

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES



**GUIDE POUR LA PROMOTION ET LE SOUTIEN
DES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES**

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

GUIDE POUR LA PROMOTION ET LE SOUTIEN
DES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES



**Santé
et Services sociaux**

Québec 

De la collection *L'intégration de pratiques cliniques préventives*, le *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives* a été produit par le Service des orientations en santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Coordination des travaux

Christine Pakenham

Service des orientations en santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Auteur

Stéphane Groulx, médecin conseil

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Collaboration du Groupe des responsables régionaux des pratiques cliniques préventives

Jeannette Allard

Denise Beauséjour

Huguette Bélanger

Hélène Bélanger-Bonneau

Suzanne Charbonneau

Irma Clapperton

Suzanne De Blois

Marie-Josée Drolet

Mylène Drouin

Gilbert Lemay

Louise Moreault

Kathleen Pelletier

Louis-Georges Perreault

Robert Pronovost

Louise Soulière

Collaboration pour l'annexe II

Marjolaine Bellavance

Viviane Leune

Marie-Josée Paquet

Collaboration de la Table nationale de coordination en promotion et prévention

Michel Beauchemin

Pauline Fortin

Anne-Marie Grenier

Réal Morin

Marc St-Laurent

Secrétariat

Hélène Piché

Révision linguistique

Marie-France LeBlanc

Référence suggérée : GROULX, S., *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 72 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)

Conception et réalisation graphique

Alain Tremblay

Mise en page

Compo Orléans

Édition produite par :

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-550-50865-6 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-50866-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

Sommaire

Les pratiques cliniques préventives (PCP) sont un ensemble d'interventions (counselling, dépistage, immunisation, chimioprophylaxie) réalisées par un professionnel de la santé (clinicien) auprès d'un patient et visant à promouvoir la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux. Les PCP sont étroitement associées au travail des cliniciens œuvrant en première ligne, même si certaines d'entre elles sont aussi exercées en deuxième ligne. Dans les écrits scientifiques, on s'est jusqu'ici principalement penché sur la prévention clinique exercée par les médecins, mais tous les autres professionnels de la santé en relation directe avec des patients sont concernés. Cette importante stratégie d'action du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) pourrait être un levier efficace pour mobiliser les cliniciens des 95 nouveaux réseaux locaux de services (RLS) en faveur de la promotion de la santé et de la prévention, dans le cadre de la mise en œuvre des projets cliniques.

Bien que les trois quarts de la population du Québec consultent chaque année les médecins à leur cabinet pour une moyenne de quatre visites et qu'ils aient de nombreux contacts avec d'autres professionnels qualifiés et influents, beaucoup d'occasions sont manquées pour intégrer la prévention dans la pratique quotidienne. Il existe pourtant des lignes directrices claires, mais celles-ci ne sont suivies qu'à moitié, car de nombreuses barrières nuisent à leur mise en application. Pour adopter de telles pratiques préventives jugées efficaces, les cliniciens doivent effectuer un difficile changement de comportement, influencé par des déterminants cognitifs et affectifs. De plus, des contraintes organisationnelles multiples les empêchent souvent d'effectuer les transformations nécessaires de leur pratique. Des systèmes efficaces de promotion et de soutien de l'intégration des PCP permettent toutefois de surmonter ces obstacles, comme ceux proposés par les programmes états-uniens *Put Prevention Into Practice* et *Study To Enhance Prevention by Understanding Practice* ou, plus près de nous, par l'expérience d'*Au cœur de la vie*. Du côté des patients, l'adoption insuffisante de comportements sains est en grande partie attribuable à des environnements défavorables, qu'on cherche à modifier par des interventions communautaires multi-sectorielles, dans le cadre de programmes intégrés de prévention (ex. : 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, approche École en santé).

Pour remplir leur mandat de promotion et de soutien de l'intégration des PCP dans la pratique des professionnels de la santé, les directions de santé publique (DSP), en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS), sont appelées à déterminer pour chacune des quelque 30 PCP prévues par le PNSP et inscrites dans leur plan d'action régional :

1. Son efficacité.
2. Son acceptabilité et sa faisabilité.
3. Le meilleur milieu clinique où l'implanter.
4. Les professionnels et patients à mobiliser.
5. Les stratégies de diffusion, de soutien et d'évaluation à utiliser.
6. Le meilleur moment pour intervenir.

Cette démarche de planification régionale permet de constituer, étape par étape, l'offre de services initiale que la DSP et le CSSS sont appelés à promouvoir et soutenir conjointement auprès des cliniciens.

Adoptant le rôle de consultants, la DSP et le CSSS peuvent alors accompagner les milieux cliniques (cliniciens des CSSS, groupes de médecine de famille, unités d'enseignement de la médecine familiale, cabinets privés de médecins, pharmacies communautaires, autres milieux...) dans la planification et la mise en œuvre locales de l'implantation ou de l'optimisation de la PCP.

Au cours de la phase de planification locale, les consultants (DSP, CSSS) doivent se préparer à rencontrer les cliniciens en s'accordant sur :

1. La problématique visée.
2. Les guides de pratique clinique à promouvoir et la population cible.
3. Les professionnels à mobiliser.
4. Les besoins (ressentis, démontrés, normatifs) au regard de cette PCP.
5. Les objectifs poursuivis.
6. Les stratégies de promotion de la PCP.
7. Les stratégies de soutien (éducationnelles, organisationnelles).
8. L'évaluation de l'atteinte des objectifs.
9. Les ressources disponibles pour réaliser l'implantation.

Au cours de la phase de mise en œuvre locale, les consultants (DSP, CSSS) rencontrent les cliniciens sur le terrain pour déterminer :

1. Si le milieu est prêt à intégrer une PCP.
2. Les pratiques actuelles du milieu.
3. Le protocole de soins préventifs à mettre en place.
4. Le processus de prestation des services.
5. Les modes d'évaluation et de rétroaction.

À l'issue de cette phase de mise en œuvre, le milieu clinique devrait avoir acquis l'autonomie suffisante pour conduire à bon terme un processus continu d'amélioration de la quantité et de la qualité de la PCP visée, avec un soutien minimal de la DSP et du CSSS.

Enfin, l'intégration de PCP dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé repose sur plusieurs conditions de réussite :

1. La préoccupation de promotion et de soutien des PCP, qui doit être présente dans l'ensemble du réseau de la santé.
2. Une coordination nationale.
3. Un soutien majeur du niveau national particulièrement en ce qui concerne les lignes directrices, la formation et l'évaluation.
4. Des alliances et des ententes sectorielles et intersectorielles.
5. Pour la mobilisation des cliniciens, des approches de démarchage sur le terrain comme la visite d'infirmières « facilitatrices » (*nurse facilitators*) ou d'un délégué médical (*academic detailing*).
6. Des ressources humaines régionales et locales dédiées.
7. Des ressources informationnelles adéquates.

Table des matières

7	● LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES
9	● INTRODUCTION
11	● SECTION 1 : CONSTITUER L'OFFRE DE SERVICES DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN PRÉVENTION CLINIQUE
13	Les grands enjeux de la stratégie d'action des PCP
13	Une volonté politique, une occasion à saisir
13	Les forces et les limites de la première ligne
14	Des lignes directrices claires, mais peu suivies
15	Prévenir, c'est avant tout changer de comportement
16	Prévenir, c'est aussi surmonter des barrières organisationnelles
16	Un cadre théorique pour la prévention clinique
19	Les pratiques cliniques préventives du <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i>
24	La planification régionale de l'offre de services concernant les PCP
24	Existe-t-il des preuves d'efficacité de l'intervention inscrite dans le PNSP?
25	Quelles sont la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention?
25	Où : quel milieu clinique choisir pour l'implantation ou l'optimisation?
25	Qui : quels professionnels solliciter et quelles populations cibler?
26	Comment : quelles stratégies de dissémination, de soutien organisationnel et d'évaluation proposer?
26	Stratégies de dissémination auprès des cliniciens
26	Stratégies de dissémination auprès des patients
27	Stratégies de soutien organisationnel
27	Stratégies d'évaluation
27	Quand prévoit-on intervenir?
28	Conclusion
31	● SECTION 2 : IMPLANTER OU OPTIMISER UNE PCP DANS UN MILIEU CLINIQUE
33	Des milieux cliniques diversifiés
33	La phase de planification locale
34	La phase de mise en œuvre locale
36	Conclusion

37	● SECTION 3 : RÉUSSIR L'INTÉGRATION DE PCP
41	● SECTION 4 : ANNEXES
43	Annexe I Modèles de changement de comportement
50	Annexe II Approche de facilitation dans le Système de Prévention Clinique
53	Annexe III Approche du délégué médical (<i>academic detailing</i>)
56	Annexe IV Évaluation des PCP
61	● RÉFÉRENCES
69	● QUELQUES SITES À CONSULTER ET LECTURES SUGGÉRÉES
	● LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES
20	Tableau 1 : PCP inscrites dans le PNSP, recommandations canadiennes et état d'implantation au Québec
14	Figure 1 : Réorientation des interventions cliniques vers l'amont du continuum de soins
17	Figure 2 : Intégration d'une PCP selon le projet PPC 1999-2001
18	Figure 3 : Schéma des principaux déterminants du succès de la prévention en clinique
23	Figure 4 : Interactions des principaux acteurs dans le déploiement des PCP
24	Figure 5 : Détermination des priorités dans la promotion et le soutien des PCP
29	Figure 6 : Six questions pour préciser l'offre de services de la santé publique concernant une PCP
44	Figure 7 : Schéma synthèse de quelques modèles cognitifs
45	Figure 8 : Modèle PRO/BAC appliqué à la prévention clinique
46	Figure 9 : Approche centrée sur la personne et ses émotions : les méthodes de vente appliquées à la relation clinicien-client
47	Figure 10 : Modèle transthéorique
48	Figure 11 : Modèle conviction-confiance
49	Figure 12 : Modèle de counselling des 5 A adapté aux stades de changement
56	Figure 13 : Modèle logique pour l'évaluation de l'intervention de promotion et de soutien des PCP
58	Figure 14 : Pyramide des apprentissages
60	Figure 15 : Enchaînement de causalités pour un counselling préventif

Liste des sigles et acronymes

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CES	Centre d'éducation pour la santé
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CoP	Communauté de pratique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DAMU	Direction des affaires médicales et universitaires
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GECSPP	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
GMF	Groupe de médecine de famille
GRR-PCP	Groupe des responsables régionaux des pratiques cliniques préventives
HSO	Health Service Organization
ICPC	Infirmière-conseil en prévention clinique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCP	Pratique clinique préventive
PNSP	Programme national de santé publique 2003-2012
PPIP	<i>Put Prevention Into Practice</i>
Projet PPC	Projet Promotion de la prévention clinique 1999-2001
RLS	Réseau local de services
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SPC	Système de Prévention Clinique
STEP-UP	<i>Study To Enhance Prevention by Understanding Practice</i>
UMF	Unité de médecine familiale
USPSTF	<i>U. S. Preventive Services Task Force</i>

Introduction

Les pratiques cliniques préventives (PCP) sont un ensemble d'interventions menées par un professionnel de la santé auprès d'un patient. Ces interventions peuvent comprendre le **counselling** sur les habitudes de vie, le **dépistage** des maladies ou des facteurs de risque, l'**immunisation** (vaccination) et la **chimio-prophylaxie** (prescription d'une médication à visée préventive). Les PCP contribuent à lutter contre les problèmes de santé qui affectent le plus sévèrement la population du Québec : maladies cardiovasculaires et respiratoires, cancers, maladies infectieuses et bucco-dentaires, traumatismes et problèmes psychosociaux. Les PCP permettent d'agir en amont des problèmes de santé évitables pour ainsi réduire la morbidité et la mortalité. La **prévention** vise la réduction des problèmes psychosociaux et physiques par des actions sur les facteurs de risque et de vulnérabilité. La **promotion de la santé** et du bien-être vise plutôt à renforcer les facteurs de protection par des actions qui s'appuient, entre autres, sur le potentiel des personnes et des groupes. En résumé, la prévention clinique comprend toute interaction individuelle entre un clinicien et un patient visant à favoriser la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux.

Plus que jamais, les pratiques préventives sont à l'ordre du jour. Préconisées par la commission Clair¹, prescrites par la Loi sur la santé publique² et recommandées dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP)³, elles figurent aussi dans l'offre de services des groupes de médecine de famille (GMF) ainsi que dans les plans d'action régionaux (PAR) et les plans d'action locaux (PAL) prescrits par la *Loi sur la santé publique*. C'est dire que tous les professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes, diététistes, psychologues, etc.), dans toutes les régions du Québec et dans tous les milieux cliniques, sont appelés à contribuer au succès de cette stratégie, en intégrant de façon optimale dans leur pratique les PCP jugées efficaces.

À la suite de la mise en place de 95 réseaux locaux de services (RLS), les professionnels de la santé du Québec sont conviés à partager collectivement la responsabilité d'améliorer de façon continue l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins, y compris les soins préventifs, à l'ensemble de la population qu'ils servent, et non plus seulement à la clientèle qui les consulte

(responsabilité populationnelle). Les centres de santé et de services sociaux (CSSS), au cœur des réseaux locaux, sont appelés à prendre la responsabilité de l'organisation, de la coordination et de la prestation de l'ensemble des services sur leur territoire. Les directions de santé publique (DSP) ont à soutenir directement les projets cliniques des réseaux locaux, particulièrement dans le cadre du programme-services Santé publique. Les PCP constituent, à l'intérieur des projets cliniques, un levier efficace pour mobiliser les cliniciens des réseaux locaux en faveur de la promotion de la santé et de la prévention.

Le présent document vise à guider les intervenants en santé publique (DSP, CSSS) dans leurs démarches de promotion et de soutien des PCP auprès des cliniciens. La section 1 précise les étapes de réflexion et d'analyse qui doivent précéder la prise de contact avec les milieux cliniques. L'ensemble des PCP du PNSP qui répondent de façon satisfaisante aux critères convenus d'efficacité et de faisabilité constituent l'offre de services de la santé publique en prévention clinique que la DSP et les CSSS, agissant en partenariat, peuvent promouvoir et soutenir auprès des cliniciens de leur territoire. Cette offre, qui est le résultat d'un exercice de planification régionale, pourra varier selon les priorités spécifiques inscrites dans les PAR et les PAL, et continuera d'évoluer dans le cadre des projets cliniques. La section 2 du présent guide décrit la planification et la mise en œuvre locales de l'implantation ou de l'optimisation d'une PCP dans un milieu clinique. Au cours de cette entreprise, la DSP et le CSSS jouent le rôle de consultants sur le terrain, accompagnant les cliniciens dans un processus de changement de pratiques. Enfin, la section 3 présente les conditions de réussite qui se sont dégagées de différentes expériences d'intégration de PCP menées dans des milieux cliniques au cours des dernières années.

Pour s'approprier et véritablement intégrer dans leur travail quotidien une intervention préventive donnée, les cliniciens ont besoin de balises et d'outils pratiques d'implantation. C'est ce que leur offre le présent guide associé au document *L'Expérience d'Àu cœur de la vie*, diffusé dans le réseau de la santé et des services sociaux en novembre 2005, et au *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique* (à paraître). Le présent guide et ces deux documents sont complémentaires.

CONSTITUER L'OFFRE DE SERVICES DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN PRÉVENTION CLINIQUE

Les grands enjeux de la stratégie d'action des PCP

Une volonté politique, une occasion à saisir

Pour réformer les soins de santé au Canada⁴ et au Québec¹, comme dans d'autres pays développés, on compte s'appuyer sur les soins de première ligne et la prévention comme moyens privilégiés d'améliorer la santé de la population tout en minimisant les coûts. Les intervenants en santé et en services sociaux doivent apprendre à travailler en réseaux, s'intéresser non seulement à la clientèle qui les consulte, mais aussi à l'ensemble de la population qu'ils servent (responsabilité populationnelle), améliorer la pertinence, l'accessibilité, la hiérarchisation, la globalité, la qualité et la continuité des soins et services, et adopter une approche orientée vers les clientèles vulnérables, en utilisant de plus en plus l'interdisciplinarité et l'intersectorialité. Pour mieux réussir ses interventions auprès de la population, le système de santé doit avoir une égale compréhension des dimensions comportementale et environnementale des problèmes de santé et traduire cette vision de façon concrète dans la structure et le fonctionnement de son organisation.

Dans le contexte actuel de transformation du système de santé québécois, la réalisation du projet clinique à l'intérieur de chaque RLS constitue un objet d'innovation et de partenariat par excellence. Le projet clinique interpelle les partenaires sectoriels (dont les professionnels de la santé) et intersectoriels de chacun des territoires autour d'un centre d'intérêt commun : la santé et le bien-être des personnes, des groupes vulnérables et, plus globalement, de la population. La responsabilité populationnelle, confiée aux CSSS et traduite dans le projet clinique, implique que les intervenants des RLS seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible⁵, dans un continuum allant des interventions relatives à la promotion-prévention jusqu'à celles reliées au soutien de fin de vie. Les PCP s'inscrivent très bien dans cette démarche d'élaboration du projet clinique, en permettant de rehausser les compétences des professionnels, des intervenants et des divers milieux cliniques ainsi qu'en permettant de mieux outiller ces derniers concernant les interventions favorisant la santé et le bien-être. Il s'avère essentiel

de bien définir ces pratiques non seulement au sein du programme-services Santé publique, mais aussi à l'intérieur des huit autres programmes-services mis sur pied, dont celui sur la santé physique (incluant les maladies chroniques et le cancer).

L'expérience démontre qu'il est crucial de mobiliser les organisations professionnelles (fédérations, ordres, associations et regroupements influents) ainsi que les universités, ces dernières pilotant à présent quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), si l'on veut concrétiser cette réforme. Ainsi, pour la première ligne médicale, les comités locaux mis sur pied par les départements régionaux de médecine générale (DRMG) sous la direction des agences de la santé et des services sociaux (ASSS) sont appelés à orchestrer la prestation des soins, tant préventifs que curatifs, au sein des réseaux locaux. Le Collège des médecins du Québec (CMQ) a démontré en 2006 l'importance qu'il accorde aux pratiques préventives en proposant un atelier itinérant sur les PCP à l'intention des médecins omnipraticiens, atelier réalisé conjointement avec la DSP de Montréal et l'Université de Montréal⁶. Les PCP sont également importantes pour de nombreuses associations médicales comme la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le Collège des médecins de famille du Canada et sa section québécoise (Collège québécois des médecins de famille) ainsi que l'Association médicale canadienne. Les centres de formation professionnelle continue des facultés de médecine multiplient, elles aussi, les initiatives de formation sur ce sujet (colloques, publications). Enfin, une entente est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007 entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la FMOQ concernant la rémunération de certains actes préventifs effectués par les omnipraticiens à leur cabinet privé, amorçant la levée d'une barrière souvent invoquée dans l'application des PCP.

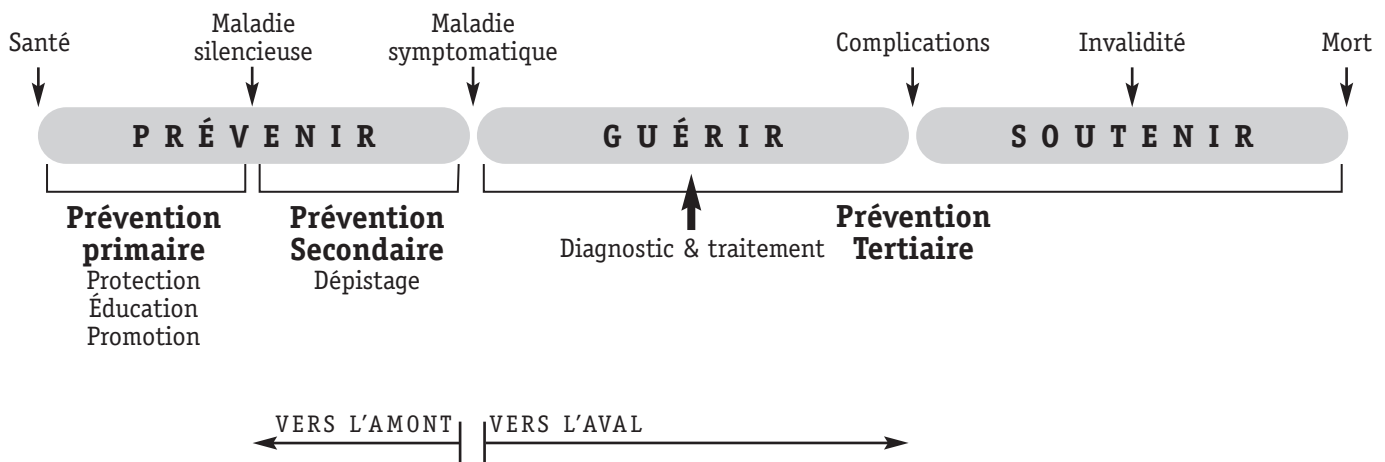
Les forces et les limites de la première ligne

Chaque année au Québec, 70 % de la population consulte un médecin rémunéré à l'acte à son cabinet, pour une moyenne de près de quatre visites⁷. Parmi les personnes de 65 ans et plus, environ 90 % consultent au moins une fois un médecin dans l'année. Ces chiffres ne tiennent pas compte des services rendus à salaire ou selon d'autres modes de rémunération dans les CSSS, aux cliniques externes des hôpitaux ou à domicile. Les

omnipraticiens et médecins de famille ont beaucoup d'influence sur la décision de leurs patients d'adopter divers comportements préventifs^{8, 9, 10}. Ces médecins sont essentiels pour les activités de dépistage individuel et de chimioprophylaxie. Ils sont aussi des acteurs importants pour l'immunisation et des intervenants efficaces pour le counselling préventif¹¹. Le potentiel représenté par ces professionnels qualifiés en matière d'interactions préventives avec la population est donc considérable. Toutefois, beaucoup d'occasions sont manquées et les interventions des médecins et autres

cliniciens gagneraient à être réorientées vers l'amont du continuum de soins (figure 1). En effet, l'action traditionnelle des praticiens se situe vers l'aval de ce continuum : diagnostic et traitement de la maladie symptomatique, prévention tertiaire et soins palliatifs. Si on veut que les cliniciens participent efficacement à la mission préventive, on doit encourager leurs efforts vers l'amont : détection précoce des maladies et des facteurs de risque (dépistage), immunisation (protection), éducation à la santé et promotion de saines

FIGURE 1. RÉORIENTATION DES INTERVENTIONS CLINIQUES
VERS L'AMONT DU CONTINUUM DE SOINS



habitudes de vie.

D'autres professionnels de la santé accessibles en première ligne (infirmières, pharmaciens, dentistes, diététistes, psychologues, travailleurs sociaux, kinésio-logues, inhalothérapeutes, etc.) peuvent jouer un rôle important en intégrant certaines PCP, mais l'efficacité de leurs interventions est moins bien documentée dans les écrits scientifiques que celle des interventions des médecins.

Des lignes directrices claires, mais peu suivies

Le Canada a été pionnier dans la production de guides de PCP fondés sur des preuves scientifiques, chaque intervention étant évaluée quant à son efficacité et son innocuité selon une méthode rigoureuse, définie dès

1979 par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)^{11, 12}. Les Canadiens ont rapidement été suivis par les États-Uniens avec le U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF)^{13, 14} et une collaboration s'est établie entre les groupes d'experts canadien et états-unien pour l'analyse des écrits scientifiques. Notons que les recommandations des deux groupes peuvent cependant diverger, les recommandations canadiennes restant souvent plus conservatrices. Bien que le groupe canadien (GECSSP) ait momentanément suspendu ses activités en avril 2005, beaucoup de ses travaux continuent de faire autorité. Récemment, l'Agence de santé publique du Canada a pris la direction d'un processus de réactivation du groupe canadien, qui devrait être complété sous peu.

Les guides de PCP, s'ils étaient adoptés par les professionnels, pourraient améliorer la quantité et la qualité des pratiques préventives et constituent actuellement le fondement d'un tel processus d'amélioration. Si les interventions efficaces augmentaient et si celles qui ne le sont pas diminuaient, il y aurait gain d'efficacité. Mais la seule production de telles recommandations, si elle exige un effort considérable, est loin d'être suffisante pour améliorer les pratiques. Jusqu'à présent, il manque de moyens efficaces pour les disséminer, amener les cliniciens à se les approprier et faciliter leur implantation ou leur optimisation dans la pratique quotidienne.

En fait, les médecins n'utilisent les guides préventifs qu'à moitié^{15, 16}. Il en est de même des outils et systèmes de bureau jugés efficaces, comme les systèmes de relance de la clientèle. La formation médicale continue n'est suivie que par une faible minorité des cliniciens visés, et cette minorité est souvent celle qui en a le moins besoin. Généralement, les médecins font moins que ce qu'ils voudraient faire¹⁷ et ont tendance à surestimer leurs performances¹⁸.

Les barrières à l'intégration de la prévention dans la pratique reposent en partie sur les caractéristiques des interventions préventives par rapport aux caractéristiques des interventions curatives. Ainsi, les résultats de l'action préventive prennent souvent du temps à se manifester (ex. : arrêt du tabagisme après des années de counselling) et constituent dans beaucoup de cas des « non-événements » (ex. : varicelle évitée, tension artérielle normalisée, nouveau-né en bonne santé). Certains professionnels de la santé considèrent que ce n'est pas leur rôle de prévenir la maladie, ne pratiquent

pas eux-mêmes ce qu'ils ont à prêcher (ex. : activité physique, autovaccination), ne connaissent pas les guides, les trouvent peu crédibles (ex. : sources gouvernementales jugées biaisées), inadaptés à leur pratique ou contradictoires. D'autres cliniciens disent ne pas avoir la formation, les outils ou les ressources nécessaires pour appliquer les recommandations, jugent leurs patients non réceptifs ou résistants, ne se sentent pas efficaces, considèrent le temps disponible comme insuffisant dans un contexte clinique défavorable (ex. : pénurie de médecins, multiples demandes des patients, vieillissement et alourdissement de la clientèle) ou trouvent la rémunération insuffisante pour s'engager dans cette voie.

Le grand nombre de recommandations à appliquer constitue un entonnoir qui limite l'implantation des PCP. Ainsi, on a estimé que pour réaliser conformément aux guides de PCP toutes les recommandations de catégories A et B émises par le groupe de travail états-unien (USPSTF), il faudrait aux médecins 7,4 heures par journée de travail¹⁹. Dans ces conditions, le clinicien et son patient doivent faire des choix dans la gestion du temps disponible, et la prévention se trouve souvent négligée.

Prévenir, c'est avant tout changer de comportement

Que ce soit en abandonnant un comportement néfaste (ex. : tabagisme) ou en adoptant un comportement bénéfique (ex. : activité physique), les patients expérimentent un processus de changement de comportement. Il en est de même pour les cliniciens qui abandonnent une pratique non recommandée (ex. : dépistage du cancer du poumon par radiographie pulmonaire) ou adoptent une nouvelle intervention préventive considérée comme efficace (ex. : prescription de biphosphonates en prévention des fractures ostéoporotiques). Tant les cliniciens que leurs clients doivent généralement affronter une grande force d'inertie qui les retient dans leurs vieilles habitudes et ils sont influencés dans leurs comportements préventifs par des déterminants cognitifs et affectifs. Ces déterminants ont été décrits et modélisés par différents auteurs. Plusieurs de ces modèles de changement de comportement sont présentés à l'annexe I du présent guide.

Prévenir, c'est aussi surmonter des barrières organisationnelles

On dit souvent qu'un gramme de prévention vaut un kilogramme de traitement, mais il est tout aussi certain qu'un gramme de prévention nécessite un kilogramme de transformations dans l'organisation de la pratique. Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du milieu clinique, le système de santé comporte un grand nombre de contraintes qui entravent la prévention : compétition entre les multiples besoins et demandes des patients dans un temps restreint, manque de formation, d'outils, de personnel, de ressources, de rémunération, etc. Des systèmes de soins éprouvés permettent toutefois de contourner ces barrières au changement organisationnel, et d'ainsi atteindre les résultats attendus^{20, 21, 22, 23}.

Le succès de l'intégration des PCP dans la pratique quotidienne dépend d'une volonté du milieu clinique de faire plus et mieux en prévention. Certaines conditions, surtout si elles sont combinées, se sont montrées favorables :

1. Une attitude proactive plutôt que réactive quant à la prévention.
2. Une approche opportuniste (ex. : lors d'une consultation d'urgence), complétant l'approche planifiée traditionnelle (ex. : lors du bilan de santé).
3. Une offre de soins préventifs systématique, plutôt que laissée à l'initiative des cliniciens.
4. Un leader d'opinion pour promouvoir et organiser les activités.
5. L'existence d'un programme apparenté ayant eu un effet structurant sur le milieu clinique.
6. Un thème accrocheur, un besoin perçu dans une clientèle définie, un contexte sociopolitique ou culturel favorable.
7. L'atteinte d'un consensus entre professionnels concernant un guide de pratique clinique et un protocole de soins.

8. Une définition claire des rôles et responsabilités des cliniciens (ex. : rôles des médecins et rôles des infirmières) ainsi que le soutien du personnel de bureau.
9. Des systèmes d'information permettant de repérer les patients qui nécessitent une intervention, d'appuyer les décisions cliniques et d'évaluer la performance préventive sur une base continue.
10. De la formation concernant les guides de pratique, les habiletés cliniques, les attitudes, les outils, les ressources.
11. Des outils pour les professionnels et leurs patients.
12. L'implication des patients dans l'autogestion de leurs soins préventifs.
13. L'établissement de corridors de services avec les ressources institutionnelles ou communautaires.
14. Une rétroaction aux cliniciens concernant leur performance, en appui aux interventions.
15. Des incitatifs variés (ex. : primes pour l'atteinte d'objectifs, rémunération des actes préventifs).

L'appui d'intervenants en santé publique (DSP, CSSS) peut jouer un rôle de catalyseur dans l'émergence de telles conditions favorables.

Un cadre théorique pour la prévention clinique

Des modèles comme ceux de Walsh et McPhee²⁴, de Jaen, Stange et Nutting²⁵ ou du projet Promotion de la prévention clinique (PPC)²⁶ (figure 2) permettent d'intégrer l'ensemble des déterminants du comportement préventif des cliniciens et de leurs patients. De tels modèles peuvent s'avérer utiles dans une perspective de planification et d'évaluation des interventions. Un schéma des principaux déterminants du succès de la prévention en clinique, inspiré de ces divers modèles et des expériences menées sur le terrain, est présenté à la figure 3.

FIGURE 2 : INTÉGRATION D'UNE PCP SELON LE PROJET PPC 1999-2001

Pour obtenir des résultats de santé ⑧ (réduction de la morbidité et de la mortalité), il faut que les patients adoptent massivement un comportement favorable ou abandonnent un comportement néfaste ⑦. Malheureusement, ils ne se dirigent que timidement vers le comportement souhaité ⑥, sous l'effet d'une combinaison de déterminants favorables (aides) ou défavorables (barrières) ⑤. L'un de ces déterminants est l'influence du médecin (ou autre professionnel), influence qu'on sait efficace. Mais au lieu de l'intervention énergique et systématique qu'on espère ④, les cliniciens n'ont qu'une action mitigée ③, résultant d'une combinaison de déterminants favorables (aides) et défavorables (barrières) à leur comportement préventif ②. Le projet PPC ① visait à influencer les médecins par une approche multistratégique (visite d'un délégué médical, formations en communication persuasive, outils et systèmes de soutien, mise en contact avec des ressources appropriées), dans l'espoir d'activer ainsi l'ensemble du processus d'intégration.

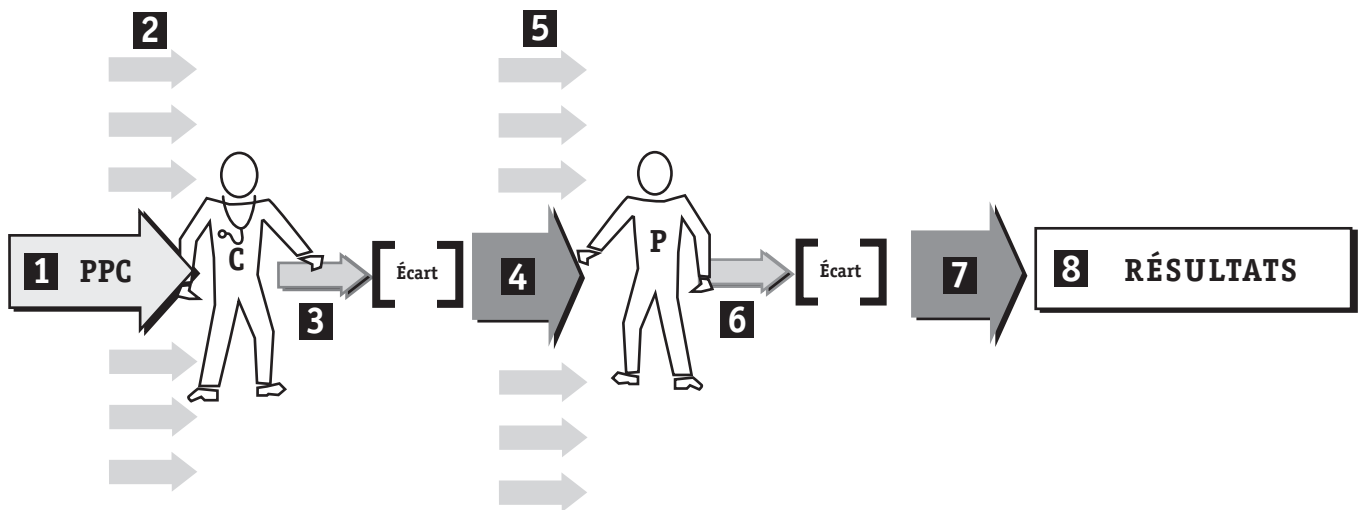
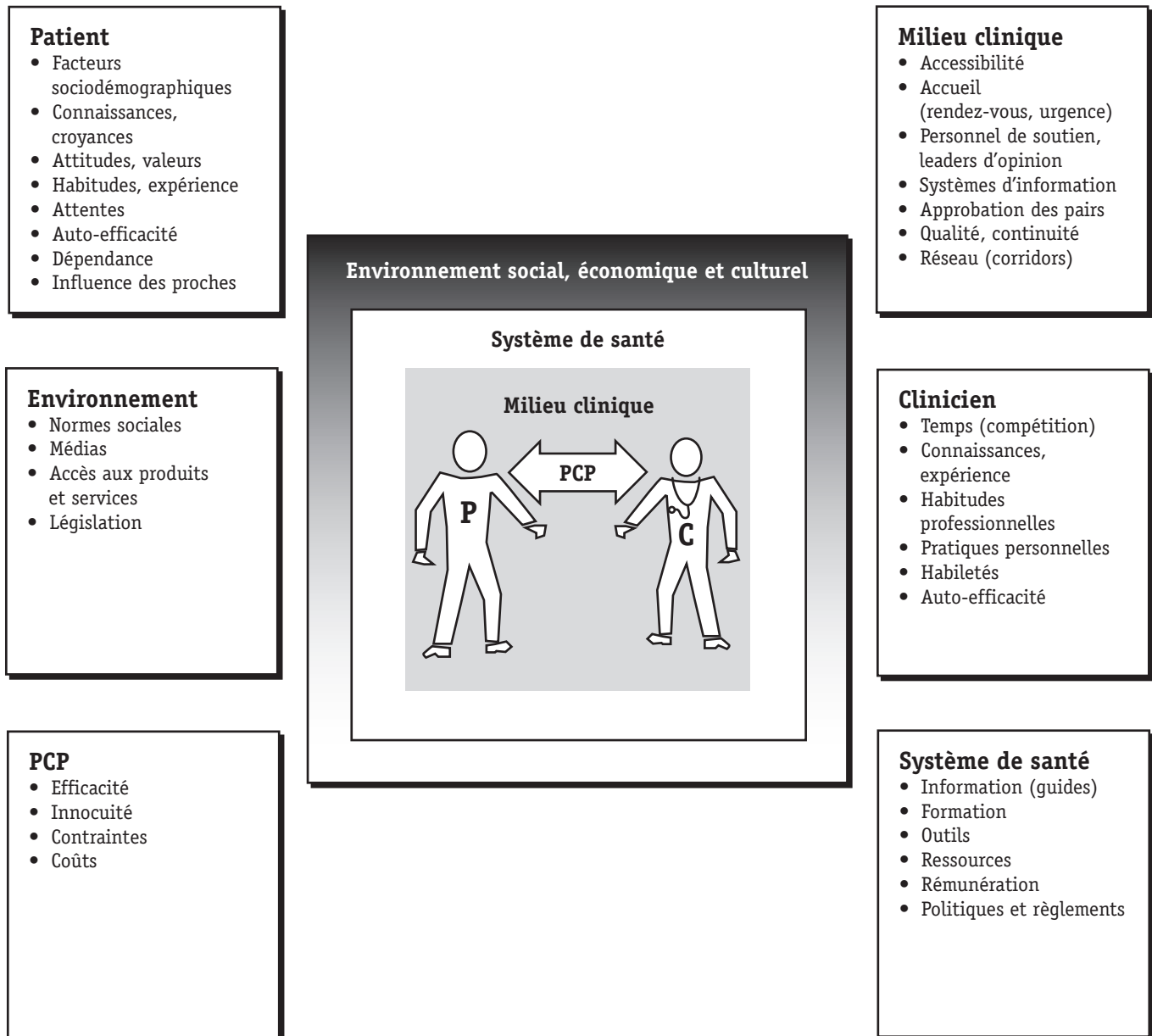


FIGURE 3 : SCHÉMA DES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DU SUCCÈS DE LA PRÉVENTION EN CLINIQUE

La PCP comporte des caractéristiques intrinsèques qui aident ou nuisent à son applicabilité. Le patient et le clinicien ont leur propre vécu qui influence leurs actions. L'organisation de la pratique est tributaire de caractéristiques du milieu clinique (micro-gestion) et du système de santé (macrogestion). Enfin, patients et professionnels évoluent dans un environnement socioculturel et politique ayant une forte influence sur leurs comportements.



Les pratiques cliniques préventives du *Programme national de santé publique 2003-2012*

Les PCP du PNSP³ sont principalement issues des recommandations de catégorie A ou B émises par le GECSSP^{11, 12}. Les groupes d'experts responsables d'élaborer le PNSP ont été appelés à choisir les PCP les plus pertinentes et prioritaires dans l'optique du programme^A.

Ces PCP entrent dans quatre catégories :

1. Counselling (donner conseil et assistance à des individus aux prises avec des problèmes éducatifs ou personnels).
2. Dépistage opportuniste (détecter précocement des maladies silencieuses ou des facteurs de risque chez des individus asymptomatiques).
3. Immunisation (administrer des vaccins et autres produits permettant à l'individu de développer ou renforcer ses défenses immunitaires contre un agent infectieux).
4. Chimio prophylaxie (prescrire un médicament à visée préventive).

Le groupe d'étude canadien (GECSSP) classe ses recommandations en six catégories, en se fondant sur la force des preuves scientifiques publiées :

- A= preuves suffisantes pour recommander l'intervention;
- B= preuves acceptables pour la recommander;
- C= preuves à tendances contradictoires, ne permettant pas de faire une recommandation;
- D= preuves acceptables pour déconseiller l'intervention;
- E= preuves suffisantes pour exclure l'intervention;
- I= preuves insuffisantes (manque de données) pour émettre une recommandation.

Seules les interventions préventives de catégorie A ou B devraient faire l'objet d'une promotion active auprès des cliniciens. Les interventions classées C ou I sont de préférence confiées au jugement clinique des professionnels de la santé et ne devraient être mises de l'avant par la santé publique que dans le cadre d'un programme établi ou d'une étude pilote faisant l'objet

A. Pour un tableau plus complet des PCP recommandées selon chaque groupe d'âge ainsi que des méthodes visant à les intégrer et à en assurer le suivi dans la pratique quotidienne, se référer au cahier de formation continue « La prévention au cabinet », publié en 2005 dans la revue *Le Médecin du Québec*, vol. 40, no 5, p. 29-81.

d'une évaluation rigoureuse. Quant aux interventions de catégorie D ou E, on devrait activement les déconseiller, car elles peuvent faire plus de tort que de bien.

Le PNSP prévoit que les PCP seront implantées aux niveaux régional (PAR) et local (PAL) selon un échéancier déterminé d'ici 2012. Les PCP constituent l'une des stratégies d'action sur lesquelles le programme national s'appuie pour atteindre ses objectifs de santé. La liste des PCP préconisées (tableau 1) comporte une trentaine d'interventions. Certaines de ces interventions font déjà l'objet d'un programme provincial (ex. : dépistage de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale, Programme québécois de dépistage du cancer du sein), alors que d'autres sont déjà largement pratiquées par les professionnels avec des résultats améliorables (ex. : dépistage et prise en charge de l'hypertension artérielle) ou sont relativement nouvelles pour beaucoup de cliniciens (ex. : promotion de l'activité physique).

Certaines PCP s'adressent à toute la population (ex. : promotion d'une saine alimentation, sécurité routière), mais la plupart s'adressent à un sous-groupe à risque. Le niveau d'intégration des PCP dans la pratique des professionnels varie grandement : on devra donc **implanter** de toutes pièces certaines des PCP proposées dans certains milieux cliniques ou auprès de certains professionnels, tandis qu'on visera davantage à les **optimiser** (en quantité et en qualité) dans d'autres contextes où elles sont déjà partiellement implantées. Le tableau 1 présente aussi l'état d'implantation des PCP du PNSP. Cet état d'implantation se base sur les résultats d'une collecte de données réalisée par le MSSS auprès des directions de santé publique au printemps 2007.

La façon dont ont été formulées certaines PCP dans le PNSP au moment de sa publication (2003) peut différer des recommandations émises antérieurement par les experts, qui s'étaient attachés à bien définir les interventions efficaces et la population à laquelle elles s'adressaient. Ainsi, au tableau 1, on note qu'à certains énoncés du PNSP correspondent plusieurs recommandations de niveaux différents selon le contexte (ex. : évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque, catégories A, B, C et I), tandis que d'autres énoncés ne correspondent à aucune recommandation (ex. : identification des signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs, une intervention non étudiée par les experts). De plus, les recommandations des experts ne sont pas statiques au cours d'une période de temps de dix ans, mais se modifient constamment sur la base des nouvelles études publiées, causant des écarts avec les énoncés proposés en 2003, écarts que la mise à jour du PNSP devrait permettre de rectifier.

TABLEAU 1 PCP INSCRITES DANS LE PNSP, RECOMMANDATIONS CANADIENNES ET ÉTAT D'IMPLANTATION AU QUÉBEC

Développement, adaptation et intégration sociale	Recommandations GECSSP	État d'implantation (1 à 4)*
<input type="checkbox"/> Prise d'une dose suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer	A	2,8
<input type="checkbox"/> Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes	B	2,4
<input type="checkbox"/> Counselling concernant le tabagisme auprès des femmes enceintes	A	2,9
<input type="checkbox"/> Counselling en matière d'allaitement maternel	A B I	3,1
<input type="checkbox"/> Dépistage systématique de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale auprès des nouveaux-nés	A	3,3
<input type="checkbox"/> Recommandation par les médecins aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance	A	2,4
<input type="checkbox"/> Orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces	A	2,3
<input type="checkbox"/> Formation des médecins axée sur la prévention du suicide	B	2,8
<input type="checkbox"/> Signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs :		
> sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux		1,7
> diffusion d'information sur les activités et les services qui sont offerts		1,6
<input type="checkbox"/> Promotion et soutien, auprès des médecins, de la recherche de cas et du counselling sur la consommation d'alcool	B	ND
<input type="checkbox"/> Intervention globale au regard de la prévention du suicide : promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	A B C	2,6
<input type="checkbox"/> Intervention visant les consommateurs, les prescripteurs et les distributeurs de médicaments pour prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes âgées		ND
<input type="checkbox"/> Soutien des cliniciens pour qu'ils décèlent le moindre signe d'agression sexuelle ou de violence conjugale chez les adultes et les personnes âgées ainsi que tout abus ou toute négligence dont seraient victimes ces personnes	B C I	ND
Habitudes de vie et maladies chroniques	Recommandations GECSSP	État d'implantation (1 à 4)*
<input type="checkbox"/> Counselling concernant le tabagisme	A	3,6
<input type="checkbox"/> Counselling concernant les habitudes alimentaires	B	2,8
<input type="checkbox"/> Counselling concernant l'activité physique	B C	2,9
<input type="checkbox"/> Counselling concernant l'utilisation de fluorures (dentifrice ou suppléments)	A	2,8
<input type="checkbox"/> Intégration des services de consultation brève concernant :		
> l'arrêt de consommation de tabac	B	3,6
> des services de dépistage et de consultation intensifs concernant le tabagisme		3,8
<input type="checkbox"/> Soutien des cliniciens pour la détection précoce des maladies chroniques chez les adultes et les personnes âgées ainsi que pour la prise en charge des personnes atteintes de :	A	3,3
> Cancer du sein		
> Cancer du col utérin (test de Papanicolaou)	B	1,8
> Hypertension artérielle	A B	2,2
<input type="checkbox"/> Application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes présentant des fosses et des sillons	A	2,6

Traumatismes non intentionnels	Recommandations GECSSP	État d'implantation (1 à 4) *
<input type="checkbox"/> Promotion et soutien, auprès des cliniciens, du counselling concernant l'usage de dispositifs de sécurité – dispositif de retenue pour enfant dans les voitures, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule tout terrain, ceinture de sécurité	B	ND
<input type="checkbox"/> Promotion et soutien, auprès des cliniciens, de l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chutes destinées aux personnes âgées à risque	A B C I	ND
Maladies infectieuses	Recommandations GECSSP	État d'implantation (1 à 4) *
<input type="checkbox"/> Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes	B (rubéole)	2,9
<input type="checkbox"/> Organisation des services intégrés de dépistage du VIH/SIDA, du VHC et des ITS	A B	3,6
<input type="checkbox"/> Soutien des pratiques cliniques préventives par l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes		3,3
<input type="checkbox"/> Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la colonisation par le streptocoque groupe B chez les femmes enceintes	B	2,4

* Moyenne des réponses données (1 à 4) par les régions du Québec ayant répondu au questionnaire sur l'état d'implantation des activités du *Programme national de santé publique 2003-2010* au premier cycle (Service des orientations en santé publique, MSSS, mars 2007)

1. PCP ni implantée, ni planifiée
2. PCP non implantée, mais planifiée
3. PCP en voie d'implantation
4. PCP implantation est complétée

Le déploiement progressif de toutes ces pratiques préventives dans tous les milieux cliniques est un projet ambitieux de longue haleine, qui s'accorde bien avec la mise en place d'une réforme majeure des soins et services de santé. Si les instances régionales et locales (DSP et CSSS) sont désignées comme conjointement responsables de ce vaste chantier, elles gagneront à être guidées et appuyées dans leur démarche par une mise en commun au **niveau national**. En particulier, elles pourront bénéficier des travaux du Groupe des responsables régionaux des pratiques cliniques préventives (GRR-PCP), groupe qui est animé par le MSSS et dans lequel sont représentés les DSP et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Des collaborations interrégionales ont déjà été lancées (ex. : l'Expérience d'*Au cœur de la vie*, la mise en réseau du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION), et une certaine forme de mentorat par laquelle les régions les plus avancées aideraient les moins avancées a été proposée²⁷.

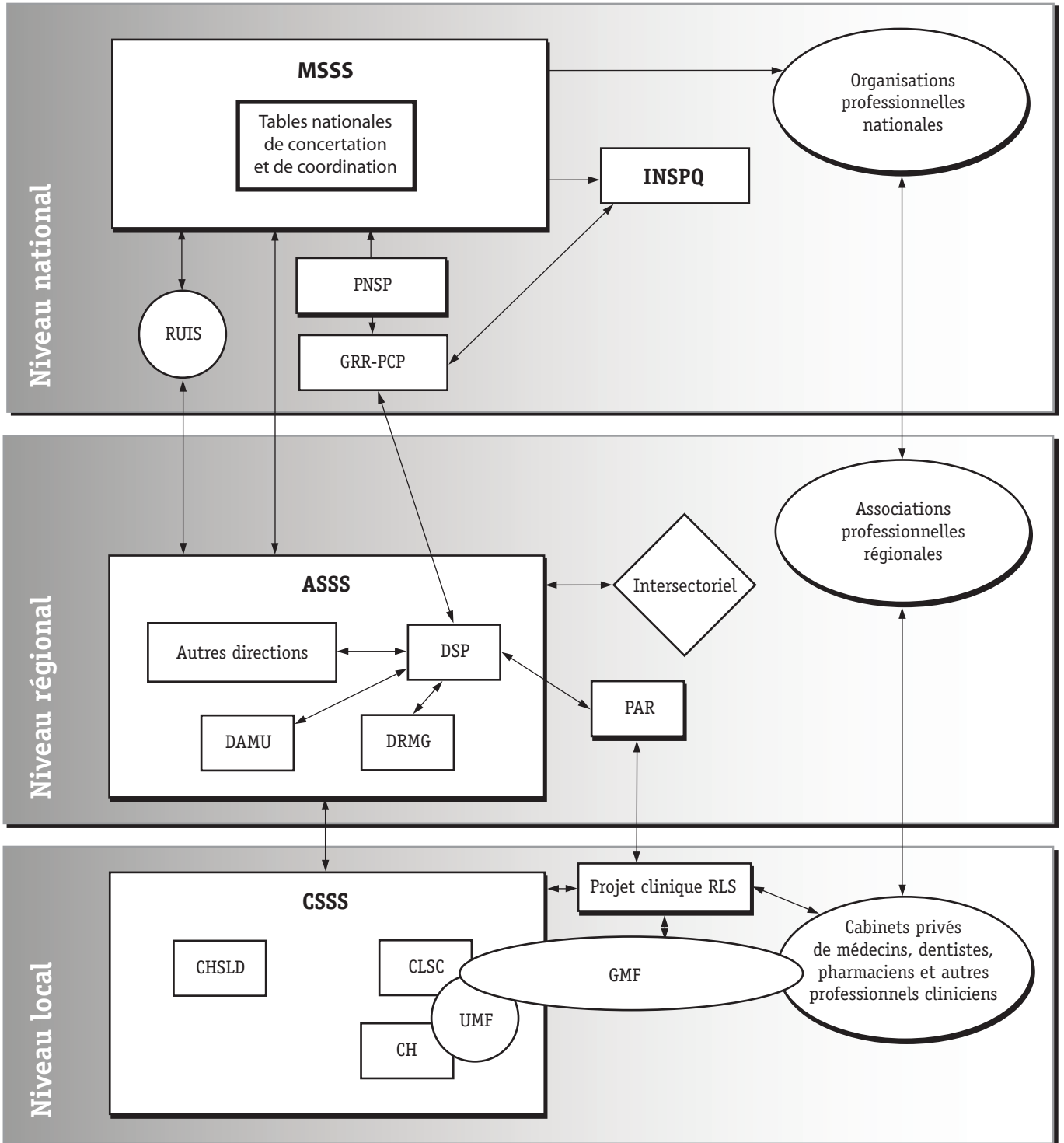
Au **niveau régional**, les DSP peuvent exercer un leadership important dans ce dossier, en collaboration avec les autres directions des ASSS, et en particulier avec les DRMG et les directions des affaires médicales et universitaires (DAMU). Les DSP ont également avantage à développer précocement des liens avec les partenaires sectoriels et intersectoriels touchés par le déploiement

des PCP (secteurs de l'éducation, des loisirs, des sports, de l'environnement, des transports, secteur municipal, secteur socioculturel et médias, secteurs des ressources communautaires, de l'industrie pharmaceutique, de l'industrie agro-alimentaire, etc.). En effet, dans la perspective des programmes intégrés de prévention comme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION ou l'approche École en santé, les efforts d'éducation et de promotion des professionnels en faveur de comportements sains et sécuritaires ne sauraient donner de résultats que si des environnements favorables à de tels comportements sont rendus disponibles dans les milieux de vie.

Au **niveau local**, la responsabilité de la promotion et du soutien des PCP est appelée à être partagée entre les DSP et les instances locales (CSSS). L'expertise de deuxième ligne des DSP quant aux contenus scientifiques et aux méthodes d'intervention et d'évaluation pourrait être mise à profit sous la forme de formations de formateurs ou de mentorat auprès des intervenants des CSSS qui auront éventuellement à accompagner les professionnels de leur territoire dans le processus de changement majeur que constitue l'intégration des PCP. Les principaux acteurs et leurs interrelations dans le déploiement des PCP aux niveaux national, régional et local sont illustrés à la figure 4.

FIGURE 4 : INTERACTIONS DES PRINCIPAUX ACTEURS DANS LE DÉPLOIEMENT DES PCP

(Légende : consulter la liste des sigles et acronymes p. 7)



La planification régionale de l'offre de services concernant les PCP

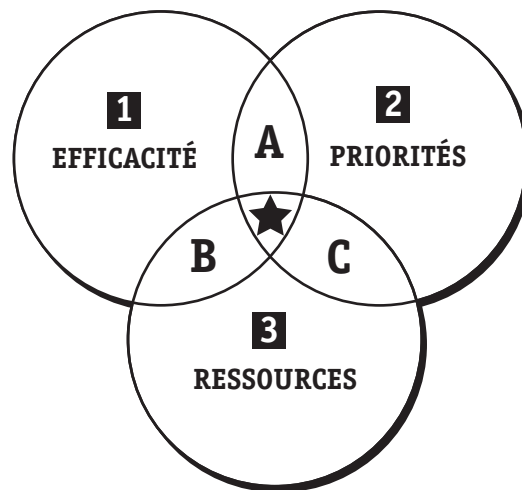
Toutes les PCP du PNSP n'étant pas au même niveau de « maturité » en vue de leur appropriation par les cliniciens (certaines sont déjà fortement intégrées dans la pratique, d'autres sont encore mal connues ou maîtrisées), l'offre de promotion, de soutien et d'évaluation de ces pratiques ne saurait être homogène. De plus, on peut se demander quelle PCP doit être placée au premier rang dans une région donnée. En effet, les PCP ne sauraient être toutes proposées simultanément et pêle-mêle sans épuiser les ressources, tant des promoteurs que des intervenants sur le terrain. La nécessité d'une planification rigoureuse et d'une coordination soignée des activités est évidente.

Comme l'illustre la figure 5, c'est à l'intersection de trois grands domaines de préoccupations (étoile) que devraient se concentrer les efforts de promotion et de soutien des PCP. Ces domaines sont :

1. Les preuves d'efficacité.
2. Les priorités régionales (PAR).
3. Les ressources disponibles.

Pour les secteurs A, B et C, qui ne recoupent que deux des domaines, une réflexion ou des développements supplémentaires sont nécessaires.

FIGURE 5 : DÉTERMINATION DES PRIORITÉS DANS LA PROMOTION ET LE SOUTIEN DES PCP



Afin de mieux définir les PCP prioritaires, une série de six questions se posent successivement. La figure 6 résume la démarche proposée :

1. Existe-t-il des preuves d'efficacité de l'intervention inscrite dans le PNSP?
2. Quelles sont la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention?
3. Où : quel milieu clinique choisir pour l'implantation ou l'optimisation?
4. Qui : quels professionnels solliciter et quelles populations cibler?

5. Comment : quelles stratégies de dissémination, de soutien organisationnel et d'évaluation proposer?
6. Quand prévoit-on intervenir?

Existe-t-il des preuves d'efficacité de l'intervention inscrite dans le PNSP?

L'énoncé du PNSP fait-il référence à la même intervention que celle ayant fait l'objet d'une évaluation par les

groupes d'experts? Les connaissances évoluant très rapidement, de nouvelles études viennent-elles infirmer ou confirmer le bien-fondé de l'intervention?

Quelles sont la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention?

Certaines possibilités reliées à des orientations stratégiques nationales ou régionales, à des programmes ou expériences pilotes menés dans la région ou encore à la contribution de personnalités ou d'organisations locales dynamiques peuvent faciliter grandement la promotion et le soutien des PCP. Les ressources humaines, matérielles et financières disponibles pour réaliser une PCP, qui peuvent varier d'une région à l'autre, sont déterminantes dans la décision d'aller plus loin dans l'analyse. Ainsi, la pénurie de médecins et d'infirmières dans une région donnée peut hypothéquer certaines interventions qui requièrent leur participation active. Par contre, toutes les régions du Québec devraient sensiblement faire face aux mêmes obstacles d'acceptabilité légale, éthique, socioculturelle, politique ou organisationnelle.

Si on ne peut répondre hors de tout doute à l'une ou l'autre des deux premières questions, il reste un travail de développement à réaliser avant de proposer la PCP aux professionnels de la santé. Il peut s'agir de mieux documenter l'efficacité par une recension des écrits scientifiques ou une étude pilote, d'augmenter la faisabilité ou l'acceptabilité en précisant le cadre légal, en offrant des outils, des formations, des ressources ou des services indispensables ou encore en obtenant du financement.

Si l'intervention passe avec succès les étapes de l'efficacité et de la faisabilité, elle vient de franchir un pas important vers son intégration parmi les PCP prioritaires. Il faut maintenant préciser le contexte qui sera privilégié pour son intégration.

Où : quel milieu clinique choisir pour l'implantation ou l'optimisation?

Les cabinets privés de médecins, où peu d'actes préventifs sont encore rémunérés et où on dispose rarement d'une infirmière ou d'autres ressources paramédicales, semblent un terrain moins fertile pour la prévention.

Toutefois, ces cabinets reçoivent la plus grande partie de la clientèle ambulatoire et sont la principale ressource du réseau public dans certains champs d'activité (ex. : périnatalité, vaccination antigrippale) de même que dans certains secteurs géographiques plus périphériques.

La mission CLSC des CSSS, grâce à l'apport d'une équipe multidisciplinaire, peut s'avérer le meilleur contexte pour implanter certaines PCP.

Les UMF, par l'enseignement et la recherche qu'on y pratique, offrent des possibilités d'expérimentation intéressantes.

Les GMF constituent un nouveau modèle d'organisation qui offre des possibilités prometteuses grâce à l'inscription de la clientèle, à de nouveaux modes de rémunération, à l'apport d'infirmières et d'adjoints administratifs, par la mise en place de systèmes d'information et l'établissement de corridors de services avec le réseau local.

D'autres modèles d'organisation des soins visant à accroître l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins, comme les cliniques-réseau, méritent une attention particulière. Enfin, il ne faut pas négliger les pharmacies communautaires, les cabinets privés d'autres professionnels comme les dentistes, les diététistes ou les psychologues, les CH et d'autres milieux cliniques qui peuvent s'avérer propices à certaines interventions.

Qui : quels professionnels solliciter et quelles populations cibler?

Quels cliniciens choisir pour réaliser une PCP donnée : médecins omnipraticiens ou spécialistes, infirmières, pharmaciens, dentistes, diététistes, etc.? La hiérarchisation des soins, le volume de clientèle rencontré, mais aussi les compétences particulières de certaines catégories de soignants et les particularités de leur pratique nous amènent à miser davantage sur certains types de professionnels de la santé.

Quelles populations cibler : familles vulnérables, personnes âgées, etc.? Les guides de pratique clinique, la connaissance du profil sociosanitaire régional et la capacité d'entrer en contact avec les groupes à risque peuvent aider à préciser la cible populationnelle.

Comment : quelles stratégies de dissémination, de soutien organisationnel et d'évaluation proposer?

L'analyse critique des écrits scientifiques portant sur les meilleures méthodes d'intégration et d'évaluation des PCP exige une expertise et des ressources pour lesquelles le soutien d'une instance nationale semble nécessaire. Dans cet esprit, une recension des écrits concernant la dissémination des guides de pratique chez les médecins a déjà été réalisée sous la direction de l'INSPQ²⁸, dans le cadre de l'Expérience d'*Au cœur de la vie*. Une initiative plus récente (2007) de la DSP de la Capitale-Nationale, financée par le MSSS, vise à fournir aux intervenants régionaux une mise à jour des écrits scientifiques sur les stratégies efficaces en matière d'intégration de PCP²⁹.

STRATÉGIES DE DISSÉMINATION AUPRÈS DES CLINIENS

Les études ont démontré clairement que les stratégies de diffusion passive des connaissances (distribution de documentation par courrier ou revues, cours ou conférences magistrales) n'ont pas d'impact significatif sur les pratiques des médecins^{28, 29}. Nous ne disposons pas de données comparables en ce qui concerne les autres professionnels de la santé. D'autres stratégies ont semblé plus prometteuses pour modifier le comportement préventif des médecins, surtout si plusieurs d'entre elles sont combinées.

1. La visite d'une infirmière « facilitatrice » (*nurse facilitator*), qui se rend de manière intensive dans les milieux cliniques pour faciliter l'intégration des PCP. Cette méthode a été expérimentée entre autres au Royaume-Uni^{30,31}, au Texas³², en Ohio²⁰, en Ontario dans l'équivalent ontarien des GMF, les Health Service Organizations (HSO)^{33,34} et plus près de nous dans le cadre de l'Expérience d'*Au cœur de la vie*²². Le Système de Prévention Clinique (SPC), mis sur pied conjointement par la DSP et les CSSS de Montréal pour promouvoir de saines habitudes de vie, est inspiré de cette approche (voir annexe II).
2. La visite d'un délégué médical^{35,36,37} qui tente par une série de brèves visites d'influencer le comportement du médecin, selon le modèle défini par les compagnies pharmaceutiques. Cette méthode est

appliquée à la prévention depuis 1999 en Montérégie^{26,38} et depuis 2003 dans la région de la Capitale-Nationale³⁹. Pour plus de détails concernant cette approche, consulter l'annexe III.

3. L'utilisation de leaders d'opinion⁴⁰.
4. La recherche de consensus local et l'établissement d'un protocole de soins préventifs^{22,41}.
5. L'audit de dossiers et la rétroaction aux professionnels sur leur pratique^{42,43}.
6. La formation interactive en petits groupes basée sur des cas cliniques^{44,45}.
7. Le dossier clinique informatisé^{46,47}.
8. Les systèmes pour rappeler aux professionnels qu'une intervention préventive est indiquée⁴⁸ (ex. : autocollants pour le dossier, registres de patients à risque, « signes vitaux étendus » comprenant des indicateurs comme le statut tabagique ou l'indice de masse corporelle).
9. Le publipostage, la télécopie, le télémarketing⁴⁹, les sites Web d'information pour les professionnels.
10. Les outils de bureau pour l'évaluation, le traitement ou le suivi. L'ordinateur de poche est de plus en plus utilisé pour stocker cette information et y avoir rapidement accès⁵⁰.
11. Les questionnaires pour les patients, auto-administrés dans la salle d'attente du cabinet, utilisés pour le repérage de certains facteurs de risque^{26,38}.
12. Les répertoires de ressources institutionnelles ou communautaires²⁶.
13. Les consultants au bout du fil.
14. Les programmes visant à modifier les habitudes de vie des soignants eux-mêmes.
15. La rémunération des actes préventifs et les primes pour l'atteinte d'un objectif préventif⁵¹.
16. Les interventions multifacettes (plusieurs des moyens précédents).

STRATÉGIES DE DISSÉMINATION AUPRÈS DES PATIENTS

Les moyens suivants ont démontré une certaine efficacité ou semblent prometteurs, surtout lorsqu'ils sont combinés, pour encourager les patients à adopter ou maintenir des comportements préventifs.

1. Dans la salle d'attente, affiches ou vidéos incitant les patients à consulter ou à demander une intervention préventive.

2. Livres, dépliants, vidéos éducatives : ces outils sont plus efficaces lorsqu'ils sont recommandés par un professionnel.
3. Systèmes de relance (par la poste, téléphone, courriel) pour le dépistage ou l'immunisation.
4. Service téléphonique d'information ou de counselling²⁶.
5. Programmes d'éducation des patients (asthme, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, etc.).
6. Carnet de santé autogéré auquel le patient peut se référer pour demander des soins préventifs périodiques⁵².
7. Journal de bord concernant l'alimentation, la consommation de cigarettes, l'activité physique, etc.
8. Appareils d'automesure permettant au patient de surveiller lui-même ses progrès (tensiomètre, glucomètre, podomètre, etc.).
9. Médias écrits et électroniques, sites Web pour grand public, logiciels d'auto-évaluation.
10. Concours visant à modifier un comportement (Défi J'Arrête, j'y gagne!, Défi Santé 5/30, etc.).
11. Prescription formelle du médecin concernant une habitude de vie⁵³.
12. Interventions multifacettes (combinaison de plusieurs des moyens précédents).

STRATÉGIES DE SOUTIEN ORGANISATIONNEL

Étant donné que les interventions à multiples facettes sont plus efficaces pour mobiliser les praticiens et leurs patients, plusieurs programmes ont été proposés pour soutenir les milieux cliniques par une approche intégrée. C'est le cas du programme états-unien *Put Prevention Into Practice*, lancé en 1994, qui proposait initialement aux médecins, à leur personnel et à leurs patients un ensemble élaboré d'outils, le «*Education and Action Kit*». La simple distribution de ce kit à divers milieux cliniques qui l'avaient commandé ne s'étant pas avérée concluante,⁵⁴ l'*Agency for Healthcare Research and Quality* a développé un guide de dispensation de services cliniques préventifs étape par étape selon une approche systémique, résultant des expériences menées au Texas.²¹ Les grands principes de cette approche sont :

1. D'établir des protocoles de soins.
2. De définir le rôle de chaque membre du personnel dans la prestation et le suivi.

3. De déterminer la trajectoire des patients et la circulation du matériel.
4. D'évaluer la prestation de façon continue par des audits de dossiers.
5. De réajuster et redéfinir au fur et à mesure le système de soins et ses standards.

Le *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique*, qui paraîtra bientôt, est fortement inspiré de cette démarche.

Dans la mise sur pied de tels systèmes de soins préventifs, les DSP, en partenariat avec les CSSS, doivent s'adapter aux demandes des différents milieux cliniques et non l'inverse, en adoptant une approche « taillée sur mesure ». Les mandataires de la santé publique deviennent alors des consultants spécialisés dans un processus d'accompagnement, processus qui est détaillé à la section 2.

STRATÉGIES D'ÉVALUATION

Les stratégies d'évaluation des PCP doivent avant tout permettre une rétroaction aux professionnels sur leur performance, assurant un processus d'amélioration continue de la qualité des soins préventifs. Le processus d'implantation des changements, les effets des interventions sur les pratiques, l'impact sur la santé des patients et les coûts de l'intégration de PCP peuvent être évalués à l'aide de nombreuses méthodes. Une discussion plus approfondie de l'évaluation des PCP se trouve à l'annexe IV.

Quand prévoit-on intervenir?

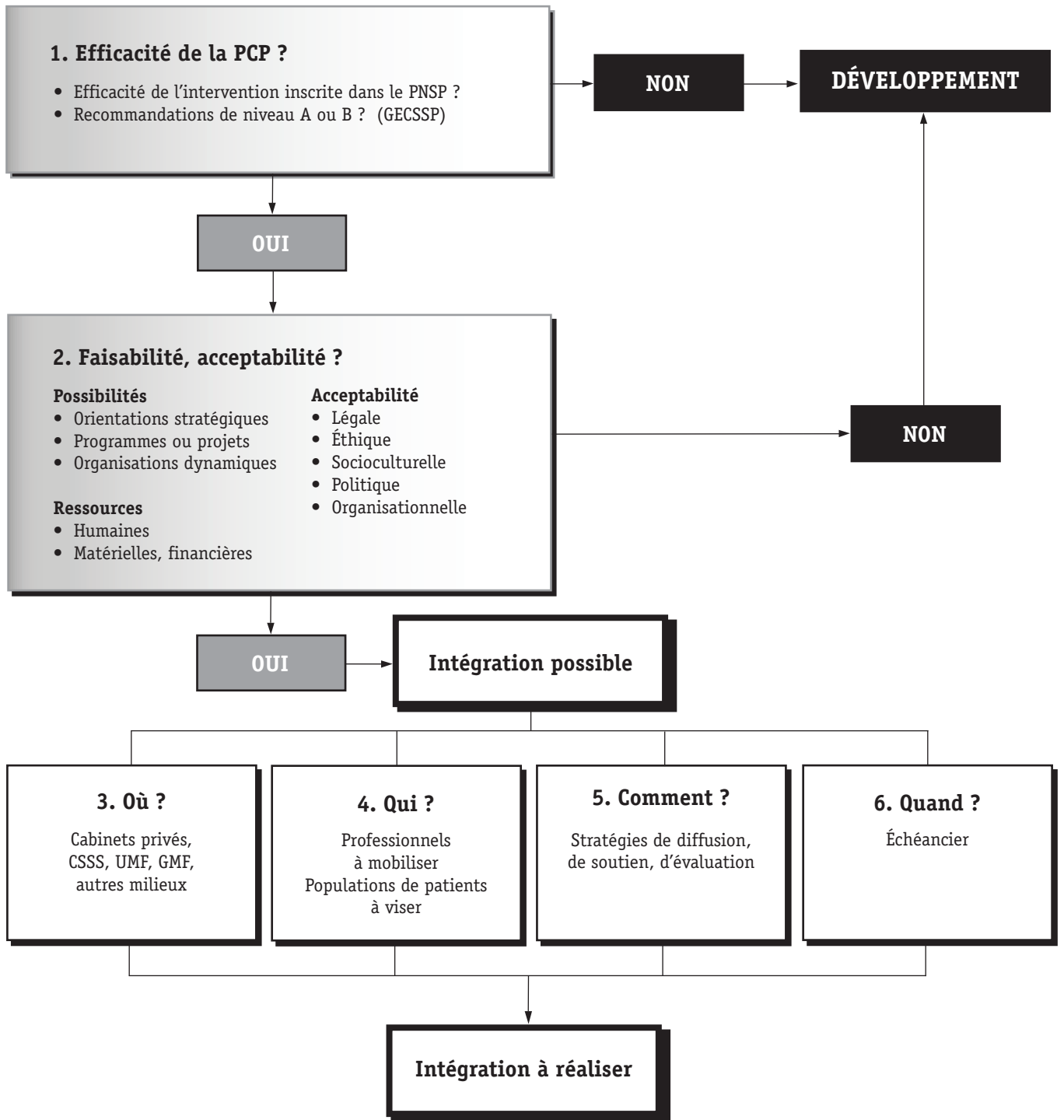
La plupart des cibles concernant les PCP du PNSP devaient être atteintes avant 2006, et le reste, d'ici 2012. Étant donné les multiples barrières à l'implantation des PCP, la rareté et l'inexpérience des ressources disponibles dans plusieurs régions ainsi que le contexte déstabilisant de la réforme du système de santé, l'échéancier d'intégration de l'ensemble des PCP doit être périodiquement révisé, à la lumière de l'évaluation du PNSP et des PAR. La mise en place des projets cliniques dans les RLS constitue toutefois une occasion à saisir, qui pourrait grandement faciliter l'intégration de PCP. Cependant, il est primordial pour les promoteurs des PCP, tant au niveau régional qu'au niveau local, de bien planifier et coordonner l'ensemble de

leurs actions auprès des professionnels de la santé, qui risquent de fermer la porte à toute intervention si on les sollicite de manière incohérente, trop insistante ou trop rapprochée.

Conclusion

La planification de l'offre de services en prévention clinique dans une région donnée se fait à partir d'une liste de PCP jugées prioritaires selon le PNSP, reprises par le PAR, les PAL et les projets cliniques. Les critères incontournables d'efficacité, de faisabilité et d'acceptabilité nous amènent à accorder la priorité aux PCP ayant les meilleures chances d'être implantées ou optimisées. Les milieux cliniques peuvent choisir « à la carte » ce qui leur convient le mieux parmi les interventions offertes et obtenir de leur direction régionale de santé publique et de leur CSSS une expertise et un soutien à chaque étape de l'intégration des pratiques choisies.

FIGURE 6 : SIX QUESTIONS POUR PRÉCISER L'OFFRE DE SERVICES DE LA SANTÉ PUBLIQUE CONCERNANT UNE PCP



IMPLANTER OU OPTIMISER UNE PCP DANS UN MILIEU CLINIQUE

Des milieux cliniques diversifiés

Chaque milieu clinique comporte ses forces et ses faiblesses dans la perspective de l'implantation ou de l'optimisation des PCP recommandées. Ainsi, les cabinets privés de médecins possèdent un grand débit de patients et un certain dynamisme d'entreprise, mais disposent de peu de ressources paramédicales, d'un temps de contact restreint avec la clientèle et d'un système de rémunération à l'acte défavorable à la prévention et au travail d'équipe.

Les CSSS constituent les partenaires privilégiés des DSP dans la planification des soins et services préventifs, et sont aussi des établissements qui gèrent des milieux cliniques indispensables pour l'intégration de certaines PCP : départements de périnatalité des hôpitaux, cliniques jeunesse des CSSS, services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS, services intégrés en périnatalité et petite enfance, programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, approche École en santé, etc. Les CSSS, de par leur mission CLSC maintenant intégrée, bénéficient d'une longue expérience du travail multidisciplinaire, d'une vocation préventive et communautaire affirmée et d'un système de rémunération des médecins à salaire, favorable aux PCP. Le volume des consultations médicales des CSSS est bien inférieur à celui de la pratique privée, mais le soutien qu'ils apportent à certaines clientèles vulnérables en fait un milieu clinique essentiel.

Les GMF constituent un contexte privilégié pour implanter ou optimiser les PCP. L'inscription de la clientèle permet de déterminer la totalité des patients qui doivent recevoir une intervention préventive, de nouveaux modes de rémunération favorisent davantage les actes préventifs, des infirmières susceptibles de jouer un rôle majeur en prévention s'intègrent dans l'équipe médicale et du temps est donné et rémunéré pour des rencontres d'équipe. De plus, des systèmes d'information et de communication de même que l'aide d'un adjoint administratif accélèrent la collecte et l'analyse des informations nécessaires à l'évaluation des soins et services ainsi qu'à la rétroaction auprès des cliniciens. Enfin, des contrats rendent officielle la collaboration avec d'autres établissements du RLS.

Les UMF, en tant que milieu de formation des futurs médecins de famille et comme milieu de recherche visant l'amélioration des soins de première ligne, constituent également des milieux cliniques de choix

pour la promotion, l'implantation et l'évaluation des PCP.

La grande diversité et la complexité de ces milieux professionnels incitent les intervenants en santé publique à adopter une approche « taillée sur mesure » pour chaque milieu plutôt qu'une approche « prêt-à-porter » dans leurs actions de promotion et de soutien des PCP. Il demeure toutefois que de nombreux obstacles reliés aux professionnels, à leurs patients ou à l'organisation des soins doivent être surmontés si l'on veut obtenir les résultats escomptés de cette stratégie d'action. Au cours du processus d'implantation ou d'optimisation décrit dans cette deuxième section, les intervenants de la DSP et du CSSS adoptent le rôle de consultant, accompagnant le milieu et le soutenant dans son processus de changement. Il s'agit en quelque sorte d'un processus d'*empowerment* des cliniciens dans leur prise en charge des soins préventifs.

La phase de planification locale

L'offre de services de la santé publique concernant les PCP implique, comme on l'a vu dans la première section, une planification régionale rigoureuse et la création d'une boîte à outils bien garnie pour en soutenir l'intégration. Les intervenants en santé publique (DSP, CSSS) doivent être bien préparés avant de rencontrer leurs partenaires cliniciens, car leur crédibilité est en jeu dans ce champ d'intervention jusqu'ici réservé aux praticiens. Les informations suivantes doivent être réunies avant de rencontrer un milieu :

1. Connaissance de la problématique sur laquelle porte la ou les PCP, tout au long du continuum des soins, de façon à faire le lien avec le projet clinique du CSSS et de son RLS :

- définition;
- incidence, prévalence locales;
- mortalité, années potentielles de vie perdues;
- morbidité (ex. : hospitalisations, utilisation des services);
- coûts;
- prévention primaire, secondaire, tertiaire;
- traitement;
- réadaptation;
- soins palliatifs.

2. Description détaillée des PCP recommandées :

- guides de pratique les plus à jour;
- détermination des interventions préventives à recommander;
- définition de la population ciblée.

3. Professionnels de la santé à mobiliser :

- médecins;
- infirmières;
- autres professionnels;

4. État actuel des pratiques concernant ces PCP (écarts entre la situation actuelle et la situation désirée) :

- besoins ressentis par les cliniciens, les patients, les gestionnaires;
- besoins démontrés par les études;
- besoins normatifs : standards recommandés par les organismes responsables de la qualité des soins.

5. Objectifs généraux d'implantation (ce que le milieu clinique devrait être en mesure de faire à l'issue de l'intégration d'une PCP) :

- promouvoir l'intervention préventive auprès de la population ciblée;
- repérer lors de la visite toute personne pouvant bénéficier de l'intervention;
- offrir une intervention préventive efficace à toute personne concernée;
- favoriser et soutenir le suivi des recommandations préventives par les professionnels et les patients.

6. Meilleures stratégies de promotion :

- stratégie la plus appropriée;
- stratégie appliquée par le meilleur intervenant disponible;
- stratégie appliquée au meilleur endroit;
- stratégie appliquée au meilleur moment.

7. Meilleures stratégies de soutien^B :

- information : meilleures sources disponibles;
- formation : contenu, format, disponibilité, coûts;
- outils pour les professionnels et leurs patients;

- ressources institutionnelles ou communautaires auxquelles se référer au besoin : accessibilité, qualité.

8. Évaluation :

- détermination des indicateurs qui montreront les résultats obtenus;
- détermination de la fréquence d'évaluation de la PCP;
- définition des critères de performance.

9. Ressources nécessaires pour implanter ou optimiser cette PCP :

- humaines;
- matérielles;
- financières.

Comme le suggère l'expérience d'*Au cœur de la vie*²², la mise à contribution d'une équipe de santé publique d'au moins deux intervenants (ex. : un agent de planification sociosanitaire et un médecin-conseil) semble une condition gagnante. À titre d'exemple, dans son offre de services concernant les PCP, la DSP de la Montérégie propose la composition d'un **tandem professionnel expert de la DSP-professionnel clinicien du CSSS** pour promouvoir et soutenir les PCP auprès des milieux cliniques locaux⁵⁵.

La phase de mise en œuvre locale

L'intégration locale de PCP demande aux mandataires de la santé publique de quitter leurs bureaux pour aller à la rencontre des cliniciens. En effet, la simple diffusion postale de documentation ou d'outils, de même que l'invitation des professionnels à des conférences, s'avère un échec patent pour induire des changements de pratique. Une certaine forme de démarchage (*reaching-out*) est indispensable pour intéresser aux PCP le plus grand nombre possible de professionnels, incluant ceux qui pratiquent dans les coins plus reculés du territoire, ceux qui lisent peu et ceux qui se déplacent rarement pour recevoir de la formation. Deux modèles émergent des expériences menées au Québec et à l'étranger : la visite d'infirmières « facilitatrices » (*nurse facilitators*), qui travaillent particulièrement à l'organisation de la pratique (voir annexe II) et la visite d'un délégué médical (*academic detailing*), qui tente principalement d'influencer les comportements des professionnels

B. Consulter à ce sujet le Répertoire national des PCP, qui met à jour les moyens mis en œuvre par l'ensemble des régions du Québec. Le Répertoire national des PCP est géré par la DSP des Laurentides et est accessible par intranet (Lotus Notes).

(voir annexe III). Ces deux modèles semblent complémentaires et pourraient être avantageusement combinés pour promouvoir plus efficacement les PCP. Pour ce qui est du soutien, les approches multifacettes, qui utilisent simultanément plusieurs moyens, semblent les plus efficaces.

Les cinq étapes suivantes permettent au milieu clinique de prendre en mains l'ensemble du processus d'intégration d'une PCP. Ces étapes sont inspirées du programme états-unien PPIP²¹ et ont été validées dans le cadre de programmes comme *Study To Enhance Prevention by Understanding Practice (STEP-UP)*²⁰ et l'expérience d'*Au cœur de la vie*²² :

1. Vérifier si le milieu clinique est prêt à implanter une PCP :

- Quelle PCP le milieu désire-t-il adopter parmi celles offertes?
- Qui compose le milieu, quels sont les rôles et opinions de chacun?
- Quelles sont les interactions (lignes de direction, de communication...) et les contraintes organisationnelles?
- Quels sont le profil et le point de vue de la population servie?
- Peut-on nommer un responsable local (il s'agit d'un agent de changement interne, d'un leader d'opinion, ayant la crédibilité et les contacts nécessaires) et former un comité de travail?

Pour recueillir ces informations, on peut procéder par questionnaire, entrevues, groupes de discussion, etc. Il faut ensuite faire la synthèse de ces informations et donner une rétroaction au milieu, qui décide ou non d'aller plus loin.

En milieu institutionnel (ex. : CSSS), cette démarche peut aboutir à une lettre d'entente définissant le mandat, les rôles et responsabilités, les modalités de fonctionnement, les objectifs et les résultats attendus. Une communication de cette orientation nouvelle à tout le personnel impliqué peut être indiquée. Il faut cependant se garder d'une trop grande lourdeur bureaucratique, qui pourrait décourager les praticiens.

2. Déterminer les pratiques actuelles concernant la PCP :

- Quelle est la trajectoire actuelle du patient admissible à l'intervention (accueil, salle d'attente, infirmière, médecin, dossier, prescription, documentation remise, référence, prochain rendez-vous)?

- Quels sont les moyens déjà en place dans le milieu pour promouvoir ou soutenir l'intervention (ex. : politiques, procédures, outils, systèmes de rappel, de suivi, ressources communautaires)?
- Quelle lecture peut-on faire de l'environnement externe entourant cette PCP (position des gestionnaires, des politiciens, de l'opinion publique et des médias, etc.)?
- Jusqu'à quel point les pratiques actuelles du milieu permettent-elles de promouvoir la PCP auprès de la clientèle concernée, de repérer les personnes admissibles, de leur offrir une intervention efficace et d'en assurer le suivi?

3. Définir le protocole de soins qui permettrait d'implanter ou d'optimiser la PCP :

- Quels sont les standards (guides de pratique) que le milieu veut mettre en place? (quoi, où, quand, par qui, à qui?)
- Quels objectifs spécifiques veut-on se donner?
- Quelles sont les activités prévues et les moyens et ressources pour les réaliser?
- Quels experts ont été consultés pour valider le protocole?
- Quelles seront les dates de mise en application et de révision?

4. Préciser le processus de prestation des services :

- Comment seront répartis les rôles et les responsabilités au sein de l'équipe soignante?
- Comment circuleront l'information et les outils auprès des professionnels, des patients et dans l'environnement clinique?

5. Choisir la façon dont l'évaluation et la rétroaction seront réalisées :

- Évaluation de l'atteinte des objectifs par des questionnaires auprès des cliniciens ou des patients, par des groupes de discussion, par un audit de dossiers...
- Évaluation d'implantation, évaluation de résultats ou les deux.
- Rétroaction continue au milieu et implantation des ajustements nécessaires.

Au cours de cette phase de mise en œuvre locale, la DSP et le CSSS accompagnent le milieu clinique et jouent le rôle de **consultants**, rôle qui consiste à préciser les phases du processus, à poser les bonnes questions, à expliquer les options et à conseiller les professionnels dans le choix des outils d'intervention et d'évaluation.

Conclusion

Le présent guide devrait permettre aux DSP et à leurs partenaires des CSSS de promouvoir et soutenir selon une approche systématique l'intégration des PCP mises de l'avant par la planification nationale, régionale et locale. Étape par étape, les PCP sont précisées, analysées, sélectionnées pour constituer une offre de services aux milieux cliniques. Par la suite, selon une approche « taillée sur mesure », on accompagne le milieu réceptif dans l'implantation ou l'optimisation des PCP choisies, en tenant compte des pratiques déjà en cours, en définissant un protocole de soins et en l'appuyant par des actions éducatives, par des outils, systèmes et ressources de soutien ainsi que par des mesures organisationnelles. Enfin, une évaluation et une rétroaction viennent consolider la démarche.

RÉUSSIR L'INTÉGRATION DE PCP

Les connaissances accumulées et les expériences menées sur le terrain au cours des dernières années indiquent que le succès de l'intégration de PCP dans le travail quotidien des cliniciens repose sur plusieurs conditions de réussite.

La préoccupation de promotion et de soutien des PCP doit être présente dans l'ensemble du réseau de la santé : MSSS, agences et leurs directions (santé publique, affaires médicales, DRMG, etc.), CSSS, GMF et autres milieux cliniques, associations professionnelles, universités, etc. Le dossier des PCP en est un charnière, établissant un lien privilégié avec les projets cliniques des CSSS et des RLS en implantation. Une telle jonction ne peut se faire sans un engagement ferme de la part des DSP et des CSSS à soutenir les cliniciens, par une approche de type consultant.

Une coordination nationale doit se mettre en place à l'aide des mécanismes de concertation existants (tables nationales de concertation et de coordination, GRR-PCP, etc.), afin d'assurer, entre autres, l'atteinte des cibles du PNSP, la collaboration entre les régions et la cohérence des actions sur le terrain.

Le niveau national peut jouer un rôle de soutien majeur envers le réseau en produisant des avis périodiques sur les problématiques de santé et les PCP recommandées (guides de pratique), sur les moyens efficaces de promouvoir les PCP et de les soutenir, en formant les responsables régionaux et locaux et en apportant un soutien concernant l'évaluation.

Les DSP doivent rechercher des alliances et des ententes dans la promotion de meilleures pratiques professionnelles avec les gestionnaires des RLS et des milieux cliniques, les représentants des organisations professionnelles, les universités et même certains partenaires privés sectoriels et intersectoriels, dans le respect des règles éthiques en vigueur.

L'implantation des PCP demande aux mandataires de la santé publique d'aller à la rencontre des cliniciens. La simple diffusion postale de documentation ou d'outils, de même que l'invitation des professionnels à des conférences, s'avèrent un échec démontré. Une certaine forme de démarchage (*reaching-out*) est indispensable pour entrer en contact avec tous les professionnels et les intéresser aux PCP. Deux approches émergent des expériences menées au Québec ou à l'étranger : la visite d'infirmières « facilitatrices » et la visite d'un délégué médical. Ces deux approches semblent complémentaires et pourraient être avantageusement combinées, pour promouvoir plus efficacement les

PCP. Pour ce qui est du soutien, les approches multifacettes, qui utilisent simultanément plusieurs moyens, semblent les plus efficaces.

Des ressources humaines régionales et locales dédiées, comprenant des médecins et d'autres professionnels, sont nécessaires pour la planification des interventions, la programmation, l'expertise-conseil, l'accompagnement des milieux et l'évaluation. La production d'outils et de formations requiert du temps et des ressources matérielles et financières parfois considérables. La collaboration entre les régions sous la forme d'un réseautage pourrait faire gagner du temps et permettre une économie d'échelle par rapport à la production des outils et formations. Le mentorat, par lequel une région plus avancée permet à une région débutante un apprentissage accéléré, est une autre forme de mise en commun de ressources à encourager.

Le développement des ressources informationnelles est une priorité si l'on veut accélérer la circulation de l'information et des outils, permettre la formation à distance, échanger avec les partenaires de tous les niveaux et secteurs, soutenir les décisions cliniques, faciliter l'évaluation et les suivis administratifs ainsi qu'atténuer les disparités entre les régions. L'informatisation des milieux cliniques pourrait permettre la création de réseaux d'échange virtuels entre professionnels du type de la communauté de pratique (CoP) (voir annexe II).

Un effort majeur de mise en réseau est amorcé au niveau national, devant conduire à la création entre autres du Dossier de santé électronique interopérable du Québec et à la mise en place de suivis systématiques de clientèles, deux outils qui peuvent faciliter l'intégration de PCP.

Les DSP participent déjà à cet effort collectif en mettant en ligne leurs productions : Répertoire national des PCP, géré par la DSP des Laurentides et accessible par intranet (Lotus Notes), et sites Internet des ASSS, où les DSP partagent leurs outils et expériences. La grande majorité des cliniciens du Québec n'ont pas encore accès au réseau informatique de la santé et des services sociaux. Toutefois, l'informatisation des GMF est amorcée et près de 1 500 médecins ont actuellement accès au réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSS).

ANNEXES

Annexe I

Modèles de changement de comportement

Les modèles cognitifs : la raison au pouvoir

Les facteurs psychosociaux menant à l'adoption d'un nouveau comportement ont été étudiés et mis en relation au sein de nombreux modèles théoriques essentiellement cognitifs, permettant d'expliquer et éventuellement de prédire les changements à venir. Ces modèles sont souvent utilisés par les chercheurs et intervenants en santé publique comme cadres de référence pour leurs études et programmes. Selon ces modèles, les comportements résultent avant tout d'un enchaînement de cognitions (valeurs, connaissances, croyances, perceptions, estimation des risques et des bénéfices, etc.). Si l'individu connaît et comprend bien le problème de santé présent ou potentiel, il devrait logiquement adopter un comportement approprié. Toutefois, l'expérience démontre que la connaissance et la compréhension des problèmes de santé sont des conditions nécessaires mais non suffisantes pour changer les comportements.

Selon la **théorie des croyances relatives à la santé** (*Health Belief Model*)⁵⁶, l'adoption d'un comportement de santé par le patient dépend de quatre croyances : 1) le patient se croit vulnérable ou porteur d'une maladie; 2) il croit que cette maladie a un impact négatif; 3) il croit que le traitement a un impact favorable; 4) il croit que les inconvénients du traitement sont moindres que ses bénéfices. L'évaluation subjective par le client des bénéfices et des risques à changer ou non de comportement semble déterminante. On reproche toutefois à ce modèle de ne pas tenir compte des facteurs environnementaux qui peuvent influencer le patient⁵⁷.

Dans la **théorie de l'action raisonnée**⁵⁸ (Fishbein et Ajzen) et son extension la **théorie du comportement planifié**⁵⁹ le prédicteur immédiat du comportement est l'intention de poser un acte, elle-même expliquée par l'attitude et la norme subjective qui dirigent la situation. L'attitude est déterminée par les croyances quant aux conséquences positives ou négatives que pourrait entraîner la réalisation du comportement. Pour chaque

croyance, l'individu évalue si la conséquence est liée à la réalisation de l'action et fait une évaluation subjective de l'importance de cette conséquence. La norme subjective réfère à l'approbation ou la désapprobation perçue des proches significatifs face à la réalisation du comportement et à la motivation à se conformer à leur opinion.

Dans la **théorie sociale cognitive**^{60, 61} (Bandura) même si l'intention de changer est présente, l'adoption d'un comportement ne se concrétisera que si l'individu a le sentiment d'être en contrôle, d'être capable à la fois d'acquiescer le nouveau comportement (efficacité personnelle) et de résister aux pressions négatives de l'entourage (habiletés sociales).

La **théorie des comportements interpersonnels**⁶² (Triandis) présente trois autres principes : la norme morale, qui correspond aux principes personnels de l'individu face à la réalisation d'un comportement, l'habitude déjà acquise et les conditions externes favorisantes.

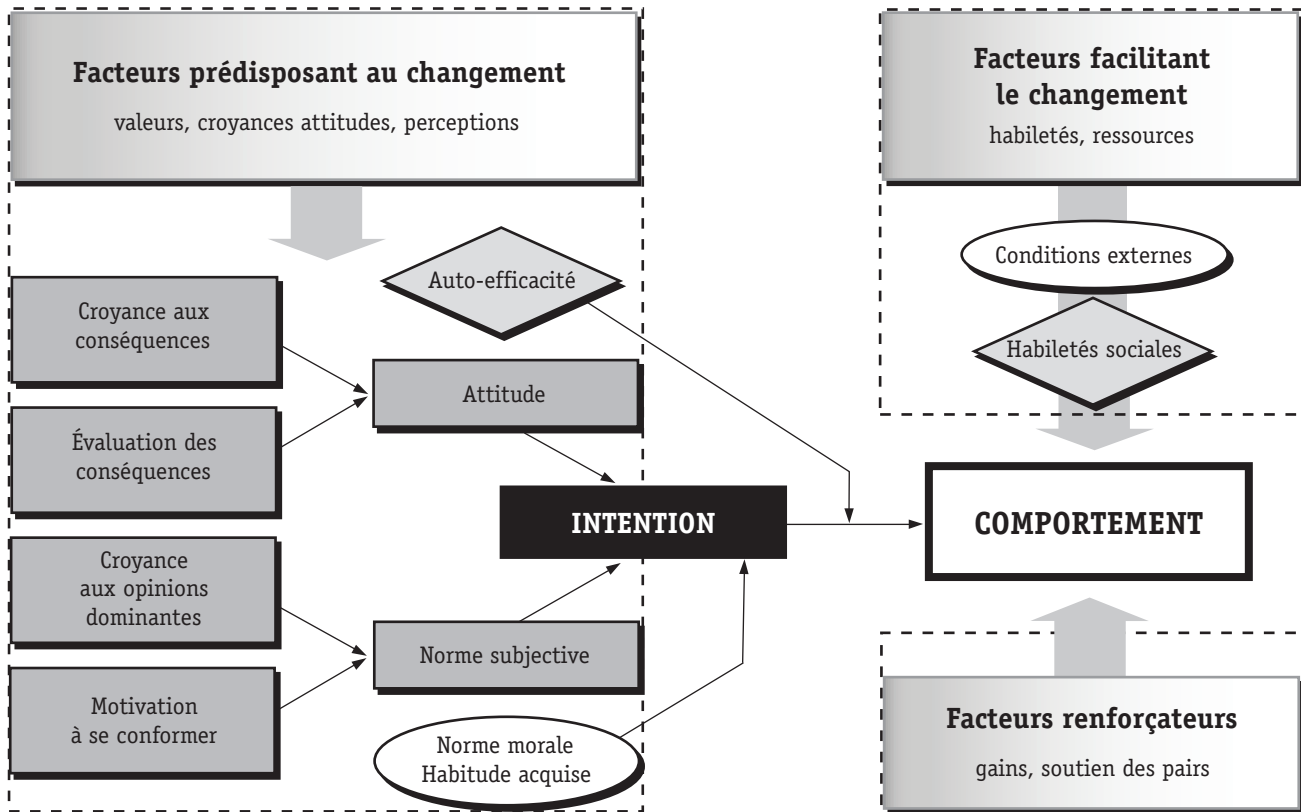
Green et Kreuter⁶³ ont décrit un modèle de planification des interventions éducatives (modèle **PRECEDE-PROCEED**) où des facteurs prédisposant (valeurs, croyances, attitudes et perceptions), facilitant (habiletés et ressources) et renforçant le changement (gains ou résultats visibles, soutien des pairs) influencent le comportement. Ce modèle, largement utilisé en santé publique, a été adapté au contexte de la prévention en pratique clinique par Walsh et McPhee²⁴.

Un autre modèle éducatif est proposé par Rochon^{64,57}. Dans ce modèle, Rochon suggère d'aborder différemment les obstacles au changement de comportement selon qu'ils prédominent dans la sphère du Savoir, du Vouloir ou du Pouvoir changer (**modèle SVP**). Le « sait-il » repose sur la perspective du patient (connaissances, croyances, expériences, valeurs, attitudes, interprétation) et sur la relation clinicien-client (qualité et quantité des informations transmises, qualité de la relation et type de relation éducative). Le « veut-il » fait référence à la motivation (attitude générale, hiérarchie des besoins, menace de la maladie, locus de contrôle, influence extérieure). Enfin, le « peut-il » concerne l'applicabilité de la prescription (coûts/bénéfices, complexité, ressources).

La figure 7 présente un schéma synthèse de quelques modèles cognitifs.

FIGURE 7 : SCHÉMA SYNTHÈSE DE QUELQUES MODÈLES COGNITIFS

Les facteurs prédisposant, facilitant et renforçant le changement du modèle PRECEDE-PROCEED regroupent les déterminants en trois catégories à l'aide de pointillés. Les modèles de Fishbein et Ajzen sont représentés par les rectangles, alors que le modèle de Bandura l'est par les losanges. Le modèle de Triandis correspond aux ovales.



Les modèles affectifs : le pouvoir des émotions

Dans les modèles affectifs, qui sont peu connus en médecine mais très utilisés en marketing, on part du postulat que les émotions sont le principal moteur des comportements⁶⁵. La figure 8 présente le **modèle de vente PRO/BAC** (personne-rôle-objet/bénéfices-avantages-caractéristiques), appliqué à la double « vente » d'un guide de PCP au médecin, puis au patient²⁶. Dans ce modèle, les caractéristiques du

« produit » proposé doivent répondre aux besoins ressentis par l'utilisateur et lui procurer des avantages rationnels dans son rôle social, mais ce sont surtout des bénéfices émotionnels intangibles qui motivent l'« achat du produit » par le médecin, puis par le patient. Par exemple, en adoptant la nouvelle conduite, le médecin peut se sentir valorisé auprès de ses collègues, tandis que le patient peut espérer préserver son bien-être ou éviter des inconforts. Le modèle de vente PRO/BAC peut être appliqué à l'entrevue clinicien-client dans le cadre de **l'approche centrée sur la personne et ses émotions**⁶⁶, présentée à la figure 9.

FIGURE 8 : MODÈLE PRO/BAC APPLIQUÉ À LA PRÉVENTION CLINIQUE²⁶

Le guide de PCP (« produit de prévention »), présenté par le délégué médical, comporte pour le médecin certaines caractéristiques (efficacité pour prévenir ou contrôler le problème de santé, innocuité, commodité, coûts) qui lui procurent certains avantages professionnels (ex. : performance supérieure, meilleure gestion du temps) et des bénéfices personnels avant tout émotionnels (ex. : plaisir de maîtriser une technique, satisfaction du travail bien fait, considération des collègues, gratitude des patients, estime de soi). Si le délégué réussit à « vendre son produit », le médecin adopte le guide et devient à son tour « vendeur ». À l'aide d'une formation et d'outils appropriés, il doit persuader son patient que les caractéristiques du « produit de prévention » comportent pour lui des avantages rationnels (ex. : retour ou maintien du fonctionnement social) et des bénéfices émotionnels (ex. : accès aux sources de plaisir, évitement d'événements désagréables) qui devraient l'inciter à « acheter ». Le comportement du patient (« achat du produit ») génère des résultats de santé qui amènent des ajustements dans le « processus de vente ».

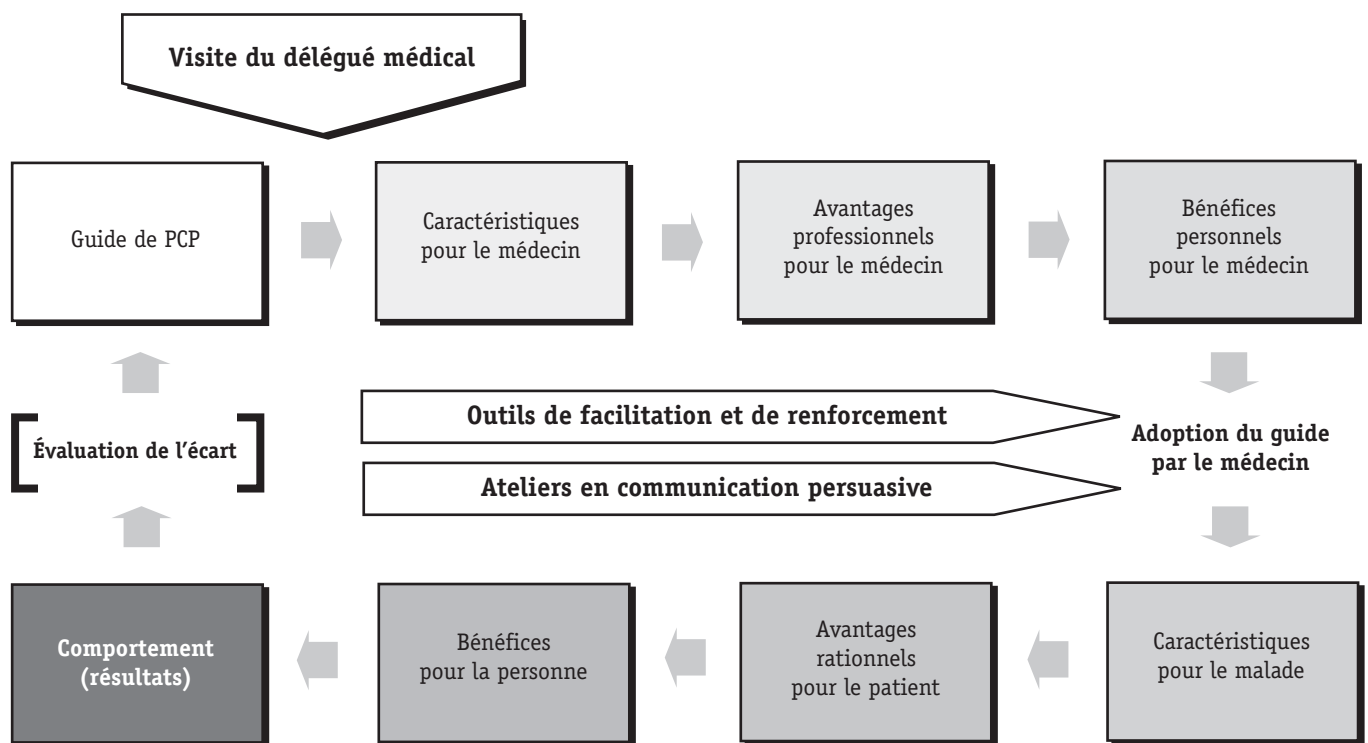
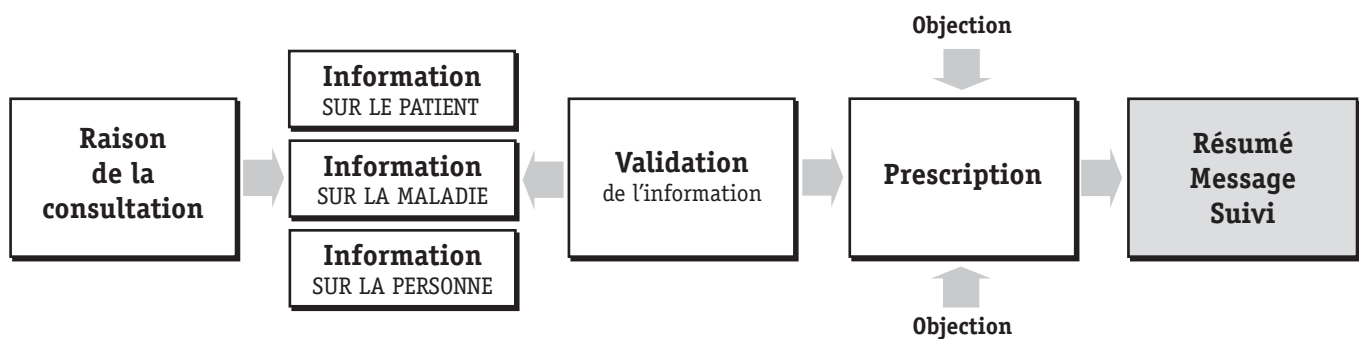


FIGURE 9 : **APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE ET SES ÉMOTIONS : LES MÉTHODES DE VENTE APPLIQUÉES À LA RELATION CLINICIEN-CLIENT**⁶⁶

Avant de devenir un malade ou même cet inquiet qu'on appelle un patient, le client potentiel du système de soins est une personne menée en grande partie par ses émotions, en équilibre avec son environnement, qui se croit en santé et préfère ignorer la maladie. Cette personne a ses sources de plaisir et de frustration, ses rêves et son mode de vie idéalisé. C'est cette personne, bien réelle mais souvent ignorée par la médecine, qui aura ultimement à observer le traitement ou les recommandations et qui aura forcément le dernier mot. C'est elle qui décide de prendre ou non les médicaments prescrits, de continuer à fumer ou d'adopter un mode de vie physiquement actif, pas nécessairement parce que ces décisions sont logiques et raisonnables, mais parce qu'elle « se sent mieux » en agissant de cette façon.

Le client se présente avec sa triple identité de personne émotionnelle, de patient rationnel et de malade. Après du malade, le clinicien s'enquiert des symptômes, des signes cliniques, des tests paracliniques effectués et de l'environnement. Après du patient rationnel, le clinicien vérifie l'impact du problème de santé sur le fonctionnement social, les idées du patient sur la maladie et le traitement ainsi que ses attentes face à la consultation. Enfin, le clinicien explore les sources de plaisir et de frustration de la personne émotionnelle et ses sentiments vécus en lien avec la maladie et le traitement.

Le clinicien arrive à un diagnostic englobant ces trois dynamiques, valide l'information par la formule clé « si j'ai bien compris, vous venez me consulter aujourd'hui parce que... », propose une prescription qui répond aux besoins du client et le laisse venir vers la solution proposée. Si le client présente des objections, il faut les écouter jusqu'au bout et y répondre le mieux possible. Si le client ne réagit pas, le clinicien doit soulever lui-même les objections les plus courantes pour vérifier si le client y a songé et a prévu des stratégies pour contourner les obstacles. C'est alors que le clinicien cherche à obtenir un engagement : « Si la solution que je vous propose vous permettait de (combler vos besoins) sans vous causer trop de (objections), seriez-vous prêt à faire un essai? » Une fois l'entente conclue, on résume les idées qui font consensus, on laisse un message clair et on discute des modalités du soutien et du suivi.



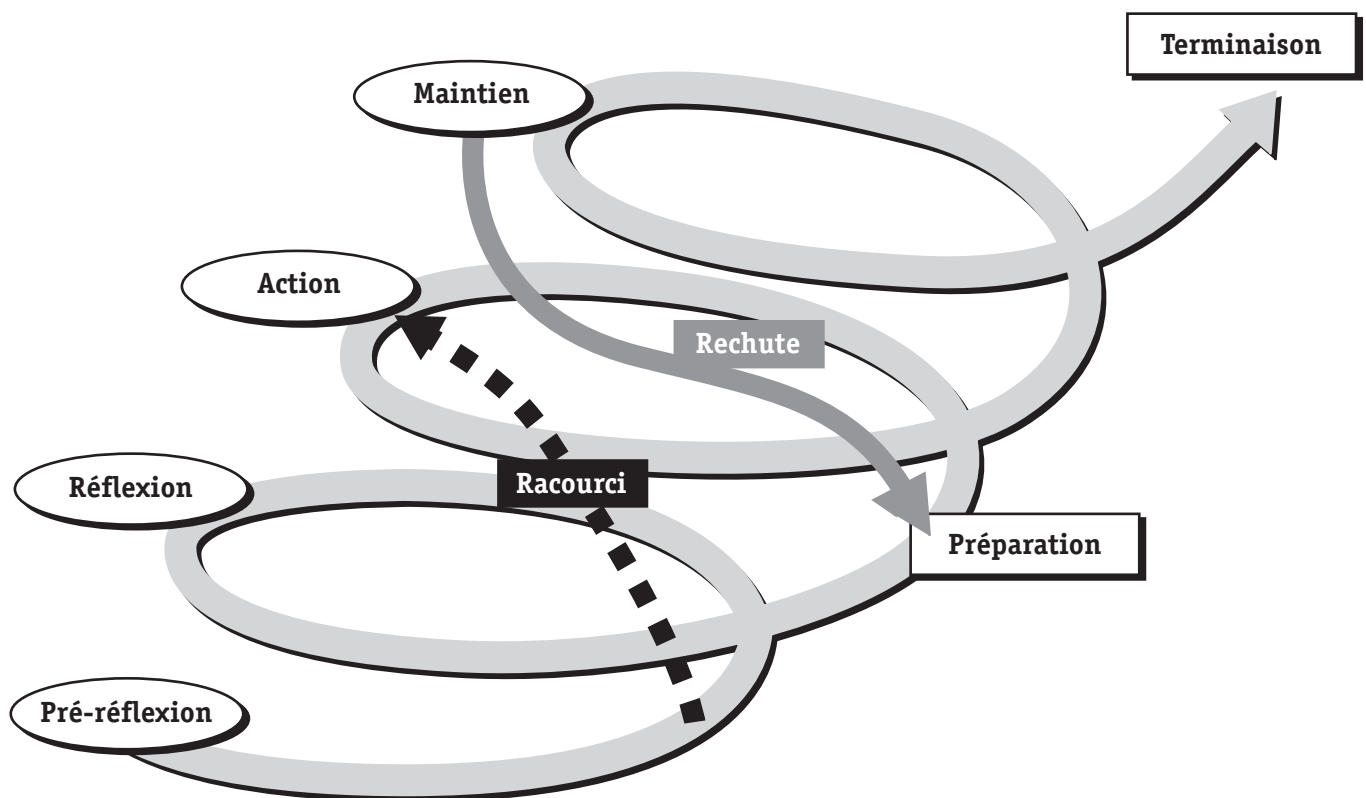
Le modèle transthéorique : comment se déplace la cible et quel moyen utiliser pour l'atteindre

Tous les patients et cliniciens qui parviennent avec succès à modifier un comportement suivent un parcours décrit par le **modèle transthéorique de Prochaska, Norcross et Diclemente**^{67,68} comme des étapes de changement

(*stages of change*) durant lesquelles les sujets sont réceptifs à des interventions spécifiques (figure 10). Ce modèle, qui a fait ses preuves dans le domaine des toxicomanies, permet d'alléger le fardeau du processus de changement en le scindant en six étapes plus accessibles.

FIGURE 10 : MODÈLE TRANSTHÉORIQUE

La personne en processus de changement passe par six étapes incontournables le long d'un continuum en spirale. Au stade de **pré-réflexion** (*precontemplation*), la personne ignore ou nie avoir un problème. Au stade de **réflexion** (*contemplation*), elle reconnaît le problème, mais n'est pas prête à le résoudre. Au stade de **préparation**, elle recherche activement des moyens de réussir le changement. Au stade de **l'action**, elle effectue le changement avec toutes les difficultés que cela comporte. Au stade de **maintien**, elle a traversé la période la plus difficile, mais demeure sujette aux rechutes. Enfin, au stade de **terminaison**, la personne a définitivement adopté le nouveau comportement. À chaque étape surviennent des obstacles qui peuvent être aplanis par des interventions spécifiques. Si la personne tente de prendre un raccourci pour brûler des étapes, elle risque fort d'expérimenter une rechute qui la fera régresser à un stade antérieur.



Le modèle transthéorique est fréquemment utilisé dans le cadre de **l'entrevue motivationnelle** (*motivational interviewing*)⁶⁹, un ensemble de techniques au cours desquelles le clinicien aide le patient à résoudre son ambivalence en lui exprimant de l'empathie, en mettant en évidence ses dissonances cognitives ou affectives (*developing discrepancy*), en esquivant la confrontation et l'argumentation (*rolling with resistance*) et en soutenant l'auto-efficacité du patient.

Les stades de changement de Prochaska et autres sont également repris par le **modèle conviction-confiance**⁷⁰, inspiré de Bandura (figure 11), qui fait actuellement l'objet d'un atelier de formation itinérant⁷¹.

Le modèle transthéorique peut également être associé au **modèle de counselling des 5 A**, ce qui permet de mieux structurer l'entretien préventif (figure 12, reproduite avec autorisation⁷²).

FIGURE 11 : **MODÈLE CONVICTION-CONFIANCE**

Le changement est un processus d'*empowerment*. Pour atteindre la réussite (« Qu'est-ce que vous aimeriez changer? »), en partant de ses valeurs (« Parlez-moi de ce qui est important pour vous dans la vie... »), l'individu doit être pleinement **convaincu** de la nécessité du changement (« Jusqu'à quel point êtes-vous convaincu de la nécessité de ce changement, sur une échelle de 0 = ambivalent à 10 = absolument convaincu? »), **puis** acquérir sa propre **confiance** en ses capacités (« Jusqu'à quel point croyez-vous que vous avez la capacité personnelle d'effectuer ce changement, sur une échelle de 0 = impuissant à 10 = inébranlable? »). Pour les patients en pré-réflexion, il s'agit de les déstabiliser, de créer un doute. Pour les patients en réflexion, il s'agit de nommer et valider leur ambivalence, de faire la balance des bienfaits, possibilités, difficultés et coûts du changement. Pour les patients en préparation, on fixe une date et on offre de l'aide ou des ressources. Pour les patients au stade d'action, il s'agit d'encourager, de mettre en garde contre les rechutes et d'offrir un suivi rapproché. Pour les patients en maintien, on prévient ou normalise les rechutes en offrant du soutien.

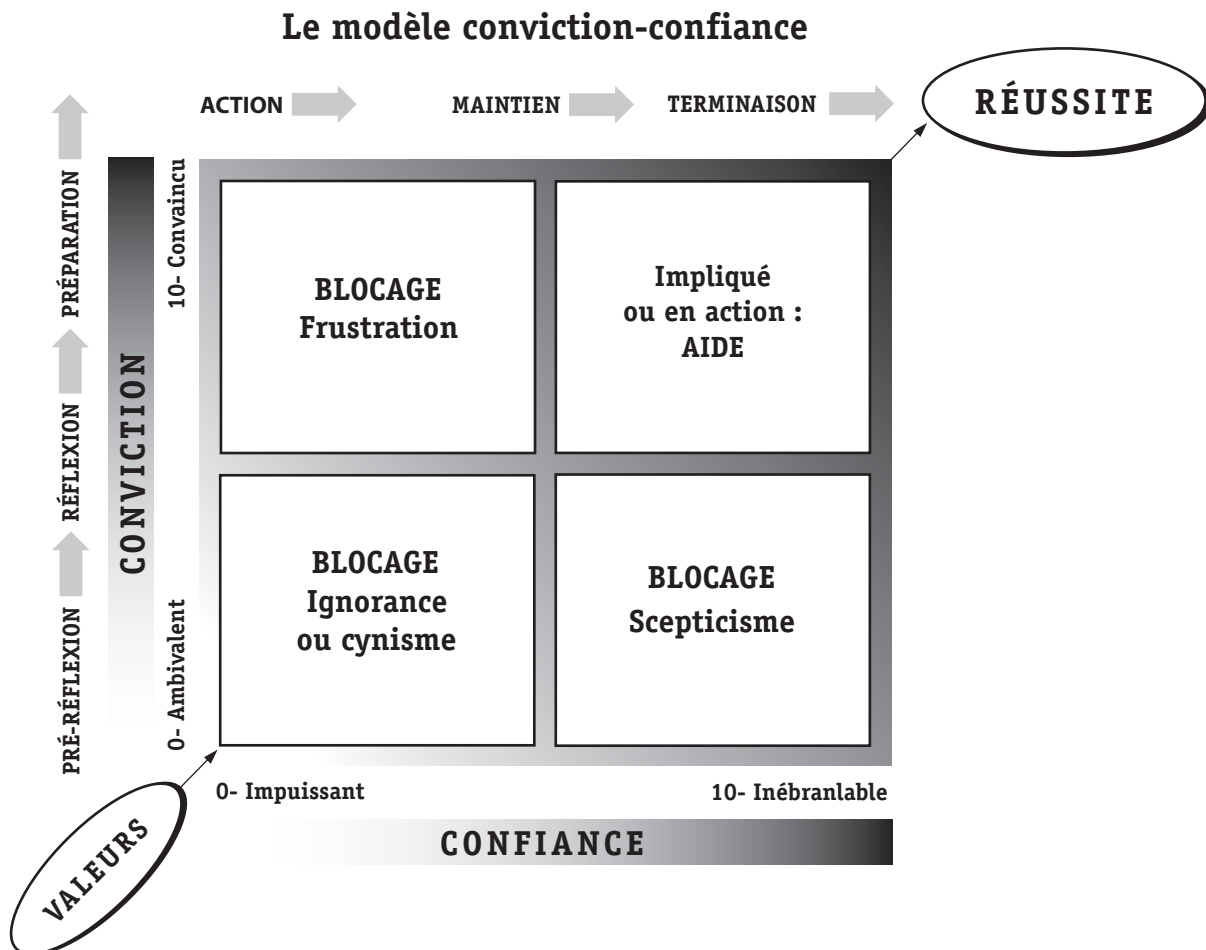
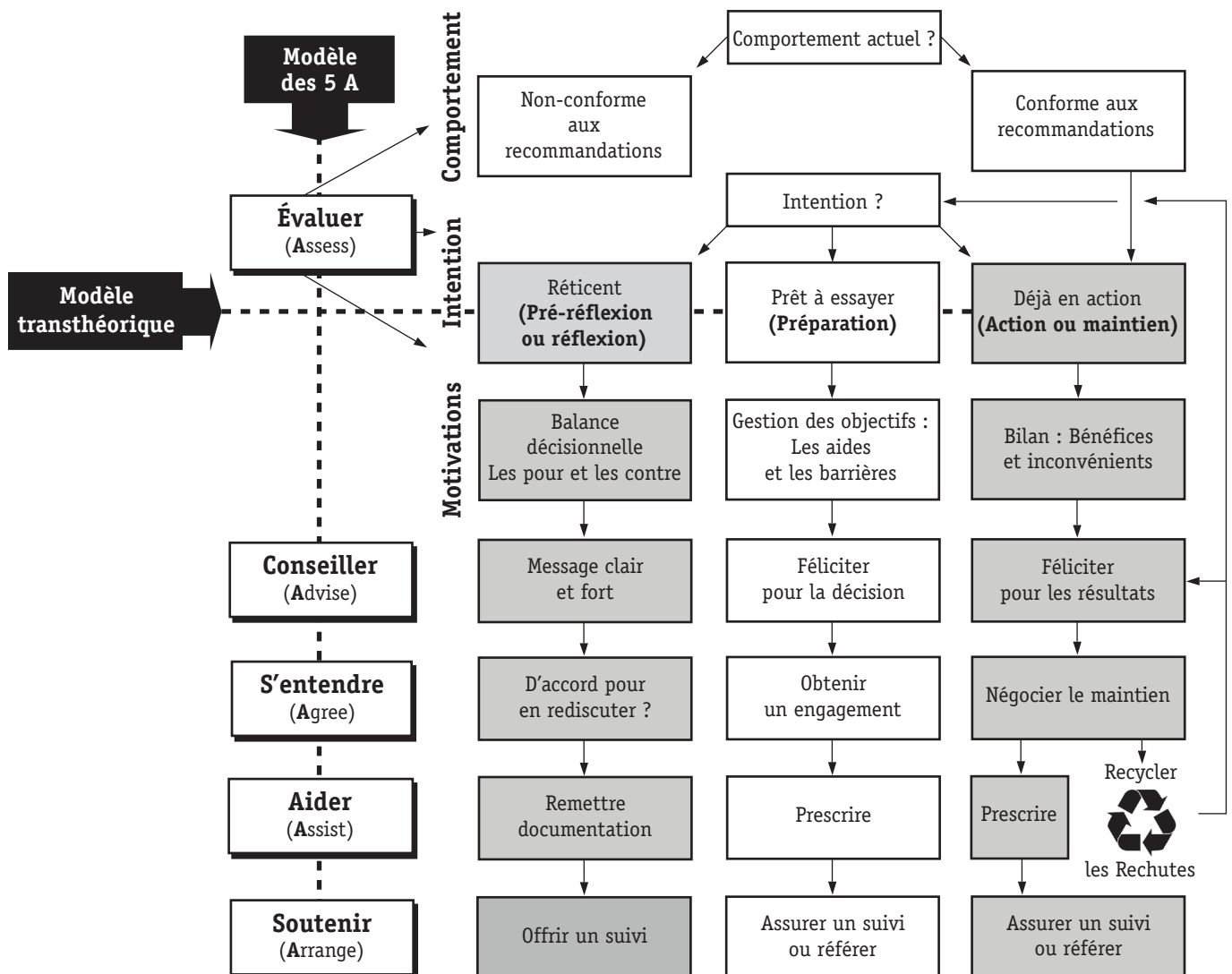


FIGURE 12 : MODÈLE DE COUNSELLING DES 5 A ADAPTÉ AUX STADES DE CHANGEMENT

Toute intervention préventive ou curative s'accompagne forcément d'un débat entre le professionnel de la santé et son patient portant principalement sur les bénéfices, les risques, les contraintes et les coûts du changement. Le clinicien réunit d'abord l'information clé concernant le comportement actuel du patient : comment peut-on caractériser son tabagisme, comment s'alimente-t-il, est-il actif physiquement? Tous les patients n'étant pas au même stade de changement, il faut explorer l'intention du patient face au comportement souhaité. (Est-il réticent, ouvert aux suggestions, déjà en action?) Finalement, il faut découvrir ses motivations personnelles (balance décisionnelle pour les réticents, aides et barrières anticipées pour ceux qui sont prêts, bénéfices et inconvénients vécus pour ceux qui sont déjà en action), puis résumer et valider auprès du patient toute cette information. Cette étape de diagnostic correspond à celle de **l'évaluation** (*assess*) du cadre conceptuel des 5 A. Le clinicien doit ensuite afficher clairement sa position (**conseiller** [*advise*]), l'expliquer, discuter les différentes options, répondre aux questions ou objections et négocier avec le patient afin de **s'entendre** avec lui sur la conduite à suivre (*agree*). L'entente peut se limiter à ouvrir la porte à une nouvelle discussion de la recommandation si le patient est réticent. Elle peut aller plus loin et comporter une **aide** directe du professionnel (*assist*) : fournir de la documentation complémentaire, prescrire ou administrer un test ou un médicament ou encore remettre sur le droit chemin le patient qui vient de rechuter. Dans tous les cas, le clinicien ne doit pas abandonner son patient sur la voie difficile du changement, mais continuer de le **soutenir**, s'assurant de prévoir un rendez-vous de relance ou de le confier éventuellement à une ressource plus spécialisée ou plus disponible (*arrange*). La patience est de mise, car les changements de comportement sont lents. Il faut savoir planter son clou au point sensible et redonner un petit coup amical dessus à chaque

visite, faisant tomber les résistances une à une.



Annexe II

Approche de facilitation dans le Système de Prévention Clinique (SPC)

Le contexte du projet

La DSP de Montréal, en collaboration avec les 12 CSSS de la région, a mis en place un SPC afin d'offrir aux professionnels de première ligne un soutien dans l'intégration de PCP.

Le SPC vise à soutenir l'intégration du counselling bref sur les habitudes de vie : la saine alimentation, la pratique régulière d'activités physiques et le non-tabagisme. Ces PCP s'inscrivent dans les priorités nationales, régionales et locales de santé publique. Le choix de ces PCP répond aussi aux besoins exprimés par les médecins des milieux cliniques lors d'une consultation menée en 2004-2005 par la DSP de Montréal, en collaboration avec le DRMG de l'ASSS de Montréal.

Les habitudes de vie défavorables à la santé contribuant de façon majeure au fardeau de la maladie, il importe d'accroître l'intérêt, à la fois de la population et des professionnels de la santé, à l'égard des recommandations préventives favorisant l'adoption de saines habitudes de vie. Il est prévu que le SPC s'étende à d'autres PCP dans une phase ultérieure.

Le SPC

Le SPC est un projet novateur utilisant de multiples stratégies pour amener des changements tant sur le plan organisationnel que sur le plan des pratiques professionnelles. Il vise à soutenir directement les professionnels des milieux cliniques de première ligne dans l'intégration de PCP^c. Il vise également, par la création, dans chaque CSSS, d'un centre d'éducation pour la santé (CES)^d, à offrir un nouveau service de soutien aux patients qui souhaitent modifier leurs habitudes de vie. Le SPC permet ainsi de renforcer le lien entre les partenaires d'un même réseau (milieux cliniques, CSSS, ressources communautaires). L'approche de facilitation, qui est expliquée plus loin, occupe une place importante dans l'implantation et le fonctionnement du SPC.

L'intervention proposée vise à stimuler l'intérêt des patients au regard des saines habitudes de vie. Une affiche placée dans la salle d'attente invite le patient à se questionner sur ses habitudes de vie et à remplir l'*Échelle de motivation*. Par la suite, lorsque le patient rencontre son médecin ou un autre professionnel de la santé, l'*Échelle de motivation* devient une source d'échanges sur les habitudes de vie. En continuité avec le counselling^e, le patient est référé au CES. Un suivi des interventions réalisées au CES, qui visent la promotion des saines habitudes de vie selon une approche de motivation, est acheminé au médecin référant afin qu'il puisse poursuivre son intervention préventive auprès de son patient lors de sa prochaine visite.

Description de l'intervention au CES

Au CES, le patient est invité à remplir un questionnaire qui lui permet de faire le bilan de son alimentation, de son niveau d'activité physique et de son statut tabagique. Ce bilan personnalisé est le point de départ de l'intervention. L'intervention vise principalement à développer la motivation du patient à entreprendre un changement favorable à sa santé.

L'éducateur travaille avec le patient sur ses ambivalences afin de lui permettre de trouver des solutions concrètes aux obstacles à l'adoption de saines habitudes de vie, de se fixer un ou des objectifs réalistes et d'établir son propre plan pour passer à l'action.

Au besoin, l'éducateur pour la santé informe le patient des ressources du territoire et des activités de groupe organisées par le CSSS susceptibles de le soutenir dans le changement amorcé. Le patient est aussi invité à consulter les différentes sources d'information offertes sur place (outils éducationnels, présentations PowerPoint avec audio, sites Internet, etc.).

Par ailleurs, le patient fumeur peut profiter des services spécialisés et intensifs du CAT, dorénavant intégré au CES.

C Dans un premier temps, les GMF, cliniques-réseau et services courants des CLSC sont ciblés. Par la suite, d'autres milieux cliniques seront invités à s'intégrer au SPC.

D Les centres d'abandon du tabagisme (CAT), en activité depuis 2003, travaillent de pair avec les CES et offrent un suivi intensif aux patients fumeurs.

E Le counselling vise ici à échanger de l'information et à négocier une entente sur certains comportements ou attitudes à modifier à l'égard d'une habitude de vie.

L'approche de facilitation

Le fonctionnement du SPC repose pour beaucoup sur l'approche de facilitation. Le rôle de la personne qui facilite le fonctionnement du SPC (« facilitateur ») s'inscrit dans une approche de consultation. Le consultant est un professionnel qui gère un processus de changement. Il se différencie de l'expert-conseil qui, lui, donne un avis professionnel sur un contenu en particulier. Le consultant gère une série d'opérations ou d'actions en vue d'améliorer une situation particulière, par exemple :

1. En planifiant le déroulement du processus aussi bien dans son ensemble que dans chacune des étapes.
2. En choisissant et en utilisant un ensemble d'outils adéquat pour appuyer le déroulement du processus.
3. En prenant les décisions requises pour s'assurer que le processus se déroule de façon à produire les effets attendus.
4. En coordonnant les activités et les ressources au cours du processus.
5. En évaluant et en supervisant le déroulement.

Les fonctions du « facilitateur » sont souvent associées à la promotion de la prévention en soins primaires, qu'il s'agisse de soins préventifs classiques (prévention primaire ou secondaire) ou de services associés à la gestion des maladies chroniques (prévention tertiaire)³¹. Le « facilitateur », par exemple, soutient le personnel du milieu clinique dans la mise en place de systèmes pour suivre les patients (*reminder systems*) ou encore dans l'implantation des lignes directrices^{30,34}. Le « facilitateur » peut également avoir un rôle important quant à la formation et à l'*empowerment* des professionnels de la santé.

Dans plusieurs expériences, on a utilisé la facilitation comme stratégie visant à soutenir l'intégration de PCP dans les soins primaires :

1. Le programme *Oxford Prevention of Heart Attack and Stroke*, réalisé en Angleterre, au début des années 1980³¹.
2. Le programme PPIP³².
3. Le programme STEP-UP²⁰.
4. Le programme *I Care For Primary Care*, du Service de santé SCO et de l'Université d'Ottawa⁷³.
5. Le programme Evidence to Action, mené dans 46 HSO (équivalent ontarien des GMF)³³.
6. L'Expérience d'*Au cœur de la vie*²².

Dans ces expériences, des liens de collaboration avec les milieux cliniques de première ligne étaient établis le plus souvent par le biais d'infirmières « facilitatrices » (*nurse facilitators*). Celles-ci devaient soutenir des équipes de soins primaires dans l'intégration de PCP. Leurs interventions portaient, notamment, sur l'évaluation des pratiques courantes en prévention de même que sur la planification, l'implantation et l'évaluation d'interventions visant à les améliorer.

L'approche de facilitation adoptée dans le modèle du SPC s'appuie sur ces expériences. Il s'agit d'offrir aux milieux cliniques de première ligne un service-conseil en prévention clinique assuré par une infirmière. Le rôle de l'infirmière-conseil en prévention clinique (ICPC) consiste à soutenir l'implantation du SPC, à l'animer et à assurer son fonctionnement dans une perspective d'efficacité et de pérennité. Pour ce faire, l'ICPC doit établir une collaboration avec les différents milieux cliniques du territoire de son CSSS. Afin de favoriser cette collaboration, la DSP a conclu des ententes de services avec des médecins qui acceptent de jouer le rôle de chargés de prévention clinique en soutenant l'implantation du SPC dans leur clinique.

Dans le cadre de son mandat, l'ICPC :

1. Procède à l'analyse du milieu clinique afin de déterminer les pratiques actuelles en matière de PCP (principalement par le biais d'entrevues avec les médecins et les infirmières), soutient l'élaboration d'un plan d'action pour l'intégration du SPC en tenant compte du contexte de chaque milieu.
2. Offre un soutien aux médecins et aux infirmières du milieu au regard des activités de counselling sur les trois habitudes de vie (formation, outils utiles à la pratique, matériel éducatif pour les patients). Éventuellement, le soutien sera aussi offert pour d'autres types de PCP.
3. Veille à entretenir un lien continu entre le milieu clinique et le CES dans une perspective de continuité des interventions en promotion de saines habitudes de vie.
4. Contribue à l'évaluation du déploiement du SPC par l'équipe de recherche de la DSP.

L'ICPC doit posséder des compétences particulières :

1. Une bonne connaissance du réseau de la santé et des services sociaux, des changements en cours ainsi que des stratégies de promotion de la santé.
2. Une excellente connaissance des PCP à promouvoir et à soutenir dans les milieux cliniques.

3. De solides habiletés de communication interpersonnelle, dans le but d'intéresser les professionnels des milieux cliniques de première ligne au SPC et de développer une relation de confiance avec eux.
4. Des habiletés reliées à la réalisation des entrevues individuelles.
5. Des compétences pour l'analyse et l'élaboration d'outils de prévention et de promotion de la santé adaptés aux besoins des milieux.
6. Des habiletés comme personne-ressource et des habiletés pour favoriser l'intégration de nouvelles pratiques professionnelles.

En raison de la nature des compétences qu'elle doit posséder pour exercer son rôle, l'ICPC devrait avoir suivi au moins une formation universitaire de 1^{er} cycle et, idéalement, une formation de 2^e cycle dans le domaine de la santé avec une spécialisation en promotion de la santé.

Les forces du SPC et de l'approche de facilitation

La grande force du SPC est qu'il permet aux milieux cliniques de première ligne de former un véritable réseau avec le CSSS et les ressources du territoire, en vue d'offrir plus de services préventifs aux patients qui consultent dans ces milieux.

L'approche de facilitation, utilisée dans le SPC, permet de lever plusieurs des obstacles à l'intégration de la prévention clinique, notamment le manque de temps pour l'aménagement d'un environnement de pratique favorable à la prévention, l'approvisionnement continu en matériel éducatif de qualité pour les patients et l'organisation des mécanismes de référence vers les services du CSSS et les ressources de la communauté.

Les enjeux du SPC et de l'approche de facilitation

Le déploiement du SPC, sur l'ensemble du territoire de Montréal, implique de nombreux acteurs. Le partage d'une vision commune au regard du SPC est donc un défi important pour le succès de l'initiative. C'est pourquoi la DSP a formé un comité régional des PCP composé de l'ensemble des responsables locaux de santé publique et de représentants des partenaires des milieux cliniques. De plus, la DSP offre un soutien local au comité d'implantation formé dans chaque CSSS.

Par ailleurs, avec le SPC, on mise sur de nouveaux rôles professionnels : les ICPC, les éducateurs pour la santé et les médecins chargés de prévention clinique. Afin de soutenir ces intervenants dans l'exercice de ces nouveaux rôles, la DSP utilise l'approche de CoP^{F,74,75}. Cette approche permet à tous les intervenants impliqués dans le SPC, incluant les intervenants des CAT, de réfléchir ensemble à leur pratique, de partager des expériences et d'apprendre les uns des autres. Par ce même moyen, la DSP se donne aussi la possibilité de connaître les besoins de formation qui émergent et d'y répondre rapidement.

Enfin, l'entrée d'infirmières-conseils dans les milieux cliniques qui ne sont pas rattachés au CSSS constitue un enjeu en soi. Toutefois, ces infirmières bénéficient d'un levier important, puisque les CSSS, les GMF et les cliniques-réseau ont comme mandat commun d'intégrer la prévention dans leurs services. Ce levier n'existe pas dans les cliniques médicales privées.

F Les CoP sont des groupes de personnes qui se rassemblent, en personne ou de façon virtuelle, afin de partager et d'apprendre les uns des autres. Ces groupes sont tenus ensemble par un intérêt commun dans un champ de savoir et sont conduits par un désir et un besoin de partager des problèmes, des expériences, des modèles, des outils et les meilleures pratiques. Les membres de la communauté approfondissent leurs connaissances en interagissant sur une base continue à long terme, ils acquièrent un ensemble de bonnes pratiques. (Wenger, McDermott et Snyder 2002, cités dans Langelier et coll., 2005).

Annexe III

Approche du délégué médical (*academic detailing*)

Les principes de la méthode

L'approche du délégué médical a été définie par l'industrie pharmaceutique dès ses débuts et constitue toujours le fer de lance du marketing de ses produits. Le rôle du délégué médical actuel tend à se situer entre les trois fonctions de représentant des ventes, d'agent de relations publiques et de conseiller scientifique. Le délégué possède au moins un diplôme universitaire, souvent en sciences de la santé, mais il s'agit rarement d'un médecin. En effet, la relation à développer est par définition asymétrique : le médecin rencontré demeure l'expert du diagnostic et du traitement de la maladie, alors que le délégué ne peut être expert que de son produit. De plus, le médecin « joue sur sa patinoire », tandis que le délégué n'a pas la connaissance du terrain où il essaie de promouvoir ses produits.

Les qualités du délégué

Le délégué doit développer une relation de confiance durable avec le médecin. En ce sens, la première qualité recherchée chez un candidat, au-delà de ses diplômes et de ses connaissances, est son talent de communicateur. Le candidat doit présenter une image plaisante, professionnelle, respectueuse et non menaçante. Une expérience dans la vente, quel que soit le produit, est en général un atout. Une excellente organisation du travail et une bonne résistance psychologique au stress, aux échecs et aux déceptions sont nécessaires.

La formation du délégué

La formation des délégués médicaux comporte généralement deux volets. Pour le volet scientifique, les délégués doivent maîtriser les sciences biomédicales de base. Une formation à cet effet est offerte par l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques et, plus récemment, par certaines universités. De façon périodique, les délégués doivent recevoir également une formation intensive sur les nouveaux produits qu'ils auront à présenter, ou des mises à jour sur les plus anciens. Pour le volet de la vente, les délégués bénéficient d'une formation théorique et

pratique sur les techniques de communication persuasive^{65,66}, complétée par des visites supervisées par un délégué plus expérimenté ou un chef de produit (visites dites « en tandem »). Le *coaching* se poursuit en cours d'emploi dans le double but de standardiser le discours des délégués et d'évaluer leurs performances. Les délégués suivent habituellement les étapes du processus de vente suivantes :

1. La maîtrise du produit : caractéristiques (ce qu'il est, ce qu'il n'est pas), avantages (ce qu'il fait, ce qu'il ne fait pas), bénéfiques (ce que cela signifie ou non pour le client).
2. La connaissance du contexte (environnement interne et externe).
3. La prise de conscience par le client du problème auquel on touche.
4. L'exploration du besoin (désir du client de résoudre le problème).
5. La validation de l'information (« si j'ai bien compris... »).
6. La démonstration (intervention en appui au produit).
7. La réponse aux objections.
8. La conclusion (fermeture ou *closing*).
9. La négociation des modalités et corollaires.
10. Le service après-vente : vérification et recherche de la satisfaction du client.

Les conditions d'emploi du délégué

Les délégués pharmaceutiques sont généralement salariés, mais jouissent de bénéfices marginaux importants, de primes au rendement ainsi que d'une allocation de dépenses pour les frais de déplacement et de représentation. On leur fournit en général une voiture, un téléphone sans fil, un ordinateur portable et de plus en plus un ordinateur de poche où ils peuvent tenir un journal de bord détaillé de leurs visites. Leur horaire est chargé, empiétant sur les soirs et les week-ends, et la pression de la part de leur employeur est constante, mais ils gèrent eux-mêmes leur emploi du temps. En santé publique, les délégués en prévention qui ont été recrutés ont été engagés comme contractuels et devaient posséder une automobile. Il est évident que la santé publique, si elle adopte la stratégie du délégué, entre en compétition pour le recrutement et la rétention des meilleurs candidats avec des multinationales milliardaires. Comme nous en avons fait l'expérience, la

santé publique peut toutefois attirer d'excellents candidats avec ses avantages extrafinanciers, comme le fait, pour le candidat, de travailler pour la santé publique et d'avoir le sentiment d'œuvrer pour le bien collectif plutôt que pour des intérêts commerciaux.

Le déroulement des visites

Ainsi formés, soutenus et équipés, les délégués se voient attribuer un territoire, parfois très étendu géographiquement. Ils ont également une clientèle spécifique (ex. : médecins omnipraticiens ou spécialistes, en milieu hospitalier ou en cabinet, pharmaciens communautaires...) et des produits déterminés. Leur première tâche est de maîtriser leur territoire : localisation, horaires et habitudes de chaque milieu clinique et de chaque médecin, mode de prise de rendez-vous, etc. Ainsi, il est rare qu'un représentant débutant devienne efficace sur un nouveau territoire avant une période de six mois. Par la suite, les contacts significatifs avec les médecins peuvent atteindre le rythme de 3 à 6 par jour, soit de 500 à 1000 visites par an pour 4 jours de visite par semaine, 44 semaines par année. On estime que cinq visites sont nécessaires pour établir une « relation d'affaires » significative. L'intervalle idéal entre les visites se situerait entre un et deux mois, si l'on veut s'assurer que le médecin ne nous oublie pas sans le harceler pour autant. Trois produits sont souvent présentés lors d'une visite pharmaceutique : un produit-vedette (souvent un produit nouveau ou une indication nouvelle d'un ancien), un produit secondaire (déjà présenté, mais encore peu connu) et un produit en rappel (bien connu, mais parfois oublié). Cette méthode permet une intégration harmonieuse de l'ensemble des produits de la compagnie. Selon notre expérience, il s'avère souvent difficile de parler de plus d'une thématique lors d'une visite du délégué en prévention, mais des rappels de sujets abordés antérieurement sont fréquemment réalisés.

Les rôles du délégué

Au cours de leur travail, les délégués sont appelés à :

1. Établir une relation de confiance avec le personnel de bureau des médecins (secrétaires, réceptionnistes et parfois infirmières) afin de faciliter l'organisation de rencontres individuelles ou de rencontres de groupe avec les médecins, que ce soit sur rendez-vous ou sans rendez-vous.
2. Échanger avec les médecins sur leurs pratiques et explorer leurs besoins concernant une problématique.
3. Évaluer le stade de changement de comportement du médecin par rapport au produit : s'agit-il d'un indifférent, d'un sceptique, d'un intéressé ou d'un enthousiaste?
4. Offrir de l'information nouvelle ou actuelle sur le produit. Les délégués se servent souvent d'une aide visuelle, aussi appelée « pièce de présentation » (*detail piece*) pour soutenir l'attention du médecin au cours de l'intervention en appui au produit. L'aide visuelle, selon les études, augmente de beaucoup la rétention du message et l'efficacité de la visite. Cet outil comporte généralement quatre volets : 1) une accroche visuelle (dessin ou photographie souvent humoristiques ou susceptibles de frapper l'imagination); 2) une description du problème sur lequel porte le produit; 3) une mise en évidence des caractéristiques du produit (ses indications, son efficacité, son innocuité, ses contraintes d'utilisation et son coût...); 4) un résumé de la présentation avec références à l'appui.
5. Faciliter l'utilisation du produit par des aides à la pratique, outils ou objets promotionnels pour le médecin ou ses patients. En santé publique, les délégués participent à l'occasion à la conception de certains outils.
6. Inviter les médecins à des formations où l'on pourra aller plus loin dans la promotion du produit ou le développement d'habiletés concernant son utilisation. Ces formations sont souvent données par un expert de la problématique, qui saura guider et conforter les médecins dans l'utilisation du produit.
7. Assurer l'organisation et le déroulement des formations ainsi qu'offrir du soutien technique. Vu le manque de temps disponible, les formations sont souvent associées à un repas, qui constitue le seul incitatif de participation encore admis par le nouveau code d'éthique des fabricants de produits pharmaceutiques.
8. Recevoir de la rétroaction des médecins concernant leur expérience nouvelle du produit.
9. Participer à l'évaluation des visites et de leurs résultats, entre autres par le biais du journal de bord. Il faut toutefois prendre garde de ne pas demander au délégué de devenir un agent de collecte de données trop intrusif, car ce dédoublement de rôles pourrait mettre en péril la relation de confiance établie avec le médecin.

Les forces de l'approche

L'approche :

1. Est applicable à n'importe quel produit et dans n'importe quel contexte sociosanitaire.
2. Démontre une efficacité constante pour modifier les comportements de prescription des médecins^{28, 35, 36, 37, 76}. L'approche semble prometteuse pour leur faire adopter des guides de pratique préventive²⁶ ou les faire participer à des formations^{26,38}.
3. Permet d'entrer en contact avec la très grande majorité des médecins à leur lieu de pratique, y compris les médecins les plus isolés géographiquement.
4. Permet d'observer les pratiques et de déceler les besoins des médecins. Le délégué constitue « les yeux et les oreilles » de l'intervention, et sa présence fréquente dans le milieu clinique lui permet de saisir certaines occasions au vol.
5. Permet de construire peu à peu une relation personnalisée et continue avec les médecins.
6. Représente une intervention légère, souple et adaptée.
7. Permet de déterminer quels sont les leaders d'opinion dans les milieux cliniques et de s'appuyer sur eux pour implanter les interventions éducatives.
8. Permet de fournir du soutien technique.
9. Permet de décrire les changements de comportement observés grâce au journal de bord détaillé du délégué et fournit de la rétroaction aux intervenants et cliniciens.

Malgré la compétition de nombreux représentants de compagnies pharmaceutiques, nous avons souvent constaté que les délégués de la santé publique, porteurs d'un message non commercial, avaient présence dans l'horaire chargé des médecins. Le délégué peut représenter « la voix de la prévention dans la jungle des messages » et un pivot facilitant l'accès aux ressources du réseau.

Les limites de l'approche

L'approche du délégué médical comporte aussi des limites :

1. Difficultés de recrutement et de rétention des délégués dans un marché très compétitif.
2. Manque de ressources disponibles pour la formation et le *coaching* des délégués.
3. Apprentissage de la route laborieux.
4. Inévitables visites inutiles et temps morts (périodes de vacances).
5. Résistance de certains cabinets à recevoir tout délégué. Ces « cliniques forteresses », dans lesquelles pratiquent de 10 à 20 % des médecins, demeurent difficiles d'accès à cause de règles administratives incontournables ou par l'action d'une personne influente qui interdit l'accès des délégués aux médecins.
6. Effort important et constant requis de la part de l'équipe de conception et de production des outils et des formations pour fournir en temps opportun au délégué du matériel nouveau de qualité pour ses visites, car on ne peut se présenter devant les médecins les mains vides ou avec du réchauffé.

L'approche du délégué médical peut être associée à d'autres stratégies dans le cadre d'une intervention multifacette^{33,77}.

Annexe IV

Évaluation des PCP

Évaluer l'intégration de PCP pose un défi. Circonscrire et catégoriser les interventions menées, porter un jugement sur un **processus** aussi complexe ou attribuer les **résultats** obtenus aux seules actions menées par les intervenants en santé publique, tandis que d'autres interventions sont peut-être en cours, exigent de la rigueur dans la collecte des données, des précautions dans leur analyse et des nuances dans leur interprétation. Quant à l'**impact** espéré (amélioration de la santé de la population), il peut prendre du temps à se manifester, et une relation de cause à effet avec les PCP

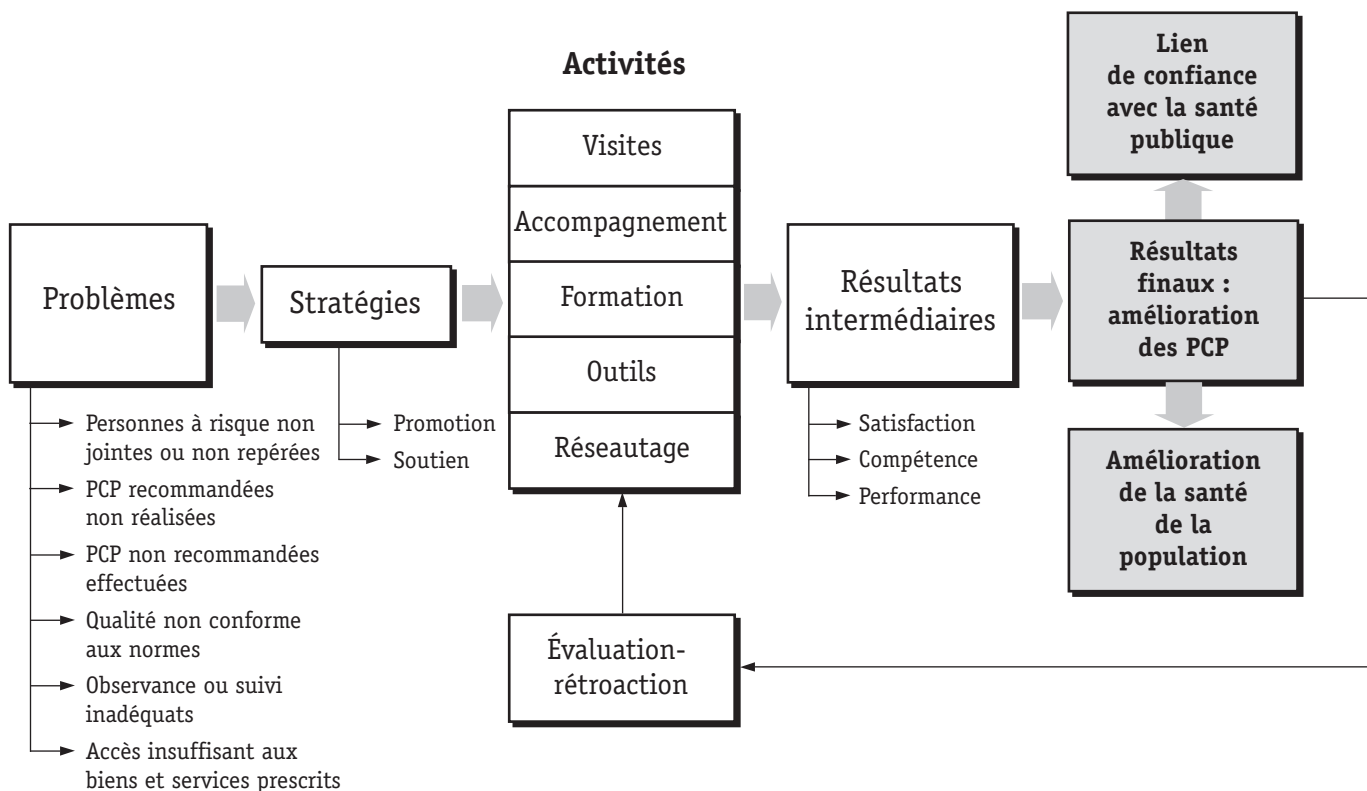
peut demeurer hors d'atteinte. Enfin, les **coûts** de la prévention clinique, dans un contexte de ressources limitées, suscitent un questionnement légitime de la part des décideurs, les résultats observés devant être à la hauteur des ressources utilisées.

Un modèle logique pour l'évaluation

Un **modèle logique** pour l'évaluation de l'intervention de promotion et de soutien des PCP qu'on désire entreprendre peut nous aider à structurer l'évaluation (figure 13).

FIGURE 13 : **MODÈLE LOGIQUE POUR L'ÉVALUATION DE L'INTERVENTION DE PROMOTION ET DE SOUTIEN DES PCP**

Les problèmes éprouvés dans l'intégration d'une pratique préventive donnée sont généralement abordés par diverses stratégies de promotion et de soutien, qui se concrétisent par de multiples activités sur le terrain. Des résultats intermédiaires peuvent être mesurés au cours de l'appropriation de la PCP par les cliniciens, mais les utilisateurs potentiels de l'évaluation (décideurs, gestionnaires) sont surtout en quête de preuves scientifiques concernant les résultats finaux (amélioration quantitative ou qualitative de la pratique). La discussion avec les praticiens de ces résultats d'évaluation (rétro-information) constitue en soi une activité porteuse de changement. Enfin, le processus engagé devrait logiquement aboutir à un impact sur l'état de santé de la population visée et sur le développement d'une relation de confiance entre les intervenants en santé publique (DSP, CSSS) et les cliniciens.



L'évaluation du processus d'intégration

Par l'évaluation du processus d'intégration, on cherche à décrire le degré de mise en œuvre des différentes activités planifiées et à documenter les barrières et les facteurs favorables à l'implantation des interventions. Plus spécifiquement, on vise à :

1. Mesurer le niveau de pénétration des différentes activités : nombre de visites, nombre de cliniciens rencontrés, ayant participé à une formation, ayant reçu des outils...
2. Décrire et évaluer les caractéristiques des activités : durée des visites, sujets abordés, emploi du temps des intervenants...
3. Évaluer la qualité des activités selon des critères prédéterminés.
4. Évaluer la satisfaction des participants et des intervenants.
5. Évaluer l'utilité des outils et systèmes de soins implantés.
6. Décrire les principaux facteurs aidant ou faisant obstacle à la réalisation des interventions (voir figure 3) : caractéristiques des PCP, des praticiens, du milieu clinique, du système de santé, de la clientèle et de l'environnement externe.

Des indicateurs de succès ou d'échec

Pour chaque PCP, il faut préciser des **indicateurs** ou des méthodes validées permettant d'apprécier l'efficacité des interventions, d'en expliquer les succès et les échecs ainsi que d'en surveiller l'évolution. Ainsi, pour évaluer l'effet de la mise en place d'une rémunération du counselling en arrêt tabagique pour les omnipraticiens payés à l'acte, on pourrait utiliser comme indicateurs de succès :

1. Le nombre de médecins qui factureront cet acte préventif à la Régie de l'assurance maladie du Québec et le nombre d'actes facturés.

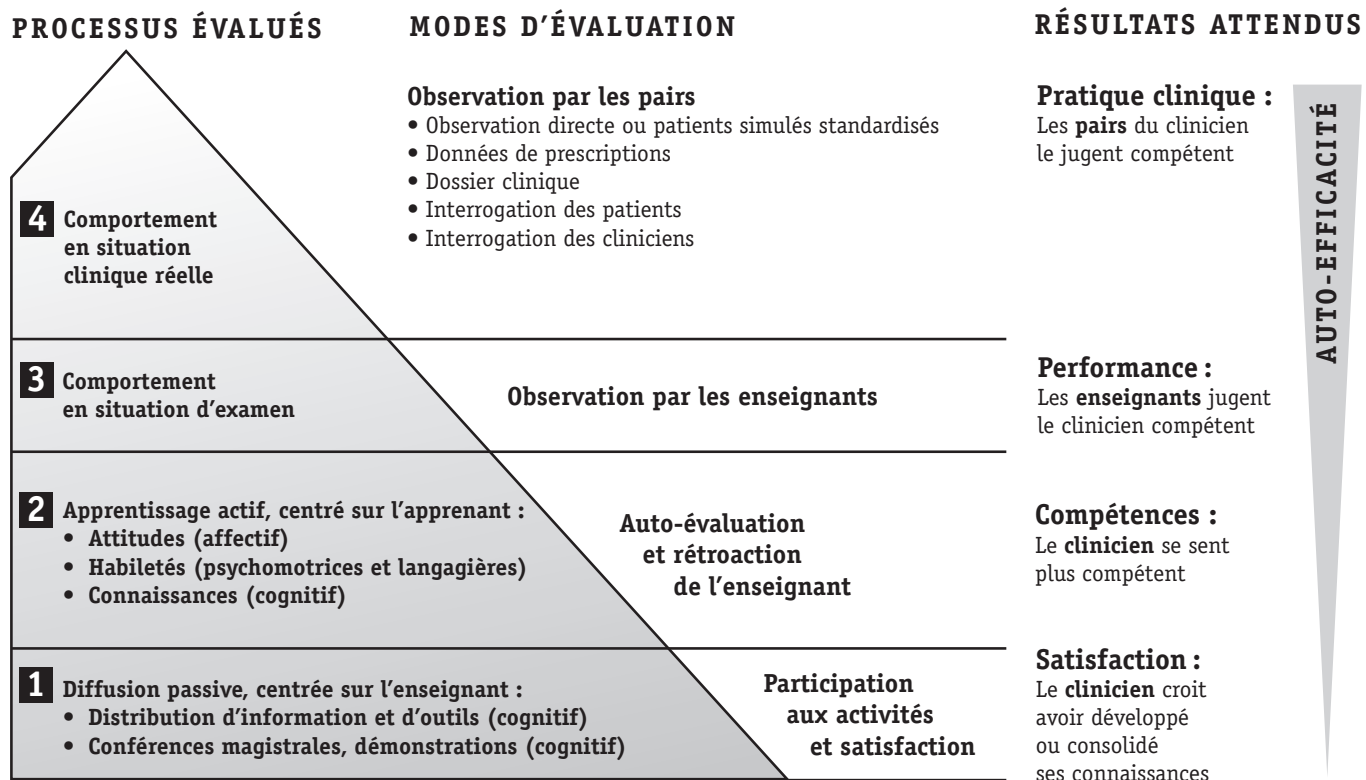
2. La participation et la satisfaction des médecins quant aux formations et outils d'aide à la pratique offerts en appui à cette mesure.
3. Les fluctuations dans la prescription des aides pharmacologiques.
4. La référence de patients vers les services J'Arrête.
5. La revue de dossiers médicaux ou un questionnaire auprès de patients, indiquant que ce counselling a été effectué ou non par leur médecin, etc.

L'évaluation des résultats

L'intégration d'une PCP constitue pour le professionnel de la santé un **apprentissage**, de plus en plus exigeant mais aussi gratifiant, au fur et à mesure qu'il progresse vers la maîtrise de nouvelles habiletés cliniques (auto-efficacité) et qu'il parvient finalement à en partager les bénéfices avec ses patients. La figure 14 illustre les principales étapes de ce processus d'apprentissage et de son évaluation. Soulignons toutefois que même le professionnel le mieux formé peut rencontrer des obstacles organisationnels qui l'empêcheront d'atteindre son plein potentiel préventif en situation clinique réelle.

FIGURE 14 : PYRAMIDE DES APPRENTISSAGES

La plupart des activités de formation traditionnelles se limitent au premier échelon de la pyramide (diffusion passive d'information), et l'évaluation dans ce cas mesure principalement la participation et la satisfaction des professionnels ciblés. Les universités québécoises sont maintenant engagées dans des méthodes andragogiques plus actives (deuxième échelon), dont bénéficient les étudiants (programmes universitaires), mais aussi de plus en plus les praticiens (développement professionnel continu). On cherche à développer des compétences multiples (connaissances, habiletés et attitudes), de tels programmes de formation pouvant se conclure par un examen grâce auquel les enseignants peuvent s'assurer de l'atteinte des compétences (troisième échelon). Enfin, au dernier échelon de la pyramide, le comportement du clinicien dans son environnement de pratique réel est soumis au jugement de ses pairs. Des méthodes d'observation directes et surtout indirectes, parfois intrusives et sophistiquées, sont utilisées par les chercheurs pour obtenir un tableau fidèle de ce qui se passe au cours de la consultation.



AUTO-EFFICACITÉ

L'utilisation de plusieurs méthodes d'évaluation (triangulation) permet souvent de mieux cerner le comportement des praticiens. On peut employer une ou plusieurs des méthodes d'évaluation suivantes :

- 1. Interroger les cliniciens :** des questionnaires auto-administrés⁷⁸, des sondages téléphoniques⁷⁹, des entrevues semi-structurées⁷⁷ et des groupes de discussion (*focus groups*)^{80, 81} combinant parfois des méthodes qualitatives et quantitatives, sont couramment utilisés. Ces méthodes constituent des sources de données indispensables pour déterminer les besoins ressentis par les bénéficiaires éventuels de l'intervention. Par contre, le recrutement de cliniciens est difficile en raison de leurs contraintes de temps sévères. Des biais de sélection et de désirabilité sont aussi possibles.
- 2. Interroger les patients :** des questionnaires téléphoniques^{16,26,77,82} et des groupes de discussion⁸¹ permettent de connaître la perception des patients sur les soins reçus. Ces méthodes mettent en relief le point de vue du patient qui est souvent plus proche de la réalité du dossier médical que l'avis du médecin, qui a du mal à établir une valeur « moyenne » de ses interventions et a tendance à surestimer sa performance. En outre, les patients sont plus faciles à recruter que les cliniciens. Toutefois, des biais de rappel sont inévitables.
- 3. Consulter le dossier clinique^{16, 83} :** l'audit de dossiers est pratiqué depuis longtemps de façon réglementaire en établissement dans le cadre de l'évaluation de l'acte médical, avec le soutien d'archivistes. Il permet d'évaluer certaines pratiques en vérifiant si un critère objectif convenu est respecté

(ex. : présence au dossier d'un rapport de mammographie de dépistage, d'un relevé de vaccination, d'une prescription préventive...). Cette méthode constitue un exercice formateur et incitatif au changement pour les participants. L'audit de dossiers est cependant rarement pratiqué en cabinet privé, car il est non obligatoire et non rémunéré dans ce contexte clinique. De plus, l'examen des dossiers par un chercheur extérieur peut être perçu comme une intrusion et pose des problèmes de confidentialité. Les services d'archivistes sont onéreux et certaines pratiques sont peu ou pas notées au dossier (ex. : counselling, prescription de test donnée, mais non respectée par le patient...).

4. **Étudier les données de prescriptions (tests, médicaments, références)** : les établissements de santé tiennent des registres plus ou moins à jour, précis et accessibles des tests qu'ils effectuent (laboratoires, imagerie), mais ne sont pas toujours capables de distinguer les tests à visée diagnostique de ceux à visée préventive. Des banques de données publiques comme celle de la Régie de l'assurance maladie du Québec concernant l'assurance médicaments du Québec⁸⁴ et des banques de données privées comme celle de la compagnie IMS⁸⁵ peuvent être consultées à certaines conditions pour déterminer le profil de prescription des médecins. Les données d'IMS sont très utilisées par l'industrie pharmaceutique pour déterminer les grands prescripteurs sur lesquels ils doivent concentrer leurs efforts, pour surveiller les variations de prescriptions occasionnées par leurs interventions et pour déterminer la performance de leurs délégués médicaux. Par ailleurs, les ressources institutionnelles et communautaires peuvent tenir un relevé des références qu'elles reçoivent de la part des praticiens. Cependant, l'accessibilité et la qualité de certaines sources de données peuvent laisser à désirer. Le coût de cette méthode est généralement élevé.

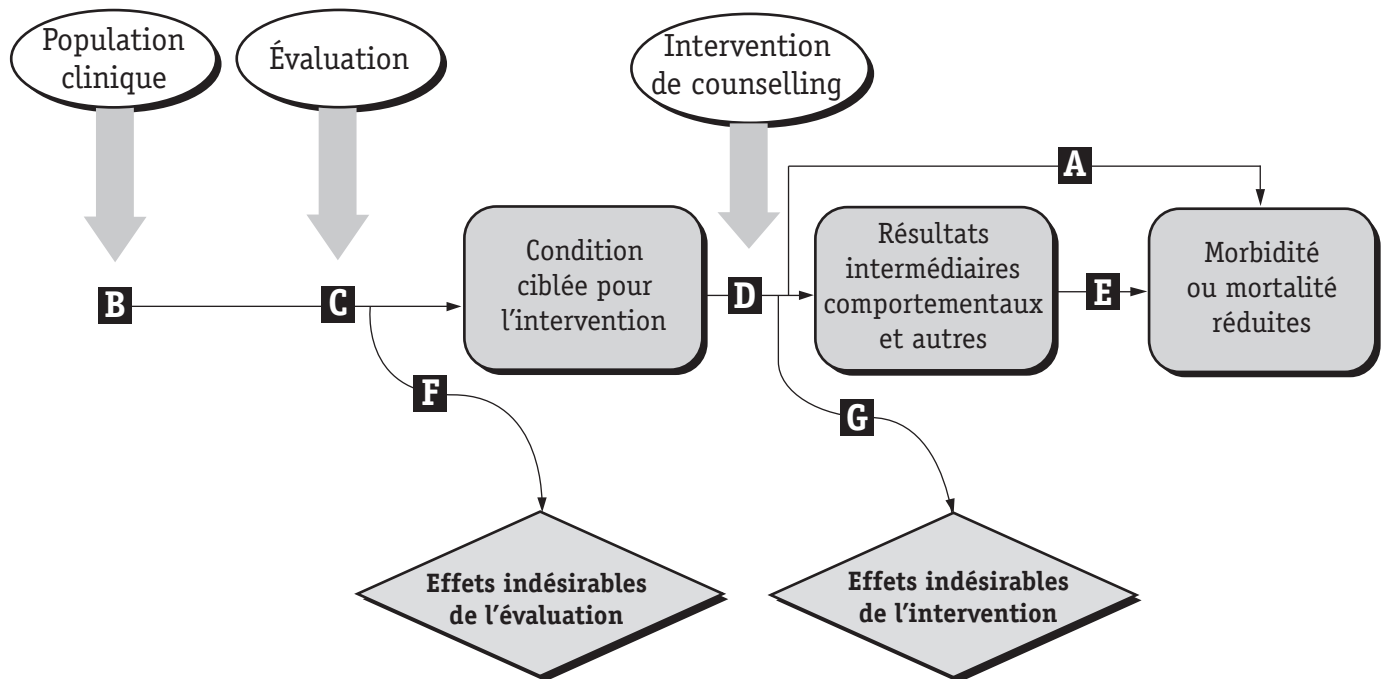
5. **Procéder à l'observation directe des cliniciens**^{86, 87, 88, 89} : dans plusieurs études, on a utilisé des infirmières de recherche accompagnant le médecin pour observer la prestation de services préventifs au cours de la consultation. La méthode du miroir sans tain avec enregistrement vidéo est généralisée pour la supervision directe des résidents en médecine de famille. Avec cette méthode, beaucoup d'informations (connaissances, habiletés de communication, attitude empathique, etc.) peuvent être collectées, quantifiées et pondérées, surtout si un enregistrement peut être réalisé. Il s'agit d'un exercice formateur et incitatif pour le participant, surtout si celui-ci reçoit une rétroaction immédiate. Par contre, il existe des biais d'observation et de désirabilité qui peuvent inhiber ou fausser le comportement préventif. Un biais de sélection est aussi possible.
6. **Utiliser des patients simulés standardisés**^{15, 90} : avec cette méthode, de faux patients (acteurs) se présentent au cabinet de médecins avec un profil sociodémographique et médical standardisé, et ont pour mission d'observer les services préventifs qui leur seront proposés. Cette méthode est celle qui se rapproche le plus de la situation réelle, car même si le médecin s'attend à recevoir de tels patients sur une période de temps déterminée, son attention se relâche éventuellement et il arrive rarement à identifier les faux patients. Toutefois, la qualité des données dépend du talent des acteurs et de leur standardisation. Les mêmes biais que pour l'observation directe sont possibles, et cette méthode est complexe à réaliser et coûteuse.

L'évaluation des impacts

Lorsqu'on veut établir un **lien de causalité** entre une pratique préventive et des résultats observés quant à l'état de santé de la population ciblée, on doit soumettre l'intervention à une analyse détaillée comme celle illustrée à la figure 15 pour le counselling préventif.

FIGURE 15 : ENCHAÎNEMENT DE CAUSALITÉS POUR UN COUNSELLING PRÉVENTIF⁹¹

- A** Existe-t-il des données probantes directes à l'effet que le counselling réduit la morbidité ou la mortalité?
- B** Quelle est la prévalence du comportement à risque dans la population clinique ciblée? La population comporte-t-elle des sous-groupes pour lesquels une approche particulière est indiquée?
- C** Existe-t-il des outils d'évaluation efficaces, pratiques et fiables pour identifier les sujets qui nécessitent de recevoir le counselling?
- D** Est-ce que certains résultats intermédiaires, comportementaux ou autres, sont obtenus suite à l'intervention :
 - Quels sont les ingrédients actifs d'un counselling efficace?
 - Y a-t-il des différences d'efficacité entre les sous-groupes les plus importants?
 - Comment se comparent l'efficacité théorique (*efficacy*) et l'efficacité réelle (*effectiveness*) de l'intervention?
- E** Est-ce que le changement de comportement lui-même ou certains résultats intermédiaires qui y sont reliés mènent à une réduction de la morbidité ou de la mortalité?
- F** Est-ce que l'évaluation du comportement est acceptable pour les patients? A-t-elle pour résultats certains effets indésirables?
- G** Est-ce que le counselling lui-même est acceptable pour les patients? A-t-il des effets indésirables?



L'évaluation économique

L'estimation des coûts de la prévention clinique est fastidieuse et plus rarement effectuée que l'évaluation du processus ou des résultats. Certaines études ont davantage détaillé leurs coûts directs^{26,33}. Les décideurs peuvent hésiter à s'engager dans le financement de certains programmes de promotion et de soutien des PCP, considérés comme une « nouvelle » dépense coûteuse, à moins de bien saisir tous les enjeux reliés à ces

programmes. En effet, lorsque les interventions préventives les plus pertinentes et efficaces sont intégrées dans la pratique des professionnels et que les interventions inappropriées ou inefficaces sont abandonnées, les problèmes de santé évités ainsi que les économies générées contribuent à un gain d'efficacité à l'échelle du système de santé. De plus, les liens de collaboration établis avec les cliniciens dans le dossier des PCP peuvent mener à un partenariat efficace dans la prestation d'autres soins et services de santé.

Références

1. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes : rapport et recommandations (rapport Clair)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
2. « Promotion de la santé et prévention », dans QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 15 avril 2007*, Éditeur officiel du Québec, chapitre VI, art. 53-60.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
4. ROMANOW, R. J. *Building on values : The future of health care in Canada = Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Commission on the Future of Health Care in Canada = Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Document principal*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.
6. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL et AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *L'examen médical périodique de l'adulte : recommandations adaptées à la pratique médicale préventive au Québec*, 2006.
7. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Statistiques annuelles, tableau 2.15*, 2004.
8. BUTLER-JONES, D. "Enhancing prevention in the practice of health professionals", *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, supplément n° 2, 1996, p. S75-S78.
9. PINTO, B. M., M. G. GOLDSTEIN et B. H. MARCUS. "Activity counseling by primary care physicians", *Preventive medicine*, vol. 27, n° 4, 1998, p. 506-513.
10. MCISAAC, W. J., E. FULLER-THOMSON et Y. TALBOT. "Does having regular care by a family physician improve preventive care?", *Canadian Family Physician*, vol. 47, n° 945, 2001, p. 70-76.
11. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa, Groupe Communication Canada, 1994.
12. CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE = GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. *Evidence-Based Clinical Prevention*, [En ligne], [www.ctfphc.org] (Consulté le 7 mai 2007).
13. U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *Guide to clinical preventive services*, 2nd Ed., Alexandria (Virginia), International Medical Publishing, 1996.
14. UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF), [En ligne]. [www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm#review] (Consulté le 7 mai 2007).
15. HUTCHISON, B., et autres. "Provision of preventive care to unannounced standardized patient", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, n° 2, 1998, p. 185-193.
16. MCGLYNN, E. A., S. M. ASCH et J. ADAMS. "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States", *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 26, 2003, p. 2635-2645.
17. HUTCHISON, B. G., et autres. "Preventive care and barriers to effective prevention: How do family physicians see it?", *Canadian Family Physician*, vol. 42, sep 1996, p. 1693-1700.
18. SMITH, H., et C. HERBERT. "Preventive Practice Among Primary Care Physicians in British Columbia: Relation to Recommendations from the Canadian Task Force on Periodic Health Examination", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 149, no 12, 1993, p. 1795-1800.
19. YARNALL, K. S. H., et autres. "Primary Care: Is There Enough Time for Prevention?", *American Journal of Public Health*, vol. 93, no 4, 2003, p. 635-641.
20. GOODWIN, M. A., et autres. "A clinical trial of tailored office systems for preventive service delivery. The Study To Enhance Prevention by Understanding Practice (STEP-UP)", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 21, no 1, 2001, p. 20-28.

21. UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Put Prevention Into Practice. A Step-by-Step Guide to Delivering Clinical Preventive Services: A Systems Approach, 2002; Put Prevention Into Practice program, tools and resources, 2006. [En ligne]. [<http://www.ahrq.gov/clinic/ppipix.htm>] (Consulté le 7 mai 2007).
22. CHEVALIER, S., L. RENAUD et F. HUBERT. *L'Expérience d'Au cœur de la vie*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2005. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)
23. BÉLANGER, H. *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)
24. WALSH, J., et S. MCPHEE. "A systems model of clinical preventive care: An analysis of factors influencing patient and physician", *Health Education Quarterly*, vol. 19, no 2, 1992, p. 157-175.
25. JAEN, C., K. STANGE et P. NUTTING. "Competing demands of primary care: A model for the delivery of clinical preventive services", *Journal of Family Practice*, vol. 38, no 2, 1994, p. 166-171.
26. GROULX, S., et autres. *Promotion de la prévention clinique (PPC) : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001. [En ligne]. [http://www.rrsss16.gouv.qc.ca/Menu_Gauche/4-Publications/3-Monographies_Orientations_Rapports/Pratiques_cliniques_preventives/dsp_pub_promotion_prevention_clinique.pdf] (consulté le 17 août 2007)
27. BOURQUE, I., et autres. *0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION : mise sur pied d'un réseau national d'échanges et de collaboration*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2006.
28. KOUTSAVLIS, A. T. *Dissémination des guides de pratique chez les médecins*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; Institut national de santé publique du Québec, 2001. [En ligne] [<http://www.inspq.qc.ca/aucoeurdelavie/Publications/renauddisseminationfr.pdf>] (consulté le 17 août 2007)
29. PROVOST, M.-H., et autres. *Description et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives) [À paraître]
30. BASHIR, K., et autres. "The evaluation of a mental health facilitator in general practice: Effects on recognition, management, and outcomes on mental illness", *British Journal of General Practice*, vol. 50, n° 457, 2000, p. 626-629.
31. NAGYKALDI, Z., J. W. MOLD et C. B. ASPY. "Practice facilitators: A review of the literature", *Family Medicine*, vol. 37, n° 8, 2005, p. 581-588.
32. TAYLOR-SEEHAFER, M. A., et autres. "Ensuring quality preventive care: The Texas Department of Health's Put Prevention Into Practice initiative", *Journal of Public Health Management Practice*, vol. 10, n° 2, 2004, p. 94-99.
33. LEMELIN, J., W. HOGG et N. B. BASKERVILLE. "Evidence to action: A tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, no 6, 2001, p. 757-763.
34. HOGG, W., et autres. "Improved preventive care in family practices with outreach facilitation: Understanding success and failure", *Journal of Health Services Research Policy*, vol. 7, no 4, 2002, p. 195-201.
35. SOUMERAI, S. B., et J. AVORN. "Principles of educational outreach (academic detailing) to improve clinical decision making", *Journal of the American Medical Association*, vol. 263, no 4, 1990, p. 549-556.
36. SOUMERAI, S. B., et H. L. LIPTON. "Evaluating and Improving Physician Prescribing", dans STROM, B. L., ed. *Pharmacoepidemiology*, 2nd Ed, 1994.
37. THOMSON-O'BRIEN, M., et autres. "Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000;(2):CD000409. Review. PMID: 10796542 [PubMed - indexed for MEDLINE], 2000. [En ligne] [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=10796542&ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum] (consulté le 15 août 2007)

38. PRÉVILLE, M., et autres. *Guide d'implantation du programme PPS-MD : programme de prévention du suicide s'adressant aux omnipraticiens*, Sherbrooke, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; Longueuil, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 2004.
39. DUGAL, S. *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 dans la région de la Capitale-Nationale : 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION – Population adulte*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2004.
40. DOUMIT, G., et autres. "Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007;(1):CD000125. Review. PMID: 17253445 [PubMed - indexed for MEDLINE] 2007. [En ligne], [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17253445&ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum] (consulté le 15 août 2007).
41. MARGOLIS, P. A., et autres. "Practice based education to improve delivery systems for prevention in primary care: randomised trial", *British Medical Journal*, 2004. [En ligne], [www.bmj.com/cgi/content/full/328/7436/388?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&author1=Margolis%2C+PA&andorexacttitle=and&andorexactitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT] (Consulté le 7 mai 2007).
42. THOMSON-O'BRIEN, M., et autres. "Audit and feedback versus alternative strategies: Effects on professional practice and health care outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000;(2):CD000260. Review. PMID: 10796521 [PubMed - indexed for MEDLINE] 2000. [En ligne], [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=10796521&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstractPlus] (consulté le 15 août 2007)
43. JAMTVEDT, G., et autres. "Audit and feedback: Effects on professional practice and health care outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006;(2):CD000259. Review. PMID: 16625533 [PubMed - indexed for MEDLINE] 2006. [En ligne], [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=16625533&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstractPlus] (consulté le 15 août 2007).
44. PREMI, J., et autres. "Practice-based small-group CME", *Academic Medicine*, vol. 69, n° 10, 1994, p. 800-802.
45. BLIGH, J. "Problem based, small group learning", *British Medical Journal*, 1995. [En ligne], [http://www.bmj.com/cgi/content/full/311/7001/342?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&author1=Bligh%2C+J&andorexacttitle=and&andorexactitleabs=and&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT] (consulté le 15 août 2007).
46. DEXTER, P. R., et autres. "A computerized reminder system to increase the use of preventive care for hospitalized patients", *New England Journal of Medicine*, vol. 345, n° 13, 2001, p. 965-970.
47. TAMBLYN, R., et autres. "The medical office of the 21st century (MOXXI): Effectiveness of computerized decision-making support in reducing inappropriate prescribing in primary care", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 169, n° 6, 2003, p. 549-556.
48. HARRIS, R., et autres. "Prompting physicians for preventive procedures: a five year study of manual and computer reminders", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 6, n° 3, 1990, p. 145-152.
49. GOMEL, M. K., et autres. "Cost-Effectiveness of Strategies to Market and Train Primary Health Care Physicians in Brief Intervention Techniques for Hazardous Alcohol Use", *Social Sciences in Medicine*, vol. 47, n° 2, 1998, p. 203-211.
50. HEIM, S. W., et autres. "Modular Lifestyle Intervention Tool: A Handheld Tool to Assist Clinicians in Providing Patient-Tailored Counseling", *Annals of Family Medicine*, vol. 3, n° 4, supplément, p. S65-S67.
51. MILLET, C. et autres. "Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes". *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176, n° 12, 2007, p. 1705-1710.

52. DICKEY, L. L. "Promoting preventive care with patient held mini-records: A review", *Patient Education and Counselling*, vol. 20, 1993, p. 37-47.
53. SWINBURN, B. A., et autres. "The green prescription study: A randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners", *American Journal of Public Health*, vol. 88, n° 2, 1998, p. 288-291.
54. MCVEA, K., et autres. "An ounce of prevention? Evaluation of the 'Put Prevention Into Practice' program", *Journal of Family Practice*, vol. 43 n° 4, 1996, p. 361-369.
55. AUGER, S., et autres. *Faire une place de choix aux PCP en Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2006.
56. ROSENSTOCK, I. M. "The Health Belief Model and nutrition education", *Journal of Canadian Dietetic Association*, vol. 43, n° 3, 1982, p. 184-192.
57. LALANDE, R., et J. GOUDREAU. « Éducation du patient et observance aux recommandations : une stratégie d'intervention pour le clinicien », *Psychologie médicale*, vol. 23, n° 6, 1991, p. 655-658.
58. FISHBEIN, M., et I. AJZEN. *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*, Reading (Massachusetts), Addison-Wesley, 1975.
59. AJZEN, I. "From intentions to actions: A theory of planned behavior", dans KUHL, J., et J. BECKMAN. *Action-control: From cognition to behavior*, Heidelberg, Springer, 1985, p. 11-39.
60. BANDURA, A. "Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change", *Psychological review*, vol. 84, n° 2, 1977, p. 191-215.
61. BANDURA, A. "Self-efficacy mechanism in human agency", *American Psychologist*, vol. 37, n° 2, 1992, p. 122-147.
62. TRIANDIS, H. C. *Interpersonal behavior*, Monterey (California), Brook/Cole, 1977.
63. GREEN, L. W., et M. W. KREUTER. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*, 2nd Ed., Mountain View (California), Mayfield Publishing Company, 1991.
64. ROCHON, A. *Savoir, Vouloir, Pouvoir apprendre à mieux vivre*, Éducation populaire, 1990.
65. ROBERGE, C. D. *Arrêtez de vendre, laissez vos clients acheter : humaniser la vente par l'échange, l'écoute et l'empathie*, Montréal, Les Éditions Transcontinental, 2001.
66. GROULX, S., et P. CHAPUIS. *Changer les comportements de santé par des méthodes inspirées du marketing : au delà de la maladie et du patient, entrez en contact avec la personne pour vendre votre prescription et améliorer l'observance*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2004. [En ligne], [http://www.rsss16.gouv.qc.ca/Menu_Gauche/4-Publications/3-Monographies_Orientations_Rapports/Pratiques_cliniques_preventives/dsp_pub_changer_comportements_marketing.pdf] (Consulté le 15 août 2007)
67. PROCHASKA, J. O., C. C. DICLEMENTE et J. C. NORCROSS. "In search of how people change: Application to addictive behaviors", *American Psychologist*, 1992, Vol. 47, n° 9, p. 1102-1114.
68. PROCHASKA, J. O., J. C. NORCROSS et C. C. DICLEMENTE. *Changing for Good: A Revolutionary Six Stages Program for Overcoming Bad Habits and Moving your Life Positively Forward*, New York, William Morrow and Company, 1994.
69. MILLER, W. R., et S. ROLLNICK. *Motivational Interviewing, Preparing People for Change*, Guilford, 2002.
70. KELLER, V., et autres. *Choices and Change : Clinician Influence and Patient Action*, The Bayer Institute for Health Care Communication, 2000.
71. BÉDARD, J. *Motivez vos patients en 3 minutes : améliorez les résultats, encouragez le changement de comportement*, Pfizer Canada, 2007.
72. GROULX, S. « La prévention chez l'adulte : une occasion à saisir au vol! », *Le Médecin du Québec*, vol. 40, n° 5, 2005, p. 65-73.
73. UNIVERSITY OF OTTAWA AND SCO HEALTH SERVICE. *I Care For Primary Care (ICFPC)*, 2007. [En ligne] [www.scohs.on.ca/bins/content_page.asp?cid=12-130-563&lang=1] (Consulté le 7 mai 2007).
74. LANGELIER, L., et autres. *Guide de mise en place et d'animation de communautés de pratique intentionnelles. Travailler, Apprendre et Collaborer en réseau*. Québec : CEFRIO, 2005.

75. WENGER, E., McDERMOTT, R., SNYDER, W. *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*. Boston, Mass., Harvard Business School Press.
76. SOUMERAI, S. B. "Factors influencing prescribing", *Australian Journal of Hospital Pharmacy*, vol. 18, n° 3, 1988, p. 9-16.
77. SAUVAGEAU, C., et autres. *Rapport d'évaluation d'une intervention réalisée auprès des médecins œuvrant en cabinet privé dans la région de la Capitale-Nationale : Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2006, 189 p. [À paraître].
78. PROVOST, S., et M. DROUIN. *Pratiques cliniques préventives des médecins omnipraticiens : portrait de la situation dans les Laurentides*, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides, 2005.
79. MAHEUX, B., et autres. "Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? A survey of general practitioners and obstetrician-gynecologists in Quebec", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 3, 1999, p. 1830-1834.
80. PÉLISSIER-SIMARD, L., et autres. *Étude des facteurs modifiables dans l'intégration de la prévention à la pratique des omnipraticiens*, St-Hubert, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1997.
81. BEAULIEU, M.-D., et autres. "Practice guidelines for clinical prevention: Do patients, physicians and experts share common ground?", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, n° 5, 1999, p. 519-523.
82. BARON, G., et autres. « Prévalence du dépistage et du counseling en regard de la prévention des cancers et des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires en Montérégie », dans PINEAULT, R., et autres. *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2007. [À paraître]
83. BROTONS, C., et autres. "Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain", *Family Practice*, vol. 13, n° 2, 1996, p. 144-151.
84. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *L'assurance médicaments du Québec : pour notre plus grand bien*, 2004. [En ligne], [https://www.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsulInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?LANGUE=fr-CA&ETAPE_COUR=2&IDPGM=6] (Consulté le 7 mai 2007).
85. IMS. *IMS is the leading provider of business intelligence and strategic consulting services for the pharmaceutical and healthcare industries*, 2007. [En ligne], [<http://www.imshealthcanada.com/ims/portal/pages/homeFlash/canada/0,2767,6652,00.html>] (Consulté le 15 août 2007).
86. PODL, T. R., et autres. "Direct Observation of Exercise Counseling in Community Family Practice", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 17, n° 3, 1999, p. 207-210.
87. STANGE, K. C., et autres. "Direct Observation of Preventive Service Delivery in Community Family Practice", *Preventive Medicine*, vol. 31, Aug 2000, p. 167-176.
88. BEAUDOIN, C., et M. T. LUSSIER. "Discussion of lifestyle-related issues in family practice during visits with general medical examination as the main reason for the encounter: An exploratory study of content and determinants", *Patient Education and Counseling*, vol. 45, n° 4, 2001, p. 275-284.
89. GOUDREAU, J., et R. GAGNON. *Recherche participative en vue d'explorer de nouvelles avenues pour améliorer les pratiques préventives des médecins*, Laval, Centre de santé et de services sociaux de Laval, 2004.
90. TAMBLYN, R. "Use of standardized patients in the assessment of medical practice", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, n° 2, 1998, p. 205-207.
91. HARRIS, R.P., et autres. Current Methods of the U.S. Preventive Services Task Force : A Review of the Process, *American Journal of Preventive medicine*, vol. 20, n° 3S, 2001, p. 21-34, 2001. [En ligne], [<http://www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/harfig2.htm>] (Consulté le 10 septembre 2007).

QUELQUES SITES
À CONSULTER
ET LECTURES
SUGGÉRÉES

Quelques sites à consulter et lectures suggérées

Répertoire national des PCP (créé et géré par la DSP des Laurentides) : banque de données décrivant les outils et formations produits par l'ensemble des DSP, accès par intranet (Lotus Notes). S'adresser au responsable PCP de sa DSP.

GECSPP : www.ctfphc.org/

USPSTF : www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm#review

PPIP : www.ahrq.gov/clinic/ppipix.htm

MSSS : www.msss.gouv.qc.ca/

INSPQ : www.inspq.qc.ca/

Au cœur de la vie : www.inspq.qc.ca/aucoeurdelavie/

ASSS de la Montérégie : www.rrsss16.gouv.qc.ca/santepublique/prevention/pcp/

DSP de Montréal : www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/index.html

Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION : www.0-5-30.com/

CMQ : www.cmq.org/

FMOQ : www.fmoq.org/Accueil/Accueil/Index.aspx

CHEVALIER, S., L. RENAUD et F. HUBERT. *L'Expérience d' Au cœur de la vie*, Institut national de santé publique du Québec, 2005. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives) [En ligne], [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-IntegrationPratiquesCliniquesPreventives_CoeurVie.pdf] (Consulté le 7 mai 2007).

BÉLANGER, H. *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives) [À paraître]

CLAPPERTON, I., et autres. « La prévention au cabinet : cahier de formation médicale continue », *Le Médecin du Québec*, vol. 40, n° 5, 2005, p. 29-81.

PROVOST, M.-H., et autres. *Description et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives) [À paraître]

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

GUIDE POUR LA PROMOTION ET LE SOUTIEN DES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES
