

Service de l'évaluation des technologies et  
des modes d'intervention en santé (ETMIS)

---

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## ENQUÊTE AUPRÈS DES PREMIERS MÉDECINS DE FAMILLE AYANT FAIT APPEL AU SERVICE AVIS D'EXPERTS EN DOULEUR CHRONIQUE

*Préparé par*

Simon Deblois

Luigi Lepanto

Août 2015



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par le Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Ce document est également offert en format PDF sur le site Web du CHUM.

Auteurs : Simon Deblois, M.A., M. Sc.  
Luigi Lepanto, M.D., M. Sc., FRCP (C)

Pour se renseigner sur cette publication ou sur toute autre activité du Service de l'ETMIS, s'adresser au :

Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS)  
Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de la planification stratégique (DQEPPS)  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
Pavillon S, bureau S05-322A  
850, rue Saint-Denis  
Montréal (Québec) H2X 0A9  
Téléphone : 514 890-8000, poste 36132  
Télécopieur : 514 412-7460  
Courriel : detmis.chum@ssss.gouv.qc.ca

Comment citer ce document :

« Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS). Centre hospitalier de l'Université de Montréal. *Enquête auprès des premiers médecins de famille ayant fait appel au service Avis d'experts en douleur chronique*. Préparé par Simon Deblois et Luigi Lepanto. Août 2015 ».

ISBN 978-2-89528-103-0

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>3</b>
<b>MISSION</b> .....	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>6</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>7</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>8</b>
<b>ACRONYMES</b> .....	<b>9</b>
<b>1 INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
<b>2 DESCRIPTION DU SERVICE</b> .....	<b>10</b>
2.1 Objectifs .....	10
2.2 Clientèle cible.....	10
2.3 Modèle causal de la problématique que l’implantation du Service vise à résoudre.....	10
2.4 Modèle logique opérationnel.....	12
2.4.1 Contexte et structure du Service .....	12
2.4.2 Processus .....	12
2.4.3 Objectifs de production.....	13
<b>3 MÉTHODOLOGIE DU SONDAGE</b> .....	<b>16</b>
3.1 Cadre logique de l’enquête .....	16
<b>4 RÉSULTATS</b> .....	<b>19</b>
<b>5 DISCUSSION</b> .....	<b>23</b>
<b>6 CONCLUSION</b> .....	<b>23</b>
<b>7 RÉFÉRENCES</b> .....	<b>24</b>
<b>ANNEXE A – QUESTIONNAIRE – DOULEUR CHRONIQUE (PARTIE A)</b> .....	<b>27</b>
<b>ANNEXE B – QUESTIONNAIRE – DOULEUR CHRONIQUE (PARTIE B)</b> .....	<b>32</b>

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 - Modèle causal de la problématique .....	11
Figure 2 - Modèle logique opérationnel du Service .....	15
Figure 3 - Théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié .....	17
Figure 4 - Motifs qui ont amené les médecins de famille à utiliser le Service .....	19
Figure 5 - Résultats de la consultation .....	20
Figure 6 - Perceptions à l'égard d'interventions complémentaires aux consultations téléphoniques .....	20
Figure 7 - Bénéfices perçus de l'intervention .....	21
Figure 8 - Satisfaction à l'égard du Service.....	22
Figure 9 - Effets perçus du Service.....	22
Tableau 1 - Objectifs de l'enquête et concepts mesurés.....	18

## MISSION

---

Le Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) a pour mission de conseiller les décideurs du CHUM dans leurs choix de technologies et de modes d'intervention en santé, en basant sa méthodologie sur les données probantes, les pratiques les plus efficaces dans le domaine de la santé et l'état des connaissances actuelles. En outre, en conformité avec la mission universitaire du CHUM, il travaille à diffuser les connaissances acquises au cours de ses évaluations, tant au sein de la communauté du CHUM qu'à l'extérieur, contribuant ainsi à l'implantation d'une culture d'évaluation et d'innovation.

En plus de s'associer aux médecins, aux pharmaciens, aux membres du personnel infirmier et aux autres professionnels du CHUM, le Service de l'ETMIS travaille de concert avec la communauté de pratique. Cette dernière est composée des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé des autres centres hospitaliers universitaires, de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ainsi que du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUIS de l'UdeM).

Le Service de l'ETMIS participe également au processus permanent d'amélioration continue de la performance clinique. Il travaille de concert avec l'équipe de la gestion de l'information à élaborer des tableaux de bord, permettant une évaluation critique et évolutive des secteurs d'activités cliniques. Le Service de l'ETMIS propose des pistes de solution, contribuant à accroître leur performance par une analyse des données probantes et des lignes directrices cliniques, de même que des pratiques exemplaires. Cette démarche est réalisée en collaboration avec les gestionnaires (administratifs et cliniques).

### **Divulgence de conflit d'intérêts**

Aucun conflit à signaler

## REMERCIEMENTS

---

Le Service de l'ETMIS souhaite remercier la D<sup>re</sup> Aline Boulanger, chef du Service d'algologie du CHUM et M<sup>me</sup> Lucie Beauregard, experte-conseil pour le soutien aux établissements du RUIS de l'Université de Montréal, pour leur participation à la validation du devis de l'enquête et des questionnaires de sondage, ainsi que M<sup>me</sup> Nicole Tremblay, gestionnaire de projets, et M. Eduardo Hernandez-Hurtado, agent de recherche au RUIS de l'Université de Montréal, pour leur participation à la collecte et la mise en forme des données présentées dans ce rapport.

## RÉSUMÉ

---

Ce rapport présente les résultats d'une consultation effectuée auprès des premiers médecins de famille ayant sollicité le service Avis d'experts. De plus, il en décrit la méthodologie de façon approfondie. Ce service permet à un médecin de famille de consulter par téléphone un médecin spécialiste en douleur chronique afin d'obtenir une expertise dans le traitement d'une pathologie ou un avis ciblant un patient en particulier. Il a été lancé en janvier 2013 par le Service d'algologie de l'établissement conjointement avec le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal.

Un premier questionnaire de sondage a été soumis aux demandeurs dans les jours suivant leur consultation. Un second leur a été transmis trois mois après la consultation initiale, afin d'apprécier les effets de la consultation sur leur pratique clinique, tels qu'ils les perçoivent. L'enquête s'est déroulée de janvier 2013 à mai 2014. Au cours de cette période, 26 médecins de famille ont utilisé le Service, dont 11 ont répondu au premier questionnaire et huit au second.

Il se dégage de ces résultats que la satisfaction des médecins de famille est élevée et que leur perception des consultations offertes par les médecins spécialistes est favorable. Ces médecins estiment notamment que ces consultations peuvent favoriser le transfert des connaissances des médecins spécialistes aux médecins de famille et favoriser le maintien de la prise en charge des patients atteints de douleur chronique par les médecins de famille.

L'échantillon très restreint n'a pas permis de tirer de conclusions validées statistiquement. Une nouvelle étude, fondée sur un échantillon plus vaste, permettrait d'analyser de façon plus approfondie la perception des médecins ainsi que les retombées sur la pratique clinique et la prise en charge des patients.

Au cours de ses 16 premiers mois d'activité, le Service a reçu moins de demandes de consultation que prévu. Une campagne de communication pourrait contribuer à faire mieux connaître le service. En outre, en conformité avec les besoins exprimés par les médecins de famille lors de la consultation, des discussions de cas pourraient être organisées par les médecins spécialistes à leur bénéfice en milieu clinique. Enfin, une communauté de pratique pourrait être mise sur pied. Ces interventions complémentaires pourraient contribuer à améliorer la prise en charge des patients atteints de douleur chronique par leur médecin de famille et contribuer à pérenniser le service Avis d'experts.

## SUMMARY

---

This report presents the results of a survey of family physicians using an expert consulting service. The methodology of the survey is also described in detail. The service allowed family physicians to consult by telephone a specialist in chronic pain so as to obtain guidance regarding treatment of a given pathology or an opinion concerning a specific patient. This program has been launched in January 2013 by the Department of Algology, jointly with the expert center in the management of chronic pain (CEGDC) of the University of Montreal integrated health network (RUIS).

A questionnaire has been administered to the requesting physicians a few days after their initial consultation, as well as three months later, to obtain their assessment of the perceived impact on their clinical practice. The survey has been performed between January 2013 and May 2014. A total of 26 family physicians have been contacted. Eleven physicians have responded to the first questionnaire, and eight responded to the second questionnaire.

The respondents were very satisfied with the service and had a positive appreciation of the advice given by the consulting specialists. The respondents felt that this service facilitated knowledge transfer and helped promote appropriate management of patients suffering from chronic pain by family physicians.

The sample size is too small to allow statistically validated conclusions and a study with a greater number of respondents would be necessary to further analyze physicians' perceptions as well as the impact on clinical care and patient management.

Use of the consultation service has been lower than expected in the first 16 months of operation. An improved communication strategy might help make the medical community more aware of the service. The survey identified a desire by family physicians for the organization of conferences to discuss clinical cases. The creation of a community of practice has been also suggested. These complementary activities could improve the management of patients with chronic pain by family physicians and ensure the continuation of this consulting service.



## ACRONYMES

---

CEGDC	Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CRI	Clinique-réseau intégrée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ETMIS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
GMF	Groupe de médecine de famille
MF	Médecin de famille
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SEP	Sentiment d'efficacité personnelle

# 1 INTRODUCTION

Le Service de l'ETMIS du CHUM a été mandaté afin de soutenir le Service d'algologie de l'établissement et le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal dans le développement de son service Avis d'experts. Ce service permet à un médecin de famille de consulter par téléphone un médecin spécialiste en douleur chronique, afin d'obtenir une expertise dans le traitement d'une pathologie ou un avis ciblant un patient en particulier.

À cette fin, une revue systématique portant sur les services de consultation permettant à un médecin de première ligne d'obtenir un avis d'un médecin spécialiste pour le suivi de ses patients ou pour obtenir une recommandation thérapeutique d'ordre plus général a d'abord été produite [1]. Celle-ci avait pour objectif de soutenir le développement continu du service Avis d'experts (ci-après « le Service »). De plus, un sondage a été effectué auprès des premiers demandeurs afin d'apprécier leur niveau de satisfaction à l'égard du Service et la mesure dans laquelle la ou les consultations avec le ou les médecins spécialistes ont eu un effet sur leur pratique auprès de patients atteints de douleur chronique. La revue systématique a également inspiré la rédaction du devis et des questionnaires de ce sondage.

Il convient de noter que les faits saillants se dégageant de cette consultation ont déjà été présentés par affiche dans deux congrès en octobre 2014, l'un à Montréal et l'autre à Buenos Aires [2, 3]. Le présent rapport a pour objectif d'en décrire la méthodologie et d'en analyser les résultats de façon plus approfondie.

## 2 DESCRIPTION DU SERVICE

Le Service a été lancé à titre pilote en janvier 2013. Il a été élaboré par des experts en algologie du CHUM, conjointement avec le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du RUIS de l'Université de Montréal (CEGDC).

La mise sur pied du Service vise à répondre à un besoin exprimé par les médecins de famille pour un soutien leur permettant de répondre plus efficacement aux besoins des patients souffrant de douleur chronique.

### 2.1 Objectifs

Les objectifs du Service sont les suivants :

- Favoriser l'intégration d'une meilleure prise en charge de la douleur chronique en première ligne.
- Maintenir la prise en charge du médecin de famille et de son rôle d'intervenant principal auprès du patient.
- Utiliser les ressources de façon plus efficiente en favorisant la prévention de la chronicité.

### 2.2 Clientèle cible

La clientèle cible du Service est composée des médecins de première ligne pratiquant sur le territoire du RUIS de l'Université de Montréal nécessitant l'avis d'experts dans le traitement de la douleur chronique. L'équipe d'implantation souhaite dans un premier temps en restreindre l'accès aux médecins de famille pratiquant sur le territoire de l'île de Montréal couvert par le RUIS de l'Université de Montréal, soit essentiellement l'est de l'île.

### 2.3 Modèle causal de la problématique que l'implantation du Service vise à résoudre

Dans son rapport datant de 2006 portant sur la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a décelé le manque de communication entre les professionnels de la santé et les niveaux de soins comme une constante dans

plusieurs des réseaux de santé analysés [4]. Les activités de communication y sont décrites comme des processus affectant le résultat des interventions thérapeutiques en douleur chronique. [4]. En outre, la formation continue des professionnels de la santé y apparaît comme un élément essentiel d'un traitement optimal des patients souffrant de douleur chronique [4].

Selon Horner et al., les médecins spécialistes et les médecins de première ligne ont aujourd'hui moins d'occasions d'échanger de manière informelle avec des médecins spécialistes [5]. Selon ces auteurs, les médecins de première ligne passent moins de temps à l'hôpital, où ces échanges prenaient forme traditionnellement. Dans ce contexte, l'intervention proposée trouve une pertinence accrue.

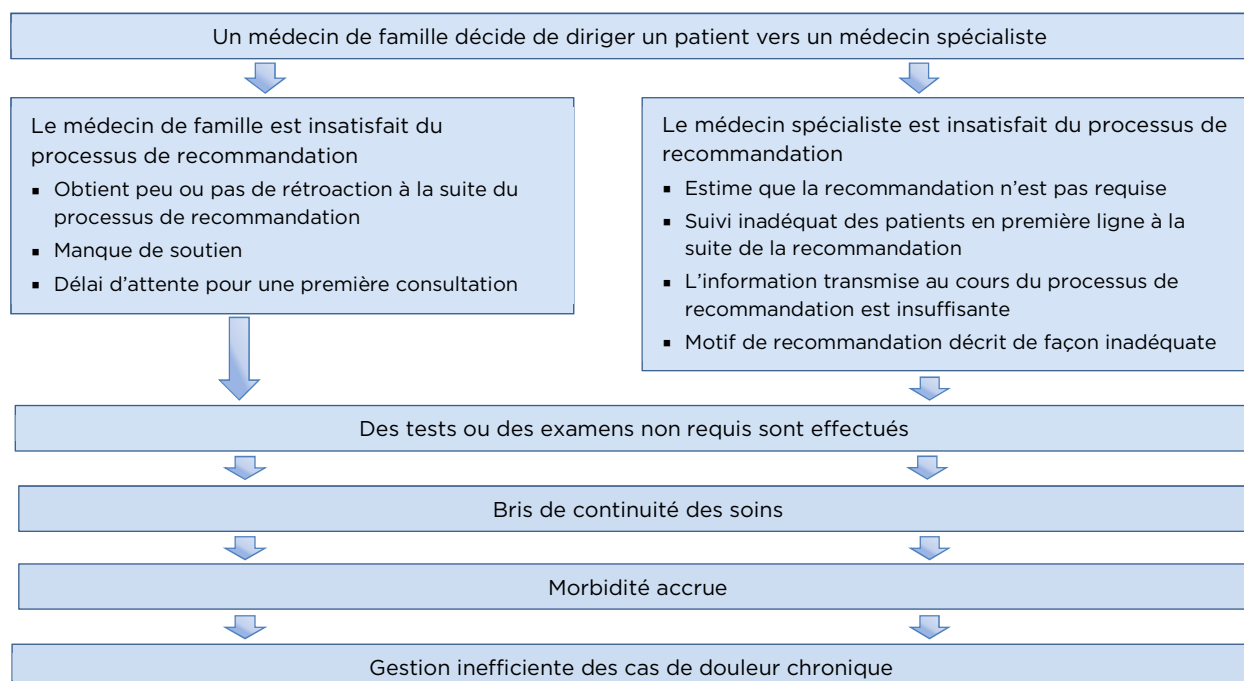
L'implantation du Service vise à améliorer la gestion des cas de douleur chronique en première ligne en appuyant les médecins de famille dans le suivi de leurs patients atteints de douleur chronique, dans un contexte où la communication avec les médecins spécialistes est parfois difficile. Elle vise à pallier une communication sous-optimale entre les médecins spécialistes et les médecins de famille.

Le modèle causal du problème que le Service vise à résoudre peut être décrit comme suit : un médecin de famille prend la décision de diriger un patient vers un médecin spécialiste agissant à titre de consultant-expert en douleur chronique. Le médecin de famille et le médecin spécialiste sont insatisfaits à l'égard du processus de recommandation habituel et de l'information clinique qu'ils partagent, qui peut comporter des renseignements non structurés [5].

Le médecin spécialiste peut estimer que la recommandation n'est pas requise, que l'information clinique transmise au cours du processus de recommandation est insuffisante, que le motif de recommandation n'est pas décrit de façon satisfaisante [5], ou que le patient n'est pas pris en charge de façon adéquate en première ligne à la suite d'une recommandation, faute de ressources [6].

Enfin, le médecin de famille peut obtenir peu ou pas de rétroaction de la part du médecin spécialiste à la suite du processus de recommandation [5] ou juger que le délai pour obtenir une première consultation est très long [6]. Selon Epstein, les vices de communication contribuent à augmenter la morbidité, en diminuant la continuité des soins [Epstein 1995, cité par 5].

**Figure 1 - Modèle causal de la problématique**



## 2.4 Modèle logique opérationnel

La figure qui suit décrit le modèle logique du Service. Sa structure est inspirée du cadre proposé par Champagne et al. pour modéliser les interventions de santé [7].

Les éléments relatifs au contexte et à la structure de l'intervention, ses processus et ses objectifs de production sont tirés du projet d'offre de service produit en collaboration avec la D<sup>re</sup> Aline Boulanger, de la clinique antidouleur du CHUM, et des membres du Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) du RUIS de l'Université de Montréal [8]. Les résultats attendus ont été déterminés par l'équipe d'implantation du Service. Certains d'entre eux sont appuyés par quelques études pertinentes. Ces études seront citées au cours de la présentation des résultats attendus de l'intervention<sup>1</sup>.

### 2.4.1 Contexte et structure du Service

#### Caractéristiques de la clientèle

Le Service cible les médecins de famille pratiquant dans les CSSS de l'île de Montréal situés sur le territoire couvert par le RUIS de l'Université de Montréal, sollicitant l'expertise de médecins spécialistes provenant d'établissements membres du CEGDC du même RUIS.

Les patients atteints de douleur chronique suivis par ces médecins ne sont pas appelés à participer directement aux consultations.

#### Caractéristiques structurelles

La structure du service repose sur les composantes suivantes :

- Les médecins spécialistes agissant à titre de consultants et les médecins de famille à titre de demandeurs.
- Le CEGDC du RUIS effectuant le suivi de la mise en œuvre du service, en collaboration avec les six établissements membres. Dans le cadre du projet pilote, les médecins spécialistes agissant à titre de consultants proviendront tous du CHUM. Les autres établissements membres du CEGDC pourraient être mis à contribution ultérieurement.
- Le cadre réglementaire prescrit par les lois provinciales et fédérales régissant l'exercice de la pratique médicale et la rémunération des médecins.
- Les recommandations cliniques prescrites par les guides de pratique en soins aux patients atteints de douleur chronique.
- Les recommandations du Collège des médecins du Québec en ce qui a trait à l'usage de la téléconférence.

### 2.4.2 Processus

Trois principaux mécanismes ont été mis sur pied pour appuyer le déroulement de l'intervention. Ces mécanismes sont les suivants :

- Le secrétariat du Service est composé d'un agent administratif chargé de fixer des rendez-vous entre les médecins consultants et les demandeurs, et d'une boîte vocale permettant aux demandeurs de déposer un message afin d'obtenir un rendez-vous avec un médecin consultant.

---

<sup>1</sup> Voir page 10.

- Un formulaire de demande devant être rempli par le demandeur préalablement à sa consultation avec le médecin consultant. Ce formulaire permet d'inscrire des renseignements généraux et cliniques. Le demandeur peut y accéder soit par Internet (site du CEGDC) ou l'obtenir par télécopieur en faisant la demande en laissant un message dans la boîte vocale du Service. Une fois le formulaire rempli, le demandeur télécopie le formulaire à la clinique antidouleur du CHUM à un numéro désigné par le Service.
- Des outils d'information peuvent être transmis aux demandeurs de façon complémentaire (liste de références bibliographiques, documents destinés aux patients).

Un médecin de famille transmet une demande de consultation au Service en laissant un message dans la boîte vocale. Il transmet également au Service le formulaire administratif contenant les renseignements généraux et cliniques pertinents à la consultation.

Cette demande est traitée par un agent administratif du CEGDC qui rappelle l'agent administratif du demandeur pour fixer un rendez-vous, en tenant compte des disponibilités des médecins spécialistes agissant à titre de consultants et du médecin de famille (demandeur).

L'agent administratif transmet au médecin consultant une liste de rendez-vous se rapportant à une plage horaire de consultations, accompagnée des formulaires administratifs contenant les renseignements requis.

### **2.4.3 Objectifs de production**

L'équipe responsable du Service s'est donné trois principaux objectifs de production, soit :

- Améliorer la prise en charge de la douleur chronique en première ligne.
- Maintenir la prise en charge du médecin de famille en tant qu'intervenant principal.
- Favoriser la prévention de la chronicité (objectif à long terme).

### **Résultats attendus**

Tels qu'évoqués précédemment, les résultats attendus ont été déterminés par l'équipe d'implantation du Service. Une analyse de la littérature spécialisée portant sur des interventions similaires au service Avis d'experts a permis d'associer certains de ces résultats à chacun de ces objectifs [1]. Ces résultats sont décrits ci-après.

#### **Améliorer la prise en charge de la douleur chronique en première ligne**

Quelques-unes des études pertinentes indiquent que des services de consultation similaires au Service peuvent contribuer à rendre la gestion des soins plus efficace en réduisant l'emploi des services spécialisés et des services d'urgence [9-11]. Ils peuvent aussi contribuer à trouver rapidement des solutions de soins, à améliorer la continuité des soins et à favoriser une concertation accrue entre les médecins de première ligne et les médecins spécialistes [9, 11, 12].

De plus, ces services peuvent contribuer à l'adoption par les médecins de première ligne de pratiques cliniques appuyées par les preuves, et même à améliorer la qualité des diagnostics [9] et favoriser le transfert des connaissances entre les médecins spécialistes et les médecins de première ligne [9, 13]. L'intensité de la participation du médecin spécialiste aux traitements tend à avoir un effet proportionnel sur l'adoption de pratiques cliniques fondées sur les preuves par les médecins de première ligne [12].

L'effet d'interventions semblables au Service sur le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) des demandeurs a été mesuré dans deux études [14, 15]. Ces études démontrent que ce type d'intervention peut avoir un effet significatif sur le SEP des médecins de première ligne dans la prestation des soins ciblés.

## Maintenir la prise en charge du médecin de famille en tant qu'intervenant principal

Tel qu'évoqué précédemment, il a été démontré dans des études de qualité variable que des interventions semblables au Service peuvent contribuer à réduire l'utilisation des services spécialisés et des services d'urgence. Cependant, il pourrait être intéressant d'apprécier plus spécifiquement l'effet du Service sur le nombre de patients traités en clinique de la douleur, à moyen ou long terme. Un tel projet d'évaluation dépasse l'étendue de la présente consultation. Par ailleurs, ces dimensions pourraient faire l'objet un projet de plus grande envergure.

## Favoriser la prévention de la chronicité

De Cruppé et al. font état de l'effet des services de consultation sur les pratiques cliniques préventives par les médecins de première ligne [16]. Ils ont observé que les médecins de famille du groupe d'intervention ont davantage utilisé des thérapies et des approches préventives comme la relaxation, la psychothérapie et les médecines douces, telles que prescrites par des psychiatres-consultants [16].

Les demandeurs qui participeront à l'évaluation de l'implantation du Service ont été sondés quant à leur **perception** de l'effet de l'intervention sur les trois résultats suivants :

- Intégration de pratiques cliniques préventives par les médecins de famille.
- Prise en charge accrue de la maladie par le patient.
- Réduction de la demande de services médicaux.

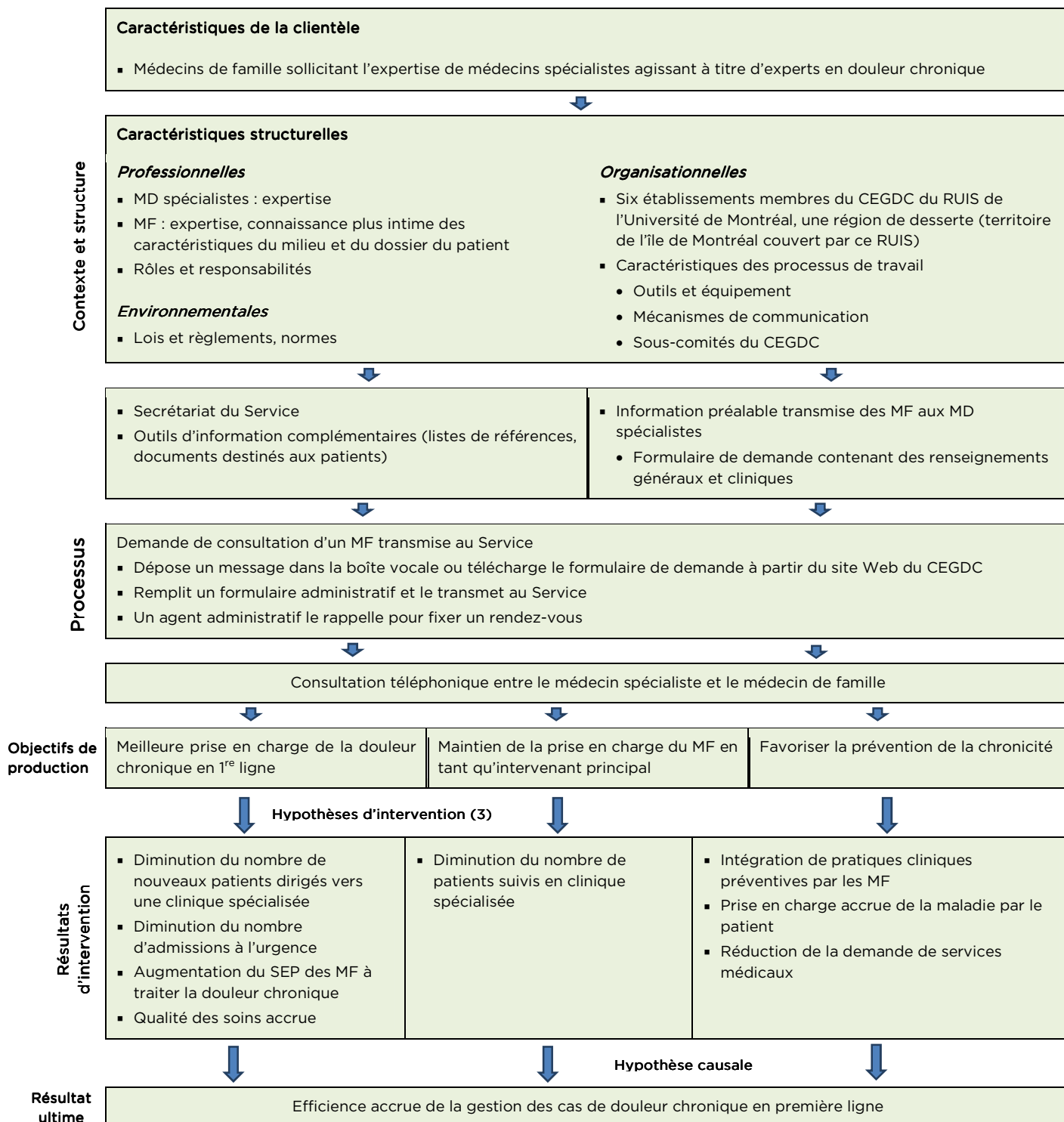
## Hypothèses d'intervention et hypothèses causales

L'étude visera à valider les hypothèses découlant des objectifs de l'intervention. Ces hypothèses sont les suivantes :

- **Hypothèse d'intervention 1** : Une meilleure prise en charge de la douleur chronique en première ligne se traduira par une diminution du nombre de cas provenant de la région participant à l'étude dirigés vers une clinique spécialisée, une diminution du nombre d'admissions à l'urgence, une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle des demandeurs à traiter la douleur chronique, et une qualité des soins accrue.
- **Hypothèse d'intervention 2** : Le maintien de la prise en charge du médecin de famille en tant qu'intervenant principal se traduira par une diminution du nombre de cas provenant de la région participant à l'étude en clinique spécialisée.
- **Hypothèse d'intervention 3** : La prévention de la chronicité se traduira par une intégration de pratiques cliniques préventives par les demandeurs, une prise en charge accrue de la maladie par les patients, et une réduction de la demande de services médicaux.

L'hypothèse causale stipule que les huit résultats d'intervention attendus se traduiront par une gestion plus efficiente de la douleur chronique en première ligne.

Figure 2 - Modèle logique opérationnel du Service



### 3 MÉTHODOLOGIE DU SONDAGE

Une enquête par sondage a été effectuée afin d'apprécier le niveau de satisfaction des demandeurs à l'égard du Service et l'effet des consultations avec les médecins spécialistes, tels qu'ils le perçoivent.

Un devis d'expérimentation invoquée [17] de type xO1O2 a été appliqué. Celui-ci comporte la structure suivante :

x	O1	O2
T1	T2	T3

ou celle-ci :

- **T1** : Le demandeur consulte l'expert en douleur chronique au sujet d'un patient spécifique ou pour obtenir des renseignements sur le traitement de la douleur chronique.
- **T2** : Le Questionnaire A est transmis au demandeur suivant l'entrevue téléphonique dans le but d'apprécier sa satisfaction à l'égard du service reçu, dans les heures ou les jours suivant la consultation.
- **T3** : Le Questionnaire B est transmis au demandeur trois mois après l'entrevue téléphonique, dans le but d'apprécier l'effet du service sur sa pratique clinique tel qu'il le perçoit.

#### 3.1 Cadre logique de l'enquête

L'étude a été réalisée en deux volets. Un premier questionnaire (partie A) visant à apprécier le niveau de satisfaction des demandeurs leur a été soumis dans les jours suivant la consultation. Un second questionnaire (partie B) leur a été administré trois mois après la consultation. Ce second questionnaire avait pour principal objectif d'apprécier l'effet perçu par les demandeurs de la consultation sur leur pratique. De plus, une section de ce questionnaire avait pour objectif d'apprécier la volonté des répondants à l'effet de participer à un projet de communauté de pratique en douleur chronique.<sup>2</sup>

Quelques questions sociodémographiques ont été inscrites à la fin du premier questionnaire, Ces questions visaient à obtenir des données portant sur le type de milieu dans lesquels pratiquent les répondants, la date à laquelle ils ont obtenu leur permis de pratique, le nombre d'heures qu'ils consacrent à leur pratique et leur quart de travail habituel.

L'enquête visait à permettre de mieux comprendre les opinions et les préférences ayant un effet sur la décision des médecins de famille d'adopter ou non les recommandations thérapeutiques fournies par les médecins spécialistes agissant auprès d'eux en tant qu'experts dans le cadre du Service. Il est souhaité que l'adoption des recommandations thérapeutiques contribue à les rendre plus à même de traiter les problèmes de douleur chronique de leurs patients, à moins les diriger vers une clinique spécialisée, à faire usage de pratiques cliniques préventives qui contribuent à une meilleure gestion par les patients de leur état de santé, et à diminuer la demande de services médicaux.

La structure de l'enquête est inspirée de la théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié d'Ajzen et Fishbein [18]. Plusieurs des questions sont inspirées de publications recensées dans le rapport produit par le Service de l'ETMIS du CHUM en 2013 [1].

La théorie d'Ajzen et Fishbein a été retenue compte tenu de sa robustesse et de sa pertinence, vu les objectifs de l'intervention et de l'évaluation d'implantation. Elle propose un modèle visant à expliquer un comportement. Elle vise à prédire l'intention d'un individu d'effectuer un comportement à partir de la mesure de trois variables principales, soit les attitudes et les croyances expérientielles et instrumentales, les normes subjectives, et les croyances liées au contrôle perçu.

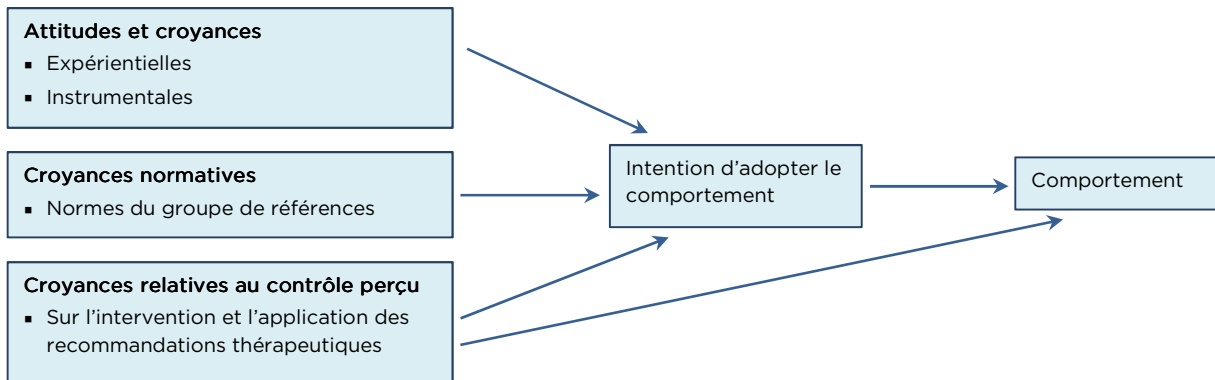
---

<sup>2</sup> Questionnaire B, section 4, page 34.



La figure 3 décrit le modèle comportemental que propose cette théorie.

**Figure 3 - Théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié<sup>3</sup>**



Les questionnaires ont été conçus de façon à permettre de colliger et d'analyser les données sur les opinions et préférences des répondants se rapportant aux quatre types de croyances et attitudes du modèle d'Ajzen et Fishbein, afin de mieux comprendre les facteurs susceptibles d'avoir un effet sur la décision d'adopter ou non les recommandations thérapeutiques formulées par les médecins spécialistes.

L'analyse de ces croyances et attitudes pourrait permettre de concevoir un modèle comportemental permettant d'expliquer la décision des médecins de famille d'adopter ou non ces recommandations thérapeutiques. Ce modèle comportemental pourrait être testé dans le cadre d'une nouvelle enquête pouvant être réalisée ultérieurement, si cela est souhaité.

Le tableau ci-après décrit les objectifs qui se rapportent à l'évaluation des composantes de la théorie d'Ajzen et Fishbein, les concepts mesurés, les sections correspondantes dans chacun des deux questionnaires et la justification empirique ou théorique.

---

<sup>3</sup> Inspiré de [18-19].

Tableau 1 – Objectifs de l'enquête et concepts mesurés

OBJECTIF D'ÉVALUATION	CONCEPT MESURÉ	SECTION CORRESPONDANTE	JUSTIFICATION EMPIRIQUE OU THÉORIQUE
Appréciation des <b>croyanances et attitudes expérientielles</b> des médecins de famille ayant fait appel au Service à l'égard des soins aux patients atteints de douleur chronique	Croyances et attitudes	Partie A : sections 1 à 3 Partie B : sections 1 et 2	Influencent l'adoption de certains comportements [18]  La formulation des questions est inspirée notamment de [12]
Appréciation des <b>croyanances et attitudes instrumentales</b> des médecins de famille ayant fait appel au Service à l'égard des soins aux patients atteints de douleur chronique	Croyances et attitudes	Partie B : section 3	Influencent l'adoption de certains comportements [18]  La formulation des questions est inspirée de [19, 20]
Appréciation des <b>croyanances normatives</b> influençant le contexte de la consultation et l'application des recommandations thérapeutiques	Croyances et attitudes (normes perçues du groupe de référence)	Partie A : section 2	Influencent l'adoption de certains comportements [18]  La formulation des questions est inspirée de [21]
Appréciation du <b>contrôle perçu</b> par les médecins de famille sur la consultation et l'application des recommandations thérapeutiques	Contrôle perçu sur l'intervention et l'application des recommandations thérapeutiques  Inclut une question permettant d'apprécier le sentiment d'efficacité personnelle des MF à traiter des patients atteints de douleur chronique  SEP : Désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières [22]	Partie A : sections 2 et 3 Partie B : section 3	Influencent l'adoption de certains comportements [18]  La formulation des questions liées à la satisfaction est inspirée de [13, 15, 20, 23-25]
<b>Appréciation de la satisfaction</b> des médecins de famille ayant fait appel au Service à son égard		Partie A : section 3	La formulation des questions liées à la satisfaction est inspirée de [15, 25]

### Période de l'enquête

L'enquête s'est déroulée de janvier 2013 à mai 2014. Tous les médecins de famille ayant utilisé le Service durant cette période ont été invités à y participer.

### Méthodes de collecte et d'analyse des données

L'enquête a été administrée par Internet à l'aide du site canadien *FluidSurveys*<sup>tm</sup>. Les données brutes ont été colligées à l'aide de ce site, puis extraites et mises en forme à l'aide du logiciel *Microsoft Excel*<sup>MC</sup>.

Le faible échantillon de répondants n'a pas permis d'effectuer d'analyse de corrélation. Cette dernière aurait contribué à expliquer l'effet du Service sur la pratique clinique des répondants, tel que perçu par eux. Ainsi, les données ont été analysées de façon descriptive.

## 4 RÉSULTATS

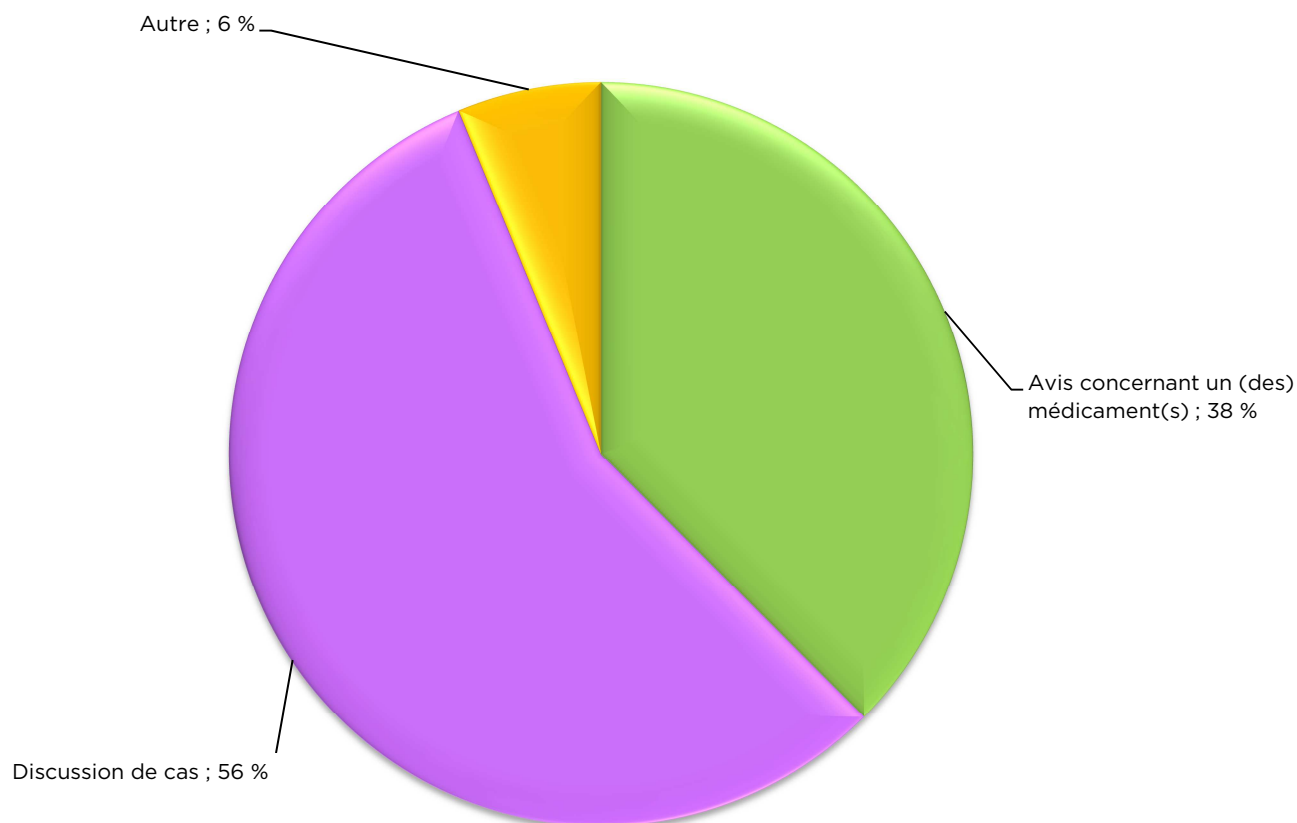
Le Service a reçu 36 appels de 26 médecins de famille pendant la période de l'enquête. Onze d'entre eux ont accepté de remplir le premier questionnaire. Huit ont rempli le second trois mois plus tard.

- **Âge des patients des répondants** : 49 % des patients des répondants étaient âgés de 35 à 64 ans et 42 % étaient âgés de 65 ans et plus.
- **Fréquence d'usage du Service** : 43 % des répondants n'ont fait appel au Service qu'une fois. 57 % d'entre eux en ont fait appel plus d'une fois.

64 % des répondants étaient habitués à communiquer avec des médecins spécialistes pour obtenir des recommandations thérapeutiques.

- **Motifs qui ont amené les médecins de famille à utiliser le Service** : 56 % des répondants ont fait appel au Service pour discuter d'un cas, 38 % pour obtenir une recommandation concernant un médicament et 6 % pour d'autres motifs non précisés.

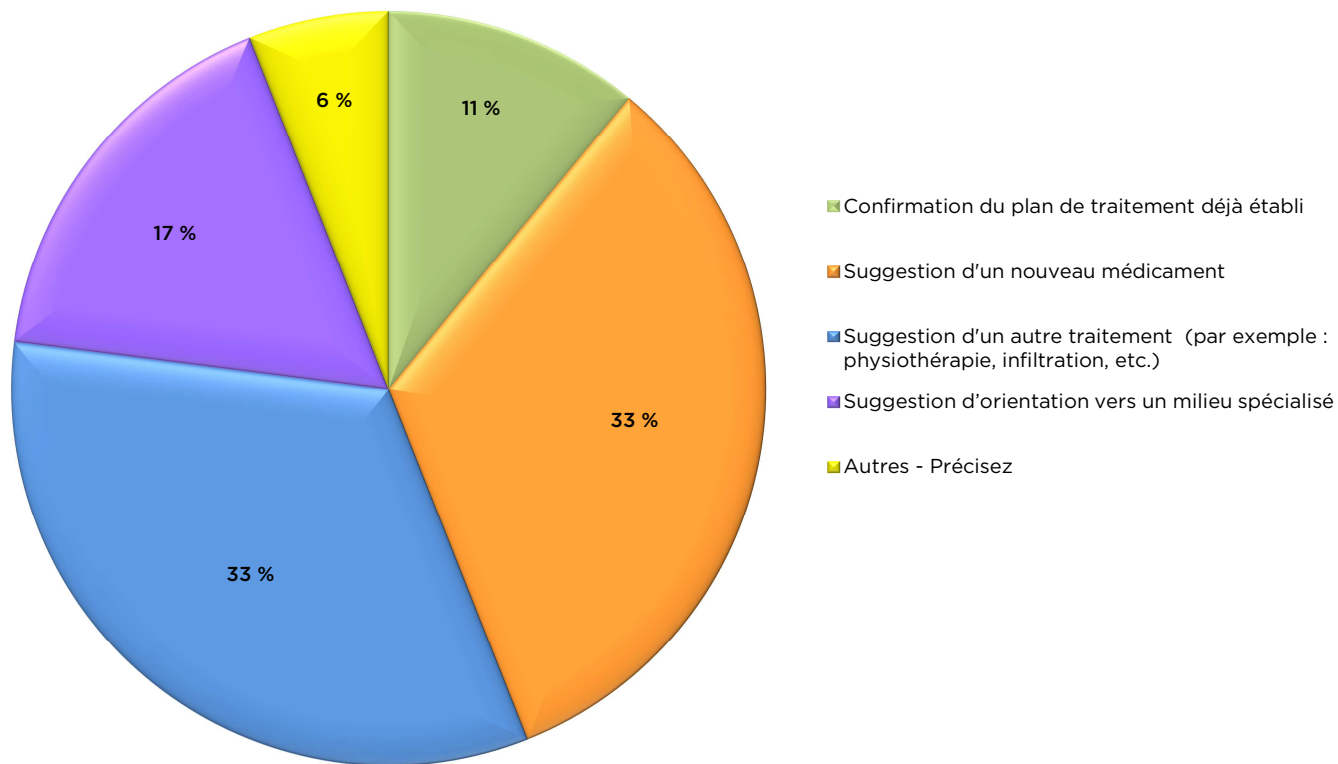
Figure 4 - Motifs qui ont amené les médecins de famille à utiliser le Service



- **Résultats de la consultation (T2)** : Les conclusions des consultations étaient variées, comme le révèle la figure 5. Toutefois, dans la majorité des cas, les consultations ont mené à la suggestion d'un nouveau

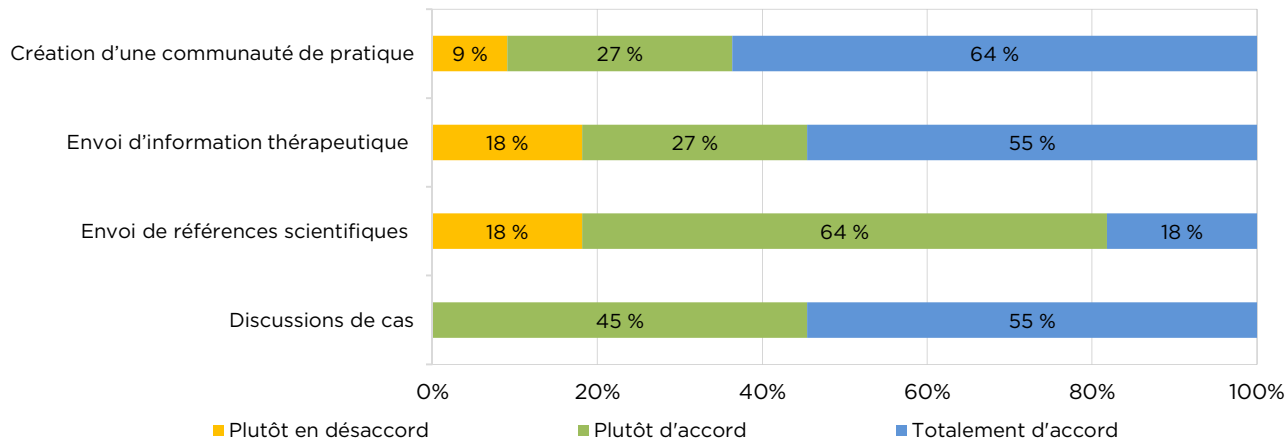
médicament (33 %) et la suggestion d'un nouveau traitement (33 %). Les répondants ont estimé que les médecins spécialistes n'ont confirmé leurs diagnostics initiaux dans aucune des consultations.

Figure 5 – Résultats de la consultation



- **Pertinence de la mise sur pied d'interventions complémentaires :** La majorité des répondants se sont montrés favorables à l'implantation d'une communauté de pratique et à la tenue de discussions de cas en milieu clinique, afin d'enrichir le transfert d'expertise des médecins spécialistes aux médecins de famille, comme le révèle la figure 6. Il convient de noter que ces interventions sous-tendent des interactions en face-à-face.

Figure 6 – Perceptions à l'égard d'interventions complémentaires aux consultations téléphoniques



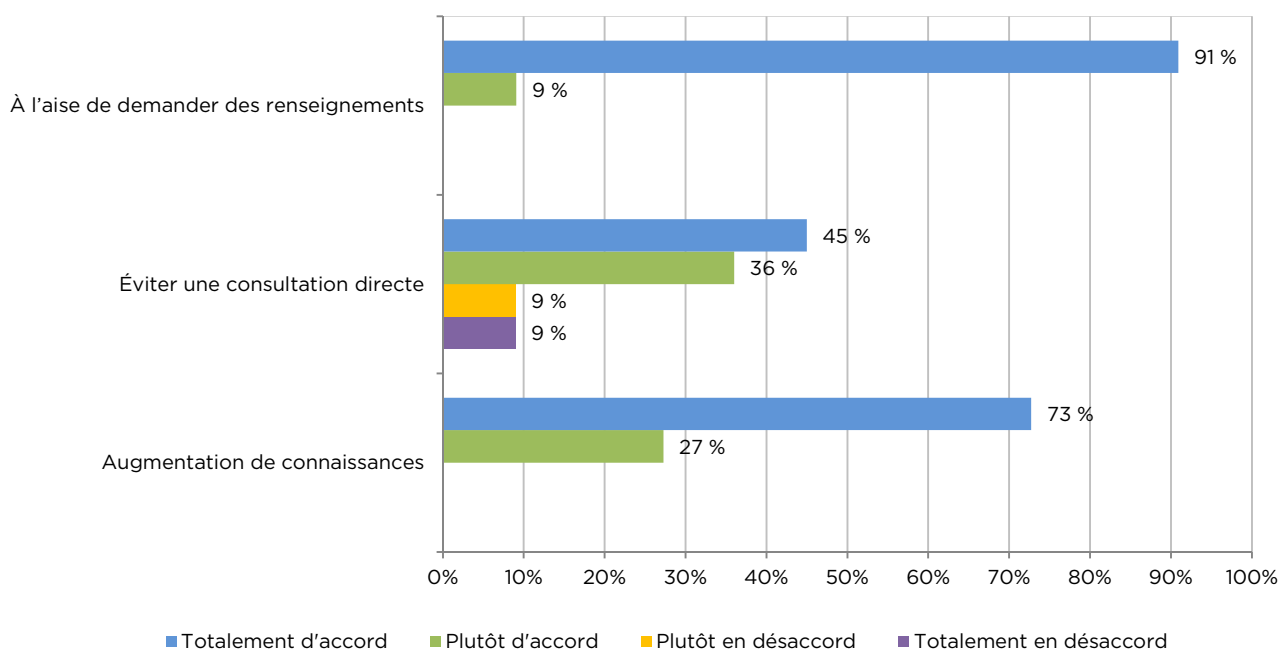
La création d'outils d'évaluation communs et la définition d'indicateurs de référence ont également été perçues comme des initiatives pouvant favoriser le transfert de connaissances.

Tous les répondants étaient en accord avec l'idée que la consultation avec le médecin spécialiste leur permettait d'accroître leurs connaissances sur la gestion de la douleur chronique. La majorité d'entre eux (81 %) était d'avis que celle-ci pouvait se substituer à une consultation en face-à-face. Ces observations ont été faites à T2.

Tous les répondants étaient à l'aise à l'idée de poser leurs questions aux médecins spécialistes au téléphone. Ce résultat a été observé à T2 et confirmé à T3.

De plus, la quasi-totalité des répondants (91 %) était à l'aise à l'idée de consulter un spécialiste concernant leurs patients. En outre, elle a estimé qu'il n'était pas pertinent que le patient soit présent pendant la consultation avec le médecin spécialiste.

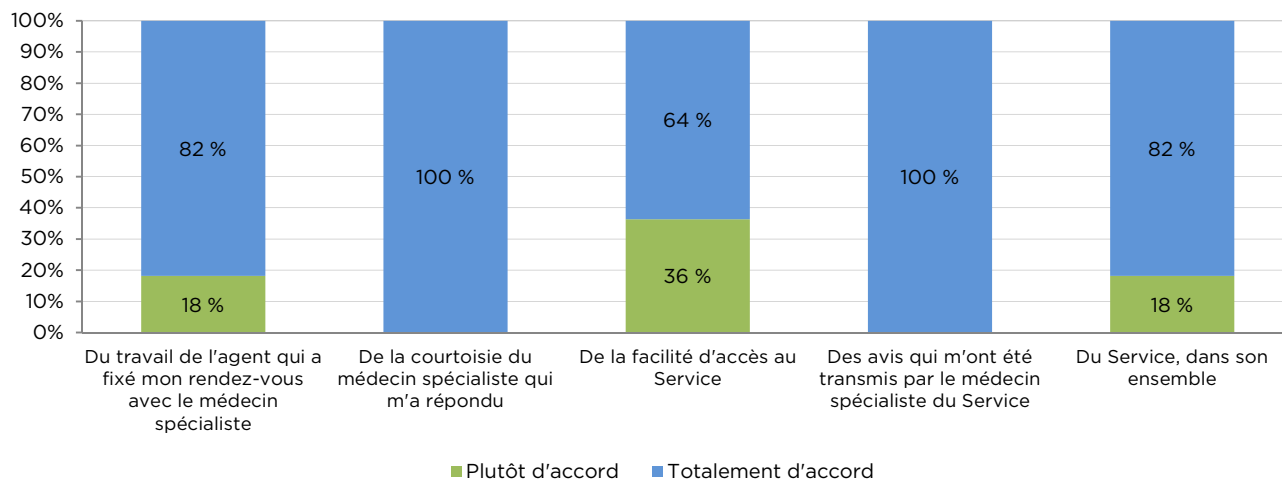
**Figure 7 - Bénéfices perçus de l'intervention**



■ **Satisfaction à l'égard du Service (T2) :** Comme en témoigne la figure 8, les répondants étaient très satisfaits du Service. Tous étaient partiellement ou totalement satisfaits :

- Du travail de l'agent qui a fixé le rendez-vous avec le spécialiste consultant.
- De la courtoisie du spécialiste consultant.
- De la facilité d'accéder au Service.
- De l'opinion émise par le spécialiste consultant.
- Du Service en général.

**Figure 8 – Satisfaction à l'égard du Service**



- **Effets perçus du Service :** La figure 9 représente les principaux effets de la consultation tels que perçus par les médecins de famille qui ont utilisé le Service. Ces perceptions ont été mesurées à T3.

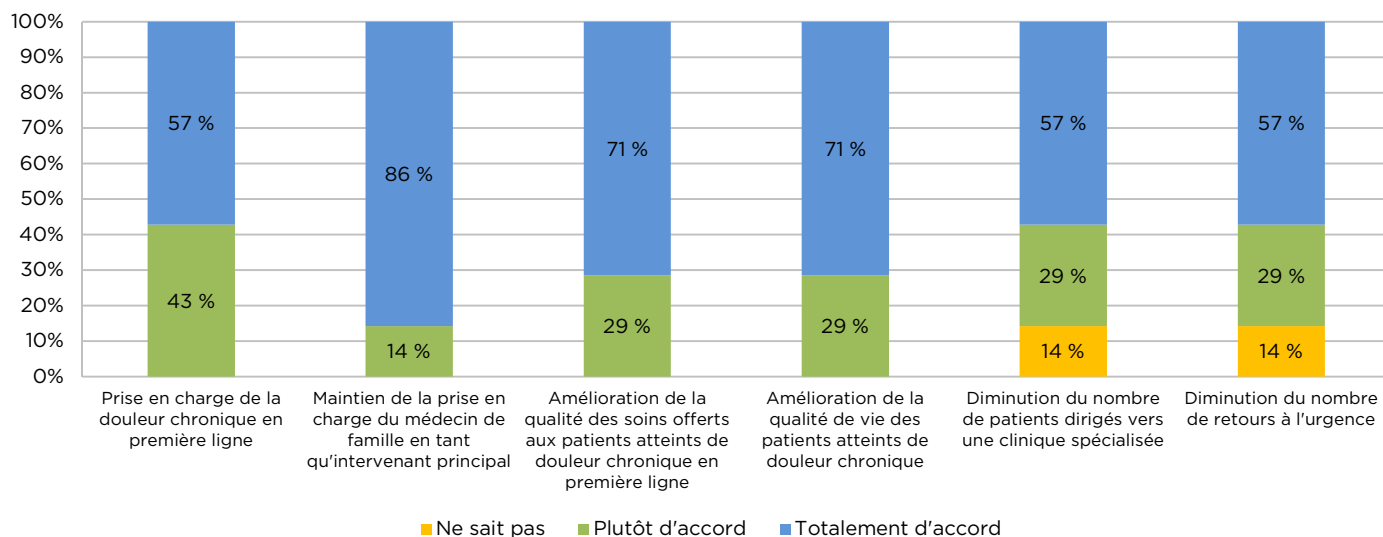
Tous les répondants étaient partiellement ou totalement d'accord à l'effet que le Service contribue :

- Au maintien de la prise en charge du médecin de famille en tant qu'intervenant principal auprès du patient atteint de douleur chronique.
- À l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients souffrant de douleur chronique.
- À l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de douleur chronique.

De plus, la majorité des répondants étaient partiellement ou totalement d'accord à l'effet que le Service :

- Favorise une prise en charge adéquate de la douleur chronique en première ligne (100 %).
- Diminue le nombre de patients dirigés vers une clinique spécialisée (86 %).
- Diminue le nombre de retours non planifiés à l'urgence (86 %).

**Figure 9 – Effets perçus du Service**



## 5 DISCUSSION

L'évaluation de la perception des demandeurs à l'égard du Service témoigne d'une satisfaction élevée et d'une perception favorable de leur part à l'égard des consultations offertes par les médecins spécialistes. De plus, ils estiment que ces consultations peuvent favoriser le transfert des connaissances des médecins spécialistes aux médecins de famille et contribuer à améliorer la qualité des soins. Ces observations corroborent celles de quelques autres études de perceptions recensées dans la revue systématique rédigée en vue de soutenir le développement du Service [1]. De plus, il révèle que les répondants estiment que le Service est de nature à favoriser le maintien de la prise en charge des patients atteints de douleur chronique par les médecins de famille en tant qu'intervenants principaux et à améliorer la qualité de vie des patients. Aussi, le Service est perçu comme étant facile d'usage.

Le Service a reçu moins de demandes de consultation au cours des 16 premiers mois d'activité que ses promoteurs en attendaient initialement. Ces derniers estiment qu'une campagne de communication sera nécessaire pour faire mieux connaître le Service. Une des études listées dans le cadre de la recension effectuée en appui au développement du Service fait état d'une croissance du simple au quintuple au cours d'une période de trois ans [26, citée par 1]. Celle-ci ne fait pas état des facteurs expliquant cette croissance. Toutefois, nous pouvons penser que si une campagne de communication était organisée, le nombre d'appels augmenterait à mesure que le Service serait mieux connu.

Il serait souhaitable que le Service soit intégré à une organisation hiérarchisée des services offerts aux patients atteints de douleur chronique, en conformité avec les recommandations du rapport de l'AETMIS de 2006 [4].

La majorité des répondants se sont montrés favorables à la création d'une communauté de pratique réunissant des médecins de famille et des médecins spécialistes experts en douleur chronique. À la lumière des observations qui se dégagent de la revue systématique publiée en 2013, il y a lieu de se demander si le Service pourrait également proposer aux médecins de famille des discussions de cas en milieu clinique, permettant un échange en face-à-face entre les professionnels [1]. En effet, ces interventions complémentaires contribueraient à intensifier la participation des médecins spécialistes aux traitements et pourraient favoriser l'adoption de pratiques cliniques fondées sur les preuves par les médecins de famille.

En phase pilote, le Service est offert uniquement aux médecins pratiquant sur le territoire de l'île de Montréal couvert par le RUIS de l'Université de Montréal. Bien qu'il serait souhaitable, éventuellement, de l'offrir aux médecins de famille d'autres régions du Québec, il serait pertinent de favoriser l'association de médecins de famille et de médecins spécialistes de même région, en tenant compte des conclusions de Rockman et al. [14, citée par 1].

Il se dégage de la consultation que les répondants estiment que le Service est conçu de manière à satisfaire à ses objectifs et à atteindre les résultats attendus. Toutefois, l'échantillon très restreint de notre enquête n'a pas permis de valider statistiquement les effets des consultations sur la pratique clinique des médecins de famille, tels qu'ils les perçoivent. Une étude ultérieure, fondée sur un échantillon plus vaste, permettrait d'analyser ces effets de façon plus approfondie.

## 6 CONCLUSION

Les résultats de la consultation effectuée auprès des premiers médecins de famille ayant fait appel au Service démontrent que ces derniers se sont montrés très satisfaits de leurs consultations avec les médecins spécialistes experts en douleur chronique. En outre, ils ont témoigné d'une opinion généralement très favorable envers le Service.

Il serait souhaitable qu'une campagne de communication soit organisée afin de mieux faire connaître le Service, qui a reçu moins de demandes de consultation au cours de ses 16 premiers mois d'activité qu'espéré initialement. Aussi, dans un souci d'amélioration continue, des discussions de cas pourraient être organisées,

et une communauté de pratique pourrait être formée. Celles-ci pourraient contribuer à favoriser une prise en charge accrue des médecins de famille à l'égard de leurs patients atteints de douleur chronique et à pérenniser le Service.

Bien que l'implantation du service Avis d'experts apparaisse prometteuse, il conviendrait qu'elle soit accompagnée d'un effort de recherche évaluative permettant de mieux en comprendre les effets sur le plan organisationnel et institutionnel, et d'en apprécier la rentabilité économique, comme le conclut la revue systématique produite par le Service de l'ETMIS du CHUM en 2013 [1].

## 7 RÉFÉRENCES

1. Deblois, S. et L. Lepanto, *Les services de consultation permettant à des médecins de première ligne d'obtenir une deuxième opinion de médecins spécialistes*, 2013, Centre hospitalier de l'Université de Montréal: Montréal.
2. Beauregard, L., et al. *Service d'Avis d'experts en douleur chronique pour l'équipe de première ligne. in 5e rendez-vous de la gestion des maladies chroniques, Montréal, 2-3 octobre 2014.*
3. Beauregard, L., et al. *Chronic Pain Experts' Advice Service for Primary Health Care Physicians. in 15th World Congress of Pain, Buenos Aires, 6-11 octobre 2014.*
4. Dobkin, P.L., et al., *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse): organisation des services de santé*. 2006: Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé Québec.
5. Horner, K., E. Wagner, and J. Tufano, *Electronic consultations between primary and specialty care clinicians: early insights*. Issue Brief (Commonwealth Fund), 2011. **23**: p. 1-14.
6. Peng, P., et al., *Challenges in accessing multidisciplinary pain treatment facilities in Canada*. Can J Anaesth, 2007. **54**(12): p. 977-84.
7. Champagne, F., et al., *Modéliser les interventions (chapitre 3)*, in *L'évaluation: Concepts et méthodes*, A. Brousselle, et al., Editors. 2011, Presses de l'Université de Montréal: Montréal.
8. Boulanger, A., L. Beauregard, et collègues, *Projet d'offre de services "Médecin-répondant" en douleur chronique-RUIS UdeM*, 2012, Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du RUIS de l'Université de Montréal.
9. van Heest, F.B., et al., *Telephone consultations on palliative sedation therapy and euthanasia in general practice in The Netherlands in 2003: a report from inside*. Family Practice, 2009. **26**(6): p. 481-7.
10. Wegner, S.E., et al., *Estimated savings from paid telephone consultations between subspecialists and primary care physicians*. Pediatrics, 2008. **122**(6): p. e1136-40.
11. Scalvini, S., et al., *Telemedicine: the role of specialist second opinion for GPs in the care of hypertensive patients*. Blood Pressure, 2011. **20**(3): p. 158-65.
12. Kates, N., et al., *Providing psychiatric backup to family physicians by telephone*. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie, 1997. **42**(9): p. 955-9.
13. Thind, C.K., I. Brooker, and A.D. Ormerod, *Teledermatology: A tool for remote supervision of a general practitioner with special interest in dermatology*. Clinical and Experimental Dermatology, 2011. **36**(5): p. 489-494.
14. Rockman, P., et al., *Shared mental health care: Model for supporting and mentoring family physicians*. Canadian Family Physician, 2004. **50**(MAR.): p. 397-402.
15. Williams, A.S., et al., *Consultation-liaison to general practitioners coming of age: The South Australian psychiatrists' experience*. Australasian Psychiatry, 2006. **14**(2): p. 206-211.



16. De Cruppé, W., et al., *Communication between psychosomatic C-L consultants and general practitioners in a German health care system*. *General Hospital Psychiatry*, 2005. **27**(1): p. 63-72.
17. Champagne, F., et al., *L'analyse des effets*, in *L'évaluation: concepts et méthodes. Deuxième édition*, A. Brousselle, et al., Editors. 2011, Presses de l'Université de Montréal: Montréal.
18. Glanz, K., B.K. Rimer, and K. Viswanath, *Health behavior and health education : theory, research, and practice*. 2008, San Francisco, CA: Jossey-Bass.
19. Schrijnemaekers, V., et al., *A comparison between telephone and bedside consultations given by palliative care consultation teams in The Netherlands: results from a two-year nationwide registration*. *Journal of Pain & Symptom Management*, 2005. **29**(6): p. 552-558.
20. Bal, G., et al., *Infectious disease specialist telephone consultations requested by general practitioners*. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 2011. **43**(11-12): p. 912-917.
21. Berendsen, A.J., et al., *How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey*. *BMC Health Services Research*, 2009. **9**(143).
22. Bandura, A., *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. 1986, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
23. Sankaranarayanan, A., K. Allanson, and D.K. Arya, *What do general practitioners consider support? Findings from a local pilot initiative*. *Australian Journal of Primary Health*, 2010. **16**(1): p. 87-92.
24. Harrison, R., W. Clayton, and P. Wallace, *Can telemedicine be used to improve communication between primary and secondary care?* *British Medical Journal*, 1996. **313**(7069): p. 1377-1381.
25. Greenberg, N., K.M. Boydell, and T. Volpe, *Pediatric telepsychiatry in Ontario: Caregiver and service provider perspectives*. *J Behav Health Serv Res*, 2006. **33**(1): p. 105-11.
26. van Heest, F., et al., *The new millennium palliative care project (2000-2003): The impact of specialised GP advisors*. *British Journal of General Practice*, 2007. **57**(539): p. 494-496.

## ANNEXES

## ANNEXE A – QUESTIONNAIRE – DOULEUR CHRONIQUE (PARTIE A)

Cette étude a pour objet de connaître votre point de vue à l'égard du service de médecin répondant qui vous est offert pour obtenir des recommandations thérapeutiques, ou une deuxième opinion pour le diagnostic et le suivi de vos patients atteints de douleur chronique.

Nous vous remercions de prendre environ 10 minutes de votre temps pour remplir ce questionnaire confidentiel dans un but d'amélioration continue du Service, et afin de permettre aux responsables de tenir compte de vos besoins dans la planification de son développement.

### Section 1 – Ma pratique clinique

Veuillez répondre aux questions suivantes en pensant à votre pratique clinique auprès de patients atteints de douleur chronique :

- À mon avis, dans ma pratique clinique, la proportion de patients atteints de douleur chronique que je traite est de :

GRUPE D'ÂGE	0 À 15 %	16 À 30 %	31 À 45 %	46 À 60 %	> 60 %
0-16 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-34 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-64 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 ans et +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Dans ma pratique :

PRATIQUE	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	NE SAIT PAS
J'utilise des outils d'évaluation de la douleur reconnus (ex. : EVA, DN4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'utilise de façon rationnelle les examens radiologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'applique les recommandations des guides de pratique en douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je porte une attention particulière au traitement des épisodes aigus pour éviter la chronicité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'assure le suivi du patient après l'avoir dirigé vers un milieu spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je favorise le mode de vie sain (exercice, alimentation saine, gestion du stress, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- De façon générale, avez-vous l'habitude de communiquer avec des spécialistes pour obtenir des recommandations thérapeutiques ? (Oui/Non). À quelle fréquence ?

## Section 2 - Communication entre les médecins spécialistes et les médecins de famille

Veillez préciser dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les énoncés suivants en ce qui a trait à la communication entre les médecins spécialistes et les médecins de famille :

- En pensant aux communications entre les médecins spécialistes et les médecins de famille, de façon générale, diriez-vous que :

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSAACCORD	TOTALEMENT EN DÉSAACCORD	NE SAIT PAS
Les médecins de famille sont satisfaits de l'accessibilité aux médecins spécialistes par téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les spécialistes estiment que les lettres de recommandation transmises par les médecins de famille sont généralement incomplètes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médecins de famille estiment que les spécialistes répondent aux questions qu'ils posent dans les lettres de recommandation qu'ils leur transmettent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les spécialistes ont l'impression que les médecins de famille suivent leurs recommandations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médecins de famille souhaitent enseigner et apprendre des spécialistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les spécialistes souhaitent enseigner aux médecins de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'ensemble la communication entre les médecins spécialistes et les médecins de famille est adéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- En ce qui a trait aux communications entre les médecins experts en douleur chronique et les médecins de famille, diriez-vous que :

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSAACCORD	TOTALEMENT EN DÉSAACCORD	NE SAIT PAS
Les médecins de famille sont satisfaits de l'accessibilité aux médecins spécialistes par téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les spécialistes estiment que les lettres de recommandation transmises par les médecins de famille sont généralement incomplètes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médecins de famille estiment que les spécialistes répondent aux questions qu'ils posent dans les lettres de recommandation qu'ils leur transmettent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	NE SAIT PAS
Les spécialistes ont l'impression que les médecins de famille suivent leurs recommandations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médecins de famille souhaitent enseigner et apprendre des spécialistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les spécialistes souhaitent enseigner aux médecins de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'ensemble la communication entre les médecins spécialistes et les médecins de famille est adéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les énoncés suivants :

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	NE SAIT PAS
L'intervention m'a permis d'augmenter mes connaissances en ce qui a trait au traitement de la douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention permet d'éviter une consultation directe du médecin spécialiste avec le patient, en face-à-face ou par téléconférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) à l'aise de poser mes questions au médecin spécialiste en douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) à l'aise de demander des renseignements au médecin spécialiste concernant le suivi thérapeutique d'un patient qui n'était pas le sien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Section 3 - Service Avis d'experts

- Pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté le Service ?
- Quel(s) a(ont) été le(s) résultat(s) de la(des) consultation(s) ?

Veillez indiquer dans quelle mesure la mise sur pied des interventions complémentaires suivantes pourrait contribuer à enrichir le transfert d'expertise des médecins spécialistes aux médecins de famille.

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	NE SAIT PAS
Discussions de cas dans le milieu clinique des médecins de famille en collaboration avec un médecin expert en douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSAACCORD	TOTALEMENT EN DÉSAACCORD	NE SAIT PAS
Envoi de références bibliographiques scientifiques et de références accessibles par Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envoi de références à des brochures d'information thérapeutique à l'intention des patients et leurs proches, accessibles par Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Création d'une communauté de pratique avec mentorat par des médecins experts en douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Avez-vous d'autres suggestions d'interventions complémentaires à nous transmettre en vue d'enrichir le transfert d'expertise entre les médecins spécialistes et les médecins de famille ?

Les énoncés suivants visent à connaître votre opinion au sujet d'éléments techniques de l'organisation du Service. Veuillez indiquer dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants :

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSAACCORD	TOTALEMENT EN DÉSAACCORD	NE SAIT PAS
Le Service est facile d'usage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les arrangements convenus avec l'agent administratif qui a planifié le rendez-vous se sont déroulés comme prévu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le son était adéquat lors de la communication avec le médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le téléphone est un mode de communication approprié dans le cadre de cette intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le téléphone est plus avantageux que la vidéoconférence dans le contexte de l'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il aurait été pertinent que le patient soit présent par téléconférence ou par vidéoconférence lors de mon échange avec le médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les énoncés suivants visent à connaître votre degré de satisfaction à l'égard de quelques éléments du Service. Veuillez indiquer dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) :

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSAACCORD	TOTALEMENT EN DÉSAACCORD	NE SAIT PAS
Du travail de l'agent qui a fixé mon rendez-vous avec le médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la courtoisie du médecin spécialiste qui vous a répondu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	NE SAIT PAS
De la facilité d'accès au Service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des avis qui m'ont été transmis par le médecin spécialiste du Service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du Service, dans son ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Données sociodémographiques

- Quel est le pourcentage de votre pratique qui se déroule dans les milieux suivants :

MILIEU	0 À 15 %	16 À 30 %	31 À 45 %	46 À 60 %	> 60 %
Hôpital de soins critiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre de soins prolongés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLSC/GMF/CRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bureau privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réadaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- En quelle année avez-vous obtenu votre permis de pratique ?
- En moyenne, combien d'heures consacrez-vous à votre pratique médicale ?
- Quel est votre quart de travail habituel : jour/soir/nuit/variable ?
- Avez-vous des commentaires ou des réflexions additionnelles concernant l'implantation du service de médecin consultant ?

## ANNEXE B – QUESTIONNAIRE – DOULEUR CHRONIQUE (PARTIE B)

---

Cette étude a pour objet de connaître votre point de vue à l'égard du service Avis d'experts qui vous a été offert pour obtenir des recommandations thérapeutiques, ou un avis pour le diagnostic et le suivi de vos patients atteints de douleur chronique.

Nous vous remercions de prendre quelques minutes de votre temps pour remplir ce questionnaire confidentiel dans un but d'amélioration continue du Service, et afin de permettre aux responsables de tenir compte de vos besoins dans la planification de son développement.

### Section 1 – Mon expérience avec le service Avis d'experts

- Combien de fois avez-vous fait appel au Service depuis sa création ? (Choix de 1 à 6)
- Pour quelle(s) raison(s) avez-vous fait appel au Service ? (Choix multiples et texte)
  - Discussion de cas
  - Question associée à la pharmacologie
  - Question associée à un diagnostic
  - Question associée à des interventions invasives
  - Question associée à des traitements en douleur chronique
  - Question associée aux aspects psychologiques de la douleur ?
  - Autre
- Selon vous, quel(s) a(ont) été le(s) résultat(s) de l'avis téléphonique ?
  - J'ai appliqué le contenu de l'avis de l'expert et le patient a rapporté un soulagement de la douleur.
  - Selon l'échange d'information avec le médecin expert, l'état du patient nécessite une consultation en clinique de la douleur.
  - Selon l'échange d'information avec le médecin expert, l'état du patient nécessite une consultation en services spécialisés.
  - J'ai appliqué le contenu de l'avis de l'expert et le patient n'a pas rapporté de soulagement.
  - Je me suis senti(e) plus à l'aise et mieux outillé(e) pour gérer la problématique de la douleur chronique.
  - Cela m'a permis de maintenir la prise en charge du patient.
  - J'ai pu utiliser l'information transmise lors de l'avis téléphonique dans une autre situation clinique.
  - J'ai partagé l'information transmise lors de l'avis téléphonique avec mes pairs ou l'équipe de travail.
  - Cela m'a permis d'éviter de perdre du temps en recherche d'information.
  - La consultation m'a aidé(e) à trouver des ressources pertinentes dans la communauté vers lesquelles diriger le patient, au besoin (consultation psychologique, réadaptation, massothérapie, groupes d'entraide, etc.).
  - Autres résultats.



## Section 2 – Ma pratique clinique

Veillez répondre aux questions suivantes en pensant à votre pratique clinique auprès de patients atteints de douleur chronique.

- Dans ma pratique :

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSAACCORD	TOTALEMENT EN DÉSAACCORD	NE SAIT PAS
J'utilise des outils d'évaluation de la douleur reconnus (ex. : EVA, DN4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'utilise de façon rationnelle les examens radiologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'applique les recommandations des guides de pratique en douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je porte une attention particulière au traitement des épisodes aigus pour éviter la chronicité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'assure le suivi du patient après l'avoir dirigé vers un milieu spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je favorise le mode de vie sain (exercice, alimentation saine, gestion du stress, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Section 3 – Service Avis d'experts

Les énoncés suivants visent à connaître votre opinion à l'égard du Service. Veillez répondre aux questions suivantes en pensant à l'effet des consultations offertes par les médecins spécialistes du service Avis d'experts sur votre pratique en douleur chronique.

Veillez indiquer dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants :

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSAACCORD	TOTALEMENT EN DÉSAACCORD	NE SAIT PAS
Les recommandations thérapeutiques m'ont été utiles pour le traitement de mes patients atteints de douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai intégré à ma pratique des interventions favorisant la prévention de la douleur chronique (exercice, alimentation équilibrée, gestion du stress, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) à l'aise de poser mes questions au médecin spécialiste en douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) à l'aise de demander des renseignements au médecin spécialiste concernant le suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSAccORD	TOTALEMENT EN DÉSAccORD	NE SAIT PAS
thérapeutique d'un patient qui n'était pas le sien					
La(les) consultation(s) des médecins spécialistes du Service m'a(ont) rendu(e) plus confiant(e) dans le traitement et le suivi de mes patients atteints de douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez indiquer dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants :

ÉNONCÉ	TOTALEMENT D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PLUTÔT EN DÉSAccORD	TOTALEMENT EN DÉSAccORD	NE SAIT PAS
L'intervention favorise une meilleure prise en charge de la douleur chronique en première ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention favorise le maintien de la prise en charge du médecin de famille en tant qu'intervenant principal auprès du patient atteint de douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention favorise la prévention de la chronicité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention contribue à améliorer la qualité des soins offerts aux patients atteints de douleur chronique suivis en première ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention contribue à améliorer l'état de santé des patients atteints de douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention contribue à améliorer la qualité de vie des patients atteints de douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention permet de diminuer le nombre de patients dirigés vers une clinique spécialisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention permet de diminuer le nombre de retours à l'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention facilite l'intégration de pratiques cliniques préventives chez les médecins de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention contribue à diminuer les coûts de santé en réduisant l'utilisation de certains services spécialisés (consultations en clinique spécialisée, visites à l'urgence notamment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Section 4 : Évaluation de besoin : une communauté de pratique en douleur chronique

Une communauté de pratique permet à des professionnels de la santé de partager des idées et de trouver des solutions dans un domaine commun. Le soutien d'un ou d'une animatrice permet à ces groupes :

- D'assurer le pilotage de la communauté en stimulant l'intérêt à participer activement.
- De faciliter les échanges et le partage des connaissances en faisant régulièrement des synthèses des discussions.
- De chercher, trouver et transférer des réponses à des questions par l'apport d'outils pratiques, de résultats de recherche ou d'avis d'experts.

Êtes-vous intéressé(e) à participer à un projet de communauté de pratique dans le domaine de la douleur chronique ? Oui/Non

Si oui, nous vous demandons de laisser vos coordonnées (nom, adresse courriel et numéro de téléphone à l'attention de :

M<sup>me</sup> Lucie Beauregard

514 343-6111, poste 27015

lucie.beauregard@umontreal.ca

Indiquez votre intérêt pour un « projet de communauté de pratique – douleur chronique ».

Avez-vous des commentaires ou des réflexions additionnelles concernant l'implantation du service Avis d'experts ?