Efficacité d'un programme d'éducation des aînés à la santé

Christian Viens, M.Sc.¹

Gilbert Leclerc, Ph.D.²

Serge Moisan, M.D., MPH³

Aimé Lebeau, M.Sc.⁴

RÉSUMÉ

Objectif : Évaluer les effets du programme d'éducation à la santé *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* sur l'adoption de comportements d'autogestion de la santé et le bon usage des médicaments chez les personnes de 55 ans et plus. Cette évaluation s'appuie sur la théorie de l'efficacité personnelle.

Méthode : Étude longitudinale réalisée auprès de 563 participants. Un devis de recherche quasi expérimental à groupes décalés de type prétest post-test avec groupe témoin a été retenu pour rendre compte des effets du programme. Les données ont été recueillies par questionnaire avant l'intervention, immédiatement après l'intervention et une année plus tard.

Résultats : L'étude révèle que le programme améliore les connaissances des participants à l'égard de certains phénomènes physiologiques et problèmes de santé associés au vieillissement. Il modifie leurs attitudes comme utilisateurs des services de soins, rehausse leur sentiment d'efficacité personnelle à l'égard des comportements de santé, bonifie la préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien et favorise l'adoption de comportements de santé alternatifs pour compléter ou remplacer la médication : gestion du stress, pratique de l'activité physique, saines habitudes alimentaires et hygiène du sommeil.

Conclusion : Notre étude démontre l'impact à court et à long terme du programme sur les comportements de santé des participants.

Mots-clés : éducation à la santé; comportement de santé; efficacité; programme; personne âgée; usage de médicaments.

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

1. Agent de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique de la Montérégie, Longueuil (Québec)
2. Chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-Institut universitaire de gériatrie, Sherbrooke (Québec)
3. Médecin-conseil, Programme adultes-personnes âgées, Direction de santé publique de la Montérégie
4. Coordonnateur à la Surveillance de l'état de santé de la population, Direction de santé publique de la Montérégie

Correspondance et demandes de réimpression : Christian Viens, Direction de santé publique de la Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1255, rue Beaugard, Longueuil (Québec) J4K 2M3, Tél. : 450-928-6777, poste 4041, Téléc. : 450-928-3812, Courriel : c.viens@rrss16.gouv.qc.ca.

Remerciements : L'étude évaluative ayant conduit au présent article a bénéficié d'un support financier du Programme de subventions en santé publique (PSSP) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les auteurs sont reconnaissants envers madame Gina Bravo, Ph.D., mathématicienne, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, pour ses commentaires et son attestation signée de la validité de la méthode statistique, ainsi qu'à monsieur André Tremblay, M.Sc. Psy., Agent de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique de la Montérégie, pour ses judicieux conseils.

L'utilisation de médicaments comme méthode thérapeutique représente l'une des technologies médicales les mieux évaluées et les plus efficaces lorsqu'elle est bien employée¹. Toutefois, le bon usage des médicaments ne dépend pas seulement de la compétence du médecin et du pharmacien. Il suppose une éducation adéquate des patients. C'est ici que prend toute son importance l'autogestion de la santé telle que l'a définie l'OMS² en 1983 : « *L'autogestion de la santé comprend les activités que les individus, les familles et les communautés entreprennent dans le but de promouvoir la santé, de prévenir les maladies, de limiter les incapacités et de restaurer la santé. Ces activités sont guidées par les connaissances et les habiletés développées aussi bien par les professionnels que les gens de la communauté. Elles sont réalisées par ces derniers de leur propre initiative, soit de manière indépendante, soit en collaboration avec des professionnels* ».

Beaucoup de programmes d'éducation à une saine autogestion de la santé ont vu le jour au cours des vingt dernières années³, mais peu ont porté sur l'éducation à un bon usage des médicaments. Le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!*, mis sur pied en 1989, contribue à combler cette lacune. Ce programme comprend six rencontres de groupes de 15 à 20 personnes co-animées par une infirmière et un pair âgé. Chaque rencontre comporte un bref rappel des problèmes de santé fréquemment rencontrés au cours du vieillissement, des diverses catégories de médicaments pour les traiter, de leurs effets sur l'organisme, des alternatives pour les remplacer ou pour compléter leur action, de la préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien et de l'acquisition de saines habitudes de vie. Sa perspective essentielle est celle de la responsabilisation et de l'appropriation de la santé par les individus, et des moyens pour y parvenir.

La Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie, située sur la rive sud du Saint-Laurent près de Montréal, s'est associée à l'ensemble des onze centres de santé et de services sociaux (CSSS) du territoire et à la Fédération de l'Âge d'Or en Montérégie pour réaliser ce programme et procéder à son évaluation. La présente étude avait pour but d'évaluer les effets du programme sur les comportements d'autogestion de la santé des participants

et sur le bon usage des médicaments chez les personnes de 55 ans et plus*.

MÉTHODES

Postulats

L'évaluation des effets du programme adopte un modèle théorique qui repose sur deux postulats.

Schéma 1 – Modèle théorique pour évaluer les effets de l'intervention

1. L'approche andragogique est réputée efficace pour améliorer aussi bien les connaissances que les attitudes et les comportements des participants⁴. Les cinq principes reliés à cette approche sont :

- la co-animation du groupe par une infirmière et un pair;
- la participation active de l'apprenant;
- l'autonomie de l'apprenant dans son apprentissage;
- la mise à profit des expériences personnelles de l'apprenant;
- l'utilisation des ressources du groupe.

2. La confiance qu'a l'individu de pouvoir adopter tel comportement de santé prédit l'adoption de ce comportement. Ce postulat fait partie intégrante de la théorie de l'efficacité personnelle de Bandura⁵ qui affirme que le sentiment d'efficacité personnelle joue un rôle de premier plan dans le changement de comportement.

Le modèle prévoit donc que le programme aura un effet direct sur les connaissances, sur les attitudes et sur le sentiment d'efficacité personnelle des participants, et que ce dernier aura à son tour un impact sur plusieurs comportements de santé favorables à une saine utilisation de médicaments.

Devis et population

Pour réaliser cette évaluation, un devis de recherche quasi expérimental à groupes décalés de type prétest post-test avec groupe témoin a été retenu (voir schéma 2).

* Le rapport détaillé de cette évaluation, réalisée en octobre 2005, peut être consulté sur le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie à l'adresse : www.rsssl6.gouv.qc.ca/santepublique.

SCHÉMA 1
Modèle théorique utilisé pour évaluer les effets de l'intervention
Les médicaments : Oui... Non... Mais!

SCHÉMA 2
Devis de recherche

T : temps de la mesure O : observation X : intervention

Schéma 2 – Devis de recherche

Ce type de devis suppose la présence d'un groupe expérimental et d'un groupe témoin durant une période limitée de la recherche, soit le temps nécessaire pour réaliser l'intervention auprès du groupe expérimental. Par la suite, le groupe témoin reçoit à son tour l'intervention, ce qui a pour effet de créer une deuxième cohorte expérimentale. Le devis prévoit plusieurs vagues d'observations, soit avant l'intervention, immédiatement après l'intervention et une année après la fin de l'intervention.

Dans le cadre de ce projet, le groupe expérimental était constitué de 18 sous-groupes alors que le groupe témoin était formé de 12 sous-groupes. La répartition des participants au groupe expérimental ou

témoin n'était pas aléatoire, mais se faisait par convenance en fonction de la disponibilité des personnes. La taille des sous-groupes était de 19 personnes en moyenne tant dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin. Le nombre total des participants pour les deux groupes est passé de 563 au temps 1 à 460 au temps 2, pour un taux d'attrition de 18 % immédiatement après l'intervention, et de 563 à 288 participants une année après l'intervention, soit un taux d'attrition de 49 %.

Pour constituer l'échantillon, nous avons fait appel à une technique d'échantillonnage non probabiliste, soit celle de l'échantillon par convenance. Cette technique nous a conduits à sélectionner les participants en fonction de leur présence à un endroit déterminé et à un moment précis de l'étude.

TABLEAU I

Vérification des hypothèses H1, H2, H3, H4, H9, H10

Hypothèses de recherche (H)		Résultats (Scores moyens* et valeur P)			
		Expérimental		Témoin	
Le programme a un impact positif sur les variables suivantes :		T1†	T2†	T1†	T2†
Immédiatement après l'intervention					
H1 :	Sentiment général d'efficacité personnelle	7,47	7,81	7,71	7,59
H2 :	Sentiment d'efficacité personnelle par rapport à				
	• la gestion du stress	7,29	7,66	7,56	7,39
	• l'activité physique	7,14	7,54	7,47	7,45
	• les saines habitudes alimentaires	7,75	7,98	7,88	7,81
	• l'hygiène du sommeil	7,03	7,64	6,95	7,14
	• les situations de vie/santé mentale	7,85	8,01	7,89	7,83
H3 :	Connaissances associées au vieillissement	6,77	8,22	6,89	7,44
H4 :	Attitudes à l'égard du rôle du médecin	6,47	6,56	6,38	6,34
	Attitudes du client/autogestion de la santé	6,84	6,87	6,88	6,78
H9 :	Préparation de l'entrevue avec le médecin	4,97	5,15	4,76	4,85
	Préparation de l'entrevue avec le pharmacien	4,48	4,80	4,35	4,40
	Comportements généraux d'autogestion de la santé	4,99	5,27	5,14	5,09
	Comportements spécifiques d'autogestion de la santé				
	• gestion du stress	4,88	5,19	5,08	4,99
	• activité physique	4,95	5,16	5,11	5,00
	• saines habitudes alimentaires	5,24	5,41	5,41	5,31
	• hygiène du sommeil	4,65	5,12	4,39	4,54
Un an après l'intervention					
H10 :	Préparation de l'entrevue avec le médecin	5,13	5,46	5,03	5,31
	Préparation de l'entrevue avec le pharmacien	4,73	4,94	4,77	4,97
	Comportements généraux d'autogestion de la santé	5,31	5,41	5,33	5,29
	Comportements spécifiques d'autogestion de la santé				
	• gestion du stress	5,24	5,24	5,26	5,34
	• activité physique	5,19	5,17	5,19	5,25
	• saines habitudes alimentaires	5,38	5,32	5,57	5,61
	• hygiène du sommeil	5,18	5,11	4,97	4,86

* Les échelles utilisées :

- sentiment d'efficacité personnelle : échelle de 0 à 10 (pas du tout confiant à très confiant)
- connaissance : 10 énoncés vrai ou faux (0-10, score nul à score parfait)
- attitudes : échelle de 1 à 7 (attitudes très négatives à très positives)
- préparation de l'entrevue et comportements : échelle de 1 à 7 (très défavorable à la santé à très favorable)

† T₁, T₂, T₃, T₄, T₅ : temps de la recherche (voir Schéma 2)

‡ Valeur P de l'interaction Groupe par temps issue d'une analyse de variance par mesures répétées

§ Le groupe témoin devient le groupe expérimental 2 suite à une exposition à l'intervention.

Les critères d'inclusion des participants à l'étude étaient : être âgés de 55 ans et plus; vivre hors établissement; parler français et accepter de signer le formulaire de consentement.

Instruments de mesure et collecte des données

Pour mesurer les variables de cette étude, un questionnaire a été construit et prétesté. Il mesure les connaissances, les attitudes, le sentiment d'efficacité personnelle et les comportements de santé à l'égard des alternatives ou compléments à la médication : la gestion du stress, l'activité physique, l'alimentation, l'hygiène du sommeil et les situations de vie favorisant la santé mentale. Il documente aussi les attitudes du participant à l'égard du rôle du médecin dans la gestion de sa santé et de son rôle personnel dans l'autogestion de sa santé. La préparation de l'entrevue avec le médecin et le pharmacien est également mesurée.

S'ajoutent à ces informations, des données sur la fidélité au traitement médicamenteux, les caractéristiques sociodémographiques du participant, sa consommation de médicaments et sa perception vis-à-vis de son état de santé global.

Le questionnaire est en partie constitué d'échelles de mesure adaptées à partir d'échelles existantes mesurant le sentiment d'efficacité personnelle⁶, les attitudes⁷ et la fidélité au traitement médicamenteux⁸. Les résultats de la validation du questionnaire révèlent que la majorité des échelles retenues répondent aux normes de qualité sur le plan de la consistance interne (alpha de Cronbach supérieur à 0,60) et de la fidélité test-retest (corrélation intra-classe supérieure à 0,70). Les échelles qui ne répondaient pas à ces normes sont celles qui mesuraient l'activité physique, l'alimentation et l'hygiène du sommeil pour la consistance interne (alpha de Cronbach de 0,45 à 0,58) ainsi que celles qui mesuraient

l'activité physique, les situations de vie favorisant la santé mentale et le rôle du participant dans l'autogestion de sa santé pour la fidélité test-retest (corrélation intra-classe de 0,53 à 0,66). Ces échelles ont néanmoins été conservées; toutefois, elles ont fait l'objet d'une simplification, d'une clarification ou d'une reformulation avant leur utilisation dans la présente étude.

L'administration du questionnaire, par les infirmières animatrices, s'est tenue sur les lieux de rencontre des groupes.

Analyses

Le test de Student et la statistique du Chi-carré ont permis de comparer le groupe expérimental et le groupe témoin sur l'ensemble des variables à l'étude. Nous avons fait appel à deux types d'analyses multivariées pour la vérification des hypothèses, soit des analyses de variance par mesures répétées et des analyses de régres-

TABLEAU II

Vérification des hypothèses H5, H6, H7, H8

A) Concernant les analyses de régression linéaire multiple

Hypothèses de recherche (H)	Variables*	R ² Ajusté†	B ± SE‡	PS
Le sentiment d'efficacité personnelle prédit :				
H5 : Une meilleure préparation de l'entrevue avec le médecin	Sentiment d'efficacité personnelle		0,32 ± 0,07	0,001
	Années de scolarité		0,01 ± 0,02	0,010
	Sexe (femmes)		-0,39 ± 0,20	0,049
		0,10		0,0001
Une meilleure préparation de l'entrevue avec le pharmacien	Sentiment d'efficacité personnelle	0,12	0,43 ± 0,07	0,001
				0,0001
H6 : L'acquisition de comportements généraux d'autogestion de la santé	Sentiment d'efficacité personnelle	0,55	0,52 ± 0,03	0,001
				0,0001
H7 : L'acquisition de comportements spécifiques d'autogestion de la santé :				
- gestion du stress	Sentiment d'efficacité personnelle	0,45	0,54 ± 0,04	0,001
				0,0001
- activité physique	Sentiment d'efficacité personnelle		0,52 ± 0,05	0,001
	Sexe (hommes)		0,37 ± 0,15	0,015
		0,28		0,0001
- saines habitudes alimentaires	Sentiment d'efficacité personnelle	0,21	0,43 ± 0,05	0,001
				0,0001
- hygiène du sommeil	Sentiment d'efficacité personnelle		0,44 ± 0,07	0,001
	Années de scolarité		-0,01 ± 0,2	0,017
		0,25		0,0001
- situations de vie favorisant la santé mentale	Sentiment d'efficacité personnelle	0,37	0,53 ± 0,04	0,001
				0,0001

B) Concernant les analyses de régression logistique multiple

Hypothèses de recherche (H)	Variables*	χ ²	dl¶	B ± SE‡	PS
H8 : Le sentiment d'efficacité personnelle prédit une meilleure fidélité au traitement médicamenteux	Sentiment d'efficacité personnelle	1,77	4	-0,21 ± 60	0,730
					0,777

* Variables : le sentiment d'efficacité personnelle et les variables sociodémographiques (sexe, âge, nombre d'années de scolarité)

† R² ajusté : proportion de la variance expliquée

‡ B ± SE : coefficient et erreur type

§ P : degré de signification

|| χ² : test du Chi-carré

¶ dl : degré de liberté

sion. Les mêmes tests ont servi à comparer les personnes présentes aux trois temps de mesure à celles qui se sont retirées en cours de route. Le seuil de signification a été fixé à 0,05. Les analyses furent effectuées à l'aide du logiciel SPSS.

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon de départ (n : 563) est constitué de 84 % de femmes et de 16 % d'hommes. L'âge moyen du groupe est de 65 ans. Sur le plan de la scolarité, 60 % des participants ont fréquenté l'école secondaire. Enfin, 82 % des participants disent que leur santé est, en général, bonne ou excellente.

Sur le plan de la consommation de médicaments, 88 % des participants ont consommé un médicament prescrit ou recommandé par le médecin au cours de la journée précédant l'administration du questionnaire. La consommation moyenne est de trois médicaments par jour.

Sur l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et de consommation de médicaments des participants, seul l'âge distingue le groupe expérimental du groupe témoin au temps 1. À cet effet, le groupe expérimental est, en moyenne, plus âgé que le groupe témoin, soit 66,8 ans comparativement à 63,4 ans. C'est pourquoi l'âge a été contrôlé lors des analyses multivariées. Enfin, précisons que les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final (n : 288) sont comparables à celles de l'échantillon de départ (n : 563) pour l'ensemble des variables étudiées incluant l'âge.

Vérification des hypothèses de recherche

Nous abordons ici la vérification des hypothèses de recherche (H1 à H10) selon le modèle théorique utilisé et présenté au schéma 1. Les résultats obtenus sont présentés aux tableaux I et II.

Le tableau I indique que le programme a un impact immédiatement après l'inter-

vention sur le sentiment d'efficacité personnelle, les connaissances, les attitudes d'autogestion de la santé et les comportements de santé et de soins des participants. Une année après l'intervention, ces comportements sont maintenus ou parfois améliorés.

Le tableau II démontre l'effet prédictif du sentiment d'efficacité personnelle sur les comportements de santé et de soins des participants. Nous formulons l'hypothèse que l'absence d'effet sur la fidélité au traitement médicamenteux (H8) est due au fait que les questions n'étaient pas assez spécifiques.

DISCUSSION

La présente étude paraît contributive aux plans scientifique, individuel, social et socioéconomique.

Sur le plan scientifique, l'étude confirme ce que d'autres études^{9,10} ont démontré, à savoir que ce type de programme d'éducation à la santé améliore de manière signi-

ficative les comportements favorables à la santé. Elle confirme également que les nouveaux comportements de santé se maintiennent un an après la fin de l'intervention. De plus, l'étude met en évidence que l'impact du programme sur les comportements de santé est médiatisé par le sentiment d'efficacité personnelle. Ce résultat va dans le même sens que d'autres études^{11,12} qui constatent que les programmes d'autogestion à la santé ont de meilleures chances d'atteindre leurs objectifs s'ils concentrent leurs efforts sur le rehaussement du sentiment d'efficacité personnelle.

Sur le plan individuel, l'étude démontre qu'il est possible, par un programme d'éducation à la santé, d'amener une personne de 55 ans ou plus à acquérir de nouvelles connaissances; à adopter des attitudes positives quant au rôle qu'elle devrait jouer dans le maintien de sa santé; à mieux préparer les entrevues avec son médecin et son pharmacien et à améliorer ses comportements de santé à l'égard de la gestion du stress, de l'activité physique, de l'alimentation et de l'hygiène du sommeil.

Sur le plan social, ces résultats viennent confirmer les recommandations des Nations Unies et de l'Organisation mondiale de la santé quant à l'importance et à la possibilité de maintenir la vie durant, et donc même au grand âge, des activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé^{13,14}.

Sur le plan socioéconomique, nous croyons que l'impact positif du programme à l'étude sur les comportements de santé et de soins des participants peut diminuer le recours aux services de santé et les coûts afférents. Selon certains auteurs, c'est dans la population des aînés et des pré-aînés que l'efficacité des interventions de promotion de la santé est maximale à l'égard des maladies chroniques et dégénératives¹⁵.

À la suite de l'évaluation, et selon les témoignages recueillis lors de rencontres de groupes, on peut affirmer que les résultats ne sont pas uniquement significatifs au plan statistique, mais qu'ils ont un réel impact dans la vie des participants.

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées : stratégie d'action, Québec, Gouvernement du Québec, 1994.
2. World Health Organization. *Health Education on Self-Care: Possibilities and Limitations*, Geneva, 1983.
3. Leclerc C, Kouri K. L'autogestion de la santé chez les personnes âgées. *Vie et Vieillesse* 2002;1(1):75-81.
4. Collette C. Effet d'un programme de formation offert aux infirmières et infirmiers responsables de personnes incontinentes, Sherbrooke, Mémoire présenté à la Faculté des lettres et sciences humaines en vue de l'obtention du grade de maîtrise es arts (MA) en gérontologie, Université de Sherbrooke, 2001.
5. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Rev* 1997;84(2):191-215.
6. Lev L, Owen SV. A measure of self-care, self-efficacy. *Nurs Health* 1996;19:421-29.
7. Osgood CE, Suci GJ, Tannenbaum PH. *The Measurement of Meaning*. Urbana, IL: University of Illinois Press, 1957.
8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1996;24(2):7-74.
9. Benson L, Nelson EC, Napps SE, Roberts E, Kane-Williams E, Travis Salisbury Z. Evaluation of the Staying Healthy After Fifty Educational Programs: Impact on course participants. *Health Educ Q* 1989;16(4):485-508.
10. Hickey T, Sharpe PA, Wolf FM, Robins LS, Wagner MB, Harik W. Exercise participation in a frail elderly population. *J Health Care Poor Underserved* 1996;7(3):219-31.
11. Wallace JI, Buchner DM, Grothaus L, Leveille S, Tyll L, LaCroix AZ, Wagner EH. Implementation and effectiveness of a community-based health promotion program for older adults. *J Gerontol: Med Sci* 1998;53A(4):301-6.
12. Fries JF, Harrington H, Edwards R, Kent LA, Richardson N. Randomized controlled trial of cost reductions from a health education program: The California Public Employees Retirement System Study. *Am J Health Promot* 1994;8(3):216-23.
13. Nations Unies. Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement. Madrid, 8 au 12 avril, 2002.
14. Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. La première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986.
15. Fries JF, Green LW, Levine S. Health promotion and the compression of morbidity. *Lancet* 1989;481-83.

Reçu : 13 juillet 2006

Accepté : 3 novembre 2006

ABSTRACT

Objective: Assess the impact of the health education program *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* [prescription drugs: yes... no... maybe!] on the adoption of self-care behaviours and the proper use of prescription drugs in people aged 55 and older. This assessment is based on the theory of self-efficacy.

Method: Longitudinal study conducted with 563 participants. A pre-test/post-test type quasi-experimental research plan using offset groups with a control group was selected to determine the impact of the program. The data were collected via a questionnaire prior to the intervention, immediately following the intervention and one year later.

Results: The study revealed that the program improves participants' knowledge regarding certain physiological phenomena and health issues associated with aging. It modifies their attitudes as health care users, enhances their sense of self-efficacy with respect to health behaviours, improves their level of preparation for interviews with the physician and pharmacist, and fosters the adoption of alternative health behaviours to complement or replace prescription drugs: stress management, physical activity, a healthy diet and sleep regimen.

Conclusion: Our study shows the program's short- and long-term impact on the health behaviours of participants.

Key Words: Health education; health behaviour; efficacy; program; elderly person; prescription drug use