trois autres études qualitatives canadiennes ont examiné la prescription d'opioïdes du point de vue des spécialistes du traitement de la douleur en Ontario[19] ou de celui de fournisseurs de soins non médecins en milieu de soins de longue durée[20,21].

En dehors du Canada, les études confirmant nos résultats indiquent que les obstacles à la prescription sûre et efficace de médicaments contre la DCNC sont la complexité du traitement de la douleur chronique, les risques de dépendance inhérents aux analgésiques opioïdes, le manque de formation sur le traitement de la DCNC, les relations délicates médecin-patient et divers facteurs systémiques comme les listes d'attente[22-24]. Les deux études menées en Ontario par Desveaux et ses collaborateurs ont également fait état des mêmes obstacles[14,15].

Les principaux facteurs facilitant une prescription sûre et efficace que nous avons cernés dans le cadre de notre étude sont également mentionnés dans la littérature hors Canada. Ces facteurs sont notamment l'existence de lignes directrices sur la prescription et la disponibilité pour les prescripteurs d'outils comme les contrats de traitement[10,13]. Alors que Krebs et ses collaborateurs[25] ont constaté dans leur étude qualitative que les médecins de soins primaires aux États-Unis considéraient la surveillance de la prise d'opioïdes comme étant en grande partie incompatible avec leur rôle, les répondants à notre étude pensaient quant à eux que le NSPMP est utile à l'exercice de leur profession. Par ailleurs, les répondants à notre étude n'ont pas mentionné, comme l'avaient fait les répondants à l'étude de Krebs et ses collaborateurs[25], que la surveillance du traitement par analgésiques opioïdes au moyen d'analyses d'urine et de contrats de traitement pourrait perturber l'efficacité de la relation thérapeutique. Les répondants aux deux études qualitatives de 2019 réalisées en Ontario ont mentionné l'utilisation d'analyses d'urine dans leur pratique, mais ils ont laissé entendre que faire passer ces tests augmentait les tensions entre eux et leurs patients[15] ou qu'ils n'étaient pas utiles[14]. Buchman et Ho[26] ont signalé que, malgré le manque de données probantes sur l'utilisation des contrats de traitement aux analgésiques opioïdes, ces derniers sont largement utilisés mais pourraient miner la relation thérapeutique entre le médecin et le patient.

Nos résultats sont également conformes à ceux de Latimer et collab.[27], qui suggèrent que les cliniciens pourraient améliorer leur compréhension de la douleur des patients mi'kmaq s'ils prenaient le temps d'écouter « l'histoire » complète de cette douleur, puisqu'il est possible que ces derniers ne la décrivent pas avec les adjectifs et les échelles numériques qu'utilisent généralement les cliniciens pour déterminer leurs plans de traitement. Ces informations seraient ensuite utilisables pour orienter le diagnostic et choisir le traitement approprié.

La plupart des répondants ont déclaré que les directives constituaient un support dans la prescription sûre et efficace d'analgésiques opioïdes. Renthal[28] a souligné que les lignes directrices des CDC, publiées en 2016[29], avaient remis les pendules à l'heure en rendant plus strictes les consignes entourant la prescription d'analgésiques opioïdes. Les plus récentes lignes directrices canadiennes du National Pain Centre de l'Université McMaster (publiées en 2017) constituent une mise à jour des lignes directrices de 2010. Les dix recommandations qui s'y trouvent portent sur les traitements de première ligne, le traitement par analgésiques opioïdes en cas de trouble lié à l'abus de substances, les troubles psychiatriques, les antécédents de trouble lié à l'abus de substances, la posologie, la diminution progressive et enfin le renouvellement des ordonnances pour analgésiques opioïdes[7].

L'enquête de Furlan et ses collaborateurs effectuée auprès de médecins de famille du Canada en 2018 et publiée en 2020 a révélé que la majorité des répondants utilisaient régulièrement deux des douze pratiques préconisées par les lignes directrices[5]. Cette enquête, qui faisait suite à une enquête semblable menée en 2010, a révélé que l'utilisation par les répondants du dépistage de drogues dans l'urine était passée de 22 % en 2010 à 57 % en 2018[5]. Toutefois, ces conclusions ne sont pas généralisables à la Nouvelle-Écosse, étant donné que l'enquête de 2018 ne comptait qu'un seul répondant pratiquant la médecine dans cette province[5]. (Le dépistage de drogue dans l'urine est mentionné dans un énoncé directeur plutôt que sous forme de recommandation dans les lignes directrices de l'Université McMaster de 2017, en raison du manque de données probantes sur son utilisation[7].)

Bien que les médecins de famille du Canada adoptent de plus en plus, depuis 2010, certaines pratiques fondées sur des lignes directrices sur la prescription de médicaments, et ce, grâce à la création de celles-ci et à leur diffusion[5], les problèmes systémiques que nous avons relevés dans notre étude ne sont pas faciles à résoudre. Nos résultats indiquent que, même si certains médecins de famille ont accès à un soutien auprès de pairs et de spécialistes pour les appuyer dans la prescription de médicaments pour les cas difficiles, d'autres doivent placer leurs patients sur de longues listes d'attente pour obtenir du soutien parce qu'ils ne connaissent pas de collègues

ni de spécialistes bien informés sur le sujet. Les temps d'attente prolongés ne se limitent pas à la Nouvelle-Écosse, ils sont monnaie courante partout au Canada. Le temps d'attente moyen pour recevoir un traitement d'entretien à la méthadone se situait entre deux semaines et douze mois pour l'ensemble des provinces en 2011[30], peu de données récentes ayant été publiées depuis. Une étude menée en 2017 sur les expériences des médecins de famille à Hamilton (Ontario) relativement à l'orientation vers des services spécialisés a révélé que les cliniques de traitement de la douleur étaient parmi les cliniques spécialisées les moins susceptibles de répondre aux demandes de consultation[31].

La majorité des médecins de famille qui travaillent en Nouvelle-Écosse exercent en pratique privée dans un cabinet au sein de la collectivité, et bon nombre d'entre eux travaillent dans des régions rurales. Ces médecins de famille sont souvent coupés du soutien de collègues et de spécialistes en traitement de la douleur et en toxicomanie pouvant les aider à prendre des décisions relatives au traitement de la DCNC – soutien que les répondants à notre étude décrivent souvent comme facilitant énormément leur pratique. Un répondant a signalé que l'Atlantic Mentoring Network for Pain and Addiction, qui offre un forum en ligne où discuter des cas difficiles avec des collègues, a été utile à sa pratique. Une approche tout aussi accessible, coordonnée et intégrée à l'échelle du système de santé, où les médecins de famille seraient appuyés par des spécialistes, permettrait de prescrire des analgésiques opioïdes de façon plus sûre et efficace. Cette approche pourrait prévoir la mise sur pied d'un réseau centralisé d'experts en traitement de la DCNC qui serait accessible à tous les médecins de famille de Nouvelle-Écosse ayant besoin d'aiguiller un patient atteint de DCNC. À cette approche pourrait s'ajouter une plus grande capacité de prise en charge de la DCNC au moyen de formation continue médicale avec des spécialistes du traitement de la douleur, selon un modèle semblable à celui du projet ontarien Echo décrit par Carlin et ses collaborateurs[16].

Recherche future

Les enjeux répertoriés dans cette étude sont sans doute valables pour d'autres villes canadiennes de même taille. De plus amples recherches sont nécessaires pour mieux connaître les pratiques des médecins de famille de Nouvelle-Écosse et pour savoir s'ils suivent les lignes directrices fondées sur des données probantes pour prescrire des analgésiques opioïdes. Il serait utile de comprendre l'attitude des médecins de famille à l'égard de ces lignes directrices à une plus grande échelle et de savoir s'il est nécessaire de renforcer leur adoption dans l'exercice de la médecine de famille.

D'autres recherches sont également nécessaires pour aborder efficacement les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins de famille de Nouvelle-Écosse lorsqu'ils prescrivent des analgésiques opioïdes pour le traitement de la DCNC. Un sondage distribué à tous les médecins de famille de la province permettrait d'y parvenir.

Forces et limites

Cette étude qualitative a atteint son objectif, qui était de décrire les enjeux, jusqu'alors non documentés, auxquels sont confrontés les médecins de famille de Nouvelle-Écosse dans la prescription d'analgésiques opioïdes pour le traitement de la DCNC. La plupart des répondants ont reconnu qu'ils nourrissaient un intérêt particulier envers les patients souffrant de toxicomanie ou de douleur chronique. De ce fait, ils ne sont pas entièrement représentatifs des médecins de famille de Nouvelle-Écosse. Plusieurs d'entre eux ont mentionné qu'ils travaillaient dans une clinique de soins collaboratifs, alors que la plupart des médecins de famille de Nouvelle-Écosse travaillent seuls en cabinet privé.

Malgré ces limites, les expériences décrites par les répondants les concernant ou concernant leurs collègues en cabinet privé sont sans doute largement applicables à la pratique de la médecine familiale en Nouvelle-Écosse et ailleurs.

Conclusion

Les médecins de famille de Nouvelle-Écosse ont énuméré plusieurs enjeux liés à la prescription d'analgésiques opioïdes pour la DCNC. Ces enjeux relèvent de la complexité du traitement de la DCNC, de la relation médecin-patient, du suivi et du contrôle des ordonnances, du manque de formation et de facteurs systémiques qui touchent probablement les médecins de famille partout au Canada. Les options dont disposent les médecins de famille de Nouvelle-Écosse pour traiter la DCNC de leurs patients sont limitées. Les médecins de famille et les patients de Nouvelle-Écosse ont besoin d'un accès plus rapide à des spécialistes de gestion de la douleur et de la toxicomanie. Une approche coordonnée et intégrée à l'échelle du système de santé, où les médecins de famille seraient soutenus, permettrait de prescrire des analgésiques opioïdes de façon sûre et efficace.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

JG et SK ont conçu l'étude et ont tous deux élaboré les méthodes de collecte et d'analyse des données. JG a réalisé les entrevues et la collecte de données. JG et SK ont effectué le codage et l'analyse des données. JG a rédigé le manuscrit et SK a révisé le manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Infobase de la santé publique. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [consultation le 7 nov. 2020; mis à jour mars 2021]. En ligne à : https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants

2. Government of Nova Scotia. Opioid use and overdose strategy: Opioid toxicity deaths in Nova Scotia [Internet]. Halifax (NS): Government of Nova Scotia; 2021 [consultation le 6 févr. 2021]. En ligne à : https://novascotia.ca/opioid/#table

3. Institut canadien d'information sur la santé. Prescription d'opioïdes au Canada : comment les pratiques changent-elles? Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2019.

4. Allen MJM, Asbridge MM, MacDougall PC, Furlan AD, Tugalev O. Self-reported practices in opioid management of chronic noncancer pain: a survey of Canadian family physicians. Pain Res Manag. 2013;18(4):177-184. https://doi.org/10.1155/2013/528645

5. Furlan AD, Diaz S, Carol A, MacDougall P, Allen M. Self-reported practices in opioid management of chronic non-cancer pain: an updated survey of Canadian family physicians. J Clin Med. 2020;9(10):1-14. https://doi.org/10.3390/jcm9103304

6. Tournebize J, Gibaja V, Muszczak MA, Kahn JP. Are physicians safely prescribing opioids for chronic non-cancer pain? a systematic review of current evidence. Pain Pract. 2016; 16(3):370-383. https://doi.org/10.1111/papr.12289

7. Busse J (dir.). Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, édition 2017 [Internet]. Hamilton (Ont.) : Centre national de recherche sur la douleur Michael G. DeGroote de l'Université McMaster; 2017. En ligne à : https://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/PDFofnewFrenchguideline28sept2017.pdf

8. Busse JW, Douglas J, Chauahan TS, Kobeissi B, Blackmer J. Perceptions and impact of the 2017 Canadian guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain: a cross-sectional study of Canadian physicians. Pain Res Manag. 2020:8380171. https://doi.org/10.1155/2020/8380171

9. Health Analytics Branch. Ontario narcotics atlas [Internet]. Toronto (Ont.): Ministry of Health and Long-Term Care; 2016 [consultation le 13 févr. 2019]. En ligne à : https://docplayer.net/60771965-Ontario-narcotics-atlas.html

10. Kennedy M, Henman MC, Cousins G. General practitioners and chronic non-malignant pain management in older patients: a qualitative study. Pharmacy (Basel). 2016;4(1):15. https://doi.org/10.3390/pharmacy4010015

11. Harle CA, Bauer SE, Hoang HQ, Cook RL, Hurley RW, Fillingim RB. Decision support for chronic pain care: how do primary care physicians decide when to prescribe opioids? a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015;16(48). https://doi.org/10.1186/s12875-015-0264-3

12. McRorie C, Closs SJ, House A, et al. Understanding long-term opioid prescribing for non-cancer pain in primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015;16(121):121. https://doi.org/10.1186/s12875-015-0335-5

13. Barry DT, Irwin KS, Jones ED, et al. Opioids, chronic pain, and addiction in primary care. J Pain. 2010;11(12): 1442-1450. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.04.002

14. Desveaux L, Saragosa M, Kithulegoda N, Ivers NM. Understanding the behavioural determinants of opioid prescribing among family physicians: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2019;20(1):59. https://doi.org/10.1186/s12875-019-0947-2

15. Desveaux L, Saragosa M, Kithulegoda N, Ivers NM. Family physician perceptions of their role in managing the opioid crisis. Ann Fam Med. 2019;17(4): 345-351. https://doi.org/10.1370/afm.2413

16. Carlin L, Zhao J, Dubin R, Taenzer P, Sidrak H, Furlan A. Project ECHO telementoring intervention for managing chronic pain in primary care: insights from a qualitative study. Pain Med. 2018;16(9):1140-1146. https://doi.org/10.1093/pm/pnx233

17. Markgraf F, Michels S, Winter M, et al. ATLAS/ti version 1.5.4 [logiciel]. Berlin: ATLAS/ti Scientific Software Development; 2017. http://atlasti.com

18. Crowley-Matoka M, True G. No one wants to be the candy man: ambivalent medicalization and clinician subjectivity in pain management. Cult Anthropol. 2012; 27(4):689-712. https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2012.01167.x

19. Chang Y, Zhu KL, Florez ID, et al. Attitudes toward the Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain: a qualitative study. J Opioid Manag. 2016; 12(6):377-387. https://doi.org/10.5055/jom.2016.0357

20. Kaasalainen S, Coker S, Dolovich E, et al. Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. West J Nurs Res. 2007; 29(5):561-580. https://doi.org/10.1177/0193945906295522

21. Kaasalainen S, Brazil K, Coker S, et al. An action-based approach to improving pain management in long-term care. Can J Aging. 2010;29(4):503-517. https://doi.org/10.1017/s0714980810000528

22. Baldacchino A, Gilchrist G, Fleming R, Bannister J. Guilty until proven innocent: a qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with a history of substance abuse. Addict Behav. 2010; 35(3):270-272. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.10.008

23. Esquibel AY, Borkan J. Doctors and patients in pain: conflict and collaboration in opioid prescription in primary care. Pain. 2014;155(12):2575-2582. https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.018

24. Spitz A, Moore AA, Papaleontiou M, Granieri E, Turner BJ, Reid MC. Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: a qualitative study. BMC Geriatr. 2011;11(35): 1-9. https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-35

25. Krebs EE, Bergman AA, Coffing JM, Campbell SR, Frankel RM, Matthias MS. Barriers to guideline-concordant opioid management in primary care—a qualitative study. J Pain. 2014;5(11): 1148-1155. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.08.006

26. Buchman DZ, Ho A. What's trust got to do with it? Revisiting opioid contracts. J Med Ethics. 2014;40(10):673-677. https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101320

27. Latimer M, Simandl D, Finley A, et al. Understanding the impact of the pain experience on Aboriginal children's wellbeing: viewing through a two-eyed seeing lens. First Peoples Child and Family Review. 2014;9(1):22-37. https://fpcfr.com/index.php/FPCFR/article/view/183

28. Renthal W. Seeking balance between pain relief and safety: CDC issues new opioid-prescribing guidelines. JAMA Neurol. 2016;73(5):513-514. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2016.0535

29. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain—United States, 2016. JAMA. 2016;315(15):1624-1645. https://doi.org/10.1001/jama.2016.1464

30. Luce J, Strike C. A cross-Canada scan of methadone maintenance treatment policy developments [Internet]. Ottawa (Ont.): Canadian Executive Council on Addictions; 2011. En ligne à : https://www.ceca-cect.ca/pdf/CECA%20MMT%20Policy%20Scan%20April%202011.pdf

31. Neimanis I, Gaebel K, Dickson R, et al. Referral processes and wait times in primary care. Can Fam Physician. 2017;63(8):619-624.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.6.02f

Commentaire

Les consultations en personne pour les victimes de violence conjugale : un service que les spécialistes en soins chroniques doivent considérer comme essentiel

Marzieh Eghtesadi, M.D.

Publié en ligne le 10 mars 2021

Diffuser cet article sur Twitter

Les activités cliniques entourant les maladies qui n'engagent pas le pronostic vital de la personne ont été jugées non essentielles, afin d'endiguer l'épidémie de la COVID-19. Le personnel infirmier et paramédical a été transféré vers des établissements de soins actifs et les consultations ont été suspendues dans la plupart des secteurs qui traitent les maladies chroniques. En dépit des difficultés initiales liées à la mise en place des télécommunications me permettant, en tant que médecin spécialisée dans les céphalées, d'offrir des soins de santé à distance, la plupart de mes patients ont été reconnaissants de cet accès à la télésanté. Celle-ci leur a permis de maintenir un contact médical avec moi en toute sécurité.

Cependant, j'ai observé que ce nouveau modèle de soins ne servait pas au mieux les intérêts de tous mes patients.

Les effets néfastes du confinement sur les populations de patients vulnérables n'ayant pas accès au soutien collectif des réseaux sociaux suscitent une inquiétude généralisée[1]. Plus particulièrement, les victimes de violence conjugale ont fait état d'un risque accru de violence[2]. Étant donné que je m'occupe de patients qui non seulement sont majoritairement des femmes, mais ont également une hypersensibilité cérébrale innée aux stimuli aversifs, on me confie souvent des informations sensibles sur les déclencheurs de céphalées, dont la détresse émotionnelle causée par la violence conjugale[3].

Les directives sur les mesures d'urgence associées à la pandémie de COVID-19 n'ont pas autorisé les consultations médicales en personne pour les victimes de violence conjugale. Les consultations en personne ont été limitées aux examens physiques dans le cas d'une affection aiguë potentiellement fatale, comme une céphalée en coup de tonnerre évoquant un saignement intracrânien, ou les dysfonctionnements de dispositifs thérapeutiques perfectionnés, comme les systèmes d'administration de médicaments parentéraux et les modulateurs implantables de signalisation nerveuse[4,5]. Heureusement pour mes patients subissant de la violence conjugale, la direction de mon hôpital a accédé à ma demande de maintenir les consultations médicales en personne, quel que soit l'état de la céphalée. Bien entendu, un dépistage des symptômes de COVID-19 est effectué 24 heures ou moins avant le rendez-vous et les mesures de sécurité (en particulier hygiène des mains, port du masque et distanciation physique) sont appliquées.

Ce n'est pas parce qu'un service est offert pour un motif non urgent ou qui n'engage pas le pronostic vital que ce service n'est pas essentiel. Plusieurs facteurs sont susceptibles de restreindre l'accès aux soins de santé des victimes de violence conjugale : les coûts, la crainte des préjugés et de la discrimination, les tactiques de contrôle des partenaires violents et un faible sentiment d'efficacité personnelle[6-8]. Les mesures d'urgence qui ont dû être prises pour freiner la pandémie ont accentué la vulnérabilité à la violence conjugale, en raison des crises créées par les pertes et suppressions d'emplois et en raison également de l'isolement social dû la distanciation physique obligatoire.

Malgré l'augmentation anticipée du nombre d'incidents en lien avec la violence conjugale, les services d'intervention d'urgence ont constaté une diminution du nombre de victimes qui demandent de l'aide, probablement en raison de leur crainte de s'exposer et d'exposer leurs proches au virus et également car elles se retrouvent coincées avec leur agresseur[9].

La pandémie a également réduit l'accès à des lieux sûrs. La plupart des refuges fonctionnent à moindre capacité, les déplacements sont restreints, le transport en commun a été réduit et des couvre-feux ont été imposés[10]. De plus, comme la majorité des centres de soins n'autorisent plus les consultations sans rendez-vous, les victimes sont susceptibles d'être menacées lorsqu'elles prennent rendez-vous en ligne ou par téléphone en présence de leur agresseur[11]. En outre, les victimes de violence conjugale qui appartiennent à des communautés ethniques marginalisées sont susceptibles d'être davantage méfiantes vis-à-vis des autorités policières, du fait que les policiers infligent des sanctions financières en cas de non-respect du confinement, et ces perceptions négatives du système judiciaire se traduisent souvent par une méfiance à l'égard des institutions médicales[12,13].

Les activités cliniques en santé sexuelle et reproductive ont été maintenues pour les victimes de violence familiale, afin de repérer les dommages collatéraux de l'isolement social attribuable à la pandémie[14]. Toutefois, si l'accès à son fournisseur de soins chroniques est limité, une patiente victime de violence conjugale risque de ne

Rattachement de l'auteure :

Clinique des céphalées, Département de neurosciences, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Montréal (Québec), Canada

Correspondance : Marzieh Eghtesadi, Clinique des céphalées, Département de neurosciences du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), 1000, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 0C1; tél. : 514-890-8000; téléc. : 514-412-7132; courriel : marzieh.eghtesadi@mail.mcgill.ca

pas vouloir se confier pour obtenir de l'aide à un professionnel qu'elle ne connaît pas. Elle peut craindre par exemple un rendez-vous précipité et un manque de compréhension des professionnels dans les établissements de soins aigus. De plus, elle peut se sentir coupable d'accaparer le personnel des services d'urgence, déjà au maximum de leur capacité. Elle peut se sentir mal à l'aise à l'idée d'aborder des sujets sensibles dans un cadre inconnu, surtout sur un brancard dans le couloir ou au sein d'un service d'urgence bruyant où la confidentialité est limitée.

Les médecins de tous les secteurs offrant des soins aux malades chroniques devraient être encouragés à considérer leurs services comme essentiels si leurs patients risquent d'être victimes de violence en raison des mesures de confinement en place. La gestion des problèmes de santé chroniques implique un suivi à long terme, souvent sur plusieurs années, ce qui crée une alliance thérapeutique entre le médecin et son patient et peut inciter ce dernier à demander de l'aide en temps de crise. Cette alliance est généralement le reflet de la qualité de la communication entre le patient et le fournisseur de soins de santé, il suppose une relation personnelle et un travail de collaboration[15].

La relation entre patient et médecin étant au cœur de leur rôle, les médecins de famille établissent souvent des alliances de ce type avec leurs patients, grâce à une coordination globale des soins qui ne se limite pas à la maladie[16,17]. Les alliances entre patient et professionnel les plus fréquentes, hors contexte de la santé sexuelle ou reproductive, relèvent par exemple du traitement à long terme des endocrinopathies, des maladies auto-immunes ou inflammatoires, des maladies rénales chroniques et des affections respiratoires ou cardiaques[15]. L'approche que nous proposons ici est susceptible de se révéler utile dans le contexte d'une relation déjà en place avec une patiente ayant confié des antécédents de violence et d'abus.

Dans le cadre de la restructuration des soins de santé pendant la pandémie, les médecins qui connaissent des patients ayant été victimes de violence familiale devraient, dans la mesure où la logistique le permet, prévoir au moins une consultation en personne avec chacun d'eux. La plupart des médecins ont sans doute déjà abordé la possibilité pour leurs patients d'obtenir de l'aide mais, souvent, ces discussions demeurent superficielles et se limitent à encourager la personne à recourir aux ressources communautaires, sans compter que de nombreux médecins doivent composer avec une lourde charge de travail et ne ressentent en eux pas la confiance nécessaire pour aider ces patients[6]. Pourtant, les interventions répétées d'un médecin en qui le patient a confiance, dans un environnement sûr, sont opportunes et perçues favorablement par le patient, à la différence des appels téléphoniques de suivi[18].

Dans ce contexte, la consultation en personne ne vise pas à déceler la violence conjugale, car la patiente a déjà divulgué cette information, mais plutôt à évaluer sa maladie chronique et à lui offrir d'être mis en relation avec des ressources spécialisées en violence conjugale durant l'épidémie et la crise sanitaire psychosociale. Si la personne a besoin d'un plan de protection, le médecin doit demeurer conscient des limites de son expertise en matière de violence conjugale et juger de la pertinence de communiquer avec d'autres professionnels.

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, de nombreux établissements ont mis en place une équipe de soutien social en cas de crise, que les travailleurs de la santé qui ont besoin de conseils et d'expertise peuvent consulter pour aider leurs patients. Voici quelques conseils pratiques et des exemples de points à aborder pendant l'évaluation en personne avec une victime de violence conjugale :

- Pour vos patients qui maîtrisent mal la technologie ou qui ont un accès limité à un ordinateur, prévoyez du temps pendant la rencontre pour leur fournir l'adresse de l'hôpital et des refuges les plus proches de leur domicile ainsi que d'autres ressources telles que les centres culturels communautaires. Imprimez leur au besoin des cartes de ces emplacements. Veillez à leur fournir des données à jour sur ces ressources et à leur indiquer tout changement opérationnel/organisationnel en lien avec la pandémie.
- Lors de la planification du prochain rendez-vous de suivi, demandez à votre patiente quel est le meilleur moment pour l'appeler afin qu'elle soit seule pour discuter de ses problèmes de santé.
- Dans les établissements où les notes médicales sont encore manuscrites, assurez-vous que le scénario de protection établi avec votre patiente soit retranscrit en format électronique et compréhensible pour tout professionnel de la santé au cas où elle doive se présenter aux urgences. Cela permet aussi de garantir à la patiente qu'elle n'aura pas à fournir de longues explications lors du triage, surtout si son agresseur l'accompagne.
- Précisez à votre patiente la date et l'endroit exact dans les dossiers où le scénario de protection est classé. Elle pourra ainsi le signaler discrètement et rapidement au personnel de triage.
- Vérifiez la liste des rendez-vous annulés et celle des patients qui ne se sont pas présentés à un rendez-vous, afin de vous assurer que ces derniers n'ont pas été retirés de la liste d'attente à votre insu. En effet, certains établissements autorisent un nombre limité d'annulations, de rendez-vous manqués ou de tentatives de report, à la suite de quoi ils suppriment automatiquement la personne des listes.
- Évitez de décrire ces patientes comme victimes de violence conjugale à votre personnel administratif. De nombreuses personnes concernées par cette situation ne désirent pas ce type d'étiquette, et de multiples raisons peuvent justifier par ailleurs une consultation en personne, comme la nécessité d'un examen physique si on décèle un signal d'alarme lors d'un entretien en télésanté (comme, en neurologie, une perte de vision transitoire accompagnée d'un mal de tête). Il n'est donc pas nécessaire de préciser au personnel non médical et au personnel non impliqué dans le plan de soins d'un patient la raison d'une visite confidentielle.

Après cette consultation en personne, le médecin va pouvoir décider de la fréquence du suivi médical et de ses modalités. Toutefois, si le maintien du contact avec une patiente relève du contexte de violence familiale, il serait pertinent d'orienter celle-ci vers des experts en violence conjugale, plus à même de faire valoir la nécessité de soins. Si la patiente et le médecin préfèrent poursuivre les soins en télésanté, le médecin peut envoyer une lettre à la patiente avec une date provisoire de rendez-vous en personne après la pandémie. La patiente peut placer cette lettre bien en vue, pour rappeler à tous les

membres du foyer qu'elle est suivie par un professionnel de la santé qui compte évaluer son bien-être et procéder à un examen après la pandémie.

Selon Mechanic et Schlesinger[19], « le succès des soins médicaux dépend avant tout de la confiance des patients envers le fait que leurs médecins […] accordent la plus haute priorité au bien-être de leurs patients ». Comme il faudra probablement du temps aux autorités de santé publique pour mettre en place des initiatives visant à réduire les répercussions sexospécifiques de la pandémie de COVID-19, nous devons veiller à ce que nos populations de patients vulnérables ne soient pas négligées[20]. Malgré les défis éthiques posés par les mesures d'urgence liées à la COVID-19 et la recherche d'un équilibre entre sécurité publique et soins axés sur le patient, nous devons reconnaître les situations où nous sommes appelés à prendre la défense de nos patients, en particulier de ceux qui ne le font pas ou ne sont pas en état de le faire. En tant que fournisseurs de soins de première ligne, nous devons exposer notre point de vue aux autorités de santé publique, notamment en ce qui concerne les facteurs principaux susceptibles d'influencer la décision d'offrir des consultations en personne pendant la pandémie. Ces facteurs vont souvent au-delà des questions pratiques habituelles sur la nécessité d'un examen physique ou la facilité d'accès d'un patient à la technologie requise pour les soins virtuels.

Dans cet article, je tiens à souligner l'importance de maintenir un contact médical, en particulier une consultation en personne dans la mesure du possible, avec les victimes de violence conjugale ayant déjà révélé subir des actes violents. Ce contact est particulièrement précieux lorsqu'une alliance thérapeutique a été établie avec une patiente, par exemple au fil de la prise en charge d'une maladie chronique. Bien que cet article soit rédigé du point de vue d'une pratique en médecine des céphalées, les questions qu'il soulève sont applicables plus largement, au-delà de la spécialité de la clinique, de la répartition par sexe des patients ou du manque de personnel dû au redéploiement occasionné par la COVID-19. Les médecins qui travaillent dans les secteurs non essentiels à l'intervention directe contre la COVID-19 et dont les activités cliniques ont été modifiées devraient envisager de maintenir leurs services en tant que soins essentiels pour ce groupe de patients.

Comme de nombreux services sociaux communautaires enregistrent une augmentation importante des délais d'attente, il est important de rester flexible envers nos patients. En outre, le médecin traitant du patient doit participer, si le patient y consent, au plan de soins. Il n'est cependant pas rare que le clinicien responsable du traitement d'une maladie chronique, en particulier en cas de maladies complexes de niveau tertiaire, ait une alliance thérapeutique plus forte avec le patient en raison des contacts médicaux fréquents que cela implique.

Enfin, dans le cadre de l'amélioration souhaitée par les autorités de santé publique en matière de restructuration des soins de santé durant la pandémie, les médecins sont invités à collaborer avec d'autres équipes institutionnelles spécialisées lorsque leur expertise s'avère limitée, en particulier avec le personnel psychosocial, dans le but d'aider les populations marginalisées et vulnérables. Cette collaboration peut s'avérer particulièrement profitable aux victimes de violence conjugale, dans la mesure où un scénario de protection bien conçu tient compte de la dynamique complexe des situations d'abus, au-delà de l'expérience de la violence.

Remerciements

La Dre Eghtesadi est lauréate du Prix de l'innovation 2020 de l'Université de Montréal pour ses travaux sur la santé des femmes et l'accès aux soins des céphalées.

Financement

Aucun

Conflits d'intérêts

Aucun

Contribution et avis

La Dre Eghtesadi a rédigé le manuscrit et approuvé la version finale de ce dernier et elle accepte la responsabilité de son exactitude et de son intégrité.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que l'auteure; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Brooks S.K., R.K. Webster, L.E. Smith et collab. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020; 395(10227):912-920. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8

2. Anurudran A., L. Yared, C. Comrie, K. Harrison, T. Burke. Domestic violence amid COVID-19. Int J Gynaecol Obstet. 2020;150(2):255-256. https://doi.org/10.1002/ijgo.13247

3. Wilcox S.L., R. Veggeberg, J. Lemme et collab. Increased functional activation of limbic brain regions during negative emotional processing in migraine. Front Hum Neurosci. 2016;10:366. https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00366

4. Dodick D.W. Clinical clues and clinical rules: primary vs secondary headache. Adv Stud Med. 2003;3(6C): S550-555.

5. Eghtesadi M., E. Leroux, M.-P. Fournier-Gosselin et collab. Neurostimulation for refractory cervicogenic headache: a three-year retrospective study. Neuromodulation. 2018;21(3):302-309. https://doi.org/10.1111/ner.12730

6. Rodríguez M., J.M. Valentine, J.B. Son, M. Muhammad. Intimate partner violence and barriers to mental health care for ethnically diverse populations of women. Trauma Violence Abuse. 2009;10(4):358-374. https://doi.org/10.1177/1524838009339756

7. Moreira D.N., M. Pinto da Costa. The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. Int J Law Psychiatry. 2020; 71:101606. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101606

8. Wilson K.S., M.R. Silberberg, A.J. Brown, S.D. Yaggy. Health needs and barriers to healthcare of women who have experienced intimate partner violence. J Women Health. 2007;16(10): 1485-1498. https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0385

9. Smith C. Decline in domestic violence calls during COVID-19 a sad situation, Moncton agency warns. Global News. 5 mai 2020 (consultation le 1er janvier 2021). En ligne à : https://globalnews.ca/news/6908469/domestic-violence-concerns-covid-19/

10. Evans ML., M. Lindauer, ME Farrell. A pandemic within a pandemic—intimate partner violence during Covid-19. N Engl J Med. 2020;383(24):2302-2304. https://doi.org/10.1056/NEJMp2024046

11. Women's Aid. The impact of COVID-19 on women and children experiencing domestic abuse, and the life-saving services that support them. Bristol (UK) : Women's Aid; 2020 (consultation le 1er janvier 2021). En ligne à : https://www.womensaid.org.uk/the-impact-of-covid-19-on-women-and-children-experiencing-domestic-abuse-and-the-life-saving-services-that-support-them/

12. Alang S., DD. McAlpine, R. Hardeman. Police brutality and mistrust in medical institutions. J Racial Ethn Health Disparities. 2020;7(4):760-768. https://doi.org/10.1007/s40615-020-00706-w

13. Laurencin CT., JM. Walker. A pandemic on a pandemic: racism and COVID-19 in Blacks. Cell Syst. 2020;11(1):9-10. https://doi.org/10.1016/j.cels.2020.07.002

14. Hall K.S., G. Samari, S. Garbers et collab. Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. Lancet. 2020; 395(10231):1175-1177. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30801-1

15. Allen M.L., B.L. Cook, N. Carson, A. Interian, M. La Roche, M. Alegría. Patient-provider therapeutic alliance contributes to patient activation in community mental health clinics. Adm Policy Ment Health. 2017;44(4):431-440. https://doi.org/10.1007/s10488-015-0655-8

16. Novack D.H. Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. Dans : Lipkin MJ, Putnam SM, Lazare A, et al. (dir.). The medical interview. New York: Springer-Verlag; 1995. p. 32-49.

17. Shaw E, Oandasan I, Fowler N (dir.). CanMEDS-MF 2017 : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2017.

18. Feder G.S., M. Hutson, J. Ramsay, A.R. Taket. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. Arch Intern Med. 2006;166(1):22-37. https://doi.org/10.1001/archinte.166.1.22

19. Mechanic D., M. Schlesinger. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. JAMA. 1996;275(21):1693-1697. https://doi.org/10.1001/jama.1996.03530450083048

20. Wenham C., J. Smith, R. Morgan; Gender and COVID-19 Working Group. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. Lancet. 2020;395(10227): 846-848. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.6.04f

Aperçu

Agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite : un rôle important dans la prestation de soins à des patients des collectivités des Premières Nations

Valerie Umaefulam, Ph. D. (1); Adalberto Loyola-Sanchez, M.D. (1); Valene Bear Chief, inf. aux. aut. (2); Ana Rame, Ph. D. (1); Louise Crane, B.A. (3); Tessa Kleissen, B. Sc. inf. (1); Lynden Crowshoe, M.D. (1); Tyler White (2); Diane Lacaille, M.D. (4,5); Cheryl Barnabe, M.D. (1,5)

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. L'arthrite est l'une des principales causes d'invalidité dans les collectivités des Premières Nations et elle s'accompagne souvent d'autres maladies chroniques. Les modèles de soins actuels donnent la priorité à l'accessibilité aux soins de traitement spécialisés alors que les approches centrées sur le patient ciblent des objectifs plus larges en matière de santé.

Méthodologie. Un modèle de soins fondé sur une facilitatrice des soins, appelée « agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite », a été conçu en collaboration avec la collectivité pour créer des plans de soins axés sur le patient et adaptés à la culture. Au bout d'un an d'intervention, nous rendons compte de la faisabilité et de l'acceptabilité de ce modèle de soins du point de vue des patients et des fournisseurs de soins de santé.

Résultats. L'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite a fait le pont entre les cliniciens et les patients et a favorisé la continuité des soins, de manière à aider les patients à recevoir des soins coordonnés au sein de la collectivité.

Mots-clés : *arthrite, maladie chronique, orientation des patients, Premières Nations, services de santé aux Autochtones, évaluation des résultats et des processus des soins de santé, étude qualitative*

Points saillants

- Les modèles de soins qui abordent la santé d'une manière adaptée à la culture et qui s'attaquent également aux nombreux obstacles à la prestation de soins comblent plus efficacement les lacunes en matière de soins et optimisent les résultats de santé des membres des Premières Nations souffrant d'arthrite et de comorbidités.
- Le modèle de soins fondé sur la présence d'une agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite a été créé à partir des besoins de prise en charge des cas définis par les membres des collectivités autochtones afin d'assurer que la facilitation de la prestation de soins soit incluse dans le modèle.
- Le modèle a couvert un éventail de rôles, allant des aspects médicaux au soutien personnel, et a suivi une approche adaptée à la culture, axée sur le patient et dictée par les besoins des patients.

Introduction

On note une augmentation de la prévalence[1,2], de la gravité[3,4] et du sous-traitement de l'arthrite[5] au sein des populations des Premières Nations. Les inégalités dans les déterminants de la santé découlant de la colonisation[6] ont une incidence sur l'état de santé[7]. Les fournisseurs de soins de santé nient l'autonomisation (*empowerment*) des patients, que ce soit de manière consciente (en ne tenant pas compte de leurs valeurs culturelles) ou inconsciente (en ne leur fournissant pas de soins adaptés à leur culture)[8]. Cela a vraisemblablement une incidence sur la continuité des soins et mine les efforts visant à soutenir une gestion thérapeutique efficace et à favoriser le bien-être[9].

Pour améliorer l'état de santé des membres des Premières Nations atteints d'arthrite[10], il faut mettre en place des moyens novateurs de prestation de soins pertinents, aptes à surmonter les barrières sociales, géographiques et économiques. Conformément aux principes d'autonomisation et d'autodétermination des collectivités, nous devons donner la priorité aux projets

Rattachement des auteurs :

1. École de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada
2. Siksika Health Services, Siksika (Alberta), Canada
3. Représentante indépendante des patients
4. Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
5. Arthritis Research Canada, Richmond (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Cheryl Barnabe, Département de médecine et Département des sciences de la santé communautaire, École de médecine Cumming, Université de Calgary. 3330 Hospital Dr NW, Calgary (Alberta) T2N 4N1; tél. : 403-220-3380; courriel : ccbarnab@ucalgary.ca

dirigés par des Autochtones[11] et aux projets qui valorisent les fournisseurs de soins de santé autochtones au sein du personnel[12].

Les modèles de soins fondés sur la prise en charge des cas et ceux fondés sur l'orientation des patients au sein des systèmes de soins de santé, qui sont étroitement liés, constituent des approches efficaces dans la prise en charge des maladies chroniques[13-16], mais les avantages de ces modèles sont mitigés en ce qui concerne la prise en charge de l'arthrite[17-19]. En outre, ils n'ont pas été mis en œuvre ni évalués dans le contexte des soins prodigués aux patients autochtones atteints d'arthrite. Ces modèles, qui visent à ce que les soins spécialisés soient moins axés sur chaque maladie séparément et qu'ils soient compatibles avec l'adoption de pratiques culturelles, pourraient constituer selon nous un moyen de soigner les personnes atteintes d'arthrite dans les collectivités autochtones.

Dans cet article, nous décrivons l'élaboration et la mise en œuvre d'un modèle de soins reposant sur une agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite dans une collectivité des Premières Nations et nous présentons une évaluation de l'accessibilité de ce modèle.

Méthodologie

Contexte

Siksika Health Services est une organisation qui offre une gamme complète de soins de santé primaires autodéterminés. L'organisation offre une clinique communautaire spécialisée en rhumatologie depuis 2010. L'objectif de la clinique est de faciliter l'accès à des services d'évaluation et de traitements offerts par des spécialistes dans le cadre de soins primaires[20]. L'équipe de recherche a comparé la qualité des traitements donnés par cette clinique aux indicateurs de rendement approuvés à l'échelle nationale[21]. Nous avons également cherché à connaître le point de vue des utilisateurs des services sur les lacunes qui subsistent dans le traitement de l'arthrite[22]. Les points de vue recueillis ont confirmé la nécessité d'enrichir le modèle de soins en fournissant des services qui améliorent les fonctions physiques et mentales, en améliorant la communication, la continuité des soins et la sensibilisation de la population et en renforçant les liens entre les pairs et le soutien des pairs[22].

Co-création de l'intervention avec les membres de la collectivité

L'équipe de recherche a proposé une intervention reposant sur un modèle de gestion de cas axé sur l'évaluation des besoins et l'élaboration de plans de traitement et de soins, en connectant les clients aux divers services, à un système de suivi et de soutien pour la défense de leurs intérêts[23]. Nous avons mis sur pied un groupe consultatif de recherche comprenant des membres de la collectivité et des Aînés souffrant d'arthrite, des représentants des Siksika Health Services et l'ancien représentant des patients autochtones de l'Alliance canadienne des arthritiques. Le chercheur principal de l'équipe de recherche est métis.

Au lieu de «gestionnaire de cas», la communauté a choisi le terme «agent(e) de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite». Le groupe consultatif de recherche a décrit les responsabilités de cet agent de liaison, les stratégies de recrutement des patients et les différents volets de l'évaluation de la recherche. Nous avons embauché comme agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite une membre de la collectivité ayant de l'expérience en soins infirmiers et nous l'avons formée afin qu'elle réponde aux besoins en matière de soins de l'arthrite et de compétences d'autogestion de l'arthrite. En outre, elle a suivi un cours d'une semaine sur les techniques d'entrevue motivationnelle et la mise en œuvre de plans d'action.

Mise en œuvre

L'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite a fourni un soutien médical et personnel pendant un an, soutien qui impliquait de communiquer régulièrement avec les participants et leur équipe soignante (en personne, par téléphone ou par messagerie texte). Elle a également fourni du soutien à la clinique mensuelle spécialisée dans l'arthrite, en administrant les injections prescrites et en animant des activités de groupe pour les patients et leurs familles.

Participants

Nous avons recruté pour l'intervention des patients de la Nation Siksika qui souffraient d'arthrite inflammatoire ou d'arthrose et qui fréquentaient la clinique communautaire de rhumatologie du Siksika Health and Wellness Centre. Les patients devaient avoir 19 ans ou plus et, outre leur(s) affection(s) arthritique(s), devaient souffrir d'au moins l'une des maladies suivantes : diabète, obésité, hypertension, maladie cardiovasculaire ou bronchopneumopathie chronique obstructive.

Évaluation et analyse de l'accessibilité

Nous avons consigné le nombre d'interactions entre l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite et les participants ainsi que les raisons de ces interactions. Nous avons utilisé des méthodes qualitatives pour explorer, du point de vue de chaque participant et des fournisseurs de soins de santé dans la collectivité, la manière dont l'agente de liaison a assuré les soins auprès des personnes atteintes d'arthrite. Nous avons enregistré les entrevues semi-structurées puis deux chercheurs les ont transcrites et codées de façon indépendante à l'aide du logiciel Dedoose (SocioCultural Research Consultants, LLC, Los Angeles, Californie). Nous avons comparé les codes pour vérifier la cohérence et la fiabilité interévaluateurs. Nous avons réalisé une analyse thématique et en avons interpréré les résultats à la lumière des principes des soins axés sur le patient et des concepts de «soins adaptés à la culture des peuples autochtones du Canada »[24]. Comme l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite était une femme, on a utilisé le pronom «elle» pour la désigner dans les citations tirées de des entrevues.

Éthique

L'étude a été approuvée par la direction des Siksika Health Services et par le Conjoint Health Research Ethics Board de l'Université de Calgary (REB 15-1961). Les rôles et responsabilités de l'équipe de recherche à l'égard de la collectivité ont été consignés dans un protocole d'entente. Tous les participants ont fourni leur consentement par écrit. La recherche a été réalisée conformément aux principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession, dits principes de PCAP, en matière de recherche des Premières Nations[25], ainsi qu'à la Déclaration d'Helsinki de 1964 et à ses modifications subséquentes.

Résultats

Participants

Entre mai 2017 et décembre 2018, 23 patients se sont inscrits à l'étude. Les participants étaient principalement des femmes (80 %)

dont l'âge moyen était de 59 ans (écart-type : 12 ans). La polyarthrite rhumatoïde (n = 13) et la polyarthrite psoriasique (n = 5) étaient les types d'arthrite les plus fréquents, avec comme comorbidités les plus fréquentes le diabète (n = 9) et l'hypertension (n = 6). Dix-sept patients ont participé à l'ensemble de l'intervention (deux se sont retirés, un est décédé et trois ont été perdus de vue).

Accessibilité

La fréquence et les types d'interaction entre l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite, les participants et l'équipe soignante sont présentés dans le tableau 1.

Les témoignages des 14 participants, des 10 fournisseurs de soins et de l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite ont montré que le modèle de soins améliorait l'accessibilité et était accepté et considéré comme adapté à la culture.

Les participants se sont dits satisfaits de la souplesse des communications et des interactions avec l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite, qui s'est adaptée à leurs besoins et à leur situation. Parmi les exemples d'adaptation, citons les lieux de rencontre pour les injections et pour les suivis (p. ex. visites à domicile, rencontres pour boire un café), les méthodes de communication utilisées (p. ex. message texte, téléphone), l'étendue et la fréquence des communications ainsi que les styles de communication (p. ex. formel et informel).

La confiance envers l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite, qui est le fruit d'interactions fondées sur le respect, le soutien, la compassion et la responsabilité, a aidé les participants à s'engager envers leur traitement. L'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite a communiqué avec divers fournisseurs de soins de santé appartenant au cercle de soins du patient afin de défendre les intérêts de ce dernier ou d'obtenir des ressources supplémentaires, notamment en organisant des consultations de fournisseurs de services paramédicaux, en conduisant le patient à des rendez-vous, en l'aidant à obtenir des médicaments et en étant présente lors de rendez-vous médicaux.

Enfin, au moyen de plans d'action, de rappels et d'activités de facilitation, l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite a contribué à l'engagement du patient envers ses plans de soins, par exemple en facilitant l'accès aux ressources ou l'atteinte des objectifs fixés.

Voici divers thèmes portant sur l'accessibilité du modèle de soins fondé sur une agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite illustrés par des citations (traduites) de participants-patients et de fournisseurs de soins.

Faire participer les patients en fonction de leurs besoins et préférences

> […] elle vérifie si tout va bien. Vous savez, elle veille à ce que nous ne manquions de rien. Si nous avons besoin de quelque chose ou si quelque chose se passe, nous n'avons qu'à l'appeler. (Participant 23)

> Elle est facile à côtoyer, et je suis heureuse qu'elle ait fait preuve d'ouverture et de souplesse par rapport à mon emploi du temps. Par exemple, si nous avions rendez-vous à 14 heures et que j'avais un atelier ailleurs au même moment, elle se montrait tout à fait compréhensive. (Participant 01)

> Elle répond immédiatement, et si ce n'est pas immédiatement, elle répond dans l'heure qui suit et même plus rapidement encore par message texte. (Participant 18)

> Elle est un point de contact assez important pour les patients. D'après ce que les gens me disent, ils savent comment la joindre, et ils peuvent rapidement obtenir des réponses ou ce dont ils ont besoin. (Fournisseur 04)

Une relation fondée sur la responsabilité a permis de créer un climat de confiance, ce qui a permis d'accéder aux renseignements sur la santé

> Elle est très… quand elle dit qu'elle va faire quelque chose, elle le fait. […] Si elle dit, «Je serai là», elle y sera. (Participant 17)

> Même lorsqu'elle n'était pas certaine d'une réponse à ma question, elle me disait : «Tu sais quoi, je vais me renseigner, je vais demander à [nom], je vais faire des recherches et je te reviendrai». (Participant 01)

> Oui, et je me sens à l'aise de lui parler de ma douleur et de ce qui me gêne aujourd'hui, ou d'autres sujets. Vous savez, je me sens à l'aise là-dedans, oui. Je pense que tout est une question de confiance pour moi, et si je ne fais pas confiance en quelqu'un et que j'ai l'impression que la personne n'essaie pas vraiment de m'aider, vous savez, je pourrais… je prends un peu de recul. Par contre, quand je sais qu'une personne me tend la main, je peux lui faire confiance. (Participant 06)

> Si j'avais des questions sur… par exemple… elle m'expliquait, quand j'ai commencé à prendre le méthotrexate, si j'avais besoin de quelque chose, elle m'expliquait à quoi servait le médicament… et elle… me suggérait des choses. Par exemple, tu sais, peut-être demeurer assis un moment avant d'essayer de se lever. Des conseils utiles. (Participant 23)

> Je pense que beaucoup d'entre eux ont commencé à comprendre ce qu'ils

TABLEAU 1
Aperçu des interactions de l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite dans la prestation des soins

Type d'interaction	Nombre moyen (écart-type)
En personne	8 (5) heures par participant
Messages textes	70 (58) messages à chaque participant (fourchette : 9 à 194)
Visites à domicile	112
Évaluations de santé	74
Brefs plans d'action	De 2 à 5 objectifs par patient
L'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite a accompagné le patient à son rendez-vous ou a communiqué avec le fournisseur de soins de santé pour défendre ses intérêts	168 rendez-vous au total (soit entre 1 et 7 par participant) portant sur les soins primaires (8), les soins paramédicaux (27), les soins à domicile (23), le transport médical (18), une enquête (2), un rendez-vous avec un spécialiste (90)

vivaient. Ils ont remarqué les moments où ils avaient, par exemple, des chiffres plus bas sur l'EQ5 [EQ-5D, une mesure de la qualité de vie]. Ils pouvaient savoir quand ils avaient une poussée, et ils aimaient suivre les tendances. (Agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite)

Facilitation des communications avec les fournisseurs de soins de santé

Si le médecin a besoin d'informations et que je ne peux pas expliquer les mots correctement, [l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite] peut le faire pour moi… (Participant 06)

Par exemple, la dernière fois que j'ai vu la Dre [nom], j'ai oublié certaines choses que je voulais lui demander, et [l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite] qui était là a simplement dit : « Oh oui, vous deviez lui demander telle ou telle chose. » Comme je l'ai dit, elle est ma mémoire, vous voyez? (Participant 13)

Je crois que cela a ouvert la communication, alors… les gens défendent davantage leurs intérêts… et sont davantage disposés à nous dire ce qui se passe entre les visites. (Fournisseur 01)

Inciter à l'utilisation des ressources disponibles et permettre l'activation des plans de traitement

Une partie d'entre eux n'arrêtait pas de dire qu'ils avaient besoin de ces ressources, mais lorsqu'il s'agissait de les utiliser et qu'elles se trouvaient juste à portée de main, ils ne les utilisaient pas … Mais je pense que c'est en partie une question de confiance… (Agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite)

Je pense que cela a eu un effet bénéfique… Encore une fois, cela augmente l'efficacité de ce que je dois faire parce que je n'ai pas à attendre le retour d'un résultat de laboratoire… ou à remplir à nouveau la demande. C'est déjà fait. (Fournisseur 02)

Obstacles à la faisabilité

Bien que l'intervention ait été généralement bien accueillie, nous avons dû relever certains défis pour que les participants maintiennent leur engagement envers ce modèle de soins. Divers problèmes ont surgi en raison de conflits d'horaire, de limites dans les télécommunications (numéros de téléphone inexacts ou plus en service) et de crises personnelles, familiales ou au sein de la collectivité.

L'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite était disponible uniquement pendant ses heures de travail, ce qui a constitué un problème logistique car cet horaire ne correspondait pas toujours au moment préféré des participants pour interagir. Les difficultés liées au transport ont également constitué un obstacle lorsque l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite ne pouvait pas se rendre au domicile des patients ou que ces derniers ne pouvaient pas se rendre à la clinique.

Nous avons abordé le projet de manière longitudinale, en recherchant un financement permanent dans le cadre du budget opérationnel et en confiant le poste à une personne résidant dans la collectivité afin de pouvoir la soutenir et de lui permettre de s'acquitter efficacement de cette fonction particulière. Malheureusement, des priorités concurrentes de financement sont apparues dans la collectivité et il n'a pas été possible de maintenir ce poste après la fin du financement de l'étude.

Analyse

Le modèle de soins fondé sur l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite, élaboré conjointement avec une collectivité autochtone, a aidé des patients autochtones souffrant d'arthrite à s'orienter parmi les services de santé pour répondre à leurs besoins et se concentrer sur leurs plans de soins personnels axés sur le patient. Tant les patients qui ont participé à notre étude que les fournisseurs de soins de santé de la collectivité ont été satisfaits de ce modèle de soins. Un patient a bien illustré la perception globale du modèle fondé sur l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite lorsqu'il a dit que l'agente « ne fait pas de miracles qui fera disparaître mon arthrite, [mais] qu'elle est là pour vous aider sur le plan médical et pour vous apporter un soutien moral. »

L'orientation au sein du système de santé est complexe en matière de prise en charge des maladies chroniques. L'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite a fait le pont entre les fournisseurs de soins de santé et les patients et a favorisé la continuité des soins. Selon un métarésumé d'études qualitatives sur l'expérience des patients en matière de continuité des soins, la présence d'un seul clinicien de confiance qui aide le patient à prendre des décisions et à s'orienter dans le système est au cœur de ce que les gens perçoivent comme une continuité adéquate des soins[26]. Le soutien aux patients, la sensibilisation, la gestion des cas et l'orientation dans le système, assurés par un personnel formé envers lequel la collectivité a confiance, sont des approches efficaces dans la prise en charge des maladies chroniques, en particulier dans les collectivités vulnérables et mal desservies[27]. Dans notre étude, le modèle de soins mis en place semble avoir permis aux patients de recevoir des soins coordonnés et continus au sein de la collectivité grâce au travail de l'agente de liaison avec les personnes atteintes d'arthrite.

Dans cette étude, menée dans des conditions réelles, ce ne sont pas tous les patients qui ont souhaité remplir les évaluations, et nous ne sommes en mesure de rendre compte que des perspectives et des résultats des patients qui ont pleinement participé au modèle de soins.

Nos conclusions sont probablement valables pour de nombreuses populations et collectivités autochtones du Canada.

Remerciements

Nous remercions Cheryl Sorenson et Margaret Kargard, des Siksika Health Services. Elles ont joué un rôle déterminant dans la mise en œuvre du modèle de soins.

Nous tenons également à remercier les membres de l'Arthritis Community Advisory Council, notamment Sharon Calf Robe, Tangee Scalplock, Lesley Stimson et Rosalyn Manyguns.

Financement

Cette étude a été financée par la Société de l'arthrite (SOG-14-130), l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques et les Instituts de recherche en santé du Canada (subventions d'équipe dans le cadre de l'Initiative phare sur l'inflammation : PRECISION [Prévenir les complications des maladies inflammatoires de la peau, des articulations et de l'intestin, THC-135235, IRSC-IRSC : 0492004733, FRN nº 135235]).

VU est financée par une bourse postdoctorale Eyes High de l'Université de Calgary. ALS a été financé par une bourse postdoctorale Banting des IRSC.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

VU : Analyse, rédaction de la première version du manuscrit puis examen et révision

ALS : Conceptualisation, analyse, acquisition de financement, enquêtes, méthodologie, administration du projet, supervision, rédaction de la première version du manuscrit puis examen et révision

VBC : Enquêtes, ressources, examen et révision du manuscrit

AR : Analyse, rédaction de la première version du manuscrit puis examen et révision

LoC : Conceptualisation, acquisition de financement, supervision, examen et révision du manuscrit

TK : Organisation de contenu, enquêtes, administration du projet, supervision, analyse, graphisme, examen et révision du manuscrit

LyC : Conceptualisation, acquisition de financement, méthodologie, supervision, examen et révision du manuscrit

TW : Conceptualisation, acquisition de financement, administration du projet, ressources, examen et révision du manuscrit

DL : Conceptualisation, acquisition de financement, enquêtes, méthodologie, administration du projet, supervision, examen et révision du manuscrit

CB : Conceptualisation, analyse, acquisition de financement, enquêtes, méthodologie, administration du projet, ressources, supervision, visualisation, rédaction de la première version du manuscrit puis examen et révision

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Barnabe C, Hemmelgarn B, Jones CA, et al. Imbalance of prevalence and specialty care for osteoarthritis for first nations people in Alberta, Canada. J Rheumatol. 2015;42(2):323-328. https://doi.org/10.3899/jrheum.140551

2. Barnabe C, Jones CA, Bernatsky S, et al. Inflammatory arthritis prevalence and health services use in the First Nations and non-First Nations populations of Alberta, Canada. Arthritis Care Res (Hoboken). 2017;69(4):467-474. https://doi.org/10.1002/acr.22959

3. Nagaraj S, Barnabe C, Schieir O, et al. Early rheumatoid arthritis presentation, treatment, and outcomes in Aboriginal patients in Canada: A Canadian Early Arthritis Cohort study analysis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2018;70(8):1245-1250. https://doi.org/10.1002/acr.23470

4. Hurd K, Barnabe C. Systematic review of rheumatic disease phenotypes and outcomes in the Indigenous populations of Canada, the USA, Australia and New Zealand. Rheumatol Int. 2017;37(4):503-521. https://doi.org/10.1007/s00296-016-3623-z

5. First Nations Information Governance Centre. National Report of the First Nations Regional Health Survey: Phase 3: Volume One. Ottawa (ON): FNIGC; 2018 Jul.

6. Reading CL, Wien F. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. Prince (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2009.

7. Agence de la santé publique du Canada. État de santé des Canadiens 2016 : Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2016.

8. Allan B, Smylie J. First Peoples, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto (ON): Wellesley Institute; 2015.

9. Organisation mondiale de la Santé. Documents fondamentaux : quarante-neuvième édition (comprenant les amendements adoptés jusqu'au 31 mai 2019). Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2020.

10. Thurston WE, Coupal S, Jones CA, et al. Discordant indigenous and provider frames explain challenges in improving access to arthritis care: a qualitative study using constructivist grounded theory. Int J Equity Health. 2014;13(1):46. https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-46

11. Le portail canadien des pratiques exemplaires. Méthodes autochtones éprouvées. Bienvenue aux Méthodes autochtones éprouvées : Bonnes pratiques en santé publique dans les communautés autochtones [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015.

12. Commission de vérité et réconciliation Canada. Commission de vérité et réconciliation Canada : appels à l'action. Winnipeg (Man.) : Commission de vérité et réconciliation Canada; 2015.

13. Alkema GE, Wilber KH, Shannon GR, Allen D. Reduced mortality: the unexpected impact of a telephone-based care management intervention for older adults in managed care. Health Serv Res. 2007;42(4):1632-1650. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00668.x

14. Mitton C, O'Neil D, Simpson L, Hoppins Y, Harcus S. Nurse–Physician Collaborative Partnership: a rural model for the chronically ill. Can J Rural Med. 2007;12(4):208-216.

15. McBrien KA, Ivers N, Barnieh L, et al. Patient navigators for people with chronic disease: a systematic review. PLoS One. 2018;13(2):e0191980. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191980

16. Askew DA, Togni SJ, Schulter PJ, et al. Investigating the feasibility, acceptability and appropriateness of outreach case management in an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service: a mixed methods exploratory study. BMC Health Serv Res. 2016;16:178. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1428-0

17. Feldman CH, Wohlfahrt A, Campos A, et al. Can patient navigators improve adherence to disease-modifying antirheumatic drugs? Quantitative findings from a six-month single-arm pilot intervention. Arthritis Care Res (Hoboken). 2018;70(9):1400-1405. https://doi.org/10.1002/acr.23302

18. Wohlfahrt A, Campos A, Iversen MD, et al. Use of rheumatology-specific patient navigators to understand and reduce barriers to medication adherence: Analysis of qualitative findings. PLoS One. 2018;13(7):e0200886. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200886

19. Lu MC, Guo HR, Livneh H, Lin MC, Lai NS, Tsai TY. The effectiveness of nurse-led case management for patients with rheumatoid arthritis in Taiwan. Int J Clin Pract. 2020;74(2):e13443. https://doi.org/10.1111/ijcp.13443

20. Nagaraj S, Kargard M, Hemmelgarn B, Fritzler M, White T, Barnabe C. Effectiveness of an outreach model of care for rheumatology specialty clinics to an on-reserve First Nations community. Int J Indig Health. 2018; 13(1):156-166. https://doi.org/10.32799/ijih.v13i1.30315

21. Barber CE, Thorne JC, Ahluwalia V, et al. Feasibility of measurement and adherence to system performance measures for rheumatoid arthritis in 5 models of care. J Rheumatol. 2018; 45(11):1501-1508. https://doi.org/10.3899/jrheum.171284

22. Loyola-Sanchez A, Pelaez-Ballestas I, Crowshoe L, et al. "There are still a lot of things that I need" : a qualitative study exploring opportunities to improve the health services of First Nations People with arthritis seen at an on-reserve outreach rheumatology clinic. BMC Health Serv Res. 2020; 20(1):1076. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05909-9

23. Chamberlain R, Rapp CA. A decade of case management: a methodological review of outcome research. Community Ment Health J. 1991;27(3): 171-188. https://doi.org/10.1007/BF00752419

24. Brown AJ, Varcoe C, Smye V, Reimer-Kirkham S, Lynam MJ, Wong S. Cultural safety and the challenges of translating critically-oriented knowledge in practice. Nurs Philos An Int J Health Care Prof. 2009;10:167-179. https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00406.x

25. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Les principes de PCAP® des Premières Nations [Internet]. Akwesasne (Ont.) : CGIPN; [consultation le 1er déc. 2020]. En ligne à : https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/

26. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. Ann Fam Med. 2013;11(3):262-271. https://doi.org/10.1370/afm.1499

27. Kim K, Choi JS, Choi E, et al. Effects of community-based health worker interventions to improve chronic disease management and care among vulnerable populations: a systematic review. Am J Public Health. 2016; 106(4):e3-e28. https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302987

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2021.

El Ibrahimi S, Xiao Y, **Bergeron CD**, et al. Suicide distribution and trends among male older adults in the U.S., 1999–2018. Am J Prev Med. 2021;S0749-3797(21)00082-9. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.12.021

Ellison LF, **Xie L**, Sung L. Tendances de la survie au cancer chez les enfants au Canada, 1992 à 2017. Rapports sur la santé. 2021; 32(2):3-16. https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202100200001-fra

Jack SM, Gonzalez A, Marcellus L, **Tonmyr L**, et al. Public health nurses' professional practices to prevent, recognize, and respond to suspected child maltreatment in home visiting: an interpretive descriptive study. Glob Qual Nurs Res. 2021;8:2333393621993450. https://doi.org/10.1177/2333393621993450

Sattler MC, Ainsworth BE, Andersen LB, […] **Prince SA**, et al. Physical activity self-reports: past or future? Br J Sports Med. 2021; bjsports-2020-103595. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-103595